

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA



**TESIS DOCTORAL**

EL DESCUBRIMIENTO Y POPULARIZACIÓN DEL BYPASS  
AORTOCORONARIO POR RENÉ FAVALORO A TRAVÉS DE SU  
CONCEPCIÓN HUMANÍSTICA.

Roberto José Sánchez Sánchez

Director: Dr. Juan Carlos Hernández Clemente.

MADRID

2015





## **Facultad de Medicina**

### **Dpto. de Psiquiatría**

D. JUAN CARLOS HERNÁNDEZ CLEMENTE, Doctor en Medicina y Profesor Asociado del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid.

HACE CONSTAR:

Que el trabajo de investigación presentado por D. Roberto José Sánchez Sánchez bajo el título “El descubrimiento y popularización del bypass aortocoronario por René Favalaro a través de su concepción humanística” ha sido realizado bajo mi dirección y reúne los requisitos necesarios para ser defendido como Tesis Doctoral.

Y para que así conste, en cumplimiento de la legislación vigente y a los efectos a que haya lugar, firmo el presente en Madrid, a veintidós de septiembre de dos mil quince.

Fdo. JUAN CARLOS HERNÁNDEZ CLEMENTE







# ÍNDICE DE MATERIAS.

DOUGLAS... (FINGER MAN)...











Dedicatoria.

Agradecimientos.

Epígrafes.

Lista de figuras.

Lista de tablas.

## 1. Introducción.

1.1.	Prólogo.....	1
1.2.	Preámbulo .....	2
1.3.	Breve recuerdo anatómico.....	7
1.3.1.	Arteria coronaria derecha.....	7
1.3.2.	Arteria coronaria izquierda.....	9
1.4.	Estado de la cuestión: Historia de la revascularización miocárdica. 11	
1.4.1.	Contextualización.....	11
1.4.2.	Apuntes históricos preliminares.....	12
1.4.2.1.	Dr. Anonymus. ....	14
1.4.3.	Primera era: intervenciones extracardíacas .....	16
1.4.3.1.	Simpatectomía.....	16
1.4.3.2.	Tiroidectomía .....	20
1.4.4.	Segunda era: aumento de flujo desde estructuras vasculares extracardíacas.....	24
1.4.4.1.	Redirigir el drenaje venoso cardíaco.....	30
1.4.5.	Tercera era: revascularización indirecta.....	32
1.4.5.1.	Concepto de sinusoides miocárdicos .....	32
1.4.5.2.	Vineberg.....	39
1.4.5.3.	Sewell.....	45
1.4.5.4.	Off topic: Bethune .....	46
1.4.6.	Cuarta era: revascularización directa.....	48
1.4.6.1.	Carrell .....	48
1.4.6.2.	Endarterectomía.....	52

1.4.6.3. Bypass mamariocoronario .....	54
1.4.6.4. Goetz.....	55
1.4.6.5. Kolesov.....	57
1.4.6.6. Bypass aortocoronario.....	60
1.4.6.6.1. Sabiston.....	60
1.4.6.6.2. Garrett.....	61
1.4.6.7. Mason Sones.....	62
1.4.6.8. Favaloro .....	68
2. Objetivos .....	77
3. Justificación e hipótesis.....	85
4. Material y métodos .....	93
4.1. Materiales .....	93
4.2. Métodos y diseño.....	104
4.3. Conflictos de interés.....	106
5. Bloque 1: Historiografía científica y humana de René Favaloro en Jacinto Aráuz .....	113
5.1. Introducción .....	113
5.2. Razones para radicarse en Jacinto Aráuz.....	114
5.3. Personas y labores importantes en Jacinto Aráuz.....	115
5.3.1. Dardo Rachou Vega.....	115
5.3.2. Juan Munuce .....	116
5.3.3. Carlos.....	116
5.3.4. Comadronas.....	116
5.3.5. Educación sanitaria a las madres .....	116
5.3.6. Colaboración con los maestros.....	117
5.3.7. Escuelas hogares.....	118
5.3.8. Enfermeras.....	119
5.3.9. Radiología y cirugía.....	119
5.3.10. Banco de sangre.....	129

5.3.11. La Comunidad.....	130
5.4. Estudio de mortalidad infantil y mortalidad general en Jacinto Aráuz (La Pampa, Argentina) de 1910 a 1980 .....	132
5.4.1. Hipótesis de trabajo .....	132
5.4.2. Método .....	132
5.4.3. Resultados .....	135
5.4.4. Análisis estadístico y discusión .....	138
5.4.5. Conclusión .....	131
5.5. La etapa de Jacinto Aráuz .....	147
5.5.1. Contextualización .....	147
5.5.2. Sociología de Jacinto Aráuz .....	150
5.5.3. Medicina Comunitaria y Determinantes Sociales de la Salud .....	154
5.5.4. Juan José, el hermano de Favalaro.....	156
5.5.5. La organización de la consulta .....	158
5.5.6. Sistemas de pago utilizados por Favalaro .....	167
5.5.7. Favalaro visto por los pacientes.....	173
5.5.8. La despedida .....	174
5.5.9. El regreso de Favalaro a Aráuz .....	178
5.6. La cultura del esfuerzo en Favalaro .....	181
5.7. La mitificación de los orígenes de René Favalaro.....	182
5.8. La importancia del compromiso social .....	184
5.9. Crítica de las fuentes .....	185
6. Bloque 2. Cleveland Clinic. Bypass aortocoronario. Desarrollo de la revascularización miocárdica .....	195
6.1. Introducción .....	195
6.2. Trabajos en la Cleveland Clinic durante la estancia de Favalaro .....	195
6.2.1. Endarterectomía y parche de pericardio .....	195
6.2.2. Bypass con vena safena.....	197
6.2.3. La vena safena vista en perspectiva .....	206
6.2.4. Anastomosis mamariocoronaria .....	207
6.2.5. Revascularización con algunas otras arterias .....	212
6.2.6. Implante de mamaria interna (Vineberg): simple o doble ...	213

6.2.7. Procedimientos simultáneos de revascularización miocárdica .....	222
6.2.8. Procedimientos en la isquemia aguda (infarto de miocardio) .....	223
6.3. La Medicina Basada en la Evidencia y la obra de Favalaro .....	226
6.4. Abordaje de los pacientes asintomáticos según Favalaro .....	228
6.5. Los detractores de la cirugía de revascularización miocárdica.....	231
6.6. Acogida en prensa del trabajo de Favalaro .....	233
6.7. Algunos acontecimientos relevantes en la Cleveland Clinic .....	234
6.8. La concepción humanística de Favalaro.....	249
6.9. El relato de algunas muertes cercanas.....	250
6.10. La despedida de la Cleveland Clinic.....	256
6.11. Grandes conceptos de su pensamiento.....	260
6.11.1. La educación .....	260
6.11.2. Crítica a la juventud.....	266
6.11.3. La cultura .....	270
6.11.4. La ética.....	271
6.12. Crítica de las fuentes .....	273
7. Bloque 3: El regreso a la Argentina. Fundación Favalaro. Las dificultades .....	282
7.1. Contexto social y político.....	282
7.2. La organización del sistema de salud argentino.....	286
7.2.1. Sistemas sanitarios .....	286
7.2.2. Generalidades del sistema de salud argentino.....	288
7.2.3. Datos sociodemográficos e indicadores de salud de la Argentina .....	289
7.2.4. Análisis de los distintos subsectores: primer acercamiento .....	293
7.2.4.1. Subsector de las Obras Sociales.....	293
7.2.4.2. Subsector público.....	296
7.2.4.3. Subsector privado.....	296
7.2.5. Influencia político-social en el sistema de salud argentino .	297

7.3.	Puesta en marcha de la Fundación Favalaro .....	303
7.4.	Estructura formal de la Fundación Favalaro .....	306
7.4.1.	Locales y usos.....	308
7.4.2.	Análisis pormenorizado de algunos aspectos concretos con sus comentarios: el desarrollo del Departamento de Investigación .....	310
7.4.3.	Análisis pormenorizado de algunos aspectos concretos con sus comentarios: la docencia .....	316
7.5.	Sistema sanitario argentino.....	326
7.5.1.	Introducción .....	326
7.5.2.	Relación entre los subsectores y otros conceptos .....	329
7.5.2.1.	Subsidio cruzado.....	329
7.5.2.2.	Hospital de Autogestión.....	330
7.5.2.3.	Cobertura .....	332
7.5.2.4.	Fondo solidario de redistribución.....	332
7.5.2.5.	Desregulación de las Obras Sociales.....	335
7.5.2.6.	Programa médico obligatorio .....	340
7.5.2.7.	El hospital público .....	342
7.5.2.8.	El PAMI.....	343
7.5.3.	La coima .....	345
7.5.4.	Problemas y soluciones del sistema de salud argentino .....	347
7.5.5.	Tránsito a modelo Beveridge .....	349
7.5.6.	La falacia de la libertad de elección.....	351
7.5.7.	La falacia de la provisión privada.....	352
7.5.8.	Conclusión .....	354
7.6.	La lucha de Favalaro.....	356
7.6.1.	René Favalaro como obligado amigo del poder.....	356
7.6.2.	Favalaro en el contexto político y social de aquellos años...364	
7.6.3.	La relación y la deuda con el PAMI .....	377
7.6.4.	El encaje de la Fundación en el sistema de salud argentino	382
7.6.5.	¿Por qué Favalaro no eligió el subsector público para desarrollar su carrera y su proyecto profesional?.....	388
7.6.6.	El principio del fin .....	393

---

7.6.7. El después.....	405
7.7. Crítica de las fuentes. ....	412
8. Resultados.....	422
9. Discusión .....	434
10. Conclusiones .....	464
10.1. Conclusiones desarrolladas, planteadas en el contexto de los objetivos .....	464
10.2. Relación esquemática de conclusiones .....	469
11. Bibliografía.....	478
12. Anexos .....	516
10.1. Anexo I: Legítimo Fibrocemento .....	516
10.2. Anexo II: Yo, argentino .....	543
10.3. Anexo III: Causas de muerte en Jacinto Aráuz de 1940 a 1964 .....	549
10.4. Anexo IV: Ensayos clínicos.....	576
10.5. Anexo V: Los detractores de la cirugía de revascularización miocárdica .....	611
10.6. Anexo VI: Los maestros y referentes de Favalaro.....	622
10.7. Anexo VII: René Favalaro: lugarteniente del General San Martín .....	633
10.8. Anexo VIII: Otra bibliografía consultada .....	662







A mi tío Goyo, en memoria,  
que me enseñó el valor de la bondad.





## AGRADECIMIENTOS

Mi director de tesis, el Doctor Juan Carlos Hernández Clemente, profesor del Departamento de Psiquiatría e Historia de la Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid y médico de familia, fue guiándome, apoyándome en todo momento y dándome la confianza para trabajar y sacar adelante la investigación.

El Departamento de Psiquiatría e Historia de la Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid nos acogió a mí y a mi idea. Eso, en este mundo en el que es tan difícil hacer realidad los proyectos y los sueños, es mucho.

Gracias a M<sup>a</sup> Ángeles, secretaria del Departamento.

En Argentina, siempre en mi recuerdo el Centro de Salud “El Frutillar” de San Carlos de Bariloche, los profesionales que en él trabajan y los pacientes que a él acuden. Ahí empezó todo.

A la Fundación Favalaro como institución y a la gente que en ella trabaja, especialmente a Mariana (secretaria del Dr. Pichel), Dr. Branco Mautner, Dr. Rezzónico, Dr. Hugo Fraguas, Bibiana Sánchez, Alejandra Merino y al personal de la Biblioteca Martínez Estrada. Muchas gracias a los sobrinos de Favalaro: Dr. Roberto y Dra. Liliana.

A la Biblioteca del Congreso de la Nación, la Academia Nacional de Medicina y las personas que en ellas trabajan.

Al personal y huéspedes del Hostel Arrabal de Buenos Aires. Raúl Franco y Luis Romero, de los que tanto aprendí, y que dejaron una fuerte impronta en mi persona.

La Dra. Estela Tettamanti y la Dra. Paola Finocchietto me mostraron la realidad del día a día en el sistema de salud allá en la Argentina.

Aprendí del país y la Medicina con Lilián Costamagna (maestra jubilada de Bariloche), Federico Ariel Pérez, la Dra. Paula López, Óscar Duffort y el Dr. Eduardo Balbo.

En Jacinto Aráuz (La Pampa) muchas gracias a Juan Carlos (Juez de Paz), Municipalidad de Jacinto Aráuz, Nora, Dora (enfermera de Favalaro), Raúl Viñas, residencia de ancianos y personal auxiliar de la clínica del Dr. Zabala.

Acá en España gracias al Dr. Juan Gérvas, Dra. Mercedes Pérez, Dra. Maria José Álvarez Pasquín, Dra. Noemí Amorós, Marinela Asensio y Dra. Ana María Pedraza, de la que tanto aprendí a través de su visión latinoamericana de la Medicina y del mundo en general.

Agradecimientos profundos al Dr. Ricardo Pichel, que tuvo una generosidad inmensa citándome a encuentros semanales para hablar de Favalaro. Siempre recordaré los versos sobre su mesa a su difunta esposa:

*“Digo de vos que me amaste a pesar de mí [...]*

*Yo también te amé. Con un amor más mezquino, no tan pródigo como el tuyo, pero en todo caso, no más precario de lo que soy yo mismo.*

*Me queda nuestra hija en la que te percibo prolongada.*

*Sospecho que ella oculta el orgullo de sentir que te prolonga.*

*Es escueta, vos los sabés.*

*Mi amor”.*

Si esta tesis se ha podido llevar a cabo ha sido gracias en especial a dos personas.

Una es María Elena Bertón, guía y responsable del Museo Favalaro en Jacinto Aráuz, que me ayudó de sobremanera en mi recorrida por el pueblo y por la figura de Favalaro como médico rural.

La otra es Diana Truden, del Departamento de Comunicación y Relaciones Institucionales de la Fundación Favalaro, última secretaria de Favalaro y custodia del archivo de la Fundación. Su amabilidad y generosidad han sido infinitas y ella es gran parte del corazón de esta tesis.

A las dos, gracias...totales, como diría Cerati.

A los médicos de familia rurales de la Argentina siempre los llevo en la mente y en el corazón.

A mis papás, mis tías y a la familia de Ali.

Y a Ali, por tanto. “Ahora cambiemos el mundo, que tú ya has cambiado el mío”.









*-El hecho de que "Anatomía de un instante" sea decididamente una novela anida en que se privilegia la forma antes que la información.*

-Claro, no sólo por la estructura sino porque yo soy novelista. ¿Qué es un novelista? Un tío que cree que a través de la forma puede llegar a una verdad a la cual no se puede llegar de ningún otro modo. Eso es un escritor. Este libro busca la verdad literaria y la verdad de los hechos.

*-Como una suerte de arruga nunca antes vista en un rostro recorrido mil veces.*

-Es eso. "Anatomía de un instante" es un libro loco. Y además es una novela porque yo creo, y esta es la clave, que los géneros literarios se distinguen por las preguntas que se hacen y por sus respuestas. La gran pregunta de "Anatomía de un instante" es por qué Adolfo Suárez no se tira al suelo el 23 de febrero. Es una pregunta moral. No es una pregunta que se haría un periodista o un historiador. Y la respuesta es novelesca. Y la respuesta es que no hay respuesta. La respuesta es el propio libro.

*-Son conjeturas.*

-Exactamente. Son respuestas contradictorias y en ese sentido es una novela. Ya había demasiada ficción. La verdad está en la novela. Y la verdad de la literatura es una verdad abstracta, moral.

*-Las búsquedas de los protagonistas son morales.*

-Claro, a mí interesa saber por qué un tipo no se tira. Me interesa saber eso. No el hecho, sino su naturaleza.

Entrevista de Pablo Perantuono a Javier Cercas. Diario Rio Negro (Argentina).  
28/07/13



“El gaucho no se preocupa de saber si el caballo que monta es salvaje o domesticado”.

Domingo Sarmiento









## **LISTA DE FIGURAS**







Figura 1. Arteria coronaria derecha .....	7
Figura 2. Arteria coronaria izquierda .....	9
Figura 3. Modelo de sinusoides miocárdicos (I) .....	35
Figura 4. Modelo de sinusoides miocárdicos (II) .....	36
Figura 5. Modelo de sinusoides miocárdicos (III) .....	37
Figura 6. Modelo de implante de arteria mamaria interna drenando sobre el miocardio .....	40
Figura 7. Favaloro y Sones.....	68
Figura 8. Primer aparato de radiodiagnóstico.....	121
Figuras 9-14. Aparato de rayos de la clínica de los Favaloro.....	123
Figura 15. Fondos del Juzgado de Paz de Jacinto Aráuz .....	133
Figura 16. Comparativa local y general de las tasas de mortalidad infantil .....	140
Figura 17. Análisis de tendencia de tasa de mortalidad infantil por 1000 niños, en Jacinto Aráuz.....	142
Figura 18. Tasa de mortalidad bruta por 1000 habitantes en la localidad de Jacinto Aráuz y en Argentina en conjunto .....	144
Figura 19. Análisis de tendencia de tasa de mortalidad bruta por 1000 habitantes Jacinto Aráuz.....	145
Figura 20. Naves industriales que ocupan la antigua vía del tren por donde llegó Favaloro a Jacinto Aráuz en 1950.....	147
Figuras 21 y 22. Bolseros de Jacinto Aráuz.....	152
Figura 23. Favaloro y Juan José en la consulta de Aráuz .....	158
Figura 24. Timbres de llamada en la clínica .....	161
Figura 25. Camas y pies de gotero de la clínica.....	162

Figuras 26 y 27. Vitrinas y estanterías de la clínica .....	163
Figura 28. Placa original de la clínica de los Favalaro en Jacinto Aráuz.....	165
Figura 29. Pasillo de la clínica con el suelo original .....	166
Figura 30. Mural sobre pared en Jacinto Aráuz .....	174
Figura 31. Acto de despedida en Jacinto Aráuz.....	175
Figura 32. Discurso de Favalaro en el acto de despedida .....	176
Figura 33. Recuerdos del acto de despedida.....	177
Figura 34. Intervención de Favalaro en el 100 <sup>o</sup> aniversario de la fundación de Jacinto Aráuz.....	178
Figura 35. Favalaro durante sus días de aprendiz en la Cleveland Clinic.....	189
Figura 36. Esquema del puente con safena y con mamaria.....	197
Figura 37. Pinzas diseñadas por Favalaro (I) .....	200
Figura 38. Pinzas especiales diseñadas por Favalaro (II).....	201
Figura 39. Modificación por Favalaro del separador esternal de los Finochietto.	202
Figura 40. Pinzas especiales diseñadas por Favalaro para modificar la técnica de Vineberg .....	215
Figura 41. Favalaro Retractor .....	218
Figura 42. Favalaro en los años de la Cleveland Clinic.....	225
Figura 43. Favalaro y Effler (I) .....	236
Figura 44. Favalaro y Effler (II).....	238
Figura 45. Entrega Doctor Honoris Causa a Favalaro en la Universidad Tel Aviv	240
Figura 46. Invitación al asado “a la Favalaro” .....	248
Figura 47. Favalaro en el quirófano.....	249
Figura 48. Favalaro en la Jimenez Díaz (Madrid) .....	254

Figura 49. Favalaro y Sones.....	256
Figura 50. Favalaro dando una charla a los jóvenes del interior .....	270
Figura 51. Logo de la Fundación Favalaro .....	278
Figura 52. Pirámides de población de Argentina en las últimas décadas.....	291
Figura 53. Favalaro habla para los obreros que trabajan en la construcción del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (hospital) .....	306
Figura 54. René Favalaro y Ricardo Pichel .....	313
Figura 55. Favalaro con Alfonsín .....	370
Figura 56. Favalaro con Menem (I).....	371
Figura 57. Favalaro con Menem (II) .....	375
Figura 58. Favalaro operando el día de su 70 cumpleaños .....	386
Figura 59. Parte de lesiones de René Favalaro en prensa .....	389
Figura 60. Comentario de una señora en la página de Facebook de la Fundación Favalaro.....	391
Figura 61. Reconstrucción del autor a partir de dos dibujos anatómicos .....	435
Figura 62. Favalaro y Toni (I) .....	446
Figura 63. Favalaro y Toni (II).....	447
Figura 64. Navidad en Cleveland .....	448
Figura 65. Favalaro en su despacho de la Fundación Favalaro .....	454
Figuras 66 y 67. Mural en Buenos Aires .....	455
Figura 68. Favalaro exultante, celebrando un gol del Gimnasia y Esgrima de la Plata.....	529









# **LISTA DE TABLAS**







Tabla 1. Cronología resumen de los primeros bypass coronarios en humanos.....	69
Tabla 2. Tasa de mortalidad infantil y bruta por año en Jacinto Aráuz .....	135
Tabla 3. Tasas de mortalidad infantil por 1000 habitantes con IC al 95% en Jacinto Aráuz y Argentina globalmente, por quinquenios .....	139
Tabla 4. Tasas de mortalidad bruta por 1000 habitantes con IC al 95% en Jacinto Aráuz y Argentina globalmente, por quinquenios .....	143
Tabla 5. Procedimientos con parche de pericardio sobre las distintas arterias ....	195
Tabla 6. Número de casos intervenidos por indicación.....	205
Tabla 7. Procedimientos clasificados sobre arteria.....	205
Tabla 8. Estudio de la permeabilidad postoperatoria según arteria .....	206
Tabla 9. Actividad con la operación de Vineberg en la Cleveland Clinic .....	213
Tabla 10. Permeabilidad del procedimiento versus obstrucción requerida en la operación de Vineberg con implante simple.....	216
Tabla 11. Permeabilidad del procedimiento versus obstrucción requerida en la operación de Vineberg con implante doble.....	219
Tabla 12. Permeabilidad postoperatoria de los pacientes intervenidos con este procedimiento.....	220
Tabla 13. Número, tipo y mortalidad del procedimiento combinado .....	222
Tabla 14. Procedimientos sobre procesos de isquemia aguda .....	223
Tabla 15. Principios del maestro cirujano .....	323
Tabla 16. Cualidades del candidato a cirujano cardiovascular .....	323
Tabla 17. Declaración de principios de la Fundación Favaloro .....	325
Tabla 18. 10 reglas de oro de Favaloro .....	325
Tabla 19. Libros escritos por Favaloro.....	450

---

Tabla 20. Indicaciones de la cirugía de revascularización.....	599
Tabla 21. Permeabilidad a medio plazo global.....	601
Tabla 22. Número de bypass realizados por paciente.....	601
Tabla 23. Supervivencia a largo plazo clasificada por año y por número de vasos enfermos.....	601
Tabla 24. Comparación del número de bypass vs angioplastias de balón a lo largo de la década de los 80 en EEUU.....	605
Tabla 25. Comparativa de Burch del tratamiento quirúrgico y médico de la insuficiencia coronaria .....	618







# **1. INTRODUCCIÓN**







## 1.1. Prólogo.

Durante los años de la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria tuve la oportunidad de realizar una rotación fuera de España, dentro del programa de formación. Una serie de casualidades me llevaron a viajar a Argentina.

Como quería observar la Medicina latinoamericana fuera de la gran urbe, conseguí un contacto en la ciudad de **Bariloche**, Patagonia argentina, a 1.600 kilómetros de Buenos Aires.

Bariloche es una ciudad turística y pomposa en el centro con barriadas en la periferia que revelan su verdadera identidad.

Durante un mes pude acompañar a los profesionales del Centro de Salud y dar cuenta de la Medicina antes de la **transición epidemiológica**: el cáncer, las enfermedades degenerativas y las cardiovasculares asociadas al estilo de vida de los países europeos eran reemplazadas por el desempleo, la violencia, el analfabetismo, la maternidad adolescente (en Rosario el 82% de las madres lo han sido antes de los 18 años), el alcoholismo, la violencia de género o los abusos sexuales a menores, que se traducían en patologías agudas, heridas, control del embarazo, revisión del niño sano, planificación familiar y mucha Medicina Comunitaria. Allí pude observar por primera vez con mis ojos lo que tantas veces había leído en los libros que pasaba en los países donde los Estados intervenían débilmente el sector de la salud<sup>1</sup>.

Todas las impresiones de aquella vivencia las plasmé en una **memoria de fin de rotación** que se puede consultar como **Anexo I**. Aquel texto se comenzó a difundir con efecto bola de nieve y finalmente, por casualidades equiparables a las que me llevaron a viajar a la Argentina, terminó publicándose en la revista dominical del Diario Clarín, uno de los de mayor tirada en Latinoamérica. Esta publicación se puede consultar como **Anexo II**.

A raíz de esto comencé a entablar contacto con muchos argentinos que en el transcurso de sus conversaciones conmigo aludían frecuentemente a un tal **Favaloro**, del que yo nunca había oído hablar.

Mucho tiempo ha pasado y hoy aquí finalmente nos reunimos...

## 1.2. Preámbulo.

Todo investigador que se acerque a la realidad sin prejuicios, con afán de conocer, sabe cuán **compleja** es. Esto también lo sabe cualquier persona que trate de mirar un poco más allá de lo que nos muestran o de lo que nos han dicho que es. Decía Walter Lippmann que para cada problema complejo hay una interpretación simple, pero equivocada.

Comenzaremos por decir que René Favalaro fue un estudiante brillante de formación eminentemente quirúrgica, de orígenes muy humildes, que se desempeñó en un pueblo como médico rural durante 10 años y que a los 40 años decidió irse con lo puesto a Estados Unidos a hacerse **cirujano cardiovascular** con lo que había aprendido en la facultad, lo que había leído en revistas en el pueblo y lo que había visto en algunas sesiones clínicas quirúrgicas de las que participaba en Buenos Aires.

Se fue de “observer” en los años 60 a la Cleveland Clinic de la misma ciudad, Estado de Ohio, y a los 5 años de haber llegado **puso en marcha una técnica** que revolucionó la revascularización miocárdica, la Cardiología y la Cirugía Cardiovascular.

Fue un estudioso que analizó pormenorizadamente las contribuciones de los que le precedieron, y que se supo apoyar en ellas para superarlas. Otros las ignoraron e incluso las despreciaron.

Aquí es donde comienza la complicación. En explicar que él inventa la técnica del **bypass aortocoronario** aunque no es el primero que la realiza. Explicaremos el porqué en el apartado “Estado de la cuestión”. El profundo estudio de este acontecimiento constituirá uno de nuestros objetivos principales.

También veremos que el rodillo del paso del tiempo, **los grandes ensayos clínicos de los años 70** y los nuevos avances han colocado los trabajos de Favalaro en un lugar diferente del que ocupaban, como es lógico. Estudiaremos estos cambios y sus razones.

La clave del planteamiento de la tesis responde a la clave del planteamiento de la vida y logros de Favalaro y a los hechos que los encumbran. De ahí que el



bypass no sea visto como un kilómetro 0 del que partir sino como un producto de una serie de condicionantes que bien integrados dan como resultado esa maravillosa contribución a la Historia de la Cirugía Cardiovascular, a la Historia de la Cardiología y a la Historia de la Medicina en general.

La pasta que cementa e integra todos esos condicionantes también es objetivo primordial de estudio de esta tesis doctoral; su **concepción humanística** de la Medicina y de la realidad.

Gran parte de lo que da consistencia y sustancia a la pasta es la **revolución de la Medicina general rural** que llevó a cabo en sus 10 años de estancia en Jacinto Aráuz (La Pampa), de la que daremos debida cuenta en el bloque 1.

También es cierto que el bypass es la excusa perfecta que Favalaro necesitaba para poner en marcha toda una serie de acciones que van a responder a su idea de mundo, pero por sobre todo, **a su idea de Latinoamérica**. Una Latinoamérica fraterna, unida y que dejara de situarse en una posición periférica, subalterna y servidora de la metrópoli como ocupaba la Argentina<sup>2</sup>, y que parecía que era su lugar antes y después de la aparente independencia de 1810. La Latinoamérica de Bolívar, de su idolatrado San Martín, la de Galeano y la de otros que curiosamente están en las antípodas ideológicas de René Favalaro.

Favalaro se encarga de **descubrir, desarrollar y popularizar el bypass aortocoronario con vena safena**, y en esas tres acciones y en esos tres momentos se proyecta gran parte de sus valores y de la **concepción de la Medicina, humana, ética y social** que profesaba.

El descubrimiento entronca con el apartado “Estado de la cuestión”, la contextualización más puramente “biomédica”. La parte del desarrollo se sustenta sobre los trabajos que realizó Favalaro como cirujano y que ocupa el bloque 2, y la popularización guarda relación con el gran proyecto que edificó para difundir sus saberes y que vamos a estudiar en el bloque 3.

Esta última etapa es fundamental, porque en la lucha de Favalaro por construir un **proyecto docente, investigador y asistencial** que implementara en la Medicina sus avances, va a quedar retratado a la perfección un país y su

sistema sanitario en un momento crucial de su historia, las décadas finales del siglo XX.

El análisis va a ser muy jugoso y nos va a permitir **entender fenómenos políticos y sociales** que hoy nos cuesta digerir con nuestros ojos de europeos. Vamos a poder tirar del hilo hacia atrás a partir de aquellos años y vamos a aproximarnos a algunos **sucesos históricos argentinos**, siempre tan complejos. Vamos a trufar todo lo anterior de los acontecimientos que caracterizan y gobiernan el devenir del sistema sanitario argentino, también muy complejo, pero que vamos a ser capaces de abordar a partir del estudio de Favalaro.

Por último, intentaremos realizar una aproximación a las causas de por qué la historia de Favalaro, como casi todas las grandes historias, termina mal, por qué **la épica se convirtió en tragedia**.

Esta investigación que cristaliza en este proyecto de tesis doctoral es una perfecta reproducción a escala del universo amplio que encierra.

El motivo de mi interés por este tema está fundamentado en que los trabajos de Favalaro y sus contribuciones a la Historia de la Medicina no están, según mi visión de las cosas, adecuadamente abordados por la **falta de integralidad** en el planteamiento.

La clave es buscar un análisis que incluya o bucee en las relaciones entre lo “extramédico” y lo médico, pues esa creo es la base de la reconstrucción certera de la vida y obra de Favalaro.

Vaya por delante que soy plenamente consciente de que esa palabra de “extramédico” es una simplificación obvia y casi absurda, pues influye en la salud más lo extramédico (estilos de vida, condiciones ambientales, código postal) que lo puramente médico (biología, código genético y sistema sanitario)<sup>3</sup>.

Los pocos que se han dedicado a estudiar seriamente a Favalaro lo han hecho desde una u otra perspectiva, fundamentalmente. Los médicos, que suelen o

solemos pensar erróneamente que la vida termina en nuestra disciplina, han abordado la parte científica y desechado todo lo demás.

Los que no son médicos, y que mayoritariamente son periodistas o escritores, han sido mucho más astutos y se han percatado de estas interrelaciones que se establecían por debajo de la realidad. Como es comprensible carecían de conocimientos adecuados y profundos para abordar la parte cardiovascular y también médica, pues muchos conocimientos médicos que no son puramente cardiovasculares tienen gran importancia en los análisis que realizaremos en el cuerpo de la tesis. Me refiero fundamentalmente al campo de la Administración Sanitaria y a los conocimientos sobre Sistemas de Salud.

Por eso entendí desde el principio, y no se interprete como una postura de exclusividad, que mi posición y mi perfil podían ser buenos para realizar este trabajo. Poseo conocimientos puramente científicos, digamos biomédicos, suficientes para abordar el tema cardiovascular desde una finalidad de transmitir las evidencias y los acontecimientos históricos a la comunidad científica, y también creo que poseo otro tipo de conocimientos, no por afición, que también, sino porque mi trabajo como médico de familia me lo exige.

Estudiar a Favaloro y poner en contexto sus trabajos, sus aciertos y sus errores incluye abordar conceptos cardiovasculares, quirúrgicos, estadísticos, epidemiológicos, de humanismo médico, de Historia de la Medicina, de Historia Latinoamericana, de Historia Argentina, de Salud Pública, de gestión sanitaria, de Medicina Familiar, de Medicina Comunitaria, de economía, de economía de la salud, de política, de sociología, de ética, de sistemas educativos y de Medicina basada en la evidencia.

Quedaré satisfecho si consigo por una parte **acercar la figura y la obra de Favaloro** a España (prácticamente nadie lo conoce aquí) y por qué no a otros países, preferentemente latinoamericanos, y si logro situar a Favaloro donde los datos y las evidencias lo ubican, huyendo tanto de endiosamientos y mitificaciones absurdas como de ataques infundados y personalismos cainitas.

En este apartado que sigue vamos realizar una contextualización histórica y científica de lo acontecido hasta llegar a los trabajos de Favalaro, para poder explicarlos y entenderlos adecuadamente.

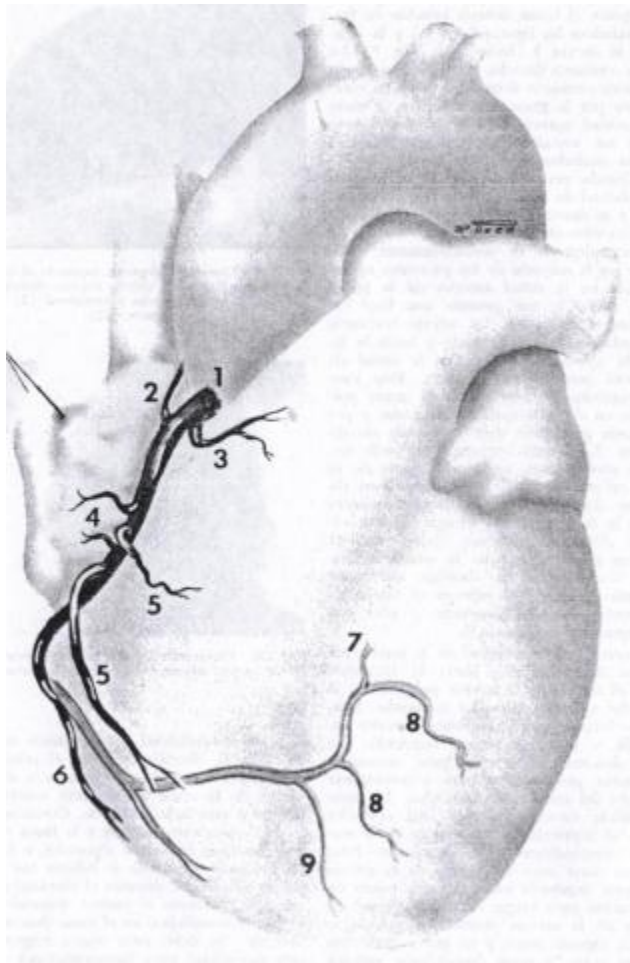
**Nota antes de comenzar:** durante la tesis nombro y me dirijo en infinidad de ocasiones a Favalaro y a otros doctores y doctoras. Por cuestión de no ser pedante y reiterativo no lo hago todo el rato como Dr. Favalaro, Dr. Pichel, Dr.... No se interprete esto como una cuestión de falta de educación o de respeto sino de pragmatismo, economía y estilo literario fluido. Soy consciente de que el tratamiento de Dr. tiene gran importancia en Latinoamérica.

### 1.3. Breve recuerdo anatómico.

Las arterias coronarias son dos. La coronaria derecha y la coronaria izquierda.

La izquierda comienza con un tronco común y se divide después en **descendente anterior** y **circunfleja**.

#### - 1.3.1. Arteria coronaria derecha.



*Figura 1. Modelo de arteria coronaria derecha. De: Surgical Treatment of Coronary Arteriosclerosis. René Favaloro. Cleveland Clinic Foundation.1970.*

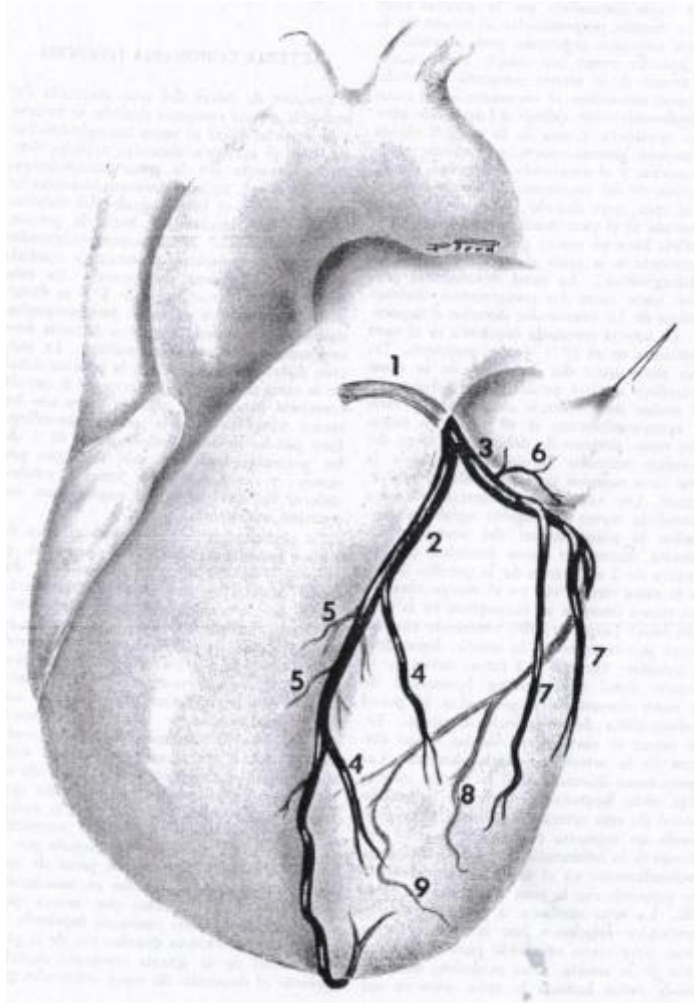
“Después de nacer del seno coronario derecho, la arteria coronaria derecha se incurva a la derecha hacia el surco auriculoventricular. Sigue por el surco hasta el

borde agudo del corazón, donde dobla hacia la porción diafragmática del surco auriculoventricular derecho, incurvándose posterior y medialmente hacia la cruz del corazón. En este punto se incurva en forma de U y se dirige hacia adelante por el surco interventricular diafragmático, donde comienza la rama descendente posterior (diafragmática).

La porción distal se encuentra con la porción distal de la rama descendente anterior de la arteria coronaria izquierda y algunas veces con los ramos terminales de la arteria circunfleja”.

“**Irriga** la aurícula derecha, tres cuartos derechos e inferiores del ventrículo derecho, la mitad derecha de la cara inferior del ventrículo izquierdo, el tercio posterior del tabique interventricular, ambos nodos (sinoauricular y atrioventricular) y el haz de His”.

- **1.3.2. Arteria coronaria izquierda.**



*Figura 2. Modelo de arteria coronaria izquierda. De: Surgical Treatment of Coronary Arteriosclerosis. René Favaloro. Cleveland Clinic Foundation.1970.*

“La arteria coronaria izquierda nace posteriormente y hacia la izquierda o en la mitad de la pared posterior de la aorta. Tiene un corto tronco y asume una dirección diagonal, girando inmediatamente hacia la izquierda entre el tronco de la arteria pulmonar y la base del apéndice auricular izquierdo. Luego se bifurca en descendente anterior izquierda y rama circunfleja izquierda.

La **rama descendente anterior** yace cercana a la arteria pulmonar y pasa anteriormente respecto del surco interventricular, hasta la punta del corazón.

**Irriga** la cara anterior y lateral del ventrículo izquierdo además del tabique interventricular por sus ramas septales.

La **rama circunfleja** circunda la base del apéndice auricular izquierdo, extendiéndose en el surco auriculoventricular izquierdo. **Irriga** la cara posterior del ventrículo izquierdo.



## 1.4. Estado de la cuestión: HISTORIA DE LA REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA.

### 1.4.1. Contextualización<sup>4,5</sup>.

El corazón estuvo considerado para la Medicina hasta el siglo XX un territorio intocable, mágico. El desarrollo científico en el que se vieron imbuidas las ciencias en general no abarcó a la Cirugía Cardíaca, que permaneció en un territorio ignoto.

Ni los avances después del siglo XV concluida la Edad Media y dada por desaparecida la concepción feudal de la sociedad, ni el advenimiento de la etapa positiva al estilo de la clasificación de Comte, dieron pie a que la Cirugía en este campo se desarrollara.

Se dice que “el camino entre la piel y el pericardio (tres centímetros) ha tardado en ser recorrido por el hombre más de dos mil quinientos años<sup>6</sup>”.

Ignorado en los grandes textos médicos y reprochado por los colegas, nadie se atrevió a incursionar firmemente en este campo.

Los primeros que osaron intervenir de alguna manera se vieron obligados irremediablemente a ello, tras agresiones traumáticas con arma blanca que penetraron en el músculo cardíaco de los pacientes. Otros tímidos acercamientos acaecieron ya en la Segunda Guerra Mundial, tras el impacto de proyectiles en el campo de batalla.

Algunos pequeños descubrimientos fueron sentando las bases para un posterior desarrollo.

En lo concerniente a la Cardiología podemos citar el registro de soplos y ruidos cardíacos, el electrocardiograma, la radiología, la hemodinámica, la administración de la digital y de los diuréticos, la anatomía patológica y finalmente el cateterismo.

En lo relativo a la Cirugía, la anestesia, la asepsia y los antibióticos (en ese orden) facilitaron un salto cualitativo.

La **circulación extracorpórea o bomba corazón-pulmón** significó un gran progreso porque permitía realizar la cirugía con el corazón detenido, lo que simplificaba los procedimientos. La hipotermia y la cardioplejia complementaban a ésta.

Los primeros pasos en firme se dieron en la primera mitad del siglo XX con las reparaciones de **cardiopatías congénitas** y con procedimientos sobre la **enfermedad valvular** (comisurotomía y recambio valvular).

A partir de la segunda mitad del siglo XX es cuando la Cirugía Cardíaca se comienza a desarrollar firmemente con la eclosión de la **cirugía coronaria**.

Es comprensible que esta subespecialidad concitara todos los esfuerzos, pues la insuficiencia coronaria representaba una causa de muerte creciente, y gran parte de la fisiopatología, ¡incluso de la anatomía!, del diagnóstico y del tratamiento estaba por conocerse.

Por encima de todos los demás, el descubrimiento de que era posible realizar una **coronariografía selectiva (cateterismo)** de las arterias coronarias sin riesgos para el paciente y su popularización, permitió dar un sustrato anatómico a la enfermedad coronaria. La coronariografía permitía en primer lugar un diagnóstico certero de cuál era la arteria afectada, en qué segmento y en qué grado acontecía la obstrucción. Y por otro lado, después de realizar la cirugía y el procedimiento elegido, se podía evaluar la permeabilidad y/o efectividad de la acción llevada a cabo.

La historia de la cirugía de revascularización miocárdica podemos dividirla en varias etapas:

1. Intervenciones extracardíacas (1880-1934): denervación simpática y tiroidectomía.
2. Aumento de flujo desde estructuras vasculares extracardíacas (1935-1953).
3. Revascularización indirecta (1954-1966).
4. Revascularización directa (1966 hasta la actualidad).

#### **1.4.2. Apuntes históricos preliminares.**

(Nota al margen: cuando a lo largo del texto enuncio un descubrimiento o un hallazgo por parte de un investigador o científico me refiero a él, por simplificar, con su nombre, cuando en la mayor parte de los casos el mérito es de él y de sus colaboradores. Como tanto remarcó Favalaro, no existe en Medicina el trabajo individual, sino el colectivo; no el yo, sino el nosotros).

El nacimiento del interés por la arterioesclerosis coronaria comienza con la descripción de la *angina pectoris* por Heberden en 1768<sup>7</sup>.

Anteriormente, Leonardo Da Vinci había descrito las *arterias coronarias*, Fallopio las había diseccionado y Harvey había descrito la circulación coronaria y sistémica.

Sin embargo, las pequeñas ramas que penetraban en el espesor del miocardio (intramurales) eran difíciles de demostrar por simple disección. El desarrollo de técnicas de inyección postmortem facilitó el estudio del sistema vascular; también fue el caso de las arterias coronarias. Richard Lower fue el que demostró así en 1669 que las coronarias caminaban juntas y que *se comunicaban con anastomosis*.

Séneca había realizado la primera descripción de los síntomas anginosos propios a su médico, que éste denominó como *meditatio mortis*<sup>8</sup>.

**Heberden** ofreció en el Colegio de Médicos de Londres en 1768 la primera descripción de la *angina pectoris* a través de la experiencia que había tenido con 20 casos. Publicó un trabajo con estos conocimientos 4 años más tarde, en 1772, y 30 años más tarde se reafirmó en un capítulo de un libro, reportando 80 casos más.

Escribe<sup>9</sup>: “los que la padecen son sorprendidos mientras andan y más particularmente cuando pasean poco después de haber comido, por una sensación dolorosa en el pecho. Por el sentimiento de estrangulación y ansiedad que la acompaña, puede que no sea impropio llamarla angina de pecho. Generalmente el paciente señala el esternón como el lugar donde siente el mal, pero a veces parece como si fuera en la parte inferior de ese hueso y otras en su parte media y alta, pero siempre un poco inclinado hacia la izquierda, a veces se une a él un dolor en la parte media del brazo”, “con dolor y desagradable sensación en el pecho, que parece como si se fuera a extinguir la vida, que va incrementándose, pero que en el momento que el paciente se detiene, desaparece”.

Asimismo afirmó: “el vino, las bebidas espirituosas y el opio proporcionan un considerable alivio”. Esto hacía considerar al alcohol como un vasodilatador coronario.

#### 1.4.2.1. Dr. Anonymus.

Al leer un médico la descripción de Heberden de la *angina pectoris* identificó perfectamente los síntomas que él mismo padecía. Sabedor de las importantes lagunas en el conocimiento de esta entidad escribió a Heberden una carta para relatarle sus síntomas, que él superponía perfectamente con la descripción por Heberden efectuada. **Ofreció su cuerpo** para que le realizaran la autopsia en el caso de que falleciera repentinamente por este motivo. Efectivamente así ocurrió en el plazo de tres semanas. Heberden encargó la autopsia a **Hunter**, que concurrió con un joven estudiante, **Jenner**, el descubridor de la vacuna antivariólica. Concluyeron que no existía ninguna anormalidad en la exploración postmortem, aunque Jenner publicó posteriormente que las arterias coronarias no habían sido examinadas.

La posibilidad de investigar quién era realmente ese médico fallecido es un “pequeño juego histórico” al que se han prestado algunos historiadores o compañeros médicos curiosos.

Para empezar se discute si el Dr. Anonymus era o no realmente médico, pues aunque manejaba terminología científica en su carta, podía haberse empapado de ésta en la transcripción que hacían los periodistas de la descripción de la *angina pectoris* de Heberden.

Por otro lado, algunos autores revisaron las muertes de médicos acaecidas en 1772 en los listados del Colegio de Médicos de Londres sin encontrar ninguna.

En 1995 dos cardiólogos de Nueva York, tras encontrarse casualmente con la publicación de la carta original del autor que denominan “Unknown” (desconocido) en una librería médica anticuaria y ver una firma junto a la carta, comenzaron a investigar y acabaron identificándole. Se trataba de John Mallet, un comerciante de Exeter (Inglaterra).

Jenner, tras presenciar algunas autopsias, es el primero en relacionar la patología de las arterias coronarias con los síntomas anginosos. Realiza una descripción de una lesión compatible con una placa ateromatosa<sup>10</sup>.

James Herrick describe el infarto agudo de miocardio en 1912.

Mackenzie postula que la angina se debe a “esclerosis coronaria”. Teoriza con que en condiciones normales las arterias coronarias son distensibles y durante el aumento de actividad del corazón se dilatan para albergar el aumento de la cantidad de sangre demandada por el incremento del esfuerzo.

A este argumento se opuso el hallazgo postmortem de personas que fallecían a una avanzada edad de esclerosis coronaria, y que no habían tenido angina, mientras que algunos otros que habían muerto por crisis anginosas no tenían arterioesclerosis en las arterias coronarias.

**Osler** apuntó hace ahora 100 años la escasa correlación entre cardiopatía isquémica y lesiones coronarias importantes, a partir de una serie de casos.

Ransohoff se adhiere a los argumentos de Albutt y acepta que la angina es debida a “aortitis”, sin ser de causa sifilítica ni inflamatoria, y que el dolor era debido a cambios en la adventicia y la fibra muscular.

En los primeros albores del conocimiento de esta patología, es decir, hasta 1950, el papel de la cirugía era controvertido y muy debatido<sup>11</sup>.

Algunos aspectos dificultaron a los estudiosos del tema tener una noción nítida del problema al no disponer de algunos elementos diagnósticos con los que contamos hoy en día.

Los planteamientos quirúrgicos de la enfermedad comenzaron planteando la denervación del corazón, luego disminuyendo las demandas metabólicas mediante tiroidectomía y finalmente aumentando la circulación arterial al miocardio.

### **1.4.3. Primera era: intervenciones extracardiacas.**

#### *1.4.3.1. Simpatectomía<sup>12</sup>.*

En 1899 **Franck** sugirió la **sección simpática cervico-torácica** como método de tratar el dolor anginoso.

**Thomas Jonnesco**<sup>13</sup> (1860-1926) (o Ionescu en su apellido original rumano) fue un cirujano con una sólida formación anatómica, debido a que trabajó como “asistente de anatomía” durante varios años en la Facultad de Medicina. De procedencia rumana, se licenció en Francia en Medicina y Leyes a la vez. Sus primeros estudios en el campo médico versaron sobre la anatomía del sigma, representando un avance en los conocimientos que se tenían sobre el tema hasta entonces.

En 1894 toma la jefatura de un Instituto de Anatomía Topográfica y Cirugía Experimental, lo que explica sus trabajos posteriores. Sus logros fueron el desarrollo de la anestesia raquídea y la **cirugía de la cadena cervical simpática y el ganglio cervical**, con el convencimiento de que la **sección de una porción podría solucionar algunas enfermedades**, como la enfermedad de Basedow, el glaucoma y la cardiopatía isquémica, en este caso debido a que ese procedimiento podía solucionar o aminorar la angina.

El 2 de Abril de 1916 practicó una **resección del ganglio cervical bajo y medio, junto con el primer ganglio torácico de la cadena simpática** a un varón de 38 años (¡para algunos autores cantante de coro, para otros secretario!) con afectación aórtica sifilítica, aquejado de bradicardia constante e importantes episodios anginosos. Después de la cirugía, Jonnesco no pudo revisar al paciente hasta 4 años después, debido a la invasión alemana de Rumanía. Publicó el caso entonces. El paciente pudo seguir realizando su trabajo y sus labores habituales, asintomático<sup>14</sup>.

La revisión la realizaron los doctores Paulesco y Danielopoulo, encontrando normalización de la frecuencia cardíaca, persistencia de los signos radiológicos de

afectación aórtica y como secuela de la cirugía sobre el sistema simpático presentó el paciente una asimetría facial por parálisis en hemicara, ptosis y miosis, es decir, un síndrome de Horner.

En una segunda cirugía interviene a un paciente de 48 años que desde hacía ocho refería clínica de angor irradiado a brazo izquierdo y región cervical. Le practicó una resección del ganglio cérvico-dorsal izquierdo y del ganglio cervical medio y superior, con el objeto de interrumpir toda comunicación entre el plexo aórtico y el sistema nervioso central. Procedió a la resección del lado izquierdo solamente porque el paciente no quería que el cirujano fuese tan agresivo. Wertheimer abogaba por la sección bilateral, lo que llevaba a practicar la cirugía en dos tiempos. El paciente estuvo 4 meses asintomático. Jonnesco creía que la causa del dolor era la irritación en los filamentos nerviosos simpáticos debido a una inflamación crónica de las paredes de la aorta.

En discusión con **Tuffier**, éste relata cómo había logrado suprimir la angina en un paciente de 50 años, resecando solamente el ganglio cérvico-dorsal y no el ganglio cervical medio y superior. Jonnesco admite que quizá esa ampliación en la resección fue innecesaria, pero comenta lo relativamente sencillo que resultó. Wertheimer abogaba por la sección hasta el tercer o cuarto ganglio torácico.

Se aceptan varios métodos para realizar la denervación: gangliectomía cervicotorácica, rizotomía posterior (White and Bland, 1948) y bloqueo paravertebral químico, con alcohol, de los tres o cuatro primeros ganglios cervicales simpáticos (Fauteux, 1939). Mandl, en 1925, inyecta alcohol en el espacio paravertebral. Sussman en 1930 procede a la irradiación del corazón para denervarlo<sup>15</sup>.

El tercer caso se trata de un paciente que interviene Tuffier con un aneurisma que abre y que repara. Refiere que la manipulación local indirecta de la cadena simpática en el acto quirúrgico era la responsable del cese de la clínica anginosa.

La base fisiopatológica de la cirugía consiste en que resecando la cadena simpática que recoge la sensibilidad de la aorta proximal, podemos eliminar el dolor anginoso, ya que las arterias coronarias son ramas de la aorta proximal. Francois Franck fue el que ilustró a Jonnesco 16 años antes de que éste último realizara la cirugía acerca de que el dolor visceral era en ocasiones como el de la angina cardíaca, un dolor referido, cuyos estímulos eran recogidos por aferencias locales, pero que se manifestaban después en regiones como mandíbula o brazo izquierdo. Las cirugías de Jonnesco se basaron en gran medida en los modelos experimentales que desarrolló Francois Franck.

En el fondo debía subyacer **también un mecanismo químico** por el cual, tras la denervación, había un predominio colinérgico y un descenso de la descarga de norepinefrina que provocaba la mitigación del dolor<sup>16</sup>.

Este modelo quirúrgico que resultaba de incidir sobre el sistema nervioso simpático amplió sus indicaciones para algunas otras patologías, además de las propuestas por Jonnesco: epilepsia, atrofia óptica, fístula parotídea, acrocianosis, Raynaud, fracturas mal consolidadas o gangrena<sup>17</sup>.

Algunos otros cirujanos se destacaron en este campo aparte de Jonnesco. **Leriche** fue uno de ellos, que practicó simpatectomía en casos de bocio y fístula parotídea y además y como aporte principal, simpatectomía en las regiones periarteriales para suscitar la vasodilatación, que era la base de su efecto terapéutico para los modelos propuestos. Sus alumnos Fontaine en 1925 y Berarden 1935 son herederos científicos de sus trabajos.

Persistió hasta hace algunas décadas una indicación quirúrgica basada en esta escuela: la vagotomía en la patología ulcerosa. Actualmente ya se ha reemplazado por tratamiento médico.

Las **lagunas de esta técnica**, que la hacen naufragar, son que como bien señala Wertheimer<sup>18</sup>: “La acción de la cirugía es doble, y puede dissociarse en una acción



analgésica y una acción vascular. Si la primera es generalmente reconocida, aunque su beneficio sea todavía discutido, la segunda es más controvertida”.

La **mortalidad** de este procedimiento oscilaba entre el 8 y el 10% con datos de 1937<sup>19,20</sup> y el alivio del dolor y el aumento de la capacidad de trabajo se cifraba en un 70 o 75%, aunque no había datos del aumento de la esperanza de vida.

El propio Favalaro señala a través de los trabajos de **Mackenzie** que la sección simpática suprime el dolor pero no actúa contra el componente anatómico y fisiopatológico de la isquemia.

**Danielopulo** critica también la sección de los troncos simpáticos (o estelectomía) por abolir las vías cardioaceleradoras del corazón y el mecanismo vasodilatador, favoreciendo el espasmo muscular y agravando la isquemia. Algunos otros fisiólogos no atribuían sobre el corazón posibles influencias vasomotoras que el sistema nervioso simpático tenía sobre el sistema arterial también, por lo que no veían beneficiosa este tipo de cirugía. Por otro lado, pensaban que con esta cirugía se destruía el mecanismo de alarma que el dolor significaba.

En cualquier caso, Wertheimer se apoyaba en una cuidadosa selección de los casos a través de la recomendación de los clínicos, de la mejoría electrocardiográfica y del aumento de la tonicidad (que se traducía en un aumento de la frecuencia cardíaca, como constató Jonnesco).

Desde el comienzo de la utilización de este procedimiento, **Paul D. White**, el reputado cardiólogo, fue un firme propulsor de esta técnica.

La técnica pervivió hasta los primeros años de los 60.

La magnitud e invasividad de las cirugías unido a que no proporcionaban el alivio total de la sintomatología llevaron a abandonarlas.

#### 1.4.3.2. Tiroidectomía.

El siguiente tratamiento propuesto fue realizar una tiroidectomía con la idea de que unos **menores requerimientos metabólicos** pudieran ser capaces de aminorar la insuficiencia coronaria.

La primera tiroidectomía como tratamiento de la enfermedad coronaria tuvo lugar en 1933 y la realizaron **Blumgart, Levine y Berlin**. La base teórica del método versaba acerca de la velocidad de la sangre. Demostraron que el flujo sanguíneo era proporcional a las demandas metabólicas del cuerpo<sup>21</sup>. A lo largo de unos años en los que se estuvo utilizando este procedimiento, diferentes autores fueron mostrando sus series.

Curiosamente, la primera hipótesis de relación causa efecto entre el hipotiroidismo y la aterosclerosis la había formulado **Kocher** en 1883. En 1878<sup>22</sup> había escrito: “había edema en la piel, secreción serosa en el pericardio...el corazón era grande, las arterias estaban gruesas, las más grandes tenían regiones de ateromatosis”. En 1902 observó a un paciente que permaneció asintomático después de una tiroidectomía total. En 1926 Boas realizó la primera tiroidectomía subtotal para tratar la *angina pectoris*, infructuosamente.

**Cutler y Hoerr** realizaron un total de 57 tiroidectomías totales. 25 pacientes tenían insuficiencia cardíaca refractaria a medidas conservadoras, donde obtuvieron malos resultados, y 32 tenían angina, donde según ellos tuvieron buenos resultados. Se observa cómo solamente tenían dos variables que evaluar: supervivencia y dolor. Estábamos lejos aún de poder contar con más elementos sólidos de juicio para evaluar realmente la enfermedad.

Cutler<sup>23</sup> apoya la técnica desde el punto de vista teórico describiendo la asociación que observa y que describe como bien conocida entre la clínica anginosa y la enfermedad de Graves, y entre el desencadenamiento de angina con medicación tiroidea en casos de mixedema, que al ser tratados con tiroidectomía total hace disminuir el metabolismo basal.

**Trotter**<sup>24</sup> ahondando en los mecanismos íntimos fisiopatológicos, defiende el mecanismo deletéreo de la función tiroidea sobre la cardíaca dada la asociación

entre la fibrilación auricular y la tirotoxicosis y el hecho de que la tiroidectomía subtotal hiciera retornar a un ritmo cardíaco normal. Creía que la tiroidectomía tenía iguales beneficios en términos cardíacos en un paciente con tirotoxicosis que en un paciente con función tiroidea normal.

**Parson y Purks**<sup>25</sup> intentan ofrecer una visión ponderada y basada en la experiencia acumulada acerca del estado del tema (después de 4 años de la primera cirugía) y de los potenciales beneficios de la técnica. Había algunos autores que se habían pronunciado a favor (Pemberton, Brenizer) y otros en contra o con reservas (Clute, MontReid, Trout o Moore). Realizan una revisión de resultados quirúrgicos a través de los casos publicados en la literatura y de un envío masivo de cartas (677) a miembros de Asociaciones de Cirujanos del Sur y del Oeste estadounidense, miembros de la Asociación Americana para el estudio del Bocio y otros clínicos. Recogieron información de 362 cirugías, en las que en 291 se registraron **complicaciones**. Hubo 30 casos de tetania temporal (10.3%) y 24 casos (8.3%) de daño sobre el nervio laríngeo.

229 cirugías tuvieron como indicación la insuficiencia cardíaca congestiva (se postulaba que la disminución del metabolismo influiría sobre la “carga” a la que debía estar sometido el corazón, y que eso controlaría la insuficiencia cardíaca) y 133 la *angina pectoris*. En este último grupo, que es el que nos ocupa, la mortalidad fue de 3.75%. El 55% obtuvieron excelentes resultados, el 28% moderada mejoría.

Los autores citan algunas limitaciones de la técnica: tenían datos de alivio de sintomatología pero no de años de vida ganados, no se actuaba contra los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad, se sustituía una enfermedad por otra: el mixedema y el paciente debían recibir cuidados postoperatorios adecuados, y no siempre eso era posible.

Una crítica que se le hace a Blumgart es que el tejido que reemplaza al miocardio después de la tiroidectomía es tejido mixomatoso, que no cumple adecuadamente su función contráctil.

En 1957, Blumgart, Freedberg y Kurland<sup>26</sup> revisan 10 años de utilización de radioiodo como terapia para inducir tiroidectomías. Calculan que es un tratamiento para un selecto grupo de pacientes que no pasa del 5%. (Todos los que

intentan publicitar sus métodos hacen hincapié en que sólo los usan en un determinado grupo de pacientes, los que son refractarios a las otras técnicas). Estos pacientes aquejaban intensa angina y todos los métodos que podrían aconsejarseles eran invasivos instrumentalmente (pericardiectomía, simpatectomía, rizotomía, omentopexia, arterialización del seno coronario...). El iodo radiactivo obvia el riesgo y el desagrado de la cirugía.

Blumgart selecciona a sus pacientes entre los que habían permanecidos estables al menos los últimos seis meses y postula que el tratamiento con radioiodo iba haciendo efecto a lo largo de otros seis. Sus resultados son los siguientes: el 43% obtuvo un excelente resultado, el 24% obtuvo un resultado meritorio y el 33% no obtuvo ningún beneficio.

Un tema que podría preocupar al inducir hipotiroidismo y hasta mixedema, o bien quirúrgico o bien químico, era la posibilidad de una cardiomegalia que agravara los cuadros. En los datos de Blumgart se podía observar que 10 de 13 pacientes de los que tuvieron franca mejoría no presentaron cardiomegalia iodoinducida, pero en cambio 5 de los 6 que no tuvieron ninguna mejoría clínica presentaron cardiomegalia. Señaló que esta cardiomegalia no desencadenó en ningún caso insuficiencia cardíaca, en el contexto de un temor lógico. En algunas series los pacientes tratados son capaces de revertir a ritmo sinusal y en otras no.

Otro aspecto que podría preocupar era el aumento de la colesterolemia en estados hipotiroideos.

Sugirió otros mecanismos compensadores beneficiosos en este estado: habilidad para la excreción de agua y sal, disminución en la sensibilidad del sistema cardiovascular a los mediadores adrenérgicos, alteración en la percepción del dolor e incremento de la circulación colateral en el árbol coronario.

Después de 100 años no está del todo claro si los estados hipotiroideos benefician o perjudican en algún grado el curso de la enfermedad coronaria.

Es cierto que el estado hipotiroideo reduce la utilización periférica de oxígeno y que la bradicardia y la disminución de la contractilidad cardíaca reducen el trabajo cardíaco. En este contexto surge la preocupación de si el tratamiento con hormona

tiroidea no agravará el cuadro, ya que acelera la génesis de calor en el tejido, tiene un efecto cronotrope e inotrope positivo y esto podría empeorar la isquemia miocárdica.

Capolla hace referencia a que trabajos de Blumgart en los años 50 reportaron mejoría de los síntomas anginosos en el 76% de los pacientes en una serie de más de 1000.

En cualquiera de los casos esta cuestión deviene ya solamente en una **discusión académica**, pues este enfoque ha sido superado por otros tratamientos médicos y quirúrgicos para la enfermedad coronaria.

Por el contrario, en nuestros días se considera que el hipotiroidismo subclínico puede representar mayor riesgo para la enfermedad aterosclerótica, aunque con bases teóricas débiles. También hay preocupación por el desencadenamiento de nuevas arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca y/o infarto de miocardio con el tratamiento con hormona tiroidea.

Algunos autores han comunicado escasez de vasodilatación coronaria con el ejercicio en pacientes hipotiroideos, que se normaliza al alcanzar un estado eutiroideo.

Los cambios que la normalización del estado hipotiroideo provocaría sería reducir la demanda de oxígeno del miocardio, mejorar la eficiencia cardíaca y reducir el riesgo de eventos cardiovasculares. El hipotiroidismo causaría una vasoconstricción intensa que devendría en aumento de las resistencias vasculares y de la presión arterial media. Se reduciría la postcarga. El hipotiroidismo severo (mixedema) causaría dilatación del ventrículo izquierdo y aumento de tensión de la pared.

La hormona tiroidea reduciría la precarga. Aunque la tomografía por emisión de positrones confirmó una reducción del consumo de oxígeno del miocardio en el hipotiroidismo, también mostró una reducción en el trabajo cardíaco, lo que implica menor eficacia.

**Lourie**<sup>27</sup> ofrece una visión crítica de los trabajos de Kocher en 1934 acerca de los efectos secundarios del procedimiento. El marido de una paciente intervenida le

escribió a Kocher: “Su operación ha sido exitosa, el estado de la garganta ha mejorado. Sin embargo, en otro orden de las cosas, mi mujer no disfruta de la vida desde la cirugía. Su cuerpo está siempre hinchado, las extremidades insensibles, se ha vuelto friolera, la menstruación es irregular”. Al cuadro que contenía estos síntomas y algunas otras atribuciones que hoy conocemos acerca del hipotiroidismo Kocher las llamó “*caquexia strumipriva*”. Consideró la importancia que podía tener para el resto de ejes hormonales el prescindir de esta glándula y es uno de los pocos que no se dejó llevar por la promesa de apaciguar la angina y pensó en los efectos colaterales que la intervención podía tener.

#### 1.4.4. Segunda era: aumento de flujo desde estructuras vasculares extracardíacas.

**Sutton** (1980) relata que las *anastomosis entre la circulación coronaria y estructuras extracardíacas* son poco comunes y se les ha prestado poca atención desde la primera descripción en 1803, en una necropsia de Von Haller<sup>28</sup>.

Otro de los primeros en hablar de ellas fue **Langer** en 1880, que durante un estudio de los vasos de Tebesio (venosos) por inyección de la arteria coronaria, describe ramas de la arteria coronaria anastomosándose con el mediastino, el pericardio parietal y los hilios pulmonares<sup>29</sup>.

En 1926 **Woodruff** describió anastomosis de las arterias coronarias con los *vasa vasorum* de la aorta ascendente. En 1928 **Wearn** también visualiza un contraste que había inyectado en las arterias coronarias en la aorta ascendente.

**Robertson** en 1930 resaltó la importancia de las arterias en la grasa pericárdica en presencia de arterioesclerosis coronaria.

Diversos autores han incluido referencias a la anastomosis de las arterias coronarias con estructuras extracardíacas como Gross en 1921, Mönckeberg en 1924, Spalteholz en 1924, Warburg en 1930 y Karsner.

**Hudson** descubrió en 1931 las anastomosis extracardíacas accidentalmente cuando inyectó una suspensión de partículas de carbón en las arterias coronarias

durante una autopsia y éste se distribuyó también por otros lugares fuera del corazón como el pericardio parietal, red de vasos en la adventicia de la aorta y arteria pulmonar.

Demostó anastomosis entre ramas pericardiofrénicas de la arteria mamaria interna y la circulación coronaria, así como con la arteria mediastínica anterior, frénica, arterias intercostales y ramas esofágicas de la aorta. También entre ramas pericárdicas, sobre todo alrededor de las venas pulmonares.

También son conocidas las anastomosis entre las arterias bronquiales y las ramas atriales de la coronaria derecha.

**Moritz** en 1932 comunicó anastomosis entre la arteria mamaria interna y adhesiones en el pericardio. También se han descrito anastomosis entre la arteria mamaria interna derecha y coronaria derecha y mamaria interna izquierda y la arteria interventricular.

En 1967 **Moberg** observó que estas anastomosis tenían lugar independientemente de si había patología o no, y que en condiciones patológicas agrandaban su calibre.

La extensión y el origen de las anastomosis extracardíacas con las arterias coronarias no están claramente definidos ni descritos.

Hudson resume que los lugares más comunes en el corazón donde emergen las conexiones con las estructuras extracardíacas son: alrededor de la raíz de la aorta, alrededor de la base de la arteria pulmonar, alrededor del nacimiento de la vena cava superior y vena cava inferior y en las reflexiones intervasculares del pericardio<sup>30</sup>.

En relación a los estados de insuficiencia coronaria, **Redwit y Crooke** comunicaron casos de oclusión coronaria en los que alrededor de esa oclusión observaron una red de vasos que se extendían desde la adventicia de la aorta y la arteria pulmonar a las regiones no ocluidas de las arterias coronarias.

**Gross** señaló la importancia de esta circulación extracardíaca cuando hay oclusión coronaria pero aún no ha acontecido infarto de miocardio. En estos casos es cuando esta circulación está especialmente desarrollada y también según

envejecemos, pues los procesos patológicos son más frecuentes en edades propectas.

Los vasos en el tejido adiposo sirven para anastomosar arterias coronarias entre sí, pero también coronarias y vasos que están alrededor de algunas estructuras extracardíacas.

Refiere que este aporte extracardíaco constituye una reserva significativa para la circulación cardíaca y que aumenta con la presencia de adhesiones pericárdicas. Esto servirá como base fisiopatológica para algunos tratamientos que serán enunciados posteriormente. Beck le reconoce a Moritz el descubrimiento de este fenómeno. Moritz para apoyar sus argumentos con el objeto de persuadir a Beck de que iba por un camino adecuado, se refirió a un paciente de Thorel en 1903 en el que sugirió que su corazón estaba recibiendo un aporte de sangre a través de las adhesiones que estaban presentes<sup>31</sup>.

Algunos autores hablan también del cuadro del “robo coronario”, situación que se produce cuando por la anastomosis discurre un flujo sanguíneo que hubiera sido beneficioso que se hubiera quedado en el circuito coronario. Por ejemplo, en una obstrucción de la arteria subclavia puede acontecer una derivación del flujo sanguíneo desde el sistema coronario (en el caso de que exista un puente de mamaria interna realizado previamente) hacia la subclavia<sup>32</sup>.

Así, Sutton (1980) publica un caso de un paciente con clínica anginosa refractaria a tratamiento médico debido a una anastomosis de la circulación coronaria con la arteria bronquial. La ligadura de dicha comunicación solucionó el problema.

**Beck** recogió todo este corpus teórico y se dispuso a realizar intervenciones terapéuticas con el objeto de resolver la insuficiencia coronaria.

Reflexiona en 1935 acerca de que dos muy pequeñas arterias (por las arterias coronarias) son la más importante estructura vital en el organismo.

Beck y sus colaboradores conciben una idea para aumentar el aporte de flujo sanguíneo al corazón, mediante el desarrollo de conexiones extracardíacas. Se trataría de realizar una abrasión mecánica (raspando con una fresa mecánica) o



química (talco, arena, asbesto o esponja de ivalón) del pericardio, lo que estimularía las conexiones arteriolas.

Algunos otros agentes utilizados fueron los siguientes: Beck usó huesos de animales para “fresar” el pericardio, O’Shaughnessy aleuronato, Thompson talco y Heinbecker y Barton una mezcla de aleuronato, glicerina, comercial gelatina, agua y lionita.

Beck relató cómo estaba interesado en la cirugía de revascularización miocárdica desde 1923 y cómo había practicado 1200 intervenciones a fecha de 1935 en este sentido.

Junto a **Griswold** estaba estudiando experimentalmente la compresión crónica de la superficie del corazón, y retiraron la capa de tejido cicatricial. Observaron entonces una serie de conexiones entre el corazón y los tejidos adherentes, pero en aquel momento no tuvieron ningún significado para ellos. En otra ocasión, al resecar un tejido fibrótico que habían inducido y que rodeaba al corazón, observaron un sangrado enérgico en las proximidades del miocardio.

Por tanto, en Febrero de 1932 con la ayuda de Tichy y la supervisión de Moritz realizaron una ablación con un torno fresador del pericardio parietal, defendiendo que esa estructura actuaba como barrera del crecimiento de capilares. Observaron entonces que las arterias coronarias izquierda y derecha tenían una obstrucción compatible con la vida bajo el modelo experimental que habían diseñado, y que el corazón estaba provisto de una red vascular colateral. La oclusión había sido simulada experimentalmente por unos anillos constrictores de plata que fueron colocados en varios actos quirúrgicos y que asfixiaban artificialmente la circulación coronaria. Observaron que el miocardio era capaz de tolerar unas reducciones del 30 al 50% en la luz de las arterias. Esto creaba un gradiente de presión, que es el que supuestamente tenía lugar en la insuficiencia coronaria, que atraía el flujo de las colaterales y que equilibraba los requerimientos sanguíneos del miocardio. Los resultados podíamos observarlos a las 2 o 3 semanas de provocada la oclusión.

Se utilizaron algunas otras estructuras que adheridas al pericardio y a la grasa mediastínica servían también para estimular el crecimiento de una maraña

vascular con la que la circulación coronaria pudiera establecer conexiones. Regiones de músculo esquelético (pectoral entre ellos) y epiplón (omentopexia) fueron utilizadas para este fin. También estómago, hígado, bazo, piel, pulmón, intestino delgado... De estos modelos experimentales Beck junto a Bright y Maltby extrajeron algunas conclusiones:

- Si no hay insuficiencia coronaria las colaterales extracardíacas no son capaces de desarrollarse adecuadamente.
- La circulación colateral extracardíaca tiene lugar preferentemente con obstrucción de arteria coronaria derecha, no tanto cuando se trata de la coronaria izquierda.
- Se plantea realizar esta intervención de manera profiláctica en pacientes seleccionados, antes de que sobrevenga la sustitución del miocardio por tejido cicatricial o grasa o antes de la oclusión coronaria total. La razón de este planteamiento es que se necesita una reducción de aproximadamente el 20% del flujo para que se ponga en marcha la red colateral extracardíaca. Una vez que está instaurada si aconteciera una oclusión total de alguna arteria coronaria no se produciría una isquemia, el miocardio seguiría siendo viable.

Beck comenta que estas adherencias que se practican al pericardio con distintos materiales no son contraproducentes, y que no tienen ningún perjuicio clínico para la función cardíaca, a pesar de que producen una compresión crónica y de que angulan el corazón. Las adherencias no son profusas entre estas estructuras y la caja torácica.

Sin embargo, **Favaloro** comenta en la edición en castellano de su libro "Surgical Treatment of Coronary Arteriosclerosis" de 1973 (pero curiosamente no en la norteamericana, que es del 70) que durante la etapa final del proceso inflamatorio y cicatricial que se produce después de realizar una abrasión química o mecánica del pericardio o una sustitución del pericardio por diversos tejidos, será del todo imposible el desarrollo de colaterales a la circulación coronaria porque el producto resultante comprimirá el corazón.

Beck, Schildt y Stanton comunican en 1943 que el procedimiento mecánico y químico sobre la superficie del pericardio también induciría comunicaciones entre las arterias coronarias en modelos experimentales en corazones de perros. Se les inyectaba en las coronarias una sustancia formada por una mezcla de sulfato de bario, gelatina y agua destilada que se calentaba y se evidenciaron las conexiones mediante roentgenograma.

**Fieschi** propuso un modelo en animales para derivar sangre a las coronarias ligando la mamaria interna a nivel del segundo espacio intercostal y vehiculando su flujo a través de las ramas frenopericárdicas, extracardíacas<sup>33</sup>. **Zoja y Cesa-Bianchi** (internistas ambos) con la ayuda de Fieschi en 1939 pusieron el modelo en marcha en el quirófano, en un paciente que previamente había tenido cuadros isquémicos compatibles con infartos de miocardio sucesivos, y el paciente quedó asintomático después de la intervención. Los resultados fueron publicados en 1942 por Fieschi. En el contexto de la búsqueda de anastomosis extracardíacas a las arterias coronarias cobró importancia en Estados Unidos y en Italia *el estudio de las de la arteria mamaria interna y sus relaciones con el miocardio*.

**Battezzati** demostró en Italia éstas en 1954, instilando azul de metileno proximal y distal a la ligadura de la mamaria interna y viendo cómo aparecía el colorante en el epicardio y en regiones parcheadas del miocardio<sup>34</sup>. **Moberg** obtuvo la misma conclusión en 1967 tras experimentación en cadáveres. **Glover** obtuvo resultados satisfactorios en la sintomatología de sus pacientes aplicando esta técnica, que luego fue refutada por operaciones simuladas y ensayos clínicos. Éste último contaba con una serie de 92 pacientes, seguidos por 5 meses. El 68% experimentó una mejoría de los síntomas<sup>35</sup>. El objeto de la ligadura de la mamaria interna era crear un estado hipertensivo local cercano a la obstrucción para incrementar la presión de perfusión cercana a los canalículos próximos al corazón. Uno de los motivos del fracaso de esta técnica fue que Glover comprobó que el procedimiento no modificaba la presión arterial en las ramas proximales, y que las diferencias con una operación quirúrgica placebo (sham surgery) no eran significativas.

Aunque un estudio de Taber y Marchioro en 1958 demostró que el aumento de la presión de perfusión en las ramas pericardiofrénicas tenía lugar con la ligadura, otro de Sabiston y Blalock, que confirmaba el hecho anterior, reportaba que esto

no tenía ninguna trascendencia clínica. Glover siguió practicando la técnica defendiendo que no interfería con otras cirugías de revascularización y que era poco invasiva. **A Favaloro le resultaba incomprensible y trágico ligar la arteria mamaria interna**, ya que había muchas conexiones entre la mamaria interna y la pared torácica por las arterias intercostales y la ligadura significaba privar a los paciente de un implante mamario tipo Vineberg, que más adelante describiremos. Esta técnica quedó finalmente refutada por experiencias posteriores y ensayos clínicos<sup>36</sup>.

#### *1.4.4.1. Redirigir el drenaje venoso cardíaco.*

En 1936 **Gross** enuncia un nuevo modelo para disminuir las consecuencias de la insuficiencia coronaria. Trabajó con perros a los que les provocaba una oclusión repentina y súbita de la descendente anterior, a 2 cm debajo del ostium de la circunfleja, provocando unas tasas de fallecimiento del 50%. Si esto **lo acompañaba de una obstrucción del seno coronario** (recuerdo que el seno coronario es el equivalente a las arterias coronarias pero en el sistema venoso, en el sistema de retorno) o no había infarto o el tamaño del infarto se reducía. Observó que el éxito del procedimiento dependía del grado de obstrucción del seno coronario. Si se obstruía el seno completamente la mortalidad era alta. La obstrucción parcial estaba asociada a una baja mortalidad. Comunicó que la intervención se podía llevar a cabo en 20 minutos, sin adhesiones pericárdicas. La mejora de la perfusión miocárdica se podía observar a la semana. Estos logros los enuncia porque desde su punto de vista las premisas que debía tener un procedimiento quirúrgico que quisiera solucionar el problema de la isquemia miocárdica debían ser: producir un adecuado suplemento de sangre al corazón, emplear un método mínimamente invasivo y que los resultados pudieran observarse en un corto espacio de tiempo.

Para **Fauteux** las concausas de la enfermedad coronaria eran alteraciones sensoriales, reacciones vasomotoras y alteraciones electromecánicas, por lo que había que actuar frente a ellas si queríamos plantarle cara a la enfermedad. Planteó una intervención quirúrgica que consistía en la **ligadura del seno coronario y sección de los troncos nerviosos sensitivos y simpáticos (neurectomía)** que

correspondían a la raíz de la aorta y al origen de las arterias coronarias<sup>37</sup>. Realizó un estudio con cuatro grupos en perros. En el primero realizó oclusión artificial de arteria coronaria con una mortalidad del 80%. En el segundo realizó ligadura del seno coronario y un mes después oclusión artificial de arteria coronaria con una mortalidad del 60%. En el tercer grupo realizó neurectomía primero y en otro tiempo oclusión coronaria con mortalidad del 40%. En el cuarto realizó neurectomía con ligadura del seno primero y en otro acto quirúrgico oclusión coronaria, con mortalidad de 13%.

Si bien Fauteux reconoce no saber cuál es exactamente el mecanismo compensatorio de la ligadura del seno coronario, comenta que éste lleva al reajuste del sistema coronario y a un aumento de la presión arterial del territorio vascular que drena al seno coronario.

Con este marco teórico de fondo intervinieron al primer paciente en Abril de 1939, que permaneció dos años sin angina.

Recogiendo fundamentalmente el concepto de ligadura del seno coronario y de anastomosis extracardíaca en el que había trabajado y del que he hablado previamente, **Beck propuso una cirugía que se denominó Beck I** y que constaba de la abrasión del pericardio y epicardio, la colocación de asbesto, mediastinopexia y ligadura parcial del seno coronario.

El mecanismo de acción por el que se protegía al miocardio de una insuficiencia circulatoria era la creación de **colaterales intercoronarias**. Éstas eran producidas por la inflamación del corazón y la ligadura parcial del seno coronario<sup>38</sup>.

La cirugía no modificaba sustancialmente la presión venosa, por lo que esta opción fue superada.

Beck propuso aún otra cirugía: **Beck II**, que consistía en un injerto de vena entre la aorta y el seno coronario, y al mes realizaban una ligadura parcial del seno coronario.

Para Beck la cirugía conseguía resultados en dos sentidos. En el primero, después de las primeras seis u ocho semanas el flujo sanguíneo se dirigía desde la aorta, a través del puente hacia las venas y la red capilar. Aportaba al flujo venoso sangre

de diferentes características. Después de 8 semanas la íntima de los vasos se estrechaba y algunos vasos se trombosaban. En perros el puente perdía el contacto con la red capilar después de 8 semanas y el flujo sanguíneo no podía retroceder. Así pues, el flujo discurría y desarrollaba los canales intercoronarios. La gran protección miocárdica comenzaría dos meses después de la segunda intervención y duraría un año. En este sentido Beck II superaba a Beck I.

Estas técnicas finalmente *se abandonaron por la mortalidad* (7,5% en la I y 26,5% en la II) y en el caso de la II, por tener que practicarse la cirugía en dos tiempos.

### **1.4.5. Tercera era: revascularización indirecta.**

#### *1.4.5.1. Concepto de sinusoides miocárdicos<sup>39</sup>.*

En torno a la segunda década del siglo XX tuvo lugar un descubrimiento en el tema que nos ocupa que significó un punto de inflexión importante.

*Se descubrió una nueva organización de la arquitectura vascular del músculo cardíaco.*

Fueron **Vieussens y Tebbsius** quienes estudiaron la circulación de la sangre en el miocardio en 1706 y 1708 respectivamente. Se dieron cuenta de que existían unos canales que comunicaban las coronarias directamente con las aurículas y los ventrículos. Los canales eran arteriales y venosos. Los venosos fueron conocidos como *vasos de Tebesio*<sup>40</sup>.

En 1706 Vieussens liga la vena cava y las venas pulmonares para que no pueda refluir una sustancia (safranina en alcohol) en las arterias coronarias. Observa que la sustancia no solamente migra al seno venoso, lo que es el recorrido conocido, sino que también lo hace hacia la aurícula derecha y hacia las demás cavidades. Esto solamente se explica contando con la existencia de conductos en el espesor de las cavidades. Vieussens los llamó *ducti carnosí*. Otro estudio que hizo reveló que esos conductos estaban comunicados con las arterias coronarias.

Contradictoriamente, Wearn relata este experimento en 1927 como el que dio a Tebbesius con el descubrimiento. Sin embargo, en 1940 dice que fue por este otro: insufló aire en el interior de las venas coronarias con el corazón sumergido y observó burbujas escapando a través del miocardio.

En 1708 Tebbesius comunicó también la existencia de conductos entre el sistema venoso conocido y las cavidades cardíacas.

Wearn escribe: “Tebbesius se preguntó que por qué El Creador ha puesto esas pequeñas venas en el espesor del músculo cardíaco, y la respuesta fue que para hacer posible una vía de escape de la sangre venosa al principio de la sístole. Después de responderse de manera satisfactoria a sí mismo, dio alabanzas al Creador por ser tan previsor y anticiparse a la utilidad de esos pequeños vasos”.

Por tanto, Tebbesius dio finalmente el nombre a los vasos: venas de Tebesio, cuando fue Vieussens el que descubrió antes esa microarquitectura, aunque en el sistema arterial. Pero él fue el que diseñó el método de inyección arterial.

**Verheyen** en 1712 revisó el trabajo de Vieussens, confirmó sus resultados y le otorgó una adecuada importancia a sus hallazgos. Sin embargo, negó que los conductos fueran especiales.

Como en (casi) todo avance en la ciencia también hubo oposición y negación de los descubrimientos de Tebbesius, en los estudios de Cruveilhier, Thelie y Lannelonge.

**Pratt** demostró en el corazón de gato que éste puede conservar la perfusión durante una hora desfibrilado a través de las venas de Tebesio, y que esta estructura explicaba la ausencia de infartos en corazones muy esclerosados.

Aunque como ya he comentado los trabajos de Vieussens precedieron a los de Tebbesius, y Tebbesius sustentó sus descubrimientos en los de Vieussens, he dejado los de éste último para el final para poder enlazar directamente con las consecuencias que su aplicación tuvieron para la historia de la revascularización, con los trabajos posteriores de Vineberg<sup>41</sup>.

La primera observación que puso a Vieussens sobre la pista fue el hecho de que al observar corazones humanos abiertos en una necropsia, vio coágulos de sangre

que normalmente se ven en las cámaras cardíacas adheridos a pequeños espacios en el espesor del miocardio. Estando convencido de que esos espacios estaban conectados con la circulación coronaria, *inyectó azafrán en las arterias coronarias y observó el escape a través de las aurículas y ventrículos.*

En 1798 Abernethy reprodujo los hallazgos de Vieussens, y aunque él no apreció ninguna diferencia respecto a los resultados que éste último extrajo, demostró conexiones entre el corazón y las coronarias.

Hay que diferenciar, como señala Favalaro, comunicaciones directas entre:

- circulación coronaria y cámaras cardíacas.
- fibras miocárdicas y sinusoides miocárdicos.

Tanto los descubrimientos de Tebbesius como los de Vieussens fueron olvidados hasta que algunos autores los fueron reivindicando a lo largo de los años 20.

Kretz y Crainicianu observaron que el diámetro de los vasos lumbinales era el mismo que el de las arterias coronarias.

El propio Wearn, en 1928, comunicó que al perfundir las arterias coronarias y cuantificar los flujos de retorno, el 80% iba por los vasos lumbinales y solamente el 20% al seno coronario.

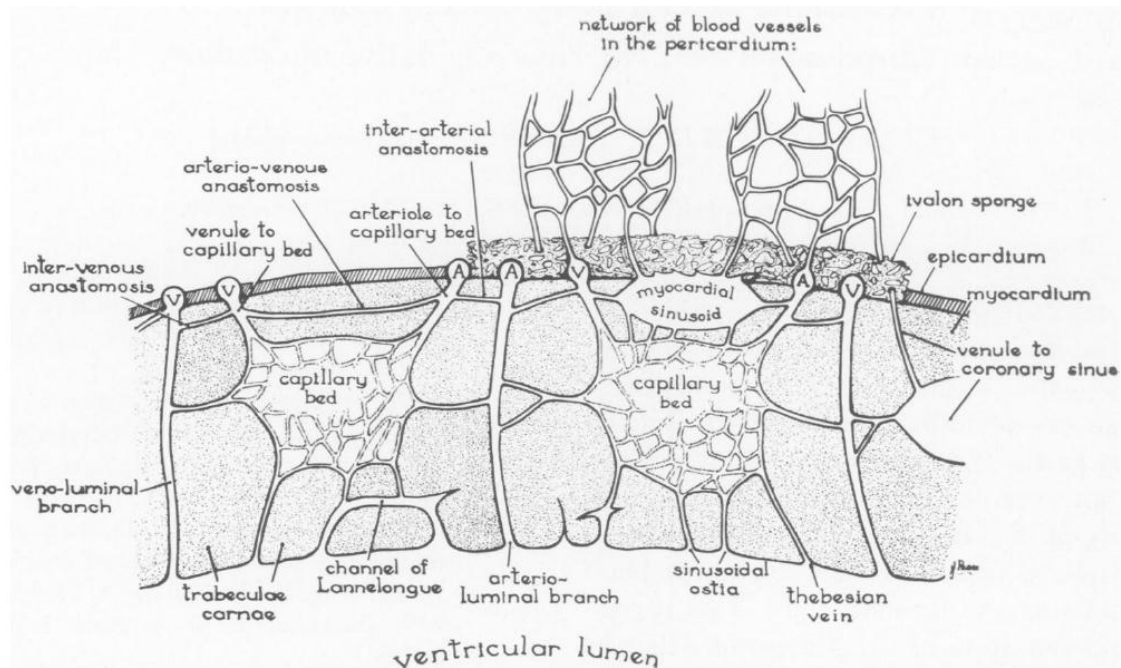
En un trabajo con Mettier instilaron una solución de celoidina demasiado espesa para penetrar en los capilares en las coronarias y vieron cómo parte de ella escapaba por los vasos lumbinales a las cavidades.

Los vasos lumbinales fueron demostrados también llenando las cavidades miocárdicas de una solución de rojo de celoidina y succionando desde el ostium de las arterias coronarias, con lo que se impregnaban y revelaban el recorrido de los vasos lumbinales.

Una desembocadura de un vaso luminal en el ventrículo fue teñida y estudiada al microscopio para ver su estructura histológica, revelando dos tipos de vasos que conectan las coronarias con la luz de las cámaras cardíacas: unos directamente desde las arteriolas y otros a través de los sinusoides miocárdicos hacia las cámaras. Los vasos directos arteriolumbinales no son numerosos, pero los



arteriosinusoidales son más numerosos. Estas estructuras, salvo por el diámetro de la luz, son iguales funcionalmente que los capilares.



*Figura 3. Modelo de sinusoides miocárdicos. De: Comparative Experimental Studies of the Surgical Treatment of Coronary Artery Disease: An introduction of two new operative procedures. Gil Pablo y Arthur Vineberg. Annals of Surgery. 1962;155: 277-88.*

Algunos esquemas gráficos que ayuden a comprender y asimilar esta compleja estructura anatómica.

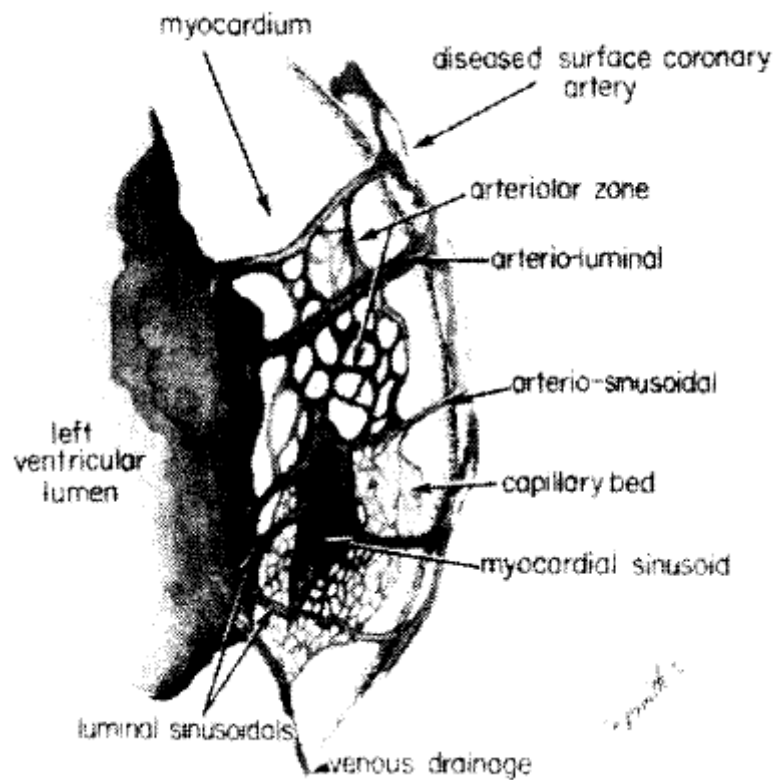


Figura 4. Modelo de sinusoides miocárdicos. De: *The Phantom of "Myocardial Sinusoids": a historical reappraisal*. John Tsang and Ray Chiu. *Ann Thorac Surg* 1995;60:1831-5.

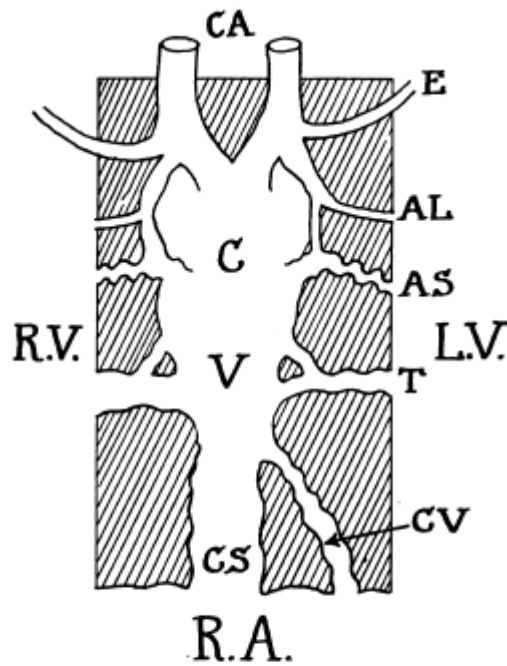


Fig. 1

CA—coronary arteries.	V—coronary veins.
E—extracardiac branches.	CV— " "
AL—arterio-luminal vessels.	CS—coronary sinus.
AS—arterio-sinusoidal vessels.	R.V.—right ventricle.
C—capillaries.	R.A.—right auricle.
T—Thebesian veins.	L.V.—left ventricle.

Figura 5. Modelo de sinusoides miocárdicos. De: *Morphological and functional alterations of the coronary circulation*. Harvey Lecture, 18 de Abril de 1940. Joseph Wearn. *The Bulletin. Coronary Circulation*.

Podemos encontrar, por lo tanto, **cuatro tipos de salida del árbol coronario** por diferentes vasos:

- La vía clásica y conocida: capilares (sangre arterial) que realizan el intercambio gaseoso y se continúan con vénulas, venas y desembocan en el seno coronario.
- Vía de los capilares a las venas de Tebesio.
- Vasos arterioluminales (llevan sangre arterial desde las coronarias o sus ramas a la luz de la cavidad cardíaca).
- Vía de los vasos sinusoidales a través del miocardio hacia las cámaras cardíacas.

Wearn observó al microscopio que los vasos arterioluminales perdían la capa media, se adelgazaba la íntima y desaparecía la adventicia, siendo su estructura histológica dispar a la de la arteria.

Luego estos vasos se subdividían en canales con una luz irregular, en una estructura que es lo que se conoce como sinusoides miocárdicos. Éstos se anastomosan unos con otros y se abren a la luz de las cavidades cardíacas, siendo más frecuentes en los ventrículos que en las aurículas.

**Tsang** realiza una comparación muy gráfica de la circulación miocárdica basada en la estructura del sinusoide con la de una esponja, un entramado con espacios y canalículos que comunican unos espacios con otros. Los sinusoides son unos lagos recubiertos de endotelio y espacios con discontinua membrana basal. También existen en el hígado, bazo, médula ósea... Este modelo anatómico no se ha tenido ni se tiene presente todo lo que ha correspondido a través del paso de los años<sup>42</sup>.

La circulación en este tipo de red sinusoide miocárdica está inspirada en una **evolución filogénica** de los corazones primitivos.

En los animales la circulación miocárdica está en relación con el grado de evolución de la especie<sup>43</sup>.

El patrón más primitivo es el **sinusoidal**, en el que la perfusión se hace desde la cavidad. La sangre fluye a un miocardio esponjoso donde contactan células sinusoidales y células miocárdicas.

El siguiente paso evolutivo es el **transicional**, en el que hay una capa externa del miocardio irrigada por las coronarias y una red venosa que recoge la sangre de retorno, a través de red capilar. Hay también una capa interna esponjosa, similar a la sinusoidal.

Nos encontramos a continuación con el tipo **transicional II**, igual que el anterior, sólo que las coronarias de la capa externa penetran en las trabeculaciones.

Por último en el **coronario**, el miocardio se encuentra compactado, con una estructura uniforme, y es perfundido por las coronarias y capilares.

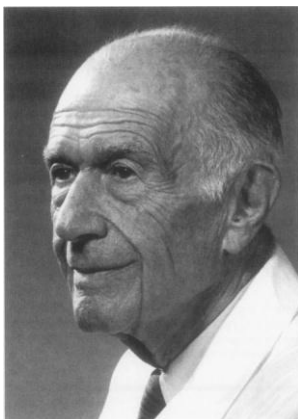
El senoide es el más primitivo y el coronario el más desarrollado. En los mamíferos se ha observado que en su desarrollo fetal la organización del miocardio va pasando secuencialmente de senoide a coronario, con un orden: de base a ápex, de posterior a anterior, del ventrículo derecho al izquierdo y del epicardio al endocardio.

La persistencia sinusoidal en el ser humano adulto es interpretada como la persistencia de un patrón vascular primitivo. Es excepcional y se asocia a estados patológicos como neonatos con cardiopatías congénitas, sobre todo atresia pulmonar, septum intacto, atresia de válvula aórtica e hipoplasia de ventrículo izquierdo.

**Sen** en 1956 realizó experimentaciones en el corazón de serpientes (tipo transicional), colocando agujas en los espacios que se delimitaban en los sinusoides, a modo de acupuntura, con buenos resultados que publicaron en 1968. Describe al miocardio como una superficie de tierra seca y agrietada (las grietas representarían los espacios intermiocárdicos) y una manguera regando a presión. El suelo empapa el agua (la sangre) y no deja charcos.

#### 1.4.5.2. Vineberg.

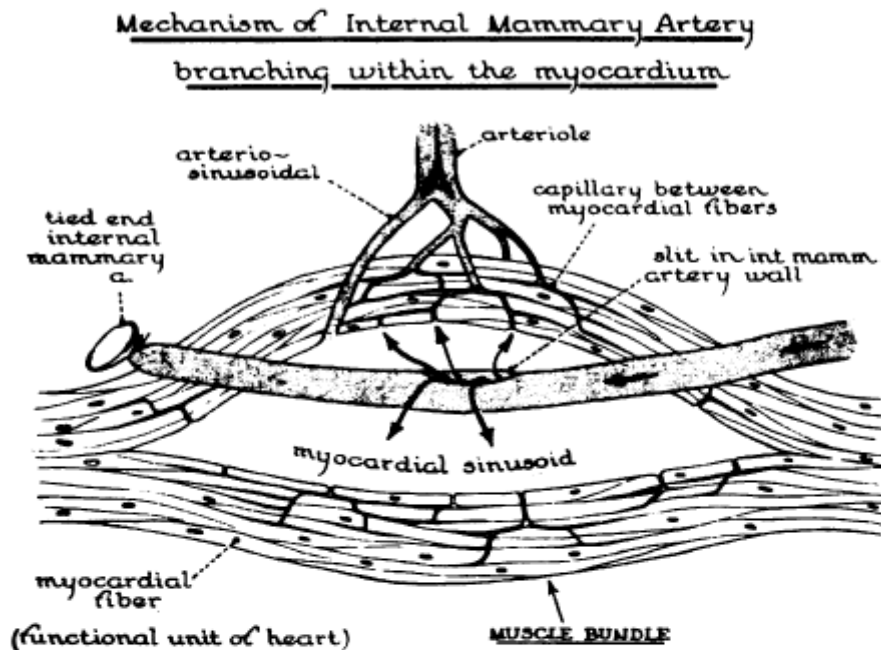
Los trabajos de Vineberg se sustentaron en el marco teórico que proporcionó la teoría de los sinusoides miocárdicos. La idea fuerza era considerar la posibilidad de realizar un aporte sanguíneo al miocardio a través de una fuente extracardíaca, con lo cual recogía otra de las tendencias de las técnicas pasadas.



Vineberg concibió la idea de diseccionar la arteria mamaria interna de la pared torácica y anastomosarla sobre la arquitectura del músculo cardíaco, de manera que éste, con su particular estructura vascular sinusoidal sería capaz de absorber el flujo sanguíneo, como si se proporcionara una pequeña corriente de agua sobre una esponja. De esta

manera el modelo actuaría como una tercera arteria coronaria.

Para conseguir su propósito Vineberg **labraría un túnel** en el miocardio y conseguiría que la arteria sangrara libremente sobre los sinusoides sin formar un hematoma, ya que éstos absorberían la sangre.



**Fig. 2** Drawing of implanted internal mammary artery in left ventricle with opening in side of vessel. Blood escapes from internal mammary artery into myocardial sinusoids, which is why the implanted vessel remains open until its own branches join the coronary arterioles.

(Illustration and caption from: Vineberg A. Coronary vascular anastomoses by internal mammary artery implantation. *Can Med Assoc J* 1958;78:871-9. Copyright © by the Canadian Medical Association. Reprinted by permission of the publisher.)

*Figura 6. Modelo de implante de arteria mamaria interna drenando sobre el miocardio.*

**Murray** había concebido una idea similar en 1937, pero los vasos se ocluían y no se percibía mejora en la circulación coronaria. Vineberg en 1946 mediante una

solución colorante, demostró conexiones entre la arteria mamaria interna y la circulación coronaria habiendo realizado su intervención. Este hecho pudo también comprobarlo en estudios postmortem.

La primera cirugía en un paciente la realizó en **Abril de 1950**. En la década de los 50 hizo de 10.000 a 15.000 intervenciones<sup>44</sup>.

Hay algunos textos y algunos autores que dicen que Vineberg quedó relegado de la historia de la revascularización miocárdica a pesar de sus esfuerzos y hallazgos, pero otros le dan un lugar privilegiado, Favalaro entre ellos.

En 1927 Vineberg concibió la idea básica de su cirugía un día a la salida de una charla en su Universidad y se lo comentó a un compañero, Eric MacNaughton. Sus proyectos se paralizaron hasta 1930. En ese intervalo su padre falleció precisamente de un infarto de miocardio en el contexto de enfermedad coronaria previa, y eso fue lo que hizo a Vineberg tomar ánimos para desarrollar sus ideas.

Aprendió cuando era estudiante que la arteriosclerosis coronaria afectaba a las coronarias en la superficie del corazón, dejando las arterias que quedaban dentro del espesor del miocardio indemnes. Reflexionó sobre realizar aportaciones a la circulación coronaria con varias fuentes de sangre arterial a través de las propias arterias, y tuvo la posibilidad de sopesar varias opciones cuando enseñaba anatomía a principios de los años 30. Le atrajo la idea de utilizar la mamaria interna dado lo apropiado de su tamaño, la facilidad con la que podía ser disecada y la proximidad y relación con el ventrículo izquierdo en la disección en el cadáver<sup>45</sup>.

En 1945 comenzó sus experimentos con perros. Su esperanza era que las coronarias desarrollaran colaterales con el implante. Después de varias modificaciones de la técnica operó al primer paciente en 1950. El paciente falleció a las 62 horas, aunque **en la autopsia se pudo observar que la mamaria interna estaba permeable sin signos de infarto ni hemorragia**. Su segundo paciente vivió 10 años después de la intervención.

Vineberg publicó una serie de 57 pacientes en 1958 comunicando 60% de supervivencia a los 7 años. **Con el advenimiento de la coronariografía** ese mismo

año y la confirmación de la validez y utilidad de su propuesta, **recibió un espaldarazo.**

En la Cleveland Clinic revisaron a 1.100 de sus pacientes y con datos de 1968 el 92% de los implantes eran permeables y el 54% tenían comunicaciones con la circulación coronaria.

En 1977 Oscher publicó una serie de 55 pacientes en los que las comunicaciones con coronarias fueron del 42%.

En aras de estudiar honestamente la utilidad de su operación, Vineberg realizó un estudio de caso-control en 1977 comparando su cirugía con el tratamiento médico estándar. La supervivencia en el grupo cirugía fue del 86,5% en comparación con el 53% y 60% de los grupos de tratamiento médico.

Se publicaron estudios a largo plazo con buenos resultados, se comprobaron permeabilidades incluso a 20 años, y también se pusieron encima de la mesa algunos otros estudios con malos resultados, como documentar 16% de anastomosis con coronarias cuando Oscher había demostrado 42%, aunque Vineberg argumentó que las coronarias sobre las que habían tenido lugar sus experimentos eran sanas.

Los veteranos de guerra americanos (que poseen un grupo de investigación muy potente y confiable que hace ensayos clínicos) realizaron un estudio en 1966 con 146 pacientes con una mortalidad del 12% y una permeabilidad del implante a un año del 67%.

**Tras la llegada del bypass coronario la técnica de Vineberg se abandonó prácticamente, aunque por ejemplo Favaloro la reivindicó y la siguió utilizando como complemento.**

En 2001 Marx publica en Alemania un caso de un paciente operado por Vineberg 27 años antes al que realizó doble implante de mamaria, que en el momento del estudio en Düsseldorf tenía oclusión total de arterias coronarias y ambos implantes mamarios permeables. Krabatsch comunicó en el año 2000 un caso similar con permeabilidad de una mamaria interna izquierda 30 años después y enfermedad de tres vasos con una oclusión proximal de la descendente anterior.



En las primeras experimentaciones en perros implantó varias ramas de la mamaria interna sangrando libremente mientras ligó otras en el miocardio. En los dos primeros grupos de intervención solamente uno de 13 perros desarrolló comunicaciones con la circulación coronaria. Estos resultados, que a priori podrían considerarse un fracaso, fueron un estímulo para Vineberg.

Los hallazgos exitosos que confirmaban su hipótesis se objetivaron en el último de los 13 perros de su primer experimento. Los resultados obtenidos en los primeros 12 parecían que refutaban su hipótesis.

En la segunda serie experimentó con 27 perros y 10 fueron analizados 4 meses después. 2 de ellos mostraron conexiones entre la mamaria interna y las coronarias.

Utilizaba constrictores en las coronarias para simular arterioesclerosis y mejorar los modelos, con el objeto de que las condiciones experimentales se asemejaran más a las reales. Obtuvo unas tasas del 75% de existencia de conexiones con las coronarias de esta manera. Un mes después, ligaba la descendente anterior para demostrar que las colaterales eximían al miocardio de una insuficiencia coronaria.

Con todas las reservas con las que se quieran interpretar los trabajos de Vineberg, éste llevó a cabo el primer procedimiento para incrementar el flujo a un miocardio isquémico. Para Favalaro, fue el primero que demostró que la insuficiencia coronaria podía ser corregida con cirugía<sup>46</sup>.

Sus resultados fueron acogidos con escepticismo, debido a las experiencias frustradas anteriores de avanzar en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad coronaria. Él mismo se convirtió casi en solitario en su época en uno de sus más enérgicos defensores e impulsores.

El recorrido (y probablemente el legado) de los procedimientos de Vineberg no está en su utilización solitaria, sino en sus modificaciones o en su integración en otros procedimientos.

El propio Vineberg complementó su cirugía con un puente a una omentopexia en la región posterior del ventrículo izquierdo, como reminiscencia de los trabajos de Beck. Bigelow practicó una operación de Vineberg a la que añadió una resección

del ganglio estrellado izquierdo. **Effler** tuneló la mamaria interna en la pared posterior del miocardio. Favalaro realiza en 1966 el primer doble implante de mamaria interna, con la arteria mamaria derecha y la izquierda.

El trabajo de Vineberg, aunque fue prácticamente olvidado y no tenido en cuenta, resultó meritorio. Hasta 1900 hubo solamente 9 casos de anastomosis arterial, con establecimiento de flujo sanguíneo. No existían en su época ni procedimientos para mantener el corazón en hipotermia ni técnicas de imagen ni precedente alguno.

Uno de los principales escollos para aceptar las propuestas de Vineberg fue que sus contemporáneos no creían que el flujo de la mamaria iba a ser absorbido por el miocardio y que se iba a producir una trombosis.

En 1967, **Sparks**, preguntándose cómo era posible que la mamaria permaneciera permeable en el procedimiento, teorizó con que se podrían liberar sustancias antitrombóticas en el ambiente local. Las investigaciones posteriores demostraron que esto era cierto. Las contracciones y compresiones rítmicas de los vasos promovían la liberación de fibrina, lo que prevenía la trombosis.

Se estudiaron también las características del flujo en el implante, llegando a la conclusión de que el implante se podía adaptar a una sobrecarga de flujo de hasta el 160% si las necesidades del miocardio lo requerían.

El hecho de que no se formara hematoma en el drenaje hablaba a favor de la existencia de los sinusoides. **Hahnemann**, para demostrar que esto era cierto, implantó la arteria femoral en el músculo aductor de perros y comprobó que en todos los casos se formaba un hematoma y que los vasos finalmente se trombosaban en su lecho distal.

Los trabajos de Vineberg con la mamaria interna en revascularización indirecta fueron la base para el uso de la misma arteria en revascularización directa, como llevaron a cabo Kolesov y Goetz entre otros.

Su aportación fue haber comprendido que el tratamiento de la enfermedad coronaria pasa por aportar al corazón sangre arterial.

### 1.4.5.3. Sewell.

La técnica de Sewell es una pequeña **modificación de la operación de Vineberg** que consiste en disecar un pedículo formado por la arteria, vena, músculo intercostal, tejido conectivo circundante, fascia y pleura parietal. La ventaja de esta modificación es que esta disección **se realiza en menos tiempo y es menos probable dañar la arteria debido a que se manipula menos, además de que no se retrae.**

Según series de la Cleveland Clinic, mientras que la permeabilidad con el procedimiento Vineberg era del 88,4%, con el de Sewell era del 92,2%. Favaloro comenta que el inconveniente del Sewell era que había que labrar un túnel ancho para implantarlo, y que esto se hacía con una hoja de bisturí, lo que aumentaba el daño miocárdico. Este hecho era el que provocaba que **la mortalidad con el procedimiento de Sewell fuera del 8,5% mientras que con el de Vineberg del 4,5%.** También se elevó el número de arritmias e infartos subsiguientes a la manipulación quirúrgica.

**Favaloro decidió combinar ambas técnicas para maximizar los beneficios.** Disecaba todo el pedículo en bloque y a la hora de implantarlo disecaba la parte de la arteria que iba a ser implantada. Así, el túnel era más pequeño, no se incidía con el bisturí sobre el tejido miocárdico y el traumatismo a los vasos coronarios era menor.

A Sewell le preocupaba estudiar cómo se desarrollaban las colaterales. Según su visión debían concurrir tres circunstancias: una arteria donadora a presión arterial neutra, una arteria receptora a una presión arterial inferior y una comunicación vascular entre las dos<sup>47</sup>.

Las arterias donadoras debían tener una serie de características:

- tamaño grande para llevar suficiente cantidad de sangre y generar suficiente presión.
- ir acompañada de la vena y de tejido para asegurar la permeabilidad del injerto.
- injertar en territorios que tuvieran múltiples colaterales y de al menos mediano calibre, no pequeñas.

- implantar la donadora cerca de la receptora, porque el desarrollo de colaterales depende del gradiente.
- si hay que incidir sobre algunas de las arterias del ambiente local es preferible cauterizarlas que ligarlas, si queremos promover colaterales.

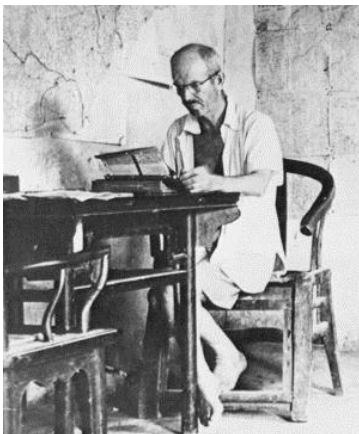
#### 1.4.5.4. *Off topic: Bethune.*

El maestro quirúrgico de Vineberg fue **Edward Archibald**, un pionero de la cirugía torácica que se destacó en el campo del tratamiento quirúrgico de la tuberculosis.

Uno de los asociados del profesor era Norman Bethune, un auténtico personaje del que recojo a continuación unos datos por la estrecha relación que tuvo con España y lo desconocido que nos resulta. Vineberg disfrutaba contando historias “verdes” o “picantes” acerca de él.

Norman Bethune nació en Canadá en 1890 y se licenció como médico a los 26 años. Interrumpió sus estudios por dos ocasiones. **La primera para dar clases a trabajadores e inmigrantes en campamentos y la segunda debido a la Primera Guerra Mundial**, donde se alistó como camillero y fue herido en Bélgica. Después de terminar sus estudios se alistó como cirujano en el Ejército y se desarrolló profesionalmente en Londres.

**Contrajo la tuberculosis y estuvo muy enfermo, a punto de morir.** Fue trasladado a Nueva York para recibir tratamiento. Durante su convalecencia adquirió sólida formación sobre enfermedades pulmonares, llegando a proponer a sus colegas que le practicaran una intervención según sus indicaciones en el contexto del tratamiento de su propia enfermedad. Éstos primeramente se negaron, pero luego accedieron. Bethune se recuperó.



(Recuerda este caso del de **DeBakey**, gran cirujano cardiovascular contemporáneo que más tarde conoceremos. A los 96 años tuvo un dolor precordial que identificó inmediatamente como angor, por lo que

esperó a que aconteciera la fibrilación ventricular para morir tranquilo. Para su sorpresa no murió, por lo que inmediatamente pensó en un aneurisma disecante de aorta torácica. Las pruebas determinaron que efectivamente era el caso. Él había diseñado un procedimiento quirúrgico algo discutible, que evidentemente nunca se podía poner en práctica en pacientes mayores de 70 años por el riesgo quirúrgico asociado a la morbilidad. Finalmente intervinieron al cirujano con esta técnica. Aunque sabemos que un aneurisma disecado es letal, independientemente de que se opere o no, DeBakey vivió dos años más, hasta los 98).

En 1928, por cinco años se desempeña en el Hospital Royal Victoria con Archibald. Debido a profundas discrepancias con sus compañeros es trasladado a otro hospital, como Director del Servicio de Cirugía Torácica. En ese espacio de tiempo diseña **nuevas técnicas quirúrgicas y nuevo instrumental**, realizando importantes aportaciones. Las tijeras de costilla Bethune se siguen usando hoy día. Modernizó y diseñó nuevas formas de funcionamiento de las unidades de transporte sanguíneas. Bethune fue depositario de grandes logros y de reconocimiento público y profesional.

Comenzó a interesarse por el valor social de la Medicina y a darse cuenta de la importancia de que las clases bajas tuvieran acceso a una sanidad de calidad. Puso en marcha una clínica para atender gratuitamente a los pobres.

En 1935 se afilia al Partido Comunista Canadiense, donde le ofrecen la presidencia del mismo, que rechaza por estar en desacuerdo con algunos planteamientos. Forma parte de la **“Mesa de Montreal”** para conseguir una Medicina de calidad para todos, independientemente de la clase social a la que pertenecían. En ese mismo año viaja a la Unión Soviética para conocer su modelo sanitario.

Se integra en las Brigadas Internacionales (unidades de militares y/o voluntarios extranjeros que lucharon en la Guerra Civil Española del lado de la República frente a la sublevación militar) y **forma varias unidades móviles de transfusión sanguínea**, con la idea de transfundir directamente en el campo de batalla, realizando unos 100 procedimientos diarios. **“No he venido a España a derramar sangre, sino a darla”**, escribió.

Su experiencia más dramática la vivió en la matanza de la carretera Málaga-Almería. Tras las amenazas radiofónicas del General Queipo de Llano en la capital malagueña, una multitud huyó de la ciudad hacia Almería, en cuyo trayecto fue masacrada. Bethune quedó realmente impresionado por ese suceso y escribió el libro: “El crimen de la carretera Málaga-Almería”.

En 1937 regresó a Canadá, cuando su país adoptó la “no intervención” en España y retiró a sus Brigadas. Difundió ampliamente lo que estaba pasando en España y recaudó fondos para luchar por la causa.

En 1938 viajó a China para apoyar al gobierno de Mao contra la invasión japonesa de China (Segunda Guerra chino-japonesa). Realizó cirugías, transfusiones y formación a personal sanitario. Atendió indistintamente heridos de los dos bandos.

En 1939 se hizo una herida atendiendo a un paciente. La herida se infectó y Bethune falleció de una septicemia. Tenía 49 años.

#### **1.4.6. Cuarta era: Revascularización directa.**

Los intentos por aportar una fuente directa de sangre al corazón para aliviar sus requerimientos debido a la insuficiencia coronaria se han solapado a través del siglo XX con los acontecimientos relatados hasta ahora.

##### *1.4.6.1. Carrell.*

El primero que desarrolló parte de su actividad en este campo fue Alexis Carrell.

Carrell era francés, de Lyon, nacido en 1873 y fallecido en 1944, con 71 años. Las generaciones anteriores en su familia habían ocupado cargos en la administración de la ciudad y era de una familia de clase media-alta. Más que por sus trabajos en revascularización miocárdica se destacó en el campo de la cirugía vascular, realizando importantes progresos en el campo de las suturas de los vasos. Realizó grandes avances de 1900 a 1910, y recibió por ello el premio Nobel en 1912 (tenía 39 años en ese entonces).



El padre de Carrell falleció cuando él tenía 5 años y adquirió responsabilidades a temprana edad, ya que tenía un hermano y una hermana pequeños.

Cuando era estudiante asesinaron al presidente francés en Lyon de una cuchillada en el abdomen. El arma blanca seccionó la vena porta y no se pudo hacer nada por su vida. Este hecho fue el que guió espiritualmente su ímpetu al frente del campo de la sutura vascular.

En 1902, en peregrinación a la basílica de Lourdes, Carrell conoció que una mujer con peritonitis tuberculosa se curó presuntamente por la influencia divina de la virgen. A Carrell le impactó este caso, y lo relató en un volumen que fue publicado cuatro años después de su muerte. Por esta interpretación de los hechos fue atacado en doble dirección. En un lado, la Iglesia por considerarle demasiado prudente y comedido en sus reflexiones; y por otro lado la ciencia y su comunidad por creer en esas lógicas completamente apartadas del razonamiento científico.

En 1904 se trasladó a Estados Unidos, donde desempeñó el grueso de su carrera, en Chicago y en Nueva York.

Aparte de la cirugía vascular trabajó en el trasplante de tejidos y órganos. Realizó el primer trasplante de corazón en perros en 1905. Barnard lo hizo en humanos 62 años después.

Friedman establece una analogía entre Carrell y Julio Verne, el escritor francés, por su extraordinaria imaginación y por su capacidad de anticipación a los acontecimientos<sup>48</sup>. Carrell predijo el uso de los aeroplanos, submarinos, la televisión, misiles guiados y satélites espaciales.

Sus estudios contribuyeron a la reconstrucción valvular cardíaca (valvulotomía y anuloplastia mitral), a la resección de los aneurismas ventriculares, a la circulación extracorpórea y a la asepsia.

Los primeros experimentos de Carrell trataron de construir fístulas arteriovenosas en los perros entre la vena yugular externa y la arteria carótida.

En su etapa en la Universidad de Chicago (1904-1906), Carrell trabaja codo con codo con un joven fisiólogo, Guthrie, y ese tándem logra publicar en menos de dos años 28 artículos científicos.

Su trabajo se desarrolló en campos como el del uso de puentes venosos en el sistema arterial, el perfeccionamiento de las anastomosis vasculares, el desarrollo de la preservación de tejidos, el reimplante de extremidades y el trasplante de ovarios, tiroides, riñones y corazón.

Comentábamos antes que era un visionario porque creó senda en temas que mucho tiempo después se desarrollarían.

Por ejemplo, y en el caso que nos ocupa, **comenzó a crear un corpus en torno a la utilización del puente venoso** 44 años antes de que eclosionara éste.

Después de Chicago marchó al Instituto Rockefeller en Nueva York, donde prosiguió con sus experimentaciones y en el que al cumplir los 65 años le obligaron a jubilarse, lo que le pareció y le sentó muy mal.

Volvió a Francia en 1939 y creó el Instituto del Hombre, un proyecto durante mucho tiempo soñado. Es una proyección recurrente en estos grandes personajes el reflejarse en una obra así, como fue también el caso de Favaloro.

A Carrell y a las actividades que se realizaron en su Instituto, en el contexto de la Segunda Guerra Mundial y de la Francia de Vichy, **se las relacionaron con el colaboracionismo nazi**.

Después de la liberación de Francia esas críticas se acentuaron. Tuvo dos episodios de “ataques cardíacos” después de estos hechos y falleció finalmente en 1944.

**Los experimentos de Carrell fueron los primeros en revascularización directa coronaria, comenzó usando puentes arteriales.** En 1910 ligó la arteria innominada de un perro a la arteria coronaria de otro. Más tarde, en otros animales, utilizó la arteria carótida como puente entre la aorta torácica descendente y la coronaria izquierda. Los animales no tardaron mucho en fallecer.



Carrell también trabajó con puentes venosos. Fue el primero que los utilizó y de alguna manera se considera el pionero ancestral de esta técnica, aunque no en coronarias. Utilizó segmentos de vena para unir fragmentos de arteria aorta.

En 1910 Carrell comunica a la Asociación de Cirugía Americana: “en algunos casos de angina, cuando el origen de las arterias coronarias está calcificado, sería útil establecer una circulación complementaria distal. Yo intenté realizar una anastomosis entre la aorta descendente y la coronaria izquierda. Resultó por muchas razones una cirugía difícil y desafortunadamente lenta. Por la movilidad continua del corazón no fue nada fácil disecar y suturar la arteria. En un caso anastomosé un extremo de una larga carótida preservada con frío en la aorta descendente. El otro extremo fue pasado a través del pericardio y anastomosado a la parte periférica de la coronaria, cerca de la arteria pulmonar. Desafortunadamente la operación fue muy lenta. Tres minutos después de interrumpir la circulación, aconteció un episodio de fibrilación ventricular. La anastomosis tomó 5 minutos. Se realizó al perro masaje cardíaco y salió de la parada cardíaca, pero falleció dos horas después. Este experimento demostró que la anastomosis tiene que ser hecha en menos de tres minutos”.

Favaloro dice que Carrell aprendió a realizar las anastomosis vasculares en menos de cinco minutos incorporando detalles que había aprendido observando a una bordadora. Lo decía porque él había aprendido a ser cirujano en la carpintería de su padre.

Carrell fue uno de los primeros cirujanos en apreciar la relación entre los síntomas anginosos y la enfermedad coronaria.

En 1954 **Murray** comunicó bypass arteriales en dos corazones latiendo de perros, de arterias sistémicas (carótida, axilar y mamaria interna) a las arterias coronarias. **Murray fue el primero en emplear la mamaria interna en anastomosis con una coronaria** (no implantada en el músculo a lo Vineberg). En 1953 contó cómo para realizar la anastomosis hacía pasar un tubo por la luz de la mamaria que luego introducía en la coronaria, para que el territorio irrigado por la coronaria se continuara perfundiendo en lo que se hacía la anastomosis.

Según sus trabajos e investigaciones concluyó que los mejores resultados en la anastomosis con las arterias coronarias se obtenían con la arteria carótida. Era muy consciente de la imperiosa necesidad de la coronariografía para poder evaluar correctamente los casos y la permeabilidad postbypass.

Murray se destacó en este campo por ésa y otras aportaciones. Realizó trabajos experimentales en los que reseco porciones de arterias coronarias y las reemplazó por distintos materiales, con objeto de pensar en una ulterior resección de fragmentos estenosados o calcificados, y su reparación con un injerto para corregir la deficiente circulación.

También realizó resección de infartos agudos, mejorando así la función del ventrículo izquierdo, siendo sus trabajos la base para que Heimbecker los aplicara en humanos.

Algunos otros autores realizaron contribuciones notables a la posibilidad de la anastomosis de una arteria sistémica con una arteria coronaria.

**Mamiya** en 1961, pensando en los reemplazos valvulares, realizó anastomosis de subclavia izquierda con coronaria izquierda y de mamaria interna izquierda con coronaria derecha.

**Sauvage** en 1963 utilizó la vena yugular externa como puente entre la aorta ascendente y la arteria circunfleja en perros. Observó que en los que sobrevivían (pocos) la yugular se dilataba demasiado, por lo que propuso usar la vena safena, porque sus paredes eran más gruesas y el tamaño más adecuado.

#### 1.4.6.2. Endarterectomía.

En la década de los 50 se comenzó a pensar en la posibilidad de actuar sobre el segmento de la arteria coronaria obstruida para **extirpar o deshacer el trombo** con un procedimiento. Esto es a lo que se llamó endarterectomía<sup>49</sup>.

**Lillehei** apuntó que el 70% de las obstrucciones de las arterias coronarias tenían lugar en los 4 cm proximales y que se podían “extirpar” quirúrgicamente de

manera directa o incidir sobre la arteria, “extirpar” el ateroma y volver a coser la pared arterial o bien poner un segmento de arteria.

**May** realizó endarterectomías en perros y postmortem usando un catéter especial para extraer el ateroma. **Bailey, Man y Lemon** realizaron la primera en un paciente en 1956, sin circulación extracorpórea, con normotermia, sobreviviendo 2 de los 3 pacientes intervenidos. La arteria fue abierta distal a la obstrucción, se introdujo una cureta de plata en forma de tirabuzón, y cuando ya, en retirada, se estaba próximo a la obstrucción se hacían girar a gran velocidad cilindros tubulares en la íntima de la arteria.

**Longmire, Cannon y Kattus** comunicaron 5 resultados exitosos en una serie de 9 pacientes a los que les realizaron el procedimiento en la coronaria derecha y en la descendente anterior. Ellos incidían justamente en el lugar de la obstrucción, no distal ni proximal a ella.

En 1958 **Gottestman** reportó una serie de 10 casos, 9 con mejoría clínica significativa.

En 1959 **Dubost** realizó una cirugía sobre una arteria coronaria al reconstruir el ostium de la coronaria derecha de un paciente con aortitis sífilítica, bajo hipotermia a 10 grados centígrados y circulación extracorpórea.

En 1962 **Connolly** realizó otra en un paciente que tenía afectado el ostium, pero esta vez no por lúes sino por arterioesclerosis. La arteriografía posterior mostró resolución de la obstrucción. Este trabajo tuvo la particularidad de hacerse con estudio angiográfico pre y postoperatorio. En contraposición a Dubost que usó hipotermia, Connolly estableció un flujo continuo en la coronaria izquierda.

**Absolon** realizó endarterectomías y puentes de arterias sistémicas como carótida, subclavia o mamaria a las coronarias, en perros y cadáveres.

**Senning** amplió esta técnica añadiendo al final un parche de vena en la coronaria, para ensanchar su luz.

**Effler** (Jefe del Departamento de Cirugía Torácica y Cardiovascular de la Cleveland Clinic e inmediato superior de Favaloro) comunicó cuatro pacientes a los que había

realizado una endarterectomía con parche venoso. También usó en sus trabajos parche de pericardio. Effler se dio cuenta de que la endarterectomía no era una técnica útil porque tan pronto como el flujo sanguíneo volvía a circular a través de la coronaria, la íntima se disecaba a nivel distal, aunque el cirujano intentara suturar con premura. Tampoco era un procedimiento adecuado la endarterectomía porque las ramas colaterales se ocluían. Daba mejor resultado practicar una arteriotomía y poner un parche de pericardio, dejando la íntima intacta.

**Sawyer** realizó endarterectomía con dióxido de carbono para separar las capas enfermas de las sanas, al parecer con mortalidad elevada.

#### 1.4.6.3. *Bypass mamariocoronario.*

El primero en adentrarse en este campo fue Murray en 1953 como he relatado anteriormente.

**Thal** realizó bypass de mamaria interna a coronaria (circunfleja) en corazón latiendo de perro utilizando sutura en 1956. Demostró que la cirugía era exitosa en el 75% de las ocasiones porque los puentes permanecían permeables a los 6 meses.

**Carter y Rothen** en 1957 proponen un modelo experimental en perros a corazón latiendo de un bypass entre la mamaria interna y la arteria coronaria (circunfleja) igual que Thal, sólo que el procedimiento se realiza sin sutura de seda, con un anillo de polietileno.

**Spencer** hizo un bypass de mamaria interna izquierda a descendente anterior en Estados Unidos en perros el mismo año que Kolesov hizo el suyo con suturas en humanos, 1964. A partir de 1960 Spencer junto con Prachuabmoh utilizaron técnicas de microcirugía (que desarrollaron Jacobson y Suarez). Realizaron sus trabajos en 16 perros operados con cirugía extracorpórea, seda 7.0, pinzas, tijeras y portaagujas adecuados sin lupas ni microscopios, y con buenos resultados.

#### 1.4.6.4. Goetz.

Goetz y su equipo son los encargados de trasladar el modelo de Carter y Roth de suturas con anillos de tantalio al paciente. En 1960 realizan un bypass de la mamaria interna a una coronaria utilizando como sutura un anillo de tantalio en perros con el corazón latiendo. En un addendum de un trabajo publicado en Mayo del 60 comunicaron un bypass de arteria mamaria derecha a coronaria derecha en un paciente de 38 años. Goetz inicia así el camino de la revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea<sup>50</sup>.

Para algunos autores como Konstantinov, éste es el primer bypass exitoso en humanos<sup>51</sup>.

El paciente, taxista, sufría de intensa angina y necesitaba de 70 a 90 pastillas de nitroglicerina diarias. Después del abordaje por esternotomía media, procedieron a la consecución del bypass. Les llevó 17 segundos realizarlo. Como dice Konstantinov, se tardó 17 segundos en hacer el bypass pero llevó 50 años llegar ahí.

El paciente falleció un año después por infarto de miocardio posterior.

Esa cirugía de revascularización fue la primera y la última para Goetz. Tuvo que soportar las críticas y el implacable escepticismo de los clínicos e incluso los compañeros cirujanos. Los clínicos a su alrededor estaban en contra de la cirugía en general y en contra de realizar trabajos experimentales. Esto mismo le pasó a Favaloro tras sus logros.

Su jefe le dijo que tenía mucho trabajo para él solo e incorporó a otro cirujano cardíaco, dejándole a Goetz el campo vascular. Goetz intentó que su nuevo compañero siguiera sus pasos, sin éxito.

El hecho de que no hubiera publicado el caso con detalle, sino solamente un referenciado en el addendum al final del reporte del estudio experimental, hizo que la comunidad científica se olvidara del caso pensando que la cirugía no fue exitosa.

Konstantinov, por ejemplo, comenta que Green obvia los trabajos de Goetz en el contexto de los suyos. Sin embargo, Favalaro sí que los tiene en cuenta y así lo refleja en varios de sus libros.

En 1953 Demikhov, en Rusia, realizó experimentalmente bypass de la mamaria interna a la coronaria usando una cánula Payr. Cuatro perros sobrevivieron más de dos años y fue posible comprobar la permeabilidad del bypass. Los resultados no son publicados en inglés hasta 1962, con lo que Goetz no conoce estos trabajos.

Algunas curiosidades de la vida de Goetz:

Cuando era estudiante en el colegio primario, su madre le descubrió sollozando sobre la pizarra en la que estudiaba, y cuando se acercó a preguntar que qué le pasaba, Goetz le dijo: *-Veo que no voy a llegar a nada.*

A pesar de que obtuvo el diploma de médico con nota "Summa cum laude", no le fue entregado porque el Ministro del Interior nazi (Goetz era alemán) le declaró "políticamente poco fiable". *Le fue entregado 62 años después.*

Asimismo, al terminar la carrera de Medicina y pasar dicho examen, el Profesor Volhard, que era el director de tesis de Goetz, le requirió como alumno interno en el Departamento de Medicina. Goetz estaba muy entusiasmado con la idea. Sin embargo, la postura del Ministro le dejaba fuera también de este cometido, sin diploma de médico y sin internado. Volhard le dijo: *"No seas estúpido, Bobby. ¿Por qué no haces el Heil Hitler?"*

Este episodio salvando las distancias recuerda al de Favalaro, cuando por no firmar que estaba de acuerdo con la doctrina del gobierno peronista, fue apartado de una vacante de cirujano auxiliar que iba a ser suya muy probablemente. Y su carrera giró 360 grados.

Goetz se exilió a Berna donde estuvo investigando en un campo que no le motivaba mucho. Luego tuvo la oportunidad de marchar a Edimburgo donde el campo de investigación era totalmente de su agrado. Al no ser considerado un refugiado judío víctima del nazismo no podía acceder a un trabajo remunerado. Cuando todo parecía tan contrario a sus deseos, surgió la oportunidad de realizar un fellow en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) acerca de "el flujo de sangre periférica en

enfermedades vasculares”. Pudo poner en marcha unidades de investigación para desarrollar sus proyectos y tuvo numerosos éxitos.

De esta manera le ofrecieron un puesto en Estados Unidos. A la edad de 47 años tuvo que superar el American Medical Board Exam.

En el Albert Einstein College la línea de investigación era la mejora de la perfusión miocárdica. Tenían un problema y era que la solución cardiopléjica que utilizaban no garantizaba la supervivencia, y que era muy difícil trabajar quirúrgicamente con los corazones de los perros latiendo. Por este motivo, *se propuso utilizar un anillo de Payr* para realizar el “empalme” entre las dos arterias. Comprobaron la permeabilidad angiográficamente a los seis meses en los perros.

Terminó arrinconado en el Departamento.

#### 1.4.6.5. *Kolesov.*

El 25 de Mayo de 1964 el cirujano ruso *Kolesov* realizó el *primer bypass con sutura de la mamaria izquierda a la descendente anterior en un paciente de 44 años, sin circulación extracorpórea*. El paciente estaba libre de síntomas anginosos en una revisión a los 3 años.

Los éxitos no quedaron ahí, sino que en los años siguientes (1967-1969) desarrolló



algunas líneas de trabajo interesantes: la sutura mecánica de las anastomosis, la utilización y el papel de la mamaria en el infarto agudo de miocardio y angina inestable y la utilización bilateral de las mamas. Pero este trabajo permaneció oculto, no hubo comunicación por su parte del mismo. Quizá tuvo algo que ver que presentó algunos trabajos iniciales en 1967 en la Sociedad Cardiológica en Leningrado y el pleno aprobó

*una resolución en contra del tratamiento quirúrgico de la enfermedad coronaria, por ser imposible y no tener futuro.*

Kolesov estudió la carrera de Medicina en Leningrado (antigua San Petersburgo) y realizó sus estudios doctorales en la misma ciudad. Allí le atrapó el asedio de los nazis durante la Segunda Guerra Mundial, donde le encomendaron un cargo importante en el hospital de campaña en el contexto del cerco de la ciudad, con lo que vivió innumerables peripecias y situaciones de sufrimiento y dolor, no sólo personal, sino también familiar. Al terminar el hostigamiento de su ciudad siguió prestando servicios sanitarios a la causa contra la invasión nazi en Polonia, Hungría, Austria y Ucrania<sup>52</sup>.

Kolesov conocía los trabajos de Demikhov, pero los primeros resultados que tuvo fueron un poco desesperanzadores. En sus experimentos en perros, al anastomosar la mamaria interna a la coronaria y realizar unos minutos de oclusión coronaria, se producía una fibrilación ventricular irreversible. La sutura que realizaba y las técnicas que utilizaba poniendo grapas para suturar debían ser revisadas. Antes de realizar el bypass mamariocoronario practicaba implantes de mamaria bilaterales en el miocardio, al estilo de la operación de Vineberg.

Logró solucionar brillantemente un problema que se le presentaba en la cirugía, y era el de que se siguiera perfundiendo el lecho coronario mientras procedía con la sutura. Revisó el trabajo de Pronin, que usaba una cánula plegable. Kolesov utilizó esta técnica en perros y construyó un instrumento para asegurar la perfusión. Así pudo realizar el bypass entre la mamaria y la coronaria sin interrumpir la circulación. Bypasses en 8 perros fueron permeables al 100% a los 19 meses.

El 25 de Febrero de 1964 realizó el primer bypass en un paciente utilizando sutura. Observó que en el estado de isquemia miocárdica crónica el paciente podía tolerar mejor la ausencia de autoperfusión. Kolesov usó unas tijeras especiales y unas gafas especiales de aumento. No disponía de coronariografía y seleccionaban a los pacientes por la clínica y por el análisis electrocardiográfico. Según decían podían identificar a través de ellos los territorios mal irrigados.

Luego de éste realizó otros cuatro bypass mamaria interna-descendente anterior y uno mamaria interna-circunfleja. Un paciente falleció.

Kolesov comunicó sus hallazgos y lo único que recibió fueron resistencias y críticas. En la traducción al inglés de su trabajo, al final, figuraban unas líneas en



las que la editora del material hacía notar que esas visiones del tema pertenecían única y exclusivamente a Kolesov, para desmarcarse de ellas, y que contravenían las ideas de muchos cirujanos en los Estados Unidos.

Favaloro conoció a Kolesov, lo visitó en Rusia y lo describe (coincidiendo con otros como Konstantinov) como un hombre sencillo, humilde y de gran manualidad quirúrgica.

Kolesov no era muy amigo de utilizar la circulación extracorpórea. Al principio de los 60 se pensaba que su utilización promovía una respuesta inflamatoria que no era beneficiosa. Al final de la década la tendencia era usarla para procedimientos como la corrección de defectos congénitos y para la cirugía valvular. Kolesov no la usaba para la cirugía coronaria.

Después llegó la popularización del bypass con injerto venoso de safena de Favaloro y la Cleveland Clinic y éstos eclipsaron su trabajo, aunque bien es cierto que siempre le reconocieron el avance que significaron sus descubrimientos.

Kolesov continuó creyendo en las bondades del bypass arteria-arteria y experimentó con arterias de la cavidad abdominal. En los 80 algunos estudios demostraron que la permeabilidad de los bypass de mamaria era superior a los de safena y que la tasa de supervivencia era mayor. **Fue el primer gran impulsor del uso de la mamaria interna para bypassear.**

Kolesov fue el primero en utilizar suturas vasculares con grapas en vez de suturas de seda. Construyeron una “grapadora vascular circular” (VCA). El original lo construyó un ingeniero en 1945 (Gudov) y años después en Leningrado fue modificado para que pudiera ser usado en la cirugía coronaria (recibiendo el nombre el aparato de VCA-4). El primer uso tuvo lugar en 1967 en un paciente de 57 años, entre la mamaria interna izquierda y la descendente anterior<sup>53</sup>.

Los trabajos de Kolesov se apoyaron en los de Demikhov, que desarrolló en los años 50 modelos experimentales en perros, de anastomosis de mamaria interna a descendente anterior. Su primera experiencia exitosa fue en 1953, cuando tres perros vivieron más de 2 años con el procedimiento. También usó grapas para anastomosar, y la cánula de Payr.

Konstantinov se queja de que Demikhov no fue tampoco (como Kolesov) valorado por sus contribuciones al desarrollo del bypass y fue más recordado por las anécdotas, como sus experimentaciones para crear el perro de dos cabezas<sup>54</sup>. También avanzó en el trasplante de corazón y pulmón.

En 1962 **Pronin** realiza un bypass en perros usando sutura y autoperfusión continua, con lo que el flujo coronario no se interrumpía durante la anastomosis.

En 1968 **Bailey e Hirose** hacen bypass a sendos pacientes, mamaria interna derecha y coronaria derecha, estudiados posteriormente con coronariografía, utilizando gafas de aumento y sutura.

**Green** realizó trabajos experimentales en 42 perros anastomosando la mamaria interna izquierda con la descendente anterior. Operaron a dos pacientes con este mismo procedimiento en 1968. Favaloro le considera el principal impulsor de los procedimientos con mamaria, porque cuando tenía lugar el “boom” de la utilización de la safena él siguió defendiendo las bondades de la utilización de la mamaria, **y el tiempo le dio la razón**, ya que los resultados con mamaria a largo plazo (8-10 años) son mejores que los de safena.

#### *1.4.6.6. Bypass aortocoronario.*

##### *1.4.6.6.1. Sabiston*

Sabiston trabajó en la John Hopkins al lado de leyendas de la Cirugía Cardiovascular como Blalock (que desarrolló la Cirugía Cardíaca en la tetralogía de Fallot). El 4 de Abril de 1962 realizó **el primer bypass aortocoronario con vena safena que anastomosó a una coronaria derecha obstruida**, sin circulación extracorpórea. Al paciente le había hecho una endarterectomía en la arteria previamente, pero la sintomatología no había cedido. La vena safena fue anastomosada en un extremo a la aorta y en el otro a la coronaria<sup>55</sup>.

El paciente falleció a los 3 días de un ictus y la autopsia reveló un trombo en la región proximal del injerto venoso, que Sabiston interpretó como un émbolo.

Sabiston se desanimó con esta experiencia y no volvió a practicar de nuevo un bypass hasta 1968, no publicando los resultados del primero hasta 1974, cuando ya estaba aceptada e implantada la técnica del bypass aortocoronario.

#### 1.4.6.6.2. Garrett.

El segundo bypass aortocoronario con vena safena y primero exitoso a largo plazo fue el realizado por Garrett, Dennis y DeBakey en Houston en 1964, en un paciente de 42 años. Como en el caso de Sabiston, inicialmente realizaron al paciente una endarterectomía con injerto de parche, sin circulación extracorpórea. Sin embargo el resultado se tornó inadecuado porque la lesión comprometía a la bifurcación de la arteria coronaria izquierda, por lo que Garret usó un injerto de safena desde la aorta a la descendente anterior, que anastomosó de manera terminoterminal. La coronariografía a los 7 años reveló permeabilidad. **Garrett no comunicó esta experiencia quirúrgica hasta 1973, inexplicablemente.** El paciente murió un año después de esta comunicación, en 1974, por una oclusión del injerto de safena.

Los autores dicen que esperaron 7 años para tener resultados fiables que publicar. Los cirujanos no estaban convencidos de que el puente fuera permeable tras la cirugía. Se podía observar una depresión del ST en el electrocardiograma intraoperatorio y el paciente sufrió un infarto de miocardio postoperatorio. Un mes después de la cirugía, la coronariografía y el aortograma demostró la permeabilidad del bypass. 7 años después el bypass seguía siendo permeable, el dolor anginoso se había aliviado y la función ventricular estaba preservada<sup>56</sup>.

En 1971 **Donald Khan**, en la reunión de la American Association for Thoracic Surgery, en una discusión de una presentación que realizó Effler, comunicó que había operado a dos pacientes con la técnica del bypass aortocoronario, el primero de ellos en 1966.

#### 1.4.6.7. Mason Sones.

El descubrimiento y desarrollo de la coronariografía por parte de Mason Sones fue la clave para que se transformara la manera de enfrentar la enfermedad coronaria. Con este hito, se pasó de la investigación básica a la aplicada en este campo, del laboratorio a la clínica, de los modelos a los pacientes<sup>57</sup>.

Estudiando a un paciente en Octubre de 1958, Mason y sus ayudantes habían retirado el catéter hacia el ventrículo izquierdo desde la aorta en el contexto de una angiografía aórtica. Aunque no era posible visualizar la punta del catéter, Sones inyectó un bolo de la solución que solían usar para este tipo de estudios radiográficos (diatrizoate). Sin embargo, el catéter estaba dentro de la arteria coronaria derecha y el bolo de contraste se vertió directamente en el lecho de la arteria. No solamente la arteria sino también sus ramas fueron visualizadas. El paciente permaneció estable en todo momento. Este hecho contradecía la creencia de que inyectar fluidos no oxigenados en el torrente sanguíneo en según qué regiones del árbol arterial podía provocar problemas eléctricos en el corazón. Sones se dio cuenta de que con sus equipos propios podía estudiar toda la circulación.

Respecto a sus hallazgos, Effler, el jefe del Departamento de Cirugía Torácica y Cardiovascular de la Cleveland Clinic, escribió: “La introducción de la arteriografía coronaria selectiva hizo mucho más que mejorar el diagnóstico de la enfermedad isquémica del corazón. Metafóricamente hablando, el catéter de Sones encontró un verdadero tesoro en el pecho y trajo una nueva era quirúrgica en la revascularización miocárdica. Esta técnica provee de adecuado diagnóstico, pero más importante, define las necesidades para el paciente individual. Por estas razones, la arteriografía coronaria es un gran descubrimiento”.



En 1959 Sones comunicó sus trabajos a la American Heart Association, presentando el método como

seguro, confiable y objetivo para demostrar lesiones arterioescleróticas.

En sus primeros 50 casos pudo realizar algunas observaciones:

1. Algunos pacientes que habían tenido dolor anginoso y cambios electrocardiográficos, de los que se pensaba que tenían enfermedad coronaria, tenían arterias normales.
2. Otros de éstos tenían obstrucciones parciales o completas de una o varias arterias.
3. Algunas de estas oclusiones provocaban que se crearan arterias colaterales.

La base sólida que proporcionó esta técnica diagnóstica fue lo que principalmente impulsó a los cirujanos de diversas partes del mundo a investigar nuevas posibilidades quirúrgicas.

En el laboratorio de la Cleveland Clinic se realizaron importantes contribuciones a la amplificación de la imagen radiográfica<sup>58</sup>.

Sones era un cardiólogo pediátrico con interés en caracterizar radiográficamente las anomalías cardíacas congénitas y adquiridas en los niños, pero después de adquirir un amplificador de imagen su interés por las arterias coronarias se incrementó.

Sones demostró anastomosis funcionantes en un paciente intervenido por Vineberg en 1962 entre el implante de mamaria interna y la circulación coronaria. Posteriormente, se confirmó ese hallazgo en otro paciente operado por Bigelow en Toronto.

Mason Sones nació en 1918, hijo de un mecánico. Hizo su periodo formativo específico (lo que equivaldría a la residencia actual) en Medicina Interna, con especial interés en enfermedades congénitas cardíacas y en la cateterización cardíaca, que fue introducida en Estados Unidos en 1941 y que coincidió con el momento en el que la cirugía de defectos congénitos cardíacos estaba emergiendo. En 1950 le fue encargado el cometido de organizar un laboratorio de imagen cardíaca en la Cleveland Clinic.

Sones comenzó con un pequeño servicio en una habitación de la tercera planta de la clínica. Lo hacía casi todo él, delegaba poco en sus colaboradores y aprendices, que a duras penas podían seguirle en sus intensas jornadas de trabajo. Solía hacer esperar horas a los pacientes o a las familias de éstos por las cargas tan grandes de trabajo que tenía.

En 1956 le dieron un espacio más grande en el sótano de la clínica, donde comenzó a desarrollar un nuevo laboratorio en el que instaló un amplificador de imagen más grande. Este equipo era tan grande que no pudo ser alojado en este espacio y hubo que ampliar el lugar. Con este nuevo aparato fue con el que perfundió por error en Octubre de 1958 el contraste hacia la coronaria y la visualizó por casualidad. El paciente tenía 26 años y enfermedad mitral y aórtica de origen reumático.

En 1982 comenta Sones en una carta: “Cuando la inyección de contraste comenzó yo estaba horrorizado de ver que la coronaria derecha se opacificaba y la punta del catéter estaba en el orificio de la coronaria derecha. No teníamos desfibriladores y por eso corrí a buscar un bisturí y a abrir al paciente con el objeto de aplicarle las palas directamente. Miré al trazado electrocardiográfico y observé una asistolia en vez de una fibrilación ventricular. Yo sabía que un golpe de tos brusco podía conseguir una efectiva presión en la aorta y que habría que esperar que ésta se distribuyera hasta el miocardio y su red capilar. Afortunadamente él estaba aún consciente y respondió a la petición de que tosiera repetidamente. Después de tres o cuatro intensos accesos de tos su corazón comenzó a latir de nuevo y a marcar un ritmo tipo bradicardia sinusal con cambios a taquicardia sinusal en 20 segundos. Al principio sólo sentí alivio por no haber provocado un desastre. Con los días, comencé a pensar que ese accidente era el punto de partida para desarrollar una técnica que era la que había estado buscando. Si un humano había tolerado una cantidad importante de contraste sería capaz de tolerar una cantidad pequeña”.

En el momento en que ocurrió el imprevisto y que se inyectó por error contraste en la coronaria, según describe Julio Sosa, fellow que estaba allí con Sones, éste gritó: ¡lo hemos matado! Sones tenía la convicción según el estado de opinión científica imperante, que si inyectabas contraste en la arteria coronaria se creaba un ambiente de hipoxia que establecería una asimetría con otras regiones, y esto

daría lugar a un diferencial eléctrico que se traduciría en fibrilación ventricular. Sin embargo el paciente entró en asistolia<sup>59</sup>.

Cuando Sones se dispuso a repetir la inyección selectiva de contraste en la arteria coronaria en una cantidad menor, contaba con la experiencia calamitosa de científicos como Cournand, el Premio Nobel, que obtuvo un 100% de fracasos en sus experimentos con perros. A partir de este hecho, se comenzó a pensar que debía haber sustantivas diferencias entre la circulación coronaria de los perros y la humana.

Sones diseñó un catéter especial y perfeccionó la técnica, a la vez que mejoró los equipamientos del laboratorio. La comunicación de la serie de pacientes estudiados no llegó hasta 1962, con 1020 casos. Hasta ese momento la técnica era simplemente experimental, los diagnósticos no servían para sustentar la propuesta de un tratamiento. Sin embargo, la coronariografía proporcionaba una oportunidad de hacer correlacionar la clínica con las lesiones. Estudios de seguimiento se pusieron en marcha para estudiar el curso clínico de los pacientes y compararlo con sus coronariografías.

La arteriografía se fue desarrollando aún más. En 1967, Judkins, un radiólogo, introdujo la técnica percutánea de la coronariografía y se decantó por las películas cortadas antes que por las imágenes en movimiento. Invitó a Sones a ver su trabajo cuando llevaba 100 casos, pero Sones le dijo que tenía que acumular más casos para visitar su laboratorio. Así Judkins le llamó cuando tenía reunidos ya 600 y Sones quedó impresionado por su trabajo.

En 1977, en un encuentro de la American Heart Association, Sones escuchó a **Gruentzig**, pionero de la angioplastia, comunicar sus trabajos. En 1964 Sones había intentado sin éxito dilatar una coronaria derecha con un catéter y con una guía, y junto a Lowell Edwards habían diseñado un catéter con una punta rotante para ello.

A pesar de sus incursiones en los campos de la radiología y de la pediatría, Sones se consideraba a él mismo un cardiólogo ejerciente. Sones actuaba conforme a unos principios que en su cena de despedida de la Cleveland Clinic fueron enumerados por terceros como “**Leyes de Sones**”, evidentes para todos los que trabajaron con

él. Él solía ver las cosas en la vida blancas o negras (buena metáfora para su profesión de radiólogo) y era conocido (y temido) por su pronto, por su carácter, cosa que también le ocurría a Favalaro. Sus leyes podrían resumirse en:

1. Ser honesto: no tenía miedo a ser demandado porque siempre mantuvo honestidad en su proceder. (Curiosa manera estadounidense de demostrar la honestidad con un argumento, trasunto de su sistema de salud judicializado).
2. Ser perfeccionista.
3. Encontrar un experto. Es necesario consultar y comentar con los colegas, tanto de tu especialidad como con los de otras.
4. No leer ni escribir. **Proudfit** (Jefe del Departamento de Cardiología de la Cleveland Clinic) refiere que en algún momento pensó que era disléxico, porque su manera de aprender era escuchando, observando y pensando. “Es probable que nunca leyera un artículo científico”, dice, “al menos nunca admitió haberlo hecho”. (Algo impensable en nuestros días en los que la Medicina transita el camino de la Medicina Basada en la Evidencia, el camino de una Medicina científica). Él encontraba defectos en cualquier artículo científico. Se mantenía al día a través de sus colegas y de los encuentros científicos. Sones publicó poco y los artículos en los que era coautor fueron los demás los que los escribieron, no él. Cuando un artículo era admitido para su publicación decía: dime lo que he dicho yo para que nadie pueda sorprenderme en un renuncio. A Sones no le gustaban las frases largas ni la excesiva puntuación. Tampoco le gustaba publicar prematuramente. Rehusó publicar una serie cuando llevaba mil pacientes y no lo hizo hasta contar los dos mil. Quería estar seguro de que las interpretaciones de sus coronariografías eran seguras.
5. No calcular. Había que ser cauto con las estadísticas. Creía que la verdad podía ser conocida sin cálculos.
6. No confiar en los aparatos. Y eso que estaba rodeado de ellos. Él los conocía y conocía sus limitaciones.
7. No mirar el reloj. Sones podía quedarse por la noche en el laboratorio hasta las 2 o las 3 de la madrugada, pero ya estaba de nuevo otra vez por la mañana temprano porque sus colegas querían revisar con él las



coronariografías antes de pasar la planta. Él no esperaba que sus colaboradores se quedaran también, pero la carga de trabajo que había era grande, y no se solían ir hasta la hora de cenar.

8. No repetir mediciones o pruebas indefinidamente. Sones tenía la capacidad para identificar los datos que no servían en el cuidado del paciente y en la investigación clínica, y no los recogía.
9. Capacidad de concentración. Sones tenía una gran capacidad para la escucha de pacientes, de compañeros, de todos.
10. Simplificar el problema. Decía que la solución solía ser simple una vez que el problema era identificado.
11. Tomar decisiones. Sones tomaba decisiones rápidas y correctas. Decía que si alguna era equivocada había que corregirla y ya estaba.
12. Comunicar. Era mal escritor, pero buen orador con el paciente y con el médico compañero.

Aunque la historia oficial del primer cateterismo es la relatada con anterioridad, **Boullon** (cardiocirujano que trabajó a las órdenes de Favalaro) comenta que éste aseguraba que el primero se lo había hecho Sones así mismo, solo y sin permiso de la clínica. Fuera del horario de trabajo, se habría aplicado anestesia local y disecado la arteria del brazo izquierdo<sup>60</sup>.

Tenía cáncer de pulmón en 1981 y aun así siguió trabajando y viajando hasta su retirada en 1983. Tuvo una recaída con recurrencia del tumor en 1984. Se había divorciado en 1963, estaba totalmente entregado a su trabajo, que le robaba su vida familiar y personal. Se casó una segunda vez y se volvió a divorciar. Se volvió a casar finalmente de nuevo con su primera mujer.



*Figura 7. Favaloro y Sones, durante un asado. Archivo Fundación Favaloro.*

#### *1.4.6.8. Favaloro.*

El 9 de Mayo de 1967 **Favaloro** realiza en la Cleveland Clinic una interposición de vena safena en una paciente de 57 años con una oclusión total del tercio proximal de la coronaria derecha. El segmento proximal de la safena iba “conectado” proximal a la obstrucción y el distal de la vena distal a la obstrucción, con lo que se puenteaba la obstrucción.

*Table 1. The First Clinical Coronary Artery Bypass Operations*

Date	Surgeon	Graft	Technique	Follow-Up
May 2, 1960	Goetz	RITA	Tantalum ring	No angina at 1 year Pt. died of AMI 1.5 years later
April 4, 1962	Sabiston	SV	Suture	Pt. died 3 days later (This case first reported in 1974)
Feb 25, 1964	Kolesov	LITA	Suture	No angina at 3 years' follow-up
Nov 23, 1964	Garrett	SV	Suture	No angina at 7 years' follow-up (This case first reported in 1973)
	Dennis			
	DeBakey			
March 22, 1967	Kolesov	LITA	Stapling	No angina at 3 years' follow-up
May 9, 1967	Favaloro	SV	Suture	Successful
Feb 29, 1968	Green	LITA	Suture	Successful

AMI = acute myocardial infarction; LITA = left internal thoracic artery; RITA = right internal thoracic artery; SV = saphenous vein.

*Tabla 1. Cronología resumen de los primeros bypass coronarios en humanos, con sus peculiaridades acerca de las técnicas utilizadas, arterias donadoras utilizadas y seguimiento de los pacientes. De: Robert H. Goetz: The Surgeon who performed the first successful clinical coronary artery bypass operation. Igor E. Konstantinov. Ann Thorac Surg 2000;69:1966-72.*







## **2. OBJETIVOS**









### **OBJETIVOS GENERALES.**

1. Estudiar las aportaciones de Favalaro a la Historia de la Medicina y a la revascularización miocárdica mediante el descubrimiento, desarrollo y popularización de la técnica del bypass aortocoronario.
2. Caracterizar el valor humanístico de la figura de Favalaro y describir la influencia que tuvo éste en su trabajo puramente biomédico.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Definir y aclarar el papel de Favalaro en el descubrimiento del bypass aortocoronario y su lugar en la disciplina de la revascularización miocárdica, y por tanto de la Cirugía Cardiovascular.
2. Definir y aclarar el papel del bypass aortocoronario propuesto por Favalaro en la terapéutica de la enfermedad coronaria a lo largo de los años hasta la actualidad.
3. Describir las peculiaridades, los atributos del ejercicio y los trabajos de Favalaro como médico rural en Jacinto Aráuz.
4. Describir los acontecimientos y el contexto que rodearon a la realización y desarrollo de la técnica del bypass aortocoronario en la Cleveland Clinic (Estados Unidos).
5. Dar a conocer los conceptos de Favalaro sobre ética, humanismo médico y educación, así como profundizar en sus referentes y describir la influencia que ejercieron éstos sobre su trabajo científico.
6. Describir su proyecto de Fundación a su regreso a Argentina, los inconvenientes que hubo de sortear para llevarlo a cabo y sus

características, así como las razones de las dificultades del encaje del mismo en el sistema sanitario argentino.





### **3. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS**









### **JUSTIFICACIÓN.**

No existe un análisis integral de los trabajos de Favalaro y de su lugar en la Historia de la Medicina. La integración consiste en analizar la influencia que ejerce la parte biomédica sobre la humanista, ética, histórica, política y social.

### **HIPÓTESIS.**

La concepción de la Medicina, humana, ética y social del Doctor Favalaro se comporta como un determinante en el descubrimiento, desarrollo y popularización de la técnica del bypass aortocoronario.







## **4. MATERIAL Y MÉTODOS**







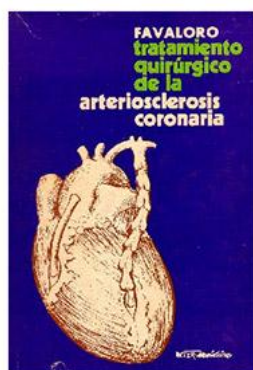
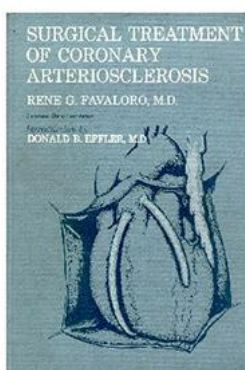


#### 4.1. MATERIALES.

Para realizar el trabajo se han contado con fuentes primarias y secundarias.

Una parte importante de la documentación fue llevada a cabo a través de **libros**, que debido a su extensión y profundidad se constituyeron en una valiosa fuentes primaria de documentación. Favaloro escribió 6 libros que son un importante legado de su pensamiento.

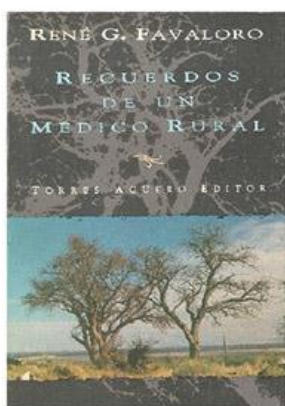
##### 1. “Surgical Treatment of Coronary Arteriosclerosis”, 1970<sup>61</sup>.



En este texto puramente científico y cardiológico sienta las bases teóricas y prácticas de la técnica del bypass aortocoronario para su amplia difusión y discusión. Posteriormente saca una edición en castellano modificando levemente algunos aspectos y anexando sus resultados quirúrgicos en la Clínica

Güemes (Argentina).

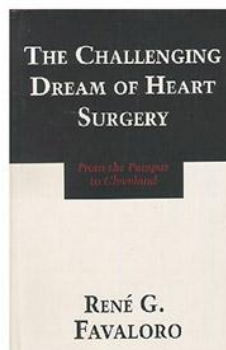
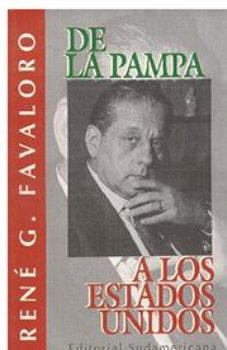
##### 2. “Recuerdos de un médico rural”, 1980<sup>62</sup>.



Texto que podríamos considerar iniciático o de referencia para un médico general, no digamos si tiene pretensiones de incursión en el ámbito rural. En él Favaloro relata con un innegable estilo literario la revolución de la Medicina que llevó a cabo en aquellos lugares. Es un texto cargado de anécdotas, sentimiento e información

valiosa para reconstruir su periplo.

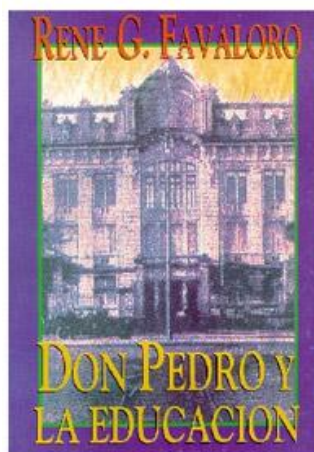
3. “De La Pampa a los Estados Unidos”, 1993<sup>63</sup>.



En este libro Favaloro cuenta cómo se presentó un día de 1962 con lo puesto en la Cleveland Clinic de Estados Unidos y cómo comenzó empujando camillas. Desde ahí, todo un proceso de responsabilidad creciente

que termina con la realización del bypass aortocoronario con vena safena, desarrollo y estandarización (simplificación de la técnica).

4. “Don Pedro y la Educación”, 1994<sup>64</sup>.

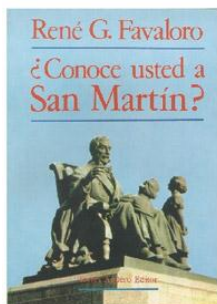


En este trabajo quedan transcritas todas las inquietudes que Favaloro atesoraba sobre el proyecto educativo y su importancia como único garante de la lucha contra la degeneración moral y política que aquejaba su país. En una primera parte describe su propia educación, que cimienta en su imaginario su trascendencia posterior. A medida que va transcurriendo el texto, éste toma

cariz de ensayo y estudio científico.

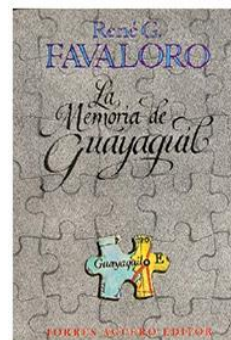
5. Libros sobre el General San Martín: “¿Conoce usted a San Martín?”, 1986<sup>65</sup> y “La memoria de Guayaquil”, 1991<sup>66</sup>.

En estos dos textos, que toman formato de ensayo histórico, Favaloro va desentrañando a través de una profunda investigación la vida y obra del



General José de San Martín al frente del ejército libertador del Sur, que avanza hacia posiciones

septentrionales para encontrarse con su homólogo Simón Bolívar.



En la ciudad de Guayaquil se produce el encuentro en uno de los episodios más debatidos y emblemáticos de la historia latinoamericana. En el **Anexo VII** se puede dar cuenta del análisis que he realizado de los comentarios de Favaloro sobre San Martín y las similitudes en el pensamiento, en la obra y en el devenir de ambos.

Siguen siendo fuentes primarias otros **libros colaborativos** en los que es entrevistado junto a más personas, o libros que recogen conferencias o conversaciones a tres o a cuatro.

1. “Conversaciones sobre ética y salud”, de Carina Maguregui, 1996<sup>67</sup>.

En esta monografía Favaloro es entrevistado junto a otros personajes destacados del entorno de la Fundación y del propio Favaloro, y en él expone a través de las preguntas sus preceptos.

2. “Recuperando lo invisible: conversaciones sobre cultura”, de Carina Maguregui, 1997<sup>68</sup>.

Misma entrevistadora, mismo formato y misma metodología que el anterior, esta vez con la cultura como protagonista.



3. “El milagro y el valor de la vida”, 2000<sup>69</sup>.

Conversación a tres entre Favaloro, Landriscina (popular cómico argentino) y Menapace (popular sacerdote argentino) en el teatro Gran Rex de Buenos Aires en un acto benéfico de la Fundación Favaloro. El impacto simbólico de este acto fue fuerte. La conversación giró en torno a las desigualdades sociales y a la pobreza en el país en un momento en el que Favaloro aminoró el apoyo público al menemismo.

Siguiendo el epígrafe **“Libros”** vamos a completar las fuentes con las secundarias.

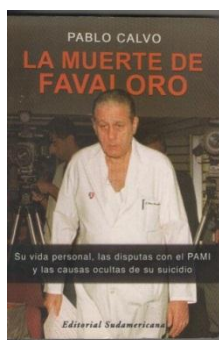
Se trata en este caso de libros que escribieron otros sobre él.

4. “Diario interior de René Favaloro”, de Carlos Penelas, 2003<sup>70</sup>.



Carlos Penelas trabajó en la Fundación durante los últimos años de Favaloro en labores de comunicación, representación y relaciones institucionales. Fue un testigo importante de todo lo que sucedió, especialmente en la última etapa, cuando los acontecimientos comenzaron a precipitarse para mal y todos los actores de la película tuvieron que tomar decisiones trascendentales. Su testimonio es de indudable valor porque es uno de los pocos críticos que verdaderamente estuvieron ahí y que nos pueden ayudar a recomponer las secuencias.

5. “La muerte de Favaloro”, de Pablo Calvo, 2003<sup>71</sup>.



Pablo Calvo es un periodista que ha realizado una investigación periodística, subjetiva. En el fondo de la obra late un sentimiento “best-seller” que intenta provocar y escandalizar al lector, lo que la convierte en un material con cierta carga de sensacionalismo. No obstante, es una investigación profunda y podemos encontrar en ella materiales que son de gran utilidad.

6. “Favaloro: el corazón en las manos”, de Fernando Boullon, 2014<sup>60</sup>.



Fernando Boullon fue un cirujano cardiovascular que formó parte del equipo de Favaloro durante muchos años, desde su regreso a la Argentina. Es una fuente interesante para conocer las dificultades que tuvieron en los primeros años y cómo con ingenio y tenacidad iban resolviendo todos los problemas logísticos que se les iban presentando, en un entorno de precariedad. Un libro amable que muestra el lado más cotidiano de

Favaloro.

En algunos casos no fue fácil la obtención de parte de estos materiales, por lo que tuve que pedirlos mediante la ayuda de algunas páginas web a Argentina (Diario interior de René Favaloro, El milagro y el valor de la vida, Don Pedro y la Educación) o a Estados Unidos (Surgical Treatment of Coronary Arteriosclerosis). En algunos casos esto tampoco fue posible y tuve que hacerme con ellos en Argentina, en mano (La muerte de Favaloro).

En el apartado “Estado de la cuestión” y Bloque 2 (Cleveland Clinic), que versan sobre la parte más biomédica, los materiales fueron tomados preferentemente de **búsqueda bibliográfica**.

Se realizó por Internet una búsqueda en PubMed con operadores booleanos tanto con búsqueda libre en caja de búsqueda con numerosos términos MeSH, así como en otras bases de datos científicas, repositorios de Universidades, Google Academics y buscadores de literatura gris, de artículos de **revistas científicas** tanto escritos por Favalaro o por colaboradores (fuentes primarias) como por otros (secundarias). Los artículos versaron fundamentalmente sobre:

1. Historia de la revascularización miocárdica.

“History of surgical treatment of ischemic heart disease--pre-'coronary bypass grafting' era”, de Kumar; “Development of a new blood supply to the heart by operation”, de Beck; “The history of surgery for ischemic heart disease” de Mueller o “Arthur Vineberg and the internal mammary artery implantation procedure” de Dobell, son algunos ejemplos.

2. Artículos que tratan sobre cirujanos cardiovasculares destacados y sus trabajos en este campo, tanto los que operaron con él como los que no.

“Surgical Treatment of Angina Pectoris” de De Bakey; “Coronary Endarterectomy with Patch-Graft Reconstruction” de Effler; “Robert H. Goetz: The Surgeon who performed the first successful clinical coronary artery bypass operation” de Konstantinov...

3. Artículos científicos sobre el bypass aortocoronario y su comparación con otras opciones terapéuticas, sobre todo con el tratamiento médico y la angioplastia, con preferencia por los ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

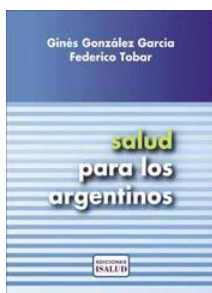
“Critical analysis of coronary artery bypass graft surgery: a 30-year journey” o “Landmarks in the development of coronary artery bypass surgery”, del propio Favalaro o los ensayos clínicos pivotaes: Veterans Administrations Cooperative Study, “National” (Unestable Angina Pectoris: National Cooperative Study Group to Compare Medical and Surgical



Therapy), European Coronary Surgery Study Group o CASS (Coronary Artery Surgery Study).

En el bloque 1, que versa sobre su periplo y sus trabajos como médico general rural, los materiales utilizados fueron fundamentalmente sus libros y el trabajo de campo que se describe más adelante.

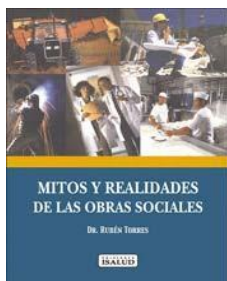
En el bloque 3, que versa sobre sus trabajos y proyectos a su regreso a Argentina, los materiales utilizados fueron el trabajo de campo y libros y artículos de revistas científicas sobre el sistema de salud argentino, gestión sanitaria y sistemas (públicos) de salud, que se consultaron preferentemente en la **Biblioteca del Congreso de la Nación (Buenos Aires, Argentina)**. Estos libros pueden considerarse como fuentes primarias sobre su objeto de investigación.



1. “Salud para los argentinos”, de Ginés González García y Federico Tobar, 2004<sup>72</sup>.

Manual de cabecera del que fuera Ministro de Salud con el Gobierno de Néstor Kirchner. Es un texto muy útil para conocer el sistema de salud argentino, aunque se pierde

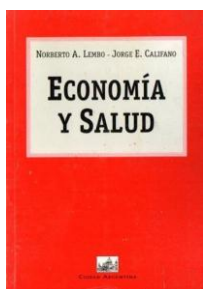
fácilmente en vaguedades.



2. “Mitos y realidades de las Obras Sociales”, de Rubén Torres, 2004<sup>73</sup>.

Espléndida obra sobre gerenciamiento sanitario y sobre problemas del sistema sanitario argentino. Muy bien documentada con datos y gráficos de todo tipo.

Importante orientación hacia políticas sociales a la vez que sanitarias.



3. “Economía y Salud”, de Norberto Lembo, 2005<sup>74</sup>.

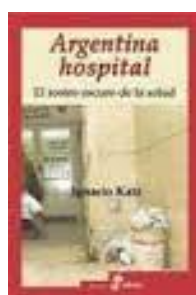
En el ámbito de la gestión sanitaria se distingue a la legua si el gestor que escribe es médico o economista. El caso de Lembo es la excepción y es una delicia leer este texto. Centrándose en aspectos más formales, normativos y legales logra una interesante disección de los subsectores integrados en el sistema de salud argentino.



4. “El financiamiento del sistema de salud argentino”, de Jorge Eduardo Califano, 2007<sup>75</sup>.

Texto que se interesa por explicar los modelos de sistema sanitario del mundo y por analizar la distribución del gasto sanitario total en el sistema de salud argentino.

5. “Argentina hospital: El rostro oscuro de la salud”, de Ignacio Katz, 2004<sup>76</sup>.



Crónica del calvario que tuvo que pasar el autor tras ser nombrado interventor de uno de los últimos hospitales de propiedad del Ministerio de Salud de la Nación: el Hospital Posadas. A lo largo del texto el autor va desgranando todo el sistema mafioso y corrupto que sostiene el funcionamiento del hospital y sus intentos de revertirlo. 10 años después siguen apareciendo escándalos en relación.

Cabe reseñar en este bloque un buen montante de material procedente de **hemeroteca**. En la Fundación Favalaro fui seleccionando, leyendo y clasificando

gran cantidad de artículos periodísticos de diarios, revistas de divulgación, publicidad institucional y magazines. Las reseñas bibliográficas de este material pueden ser consultadas como **Anexo VIII: otra bibliografía consultada**.

La documentación se completó con:

1. Búsqueda en Internet de noticias de prensa en relación con él y sus trabajos.
2. Visionado en Internet de la **videoteca** sobre su persona, sobre su trabajo y sobre la Fundación Favalaro.

Visionado de películas argentinas y documentales fundamentalmente de historia argentina o de aspectos relacionados con él, como reportajes sobre sus maestros o sus colaboradores, por ejemplo: La historia de la vida del Doctor René Favalaro, René Favalaro: trazos de una vida, entrevista de Fontana a Favalaro, Héroes de un país del sur, Ezequiel Martínez Estrada: profeta desdichado, Memoria del saqueo, Clase media, Filosofía aquí y ahora, A pensar de todo...

3. Documentación con los **Boletines de la Academia Nacional de Medicina Argentina (Actas de Congresos)**.
  - Discurso de bienvenida del Sr. Presidente (Dr. Virgilio Foglia) a la incorporación a la Academia de René Favalaro como titular en 1986<sup>77</sup>.
  - Discurso de recepción de René Favalaro en el que como es tradición realiza una semblanza del sustituido (Dr. Andrés Adolfo Santas)<sup>78</sup>.
  - Conferencia sobre el impacto económico de la incorporación de nuevas tecnologías en el Seminario “Calidad y costo de la atención médica”, donde confronta el progreso científico con el cariz humano que la profesión debe seguir conservando según su visión<sup>79</sup>.
  - “Propuestas para mejorar la educación médica en el país” en una Mesa redonda, donde disecciona aspectos sociales y docentes del momento<sup>80</sup>.
  - “Oración para René Favalaro”, del Dr. Guillermo Jáuregui, homenaje tras su fallecimiento<sup>81</sup>.

Viajé a Argentina para realizar **trabajo de campo**.

En **Buenos Aires** realicé las siguientes labores:

1. Investigación en el **archivo de la Fundación Favaloro**. Escaneé 1.500 DINA4.

Los materiales se compusieron de:

- a. Artículos de revistas científicas.
  - b. Entrevistas y noticias de prensa.
  - c. Materiales promocionales y publicaciones de la Fundación.
  - d. Fotografías, curiosidades, cartas y publicaciones de su tiempo en la Cleveland Clinic (Estados Unidos).
  - e. Conferencias.
  - f. Importante colección fotográfica.
  - g. Videoteca.
2. Visita a las **instalaciones de la Fundación**, pasando una mañana en los quirófanos y asistiendo a cirugías de bypass.
  3. Visita a las **instalaciones de Televisión Favaloro**, donde hacen programas con contenidos médicos, asistiendo a una de las jornadas de grabación.
  4. Visita a uno de los hospitales públicos de Buenos Aires, el **Hospital de Clínicas**, con pase de planta en el servicio de Medicina Interna, asistencia a sesión clínica general y visita a los laboratorios de investigación.
  5. Investigación, documentación y lecturas en la Biblioteca del Congreso de la Nación y en la **Biblioteca Ezequiel Martínez Estrada** de la Fundación Favaloro.
  6. **Entrevistas y encuentros** con colaboradores suyos y personas cercanas o bien a él o bien a la Fundación. Entrevisté al antiguo Rector de la

Universidad Favalaro y también exjefe del Departamento de Investigación (Dr. Ricardo Pichel) (4 sesiones de entrevista), al Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Favalaro (Dr. Branco Mautner), al antiguo Director Médico de la Fundación (Dr. Rezzónico), a su antigua secretaria y actual miembro del Departamento de Comunicación y Relaciones Institucionales (y responsable del archivo)(Diana Truden), a un cirujano cardiovascular de la Fundación (Dr. Hugo Fraguas), a la jefa de quirófano (Bibiana Sánchez) y a los sobrinos de Favalaro (Dr. Roberto y Dra. Liliana Favalaro), que ahora dirigen la Fundación. También me entrevisté con algunos otros médicos ajenos a la Fundación. Y con muchos, muchos argentinos “de a pie” que me dieron sus impresiones sobre Favalaro y sus trabajos.

Y en **Jacinto Aráuz** (La Pampa):

7. Visitas guiadas al **Museo René Favalaro** con estudio y copia de los materiales documentales. Fotografías de los utensilios que se conservaban.
8. **Documentación en el Juzgado de Paz** para un estudio sobre mortalidad en el pueblo durante el ejercicio de Favalaro que he realizado para la tesis. Para llevar a cabo el análisis estadístico he contado con la ayuda de una médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Se calcularon las tasas de mortalidad por quinquenios con el programa estadístico Epidat 3.1. y a continuación se utilizó un modelo de regresión de Poisson con el programa estadístico Jointpointregressionprogram 4.0.4.
9. **Entrevistas** a una enfermera de Favalaro (Dora Calo), a un paciente (Raúl Viñas) y a la responsable del museo (María Elena Bertón).
10. **Visita a la clínica** que construyó y a algunos otros puntos importantes de su periplo en el pueblo.

## 4.2. MÉTODOS Y DISEÑO.

El eje central de la organización del trabajo pasa por la siguiente división, siguiendo el método historiográfico:

1. **Heurística:** técnica de la indagación y del descubrimiento, busca o investigación de documentos o fuentes históricas. Son los datos duros, objetivos, que surgen de la búsqueda en las fuentes.
2. **Crítica:** enjuiciamiento de la calidad de las fuentes.
3. **Resultados:** datos que proceden como efecto y consecuencia de la investigación.
4. **Hermenéutica:** fenómeno interpretativo desde la concreta y personal historicidad.

A su vez, el diseño metodológico atraviesa cuatro grandes ejes temáticos, que se estructuran en bloques.

El “**Estado de la cuestión**” es la **historia de la revascularización miocárdica** y versa sobre el descubrimiento del concepto de angina, la búsqueda de un sustrato anatómico que lo explicara y los intentos de aportar nutrientes a un miocardio isquémico, primero con una fuente indirecta y después con una fuente directa. Este bloque termina con el descubrimiento de Favalaro, el bypass aortocoronario.

El **bloque 1** es la historiografía científica y humana de Favalaro antes de llegar a la Cleveland Clinic. Se centra de forma somera en sus orígenes y sus estudios y profundiza en los **10 años de médico general rural en Jacinto Aráuz** (La Pampa, Argentina).

En el **bloque 2** podemos dar cuenta de la actividad de Favalaro y su equipo en la **Cleveland Clinic** hasta llegar al bypass y después de él; cuando desarrollaron, simplificaron y estandarizaron la técnica para comenzar a popularizarla. Se adjuntan como Anexo IV los **grandes ensayos clínicos** que la pusieron a prueba y que la compararon con otras opciones de tratamiento, como el tratamiento médico

y la emergente angioplastia. Dentro de la revascularización se compara la vena safena con la arteria mamaria interna.

En el **bloque 3** se relata cómo Favalaro regresa a la Argentina en 1971 con la idea de **levantar un centro asistencial, docente e investigador** que fuera referencia en Latinoamérica en Cirugía Cardiovascular y en revascularización miocárdica. Se exponen y se analizan las dificultades, que tienen origen en la necesidad de articularse con el sistema de salud argentino, una organización muy compleja, por lo fragmentada y por lo descentralizada. En el momento crucial del proyecto y cuando más necesitaba del apoyo del Estado, éste entra en bancarrota en un momento clave de su devenir. Todo se precipita en la vida y obra de Favalaro por este motivo.

Para abordar los aspectos más narrativos y cualitativos de la tesis, y para llevar a cabo la recogida de información de personas vivas, utilicé métodos, reglas y encuadres de **investigación cualitativa en Ciencias de la Salud y en Ciencias Sociales**. Para la selección de las personas entrevistadas realicé un muestreo en el que puse el acento no en el tamaño, sino en que la muestra reflejara y maximizara la realidad del fenómeno estudiado. Así, intenté recoger la mayor cantidad posible de visiones, de manera que reflejara la amplitud del fenómeno.

A los participantes les seleccioné no de manera aleatoria, sino al contrario, a los que podían aportar información de primera mano en relación al estudio. Así, realicé un **muestreo intencionado o teórico**, en el que inicialmente elegí participantes con un conocimiento amplio del tema, después aquellos que poseían información específica y finalmente los que poseían conocimientos atípicos poco comunes.

Para la obtención de la información de tipo cualitativo me decanté por la **técnica de informadores clave**.

En el método de recogida de datos utilicé la técnica de la **entrevista en profundidad**. La modalidad elegida fue la de la **entrevista semiestructurada**, donde los temas y las preguntas estaban predeterminadas y eran unas u otras

dependiendo del perfil del entrevistado. Yo me reservaba la potestad de cambiar el orden y la formulación de las preguntas, y profundizar en algún aspecto o tema si lo consideraba necesario.

Para el análisis de los datos realicé análisis del contenido, análisis inductivo, contraste de hipótesis y análisis lógico.

Se utilizó el gestor de citas bibliográficas Mendeley y normas Vancouver.

#### **4.3. CONFLICTOS DE INTERÉS.**

Como autor declaro no tener conflictos de interés. No he recibido pago en metálico ni en ningún otro formato ni de la Universidad Autónoma de Madrid (España) ni de la Fundación Favaloro (Argentina). Todos los gastos generados por el trabajo han sido asumidos por mí mismo. De la misma manera, tampoco se me ha solicitado ningún pago por acceder al material que posibilitara este trabajo.







**DR. RENE G. FAVALORO**  
MEDICO CIRUJANO

JACINTO ARAUZ

LA PAMPA

*Rp.*

5. BLOQUE 1:

HISTORIOGRAFÍA CIENTÍFICA Y HUMANA  
DE RENÉ FAVALORO EN JACINTO ARÁUZ







## 5.1. Introducción.

La formación de Favalaro siempre fue eminentemente quirúrgica. En la Facultad disfrutaba con las asignaturas<sup>62</sup> de su currículum como Anatomía Topográfica (fue alumno ayudante de la Cátedra), que exigían disección. Además **prolongaba con frecuencia la jornada** asistiendo a lecciones teóricas y prácticas en el quirófano de profesores que no eran de su año, como Rossi, Mazzei y sobre todo los que consideró sus dos grandes maestros: **Christmann y Mainetti**.

Accedió al internado en el Servicio de Cirugía con el Doctor Mainetti<sup>82</sup> (un equivalente aproximado a ser alumno interno de un departamento de la Facultad de Medicina en España) y después de terminarlo (2 años) se graduó. **Su futuro era claramente quirúrgico**. Al terminar la carrera y el internado, con 25 años, había una vacante de médico interno auxiliar a la que accedió como interino. Cuando salió la plaza a “concurso” y él iba a ser por méritos el adjudicatario, le dieron a firmar un papel en el que debía suscribir **conformidad con el gobierno peronista** y ser avalado por un miembro del partido. Favalaro se negó y se quedó sin la plaza<sup>62</sup>. Idéntica historia a la de Goetz, relatada anteriormente.

Como consecuencia de estos hechos inició una etapa como médico general rural en Jacinto Aráuz, La Pampa (Argentina), durante 10 años. En ese intervalo siguió interesado por la cirugía y apegado a ella por **varios cordones umbilicales**: las revistas a las que estaba suscrito y que llegaban puntualmente a Jacinto Aráuz, y visitas periódicas a La Plata y Buenos Aires para participar en sesiones clínicas y actividades de formación.

En esos años (1950-1960) progresaba la Cirugía Torácica en general y la Cardiovascular en particular, y Favalaro se sentía fascinado por ella y sus avances.

**Sintió que era el momento de dar el salto**, que la profesión de médico rural quedaba pequeña para sus aspiraciones. Habló con su viejo maestro Mainetti y le preguntó que cuál era el mejor centro para formarse. Mainetti había visitado la Cleveland Clinic en el 61 y había quedado fascinado con las coronariografías de Sones y con los trabajos con órganos artificiales de Kolff. Favalaro le pidió una carta de recomendación para poder pasar una temporada como rotante en la

Cleveland, que envió. En realidad realizó el envío en dos ocasiones y esperó durante dos meses sin obtener respuesta. **Decidido a no amedrentarse, Favaloro se presentó en Estados Unidos** sin tener certeza alguna de que le fueran a recibir ni aceptar. Es recibido por **Crile**, Jefe del Departamento de Cirugía General, que aceptó su presencia sin problemas, disculpándose por no haberle contestado y poniéndole en contacto con **Effler**, Jefe del Departamento de Cirugía Torácica y Cardiovascular. Éste último quedó realmente sorprendido de que entre las motivaciones de Favaloro para estar allí **no se encontrara la económica**, y le aceptó en su Departamento, aunque dada su inadecuada situación legal para ejercer como médico en el país no pudo recibirle más que como “**observer**” (médico observador, sin atribuciones ni responsabilidades).

## **5.2. Razones para radicarse en Jacinto Aráuz.**

Como hemos comentado Favaloro no aceptó la adhesión política como cláusula de su contrato. Después de licenciado atendió por breve lapso de tiempo un consultorio en Bartolomé Barrio.

Coincidió en aquellos años el accidente de su hermano Juan José en tercer curso de Medicina, por atropellamiento, con fractura de las dos piernas y gangrena en la izquierda, que precisó amputación.

Parece que la situación económica familiar, con los dos padres trabajando a destajo, le empujó a buscar un trabajo con premura.

De aquellas, escribió **su Tío Manolo** (marido de la hermana de su madre) anunciándole que el médico de su pueblo estaba enfermo y que buscaban a alguien por dos o tres meses, en lo que se trataba en Buenos Aires. **Favaloro fue para tres meses y estuvo 11 años.**

Favaloro y el médico del pueblo comenzaron viendo a los pacientes juntos, en Mayo del 50, para favorecer su integración en el entorno difícil, por desconfiado, que puede resultar el ámbito rural.



Progresivamente Favalaro fue adquiriendo más competencias. Los inicios fueron un tanto erráticos. La primera semana fallecieron dos pacientes a los que atendía. El primero un varón de 77 años, de hemorragia cerebral. El segundo un varón de 80 años de insuficiencia cardíaca descompensada. Como se puede deducir de la edad y de la causa de muerte poca influencia pudo tener el acierto o el error de Favalaro en estos dos fallecimientos, pero esto puede ser difícil de entender. De aquellas, se popularizó una frase que todavía recuerdan en el pueblo: “Andá a que te agarre Favalaro”, como diciendo “si quieres saber lo que es bueno vete con él y verás”.

### **5.3. Personas y labores importantes en Jacinto Aráuz.**

#### *5.3.1. Dardo Rachou Vega.*

Fue el médico al que sustituyó. Los primeros tiempos fueron difíciles para Favalaro porque Rachou Vega era **un gran médico, muy querido** en el pueblo. Se entregaba con pasión a la comunidad y atendía a todos por igual, independientemente de su nivel económico y de que pagaran o no. Si había que trasladar a algún paciente que necesitaba ingreso a Bahía Blanca (la ciudad más cercana, donde estaba el hospital) y éste no podía pagarlo, Rachou lo metía en el tren y **costeaba el traslado de su bolsillo**. Estaba enfermo. Pensaba que tenía un linfoma de Hodgkin. En realidad aquejaba un cáncer de pulmón extendido a mediastino y cadena cervical. Según se iba deteriorando su estado, fue cediendo progresivas y crecientes competencias a Favalaro, que fue granjeando sus primeros éxitos entre los pacientes. Rachou era un médico muy estudioso que se actualizaba con las mejores publicaciones médicas, que le llegaban puntualmente al pueblo. También le interesaba la política. Favalaro comenta que Bautista Riolfo, el electricista, era el único socialista de Aráuz. Se equivocaba, probablemente a sabiendas. Rachou era gran lector de las publicaciones de la URSS y su carácter y comportamiento eran definitivamente socialistas. Siempre se mantuvo crítico con el peronismo, como Favalaro.

### 5.3.2. Juan Munuce.

Farmacéutico y bioquímico. Antes de llegar Favalaro, realizaba análisis de orina y determinaciones de urea y glucosa en sangre. También análisis a los cerdos para prevenir la triquinosis. La llegada de Favalaro le hace renacer profesionalmente. Añade la realización del hemograma a sus competencias. Juntos llegan a dar con complicados diagnósticos que son reconocidos por los especialistas de segundo nivel a los que mandaban a los pacientes.

### 5.3.3. Carlos.

“Chico para todo” del primer consultorio de Favalaro. Recibía a los pacientes, limpiaba, preparaba té y café, mantenía todo en orden... Eligió a un hombre para el puesto en vez de una mujer para prevenir las habladurías y los dobles sentidos en el pueblo. Carlos hasta ayudaba con pico y pala a montar los fines de semana el huerto en la casa de Favalaro.

### 5.3.4. Comadronas.

Favalaro tuvo la habilidad de involucrar a la red de comadronas que había en el pueblo en sus propósitos. Solían atender preferentemente a la clase menos pudiente, y tenían algunos tintes de curanderas. Favalaro tenía la astucia de no dudar en público o ante ellas de sus prácticas mágico-místicas que tenían poco de científico (en el caso de que no causaran perjuicio), para ganárselas y así aprovecharlas de canal de transmisión docente hacia las madres. También realizaban el trabajo de estar junto a las parturientas en el seguimiento de partos o embarazos complicados y de avisarle si algo iba mal. Fueron la red docente y las enfermeras comunitarias de Jacinto Aráuz. La más representativa y conocida era Doña Irene, más conocida como la Vieja Pico Chueco.

### 5.3.5. Educación sanitaria a las madres.

Favaloro advirtió la gran problemática de los cuadros gastrointestinales con **deshidratación** en los niños pequeños y lactantes. Las causas epidemiológicas de éstos eran: pobreza, hacinamiento, mala salubridad de las aguas, mal estado nutricional previo del lactante, ingesta habitual de leche de vaca junto con agregado de harina que era indigesto, demora de las madres en acudir a consulta y exceso de ropa aplicado por las mamás, lo que favorecía la sudoración y la consiguiente deshidratación.

**Dora**, una enfermera de la época, comenta que solamente vio a Favaloro realmente enfadado una vez en los 11 años. Fue cuando acudió a la casa de una niña a atenderla por una gastroenteritis y mientras le estaba pasando un suero intravenoso falleció. **Se puso a llorar**. Decía que lloraba con frecuencia.

Reunía a las madres y les explicaba cómo se hacía correctamente el biberón, con agua de arroz o avena mezclada con leche. Si sabían leer se lo daba por escrito, y si no, se lo explicaba con los utensilios. Les daba recomendaciones acerca de cómo y cuándo hidratar y cómo comportarse en caso de gastroenteritis. Le encomendaba a la mamá difundir estos conocimientos a las demás madres, organizando una **red de docencia popular**.

### *5.3.6. Colaboración con los maestros.*

Favaloro sentía real **respeto, admiración e incluso devoción** por la figura del maestro, y más concretamente por el **maestro rural**. Sabía que eran los integrantes de la comunidad que estaban situados en primera línea de batalla para poder cambiar realmente la mentalidad de los pobladores. En aquellos tiempos y en aquellas áreas remotas su salario, sus medios materiales y sus condiciones de vida eran **miserables**, y dependían en gran medida de la voluntad de las familias, cuando no de la caridad. La autoridad gubernamental se desentendía. Favaloro, por ejemplo, siempre se negó a cobrarles por la atención médica. Debían ocuparse, además, del mantenimiento y (re)construcción de las escuelas. Vehiculaba, a través de ellos, enseñanzas y normas de la atención sanitaria que él proveía sobre cuándo consultar, cuándo no, intentar desplazarse hasta la clínica y no hacer que él se desplazara en algunos casos...

### 5.3.7. *Escuelas hogares.*

Una constante de la obra de Favalaro fue formular una adecuada propuesta del establecimiento de escuelas hogares en el país.

Los candidatos a sus plazas serían niños de regiones rurales preferentemente, de clase socioeconómica baja fundamentalmente, que tuvieran que caminar largos trechos para ir y venir de la escuela. Permanecerían entre semana en la escuela rural, en condiciones dignas (buena alimentación, asegurar el descanso en condiciones salubres...) y fuera de los peligros que acechan al niño en la vida rural (pobreza) y en la vida urbana-villas miseria (drogadicción, vandalismo, violencia...).

Los niños asistirían 4-5 horas diarias a clase y luego tendrían un huerto donde aprender a hacer crecer los frutos y a arraigarse en el amor a la tierra. Tendrían aves que proporcionarían carne y huevos, panales de abejas para obtener miel, conejos. Así lograrían la satisfacción de generarse una propia producción de alimentos, que llevarían orgullosos a casa para mostrarlos a sus padres el fin de semana. Así es fácil que surgiera el respeto y defensa de la ecología y el medio ambiente.

Asimismo, participarían del resto de tareas adquiriendo habilidades para las labores domésticas.

Se realizaría una adecuada instrucción en la historia argentina y en el amor a la patria, para que no se repitieran los errores del pasado en sucesivas generaciones.

Contribuirían a frenar el absentismo y el fracaso escolar. Creía que era una de las posibles soluciones para acabar con las villas miseria (guetos de pobreza, favelas).

Las escuelas hogares podrían ser visitadas y habitadas por alumnos urbanos en las vacaciones de verano de los niños rurales. Favalaro opinaba que la duración de las vacaciones escolares era excesiva, un tiempo demasiado largo improductivo en pleno crecimiento de los chavales, cuando podrían aprovechar su tiempo mucho más intensamente.

Este modelo de escuela rural que defendía Favalaro había sido refrendado por ley en 1938, pero en 1950 no estaba muy extendido.

#### 5.3.8. *Enfermeras.*

Cuando Favalaro inició su propio proyecto **reclutó por su cuenta al personal**. El plan era entrenarlo él mismo.

Dora, una de sus enfermeras que aún viven y que siguen en el pueblo, me contó que a las enfermeras antes de darles atribuciones las iba estudiando poco a poco, iba viendo cómo se iban desarrollando. Decía que muchas querían entrar pero que luego no aguantaban la cirugía, la sangre del quirófano.

La primera enfermera que trabajó para ellos fue **María Forestier**. Decimos enfermera pero en el contexto de aquellos años y de aquel medio era **chica para todo**: ayudar en el consultorio, ayudar en la cirugía, esterilizar y tener apunto el material, estar atenta a los requerimientos de los pacientes, cocinar, limpiar, lavar la ropa...

Con la ampliación de la clínica y el paso del tiempo, **Delfina** fue sustituyendo a María. Las chicas comenzaban como señoras de la limpieza e iban ascendiendo. Al final, si estaban capacitadas lograban ser enfermeras. Luego solían llegar a un grado de compenetración tal con Favalaro que se solían adelantar a los tiempos quirúrgicos y siempre iban por delante de él.

Dora comentaba que **trabajaban mucho, muchísimo**; que una vez estuvo tres días y tres noches sin dormir trabajando continuamente.

#### 5.3.9. *Radiología y cirugía.*

Favalaro consiguió deslumbrar a los pacientes con dos atribuciones anómalas para un médico de familia. Una fue la Cirugía, otra fue la prestación del radiodiagnóstico.

En un primer tiempo Favalaro se desplazó a Bahía Blanca a comunicar sus intenciones al representante de la casa comercial, y un técnico se desplazó desde Buenos Aires para hacer el estudio de la instalación. Había algunas dificultades, sobre todo concernientes a las limitaciones de la usina eléctrica. Dora la enfermera me comentaba que había que avisar a los de la herrería cuando se quería usar el aparato de Rayos X para que desconectaran sus aparatos, porque si no la red se sobrecargaba. Con el primer equipo, que vino de Holanda, se podían realizar radioscopias, radiografías de tórax y radiografías óseas. Habilitaron la sala contigua como sala de revelado.



*Figura 8. Primer aparato de radiodiagnóstico, se conserva y funciona. Fotografía del autor.*

En un segundo tiempo adquirieron un aparato de mayor envergadura, un *seriógrafo*, con el que podían realizar radiografías sin tantas limitaciones, e incluso estudios digestivos, urinarios, biliares y ginecológicos. Favaloro comenta acertadamente que tenían la ventaja sobre el radiólogo que ellos conocían la historia clínica del paciente y eso era un gran punto, que les beneficiaba a la hora del diagnóstico. Los Favaloro se endeudaron moderadamente con esta inversión.

El aparato de rayos X está igual a día de hoy y sigue funcionando.





*Figuras 9-14. Esta fotografía del autor y las siguientes muestran el segundo aparato de rayos, de más envergadura. Se conserva y funciona hasta nuestros días.*











El otro hito supremo de Favaloro en Jacinto Aráuz fue la prestación del servicio quirúrgico. Como ya hemos visto, Favaloro poseía una amplia formación quirúrgica y decidió prepararlo todo para operar.

Primero fue disponiendo la **infraestructura**. Fue diseñando las salas y realizando acopio del material. Modificó la mesa de exploraciones de Rachou para que hiciera las veces de una mesa de operaciones. La adaptaron también a camilla para la asistencia de partos y operaciones ginecológicas. Aprovechó el trabajo de los artesanos locales para que le ayudaran.

Su bagaje fue el siguiente: apendicectomías, peritonitis graves por apendicitis gangrenadas, resecciones de colon, tiroidectomías (para hacerse una idea de los medios, no se podía hacer ni una determinación de hormonas tiroideas por aquel entonces, no existía eso), resecciones esofágicas por carcinomas de esófago, operaciones ginecológicas (cesáreas, legrados, resecciones uterinas por fibromatosis, quistes de ovario, prolapsos y cáncer de cuello de útero), cirugía ortopédica, colecistectomías, resecciones gástricas, hernias inguinales, resecciones de varices, hemorroides, lipomas o sinfisiotomías (incisión en el pubis para ampliar el plano obstétrico de cara a un posible alumbramiento).

Compraron en Buenos Aires el instrumental, la estufa y el autoclave para esterilizar. Tomaron cultivos sucesivos que fueron analizados en Bahía Blanca antes de comenzar a operar, para asegurarse de que todo estaba en orden.

Se encargaban por supuesto también de la anestesia ellos mismos. Comenzaron con anestesia local y raquídea, en casos sencillos. Ante la evidencia de que iban a necesitar anestesia general, sobre todo en urgencias, mandaron a una prima suya que era médico no ejerciente a aprender los fundamentos al Hospital Policlínico de La Plata, para poder utilizarla en la cirugía de Aráuz.

En Abril de 1952 (solamente dos años después de llegar) comenzaron a operar.

De primer ayudante Munuce y de enfermera María Forestier. Las primeras 75 intervenciones se saldaron con una mortalidad del 0%.

#### *5.3.10. Banco de sangre.*

La práctica de la cirugía, traumatología y ginecoobstetricia de urgencia requería tener reservas de sangre disponibles para trasfundir en cualquier momento. Los

líderes locales colaboraron en el reclutamiento de donantes entre los vecinos, y de esta manera se pudieron confeccionar unas listas con los grupos sanguíneos correspondientes, que se utilizaban en las urgencias.

### *5.3.11. La Comunidad.*

Favaloro se valía del personal local como interlocutor, porque estaba en contacto con la población diana a la que quería cambiar los hábitos que generaban enfermedad y muertes prematuras o potencialmente evitables. Las mismas ideas que difundía a los maestros y a las comadronas se las transmitía a los empleados de la cooperativa del pueblo, a los dirigentes de los clubes deportivos, al comisario, Juez de Paz, representantes de la iglesia y algunos líderes locales. Cuando se unió Juan José, su hermano, daban charlas comunitarias de salud en la iglesia del pueblo en las que informaban a los asistentes de los últimos progresos de la Medicina, a la vez que les seguían transmitiendo enseñanzas sobre el cuidado de su salud.

El otro aspecto que trabajó con intensidad fue el de los Determinantes Sociales de la Salud.

Hay que recordar que por ejemplo, en aquella época, tenían problemas con la depuración del agua. Debido a esto hubo en una ocasión en el pueblo un brote de hepatitis (presumiblemente A) de 100 casos.

Por estos motivos, Favaloro y Juan José mantenían fluida relación con las autoridades locales, ayudando en lo que podían. Colaboraron con la cooperativa eléctrica, que compró la vieja usina, con lo que se solucionaron los problemas de abastecimiento discontinuo y errático de energía eléctrica.

Auparon a un nuevo alcalde que hizo cosas importantes para el pueblo, como higienizar el matadero municipal o construir piscinas públicas de natación, para uso y disfrute de todos los vecinos.

Consideraba que el médico de familia era una figura clave en la comunidad y que podía convertirse en un líder de la misma siempre que sus acciones sirvieran al interés general y no al propio.



Consecuencia de todo este trabajo en la clínica y en la Comunidad, Favalaro afirmó en numerosas ocasiones a lo largo de su vida que Juan José y él habían logrado disminuir la mortalidad infantil en el pueblo durante su práctica,

Con la ayuda de **Maria Elena Bertón**, encargada del museo de René Favalaro en Jacinto Aráuz, y con la aquiescencia de Juan Carlos, Juez de Paz del pueblo, recogí una por una todas las muertes registradas en los libros de defunción desde el año 1922 al año 1980. Del 1911 al 1921 estaban ya contadas por el Juzgado, el resto las fui entresacando una por una de cada parte de defunción, extrayendo la información adicional pertinente. En algunos partes era relativamente sencillo, pues la información estaba estructurada de forma clara. En otros el parte estaba escrito con letra y expresiones de la época y redactado en un párrafo seguido, y extraer la edad, el nombre y la causa de muerte era trabajoso.

Éste es el estudio que he realizado.

#### **5.4. ESTUDIO DE MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD GENERAL EN JACINTO ARÁUZ (LA PAMPA, ARGENTINA) DE 1910 A 1980.**

- 5.4.1. *Hipótesis de trabajo:* La mortalidad infantil disminuyó en Jacinto Aráuz (La Pampa, Argentina) de los años 1950 a 1962 durante el ejercicio como médicos de René Favalaro y Juan José Favalaro.
- 5.4.2. *Método:* Se recogieron los datos demográficos relativos a esta franja en el Juzgado de Paz de Jacinto Aráuz. Para calcular la tasa de mortalidad infantil se consignó el número de fallecimientos en niños menores de un año y el número de nacidos vivos en el mismo periodo, y se calculó la tasa de mortalidad infantil. Asimismo se recogieron los datos relativos al número de fallecimientos y al número total de personas que vivían en ese lugar en los periodos indicados, para calcular la tasa bruta de mortalidad.



*Figura 15. Fondos del Juzgado de Paz de Jacinto Aráuz. Fotografía del autor.*

### ***Tasa de mortalidad infantil***

La tasa de mortalidad infantil (TMI) se calcula de la siguiente forma:

$$= \frac{\text{número de defunciones de menores de un año durante un periodo de tiempo}}{\text{número de nacidos vivos durante el mismo periodo}} \times 100$$

### ***Tasa bruta de mortalidad***

$$m_X = \frac{F_X}{P_X} \times 1000$$

- $m_X$ : tasa de mortalidad (dentro del grupo X, si es general  $X = G$ ).
- $F_X$ : número de fallecimientos dentro de un conjunto X.
- $P_X$ : número de personas total de personas en el conjunto X.

En el caso del cálculo de la tasa bruta de mortalidad los datos recogidos fueron incompletos en algunos casos, ya que el número total de personas que vivía en Jacinto Aráuz no pudo ser conseguido a lo largo de todos los años estudiados.

Primeramente se consultó al Juzgado de Paz, a la Municipalidad (Ayuntamiento) y a la Biblioteca Municipal sin que me pudieran ofrecer ningún dato. Finalmente se pudieron extraer de la página web de la Dirección General de Estadísticas y Censos de La Pampa<sup>83</sup>. En algunas franjas la población consignada no era la población total de Jacinto Aráuz (se consigna en las tablas como "?"). Ellos separaban la población en urbana y rural, y solamente estaba reflejada la urbana. Faltaba el dato de la población rural para que fuera completa la información. Estos datos fueron requeridos tanto al Censo Nacional como a las autoridades provinciales, sin respuesta por su parte.

Se decidió realizar una estimación estadística según se explica posteriormente.

5.4.3. Resultados.

Año	Tasa mortalidad infantil (el numerador x 1000)	Tasa mortalidad general
1911	10/103=97,08	22/?
1912	17/177=96,04	35/?
1913	16/205=78,04	43/?
1914	9/184=48,91	23/?
1915	17/177=96,04	45/?
1916	19/190=100	43/?
1917	25/197=126,90	43/?
1918	23/204=112,74	41/?
1919	22/135=162,96	35/?
1920	24/206=116,50	48/?
1921	15/202=74,25	48/?
1922	11/117=94,01	27/1326=20,36
1923	25/118=211,86	53/1326=39,96
1924	25/136=183,82	37/1326=27,90
1925	6/159=37,73	20/1326=15,08
1926	11/144=76,38	30/1326=22,62

1927	12/118=101,6 9	35/1326=26,39
1928	14/147=95,23	29/1326=21,87
1929	14/95=147,36	48/1326=36,19
1930	20/118=169,4 9	36/1326=27,14
1931	6/110=54,54	22/1326=16,59
1932	6/118=50,84	22/1326=16,59
1933	8/140=57,14	28/1326=21,11
1934	8/137=58,39	38/1326=28,65
1935	11/116=80,88	26/4031=6,45
1936	11/110=100	23/4031=5,70
1937	6/102=58,82	30/4031=7,44
1938	3/94=31,91	28/4031=6,94
1939	2/92=21,73	17/4031=4,21
1940	11/79=139,24	27/4031=6,69
1941	4/91=43,95	19/4031=4,71
1942	8/89=89,88	21/4031=5,20
1943	6/65=92,30	18/2745=6,55
1944	11/84=130,95	21/2745=7,65
1945	3/102=29,41	18/2745=6,55
1946	3/69=43,47	20/2745=7,28
1947	8/96=83,33	21/2745=7,65
1948	4/95=42,10	15/?
1949	7/119=58,82	20/?

1950	$1/86=11,62$	13/?
1951	$2/66=30,30$	14/?
1952	$3/66=45,45$	16/?
1953	$7/73=95,89$	26/?
1954	$3/85=35,29$	19/?
1955	$6/70=85,71$	27/?
1956	$7/101=69,30$	21/?
1957	$4/73=54,79$	26/?
1958	$9/92=97,82$	32/?
1959	$2/82=24,39$	17/?
1960	$4/81=49,38$	$24/1600=15$
1961	$3/107=28,03$	$28/1600=17,5$
1962	$4/76=52,63$	$21/1600=13,12$
1963	$10/77=129,87$	$27/1600=16,87$
1964	$3/65=46,15$	$25/1600=15,62$
1965	$3/79=37,97$	$20/1600=12,5$
1966	$4/56=71,42$	$19/1600=11,87$
1967	$3/58=51,72$	$24/1600=15$
1968	$2/58=34,48$	$18/1600=11,25$
1969	$6/62=96,77$	$37/1600=23,12$
1970	$1/60=16,66$	18/?
1971	$2/67=29,85$	20/?
1972	$3/71=42,25$	19/?
1973	$2/48=41,66$	23/?
1974	$3/57=52,63$	20/?
1975	$0/50=0$	7/?

1976	2/42=47,61	16/?
1977	2/44=45,45	13/?
1978	0/52=0	15/?
1979	1/49=20,40	17/?
1980	2/56=35,71	22/?

*Tabla 2. Tasa de mortalidad infantil y bruta por años.*

De 1940 a 1964 pude recoger además la causa de muerte. Creo que es productivo curiosear entre ellas, por lo que llaman la atención algunos de los motivos vistos con la perspectiva actual. Lo dejo al final de la tesis como **Anexo III**.

#### 5.4.4. Análisis estadístico y discusión.

Se calculó la tasa de mortalidad infantil por 1000 habitantes y la tasa de mortalidad bruta en la localidad de Jacinto Aráuz para el periodo 1920-1979 y para la totalidad de la población argentina para el periodo 1950-1979. Las tasas se calcularon por quinquenios, se estimó el intervalo de confianza al 95% y se realizó un contraste sobre la igualdad de las tasas mediante el estadístico z (Programa estadístico utilizado Epidat 3.1).

La información de casos y población de Argentina se obtuvo del Boletín Demográfico de América Latina<sup>84</sup>. La información de la localidad de Jacinto Aráuz en relación al número de defunciones en niños menores de 1 año, muertes totales, y total de nacidos año a año se obtuvo del Juzgado de Paz de Jacinto Aráuz.

La población total de la localidad de Jacinto Aráuz (fuente de población total) disponible para el periodo de estudio no era completa. Se dispuso información de población total urbana para los años 1920, 1935, 1942, 1947, 1960, 1970 y 1980 y para la población rural sólo para 4 de estos años. (No existe un dato fiable de la población urbana y rural de Jacinto Aráuz en la bibliografía analizada en los años de los Favaloro en el pueblo, la horquilla va de 1.000 a 3.500, por lo que no es



posible considerar este dato para el estudio). En base a esta circunstancia se estimó la población total año a año de la siguiente manera: la población rural se imputó de acuerdo a la distribución de la población rural del departamento de Hucal (departamento al que pertenece Jacinto Aráuz) en los años señalados y posteriormente se modelizó, mediante una regresión lineal, el total de la población de la localidad año a año.

Para analizar la tendencia en esta tasa en la localidad de Jacinto Aráuz, se utilizó un Modelo de Regresión de Poisson para determinar la presencia de cambios en la tendencia en el periodo de estudio. Este análisis se realizó con el programa estadístico JointpointRegressionProgram 4.0.4

### Resultados

*Tabla 3. Tasas de mortalidad infantil por 1000 habitantes con IC al 95% en Jacinto Aráuz y Argentina globalmente, por quinquenios.*

Años	Jacinto Aráuz					Argentina						
	Casos	Población	Tasa	IC-95%	Valor p*	Casos	Población (en miles)	Tasa	IC-95%	Valor p*		
1920-1924	100	779	128,4	103,2	153,5							
1925-1929	57	663	86,0	63,7	108,3	0,0187						
1930-1934	48	623	77,0	55,2	98,8	0,6439						
1935-1939	33	514	64,2	42,3	86,1	0,4865						
1940-1944	40	408	98,0	67,7	128,4	0,0899						
1945-1949	25	481	52,0	31,6	72,3	0,0161						
1950-1954	16	376	42,6	21,7	63,4	0,6395	1130185	17150	65,9	65,8	66,0	0,0001
1955-1959	28	418	67,0	42,2	91,8	0,1904	1143251	18928	60,4	60,3	60,5	0,0001
1960-1964	24	406	59,1	35,5	82,8	0,7558	1230775	20616	59,7	59,6	59,8	0,0001
1965-1969	18	313	57,5	30,9	84,1	0,9463	1279044	22283	57,4	57,3	57,5	0,0001
1970-1974	11	303	36,3	14,8	57,8	0,3045	1152572	23962	48,1	48,0	48,2	0,0001
1975-1979	5	237	21,1	2,6	39,6	0,4471	1018515	26049	39,1	39,0	39,2	0,0001

\*Valor p de comparación de la tasa de mortalidad con el periodo inmediatamente anterior

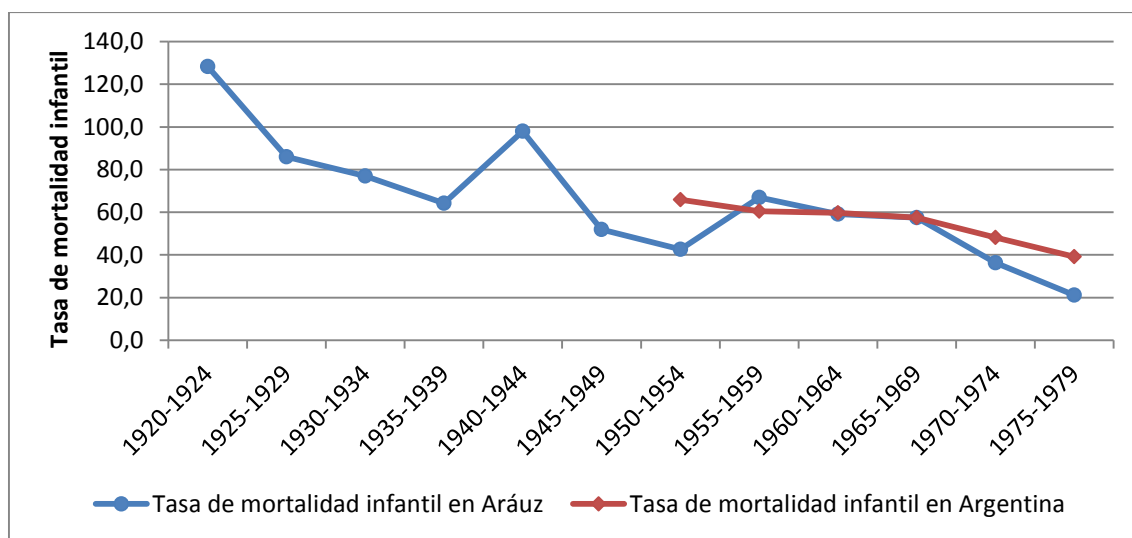
Entre 1920 y 1979 se presentaron 405 muertes en menores de un año en Jacinto Aráuz. Entre el periodo 1975-1979 la mortalidad infantil disminuyó a un sexto de la observada en el periodo 1920-1924.

Globalmente la tasa disminuyó durante todo el periodo, sin embargo esta disminución en el análisis por quinquenios sólo fue significativa para los periodos 1925-1929 y el periodo 1945-1959 en comparación con los periodos inmediatamente anteriores (tabla 3).

La significancia estadística entre periodos no se alcanza debido a la inestabilidad de la tasa, lo cual es una característica habitual cuando se analizan poblaciones pequeñas. Aun sin alcanzar la significancia estadística está claro que la mortalidad infantil disminuyó durante el periodo de estudio en Jacinto Aráuz y en todo el país en conjunto. Este cambio es multifactorial y no se puede atribuir a un único suceso; resulta adicional a las mejoras sanitarias, el cambio en las condiciones de vida de la población probablemente contribuyó en gran parte.

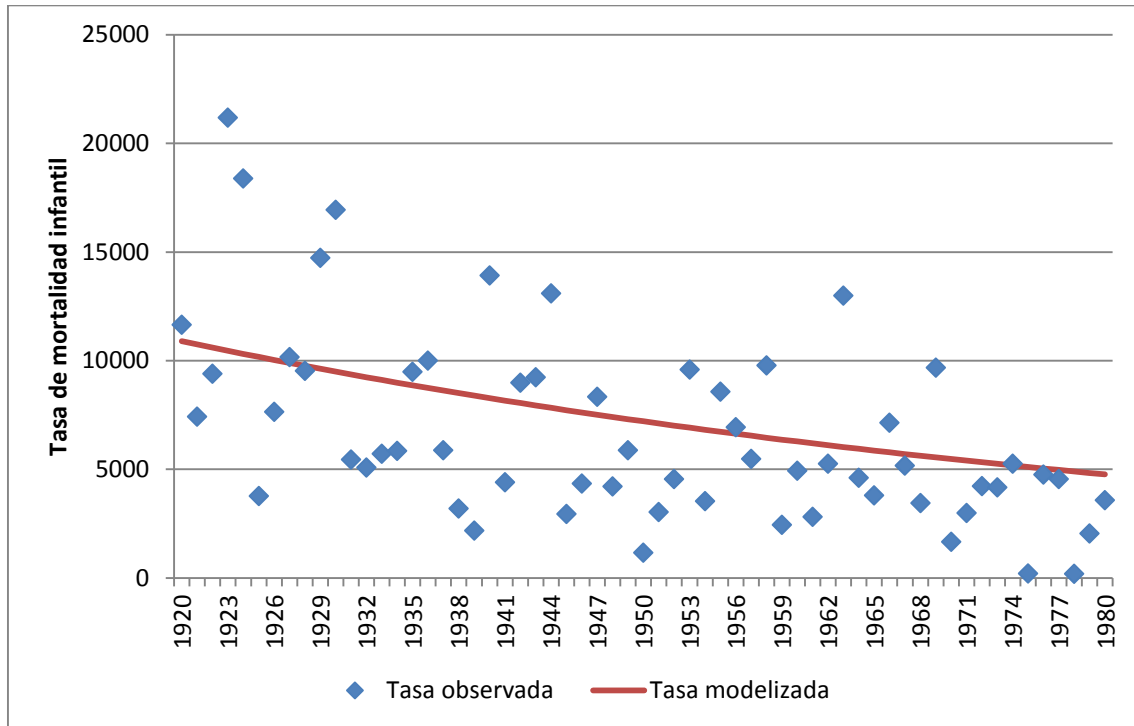
La disminución en la mortalidad reflejada en esta localidad también se observa en la tasa del país en conjunto. Sin embargo, cabe resaltar que como se ve en la Figura 16 la disminución es mayor y más rápida en esta localidad que en el país en conjunto.

Figura 16. Comparativa local y general de las tasas de mortalidad infantil.



En el análisis de tendencia de la localidad de Jacinto Aráuz se observa una disminución continua y estadísticamente significativa de la tasa de mortalidad infantil, con una disminución anual media en la tasa de 1,4% (IC-95% -2,0 a -0,8) (Figura 17).

Figura 17. Análisis de tendencia de tasa de mortalidad infantil por 1000 niños, en Jacinto Aráuz.



*Tabla 4. Tasas de mortalidad bruta por 1000 habitantes con IC al 95% en Jacinto Aráuz y Argentina globalmente, por quinquenios.*

Años	Jacinto Aráuz					Argentina					
	Casos	Población	Tasa	IC-95%	Valor p*	Casos	Población ( en miles)	Tasa	IC-95%	Valor p*	
1920-1924	213	13297	16,0	13,9	18,2						
1925-1929	162	13180	12,3	10,4	14,2					0,0125	
1930-1934	146	13065	11,2	9,4	13,0					0,4367	
1935-1939	124	12948	9,6	7,9	11,3					0,2285	
1940-1944	106	12832	8,3	6,7	9,8					0,2925	
1945-1949	94	12715	7,4	5,9	8,9					0,4758	
1950-1954	88	12598	7,0	5,5	8,4	157780	17150	9,2	9,2	9,2	0,001
1955-1959	123	12482	9,9	8,1	11,6	164673	18928	8,7	8,7	8,7	0,001
1960-1964	125	12365	10,1	8,3	11,9	181420	20616	8,8	8,8	8,8	0,001
1965-1969	118	12249	9,6	7,9	11,4	202775	22283	9,1	9,1	9,1	0,001
1970-1974	100	12133	8,2	6,6	9,9	213261	23962	8,9	8,9	8,9	0,001
1975-1979	68	12017	5,7	4,3	7,0	221416	26049	8,5	8,5	8,5	0,001

\*Valor p de comparación de la tasa de mortalidad con el periodo inmediatamente anterior

La tasa de mortalidad bruta de la localidad de estudio y para todo el país se presenta en la Figura 18. La tasa disminuye hasta mediados de los años cincuenta y parece volver a disminuir en la década de los sesenta. El análisis de tendencia de las tasas brutas no es sencillo, debido a que no tienen en cuenta la distribución de edad de la población, así que para realizar la comparación de las tasas en las dos regiones debe asumirse que la distribución por grupos etarios es similar y que la variación a lo largo del periodo estudiado ha sido también equivalente.

Otro factor a tener en cuenta en la interpretación de los datos es la influencia de la transición demográfica, ya que es posible que el envejecimiento de la población que va relacionado a la mayor mortalidad, enmascare los efectos de las mejoras en

materias de salud pública que de forma global sí estén produciendo un aumento de la expectativa de vida de la población.

*Figura 18. Tasa de mortalidad bruta por 1000 habitantes en la localidad de Jacinto Aráuz y en Argentina en conjunto.*

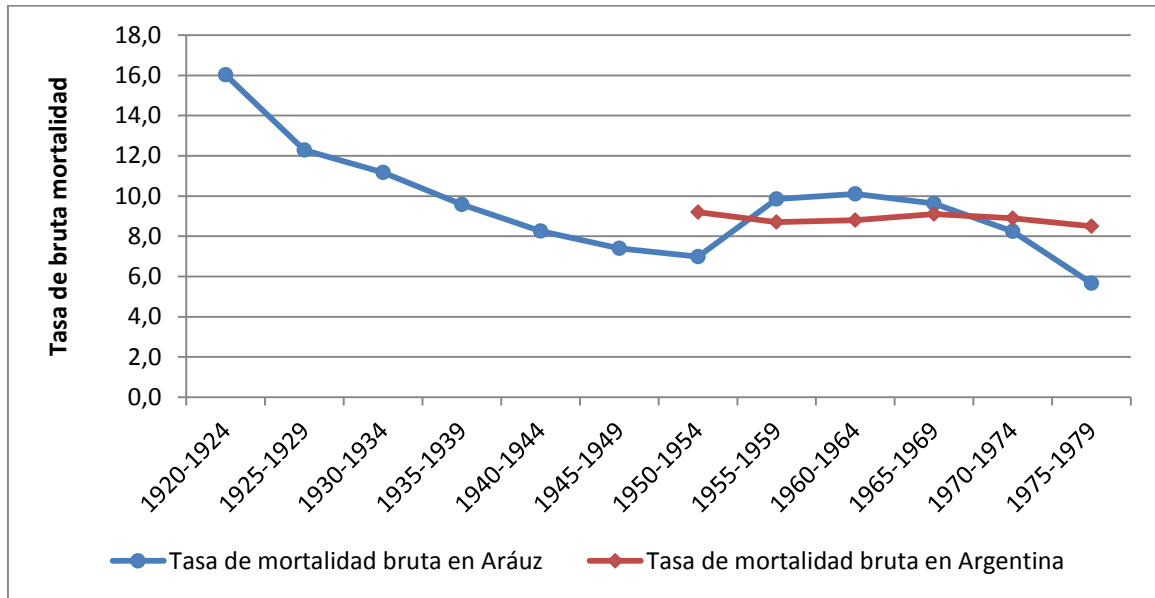
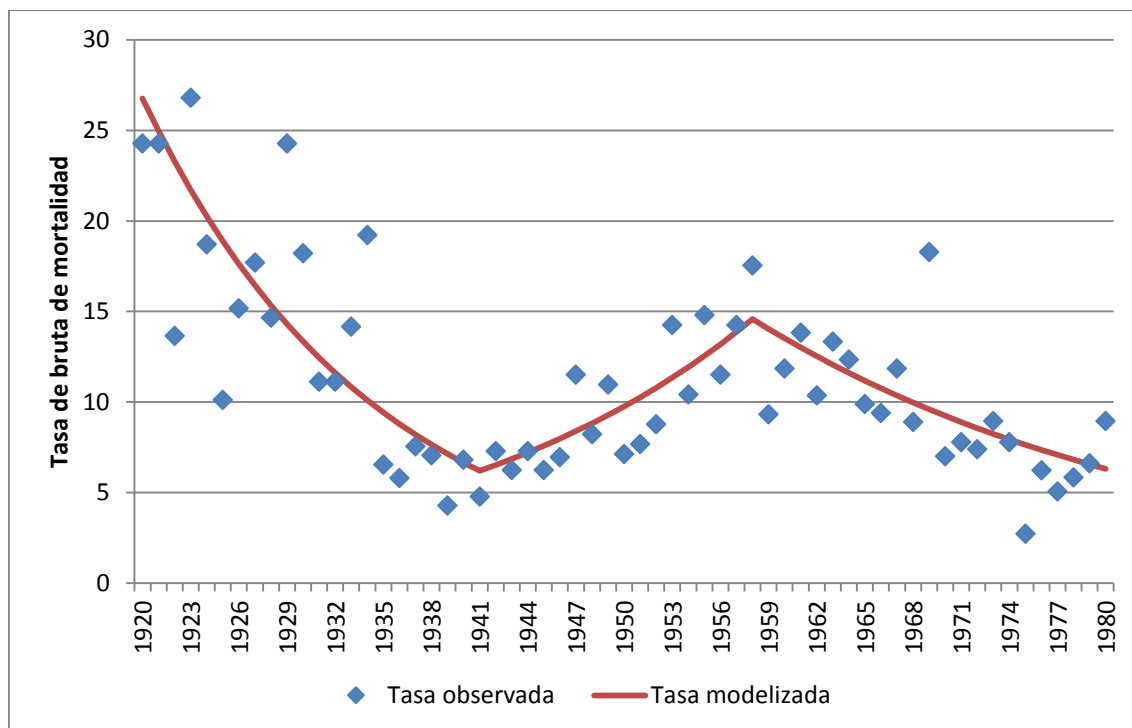


Figura 19. Análisis de tendencia de tasa de mortalidad bruta por 1000 habitantes en Jacinto Aráuz.



En el análisis de tendencia de la tasa de mortalidad bruta de Jacinto Aráuz se observa una disminución anual de 3,1 % (IC-95% : -4,0 a -2,2 ) hasta el año 1951 (IC-95%: 1940-1955), a partir del cual la tendencia cambia de forma significativa ( $p: 0,025$ ) y se estabiliza (Cambio anual porcentual IC-95%: -23,8 a 72,8) hasta el 1955(IC-95%: 1951-1972) y posteriormente la tasa disminuye en 1,6% (IC-95%: -3,0 a -0,1) anual hasta el final de periodo de estudio.

La causa de estos cambios en la tendencia, como se mencionó previamente, no se pueden atribuir a una sola causa. Sin embargo es posible que el periodo de incremento de la mortalidad o estabilización del descenso, no se deban a un incremento real en la población, sino a un artefacto por un cambio o mejora en el sistema de registro de mortalidad.

#### 5.4.5. Conclusión.

La tasa de mortalidad infantil es un buen indicador de salud, del sistema sanitario y del devenir socioeconómico de un país o región. Depende de muchos factores; no excesivamente del sistema sanitario, y menos del ejercicio de un sólo médico. Bien es cierto que Favalaro y su hermano contribuyeron a la mejora de algunos determinantes sociales de la salud en el pueblo.

La tendencia a la baja de la mortalidad total e infantil a lo largo de los años analizados en Jacinto Aráuz está en relativa consonancia con la del país en su conjunto, algo más acentuada si cabe. Los indicadores actuales, por ejemplo, muestran la misma tendencia de La Pampa respecto al conjunto del país, por superior en los indicadores.

Es cierto que se observan algunas débiles señales de que la mortalidad infantil fue menor en el periodo en que Favalaro ejerció en el pueblo, pero éstas no son estadísticamente significativas, por lo que no podemos afirmar con evidencia científica que disminuyera la mortalidad infantil en su periodo y menos que estas diferencias se deban a su labor.



## 5.5. La etapa de Jacinto Aráuz.



*Figura 20. Naves industriales que ocupan la antigua vía del tren por donde llegó Favaloro a Jacinto Aráuz en 1950. Fotografía del autor.*

### 5.5.1. Contextualización.

Gran parte de lo que construyó Favaloro encuentra en su etapa como médico rural en Jacinto Aráuz **sus cimientos**. A esta etapa le debe en gran parte su concepto de la Medicina humanizada y social y la manera en la que un médico se debe relacionar con el paciente.

Con la figura del médico general o de familia siempre pasa lo mismo. **Favaloro pedía que se le recordara como docente y como médico rural**. Todo el mundo invoca la figura del médico de familia como eje del sistema, como base de la atención, todo el mundo ensalza sus valores, lo reivindica. Pero luego todo el mundo huye de él<sup>85</sup>. Las clases altas prefieren el acceso directo al especialista. El 85% de los funcionarios del Estado en España, que pueden elegir entre un sistema

público vertebrado por la atención del médico de familia y un sistema de mutualidades con acceso directo al especialista, eligen éste último<sup>86</sup>. Los médicos también huyen de convertirse en médicos de familia, siendo una de las especialidades más maltratadas en la elección de plaza MIR en España (la última opción, si exceptuamos las especialidades de pago)<sup>87</sup>. No hablemos en Argentina, donde el médico de familia es una cosa de pobres. Donde no hay sitio digno para él en su sistema sanitario, sobre todo en el medio urbano. Veremos al final de la tesis que se equivocan. Los sistemas sanitarios orientados a la Atención Primaria con un médico de familia dirigiendo la atención tienen mejores resultados en salud, son más costoefectivos y generan una mayor satisfacción en el paciente, por atenderse con un mismo médico, cercano humana y geográficamente, que conoce bien al paciente, su historia clínica y su contexto familiar y social.

Así, cuando Favalaro comunica su decisión de irse a Jacinto Aráuz es reprendido por el Dr. D'Amelio, jefe de Sala Quirúrgica: "Espero que tengas mala suerte, vos no naciste para ser médico rural". El propio Favalaro, aunque avisa que espera que se le entienda bien, comenta que cada vez que realizaba una cirugía compleja en el pueblo, pensaba: "Éste no es tu lugar, nunca lo fue. Estás capacitado para empresas mayores. Estás malgastando tu tiempo". Se le entiende perfectamente.

Es como si los **Guiñazú** (matrimonio de estupendos maestros del pueblo, a los que Favalaro alababa y admiraba) estuvieran malgastando su tiempo por ejercer allí cuando por cualificación profesional pudieran estar ejerciendo en la mejor escuela de Buenos Aires o en Estados Unidos. Precisamente estar en ese pueblo era lo que les dignificaba a ellos y a su trabajo aún más. Bien es cierto que si Favalaro se hubiera quedado en el pueblo no hubiera descubierto el bypass.

También yerra, según mi manera de ver las cosas, cuando afirma que el cirujano cardiovascular o el especialista en cuestión debe ser también el médico de familia del paciente. Creo que se equivoca profundamente. Una cosa es el médico de familia<sup>88</sup>, o de cabecera, o general: que atiende al paciente a lo largo del tiempo, que es polivalente, que le atiende en sus patologías más frecuentes y le deriva a otro médico especialista cuando la patología es infrecuente, cuando precisa de una técnica o prueba que él no puede proporcionarle o cuando se escapa a sus competencias, y otra un médico especialista como un cirujano cardiovascular que

le atiende por un proceso muy concreto en el tiempo y maneja tecnología de alta precisión y complejidad. Cuando este proceso está resuelto el paciente vuelve a ser seguido por su médico de familia.

¡En qué sistema sanitario del mundo se ha visto que un especialista hospitalario sea a la vez el médico de familia del paciente! Todos los sistemas sanitarios del mundo desarrollado tienen una cosa en común: todos tienen un sistema fuerte de Atención Primaria.

En Argentina los médicos de Atención Primaria tienen buena presencia y papel en el medio rural, donde a casi nadie le interesa ir a ejercer la Medicina. De ahí que la Atención Primaria parezca ser considerada para cubrir los desechos del sistema.

El concepto de Favaloro sobre la Atención Primaria y el médico de familia es muy pobre y excluyente. ¡Y eso que él lo fue 10 años! Para él, en la comparación clásica, este médico no sería el “director de orquesta” sino el “portero de discoteca”. Es decir, no sería un médico que armonizara el conjunto de los tratamientos y las atenciones que proporcionaban los demás especialistas que veían al paciente, sino que era un filtro que ponía la compañía para regatear al paciente estudios y pruebas. En ese punto es donde se desmonta la Medicina de libre mercado que propiciaba la libre elección de médico que él tanto defendía.

Un médico de familia que cobra un sueldo y que no tiene que rendir cuentas ante ninguna compañía privada ve a los pacientes sin ningún condicionamiento y pide lo que tenga que pedir, lo que el paciente necesite. ¡También hay especialistas que cobran por acto que piden más de la cuenta! Pero para Favaloro este modelo de Atención Primaria con provisión pública **era un modelo “estatizante”** que llevaba a la dejadez y a la vaguería de los profesionales.

En Jacinto Aráuz Favaloro aprende mucho de los pacientes, de la Medicina, de la Argentina y de sí mismo.

### 5.5.2. *Sociología de Jacinto Aráuz.*

Jacinto Aráuz es un pueblo de la Provincia de La Pampa, a 770 km de Buenos Aires. En la década de los 50 se tardaban 3 horas en llegar al centro hospitalario más cercano, en Bahía Blanca. Esto, como es de suponer, hacía que la Medicina primaria que se practicara fuera completamente distinta; la distancia al hospital más cercano es directamente proporcional a la asunción de incertidumbre clínica. A más distancia “te la juegas” más, o en otras palabras, asumes más incertidumbre. La Medicina, y sobre todo la Atención Primaria, son disciplinas probabilísticas.

Jacinto Aráuz se hallaba dividido en dos mitades, ejemplificando la división del mundo. **División Norte-Sur.** La línea del ferrocarril era el ecuador. Por encima de ésta, las instituciones del pueblo, las gentes y casas más pudientes. En el sur, lo contrario. La clínica de Favalaro estaba en el sur. La del otro médico del pueblo, Bianchi, en el norte.

La construcción de Jacinto Aráuz nos sirve para explicar la construcción de la Argentina. Los terratenientes parcelaron las tierras y las vendieron a inmigrantes europeos que vinieron a trabajarlas. Venían en la mayor parte de los casos con derechos adquiridos de sus países de origen, y eso provocó en ocasiones conflictos importantes. “Gallego, así se hizo la Gran América”, me dijeron en el pueblo.

El cereal y el molino harinero eran el motor económico del pueblo en los años 20. Se traía el cereal por ferrocarril desde los campos y luego se colocaba a mano en los almacenes. Los obreros que transportaban las bolsas (bolseros) crearon un sindicato y consiguieron que las bolsas no pesaran más de 70 kg (yo vi una reproducción de una de 70 kg en el pueblo y puedo asegurar que levantar eso debía ser sobrehumano). Cuando la pila ya alcanzaba cierta altura, había que acceder a ella por mediación de unas tablas que colocaban en ángulo, lo que era también muy trabajoso. Entre las mejoras que exigieron los trabajadores estaba la de que las bolsas debían ser transportadas caminando y no al trote, y que se eliminara la figura del capataz de las cuadrillas. Una empresa cerealera contrató a una cuadrilla de Bahía Blanca en sustitución de la del pueblo, que no reclamaba tales condiciones. La cuadrilla de bolseros locales no dejó entrar a la nueva. El subcomisario citó a los bolseros para intentar una mediación, pero en realidad se

trataba de una emboscada. En cuanto los bolseros lo advirtieron comenzaron las hostilidades. Murieron 4 policías y 2 bolseros. La policía se escudó en una versión falsa de los hechos, que hacía parecer a los bolseros culpables y no víctimas. El sobrino del comisario, con el paso de los años, reconoció que su tío le contó que se trató de una emboscada de la policía. Los policías tienen monumento en la plaza del pueblo y reconocimiento oficial. A los bolseros ni los inscribieron en los registros del cementerio. Un modesto monumento construido muy recientemente les recuerda en la actualidad.





*Figuras 21 y 22. Bolseros de Jacinto Aráuz. Data indeterminada. Museo René Favaloro. Jacinto Aráuz.*

El Jacinto Aráuz de Favaloro tenía electricidad solamente hasta las doce de la noche. La usina eléctrica no funcionaba todo el día.

Los pobladores vivían mayoritariamente de la agricultura y de la ganadería. Existía también una importante población flotante que ayudaba en la recolección de la cosecha (changarines, temporeros). Algunas familias adineradas. Y algunos profesionales liberales (plomero, electricista), maestros, policías. **Solían agruparse en comunidades religiosas:** los valdenses, los ruso-alemanes, los judíos y los cristianos. Favaloro siempre destacaba que convivían en singular armonía.

Cuando estuve en el pueblo, y al volver de Jacinto Aráuz para Buenos Aires, tenía que tomar el bus en la entrada del pueblo, que quedaba un poco lejos, así que uno de los chicos de la compañía se ofreció a llevarme en su propio auto hasta allí, desinteresadamente, porque no tenía por qué hacerlo. Esperamos dentro de su coche a que pasara el bus, porque hacía frío, y allí me dijo algo que se me quedó grabado: "Gallego, acá en el pueblo no hay hambre ni villas (misericordia), no es como en Buenos Aires. Acá todo el mundo se ayuda".

### *5.5.3. Medicina Comunitaria y Determinantes Sociales de la Salud.*

Favaloro fue un pionero en practicar Medicina Comunitaria, antes de que ésta se constituyera como una realidad en la Conferencia de Alma Ata (1978)<sup>89</sup>. Aunque no se sabe dónde ni cuándo nació, se especula con Estados Unidos en la década del 60<sup>90</sup>. Ésta consistía en el **conjunto de estrategias, métodos y actividades para mejorar la salud de una población**<sup>91</sup>. Tenemos otros ejemplos memorables de médicos generales que la practicaron en algunas comunidades con gran contribución a la salud de las mismas, como el caso de Julian Tudor Hart en Glyncorwg<sup>92</sup>, médico inglés que enunció la **Ley de Cuidados Inversos** en 1971 y que se cumplía perfectamente en el Jacinto Aráuz de Favaloro y quizás en la Argentina entera hoy: "La disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida. Esto se cumple más intensamente donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado, y menos donde la exposición esté reducida", es decir, los que menos atención sanitaria precisan reciben más servicios sanitarios (la clase alta y



urbana), por supuesto gran parte de ellos innecesarios (lo innecesario en Medicina es peligroso)<sup>93</sup>, y la clase baja que es la que más necesita del sistema sanitario recibe menos. Esto se amplifica cuando el sistema de salud tiende a ser privado, bien en provisión, bien en financiación, y se minimiza si el sistema de salud es público de provisión pública, ya que esto tiende a disminuir las desigualdades y a aumentar la equidad. La Medicina general o Atención Primaria es una forma de luchar contra la Ley de cuidados inversos.

Respecto a los **Determinantes Sociales de la Salud**, ahora está de moda entre los círculos sanitarios hablar de eso pero antes era un campo no muy explorado y conocido, así que tiene más mérito si cabe aún haberlo desarrollado.

Entendemos por Determinantes Sociales de la Salud “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”<sup>94</sup>.

Las Desigualdades Sociales en Salud tienen su origen en “las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad. Hacen referencia a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas de distinta clase social, género, etnia o territorio, de forma que los colectivos más desfavorecidos presentan peor salud que el resto.

Por lo tanto, el concepto de las desigualdades en la salud tiene también una dimensión moral y ética. Hace referencia a diferencias en salud que son innecesarias y evitables y que, además, son injustas e intolerables. Alcanzar la equidad en salud comportaría que idealmente todo el mundo tuviera una oportunidad justa de tener el máximo desarrollo posible de su salud.

En la mayoría de países del mundo, se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud siendo la población menos favorecida la que presenta peor salud.

Las desigualdades en salud son enormes, causando en muchos casos un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al que causan la mayoría de factores de riesgo

de enfermar conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas. También es necesario tener presente que la evidencia científica existente señala cómo las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas”<sup>95</sup>.

Es decir, que la salud no depende tanto como se piensa del sistema sanitario. Esto ya lo demostró **Lalonde** en 1974. Depende más de que la gente viva en una vivienda digna, con calefacción en invierno que pueda pagar, que tengan un trabajo digno, que dispongan de luz eléctrica, agua del grifo que se pueda beber, alcantarillado, que no haya inseguridad en las calles, que la gente tenga dinero y tiempo para comer adecuadamente y que haya democracia y paz.

#### *5.5.4. Juan José, el hermano de Favaloro.*

Favaloro sentía por su hermano un cariño y un amor infinitos. Hace pocas referencias a Juan José cuando describe su infancia y su vida en casa, su adolescencia e incluso su carrera universitaria, teniendo en cuenta además que su hermano estudia también Medicina. Este hecho me llama la atención, más que nada teniendo en cuenta lo detallista descriptivamente que era Favaloro con todo y la gran importancia que le daba a los afectos y a los sentimientos. Se me ocurre que probablemente fuera por preservar la persona de Juan José (sobre todo después de fallecido) de la notoriedad de Favaloro; por proteger la vida íntima y familiar del conocimiento público y por el dolor de su recuerdo.

Juan José poseía una **habilidad manual** importante, marca de la casa también, herencia de su padre y de la carpintería. Arreglaba cosas fácilmente, era un manitas. Se destacó en la Facultad de Medicina en el campo de la disección.

Como ya he comentado, Juan José pierde una pierna en un atropello y ésta es sustituida por una prótesis. Realizó modificaciones en la prótesis con espíritu de mecánico y la adaptó a sus preferencias y necesidades.

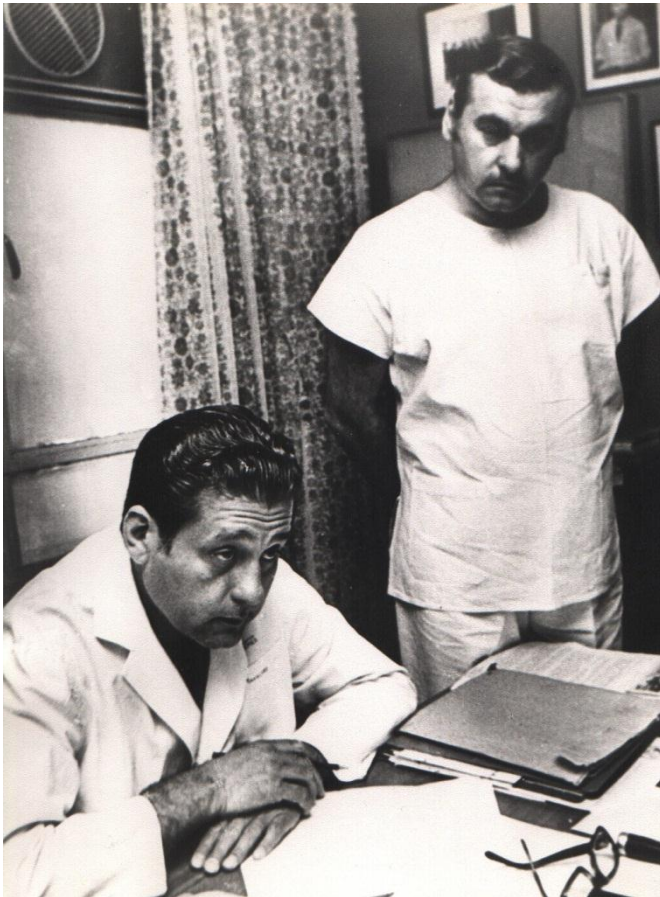
Dora, la enfermera de Jacinto Aráuz, me contó que Favaloro iba siempre detrás de Juan José, por si se caía. Personalmente pienso que es posible que no siempre fuera así, pero este detalle observado da idea de la preocupación y el cariño de Favaloro por su hermano.

Favaloro toma la clínica en solitario, y su buen hacer y disposición a atender a todos los pacientes hace que la carga de trabajo aumente rápidamente, por lo que la incorporación de Juan José se torna muy necesaria. Le había ido informando de sus progresos en Aráuz y había despertado su deseo de acompañarle en su tarea profesional.

En el área quirúrgica mostraba inclinación por la ortopedia y traumatología. Y también tenía especial habilidad con los quemados.

“Tenía especial predilección por los pacientes pobres”, escribe Favaloro.

Juan José falleció en 1976 debido a un accidente de tráfico. Dice **Boullon** que fue atropellado por un camión policial blindado “en una de esas épocas dudosas de nuestra historia”, escribe. Secundario al atropello y al encamamiento pertinente hizo una tromboembolia pulmonar. Dejó esposa y cuatro hijos. De alguna manera, Favaloro, que no tuvo hijos, fue un padre para ellos. Dos de ellos médicos, Liliana y Roberto. Cardióloga la primera y cirujano cardiovascular el segundo. También importantes en esta historia. Todo a su debido tiempo.



*Figura 23. Mítica, conocida y difundida fotografía pero no por ello menos bella y significativa. Favaloro y Juan José en la consulta de Aráuz. Esta fotografía se encontraba (y se encuentra) enmarcada en un cuadro en el despacho de Favaloro en la Fundación. Archivo Fundación Favaloro.*

#### 5.5.5. La organización de la consulta.

En la Atención Primaria de aquellos tiempos el médico tenía que hacer de todo. Y Favaloro hacía más que de todo. Sabemos que una de las características del Médico de Familia es la **polivalencia**: dar respuestas a numerosas patologías y problemas de los pacientes, en muy diferentes áreas.

Luego están los terrenos que mayormente se trabajan en la Atención Primaria argentina, que es una Medicina para pobres: obstetricia (altas tasas de embarazos no deseados y de embarazos adolescentes, productos de la deficiente educación, de las escasas perspectivas de vida y de la pobreza fundamentalmente. También de la

ausencia de fácil y barato acceso a métodos anticonceptivos, alcoholismo, violencia, machismo, ausencia de una ley del aborto garantista, barreras de la clase baja al sistema sanitario e inexistencia de ayudas sociales. Es decir: fracaso de la sociedad y de las clases dirigentes. En la memoria de mi rotación en Bariloche buceo en esta problemática. Resulta muy interesante la disquisición de las causas. Según me decían allí, una de las cosas que más incentivan a la mamá adolescente es la adquisición de un rol por medio de la maternidad, en esa sociedad en la que hasta el momento no era nada ni nadie ni iba a serlo en el futuro en aquel poblado). Consecuentemente pediatría. Traumatología de urgencia. Accidentes propios de la cosecha. Cirugía menor.

Se salía a los domicilios con frecuencia, normalmente en medio del campo, bastante lejos. Los vehículos para desplazarse (sulkys), las distancias y el estado de los caminos hacían más difícil la tarea.

A Favalaro como era de prever le atacó el fantasma tan propio de los médicos de familia rurales de verse atado de pies y manos por contar con **pocos recursos** para resolver las situaciones, allá aislado en medio de La Pampa. Él sabía que a la paciente que acababa de morir en sus manos le podría haber salvado la vida si hubieran estado en otro lugar donde dispusiera de medios.

Pensamientos como éste le hicieron recapacitar para querer aumentar las competencias de la clínica y la cartera de servicios que ofrecía a los pacientes.

Este deseo de progresar, junto al aumento de presión asistencial hizo que fuera concibiendo un **centro asistencial de mayor envergadura**.

Después del fallecimiento de Rachou, Favalaro decide convertir la casa en la que vivía hasta entonces en clínica y comprar otra casa como vivienda. Hace aquí una buena jugada. Ya he comentado que el pueblo estaba polarizado en la parte norte (donde estaban los servicios de la municipalidad, todo lo institucional y donde vivía la clase alta) y la sur, donde vivía la clase baja. Esta disposición es común aún en nuestros días y en ciudades como Madrid podemos observarla todavía de alguna manera a nivel macroestructural<sup>96</sup>. Favalaro logra de este modo ocupar la parte sur con la clínica y la norte con la vivienda; así huía de posibles animadversiones. Parece tontería, pero estas cosas en la época y en el ambiente

rural eran importantes, sobre todo si se aspiraba a tener una posición influyente en la comunidad.

Para realizar estos emprendimientos cuenta con la ayuda inestimable de un mecenas: **Pedro Grand**. A lo largo de su carrera y de su vida siempre hubo alguien que entendió sus proyectos, la pureza de sus intenciones; tuviera más o menos suerte o diseñara con más o menos acierto le ayudaron económicamente. El Pedro Grand de Jacinto Aráuz es el **Ángel Peco** de la Argentina.

Fue armando poco a poco las instalaciones. Su padre le construyó muchas cosas en la carpintería, como un escritorio, una silla para el médico, dos sillas para los pacientes, una vitrina, dos sillones, sofá, mesita y perchero para la sala de espera.

Un tío materno le construyó en la herrería la camilla de exploración, que se podía adaptar para la exploración ginecológica. Rachou le había cedido el material obstétrico.

Cuando se incorporó su hermano Juan José compraron una mesa ortopédica para la cirugía traumatológica.

Pedro Grand le hizo reformas de interior y exterior. Compraron unas camas de hierro que todavía se conservan. **Bautista Riolfo** realizó la instalación de luz y los timbres para que los enfermos pudieran llamar.



*Figura 24. Timbres de llamada. Se conserva aún en la clínica el sistema de llamados de los pacientes. Cuando un paciente llamaba se encendía la luz de debajo del número de cama. Fotografía del autor.*



*Figura 25. Se conservan y se usan aún las camas y los pies de gotero de la época. Fotografía del autor.*





*Figuras 26 y 27. Se conservan aún las vitrinas y estanterías de la época. Ésta y la siguiente. Fotografías del autor.*



Después de incorporar los quirófanos, la actividad creció tanto que realizaron una ampliación a la clínica previo acuerdo económico con Grand.

Añadió, por tanto, servicio de internación. Una clínica rural con posibilidad de ingreso. Impresionante; y más para la época y para un médico de pueblo.



*Figura 28. Placa original de la clínica de los Favaloro en Jacinto Aráuz, que se conserva en su lugar original, hoy ocupada por la clínica del Dr. Zabala. Fotografía del autor.*



*Figura 29. Pasillo con el suelo original. Fotografía del autor.*

Estas son las peculiaridades de la desregulación y liberalización del sistema sanitario argentino de aquellos años, para lo bueno y para lo malo: un médico podía hacer (casi) lo que le diera la gana.

Como respuesta a la escasez de medios y a la impotencia de no poder atender a los pacientes integralmente y depender continuamente de la derivación a la gran ciudad, Favaloro realizó dos incorporaciones de envergadura, la cirugía y la prestación del radiodiagnóstico.

En todo este proceso de evaluación del proyecto, de examen de las condiciones de la electricidad local y de la adaptación al nuevo aparato fue fundamental la ayuda de Bautista Riolfo, el electricista del pueblo, que era un verdadero manitas y un verdadero conocedor de su oficio a la par que humilde trabajador.

Favaloro gustaba de meterse también a operario y diseñar instrumental propio, como por ejemplo un arco de la mesa de operaciones. Este espíritu inventor e innovador siempre le caracterizó y marcó fuertemente también su etapa como posterior cirujano cardiovascular. Las mesas de instrumental quirúrgico las diseñó y construyó junto al carpintero del pueblo.

Favaloro se atrevía con mucho en cirugía, y a los ojos actuales de un europeo resulta increíble lo que pudo hacer allí.

Favaloro creía que había ganado el crédito de la población con su trabajo dedicado y responsable, además de continuo, y temía perderlo por tener malos resultados quirúrgicos, así que se esmeró lo más posible. Dos apendicectomías le sirvieron para debutar.

La clínica de los Favaloro se había hecho tan popular que alguien puso un autobús que hacía la ruta por los pueblos cercanos (y no tan cercanos) para acercar a los pacientes hasta Jacinto Aráuz.

#### *5.5.6. Sistemas de pago en la consulta de Jacinto Aráuz<sup>97</sup>.*

Favaloro usó sistemas muy rudimentarios de pago en la consulta de Aráuz: el denominado “pago por acto”. Los pacientes pagaban por consulta o por intervención quirúrgica o por internación.

La gestión del pago en la consulta de Favaloro de aquellos años contaba con algunas peculiaridades. Se hacía en dinero o en especies, común de aquellos tiempos en las regiones rurales. Pagos en productos de las huertas, animales, comida, etc... Estos regalos se hacían en ocasiones como pago, en otras como “propinas”. Otras veces no se pagaba y Favaloro lo aceptaba. En otros casos se pagaba con demora.

Las cosechas eran importantes determinantes de las economías familiares y lo que no se podía pagar en un mal año podía ser subsanado al siguiente, si el año era bueno.

Favaloro aprendió ya desde sus tiempos en Jacinto Aráuz lo que significaba el endeudamiento. Lo sabría todavía mejor en Buenos Aires, a su regreso de la Cleveland.

En la manera en la que trabajaba, los riesgos financieros los asumía todos él, sin compartirlos. Se echaba toda la carga a la espalda. Esta circunstancia se maximizaba en el contexto de la ausencia de un Estado efectista en materia sanitaria. Aun siendo consciente de la mala situación económica de las familias hubiera sido deseable una distribución (aunque fuera progresiva, esto es, proporcional a la capacidad de cada uno) de los riesgos financieros de la prestación de la asistencia sanitaria. Pero Favaloro no compartía con los pacientes los riesgos de las inversiones, ni tampoco hacía pagar al paciente en la factura del servicio la asunción de sus propios riesgos; sus honorarios siempre fueron modestos.

“Se puede suponer un modelo de mercado ideal en el cual no existirían entidades aseguradoras (como prepagos, mutuales, u Obras Sociales) y las personas se proveerían de asistencia médica directamente en el mercado a través del desembolso directo. La probabilidad de enfermar representaría un riesgo económico que, en este caso, asumiría integralmente el enfermo. Es decir, cuando un individuo se enferma él mismo debería hacerse cargo de financiar su asistencia

médica. Las diferentes modalidades de seguros buscaron alternativas para evitar esta encrucijada por la cual la mayoría de los enfermos eran sentenciados a la pobreza”<sup>98</sup>.

Dice **Lain Entralgo**, no sospechoso marxista sino falangista de cuño que “la colectivización más o menos socializada de la asistencia del enfermo es un hecho irreversible en la historia de la humanidad”.

Ni en el caso más claro en el sistema sanitario de transferencia de riesgos al paciente (cuando el Estado no interviene) Favaloro se los transfirió, sino que se los quedó para él.

Pecó aquí y en la gestión de la Fundación de “hermanita de la caridad”. En Jacinto Aráuz le salió más o menos bien, pues ahorró dinero con el que poder viajar a Estados Unidos. A pesar de esta filosofía gerenciadora, a él siempre le gustó más ser emprendedor que asalariado.

El **pago por acto** es un sistema de pago inadecuado y arcaico. Sus ventajas son: aumenta el rendimiento médico, es útil en los actos costoefectivos, a mayor trabajo mayor remuneración (importante incentivo económico para el médico), libre elección por parte del usuario y estimulación de la competencia profesional. Sus desventajas son: induce demanda y sobreutilización inadecuada, dispara los costes, puede favorecer la aplicación de tecnología innecesariamente, enfatiza la cantidad más que la calidad, compleja administración, no tiene en cuenta la distinta capacidad de pago de los pacientes, apunta a la atención y no a la prevención, favorece la acción más que la observación (delicado asunto en Atención Primaria) e incentiva la distribución desigual de la oferta médica ya que habrá concentración en actividades que permitan rentas mayores.

Bien es cierto que la honradez extrema de Favaloro de la que creo que nadie puede dudar limaba un poco las imperfecciones del pago por acto.

En España en los años 50, en plena dictadura franquista, se fueron desarrollando algunas formas de pago más razonables, que eximían al paciente de bancarrota en caso de enfermedad; “no por voluntad del régimen, sino por inercia”<sup>99</sup>. Era la iguala (aunque ésta realmente ya existía a finales del siglo XIX en España), una cantidad

que cada familia pagaba al médico al mes para asegurar sus servicios las 24 horas cuando se presentara la enfermedad. Este forma de pago “igualaba” a todos los pacientes, así no solamente la clase alta podía atenderse cuando lo necesitara. Ni esa forma embrionaria de pago fue adoptada por Favaloro en el pueblo. ¡Y qué fácil y productiva hubiera sido para él, para la clínica y para los pacientes!

En los medios en los que el Estado se introduce como financiador, el concepto “igualada” puede ser dividido en el “pago por salario” en el que al médico se le paga un salario fijo por su actividad o en el “pago por capitación” en el que el médico cobra dependiendo de cuántas personas tengan circunscritas a él la atención sanitaria.

Favaloro critica el pago por salario en el contexto de la provisión pública de servicios sanitarios, que funciona perfectamente en países como España, Portugal, Finlandia y la región rural griega<sup>100</sup>.

Dice que “en los sistemas totalmente estatizantes donde ponen al médico a sueldo, lo he visto en el mundo, en general funcionan muy mal, porque de cada cien médicos, habrá veinte que puedan trabajar, tienen alma de médico y éstos trabajan igual en Rusia, Japón o donde sea, pero el resto, cuando los ponen a sueldo –en general muy insuficiente-, cumplen su horario de trabajo, no tienen incentivo y la cosa no anda”. Palpable y grave prueba de desconocimiento del gerenciamiento sanitario, al poder comparar los costes y los resultados en salud de esos sistemas con otros.

Otro sistema de pago a parte del pago por acto es un pago de salario con incentivos, típico de los sistemas sanitarios orientados al mercado. Sobre este último reflexiona **Jordi Valera** citando a **Duvefelt**, un médico de familia sueco:

““Estamos escuchando ahora que los médicos deberían ser retribuidos de acuerdo con los resultados clínicos que obtengan con su trabajo y, naturalmente, cuando se dice esto no se piensa en parámetros como el control de la tensión arterial o de las glucemias, sino en muertes, ictus, infartos, amputaciones, infecciones hospitalarias, etc. Pero, mi pregunta es: ¿Cómo se mide el grado de implicación del enfermo ahora que de ello se habla tanto? ¿Debo cobrar menos si *mi* diabético va mal, a pesar de que mi trabajo haya sido el apropiado? ¿Este modelo no nos conduciría a



la selección de pacientes?"

Si leen el post no se pierdan las comparaciones que el Dr. Duvefelt hace con otros sectores: "¿A alguien se le ocurre que los bomberos cobren menos si el fuego arrasa por completo una casa? ¿O que un inspector no cobre si el crimen que investiga quede sin resolver? ¿O que un militar tenga un recorte de sueldo cuando pierda una batalla? Y ahora imaginemos que -continúa-, a pesar de estar en contra, llegados al caso, se tuvieran que medir los resultados en salud. Cuando un paciente deba ser reingresado, ¿cómo se averiguará cuál de los diversos proveedores de servicios ha fallado? ¿Y si la recaída de un bronquítico crónico no se debe a ningún error de ningún médico o enfermera sino a una entrada de aire frío? ¿Qué clase de burocracia se deberá poner en marcha para medir todo esto?"

Ante tantas dudas éticas y profesionales sobre la implantación de un modelo de pago a los profesionales basado en resultados clínicos, el Dr. Duvefelt propone centrarse en los aspectos básicos: un salario honesto para un trabajo honesto".

Dice **Juan Carlos Monedero** sobre los incentivos: "¿Es justo ofrecer incentivos económicos para que la gente sea más diligente y productiva? ¿No genera esa desigualdad desconfianza en la vida social? No hay problema, nos diría Rawls -y asentirían la directora o el director del Fondo Monetario Internacional-, porque el resultado final beneficia al conjunto de la sociedad. La gente decente, sin embargo, se rasca la cabeza. Parece evidente que en este caso desaparece la voluntad espontánea de hacer bien las cosas, aunque esa voluntad también beneficia a la sociedad en su conjunto. ¿Estamos aceptando sobornos para hacer lo que debemos? ¿Sin recompensa no hay comportamiento decente?"

El liberalismo y los mercados ideales en el sistema sanitario, además de ser una quimera, no conviene ponerlos en marcha en países con tendencias corruptas en el aparato o en países con tendencia a concentrar los mercados en oligopolios, modelos de capital riesgo en el que las ganancias son disfrutadas por las Juntas de Accionistas y las pérdidas son socializadas por el "Papá Estado", por el "Ogro filantrópico"<sup>101</sup> que a su vez critican; lo que viene siendo el llamado el "capitalismo de amiguetes".

De hecho la diferencia entre liberalismo y neoliberalismo es que en el primer caso se aboga por un adelgazamiento del Estado para favorecer la iniciativa privada y en el segundo se aprovecha el aparato del Estado para favorecer a según qué inversores privados.

También es cierto que un Estado que roba en un modelo de provisión privada también lo hace en uno de provisión pública.

Favaloro, por ejemplo, como comentaremos más adelante en profundidad es partidario de la libre elección de médico, lo que fragmentaría el sistema a la manera de un sistema liberal de libre competencia. Interrogado sobre las zonas marginales (y rurales, geográficamente remotas) dice: “Bueno, en los lugares en los que haya poca gente habrá que buscar apoyo especial del Estado”. Para lo rentable la empresa, para lo deficitario el Estado. Así siempre gana la empresa. El liberalismo de capital riesgo pero sin riesgo para el capital.

La libre elección de médico vuela por los aires los conceptos de Zona Básica de Salud y Área de Salud, el concepto de Atención Primaria, el concepto de Medicina Comunitaria... Según este principio de libre competencia “no existiría la sociedad, sino solamente los individuos y las familias”, Margaret Thatcher dixit.

También es cierto que las opiniones de Favaloro deben ser enmarcadas en la época y en el contexto, hay que tener en cuenta que era una figura pública y que los demás estaban atentos a lo que él dijera, sus palabras era analizadas y juzgadas al milímetro. Cuenta Boullon que en general en el servicio del Güemes había una hegemonía de ideas acerca de la Medicina colectivista y redistributiva europea. Favaloro concedió una entrevista en 1973 expresando las mismas y sufrió persecución y amenaza por los militares a él y a su mujer, de lo que se derivó su silencio.

A estos modelos de pago se añaden mezclas entre ellos: salario + pago por acto, pago por acto con techos (límites) individuales y pago por acto con techos grupales (en este caso el techo es un límite de ganancia para el médico).

Cuando entra el Estado en juego hay más modos de pago, pero no nos ocupa en el caso de Jacinto Aráuz; más adelante sí.

#### *5.5.7. Favaloro visto por los pacientes.*

Me entrevisté con uno de los pocos pacientes de Favaloro que aún viven y que viven en el pueblo, **Raúl Viñas**. Le pregunté que qué hacía Favaloro en su tiempo libre. “Favaloro no tenía tiempo libre”, me contestó. Le operó de apendicitis, recuerda, y me enseña la cicatriz. Decía que siempre estaba aspirando a más, y que era humilde. Que sabía adaptarse a la cultura del paciente. “Sabía entender muy bien la manera de pensar del paciente, y eso era muy importante”. Comentaba que si hubiera pasado la gorra por Jacinto Aráuz cuando sus problemas en Buenos Aires con la Fundación la gente le hubiera ayudado. Que era un romántico. “Como yo”, decía.

Cuenta Dora la enfermera que cuando los Favaloro llegaron a Aráuz no tenían plata, venían con una mano delante y la otra detrás. Que era una persona muy humilde: “Favaloro andaba con los zapatos gastados”.

Comentaba Dora que los Favaloro eran muy buenos. Y que se portaban muy bien con ellas. Ella pensaba que eso era lo normal, pero cuando se fueron y vinieron otros médicos se dieron cuenta de que no. “Los Favaloro nunca nos dijeron malas palabras”.



Figura 30. Mural sobre pared en Jacinto Aráuz. Fotografía del autor.

#### 5.5.8. Despedida.

Una vez que los Favaloro hubieron anunciado su marcha, en el verano de 1961 el alcalde y una comisión reunida para tal evento organizaron en el pueblo un acto de despedida en el que involucraron a toda la población.

Les mandaron una carta a los hermanos para comunicarles su intención y las características que tendría el encuentro, y Favaloro, en su carta de acuse de recibo escribe de vuelta: “No puedo defraudarlos, si mi hermano me hubiera avisado a su debido tiempo les hubiera suplicado no hicieran nada, no está en mi manera de ser ni de ver las cosas el aceptar homenajes; creo que he cumplido con mi deber, únicamente con mi deber durante esos once años de mi entrada a Jacinto Aráuz. No obstante, y frente a todo lo que ustedes han realizado sacaré fuerzas y concurriré”.

El acto, según la prensa de la época, tuvo lugar en el salón de la Sociedad Española. Todos los comercios del pueblo cerraron a las 16.30 para facilitar la asistencia, que

fue de unas 1000 personas. Les entregaron ramos de flores, pergaminos y placas conmemorativas. Se les rindió homenajes con números artísticos en forma de coros y bailes. El acto se cerró con las palabras de Favaloro y Juan José.



*Figura 31. Acto de despedida en Jacinto Aráuz. Favaloro con gesto serio. A su lado, su hermano Juan José. Archivo Fundación Favaloro.*



*Figura 32. Habla Favaloro en el acto de despedida. Museo René Favaloro. Jacinto Aráuz.*



*Figura 33. Entenece pensar en el gesto de conservar esta servilleta de papel de aquella despedida, como un fetiche. 55 años después está en perfecto estado. Fotografía del autor.*

### 5.5.9. El regreso de Favaloro a Aráuz.

Favaloro volvió solamente dos veces a Jacinto Aráuz, al menos en visita “pública”, que se sepa.

En una ocasión con motivo del funeral por el fallecimiento de un familiar, sin avisar, de incógnito.

La segunda vez fue con motivo de la celebración de los 100 años de la fundación del pueblo, en 1989. Acudió solo y el acto se celebró en una carpa que quedaba muy cerca de la clínica. Favaloro no entró a visitar la clínica, lo que provocó extrañeza entre los asistentes y los paisanos. En realidad a él no le gustaban los actos de despedida, por eso tampoco quería el acto de homenaje en la Sociedad Española. Habría roto a llorar irremediabilmente.



*Figura 34. Intervención de Favaloro en el 100º aniversario de la fundación de Jacinto Aráuz. Fotografía del Museo René Favaloro. Jacinto Aráuz.*



Todos los fines de etapa de la vida adulta de Favalaro tienen dos denominadores comunes. Un intento de despedida a la francesa (sin ser visto, por la puerta de atrás) y una carta. Impresiona y emociona leer las cartas de Favalaro. Las de la vuelta de Cleveland a la Argentina y su carta de despedida de la vida se han hecho públicas, todo el mundo las conoce y fueron escritas para tal propósito. La de Jacinto Aráuz aunque no es una carta escrita para tal fin, resume muy bien y pone un broche final, es una carta no publicada y no muy conocida, que cuelga de una de las paredes del museo René Favalaro de Jacinto Aráuz. Ejemplifica a la perfección quién fue y cómo pensaba su autor. Dice así:

“Buenos Aires 23 de Marzo de 1983.

Señor Intendente de Jacinto Aráuz, D. Néstor D. Rostan, Moreno 199, Jacinto Aráuz

Estimado Néstor:

He pensado en profundidad este fin de semana sobre mi ida a Aráuz para inaugurar el comedor escolar en la casa que hemos donado a ese pueblo en nombre de Juan José.

Siempre tengo que concluir, después de mucho meditar, que se me hace muy difícil el estar presente en un acto al que, a mi entender, quiere dársele demasiada trascendencia. El haber donado en total acuerdo con mi mujer, mi cuñada y los hijos de Juan José esa casa es un hecho pequeño y sin importancia desde el punto de vista social. El querer enmarcarlo en un acto de tremenda magnitud con la asistencia de cientos de personas, quizá de autoridades provinciales, quizá con la presencia de innumerables periodistas que están siempre a la espera de cosas como éstas, desvirtuaría lo que realmente Juan José representó para esa comunidad, lo que hizo en toda su vida de médico y lo que hizo en toda su vida familiar.

Juan José fue un hombre sencillo que se dedicó con toda su alma a la Medicina y la inmensa mayoría de su tiempo a la gente humilde, no sólo allí en Aráuz sino después en sus años de práctica en La Plata y aquí, a mi lado, en Buenos Aires. Y así debe ser el acto, un acto sencillo, sin darle tanta trascendencia porque, insisto, es

muy poco lo que se ha donado para hacer de ello algo que no estaría de acuerdo con las ideas que hemos tenido siempre.

Yo he tenido, tengo y tendré un compromiso con Aráuz en el fondo de mi alma y quiero contribuir mensualmente con una cantidad fija, adecuada para el correcto funcionamiento del comedor escolar que, me imagino, estará dedicado fundamentalmente a los niños pampeanos de menores recursos. Exigiré, como única condición, que esa contribución mensual permanezca absolutamente en el anonimato.

Realizo muchas cosas desde el punto de vista social y trato de ayudar a todos los que están a mí alrededor. Estas se encuentran en el fondo de mis silencios que son míos y no quiero compartir con nadie. No quiero hacer demagogia, de la que estoy cansado.

Todo lo anterior y mi manera de ser hacen que haya decidido no estar presente en esa ceremonia. He nacido, quizá, con demasiada sensibilidad y aquellos que son demasiado sensibles pasan su vida sufriendo. No sé si tendré una imagen diferente ante la gente. Yo he sufrido más de que he gozado a través de mi paso por la vida. Durante el acto lloraré y lloraré frente a centenares de personas, sin pronunciar una sola palabra. Estoy seguro de que la familia de Juan José y quizá mi madre estarán presentes; es posible que les envíe un pequeño mensaje para ser leído.

Ojalá todos los de Jacinto Aráuz sepan comprender mis sentimientos. No me canso de repetir en forma oral y escrita que los años más trascendentes de mi vida los pasé allí en esa pequeña población de La Pampa. Allí completé mi formación humanística y agradezco a Dios y al destino que hay podido participar de toda esa actividad con esa gente que está siempre en mi recuerdo.

No tengo la menor duda de que algún día apareceré por Jacinto Aráuz, sin aviso y en silencio recorreré sus calles y sus casas que con toda seguridad serán distintas de aquellas que conservo en mi retina. Espero que me hayas comprendido.

Cordialmente”.

## 5.6. La cultura del esfuerzo en Favaloro.

Favaloro trabajó muy duro. Fue una constante en todas sus etapas vitales (constante vital). Durante la escuela ayudaba en las vacaciones a su padre en la carpintería. En la facultad, como ya he comentado, completaba sus clases con aprendizaje quirúrgico fuera de horario. Cuando en cursos más avanzados ya tenía prácticas en el hospital, regresaba por las tardes para ver a los pacientes y conversar con ellos. Durante el internado vivía prácticamente en el hospital. Aun así, hacía las guardias de compañeros que quedaban libres si éstos no podían o si debían ausentarse por cualquier otra circunstancia. Durante su periplo como médico rural en Jacinto Aráuz pasaba consulta, atendía domicilios, hacía cirugía, ingresaba pacientes y se ocupaba de ir viendo su evolución posterior, acudía a las urgencias... y estaba disponible prácticamente las 24 horas del día, todos los días del año. En Cleveland, al final de su jornada, acudía al sótano al servicio de Mason Sones (B10 lo llamaban) a revisar por su cuenta coronariografías y a plantearle sus dudas a él o a Shirley, su ayudante, si las hubiere. O iba a la biblioteca de la institución a leer revistas o libros de Cirugía Cardiovascular. Los fines de semana, sobre todo los primeros años, tenía que estudiar para ir aprobando sus exámenes americanos. El primero que supera en el primer año de estar en la clínica no dice cuál es pero se deduce que es el National Board, y después el que le acredita para ejercer de pleno derecho como cirujano cardiovascular en Estados Unidos: el State Board. Aprobó además en dos estados: Virginia y Nueva York, ambos con reciprocidad con Ohio. En vacaciones solía realizar pasantías por otros servicios de la clínica o por otros hospitales estadounidenses para rotar con alguna figura de la Cirugía Cardiovascular del momento.

Este ritmo de trabajo lo mantuvo intensamente también en su etapa argentina.

Para facilitar esta tarea Favaloro siempre procuró **vivir cerca del centro de trabajo**, y mantuvo este hecho como seña de identidad. En La Plata vivía a varias cuadras del Policlínico, en Jacinto Aráuz comenzó viviendo en la casa adyacente a la propia clínica primero, y luego compró una casa cerca. En Cleveland vivió al principio en un hotel, luego en el hotel-apartamento que he relatado anteriormente y después en un apartamento, siempre muy cerca de la clínica. Vivía en este último

apartamento que digo cuando era Jefe de Residentes. Sus residentes tenían orden de llamarle durante las guardias si acontecía alguna complicación de envergadura, como por ejemplo, un paro cardíaco. Esto Favalaro lo hacía porque quería, no era su obligación. En la Unidad de Cuidados Intensivos (2ª planta) tenían orden de llamar a la vez al residente (que dormía en la 8ª planta) y a él, que dormía en su casa, enfrente del Hospital. Favalaro dormía con el pijama quirúrgico puesto, esto da una idea de la entrega del personaje a la causa. Cuando había emergencia y llamadas, Favalaro llegaba en ocasiones antes que los residentes a la cabecera del paciente.

Más adelante, cuando aprobó el State Board y le hicieron “Staff” ya se mudó a una casa unifamiliar con todas las comodidades y con jardín y huerto, lejos del hospital.

Durante su etapa argentina también trabajó con mucha intensidad. Ahí ya no era un “asalariado”, sino que era el constructor sobre el que se edificó todo un proyecto, con la ayuda de un equipo de colaboradores.

A lo largo de su obra insiste recurrentemente en que nada se consigue sin esfuerzo, criticando el facilismo de la juventud que quiere que se lo den todo hecho y que no conoce el sacrificio. Favalaro aprendió este espíritu en su hogar humilde, en los primeros años de su vida. Y todo lo que aprendió en esas primeras décadas y las personas por las que fue influido: su familia, sus profesores y las enseñanzas de éstos, las llevó grabadas a fuego durante toda su vida y nunca dejó de invocarlas.

### **5.7. La mitificación de los orígenes de René Favalaro.**

Favalaro decía que había tenido 5 o 6 suertes en su vida. Una de ellas había sido haber crecido en un hogar humilde.

La trascendencia social y médica de Favalaro estriba, entre otras cosas, en la capacidad de narrar historias, de emocionar y de llegar al corazón de la gente, nunca mejor dicho, dada su condición de cirujano cardiovascular.

Parte importante de este propósito lo consigue a través de la construcción de un imaginario, con base real. En él, los orígenes tienen un valor central.

Por un lado la procedencia de su familia, siciliana, que en la generación de sus abuelos **emigran** a la Argentina. Favaloro se excusaba en la sangre siciliana cuando quería justificar la sensibilidad y el pronto, el (mal) genio, la sangre caliente.

Su abuela materna, Cesárea, dejó una impronta indeleble en Favaloro. Le inculcó el amor a la tierra y sus frutos. Ella, que era analfabeta. A ella, se escribe recurrentemente, le dedicó la tesis doctoral: **“A mi abuela Cesárea, que me enseñó a ver la belleza hasta en una pobre rama seca”**. Busqué en Argentina su tesis doctoral y no me fue posible hallarla, aunque sí que pude ver la portada y las dedicatorias. El título de la tesis fue **“Íleo. Síntesis diagnóstica”**. 1949. Su “padrino de tesis” fue Christmann. Y las dedicatorias: **“A mis padres, a quienes debo todo este presente tan lleno de hermosas inquietudes”** y **“A la memoria de mi abuela, Cesárea R. de Raffaelli, con quien aprendí a amar hasta una pobre rama seca”**.

El ambiente de su casa. Un ambiente de trabajo y austeridad. Su padre carpintero, que trabajaba durante largas jornadas. Sólo descansaba el día de Navidad y el de Año Nuevo. A veces parcialmente los domingos, día que amasaba la pasta fresca. Favaloro escribió: **“De a poco fui aprendiendo todos los secretos y hasta el día de hoy, de vez en cuando, en una tabla similar, los domingos repito la misma ceremonia. Créanme que mientras estoy amasando, siempre que lo hago, mi padre me acompaña”**. El padre de alguna manera quería que Favaloro siguiera sus pasos en la carpintería, pero no fue así.

Favaloro aprendió las artes del oficio de la carpintería junto a su padre, y en esas habilidades manuales encontró valiosas enseñanzas para ser cirujano cardiovascular. Su maestro Christmann decía que para ser un buen cirujano había que ser un buen carpintero. De Christmann aprendió la sistematización y la simplificación de las técnicas quirúrgicas, que aplicó después al bypass aortocoronario.

El padre de Favaloro tallaba y realizaba trabajos de calidad, y le importaba más el arte que el dinero. Vendía sus productos por debajo de su valor, no pensaba en eso, era mal negociante. Esa característica también fue un atributo de Favaloro. La Medicina, lo humano, lo valioso... para él no tenía nada que ver con el dinero. **De alguna manera despreciaba el dinero**, lo material, por contraponerse a un mundo, a

un país en el que vivía que era Argentina y a un ambiente en el que se movía, en el que el dinero era el becerro de oro que había que adorar. Despreciaba además a los que veneraban el dinero y lo material. “El día que partamos, nada material nos llevaremos”, decía. No tuvo nunca esa mentalidad empresarial para hacer dinero, al igual que su padre. El “mercado” se lo devoró, claro está. El mundo hoy y ayer es el mercado. **Diseño instrumental quirúrgico que no patentó** y que se usa hoy en todo el mundo; perdió fortuna. El gerenciamiento de su proyecto en Argentina también responde a algunos de estos valores, de ahí sus dificultades.

Su madre era modista y también incansable trabajadora.

En ese ambiente Favalaro aprendió del campo, de la vegetación, de la flora y de la fauna. Amaba la naturaleza. Vivía en las ciudades enjaulado. “Si uno conoce las calles de Buenos Aires y tiene maña, se las puede arreglar para ver las puestas de sol”<sup>102</sup>.

### **5.8. La importancia del compromiso social.**

La **inmigración** marca el compromiso social. Ser platense significaba ser inmigrante y llevar una vida sencilla y sacrificada. Favalaro siempre abogó por el compromiso social del universitario. El universitario, al haber llegado hasta la educación terciaria, **tiene la obligación de devolverle a la sociedad** lo que ésta le ha dado a él, pensaba. Nada iba a llegar, según él, de ningún teórico iluminado, sino que el único camino era el de la participación social, a través de la lectura, la escritura, el estudio, la reflexión y el análisis<sup>103</sup>.

La importancia de este compromiso estaba íntimamente unida a su concepto de la educación y del ser universitario. También a su concepto de la cultura. Para Favalaro, el goce de la libertad individual llevaba consigo la defensa del ideal de justicia y del compromiso social.

Abogaba por el fin de la etapa individualista. Favalaro estaba convencido de que íbamos a un mundo social.

Para él, el hombre contemporáneo, cuando abrazara esos compromisos a los que está obligado como persona y en el caso de los universitarios por haber cursado estudios terciarios con dinero público (la Universidad en Argentina es gratuita –se paga con impuestos, el estudiante no paga matrícula-), entenderá que es imposible no participar. Que todos somos educadores. Que cada acto de nuestra vida lleva implícita una tarea docente.

El progreso tecnológico debe ir acompañado de humanismo médico.

“No creo en el científico que se enclaustra y que no mira lo que pasa a su alrededor”, dijo.

### **5.9. Crítica de las fuentes.**

Este bloque siempre tuvo la dificultad que todo giraba demasiado en torno al libro de “Recuerdos de un médico rural” del propio Favaloro.

Todo lo que se decía en Buenos Aires de la etapa de Jacinto Aráuz era insulso, repitiendo los mismos mantras, que además se iban deformando a la manera del juego ése del “teléfono estropeado”. En Buenos Aires se había conservado muy bien el mito del médico rural, del médico de familia, “se fue al interior”... pero poco más, había poco interesante que obtener aparte de eso.

Así pues, creo que en este capítulo sí que el **trabajo de campo** ha conseguido aportar bastante, por haber documentado bien la historia del pueblo, crucial para entender la sociología y las guerras de posiciones que tenían lugar y que se presentaron ante Favaloro cuando éste llegó. Crucial para entender cómo él decide ganarse a la gente, apoyándose en qué elementos, lo que explica parte de su éxito. No todo eran manualidades quirúrgicas.

En el trabajo de campo hubo cuatro cosas que creo que significan un aporte en relación con las fuentes:

- 1) El **trabajo sobre mortalidad infantil y mortalidad general** en la década que ejercieron Favaloro y su hermano.
- 2) Los **encuentros** con pacientes y personas que le conocieron.

- 3) Los **materiales documentales** en forma de fotografías, cartas y eventos de la municipalidad (ayuntamiento) en relación con la presencia de Favalaro en el pueblo.
- 4) La **visita a la clínica**, que conserva gran parte de la infraestructura originaria.

En relación al proceso de documentación y transcripción para una tesis doctoral cabe resaltar una dificultad considerable.

La esencia de la práctica de Favalaro en Jacinto Aráuz es biomédica, pero por sobre todas las cosas es una **evocación sentimental**. El rígido formato de las tesis doctorales es muy poco permeable al calor humano.

En la medida de las posibilidades, conviene una historiografía científica, pero también una tesis con alma. Si la esencia de Favalaro es el componente humano una tesis fidedigna debe dar cuenta de él.







**6. BLOQUE 2. CLEVELAND CLINIC. BYPASS**  
**AORTOCORONARIO. DESARROLLO DE LA**  
**REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA.**



*Figura 35. Favaloro observando la maniobra de Effler, su superior.*







## **6.1. Introducción.**

René Favalaro ingresó como observador sin sueldo en la Cleveland Clinic de Ohio en Febrero del 62. Su estadía en Estados Unidos duró casi **diez años**, hasta Junio del 71.

En el momento en el que llega Favalaro la actividad se centra igualmente en la Cirugía Torácica y en la Cardiovascular. A primera hora de la mañana la actividad programada consistía en la realización de endoscopias. En la actividad quirúrgica predominaba la patología pulmonar y la esofágica (hernia de hiato y megaesófago). Effler era reconocido experto en reparaciones de hernia de hiato y acalasia. En la cirugía cardíaca destacaban los ductus, coartaciones de aorta con técnica de Blalock o Pott en niños cianóticos. Casi todo se operaba sin circulación extracorpórea. Por entonces solamente se realizaban tres cirugías semanales con este procedimiento.

## **6.2. Trabajos en la Cleveland Clinic durante la estancia de Favalaro (se adjuntan tablas con los datos numéricos de actividad).**

### *6.2.1. Endarterectomía y parche de pericardio.*

Se realizaba bajo circulación extracorpórea e hipotermia moderada (30°). La mayor parte se llevaban a cabo en el tercio proximal o medio de la coronaria derecha, debido a su mayor exposición y accesibilidad para el cirujano. Se practicaba una incisión, que se ampliaba en sentido proximal y distal hasta que fuera suficiente. El parche era de vena safena al comienzo y luego de pericardio, que se suturaba con seda 6.0.

Los primeros injertos de safena eran propensos a arrugarse y su implantación exasperaba al cirujano. En la quinta operación que se llevó a cabo, el segmento de vena safena **cayó al suelo** del quirófano y no tuvieron más remedio que usar

pericardio como sustituto. Éste tenía las ventajas de que su disponibilidad estaba asegurada ilimitadamente, no tenía válvulas como la vena safena y se podía manejar más fácilmente que un trozo de vena<sup>104</sup>.

Los problemas en la técnica acontecían en el momento de efectuar el procedimiento sobre la coronaria izquierda, debido a su localización. Se debía practicar una incisión adecuada (medioesternal o toracotomía izquierda anterior con transección del esternón). Para llegar a la arteria había que **exponerla** elevando el corazón y tirando de la arteria pulmonar hacia afuera con una lazada.

Si la lesión estaba en el tronco común de la coronaria izquierda acontecía un estado de **anoxia** durante la reconstrucción. Aunque intentaban realizar la cirugía en el menor tiempo posible, se tardaba 20 minutos. Durante ese tiempo la aorta permanecía clampeada y el miocardio no recibía sangre. Al soltar el clamp la recibía en abundancia, pero esa porción de músculo quedaba ya **dañada**.

Favaloro **sufría viendo morir** a estos pacientes sin remedio en el acto quirúrgico. Cuenta la tristeza que le producía recordar que en cuanto se sabía que se iba a subir a quirófano un paciente con obstrucción de tronco común de la coronaria izquierda, el equipo de trasplantes le pedía ir recogiendo ya las pruebas de compatibilidad para preparar la petición a la familia del operado de la donación de sus órganos.

Las obstrucciones en la descendente anterior podían ser reparadas, aunque con algo de dificultad. En cambio las lesiones en la circunfleja daban muchos más problemas y solamente se valoraban reparar las lesiones en el inicio de la arteria, a las que se accedía luxando intensamente el corazón. A las lesiones en otras regiones de la misma era muy difícil llegar.

El primer paciente fue intervenido en Junio de 1962. Tenía 45 años y clínica anginosa, con una oclusión del 90% en la coronaria derecha. El parche resultó permeable y el paciente estuvo tres años y medio asintomático después de la cirugía. Se cometieron algunas imprecisiones que los cirujanos reconocen. Por ejemplo se incidió mediante esternotomía, lo que hizo difícil la visualización de la coronaria izquierda, con lo que fue necesario luxar el corazón. Esta maniobra se continuó realizando hasta que la evidente mortalidad hizo que se replantearan el



abordaje y cambiaran a una **toracotomía izquierda** anterolateral. Para incidir sobre la coronaria derecha la esternotomía media podía ser aceptable.

En modelos experimentales en perros se realizaron reconstrucciones simples en coronarias normales y vasos periféricos de similar calibre. La operación era exitosa en el postoperatorio inmediato, pero fracasaba en la permeabilidad a largo plazo. Incluso la reconstrucción en pequeños vasos en el microscopio fracasaba, siendo solamente exitosa la reconstrucción con parche.

Sones comprobó por coronariografía que el vaso reconstruido con parche de pericardio que era permeable en el postoperatorio inmediato lo seguía siendo después (del 6º al 16º mes postoperatorio).

<b>Intervalo de recogida de pacientes intervenidos mediante la técnica de parche de pericardio</b>	<b>Enero 1962-Mayo 1967</b>
<b>Número de pacientes intervenidos</b>	163
<b>Número de pacientes con resultados satisfactorios</b>	58
<b>Mortalidad hospitalaria</b>	28
<b>Mortalidad a largo plazo</b>	6

<b>Procedimientos sobre coronaria derecha</b>	<b>142</b>
<b>53 resultados aceptables, 15 fallecimientos hospitalarios y 5 muertes a largo plazo</b>	

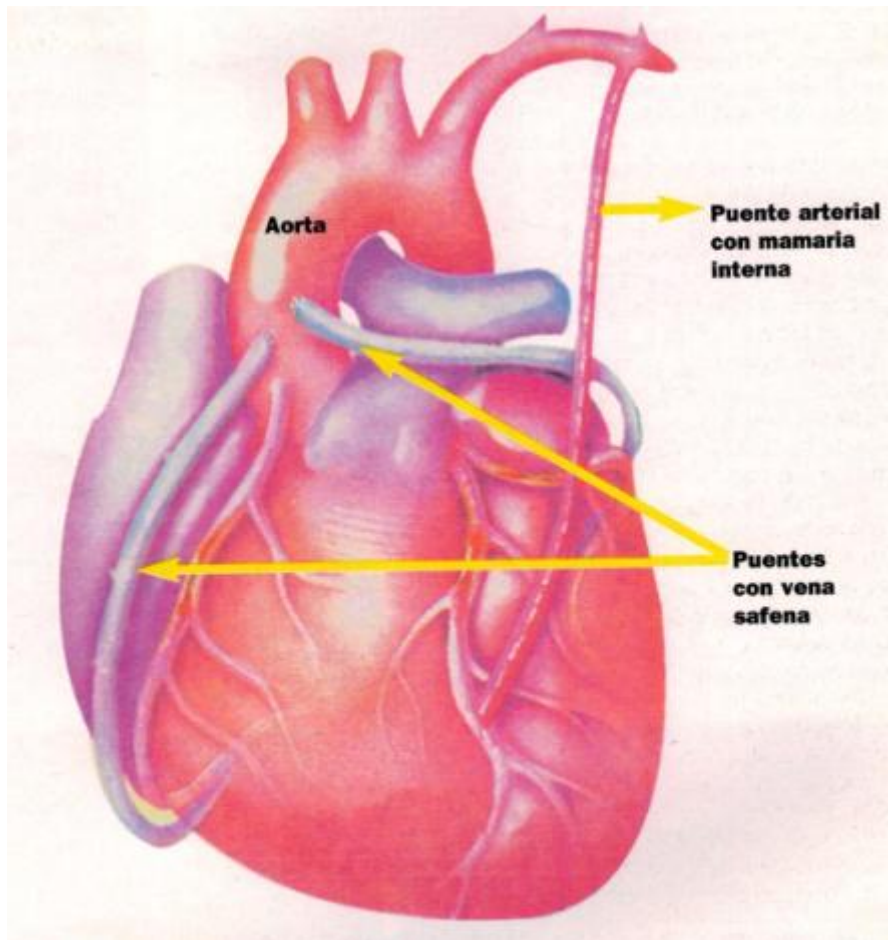
<b>Procedimientos sobre coronaria izquierda</b>	<b>21</b>
<b>5 resultados aceptables, 13 muertes hospitalarias y 1 muerte a largo plazo</b>	

*Tabla 5. Procedimientos con parche de pericardio sobre las distintas arterias.*

Motivos del **fracaso** del procedimiento:

- Indicación demasiado laxa. Insuficiente individualización de los casos.
- Incisión en lesiones amplias en las que se reparaba la superficie anterior con el parche, pero en las que en la parte posterior seguía existiendo lesión, con trombosis y turbulencias consecuentes.
- Algunas lesiones amplias requerían parches demasiado largos.
- Las lesiones calcificadas dificultaban la adecuada sutura.
- En las arterias de pacientes jóvenes fueron encontrados signos de fibrosis y periarteritis.

### 6.2.2. Bypass con vena safena.



*Figura 36. Esquema resumen divulgativo para repasar conceptos básicos acerca del puente con safena y el puente con mamaria. Biblioteca de la Salud. Fundación Favaloro.*

Del fracaso (no beneficio esperado en intervenciones sobre la coronaria derecha y gran mortalidad en intervenciones sobre la izquierda) de la técnica del parche de pericardio surgió la necesidad y posibilidad de progresar en la resolución del problema.

Favaloro había dividido en dos categorías a los pacientes coronarios según sus observaciones en la sala de coronariografías<sup>105</sup>:

- pacientes con enfermedad difusa en todas las coronarias y colaterales.

- pacientes con lesiones **localizadas** principalmente en segmentos proximales, y buenos lechos distales.

Favaloro había observado que cuando existía una obstrucción proximal de la coronaria derecha, la porción distal podía ser perfundida por colaterales que venían de la coronaria izquierda.

Pensó que se podía utilizar un **fragmento de vena safena** para solucionar el problema, que ya se estaba empleando con éxito en procedimientos renales (hipertensión renovascular) y en circulación periférica para abordar una obstrucción circulatoria análoga a la coronaria.

Prescindir de la vena safena en la pierna no significaba un perjuicio en absoluto, pues formaba parte de la circulación venosa superficial. Intervenir sobre ella para extraerla sería equivalente a lo que se realizaba en una cirugía de varices de extremidades inferiores<sup>106</sup>.

Favaloro quería un **caso “puro” y simple** para comenzar, y **David Fergusson**, un cardiólogo de la clínica, le comentó una paciente con una obstrucción proximal de la coronaria derecha y colaterales de la izquierda que perfundían el territorio distal de la derecha.

**Muy inteligentemente**, Favaloro pensó que en el peor de los casos, aunque saliera mal la cirugía, la paciente se quedaría como estaba, pues el plan era realizar un puente de región proximal de la coronaria derecha a la región distal.

El **9 de Mayo de 1967** realizó la cirugía según lo previsto. Efectuó una interposición de segmento de vena safena de la región proximal de la coronaria derecha a la distal, puenteando la obstrucción. La coronariografía posterior, a los 20 días, demostró resolución de la obstrucción (hay versiones contradictorias, incluso por el mismo Favaloro, sobre si el cateterismo se hizo a los 8 o a los 20 días después de la cirugía).

En la cirugía número 15 implantó **una modificación** en el procedimiento. El segmento proximal de la vena en vez de anastomosarlo al segmento proximal de la coronaria lo suturaría a un orificio practicado en la cara anterior de la aorta ascendente. Esta cirugía se realizó el día **30 de Noviembre de 1967** a un paciente

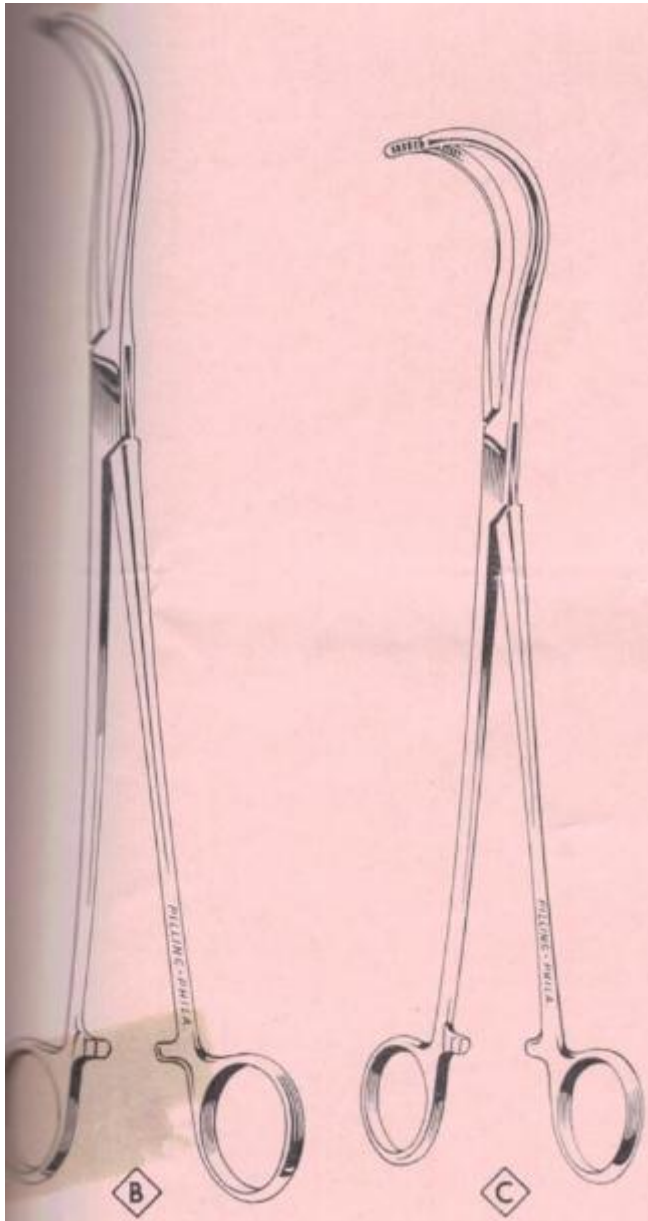
de nombre Eugene Pottenger de 78 años y fue publicado en 1968 en el Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. Fue el primer bypass aortocoronario con vena safena comunicado a la comunidad científica (y exitoso).

La vena se extrae de la región inguinal, ampliando si es necesario la incisión en el muslo, rodilla e incluso pierna, hasta lograr una longitud adecuada. Se disecciona la adventicia y se manipula la vena lo menos posible para no lesionar la íntima. El inadecuado manejo de la vena era la primera causa de trombosis en el postoperatorio. Se procedía a invertir la vena: lo que era proximal antes se hacía distal ahora y viceversa, para evitar que las válvulas obstruyeran la circulación. Si la calidad de la safena era muy mala se usaban venas del brazo, más frágiles, por lo que se recubrían con un tubo de plástico protector.

El abordaje se realizaba por toracotomía mediana transesternal.

Favaloro tenía muy presente que había que tocar, “manosear” y luxar el corazón lo menos posible, tanto en la canulación como en la intervención propiamente, pues esto provocaba arritmias e hipotensión, lo que ocasionaba isquemia e infarto subsiguiente.

Como una de las estrategias para lograrlo diseñó unas pinzas especiales, las cuales en su extremo cierran completamente, pero no así en su porción media, en la que dejan una pequeña dehiscencia para evitar tomar tejido perivascular o clampar sin querer algún vaso principal.



*Figura 37. Pinzas especiales diseñadas por Favaloro. Archivo Fundación Favaloro. Publicación y data indeterminadas.*

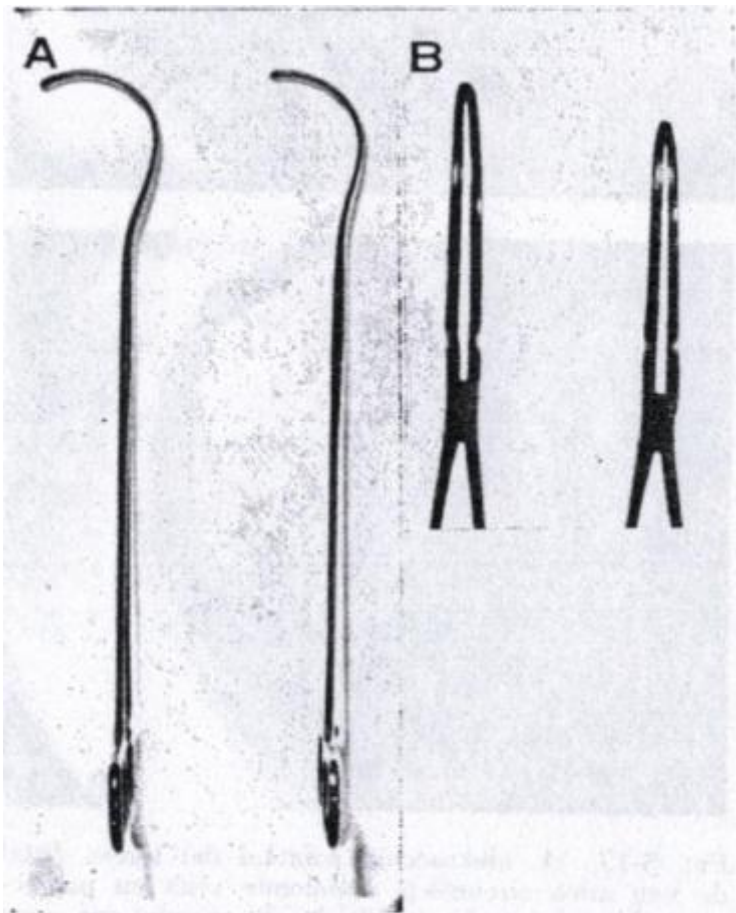
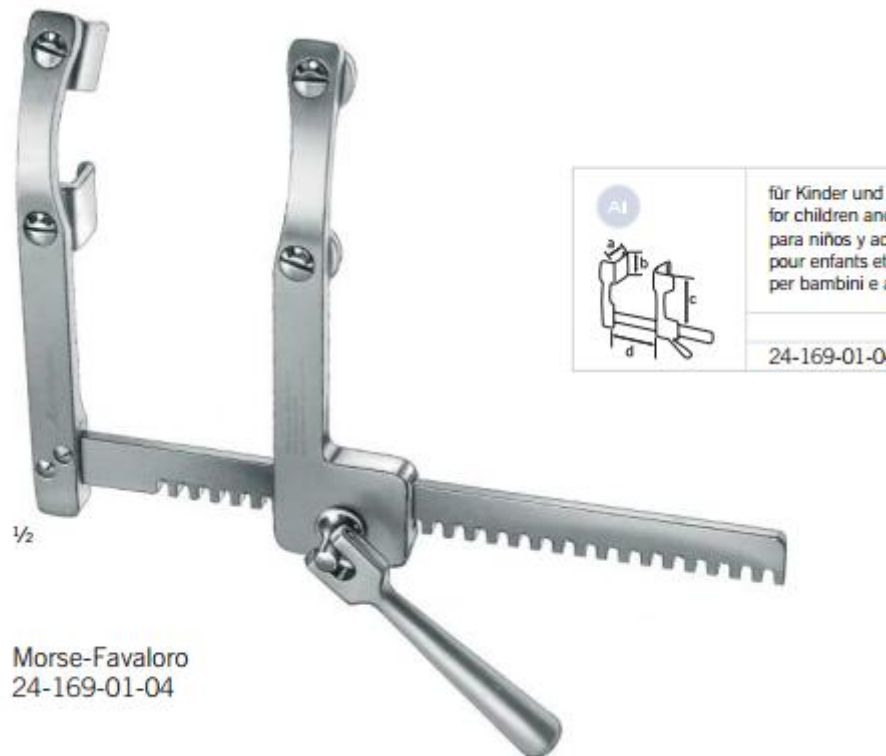


FIG. 5-8. A, pinzas especialmente diseñadas para reparar con cinta hilera ambas venas cavas y la aorta sin distorsionar el corazón; B, únicamente el extremo de la pinza cierra completamente, excluyendo la posibilidad de tomar tejido perivascular con su porción media (Pilling Co.).

*Figura 38. Pinzas especiales diseñadas por Favaloro. De: Surgical Treatment of Coronary Arteriosclerosis. René Favaloro. Cleveland Clinic Foundation.1970.*

Asimismo, modificó el separador esternal de los Finochietto, añadiéndole una pequeña chapa más a cada manubrio.



*Figura 39. Modificación por Favaloro del separador esternal de los Finochietto.*

Realizó algunas otras contribuciones a la tarea de quirófano en Cirugía Cardiovascular.

Una fue el diseño de la **mesa de operaciones**, que se podría mover ahora hacia arriba y hacia abajo y bascular hacia lateral, para facilitar la labor del personal y evitarles posturas viciosas y cansadas para abordar el plano.

Otra fue la **disposición del cirujano a la derecha del paciente**, con los tubos a su derecha, y los dos ayudantes enfrente de él. La **mesa de instrumentación** única y grande, a los pies del paciente, con la instrumentadora al lado de los ayudantes y enfrente del cirujano. El cirujano principal puede cambiar de posición si se da el caso, como a la hora de trabajar sobre la circunfleja, colocándose del lado contrario, es decir, a la izquierda del paciente.

Favaloro era más partidario de trabajar en general con circulación extracorpórea, con el corazón parado. Dice que si es un único bypass el que se va a efectuar a la coronaria derecha se puede trabajar a corazón latiendo.



El hecho de que la circulación extracorpórea pueda provocar alteraciones renales, pulmonares, cerebrales, coagulopatías, problemas con los productos de desecho sanguíneos y que los resultados quirúrgicos sin ella sean superponibles parece una realidad hoy en día y es un tema en constante debate. Hay distintas opiniones, aunque la tendencia actualmente es realizar cirugía coronaria sin ella<sup>107</sup>.

El descubrimiento de Favaloro fue una respuesta a la incapacidad del procedimiento del parche de pericardio (los pacientes intervenidos con esta técnica sobre el tronco de la coronaria izquierda o en las ramas de la coronaria izquierda fallecían sin remisión) y la solución propuesta significó un gran avance en la revascularización miocárdica.

Así, a lo largo de 1968 comienza a darle a la técnica distintas utilidades que iremos viendo a lo largo de este capítulo:

- 1) Reparación de lesión del tronco común de la coronaria izquierda.
- 2) Combinar el bypass con una aneurismectomía o resección de tejido fibrótico en el ventrículo izquierdo.
- 3) Combinar el bypass con un reemplazo valvular. Los valvulópatas de la época solían llevarse también una coronariografía, y se aprovechaba el acto de quirúrgico de reemplazo para realizar una revascularización directa.
- 4) Dobles (y también múltiples) bypass. El primero en Marzo del 68 con interposición de vena. El primero aortocoronario en Diciembre del 68, uno a la coronaria derecha y otro a la descendente anterior.
- 5) Bypass en el infarto agudo de miocardio.

En los primeros tiempos fueron despacio y procedieron con cautela. Querían ver al menos que la safena conseguía mantenerse permeable un año, para poder seguir avanzando. El primer paciente, recordamos, fue intervenido en Mayo del 67. Para Diciembre del 68 Favaloro ya tenía una serie de 171 pacientes en los que había ido desarrollando las cirugías antes enumeradas<sup>108</sup>.

El orden a seguir sería realizar primero las anastomosis distales y luego las proximales. Dentro de las distales el orden en bypass múltiples sería: circunfleja, diagonales, descendente anterior y coronaria derecha.

Aunque se fuera a realizar más de un bypass, la anastomosis de la región proximal de la vena a la aorta debía ser independiente, para que la mortalidad a largo plazo fuera más baja. Si se puenteaba a la coronaria izquierda, con un mismo clampeo de aorta se podían anastomosar hasta tres venas por separado. Si era a la coronaria derecha, con un clampeo se podía anastomosar solamente una vena.

Para puentear a la coronaria derecha se hacía un agujero triangular en la aorta con base hacia abajo y si se puenteaba a la coronaria izquierda la base del triángulo debía estar situada hacia la arteria pulmonar. Desde que se adoptó este proceder no existe ni un caso de estrechamiento de la anastomosis proximal.

En los años de publicación del libro de Favaloro en el que relata sus hallazgos (1970), la interposición de injerto de vena safena se utilizaba en lesiones cortas y localizadas en tercios medio y distal de coronaria derecha, que eran pocos casos.

Para los demás casos se podían utilizar los puentes aortocoronarios de safena, con preferencia por lesiones proximales con buenos lechos distales, con lo que la perfusión resultaba adecuada.

Las obstrucciones **más graves** eran por localización:

- Lesión subtotal en tronco de coronaria izquierda.
- Descendente anterior antes de la primera septal.
- Segmento proximal de coronaria derecha.
- Circunfleja izquierda dominante.

<b>Intervalo de casos</b>	<b>Mayo de 1967 a Junio de 1971</b>
<b>Número de casos</b>	2274
<b>Casos con un solo puente</b>	1455
<b>Múltiples puentes</b>	819
<b>Puentes más cirugía valvular</b>	50 (Mortalidad 8%)
<b>Mortalidad global</b>	2,8%

*Tabla 6. Número de casos intervenidos por indicación.*

<b>Procedimientos sobre</b>	<b>Número de casos</b>	<b>Mortalidad hospitalaria</b>
<b>Coronaria derecha</b>	722	3,8%
<b>Coronaria izquierda</b>	733	2,2%
<b>Múltiples</b>	819	4%

*Tabla 7. Procedimientos clasificados sobre arteria.*

Las principales causas de muerte fueron:

- Infarto postoperatorio con insuficiencia cardíaca.
- Insuficiencia cardíaca sin infarto comprobado.
- Arritmias.

## Permeabilidad postoperatoria

<b>Arteria implicada</b>	<b>Número de puentes</b>	<b>Número oclusiones</b>	<b>Porcentaje permeables</b>
<b>Coronaria derecha</b>	561	114	80%
<b>Descendente anterior</b>	420	38	78%
<b>Circunfleja</b>	171	232	80%

*Tabla 8. Estudio de la permeabilidad postoperatoria según arteria.*

## Permeabilidad a largo plazo.

Se recogieron 1.000 pacientes operados en la clínica y 469 candidatos a cirugía que la rechazaron.

A los operados se les hizo dos coronariografías. Una en los dos primeros meses postoperatorios y una segunda entre el 2º y 48º mes.

La mortalidad alejada de los operados fue del 2,1 % y de los no operados del 8%.

La permeabilidad del puente de los operados fue en la primera coronariografía del 84,2% y en la segunda del 82,5%.

### 6.2.3. La vena safena vista en perspectiva.

Favaloro buscó **simplificar y estandarizar** la técnica para propiciar su **rápida propagación** entre la comunidad científica. Renunció en gran parte a sacar provecho económico o personal de sus descubrimientos.

La **comodidad** con la que se podía realizar el procedimiento, la **seguridad** y los **buenos resultados** preliminares de la cirugía contribuyeron a ello. La estancia media en Cuidados Intensivos era de 24-48 horas y el postoperatorio de 7-10 días.

El **alivio de la sintomatología** era inmediato al principio, pero recurría un 5-7%/año. La **mortalidad** de los intervenidos era 2-3%/año. A los 10 años la **supervivencia** era del 70% (dato que podía estar estimado a la alta por la juventud -media de edad: 58 años- de los pacientes intervenidos), y libres de angina se hallaban el 50%.

Según sus datos, a los 2-3 años eran **permeables** el 85-90%, a los 10 años el 60%, a los 15 años el 30% y a los 20 años el 20%. En el caso de la anastomosis de la safena a la descendente anterior la permeabilidad era del 80% a los 10 años.

La anastomosis proximal presentaba algún grado de estenosis en el 20% de los casos el primer año y ésta podía llegar a ocluir el vaso completamente hasta en un 25% de los casos, en los primeros 5 años<sup>109</sup>.

La estenosis distal se podía observar en un 50% de los casos, aunque ésta no solía progresar con el tiempo.

La vena safena es el injerto que más se ha utilizado en la historia de la revascularización miocárdica. Al implantarse tiene lugar en su interior un proceso de **remodelado**, por hiperplasia de la íntima, con el objeto de igualar su calibre al de la arteria con la que se anastomosa. Se observó que la estenosis intrínseca a la safena podía ser retrasada con la utilización de estatinas, antiagregantes y control de factores de riesgo cardiovascular.

#### *6.2.4. Anastomosis mamariocoronaria.*

En la Cleveland Clinic se planteó a partir de 1966 la anastomosis de la arteria mamaria interna a la coronaria, distal a la obstrucción. En los estudios postoperatorios no se pudo comprobar la permeabilidad, por lo que se aparcó esta opción.

La disección de la mamaria interna en este caso es parecida a la que se realizaba en la operación de Vineberg. La mamaria interna izquierda se anastomosa a la descendente anterior o circunfleja y la mamaria interna derecha a la coronaria derecha, y en pocas ocasiones a la descendente anterior.

La técnica fue impulsada definitivamente por **Green**, y significó **un hito** en la historia de la revascularización miocárdica, ya que en los años siguientes se demostró que **la permeabilidad a largo plazo de los injertos arteriales era superior a la de los venosos**.

Favaloro escribe en su Enciclopedia para la Salud (un trabajo divulgativo para pacientes) que la arteria mamaria interna es la que menos se afecta por la arterioesclerosis de todo el organismo, y la que más “vida útil” puede tener como puente en un paciente.

Favaloro contribuyó al desarrollo de la revascularización con mamaria eliminando el uso del microscopio (120-140 horas había que dedicar para acostumbrarse a su uso quirúrgico), estandarizando la técnica y anastomosando la mamaria no sólo a la descendente anterior como se venía haciendo hasta el momento sino al resto del sistema coronario.

Previamente Green había demostrado que el hecho de realizar la cirugía con microscopio era un predictor independiente del riesgo de muerte y que su uso redujo la mortalidad<sup>110</sup>.

Los cirujanos comenzaron a pensar que lo lógico para puentear arterias era utilizar una anastomosis arterial en vez de una venosa. Tendría así parecido calibre, estructura y flujo a su través.

La mamaria interna izquierda podía ser diseccionada fácilmente con una esternotomía media, y era similar en tamaño a una coronaria. Al entusiasmo inicial de Green se sumaron otros como **Loop** (fue el que ocupó el lugar de Favaloro en la Cleveland Clinic cuando éste regresó a la Argentina), **Barner o Tector**.

La Cleveland Clinic destaca en 1986 en una publicación la supremacía del bypass con esta arteria, ya que reducía la recurrencia de la angina, las complicaciones postquirúrgicas, las rehospitalizaciones y mejoraba el pronóstico. Además en otros

estudios se observaba que también disminuía las reoperaciones, el infarto de miocardio a largo plazo y la mortalidad.

La utilización de los bypass arteriales respecto a los venosos significó reducir las reoperaciones en un 4% anual, en series australianas. El valor añadido de los bypass arteriales es en el largo plazo (10-20 años), donde los venosos muestran irregularidades y estenosis debidas a placas de ateroma. Cuando los bypass arteriales resultan dañados, suele ser por afectación local, bien por cierres completos bien parciales, pero nunca por afectación ateromatosa difusa.

A partir de ahí, la cirugía más practicada iba a pasar a ser la anastomosis de mamaria interna izquierda a descendente anterior más la práctica de un bypass aortocoronario de safena a otra coronaria estenótica. A pesar de la complejidad y del aumento del tiempo quirúrgico esta operación se relacionó con mejores resultados perioperatorios y a largo plazo en pacientes mayores de 70 años, en pacientes con disfunción ventricular e infartos agudos de miocardio.

Las combinaciones de una anastomosis mamariocoronaria con mamaria interna izquierda más bypass aortocoronario con vena safena se pudieron realizar con mortalidades operatorias bajas (del 1 al 2%) tanto en Europa como en Estados Unidos. En series australianas la supervivencia a 10 años del bypass aortocoronario con safena era del 74%, mientras que la del bypass aortocoronario con safena más la anastomosis mamariocoronaria con mamaria interna izquierda era del 80%.

La permeabilidad de la anastomosis mamariocoronaria con mamaria interna izquierda era del 95% a 10 años y del 90% a 20 años. El 5-10% de los injertos permeables presentaban estenosis, aunque no progresaban a oclusión. La gran permeabilidad global de la arteria viene dada por la revascularización satisfactoria en términos de permeabilidad cuando se anastomosa la mamaria interna izquierda a la descendente anterior.

La revascularización con mamaria interna izquierda de otras arterias que no son la descendente anterior, de otras arterias que tienen obstrucciones menores del 60% y la utilización de mamaria interna derecha en vez de izquierda dan unos resultados similares a la utilización de la vena safena.

La mamaria interna resulta el **injerto ideal** por:

- Bajo umbral de velocidad trombogénica.
- Resistencia al desarrollo de aterosclerosis.
- Liberación de factor de crecimiento vascular endotelial y prostaciclina.
- Reactividad a los vasodilatadores.

La única precaución de envergadura que había que tomar era prevenir el espasmo mediante “non touch techniques” (técnica impulsada en la Cleveland Clinic que consistía en no disecar las coronarias en la superficie del pericardio y hacerlo con pequeñas incisiones de bisturí, sin disección) y tratamientos profilácticos vasodilatadores. También convenía prescindir del último tramo de arteria, por debajo del 5º espacio intercostal, que es el que más promovía el espasmo.

Después del éxito de la anastomosis mamariocoronaria con la mamaria interna izquierda se comenzó a pensar que dos mejor que uno; por qué no anastomosar también la mamaria interna derecha a otra coronaria.

A priori preocupaba que la intervención se alargaría aún media hora más, que se iba a dejar al esternón sin otra fuente de vascularización (lo que podría ser un problema en obesos diabéticos insulín dependientes), y finalmente que entrar en la cavidad pleural para disecarla podría ser un problema en pacientes EPOC.

Las características de la mamaria interna derecha son las mismas que las de la izquierda, pudiendo ser su diámetro incluso algo mayor.

Cuando la mamaria interna derecha se anastomosa a la descendente anterior la permeabilidad es similar al caso de utilizar la mamaria interna izquierda: 95% a los 10 años. Sin embargo, la derecha normalmente se suele anastomosar a otras coronarias, y la permeabilidad es algo menor: Circunfleja-Obtusa marginal (89%), posterior descendente (89%) y coronaria derecha (83%).

La utilización de la mamaria interna izquierda y derecha y su anastomosis a dos arterias coronarias se comprobó que era beneficioso respecto a una (o la izquierda o la derecha), en seguimiento a 10 años. La supervivencia con la utilización bilateral era del 88%, mientras que con la unilateral era del 78%. Asimismo los pacientes tenían un 50% menos de probabilidad de reintervención y un 45%



menos de probabilidad de morir en los 10 años después de la cirugía, siendo las diferencias aún mayores 20 años tras la cirugía.

Estas diferencias a favor de la doble mamaria son mayores en pacientes de edad avanzada con múltiples factores de riesgo que en pacientes jóvenes, durante los primeros 10 años postoperatorios.

El subgrupo de pacientes diabéticos es uno de los que más se beneficia de la doble mamaria (aumento de supervivencia y reducción de infarto de miocardio subsiguiente y reintervención).

En conclusión, pacientes diabéticos y los que tengan una esperanza de vida mayor a 10 años o factores de riesgo asociados, se beneficiarían de revascularización con doble mamaria.

Aunque como es sabido la propuesta quirúrgica debe ser individualizada para cada paciente según los datos de la coronariografía, podemos esbozar algunos de los **regímenes terapéuticos** más utilizados en aquellos años:

Para los pacientes menores de 75 años:

- una anastomosis mamariocoronaria, de la mamaria interna izquierda a la descendente anterior.
- una anastomosis de la mamaria interna derecha al sistema de la circunfleja marginal.
- se podía realizar además la anastomosis de la radial a la descendente posterior (rama de la coronaria derecha) si había lesión mayor del 80%. Si era menor del 80%, se podía utilizar un stent o un bypass aortocoronario con vena safena.

Para los pacientes mayores de 75 años:

- Mamaria interna izquierda a la descendente anterior.
- Radial a la circunfleja.
- Radial o bypass aortocoronario con safena a la descendente posterior, dependiendo del porcentaje de oclusión.

### 6.2.5. Revascularización con algunas otras arterias.

**Radial:** El “descubrimiento” de la superioridad del injerto arterial respecto del venoso a partir de los estudios que comparaban la mamaria interna izquierda con la safena, hizo replantearse el uso de la radial de nuevo en 1992, después de que se hubiera abandonado en los años 70.

El primero en introducirla fue **Carpentier** en 1973. A pesar de sus resultados prometedores, él mismo la acabó desaconsejando dos años más tarde por su alta incidencia (35%) de estenosis y oclusión. **Acar** revisa en 1989 algunas coronariografías de las series de Carpentier y se da cuenta de que injertos radiales que se pensaban ocluidos funcionan 15 años después. Atribuyó aquellos estrechamientos a **espasmos** e introdujo medidas farmacológicas para minimizarlos. A la vez, perfeccionó la **técnica de recogida**. Estos cambios revitalizaron el interés por esta arteria como opción para la revascularización<sup>111</sup>.

El uso que se le ha dado ha sido en combinación con la mamaria interna izquierda, en “Y” o como extensión de ésta. La permeabilidad de los injertos radiales es similar a los de mamaria interna derecha a medio plazo, y a los de mamaria interna izquierda a corto plazo.

Sin embargo, su uso desde 2004 ha disminuido por la recurrencia de la angina asociada al espasmo, y por la necesidad de reintervención en el 27% de pacientes debido a oclusión o estenosis severa del 51% a los dos años.

La permeabilidad global a medio plazo es de aproximadamente el 90%. Si analizamos la permeabilidad al anastomosarla a arterias individuales, tenemos: a descendente anterior (96%), a circunfleja marginal (90%) y a descendente posterior (89%). También influye en la permeabilidad el grado de obstrucción de las arterias a puentear. Si la estenosis del vaso nativo es mayor del 80%, la permeabilidad es del 92%. Si es menor del 80%, del 86%.

La radial es en términos generales superior a la safena, debido a su diámetro, longitud, seguridad, fácil recogida y resultados a temprano, medio y largo plazo.

Algunos autores la prefieren respecto a la mamaria interna derecha por prescindir de los riesgos adicionales de ésta última en las infecciones esternales, y porque no existe inferioridad de la radial en resultados perioperatorios, morbilidad y mortalidad a medio plazo, además de que los resultados de permeabilidad a corto y medio plazo son favorables.

***Gastroepiploica y epigástrica inferior:*** cada vez se usan menos por la desproporción calibre injerto-arteria coronaria y por la permeabilidad a los 5 años del 80% y a los 10 años del 62%.

6.2.6. *Implante de mamaria interna (Operación de Vineberg): simple o doble.*

<b>Fecha de recogida de pacientes</b>	<b>De Enero de 1962 a Diciembre de 1968</b>
<b>Número de pacientes totales operados</b>	1916
<b>Número de pacientes con implantes simples</b>	1331
<b>Número de pacientes con implantes dobles</b>	585

*Tabla 9. Actividad con la operación de Vineberg en la Cleveland Clinic.*

Se utilizaba al principio en la Cleveland Clinic la **clásica técnica** basada en las ideas de anastomosis extracardiaca con injerto de epiplón, previa epicardictomía y abrasión del pericardio. Se intervinieron 92 pacientes con mortalidad del 6,5%. Las coronariografías posteriores de estos procedimientos no mostraron viabilidad del injerto vascular.

A continuación los esfuerzos se concentraron en la realización de **implantes simples** de mamaria en la cara anterolateral del ventrículo izquierdo, con lo que se beneficiaban únicamente pacientes con lesiones en la descendente anterior sin infartos previos. Los pacientes con enfermedad difusa no se beneficiaban de esta técnica.

Se utilizaba la operación de Vineberg solamente en pacientes muy sintomáticos, tras establecer la indicación por coronariografía y ventriculograma.

El requisito del éxito era que se hallara una importante obstrucción de la arteria (90%), que hubiera colaterales y un músculo sin importantes alteraciones.

Se realizaron 396 implantes simples.

Effler consigue abordar la cara diafragmática colocando un implante de mamaria interna en dos túneles continuos en Mayo de 1966. Realiza uno en la cara anterolateral y prolonga el final de éste con un tunelizador, labrando un segundo en la cara diafragmática. Comprobaron con arteriografía mamaria la perfusión por colaterales de la cara diafragmática. **Hasta entonces nadie había logrado revascularizar localmente ese territorio.** Realizó 79 intervenciones con 3 muertes.

Favaloro modificó la vía de abordaje, y en vez de una toracotomía posterolateral izquierda realizó una incisión medioesternal. De esta manera, realizó el primer doble implante de mamaria en 1966. La derecha en la cara anterior paralela a la descendente anterior y la izquierda en la cara diafragmática. Realizó 38 dobles implantes sin mortalidad.

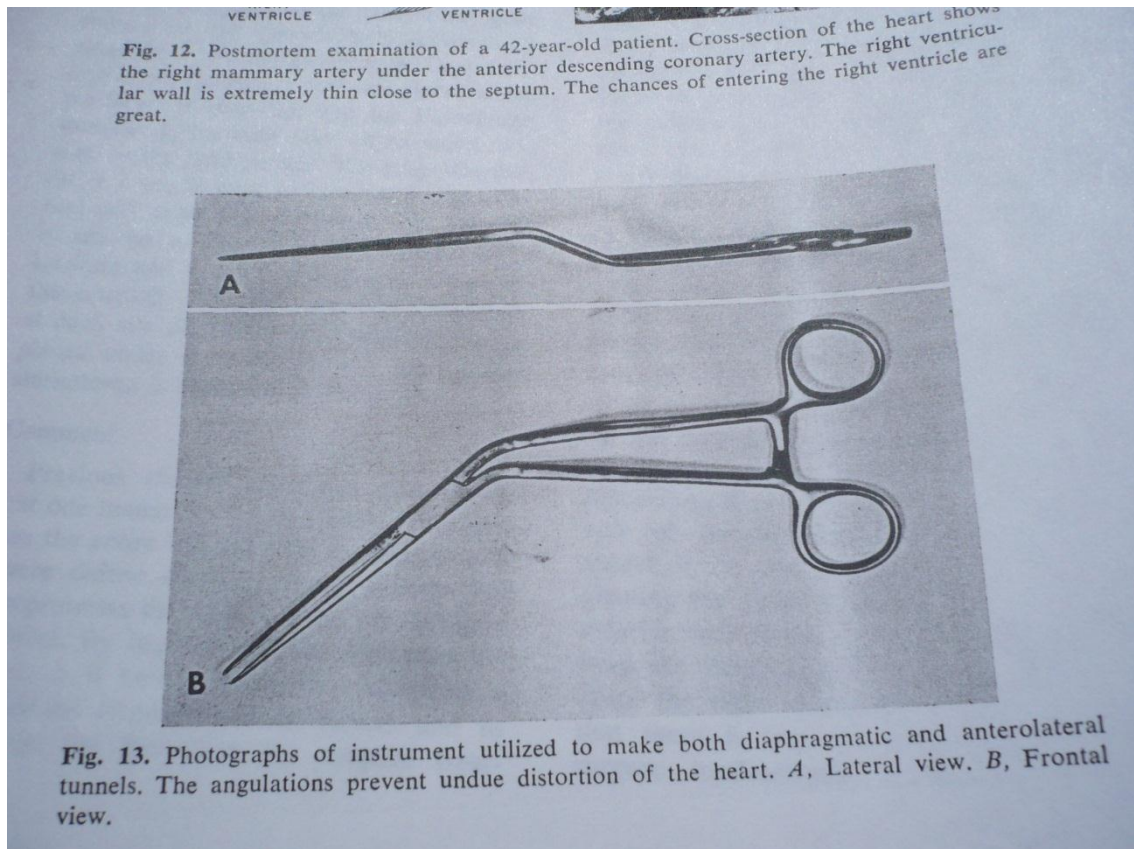
La permeabilidad con el procedimiento de Vineberg fue del 88.4% y con el de Sewell del 92,2%.

La mortalidad del procedimiento de Vineberg era del 4.5 % y del 8.5% con la técnica de Sewell, debido a que había que labrar un túnel más ancho a bisturí en el miocardio, con lo que la manipulación quirúrgica era mayor. Esto también aumentaba el infarto de miocardio postoperatorio y las arritmias.

En 1966 Favaloro decidió **combinar** ambas técnicas para maximizar los beneficios de cada una y minimizar los daños. Disecó el pedículo y lo dejó intacto hasta labrar

el túnel. Justo antes de implantar individualizó por disección la arteria. Así logró que el túnel fuera menor.

Favaloro diseñó unas pinzas especiales, con diferentes grados de inclinación de las puntas para tunelizar sin manipular ni incidir demasiado sobre la arquitectura del corazón y el miocardio.



*Figura 40. Pinzas especiales diseñadas por Favaloro para modificar la técnica de Vineberg. En la foto podemos observar la misma pinza con las características especificadas anteriormente, en visión frontal y lateral. De: Double internal mammary artery implants. Operative technique. René Favaloro. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 1968;55(4):457-465.*

Cambiaron la vía de abordaje de toracotomía izquierda a incisión mediana para conseguir 5 cm más de mamaria interna, lo cual resultaba muy importante para realizar el doble implante.

Esta incisión aportaba también otras ventajas: acceso directo a la totalidad del corazón y grandes vasos, evitaba tener que ir cortando músculo para llevar a cabo la cirugía, no se manipulaban demasiado los pulmones y originaba menos dolor en el postoperatorio inmediato.

	<b>Obstrucción en arteria coronaria &gt;90% con colaterales</b>	<b>Obstrucción &gt; sin colaterales</b>	<b>Obstrucción &lt; 90%</b>
<b>Comunicaciones del implante abiertas</b>	196	37	14
<b>Comunicaciones no abiertas</b>	31	42	40
<b>Comunicaciones cerradas</b>	6	14	16
<b>Total</b>	233	93	70

*Tabla 10. Permeabilidad del procedimiento versus obstrucción requerida en la operación de Vineberg con implante simple. Obsérvese que el tener obstrucción < 90% y no tener colaterales se asocia a menos éxito del implante.*

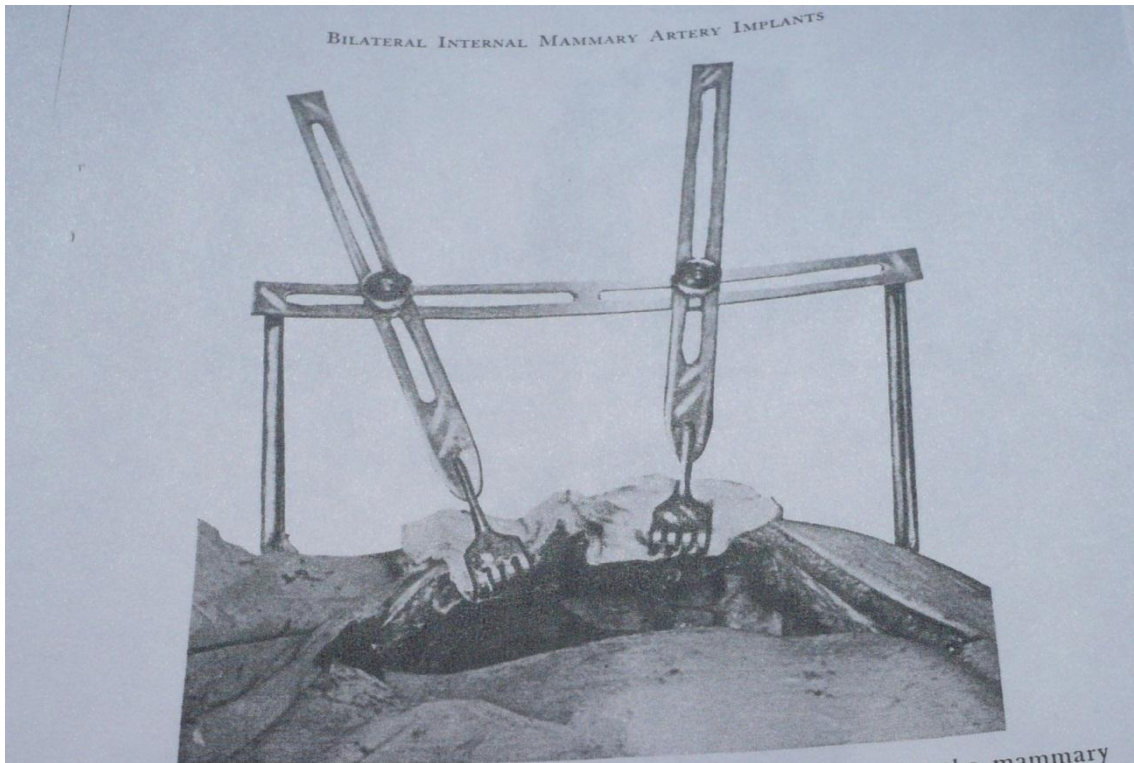
En 1966, después de adoptar la incisión mediana anterior como forma de abordaje, Favaloro comenzó a considerar la posibilidad de diseccionar la mamaria izquierda y derecha e implantarlas a la vez en el miocardio, pero por separado, en pacientes con lesiones coronarias difusas.

Se lo comentó a Mason Sones y éste expresó reticencias por temer la posible necrosis del esternón. Favaloro repasó concienzudamente la anatomía y reparó en que el esternón seguiría recibiendo sangre por las arterias intercostales.

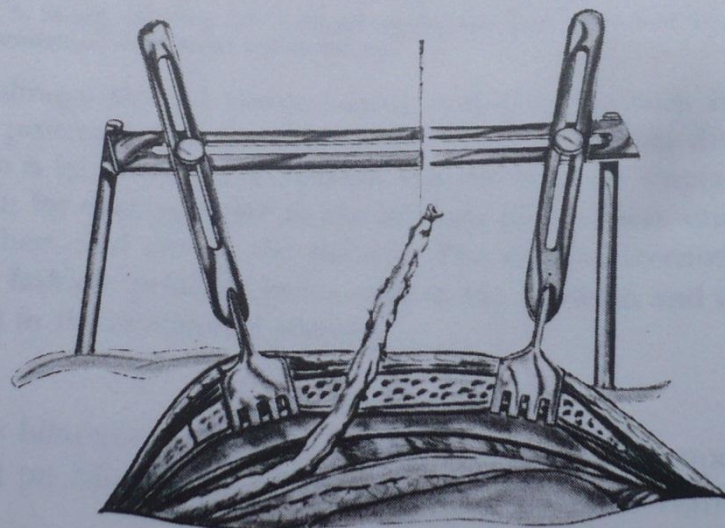
El candidato ideal para el primer caso debía ser un paciente joven, con lesión difusa, que hubiera desarrollado colaterales y tuviera un miocardio en buenas condiciones.

Fergusson (cardiólogo de la clínica), una vez más, le sirvió el candidato ideal en bandeja, ante la reticencia inicial de Effler. Le implantó la derecha en un túnel paralelo a la descendente anterior y la izquierda en la cara lateral. A los 10 meses se le realizó el primer estudio postoperatorio, y se visualizó la conexión de las dos mamarias a ramas de la coronaria izquierda.

Para realizar la disección de las mamarias había que levantar el esternón con unos separadores y aguantarlos a pulso durante toda la cirugía, tarea reservada, cómo no, a los residentes. Favaloro observó que rápidamente se quedaba sin residentes, pues era un trabajo duro realizar aquella maniobra. Así fue como **diseñó un** aparato con unas barras en las que se engarzaban otras que realizaba aquella acción. Es el **Favaloro retractor**, que se sigue utilizando habitualmente. Ya se disecan pocas mamarias para implantarlas en el miocardio porque esta técnica ha perdido vigencia, pero sí que se utilizan para la anastomosis mamariocoronaria, que se realiza con frecuencia.



**Fig. 2.** This special retractor is designed to lift the sternum and to expose the mammary artery. The operation can be performed with only one assistant.



**Fig. 3.** Sketch of dissection of the left internal mammary artery (Sewell technic) from connection with the inferior epigastric artery up to the origin in the apex of the chest.

*Cleveland Clinic Quarterly*

63

*Figura 41. Favaloro Retractor. Obsérvese cómo los dos "tenedores" tiran de la parrilla costal para exponer la pieza donde se disecciona la mamaria. De: Bilateral internal mammary artery implants. Operative technic-A preliminary Report. René Favaloro. Cleveland Clinic Quarterly. 1967(34).*

Favaloro operó a los 38 primeros pacientes sin mortalidad.



Se hicieron 100 implantes dobles de mamaria:

	<b>Obstrucción de arteria coronaria &gt; 90% con colaterales</b>	<b>Obstrucción &gt; 90% sin colaterales</b>	<b>Obstrucción &lt; 90%</b>
<b>Comunicaciones del implante abiertas</b>	50	27	20
<b>Comunicaciones no abiertas</b>	47	14	3
<b>Comunicaciones cerradas</b>	2	12	16
<b>Total</b>	99	53	39

*Tabla 11. Permeabilidad del procedimiento versus obstrucción requerida en la operación de Vineberg con implante doble.*

La lesión que menos se benefició del doble implante fue la obstrucción distal de la coronaria derecha.

Si la lesión era en la descendente anterior, la mamaria interna derecha era de elección para implantar mediante incisión mediana. Si el paciente era mayor de 60 años se realizaba una toracotomía izquierda pudiéndose utilizar la mamaria interna izquierda.

Si la lesión era en la circunfleja o porción distal de la coronaria derecha se usaba la mamaria interna izquierda a través de toracotomía posterolateral izquierda. Si el paciente tenía más de 60 años se practicaba una incisión mediana.

La **indicación** del doble implante era:

- Enfermedad difusa severa con afectación de:
  - Descendente anterior y circunfleja.
  - Descendente anterior y porción distal de coronaria derecha.
  - Descendente anterior, circunfleja y porción distal de coronaria derecha.

Era **criterio de exclusión** para un doble implante:

- Obstrucción del tronco de la coronaria izquierda mayor del 50%.
- Contracción miocárdica extremadamente pobre (se pueden intervenir pacientes con enfermedad difusa y severa pero que muestren una contracción miocárdica en el ventriculograma aceptable).

La **mortalidad** fue:

- Implantes simples: 4%
- Implantes dobles: 7,3% (los pacientes tenían lesiones más severas en la circulación coronaria y más tejido cicatricial miocárdico).

Los pacientes con importante obstrucción del tronco principal de la coronaria izquierda se benefician poco del doble implante, en este caso se prefería combinar procedimientos directos e indirectos.

	<b>Simple</b>	<b>Doble</b>
<b>Abiertos</b>	92%	95%
<b>Conectados a circulación coronaria</b>	60%	65%
<b>Abiertos en el miocardio pero no conectados a circulación coronaria</b>	30%	
<b>Cerrados</b>	5%	8%

*Tabla 12. Permeabilidad postoperatoria de los pacientes intervenidos con este procedimiento.*

Favaloro realiza algunas **consideraciones** basadas en su experiencia sobre algunos puntos del implante Vineberg:

- 1) Las razones de la permeabilidad y de que no se forme un hematoma en el músculo vienen dadas por:
  - Existencia de sinusoides miocárdicos.
  - Avance y retroceso de la sangre dentro del implante.
  - Compresión miocárdica rítmica, con la subsiguiente desfibrilación mecánica.
- 2) Las arterias al implantarse en el miocardio no deben sangrar libremente, es beneficioso que estén trombosadas en su extremo. No es bueno manipularlas para desobstruirlas, por los daños que se pudieran causar.
- 3) El mayor estímulo para el desarrollo de colaterales es la disminución de la presión arterial regional.
- 4) Los implantes se conectan a la circulación coronaria entre los 3 y los 6 meses de haberlos realizado. Por esta razón se observa que un buen porcentaje de la mortalidad tiene lugar los tres primeros meses tras la cirugía, cuando todavía no hay anastomosis.
- 5) El flujo que aporta el implante es aproximadamente de 28 ml/min. Considerando que el flujo de las coronarias es de 250 ml/min, el aporte extra que significa el implante no es nada desdeñable.
- 6) El implante perfunde el miocardio. Ésto era comprobado por evidencias angiográficas, cambios electrocardiográficos, protección contra la oclusión tardía, estudios de flujo y respuestas a fármacos.

- 7) El implante perfunde un área local, próxima a él. No se puede esperar que perfunda gran cantidad de miocardio ni regiones alejadas de él.

6.2.7. *Procedimientos simultáneos de revascularización miocárdica.*

Los más frecuentes que se realizaron fueron:

Procedimiento	Número de pacientes	Muertes hospitalarias
Injerto con vena safena + implante simple de mamaria interna	76	4
Aneurismectomía + implante simple de mamaria interna	26	5
Parche de pericardio + aneurismectomía	10	1
Parche pericardio + implante simple de mamaria interna	8	
Injerto con vena safena + aneurismectomía	5	1
Injerto de vena safena + doble implante de mamaria interna	5	

Tabla 13. Número, tipo y mortalidad del procedimiento combinado.

Con los procedimientos simultáneos la cirugía solitaria de Vineberg con implante simple o doble quedó prácticamente relegada.

En términos globales, la revascularización directa supera ya a la indirecta, de la que se hacen solamente un 10-15% de intervenciones.

#### 6.2.8. Procedimientos en la isquemia aguda (infarto de miocardio).

Favaloro pensaba en poder ofrecer una fuente de sangre oxigenada al miocardio infartado en las primeras horas postinfarto, y así aliviar o solucionar la isquemia de las células, con la técnica del bypass.

Siempre que podía bajaba a ver las autopsias, y con el anatomopatólogo había observado que aunque se presentara clínica y evidencia electrocardiográfica de infarto, las células no sufrían importantes modificaciones en un primer momento. Así que pensó que si a esas células se le aportaba sangre “fresca”, el fenómeno isquémico no terminaría con la vida del paciente.

El primer paciente fue intervenido siguiendo estas premisas teóricas en **Abril de 1968**. Un paciente que tenía una lesión severa proximal en la descendente anterior comenzó con clínica anginosa en planta en la Cleveland Clinic. El electrocardiograma confirmó el infarto de miocardio y los datos clínicos acompañantes que estaba en shock cardiogénico. Favaloro explicó a Sones su propuesta, ya que el paciente era suyo. Le realizó un bypass aortocoronario a la porción distal de la descendente anterior. La coronariografía posterior mostró una pequeña área de hipocontractilidad en la cara anterior.

<b>Fecha de procedimiento</b>	<b>Abril 1968 - Abril 1971</b>
<b>Número de pacientes intervenidos</b>	29 (3 fallecimientos en el postoperatorio inmediato).

<b>Tipo de procedimiento</b>	<b>Número de pacientes</b>
<b>Puente venoso a coronaria derecha</b>	6

<b>Puente venoso a descendente anterior</b>	6
<b>Puente venoso a circunfleja</b>	1
<b>Puente venoso a coronaria derecha y circunfleja</b>	1
<b>Puente venoso a coronaria derecha y descendente anterior</b>	3
<b>Puente venoso a diagonal y circunfleja</b>	1
<b>Puente venoso a descendente anterior y circunfleja</b>	4
<b>Puente venoso a descendente anterior con implante simple de mamaria interna</b>	1
<b>Puente venoso a descendente anterior y coronaria derecha y doble implante de arteria mamaria interna</b>	1
<b>Puente venoso a descendente anterior, coronaria derecha y circunfleja</b>	3

*Tabla 14. Procedimientos sobre procesos de isquemia aguda.*

12 pacientes fueron reevaluados en el intervalo de 2 semanas-4 meses. 11 de ellos tenían injertos permeables. No explica si la selección de esos 12 casos en esa serie fue al azar o según qué criterios.

Favaloro escribiría en el año 1999 que le sorprendía de sobremanera, 28 años después, la precisión del planteamiento teórico y las conclusiones que pudieron obtener con esa serie de 12 casos en la Cleveland Clinic<sup>112</sup>.

Sus trabajos en este sentido espolearon a más grupos a desarrollar esta línea, obteniendo escasa mortalidad y buenos resultados clínicos a corto plazo, además de menos mortalidad (27% versus 41%) que los tratados con fármacos, en seguimientos a 10 años.

Andando el tiempo, con la aparición de los fibrinolíticos y la angioplastia la indicación quirúrgica del infarto de miocardio quedó reducida a un pequeño grupo de pacientes.



*Figura 42. Favaloro en sus años mozos de la Cleveland. Archivo Fundación Favaloro.*

### 6.3. La Medicina Basada en la Evidencia y la obra de Favaloro.

Con el análisis de los datos y los casos se fue observando que la permeabilidad de los puentes de safena no era tan satisfactoria a largo plazo como pensaba Favaloro; algo de lo que él era en parte consciente y no ocultó, aunque algunos de los primeros resultados (propios) de la safena le fascinaron de sobremanera, y después se comprobaron poco consistentes. Insisto en lo de resultados propios porque los ajenos no le fueron tan favorables como veremos a continuación. No había duda de que había motivos suficientes para el entusiasmo, pero había que delimitar adecuadamente las indicaciones, y en eso la visión de Favaloro era demasiado laxa.

Después del nacimiento y la primera etapa de desarrollo de la cirugía de revascularización miocárdica (directa, se entiende), era necesario realizar estudios que validaran o refutaran estos tratamientos.

La Medicina Basada en la Evidencia estaba entonces en sus primeros albores. Recordemos que fue en el año 1971 cuando **Archie Cochrane** (el padre de la Medicina Basada en la Evidencia) publicó su primer artículo. A partir de entonces la manera de pensar y funcionar en Medicina y de aceptar o refutar los tratamientos cambiaría completamente.

En palabras de **Jose Francisco García Gutiérrez**, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Medicina Basada en la Evidencia en su nacimiento “le produjo a cualquier clínico del momento una urticaria generalizada, en la manera de unir la epidemiología y la clínica”. “La ciencia de la Medicina se lee y está en las publicaciones científicas, y eso es algo que no lo da el hecho de quién tú seas, por más importancia jerárquica que tengas o no”. Ante este hecho se imponía la necesidad de “alfabetizar metodológicamente a los médicos”<sup>113</sup>.

Favaloro ejemplifica bien esta molestia provocada por este nuevo modo de concebir la Medicina: “Ahora para entender muchas contribuciones, particularmente los ensayos clínicos randomizados, un médico tiene que ser un matemático. Reducción de riesgo y odds ratio no son suficientes, también curvas



de Kaplan, hazard ratio, regresiones proporcionales de Cox, propensity score, long rank test son necesarios. Ahora, el método Mantel-Haenszel modificado parece ser el más apropiado para organizar un metaanálisis”.

Dice: “los estudios randomizados han devenido en altas instancias científicas y a ellas se les ha otorgado una religiosa santificación”. Duda de si un resultado en un ensayo clínico puede ser aplicado a los pacientes. Comenta que los tratamientos de los pacientes con arterioesclerosis coronaria han cambiado tan rápidamente que incluso el más reciente dato de un gran estudio pudiera quedar obsoleto.

También expresa el temor de que los ensayos clínicos puedan sustituir a la sagacidad y al trabajo clínico, y que entonces el trabajo de un médico se convierta en el de una máquina, en consonancia con las palabras de Paul Wood.

Repasemos las 5 infantiles y acientíficas razones para descreer de la Medicina Basada en la Evidencia: porque a mí me funciona, porque siempre se ha hecho así, se está perdiendo la clínica, los pacientes no tienen ni idea, la Medicina es un arte, no una ciencia<sup>114</sup>.

Favaloro tenía mucho ímpetu por trasladar sus intuiciones sobre los efectos beneficiosos de la cirugía en la enfermedad coronaria a los pacientes, parecía haber olvidado que los avances en Medicina eran cuestión de décadas, y que los ensayos clínicos ponían al final a cada uno en su sitio. Por mucho que dudara o desconfiara de ellos, eran los que por ejemplo le habían dado un papel protagónico a la mamaria interna respecto de la safena.

En fin, se trataba de críticas débiles y primerizas a la Medicina Basada en la Evidencia, pero que ejemplifican el modo de pensar de muchos médicos que creen que ellos se inventan cada día la manera de hacer Medicina. Por el contrario, el modo de obrar en Medicina viene dado por el marco conceptual que imponen las pruebas, los estudios, los ensayos que sobre esa materia se han hecho. Por supuesto que luego hay que ser capaz de adaptar la evidencia al caso particular del paciente.

En esta cuestión concreta la desconfianza y rechazo hacia la Medicina Basada en la Evidencia no era una manera de negar la validez de esta herramienta, sino de

mostrarse en desacuerdo con ella porque no arrojaba los resultados que Favalaro esperaba. Si así hubiera sido no se hubiera cuestionado su validez. Y eso que la cirugía no salió tan mal parada de los ensayos, viendo las críticas furibundas que despertaba entre los cardiólogos. (VER ANEXO IV: ENSAYOS CLÍNICOS).

#### **6.4. Abordaje de los pacientes asintomáticos según Favalaro.**

En la época en la que no existía la Medicina Basada en la Evidencia la Medicina era una ciencia anárquica, de “cada maestrillo tiene su librillo”, cada uno hacía un poco lo que le parecía. Eso sigue ocurriendo, no porque la Medicina Basada en la Evidencia sea una herramienta que no vale, sino porque sobre algunos temas no existe criterio claro, sino disparidad de criterios.

La discusión sobre tratamiento quirúrgico versus tratamiento médico en la insuficiencia coronaria, que hemos repasado anteriormente, bien podría ejemplificar esta afirmación.

Debemos ponernos en el contexto de aquellos años, en la época en que se pensaba que en Medicina “cuanto más mejor”. Ahora el paradigma es “**menos y bien, es más**”.

Cada uno practica la Medicina influido verdaderamente por el paradigma, quiera o no, salvo excepciones muy contadas que hacen abrir perspectivas que dan lugar a otras eras y a otros escenarios.

En Medicina hemos aprendido a lo largo de los años que a los sanos en cuanto menos se les toque mejor. Programas de screening e intervenciones “preventivas” poblacionales o de segmentos amplios de población tienen éxitos variables; hay que tener cuidado porque una mala aplicación puede convertir a un sano en un enfermo, le podemos introducir en la “cascada diagnóstica y terapéutica”<sup>115</sup> y exponerle a tratamientos (médicos y quirúrgicos) innecesarios para la salud. En

Medicina es conocido que todas las intervenciones tienen efectos indeseables. Así que vale la pena identificar en cuáles de esas intervenciones conviene “arriesgarse” y en cuáles no.

Favaloro impregnó sus comentarios, artículos y enseñanzas de cierta **invasividad diagnóstica y terapéutica**. Qué si no. Era especialista y no generalista y además de eso cirujano, y además de eso cirujano cardiovascular. Abrir y cortar.

En su enfoque del manejo de los asintomáticos destaca que la enfermedad coronaria es la enfermedad silente (cuando alguien quiere meter miedo en una campaña a la población con alguna enfermedad porque tiene algún interés –no es el caso- nunca se olvida de calificarla de “enfermedad silente”, léase osteoporosis, diabetes, estadios precoces de los tumores, etc).

Comenta las posibilidades y porcentajes de que el infarto de miocardio se manifieste sin pródromos, sin dolor previo e incluso que la enfermedad coronaria debute con muerte súbita.

En su análisis considera **varios subgrupos** de pacientes a los que habría que “meter mano”:

- Pacientes que han tenido un infarto de miocardio: es un caso de prevención secundaria, nada que objetar.
- Pacientes con manifestaciones arterioscleróticas en territorios diferentes al coronario. Favaloro cuenta que desde 1972, a pacientes que son estudiados por ejemplo por una arteriopatía periférica, le hacen una coronariografía para despistar arteriosclerosis coronaria. Ni hay ninguna evidencia de esa práctica en las últimas décadas ni se conoce ese tipo de recomendación<sup>116</sup>. Hay estudios que avalan la no recomendación de esta práctica, como el realizado en EEUU en la Agencia de Veteranos y publicado en el New England en 2004<sup>117</sup>.

- Favalloro no sólo “angiografiaba” las coronarias en los pacientes que él entendía que eran de riesgo cardiovascular, sino que se atrevía también con las carótidas, la aorta abdominal, extremidades inferiores... ya en 1984, no en tiempos pretéritos. Y la comunicación (se entiende que con reafirmación de esas prácticas) se realiza en 1998 sin ningún tipo de debilidad ni fisura en el discurso.

“Si un paciente llega a la consulta por un padecimiento carotídeo, por un aneurisma de aorta abdominal o por obstrucciones de las arterias de los miembros inferiores, aunque no tenga sintomatología coronaria, al estudio cineangiográfico del territorio motivo le agregamos la coronariografía sin aumentar los riesgos”.

En cuanto se hace patente que se necesitan estudios que demuestren que esa práctica aumenta la supervivencia, esta indicación de la coronariografía se debilita.

- Pacientes con antecedentes familiares (no indica de qué, aunque se presupone que de cardiopatía isquémica o fallecimiento cardiovascular) o presencia de factores de riesgo cardiovascular como dislipemia, hipertensión o diabetes. Es un despropósito hacer un cateterismo a los pacientes con esas características; contraviene todas las recomendaciones de salud pública.
- Pacientes con enfermedad valvular asociada. En algunos casos sí que se hace una coronariografía, es un caso justificado.
- Pacientes con ergometría positiva en examen rutinario: ése es el primer error, que la ergometría no se indica como un examen de rutina, como al que le hacen una analítica. En mi periplo en Argentina he podido dar cuenta de la alegría con la que se hace esta prueba que en efecto tiene su utilidad para despistar enfermedad coronaria cuando hay sospecha. Realizarla de rutina en pacientes dislipémicos, o en pacientes jóvenes, o asintomáticos, para el chequeo... es un despropósito. Las pruebas con discretos valores

predictivos positivos aplicadas a pacientes con poca probabilidad preprueba sólo hacen que introducir al clínico en caminos y disyuntivas inadecuadas. Es un muy mal método de cribado ya que el número de falsos positivos es muy elevado.

### **6.5. Los detractores de la cirugía de revascularización miocárdica.**

Favaloro tuvo que batallar las bondades de la técnica que acababa de desarrollar. En estos primeros pasos la actitud más constructiva viene en doble dirección. Por un lado aplicarla con sentido común, responsabilidad, prudencia, en casos seleccionados e ir viendo, realizando un registro de los datos y de los casos.

Este cometido Favaloro lo realizó correctamente. Insiste mucho en ello a lo largo de sus comunicaciones. Sones, que tenía especial respeto por el paciente, lo exhorta contundentemente a este mandato.

Favaloro tenía el mismo respeto por el paciente que él, pero siempre defendió que la decisión de realizar esa técnica por primera vez y su puesta en marcha se debía al análisis cuidadoso de miles de coronariografías y de cada uno de los casos de los pacientes.

En el desarrollo de una nueva técnica o fármaco, y sobre todo de una técnica que presenta resultados razonablemente positivos en la puesta en marcha preliminar y en los primeros compases, tiene que haber un **equilibrio** entre el avance y las reticencias.

Igual de importante es no romper el equilibrio hacia el infradesarrollo de la técnica que hacia el supradesarrollo.

De supradesarrollo de técnicas y especialmente de fármacos está llena la Historia (sobre todo contemporánea) de la Medicina. Hay ejemplos verdaderamente dramáticos, como por ejemplo el caso de la terapia hormonal

sustitutiva. Lo realmente reprochable en una catástrofe así (20.000 casos de cáncer de mama en Reino Unido<sup>118</sup>) es que no sea el ímpetu del desarrollo y la democratización de la Medicina lo que prime como motor, sino el interés económico de una industria, la farmacéutica en este caso.

Nadie puede decir que el dinero contaminaba el espíritu de Favalaro y así lo demostró a lo largo de su vida. Siempre reclamó honorarios modestos para la clase médica y se dejó gran parte de su patrimonio en financiar su proyecto en Argentina.

Nunca aceptó, por ejemplo, los pagos por los servicios docentes y asistenciales como Profesor Asociado ni como Profesor Honorario de la Cátedra de Cirugía de Tórax y Cardiovascular de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Córdoba; donó ese dinero para el equipamiento de la Cátedra.

Así, se puede decir que la motivación que le recorría era intrínseca. Aparte de que lo que hiciera o dejara de hacer con el bypass tuviera que estar bien justificado científicamente, este aspecto es sin duda relevante.

En según qué casos la Industria Farmacéutica y otras relacionadas con la Medicina (alimentaria, tecnológica) han hecho mucho daño. Obviamente estas industrias son necesarias, imprescindibles; pero las relaciones a establecer siempre deben ser éticas, proporcionales y transparentes.

Favalaro también consideró este fenómeno a lo largo de su vida y obra.

En su relato como médico rural ya da testimonio de la presencia de visitantes médicos (¡y era 1950!) que dejaban muestras gratis en los consultorios para hacer promoción de sus productos. Era tal la cantidad de muestras que dejaban que a veces se podía medicar la hipertensión de un paciente con ellas. Este hecho fue observado con mis propios ojos también en 2010 en Bariloche.

Favaloro habla claro, como de costumbre: “La relación entre el profesional médico y la industria directamente conectada a nuestra actividad es altamente preocupante en nuestros días [...] involucra un peligro: que el profesional en particular se transforme en propagandista (con retribuciones económicas significativas) [...] distorsionando los resultados y alterando los datos estadísticos reales”.

También reconoce ya en el 92 que es cuando escribe el libro “De La Pampa a los Estados Unidos” que un buen número de médicos combaten e incluso militan para abolir estas prácticas.

Cuenta la anécdota de una charla inaugural en el Colegio Americano de Cardiología, donde el ponente presentaba un nuevo fármaco trombolítico y Favaloro lo escuchaba atento ya que le interesaba mucho el tema y había estudiado sobre ello. El disertante habló sobre los beneficios, pero cuando Favaloro esperaba que hablara sobre los efectos secundarios y las complicaciones del tratamiento la charla terminó. Alguien le dijo después que se le había pagado a ese médico 900.000 dólares en acciones del laboratorio fabricante del fármaco.

Por lo tanto, en este caso el interés por el desarrollo de la nueva técnica del bypass con safena es, al menos por parte de Favaloro y del resto del equipo en la Cleveland Clinic, meramente científico, lo cual es importante para poder revisar el caso con serenidad.

Contra este paso adelante hubo un muro de reticencias importantes, por parte de los cardiólogos más boyantes del momento. (ANEXO V)

## **6.6. Acogida en prensa del trabajo de Favaloro.**

Favaloro guardaba en el archivo de la Fundación artículos periodísticos de la época que hablaban sobre la recién conocida técnica.

Algunos supongo que explican su presencia allí por el encarnizamiento beligerante que vomitaban en contra de ella.

Un artículo de **John Peterson**, “New operation: a life prolongar or a killer?<sup>119</sup>”, que es una crónica de lo debatido en el Congreso Interamericano de Cardiología en 1972, lejos de presentar los datos y e incluso dudar de la efectividad de la técnica (lo que es muy lícito si el periodista así lo cree) dice cosas como: “el bypass venoso puede matar más gente que salvar”. Recoge unas declaraciones de Favaloro: “el bypass permanecerá abierto si lo está los primeros tres meses”. También evalúa la técnica poniendo el contrapunto en un médico anónimo que va relatando los casos de los pacientes jóvenes operados fallecidos y haciendo carnaza de ello, a la vez que se regodea en la tasa de mortalidad (0.2-2%) según sus datos. Destaca que el bypass es un procedimiento paliativo, no curativo, tampoco profiláctico. Recoge la visión de Favaloro según la cual todo hombre mayor de 40 años debía hacerse un electrocardiograma, y si presentaba alguna alteración en él someterse a un cateterismo, ya que el 80% de los infartos de miocardio se presentaban sin avisar. Una visión que parece en exceso agresiva, aunque habría que ver si él realmente dijo eso.

### **6.7. Algunos acontecimientos relevantes en la Cleveland Clinic.**

En la Cleveland Clinic Favaloro puso a su servicio todo su potencial. Comenzó acarreado a los pacientes para pasarlos de la camilla a la mesa de operaciones y ayudando en las labores propias del celador y de enfermería, hasta que Effler le fue dando competencias crecientes.

**Effler** fue figura clave en el devenir de Favaloro. Desde el principio le protegió de alguna manera y después toleró que le eclipsara, aunque Favaloro que era



humano, compasivo y también avisado, se esforzó por atribuirle quizá no sólo el mérito que le correspondía, sino un poco más.

De Effler destacaba su habilidad quirúrgica, pero también su preparación y su idoneidad para estar al frente de un equipo quirúrgico.

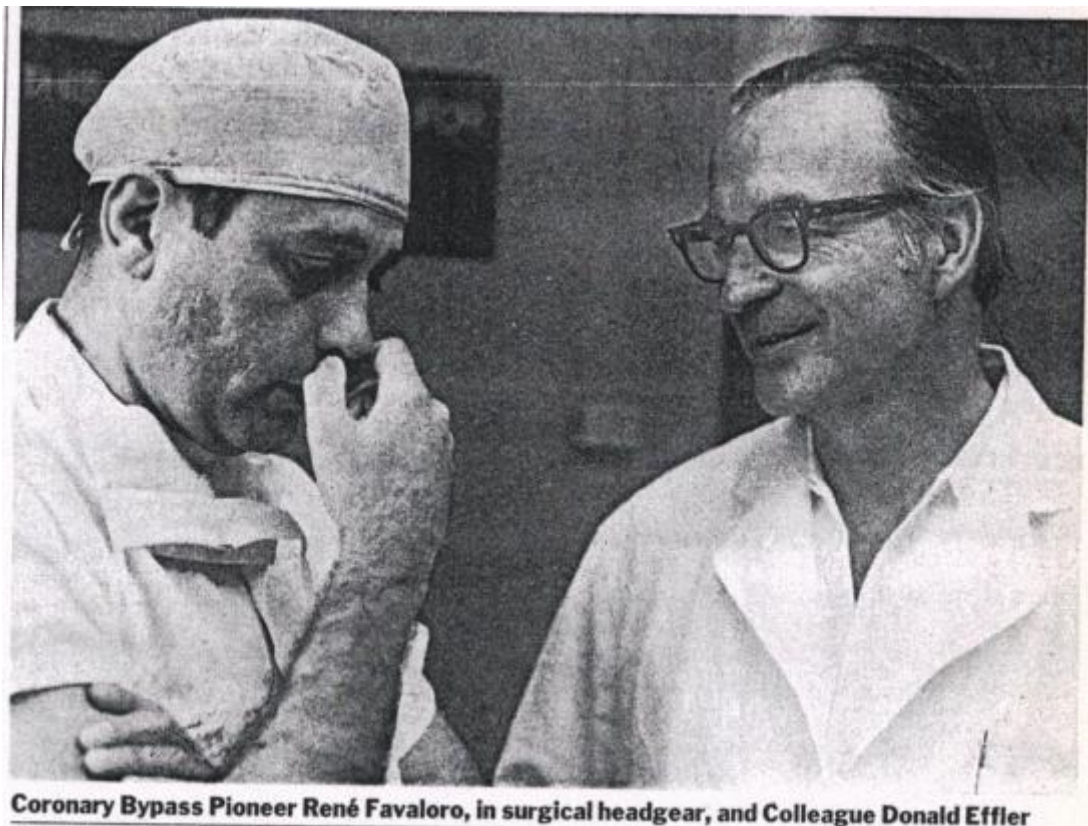
Favaloro disertó en varios de sus escritos sobre la figura de un **líder de un equipo quirúrgico**, que debía reunir una serie de requisitos según su manera de ver las cosas. Estas reflexiones son acerca de **Santas**, a quién sucedería por defunción como académico en la Academia Nacional de Medicina Argentina<sup>78</sup>:

- En primer lugar el jefe debe ser un hombre ético: debe conocer y practicar los principios fundamentales, inmutables, sobre los que se basa toda sociedad humana.
- El jefe es el director de un grupo y no el propietario del servicio (en la Fundación siempre decía: “la gente piensa que esto es mío. Ni un azulejo es mío”).
- Debe asumir la responsabilidad de sus errores y los de su personal, que le alcanzan como si fueran propios.
- La dirección debe ser ejercida con firmeza y con flexibilidad.
- Si dificulta o impide el surgimiento de cirujanos capaces, comete una injusticia y un error. No hay nada que contribuya más al prestigio del servicio (y por ende del jefe) que la actuación destacada de sus integrantes. Una condición básica para lograrlo es brindarles un ente planificado en el que puedan desarrollar al máximo sus aptitudes.
- El horario a tiempo completo es lo menos que puede destinarle. Es preciso imbuir a sus colaboradores en la idea de que tienen iguales responsabilidades que él, aunque su nivel de actuación sea diferente.
- Su único privilegio es tener mayores responsabilidades que los demás.

Realmente lo que subyacía debajo de esta propuesta era la diferencia entre:

- **Equipo multidisciplinar:** grupo de diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma independiente, valoran al enfermo por separado e interactúan entre ellos de manera informal. El ejemplo clásico es el grupo de profesionales que se reúnen para discutir un paciente en sesión clínica o un comité, por ejemplo, de tumores.
- **Equipo interdisciplinar,** que era lo que seducía a Favalaro: diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma independiente e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Pueden valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados.

Esas premisas fueron las que puso luego en práctica cuando lideró la Fundación y todo su proyecto.



*Figura 43. Favaloro y Effler. Pupilo y maestro. Luego el pupilo superó al maestro. De: Is the heart bypass necessary? Time. 1978. Archivo Fundación Favaloro.*

Effler no sólo en lo profesional sino también en lo personal ayudó a Favaloro en lo que pudo y facilitó de sobremanera su integración a la ciudad y a los Estados Unidos. Siempre estuvo pendiente de que viviera en un lugar confortable, y facilitó con sus conocimientos y contactos los cambios de residencia de los Favaloro a mejores moradas progresivamente.

Tuvieron lugar algunas anécdotas que Favaloro recuerda con pasión, como que Effler invitó a los Favaloro a una party en su casa con el resto de los miembros del equipo y Favaloro entendió mal (dificultades idiomáticas, se conoce) y se presentó una semana antes. Effler y su mujer, partidos de la risa, les pusieron un taxi a un restaurante italiano porque ellos habían quedado con otros amigos, y al abonar el importe el camarero le dijo a Favaloro que Effler había dado instrucciones para que fuera cargado a su cuenta.

También confió en Favaloro y su esposa para cuidar de su casa e hija mientras ellos estaban de vacaciones. Allí Favaloro aprendió mucho sobre la independencia de los hijos de las familias estadounidenses y la costumbre imperante de que los chavales hicieran pequeños trabajos para ganarse unas propinas con las que comprarse sus cosas. Le atraía mucho esa enseñanza que se proporcionaba a los jóvenes de que nada se consigue sin esfuerzo. Aun con estas costumbres bien establecidas, Favaloro confesaba que no dormía en toda la noche hasta que llegaba la adolescente.



*Figura 44. Favaloro y Effler, exhibiendo sus trofeos de pesca. Archivo Fundación Favaloro.*

En quirófano eran numerosos los encuentros y desencuentros de Effler y Favaloro, pues el contacto entre ellos en la mesa de operaciones era continuo.

En algunas ocasiones, Effler tenía que perdonar alguna complicación que surgía debido a las ganas de aprender de Favaloro y los residentes, como cuando tras dejarles canular Favaloro rasgó sin querer la pared posterior de la aurícula derecha.

En otras ocasiones era Favaloro el que se apuntaba algún tanto, como cuando instiló una solución rica en potasio en un corazón que no se desfibrilaba ni queriendo (solución de Sodi Pallarés) logrando “revivir” al paciente cuando Effler ya estaba hablando con la familia para prepararles para lo peor.

O cuando advirtió que tras el cierre de un defecto interventricular en una infante seguía pasando sangre venosa al ventrículo, con lo que Effler revisó de

nuevo y vio efectivamente que había un segundo defecto, más pequeño que el primero, que pasaba inadvertido.

O cuando pidió a Effler que explorara el espacio subfrénico porque sospechaba que un absceso en esa localización era el responsable de la mala evolución de un paciente, y aunque éste al principio se resistió (“¡Estos sudamericanos, siempre pensando en cosas raras!”), cuando punzó la cavidad y vio que efectivamente salía un pus cremoso, finalmente reconoció el acierto de Favalaro (“a veces estos sudamericanos aciertan”).

En otra ocasión el postoperatorio tórpido de un paciente fue interpretado por Effler como un taponamiento cardíaco, lo que requería una reintervención quirúrgica. Favalaro revisó la columna de la presión venosa y vio que un coágulo estaba impactado. Extrayéndolo, concluyeron que el requerimiento era el de perfundir más volumen, no el de reoperar.

En 1968 la insistencia de los propósitos y la manera de vivir entre continuos desafíos científicos de Favalaro, propicia la realización del primer trasplante de corazón en la Cleveland Clinic, que lleva a cabo él junto a otro compañero. La noticia se filtra a la prensa, que se hace eco con la foto de Effler como ejecutor del mismo. Cunde entre los profesionales implicados un rechazo a este robo de autoría, pero Favalaro recordó en ese momento todo lo que Effler había hecho por él. Lo relatado anteriormente y algunas otras cosas, como haber contribuido a que le aceptaran como fellow en el American College of Surgeons sin el requisito de haber cursado durante cuatro años la residencia en Cirugía General en Estados Unidos. También cooperó para que le aceptaran como miembro de la American Association for Thoracic Surgery cuando no poseía el Board en Cirugía Torácica ni Cardiovascular, por no poder tener previamente el Board en Cirugía General.

En sesión clínica con todo el personal de la Cleveland reunido, antes de dar de alta al primer paciente trasplantado de corazón y éste presente, habló Effler. Dijo que en ese momento la Jefatura de la clínica tenía un problema porque no

sabía si seguir llamándola Cleveland Clinic o cambiarle el nombre por el de Favaloro Clinic.



*Figura 45. Enternecedora foto que muestra la actitud de pudor de Favaloro ante los homenajes. Decía que cuando le alababan en público se sentía en su asiento “como un pollito mojado”. Entrega Doctor Honoris Causa. Universidad Tel Aviv. 1980. Archivo Fundación Favaloro.*

Effler escribe un interesante prólogo en 1971 al libro de Favaloro “Surgical Treatment of Coronary Arteriosclerosis” en el que destaca:

- La coronariografía enseñó mucho más de la anatomía que la disección tediosa.
- Las obstrucciones proximales al primer perforante septal son críticas, las distales no. Estas conclusiones que se van sacando no se podían extraer por la clínica o el electrocardiograma, la coronariografía ha resultado fundamental.

- Las obstrucciones en las coronarias siguen una distribución centrípeta, son más frecuentes las proximales (2/3 en la coronaria derecha y 1/3 en la izquierda), así que esto invita a puentear a los segmentos distales.
- La cirugía de revascularización miocárdica competía hasta el momento en desventaja, debido a los intentos previos que fueron fracasando poco a poco. Y debido a que el tratamiento viene después del diagnóstico. Hasta el momento la indicación quirúrgica emergía de la historia clínica (anamnesis y exploración), pruebas complementarias y de la intuición del cardiólogo. Sólo se podían evaluar los resultados de la cirugía con los parámetros supervivencia y mejora subjetiva del paciente.
- Hasta que un vaso no se obstruye en un 75% no existe gradiente patológico. Hasta que la reducción no es de un 85% no hay desarrollo de colaterales.
- El dolor obedece al mecanismo anaerobio en la región afectada.
- El equipo de la Cleveland interpretaba la angina como un síntoma de claudicación del ventrículo izquierdo, y a todo paciente que la tuviera o que presentara un equivalente anginoso le hacían una coronariografía. Dice que esto puede resultar agresivo pero que la angina es testimonio de peligro miocárdico. Añade: “la mente simplificadora del cirujano resuelve el problema de la isquemia miocárdica aumentando la perfusión coronaria hasta conseguir satisfacer la demanda funcional de sangre saturada”.
- En la Cleveland logran a través de la coronariografía el desarrollo de las técnicas directas e indirectas a partir de los procedimientos antiguos. Favaloro se da cuenta de la importancia del corpus quirúrgico previo y tiene la habilidad de rescatar la tradición anterior y trabajar los nuevos descubrimientos sobre ella.
- Effler da aquí una de las claves: “somos más bien oportunistas que tuvimos la suerte de estar en escena cuando el diagnóstico práctico de la enfermedad se hizo realidad. Fue simplemente una cuestión de encontrar técnicas para explotar una situación clínica sin precedentes”. Si ellos tuvieron esa suerte, Favaloro tuvo doble suerte.
- Lo que tiene la safena es que otorga inmediata revascularización, mientras que la mamaria en la operación de Vineberg tarda un tiempo en atraer a las colaterales.

- Enuncia la necesidad de simplificar y estandarizar las técnicas quirúrgicas para que se puedan realizar en cualquier parte, y no en unos cuantos centros seleccionados. A esa tarea se encomendó con fuerza Favalaro.
- Antes de llegar Favalaro los pasos en cirugía de revascularización en la Cleveland eran dubitativos y torpes.
- Destaca que los cirujanos visitantes solían sentirse atraídos por el quirófano y la unidad de cuidados intensivos, pero que Favalaro se mostró fascinado por el archivo de coronariografías.
- Destaca su intensa autoeducación, y con razón; Favalaro tenía un fuerte componente autodidacta.
- Effler dice que Favalaro fue para él el residente soñado que todo tutor quiere tener, y que sólo se da una vez en la vida.
- Es ya imposible hablar del tratamiento quirúrgico de la enfermedad coronaria sin considerar los trabajos de Favalaro.

No debió ser fácil la posición de Favalaro cuando se convirtió en el protagonista y en la estrella del equipo siendo un recién llegado de fuera, de Sudamérica. Afortunadamente Favalaro tenía grabado a fuego el respeto a los orígenes, como ya hemos comentado a lo largo del relato, y también la humildad, lo que facilitó considerablemente las cosas.

Jamás se observó en él un gesto de querer oscurecer ni desplazar la figura de Effler, sino todo lo contrario. Una de las máximas de Favalaro era que los éxitos en Medicina no eran individuales, sino colectivos. Decía que era muy importante hacer grupo y compartir con todo el equipo (enfermería, auxiliares, personal de mantenimiento, señoras de la limpieza...) una taza de café o té en una misma sala después de la cirugía o de la jornada para comentar las incidencias del día y “hacer piña”. Comentaba que para obtener buenos resultados quirúrgicos todo el equipo debía actuar conjuntamente, como una gran familia.

Aunque fue muy ambicioso científicamente, nunca detentó el poder ni se dejó arrastrar por el ego.



En 1965 Favaloro sopesó la posibilidad de volver a la Argentina. En una visita concurre a un par de servicios de Cirugía Cardiovascular de Buenos Aires, donde mostró el trabajo novedoso que estaba realizando en Cleveland. Sintió que su presencia extraña era vista por los compañeros argentinos como una afrenta, por lo que se le quitaron las ganas de seguir intentándolo y decidió continuar en Estados Unidos.

Dice: “cuando mis jefes (en Estados Unidos) captaron mi potencial enseguida me brindaron todo lo necesario para que creciera profesionalmente. Acá (por Argentina) es al revés. Basta que alguien se eleve un poco sobre la mediocridad y ya hay diez que tratan de hacerle zancadillas. Es que la presencia de un ser dotado lastima la vanidad del infeliz. Es como si el contraste pusiera en evidencia su inferioridad”<sup>120</sup>.

Dice Federico Pégola: “No nos olvidemos que en nuestro país y en Medicina sigue siendo importante la portación de apellido y quizás lo que no le perdonen a Favaloro es haber sido el hijo de un inmigrante italiano y de una humilde modista”<sup>121</sup>.

Le dice a Effler en su carta de despedida: “Médicos brillantes vienen a este país (por Estados Unidos) en busca de educación de posgrado. Después de dos o tres años de excelente entrenamiento vuelven a la Argentina para encontrar sólo indiferencia. Los “maestros” no pueden aceptar nuevas ideas. Algunos regresan a los Estados Unidos y otros permanecen aletargados, rodeados de frustración”.

Si se hubiera quedado finalmente en Buenos Aires en el 65 probablemente no hubiera desarrollado el bypass, o quién sabe.

Así las cosas, Favaloro vivía entre dos posiciones. Por un lado, respeto institucional y jerárquico en su servicio de la Cleveland y por otro lado libertad para hacer, deshacer, explorar nuevos caminos y desarrollar sus potencialidades. Algunos jefes como Crile, le animaron a que fuera así cuando fue integrado en el Staff de la clínica como miembro de pleno derecho.

Pérgola escribe unas palabras en su libro de Historia de la Cardiología Argentina que vienen a ilustrar muy bien este modo de docencia tan contrapuesto al de Argentina, y por el que Favaloro se sentía tan seducido: “Abogaba este libro por la aplicación del tiempo completo (full time), ese ideal universitario germánico o estadounidense. Con referencia al mismo tema diría posteriormente que para que el full time sea verdadero es necesario concentración mental y tranquilidad, y estar a salvo de angustias económicas, no estar aplastado por tareas burocráticas o por demasiadas clases y comisiones, encontrar ambiente intelectual estimulante, disponer de recursos suficientes (instrumentos, drogas o animales) y de una biblioteca al día. Ésta última es fundamental y baste ver que una biblioteca universitaria no está al día para poder afirmar que esa Universidad no es un centro activo de investigación. Es una cualidad feliz de ciertos pueblos (Alemania, Estados Unidos) la de aplicar inmediatamente las nociones científicas. En países latinos hay más espíritu de rutina e inercia, por lo que a veces las ideas veneradoras o revolucionarias suelen ser combatidas reaciosamente”.

**Roberto Favaloro**, el sobrino de René, destaca en mi opinión acertadamente una cualidad de Effler con una palabra: (era un hombre) flexible. Cuando me vi con Roberto y su hermana Liliana les trasladé una de las cosas que más me había llamado la atención de la investigación de campo, y era que la enfermera Dora, de Jacinto Aráuz, me dijera que ya Favaloro en la segunda mitad de la década de los 50 les había manifestado que pensaba utilizar la safena para revascularizar (aunque él dejó escrito que la idea le surgió en el inicio de 1967). El hecho de que concibiera la idea del bypass ya en Aráuz también está recogido en el libro de Carlos Penelas. Roberto me dijo que no lo creía plausible, porque si así fuera no iban a dejar fallecer a 14 pacientes (lesión en tronco común de la coronaria izquierda) interviniéndolos con la técnica del parche de pericardio.

A mí esta reflexión me pareció atinada en su momento, pero luego pensé que el parche de pericardio era la gran línea de investigación y desarrollo de Effler cuando Favaloro llega a la clínica, y evidentemente él no iba a contradecir a su jefe y a imponer sus ideas cuando era un observer sin competencias, o un fellow raso.

Los colaboradores y gente cercana destacaban que la cabeza de Favaloro era un constante hervidero, siempre con nuevas ideas. “¿Hasta cuándo René? ¿Hasta dónde quieres llegar?” Siempre dijo que él no podía vivir sin desafíos, que el día en que se acabaran habría llegado el momento de morir.

**Julio Bonis** retrata muy bien en la lista de distribución “MEDFAM” de médicos de familia estos caracteres como los de Favaloro a los que llama “**cerebros de obra**”, que ejemplifican las enseñanzas que Crile había intentado transmitirle:

“Beatriz Muñoz-Seca explica muy bien la diferencia entre la mano de obra y los cerebros de obra: al cerebro de obra no sólo le gusta que le fustigues con el látigo sino que si no le das latigazos se aburre y deja de trabajar.

Dar con el látigo al cerebro de obra significa ofrecerle retos que le entusiasmen; teniendo en cuenta aquello que dijo el fundador de Apple: "No tiene sentido contratar a personas inteligentes y después decirles lo que tienen que hacer. Nosotros contratamos a personas inteligentes para que nos digan qué tenemos que hacer."

Si se abandonan los retos y te quedas con "lo cómodo", es cuestión de tiempo que tu organización se vacíe de cerebros de obra y se llene de "mano de obra", que cumplirán con el horario estricto de 8 a 3 y dejarán el cerebro en casa antes de ir a trabajar. La consecuencia lógica de este proceso de metamorfosis del encéfalo en gelatina es que la gerencia te trate como mano de obra y empiece a decirte lo que tienes que hacer por ejemplo a través de contratos programa, indicadores y finalmente algoritmos corporativos. Y ¡ojo!, la mano de obra lejos de quejarse se sentirá cada vez más confortable”.

Favaloro decía: “a mí no me preocupa el cirujano al que le tiemblan las manos, me preocupa al que le tiembla el cerebro”.

Una vez que pasó a ser Staff de la clínica puso en marcha algunas actividades para colaborar a su desarrollo.

Respecto a la cartera de servicios, impulsó el **programa de trasplantes**. Ya hemos dicho que logró realizar en el 68 el primer trasplante de corazón de la Cleveland.

En la clínica había un grupo de profesionales que tenían alguna experiencia en trasplante, pues se habían realizado trasplantes de riñón anteriormente. Se dominaba lo concerniente al rechazo y se poseía suero antilinfocítico, que pocos centros lo tenían. Favaloro confiaba en el potencial de la clínica para desarrollar el programa. Sus jefes Effler y **Groves** eran indiferentes al tema y Sones contrario, porque temía que esa nueva actividad fuera a desviarles de los pacientes coronarios.

Favaloro se las ingenió para que el plan fuera aprobado por la Jefatura de la clínica. Al primer trasplante de corazón le sucedió otro y el plan fue abandonado. Favaloro se lamentaba de la gran oportunidad perdida.

Otra línea de trabajo que siempre entusiasmó a Favaloro fue la de los órganos artificiales. Por entonces en la Cleveland **Kolff** estaba haciendo un gran trabajo al respecto. Uno de los programas, el de corazón artificial, para poder ser desarrollado necesitaba de un cirujano cardiovascular, por lo que Favaloro fue llamado para el puesto. Allí profundizó en esta tarea y en su relación con Kolff. En su regreso a Argentina, Favaloro quiso rescatar junto a su colaborador Ricardo Pichel este programa y estas líneas de trabajo, como luego relataré más detenidamente.

La expansión de Favaloro en la Cleveland Clinic fue conceptual, científica, médica... pero también buscó y colaboró en el **crecimiento de las estructuras físicas y en su gerenciamiento**. Al igual que en Jacinto Aráuz, estaba ávido por ampliar la clínica para dotarla de nuevos servicios, con la salvedad de que en este caso no era dueño del chiringuito.

Junto a Effler diseñaron una ampliación del Departamento de Cirugía Cardiovascular a expensas del área de Ginecología y Obstetricia. Las salas de partos se transformarían en quirófanos y las salas de postparto inmediato en salas

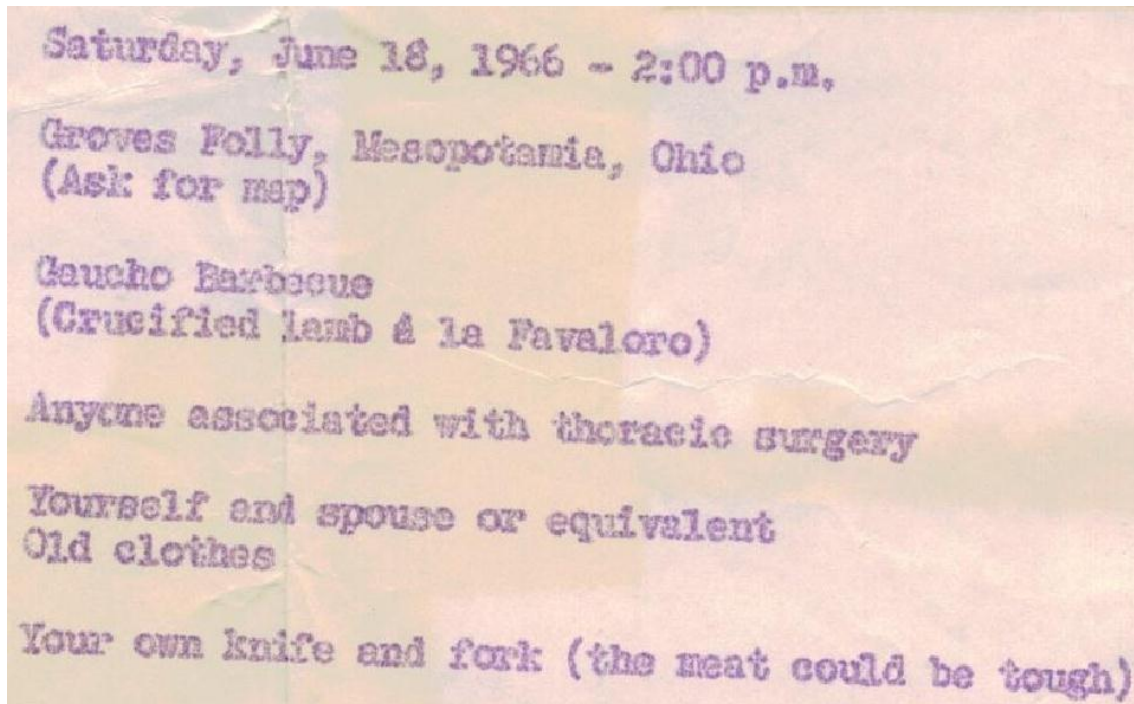
de postoperatorio. Estaban seguros de que la alta presión asistencial justificaría un incremento de la actividad a la que la ampliación física contribuiría.

Se diseñó con la participación de Favalaro un sistema de intervención en cadena donde el paciente era inducido (anestesia) en una sala contigua al quirófano y donde era preparado para ser intervenido en cuanto llegara a quirófano. Así se logró minimizar el tiempo entre cirugía y cirugía a media hora aproximadamente. Se lograban operar 10 pacientes al día en los tres quirófanos.

La sala postoperatoria estaba justo al lado de éstos, lo que también facilitaba mucho las cosas. Los pacientes que pasaban ya a planta y los que esperaban para ser intervenidos estaban ubicados en el mismo nivel. Dice Favalaro que este sistema funcionó bien y que lograron reducir la morbimortalidad.

Un aspecto que le gustaba a Favalaro destacar y con el que disfrutaba especialmente era con las **reuniones sociales** de la Cleveland Clinic. A todos los inmigrantes les invade a menudo el sentimiento de soledad, no solamente porque echen de menos su tierra, sino porque no suele ser fácil hacer nuevas relaciones en el país de destino. En la Cleveland Clinic existía la tradición de realizar ciertas reuniones sociales periódicas que los miembros del Staff se iban turnando para organizar.

Favalaro, como muestra de agradecimiento por la acogida brindada, se ofreció para preparar un típico asado argentino en su nueva casa. Confeccionó él mismo con barras metálicas y otros elementos los asadores, en el subsuelo de la Clínica, con uno de los operarios. Yo siempre he pensado en mi imaginario personal y fuero interno, que al igual que aprendió a ser cirujano siendo carpintero, diseñó el Favalaro retractor aprendiendo a construir asadores y a unir sus barras con pasadores, tuercas y alambres. Se aprovisionó de carne y bebida para 100 personas. Favalaro disfrutó viendo a los demás gozar con sus maneras de cocinar y de servir las viandas. Tuvo tanto éxito que **Crile** le pidió que se ocupara de la comida anual de todo el Staff de la Cleveland Clinic, que se solía celebrar en un restaurante. Dice que cocinó para la ocasión varios corderos y costillares, 550 chorizos y 40 kilos de mollejas.



*Figura 46. Los asados de Favaloro se hicieron muy populares entre el personal de la Cleveland Clinic. Incluso cuando eran otros los que invitaban en su casa pedían a Favaloro que hiciera de asador. En la imagen, invitación de Groves a su casa incluyendo en el menú: Barbacoa Gaucha. Cordero crucificado a la Favaloro. Archivo Fundación Favaloro.*

Entre los documentos del archivo de la Fundación Favaloro hay algunos realmente conmovedores.

Una carta de un paciente que había sido operado por él en Cleveland dice así:

“Estimado señor y amigo:

Estaba pensando como fuera posible agradecerle en lo suficiente, el haberme obsequiado una vida nueva, por su adiestramiento y conocimiento en lo que se refiere a mi recién operación.

Un amigo de viaje, que ya ha hecho muchos viajes a su país natal (Argentina) sugería que un recado de agradecimiento en su propio idioma, será algo de novedad y a su gusto. Él ha compuesto mis pobres pensamientos al respecto.

Usted preocupado con sus problemas técnicos, quizás nunca entenderá por completo, lo que pasa en el seno de los que beneficiara de sus labores y no es posible que yo lo expresara, sino por medio una cartilla de gracias. Dios le bendiga,

Su amigo”.



*Figura 47. Favaloro en acción. Cleveland Clinic. Archivo Fundación Favaloro.*

## **6.8. La concepción humanística de Favaloro.**

Favaloro gustaba de conversar con los pacientes, y dado el espíritu docente que llevaba dentro, le agradaba explicarles bien lo que iba a hacer o había hecho en el

quirófano, para que ellos lo entendieran. Le gustaba dibujarlo en un papelito que solía entregarles. Un día en Miami, al volver al hotel de dar un curso le comunicaron que le habían llamado. Favalaro devolvió la llamada, y era un paciente al que había operado en Cleveland y que conservaba sus dibujos, que se había enterado por la prensa de su presencia allí, y que le agradecía enormemente lo que había hecho por él, comentándole que le iba a mandar el papel al hotel para que lo conservara como recuerdo.

Le gustaba “**semblantear**”, como decía él, mirar a la cara al paciente antes de operarlo, y tomarle el pulso. Si no no le operaba. Decía que uno comienza a curar al paciente cuando le da la mano, citando a **Marañón**. Que el paciente no es sólo la enfermedad, que es su alma.

Dice: “En la Medicina cuando uno ha tenido un paciente grave, y se ha luchado junto a él, y uno ve que se va caminando y se junta con su familia, se siente una satisfacción espiritual muy grande. Esos momentos tienen un profundo contenido espiritual, mucho de poesía. Esta profesión tiene en sí un hondo contenido humanista”.

Dice que a veces una operación se complicaba y que era ahí donde se veía la verdadera dimensión del cirujano, donde había que desplegar una cierta capacidad de improvisación. En este sentido se podía establecer una analogía con la Fundación. Cuando las cosas vinieron cuesta arriba era cuando había que poner toda la carne en el asador.

Sufría con cada uno de los pacientes; decía que si el cirujano llegaba a un día en que no sufría tendría que dejar caer el bisturí y decir Chau!

No se cansaba de decir que el paciente era el único privilegiado.

## **6.9. El relato de algunas muertes cercanas.**



Hay hilos conductores que unen unas y otras fases en la vida de Favalaro, y que se van expresando en cada una de sus etapas vitales con las peculiaridades de éstas.

Uno de estos elementos es la vivencia de algunos fallecimientos de médicos amigos y cercanos.

La primera vivencia que describo en este sentido es la del **Doctor Rossi**.

Rossi fue su profesor de Clínica Quirúrgica en la Facultad y sentía por Favalaro un cariño especial, que se había conservado a lo largo de los años. Favalaro le escribía desde Estados Unidos de vez en cuando y prometió ir a visitarle en su última carta. No pudo ser. Rossi falleció en 1969.

En el archivo de Favalaro se encuentra una carta de Rossi a Favalaro:

“La Plata 1/1/1963

En más de treinta años de cátedra muchos alumnos han pasado sin dejar un recuerdo de ellos (eran del montón). Pero de aquellos alumnos que fueron brillantes y talentosos como usted, no los he olvidado, por eso al leer su carta me produjo una intensa emoción y explica los grandes progresos realizados en conocimientos médicos y especialización quirúrgica. Por eso lo felicito, y mucho esperamos de usted ya que su capacidad le permite un brillante futuro.

Esperando verlo alguna vez lo saluda”.

Andando el tiempo, Favalaro operó a su hijo de una grave enfermedad cardíaca. Lo hizo sin cobrar. La familia fue a visitar a Favalaro para darle en señal de agradecimiento y pago la medalla de oro que la Facultad entregaba a los profesores titulares, y que conservaban herencia del viejo Rossi. Favalaro les dijo que lo agradecía en el alma pero que de ninguna manera podía aceptar ese regalo, que pertenecía a la familia. Una de las hijas insistía diciéndole que él era como otro hijo para su padre. Favalaro se negó a aceptarla.

Días después la recibió en un sobre con unas líneas manuscritas por la familia.

La segunda muerte que Favalaro vivió como un desgarró fue la de Rachou Vega, el médico que le precedió en Jacinto Aráuz.

Favalaro le visitaba diariamente en la fase de su final deterioro y fue testigo directo de sus últimos meses. Aunque durante la etapa de lucha contra la enfermedad Rachou ignoraba de alguna manera la gravedad de la misma, quizá como mecanismo de escudo, al final era plenamente consciente de lo que sucedía y de alguna manera se abandonó sabedor de la lucha asimétrica. Su familia decidió trasladarlo a Buenos Aires nuevamente, para intentar lo que era imposible. La noche antes de que se fuera, Rachou dio los últimos consejos a Favalaro respecto a los pacientes, de los que seguía ocupado y preocupado hasta el final.

“Nos estrechamos la mano largamente, nos miramos a los ojos sin hablar y a pesar de decirnos “hasta la vuelta” los dos sabíamos que ésa era la última vez que sentiríamos, a través de nuestras manos apretadas, toda la profunda amistad y el afecto que mutuamente nos profesábamos”.

“Al llegar la noticia de su muerte sólo pensé que se había ido un hombre excepcional, íntegro, transparente, que había vivido siempre para sus pacientes más que para sí mismo y que mi obligación era seguir sus pasos y completar la tarea, creando el centro asistencial que tanto necesitábamos”.

La última crónica, y quizá la más dolorosa para Favalaro, fue la de Sones.

Favalaro y Sones tuvieron una estrecha relación, fruto de las horas pasadas juntos en aquel sótano. También porque Favalaro tenía mucho que agradecer a Sones. Si Favalaro hizo el bypass de safena fue por los conocimientos adquiridos junto a él, revisando el archivo de 16.000 coronariografías. El carácter afable y docente de Sones hizo el resto.

Sones era un trabajador nato. Hipotecó su vida entera en favor de la pasión del trabajo. También tenía un temperamento temible, y en las reuniones científicas a

menudo perdía los papeles, y decía palabrotas y todo. Favaloro cogió la costumbre de sentarse a su lado en ellas, para intentar frenarle cuando se encendía, posando la mano en su rodilla y apretándola. Era terco. Esa terquedad del que ha pasado demasiado tiempo musitando sus conocimientos y convicciones, que los tiene tan arraigados que le cuesta mucho desprenderse de ellos, aunque sea parcialmente, para ponerse en la posición del otro.

Para defender las bondades de su técnica hizo a su segundo, Earl Shirley, que le cateterizara. Un Palomares cardiológico. Tuvo que luchar mucho contra los cardiólogos conservadores que no querían considerar las nuevas ideas que Sones defendía. Se dejó la vida en aquel cuartucho. También se dejó los ojos, las radiaciones le provocaron unas cataratas de las que tuvo que ser intervenido.

Favaloro evoca de manera detallada el viaje que realizaron por el norte de Italia hasta llegar a Roma, entre una y otra reunión científica. Y por sobre todo el entusiasmo de Sones, que se emocionaba con todo lo que veía, especialmente con lo concerniente a la naturaleza y a los paisajes. “Creo que por primera vez los ojos de Mason estuvieron iluminados por el sol, que reemplazó con ventaja la luz de las lámparas de las salas de cateterismo”.

Este viaje terminó en Madrid, en la Clínica de la Concepción, donde la Fundación Conchita Rábago de Jimenez Díaz le entregó una distinción (1982).



*Figura 48. Favaloro en la Jimenez Díaz (Madrid). Única visita y foto que he encontrado de Favaloro en España. Archivo Fundación Favaloro.*

Sones nunca encajó bien la marcha de Favaloro a Argentina, ya que pensaba que les quedaban muchos proyectos por hacer juntos, y así se lo hizo saber claramente.

Favaloro regresaba periódicamente a Estados Unidos.

En 1985, con el cáncer de pulmón de Sones de fondo (dos veces intervenido quirúrgicamente y extendiéndose sin remisión), éste llamó a Favalaro porque quería ir a visitarlo. El tiempo pasaba y Sones no volvía a llamar, hasta que Favalaro llamó de vuelta y supo que el estado de Sones había empeorado tanto que no podía desplazarse un viaje tan largo ya. Así que fueron Favalaro y su mujer los que viajaron a Estados Unidos.

Lo encontró muy deteriorado físicamente aunque conservaba aún la lucidez mental. Recordaron las viejas batallas de la Cleveland. El último día de su visita se despidieron, sabiendo que era el final.

“Nos miramos mientras permanecíamos en silencio. Después nuestras figuras se esfumaron por las lágrimas que vertían nuestros ojos. Alcancé a decir:

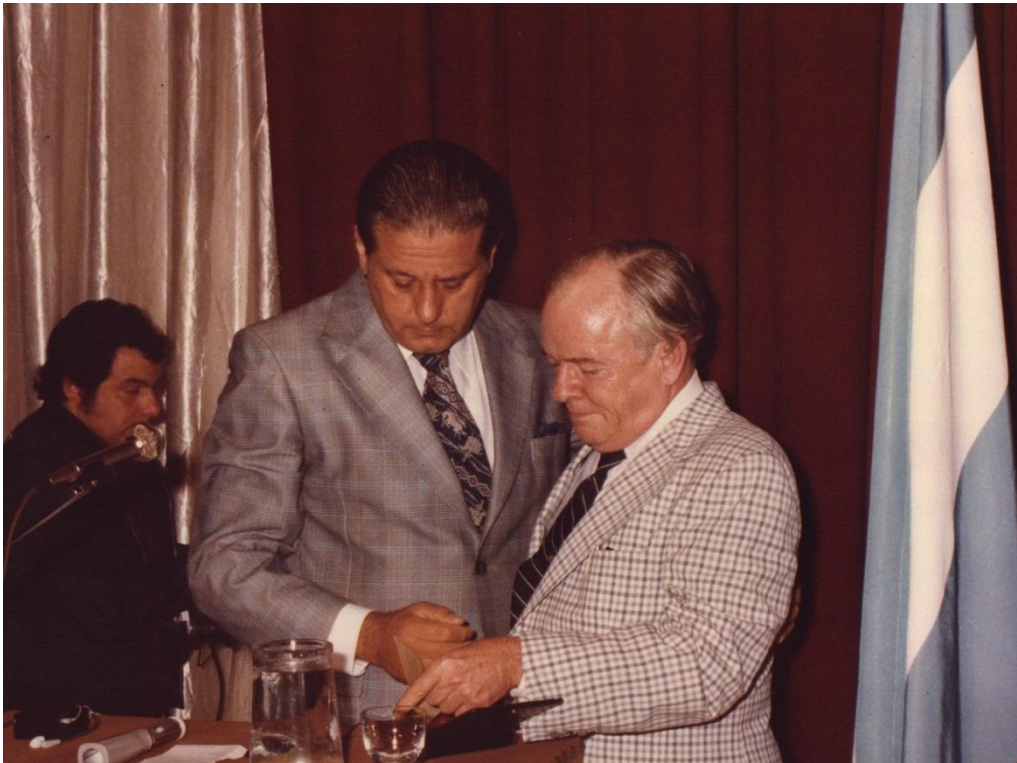
- Bueno, no nos pongamos así, de cualquier manera nos encontraremos otra vez en el cielo.

Mason respondió:

- ¿Tú crees, René? Yo tengo mis dudas.

Un largo abrazo sin consuelo fue nuestra postrera despedida”.

“En verdad Mason no ha muerto, pues tiene muy bien ganado un lugar definitivo en la Historia de la Medicina y de la Cardiología en particular. Será siempre recordado por sus contribuciones, que abrieron las puertas de un mundo nuevo con la cinecoronariografía”.



*Figura 49. Favaloro y Sones. La albiceleste de fondo. Archivo Fundación Favaloro.*

### **6.10. La despedida de la Cleveland Clinic.**

Favaloro decide dar por terminada su etapa en la Cleveland Clinic cuando estaba en lo más alto. Tenía el puesto asegurado y la vida resuelta. Era 1971 y tenía 48 años.

Decía que en varias ocasiones sus compatriotas en congresos en el extranjero o en visitas a la Argentina le habían animado a que volviera, aunque según mi visión el deseo y el proyecto nacieron de él.

Tenía varios motivos para volver: la ilusión de construir un centro de alta complejidad que ofreciera servicios en Cirugía Cardiovascular, atender a la población sin distinción de clase social, la investigación... pero **el principal era la docencia**. Formar a profesionales, preferentemente latinoamericanos, que regresaran a sus países de origen a prestar servicios en Cirugía Cardiovascular,

donde los pacientes que no tenían plata morían simplemente sin remisión, y los adinerados debían viajar al extranjero para operarse.

Alguien podría objetar que qué sentido tenía esperar que un cirujano cardiovascular de un país latinoamericano fuera a prestar sus servicios a la comunidad, si tenían sistemas sanitarios orientados al mercado, si la sanidad pública era mera beneficencia y si había segmentos de población con dificultades para el acceso (no era universal). Y tendría razón.

De hecho, el objetivo de servir a la comunidad, “a toda la comunidad” como enfatizaba Favalaro, se convirtió en una quimera en cuanto la Fundación echó a andar.

Es conocido y previsible el momento en la carrera del médico en el que éste, que se había hecho médico para cambiar el mundo, se da cuenta de que siendo médico no se cambia el mundo. Como mucho, si tiene maña y ganas, puede cambiar el mundo de sus pacientes. Si aún le queda algo del impulso inicial, lo que no es la norma, se da cuenta de que para cambiar el mundo debe transitar un camino adicional. Lo más normal es incursionar en la política, o en la política sanitaria, o al menos en el gerenciamiento sanitario, o en el campo de la Medicina Preventiva y Salud Pública, o en el de la Cooperación Internacional.

Es conocida y repetida la visión de **Virchow**: “la Medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la Medicina en gran escala”. “Los médicos son los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales caen, en su mayor parte, dentro de su jurisdicción”.

Favalaro quiso cambiar el mundo por un camino también muy noble y acertado: el de la educación. Dedicó gran parte de su vida y todo su esfuerzo a un cometido que debiera realizar el Estado. Aunque es cierto que los que luchan por cambiar el mundo no hacen otra cosa sino ofrecer con su trabajo y con su vida todo su esfuerzo e inteligencia para solucionar un problema que debiera solucionar el Estado.

La carta de despedida que escribe a Effler alumbra todos sus sentimientos, deseos, expectativas y razones:

“Querido doctor Effler:

Como usted sabe, no existe Cirugía Cardiovascular de calidad en Buenos Aires. Los pacientes se van a diario a Sao Paulo o a los Estados Unidos. Algunos tienen suficiente dinero para viajar, pero otros deben realizar tremendos esfuerzos económicos (un paciente tuvo que vender su casa). La mayoría no puede siquiera pensar en venir. Mueren lenta pero inexorablemente sin acceder al tratamiento adecuado.

Médicos brillantes vienen a este país en busca de educación de posgrado. Después de dos o tres años de excelente entrenamiento vuelven a la Argentina para encontrar sólo indiferencia. Los “maestros” no pueden aceptar nuevas ideas. Algunos regresan a los Estados Unidos y otros permanecen aletargados, rodeados de frustración.

Una vez más el destino ha puesto sobre mis hombros una tarea difícil. Voy a dedicar el último tercio de mi vida a levantar un Departamento de Cirugía Torácica y Cardiovascular en Buenos Aires. En este momento en particular, las circunstancias indican que soy el único con la posibilidad de hacerlo. Ese Departamento estará dedicado, además de a la asistencia médica, a la educación de posgrado con residentes y fellows, a cursos de posgrado en Buenos Aires y en las ciudades más importantes del país, y a la investigación clínica. Como usted puede ver, seguiremos los principios de la Cleveland Clinic.

El dinero no es la razón de mi partida. Si así lo fuera, tomaría en consideración las ofertas que de continuo recibo de diferentes lugares de los Estados Unidos. El propósito principal es desarrollar un Departamento bien organizado donde pueda entrenar a cirujanos para el futuro. Créame, yo seré el hombre más feliz del mundo si puedo ver en los años por venir una nueva generación de argentinos que trabajen en distintos centros del país resolviendo los problemas a nivel



comunitario y dotados de conocimientos médicos de excelencia. Yo sé de todas las dificultades que afrontaré porque ejercí la profesión anteriormente en la Argentina. A los cuarenta y siete años, lo lógico y realista sería permanecer en la Cleveland Clinic. Yo sé que estoy emprendiendo un camino dificultoso. Usted tal vez recuerde que Don Quijote fue español.

Si yo no aceptara liderar ese Departamento en Buenos Aires, viviría el resto de mi vida pensando que soy un buen *solid s. of a b. (h. de p.)*. Mi conciencia me diría constantemente: “Elegiste el camino fácil”.

Effler le responde con otra carta:

[...] “Has actuado como un tremendo catalizador en el Departamento y en la Cleveland Clinic. En el periodo en que has estado con nosotros, tanto como fellow o como miembro del staff, tu trabajo profesional y tu extraordinario empuje han producido un gran impacto en la Cleveland Clinic Foundation y más todavía en la especialidad de cirugía torácica y cardiovascular. No hace falta decir que estoy muy orgulloso” [...] “Será interesante ver si una flor argentina que fue trasplantada al *Cuyahoga county* puede ser retrasplantada en su origen”.

El camino fácil hubiera sido aceptar la renegociación de sueldo que le ofrecieron en la Cleveland Clinic: de 46.000 dólares al año a 75.000. O aceptar algunas ofertas que le hacían desde clínicas privadas, en las que por operar a 2-3 pacientes por semana viviría en una mansión al lado del Adriático y ganaría fortuna.

Favaloro se despidió la francesa, como acostumbraba, pues su debilidad y sensibilidad iban a provocar que no pudiera soportar ese terrible momento. La despedida formal debiera haber tenido lugar a principios de Julio, pero él tenía una reunión científica en Boston a mediados de Junio, desde donde voló directamente a la Argentina.

Siguió yendo de vez en cuando por allí cuando viajaba a los Estados Unidos y siguieron en contacto a través del quehacer científico y del propósito común que los unía.

En 1977, conmemorando los 10 años del bypass, la Cleveland Clinic otorgó a Favalaro su más alta distinción.

## **6.11. Grandes conceptos de su pensamiento.**

### *6.11.1. La educación<sup>122</sup>.*

“El progreso de las ciencias, de las artes y de las libertades políticas liberará a toda la humanidad de la ignorancia, de la pobreza, de la incultura, del despotismo y no sólo producirá hombres felices sino que, en especial gracias a la Escuela, generará ciudadanos ilustrados, dueños de su propio destino”; Favalaro cita a **Lyotard**.

Favalaro remarcaba que la educación comenzaba en el propio hogar, y aquí introduce un concepto interesante, pues siempre se ha pensado que a mayor nivel económico e intelectual de los padres la educación de los hijos es mejor, y no es exactamente así para él, o al menos no lo es en el marco de los principios éticos transmitidos. Dice con razón que la realidad refleja que los niveles de corrupción se multiplican en personas que han recibido niveles superiores de educación y que vienen de familias de clase alta. O a lo mejor es eso que decía **Revilla** de: - ¿Usted es corrupto? – Yo no. - ¿Pero le han tentado alguna vez? Porque si no le han tentado no puede decir que no sea corrupto.

Se pone a sí mismo como ejemplo para comparar, que venía de una familia humilde. Siempre hubo en su familia tiempo para la educación de los más pequeños aunque trabajaran sus padres a destajo.

Incluyo un fragmento literal aquí por lo tierno y para mostrar la sensibilidad entrañable de Favaloro:

“En mi equipo estoy rodeado de médicos jóvenes que viven con pasión hasta la médula esta especialidad tan exigente. Muchos de ellos pasan los días (créanme que es así) al pie de la cama de pacientes complicados, desconectados del hogar para salvar una vida. Les pido, les exijo que en los pocos instantes libres –al caer la tarde o en las primeras horas de la noche- llamen a sus casas, hablen con su mujer y particularmente con sus hijos (algunos de muy corta edad) explicándoles el motivo de su ausencia y expresándoles todo su afecto:

- Creo que el domingo ya estaré libre. Saldremos a pasear. Iremos a comprar los helados que tanto te gustan y después al parque donde te encanta corretear. Dale un beso a mamá de mi parte”.

En la **Educación Primaria** los problemas que mayormente identifica son la deserción escolar y el analfabetismo. En esta etapa de la formación estos dos problemas están en íntima relación con un bajo nivel socioeconómico.

Con datos de 1994, la pobreza tiene un gradiente norte-sur siendo mayor en el norte del país y aminorando a medida que nos vamos acercando al sur, aunque en la Patagonia el 21% de la población no tiene recursos para poder llevar a cabo una vida mínimamente digna.

De la misma manera, el gradiente norte-sur puede observarse en el mismo Buenos Aires, pero a la inversa. En el norte la mortalidad infantil es de 10 por 1000 mientras que en el sur es de 40 por 1000.

También esta pobreza es mayor en las ciudades que en las regiones rurales.

En aquellos años el 31,7% no tenía agua potable y el 64,4% carecía de servicios cloacales.

Propone como gran solución a muchos de los problemas de la enseñanza en este nivel primario la creación de escuelas hogares de las que ya he hablado anteriormente.

Cuando ya se hizo un poco reconocido en su país tenía frecuentes encuentros con escolares a los que transmitía sus valores. Si era en Buenos Aires, los reunía en el gran salón de actos de la Fundación. A menudo se desplazaba al interior a hacer lo mismo en las escuelitas rurales. Esta atención por el interior también la cultivó cuando trató de formar a los cirujanos cardiovasculares que trabajaban fuera del Gran Buenos Aires.

Dice en 1983 acerca de la Escuela Primaria: “en las escuelas privadas reciben los alumnos una enseñanza sectaria, no tienen noción de la vida que están viviendo porque pertenecen a una clase muy especial. Y yo digo que eso tiene todo el derecho a existir, pero sin un peso del Estado”. Interesante reflexión llevada al terreno de que él creara una Universidad Privada y reclamara la colaboración del Estado para su Fundación (sin ánimo de lucro) privada.

La **Educación Secundaria** es un momento crucial, por atravesar la edad de la adolescencia. En esta etapa aboga por atender a los elementos científicos y tecnológicos pero sobre todo por ofrecer una formación humanística al estilo de Henríquez Ureña, humanismo con contenido social.

Los **10 mandamientos éticos de Favaloro** son: honestidad, libertad, democracia participativa, justicia social, responsabilidad, solidaridad, dignidad, alcanzar una vida mejor, unidad latinoamericana y esfuerzo.

Aboga por revisar el proceso de capacitación de los docentes, ya que a muchos los considera infraformados para desarrollar adecuadamente su misión.

En la **Educación Universitaria** se decanta por una profunda reforma de este nivel, que surja contando con la opinión de los distintos actores y con la documentación

del amplio análisis que proporcionen los modelos universitarios de los distintos países con buenos resultados educativos.

El modelo universitario argentino es mayoritariamente público, con el 16% de alumnos en el sistema privado, con datos de mediados de los 90.

El número de alumnos ha ido creciendo exponencialmente. Creció un 30% de 1975 a 1985 y un 105% de 1980 a 1995, mientras que el número de docentes creció solamente un 60%. El presupuesto no se modificó prácticamente, el % del PIB destinado a educación no varió sustancialmente para amortiguar este cambio, aunque bien es cierto que la pequeña oscilación global fue en gran parte a favor de la educación universitaria. Los profesores suelen percibir el 40% de su masa salarial. Solamente el 10% tiene por tanto dedicación exclusiva.

Solamente el 20% de los que se matriculan terminan por graduarse<sup>123</sup>.

En fin, que el **acceso irrestricto** (en Argentina no hay números clausus) pone a la Universidad en una situación económica y funcional comprometida, a no ser que se aumenten de manera decidida los recursos para ésta.

Curiosamente, el acceso libre no beneficia en su mayor parte a los estudiantes de familias de clases bajas (son sólo el 8%), sino a los de clase media o alta.

Esta modalidad de acceso lleva también a la saturación laboral, a producir más médicos de los que se necesitan, por lo que Favaloro es partidario de los números clausus avalando su opinión con el ejemplo de casi todos los países del mundo.

Favaloro pone todo su empeño para desterrar de la cabeza de la gente la lógica: "Acceso ilimitado = democracia, progresismo; acceso limitado = derecha antisocial-liberalismo", remarcando que un examen de ingreso o algún tipo de proceso de selección es la norma en todos los países desarrollados.

También se manifiesta en un principio en contra de la gratuidad total de los estudios universitarios, aunque es partidario de una progresividad y de proteger a los estudiantes de familias pobres con el dinero de los estudiantes de familias de clase alta. O recaudar a los profesionales que trabajan y tienen sueldo y se han recibido en una universidad gratuita. En Argentina, por aquel entonces, el 78% se manifestaba en contra de eliminar la gratuidad.

Con el tiempo cambia un poco su postura y dice que al fin y al cabo el pago de los estudiantes solamente significaría el 5% de lo que ingresa una Universidad, así que no merecía la pena. Sí que era interesante, según su visión, que los graduados que estaban obteniendo el doctorado pagaran. Así los que ya estaban licenciados contribuirían al sostenimiento de la Universidad.

(Gratuidad, como una palabra que nos permita entendernos. No es gratis porque el dinero sale del Estado que a su vez viene de los impuestos de los ciudadanos).

Favaloro afirma que el nivel de los graduados argentinos es bajo, en general, porque la calidad de la enseñanza no es lo suficientemente buena, sobre todo en Medicina, donde a menudo critica el bajo nivel de un recién graduado que se pone a ejercer de médico, máxime cuando según la regulación argentina puede ejercer en todas las especialidades que se le antoje. Ve conveniente regular las especialidades médicas. El médico de familia sería un médico sin especialidad, sin corpus propio. De esta manera se cumplía lo que Favaloro defendía: que todo especialista fuera a la vez el médico de familia del paciente. Un sinsentido clínico y un despropósito para un sistema sanitario eficiente y bien organizado.

(El 77% de los estudiantes de Medicina no se dejaría atender por un compañero suyo de su año, ya graduado, y el 80% de los argentinos encuestados en 1989 pensaba que el nivel de los licenciados era regular o malo).

Favaloro cita a **Houssay**: “es más peligroso un médico malo que una fiera suelta”.

Favaloro rememora la **Reforma Universitaria de 1918** como ejemplo para atajar de una vez por todas las deficiencias del sistema universitario.

Dice **Joaquín V. González**, fundador del Colegio Nacional de La Plata: “Las Universidades no son solamente institutos de altas especulaciones ideales, ni sitios consagrados de conservación y progreso de las ciencias y las artes. Son en primer término focos de luz y de calor donde germinan y toman formas prolíficas los sentimientos de solidaridad social en que se funda el único patriotismo verdadero, aquél que no se diluye en palabras ni se pierde en movimientos ni agitaciones estériles, sino que consiste en esa virtud de generar grandes inspiraciones del bien en cada ciudadano y en la colectividad”.

Un aspecto sobre el que incide con frecuencia es en **liberar a la Universidad del control y el servicio político**. Ésta debía ser una institución independiente para garantizar su buen funcionamiento y el progreso. También veía con malos ojos que los estudiantes pudieran intervenir en la elección de los docentes, en la elaboración de los programas y en la confección del gobierno de la Universidad, pues les faltaban preparación y madurez intelectual para ello. En otros muchos campos de la organización universitaria pensaba que sí podían y debían intervenir.

Describe cómo sobre todo a partir de la década de los 50, ha ido medrando la educación privada, fundamentalmente en los niveles secundario y universitario. En la cultura popular y en el imaginario colectivo se acepta que la privada es mejor que la pública, debido al deterioro de ésta última, lo que es falso en base a los estudios y a las comparaciones realizadas.

**Algunos datos sobre la educación en Argentina:**

- Las diferencias en los niveles de instrucción representan aproximadamente el 25% del total de la desigualdad.
- La educación como variable para explicar la desigualdad de los ingresos de los trabajadores es dos veces más importante que todas las otras variables analizadas.
- Un trabajador con estudios universitarios completos tiene un ingreso promedio 7,4 veces mayor que alguien sin estudios.

- Sólo aquellas familias cuyo sostén de hogar tiene estudios universitarios ingresa en el 10% más rico de la población (3000 pesos o más de ingreso familiar mensual).
- Numerosas encuestas prueban que en la percepción de los desempleados el problema educativo no parece ser la causa de más peso. Sin embargo, las tasas de desempleo son completamente diferentes en población con y sin estudios.
- El 25% de los jóvenes entre 20 y 24 años ni estudia ni trabaja y el 45% de los jóvenes de entre 15 a 19 años tampoco, el 37% no termina el colegio secundario y de ellos el 50% no completó la escuela primaria.
- En los últimos 100 años (de los 90 hacia atrás) en Argentina ha habido un Ministro de Educación cada 11 meses.

#### *6.11.2. Crítica a la juventud.*

Favaloro propone este plan de reformas educativas con varios objetivos. Por supuesto por lo típico de “los argentinos que se están formando hoy son los que llevarán las riendas del país mañana”, pero también porque observaba una decadencia preocupante entre la juventud.

Ésta estaba motivada por algunos elementos externos que pasamos a describir y a analizar.

La sociedad de consumo y neoliberal había modelado a los más jóvenes. Y si bien la generación de Favaloro se entretenía jugando en pandilla con cualquier cosa, ahora los jóvenes se habían aislado y refugiado en la tecnología. Para él, los valores espirituales se habían perdido. Lo que importaba era conseguir sólo la autosatisfacción. La meta a la que llegar era un estado de “relax”, de ausencia de tensiones, de ausencia de esfuerzo por conseguir un objetivo o un sueño. De vivir gozando de un ilimitado número de placeres.



En ideas de Favalaro, las fórmulas mediante las cuales los jóvenes accedían a ese mundo eran la televisión, los videojuegos, la nueva literatura, el alcohol, las drogas... todos estos elementos les hacía, según él, empaparse de violencia, de imágenes sexuales.

“Los niños del mundo entero conocen a Rambo”, dice.

Todo lo que se proponían enfatizaba la capacidad de conseguir objetivos sin esfuerzo: adelgazar, estudiar idiomas, dejar de fumar... todo sin esfuerzo.

Reconoce que hay algunos grupos de jóvenes con buenos ideales, militando en grupos ecologistas, antiarmamentísticos, que luchan contra la discriminación racial... pero que son minoría.

Dice que para la **industria del consumo** es bueno que la adolescencia dure mucho tiempo, ya que el mercado se basa en su mayor parte en los adolescentes. Cita a **Sócrates**: “cuántas cosas hay aquí que yo no necesito”.

Crítica especial y monográfica corresponde a la **televisión**, que es un elemento que ha contribuido a la desgracia, en opinión de Favalaro, por uniformar a la juventud para que todos los jóvenes tengan al final los mismos modelos a seguir, iguales todos de superfluos. La cultura de la imagen, de la música en los videoclips, por ejemplo, invita al consumo de drogas y a la vida y conductas sexuales desenfrenadas según él.

Cree que la televisión puede llegar a ser un buen medio si se usa con contenidos apropiados, de difusión de conocimientos y cultura en general.

Evoca las enseñanzas que recibía en su niñez; hasta en un hogar humilde había tiempo para ayudar a los críos a hacer los deberes, para contarles cuentos, para conversar y estimular así los lazos afectivos. En el tiempo en el que hablaba (y no digamos en el actual), la jornada laboral del padre se prolongaba y la mujer se había incorporado al mundo del trabajo, con lo que los niños pasaban su tiempo en

jardines de infancia o guarderías y en casa, donde el televisor era el verdadero protagonista. Se come y se ve televisión al tiempo, y se conversa en la publicidad de los programas.

Denosta lo material: “¿Han pensado alguna vez que el valor del oro es una creación de la mente del hombre y no una realidad? [...] La mayoría de las veces las joyas sólo sirven para satisfacer la vanidad de aquellos que las exhiben”.

Debido a que el tener y el poder se han convertido en los nuevos dioses, la corrupción se ha extendido rápidamente. Dice que son tan variadas y numerosas las muestras de corrupción, que ya se han incorporado a la práctica de la sociedad y a nadie sorprenden.

Cita a Martínez Estrada: “la verdadera desunión de los argentinos es que nos habíamos convertido en jugadores con trampa, en todas las actividades de la vida cotidiana. Nadie se retiraba dando la espalda, porque cada cual llevaba su cuchillo bajo el poncho”.

Favaloro siempre quiso que se le recordara por su tarea docente y ejerció como tal en cada una de las oportunidades en que pudo. Lo hizo en Jacinto Aráuz con los pacientes y los miembros de la comunidad, lo hizo en un programa televisivo llamado “Grandes Temas Médicos” (1980) donde se propuso instruir a la población con nociones básicas de prevención de la salud, y del que rodó una buena montonera (80) de programas. Él pensaba que la televisión tenía mucho potencial docente si se la hacía trabajar en una dirección. Por ejemplo, podía ser una gran inductora a la lectura entre los jóvenes, si se proporcionaban los mensajes adecuados. Hacía docencia a los médicos en los cursos que daba en su Fundación, donde acudían a formarse desde todos los puntos de Latinoamérica y del mundo. Rodó 24 capítulos para televisión sobre la drogadicción en los jóvenes. También creó la “Biblioteca de la Salud”, una revista sobre salud.

Tampoco perdía la ocasión de hacer docencia con los pacientes. La prevención de Jacinto Aráuz era honesta, desinteresada, desmedicalizadora. Se trataba de esa

prevención que era más educación que otra cosa. Este tipo de prevención tiene sentido. Tristemente, la palabra prevención se ha prostituido en Medicina, como tantas otras, y en nombre de la prevención se justifican hoy en día barbaridades sin absolutamente ningún fundamento científico que llevan a la medicalización de la sociedad y de la vida y a proveer más daños que beneficios.

Favaloro en el sentido honesto y limpio de la prevención fue un pionero. No eran muchos los que hablaban de prevención en aquellos años.

Da una idea de la firmeza de las ideas de Favaloro la siguiente anécdota. Propuso un programa divulgativo de dos horas de duración sobre ciencia titulado “Medicina y Sociedad”, en el prime time del sábado noche, donde habitualmente las parrillas televisivas se llenaban con contenidos superfluos y livianos. Retó a la cadena que si no tenían más audiencia que el resto de esos programas, harían desaparecer el suyo. La cadena hizo reducir a una hora la propuesta. El programa constaría de diez minutos de un tema médico, otros diez de un tema científico y el resto del tema sociedad. Se habían puesto de acuerdo con distintas embajadas en Argentina para que hablaran en el programa de los sistemas sanitarios de sus países. Finalmente la cadena quiso desplazarlo a la franja del mediodía del sábado. Favaloro rechazó de plano, porque no se justificaba tanto esfuerzo para emitir en esa franja horaria.

“El hecho de existir implica un compromiso continuo que sólo termina con la muerte”, decía; y también que como a Don Quijote (obra a la que recurría en sus disertaciones frecuentemente) se le podrían quebrar las armas luchando contra los gigantes de la incomprensión y la injusticia, pero que nunca se le quebrarían los sueños ni la rectitud y que al final, podría decir como él: - Atrevíme. En fin, hice lo que pude...



*Figura 50. Favaloro daba frecuentemente charlas a jóvenes del interior, en las escuelas o bibliotecas, donde intentaba transmitirles sus valores. En Buenos Aires lo hacía en el salón de actos de la Fundación. En esta foto, en San Martín de los Andes, año 93. Archivo Fundación Favaloro.*

### 6.11.3. La cultura.

Para Favaloro el tema de la cultura ocupa también un lugar importante en su discurso. Evoca su formación en el Colegio Nacional de La Plata, para insistir una y otra vez en la importancia y el nivel de los programas que seguían, por ejemplo en **literatura**, leyendo a Homero, Esquilo, Sófocles, Eurípides, Platón, Dante, Boccacio, Petrarca, Corneille, Racine, Moliere, Milton, Shakespeare, Goethe, Schiller, Byron, Victor Hugo, Flaubert y Dickens.

Y los altos conocimientos que recibían en psicología, lógica y filosofía (él era kantiano, decía), donde discutían y debatían acaloradamente todos los temas bajo la supervisión del profesor. Favaloro siempre destacó que la libre discusión de ideas, el debate y la confrontación democrática, sin prejuicios, era la única vía para hacer avanzar al país.

Cita a Martínez Estrada sobre la importancia de la cultura: “Escuchad, no es nuestro pueblo un pueblo vil sino envilecido; está acobardado sin ser cobarde, no es incapaz de realizar un gran destino. Ha sido sistemáticamente incapacitado para

realizarlo, porque se lo ha engañado, educado aviesamente, seducido por los mercaderes del dinero, del poder y de la fama”.

La cultura es la vía que proponía para liberar a los jóvenes de la tiranía del mundo de la música rock, de la droga, del mundo audiovisual que se usaba para despertar valores en los jóvenes que nada tenían que ver con la cultura, sino con el consumo y con otras pasiones superficiales y no constructivas.

Quizá tuviera razón, pero resulta difícil leer a Favalaro expresarse en estos términos y no pensar que se había quedado un poco atrás, en el “cualquier tiempo pasado fue mejor” y en querer que la juventud volviera a la música folclórica argentina. El mundo había cambiado, la sociedad moderna estaba ya allí, aunque es cierto que quizá para peor.

#### *6.11.4. La ética.*

La ética también es un concepto que Favalaro maneja frecuentemente y que engloba en este bloque educación-cultura-ética.

La ética tenía para él básicamente dos escenarios de aplicación.

Uno era el de la profesión. La Medicina había entrado en una era de extraordinarios avances, en la era tecnológica. Las cosas positivas que se estaban haciendo cuando él reflexionaba sobre estos temas, en los 80 y los 90, eran impensables unas décadas atrás. La Medicina estaba ya muy lejos de la Medicina que se practicaba cuando él estaba en Aráuz, aunque bien mirado no había pasado tanto tiempo.

Favalaro temía que esa tecnología fuera a deshumanizarla y que se perdiera el interés por la comprensión del alma del paciente, lo que era y es tan beneficioso en toda práctica médica. Él siempre se opuso a la posibilidad de que el médico se pusiera el escudo y no quisiera sufrir por sus pacientes para no sentir dolor,

porque ese dolor escuece (y mucho) en el corazón del médico. Lo ejemplificó con la frase: “el día que el médico deje de sufrir con los pacientes es el momento de tirar el bisturí y no operar más. Desgraciado es el médico que no sufre con su profesión”. (VER ANEXO VI: LOS MAESTROS Y REFERENTES DE FAVALORO).

Con el advenimiento de la Medicina tecnificada la protección de la salud se convirtió en algunos casos en un negocio. Así, las indicaciones médicas cobraban ahora especial relevancia porque dependiendo de para dónde se inclinara la balanza, los dineros iban para un lado o para otro.

Dice Jose Alberto Mainetti: “Se ha comparado la empresa científica en nuestra era tecnológica con un caballo desbocado, a cuyo pescuezo va abrazado un jinete (el hombre de ciencia), atravesando el cultivo de un campesino (el hombre común), quien inquiere al caballero por el rumbo que lleva y recibe como respuesta: “Pregúntale al caballo”.

Quizás la Medicina sepa dar ejemplo de gobierno ante el desafío de nuestro tiempo: Hipócrates quiere decir en griego “domador del caballo”.

En estas circunstancias era imprescindible la honestidad, y solamente pensar en beneficiar al paciente. No era admisible que el médico que indicaba, por ejemplo, una cirugía, tuviera algún tipo de beneficio a cambio por hacerlo.

El otro escenario donde desplegar la concepción ética de la vida era ante las **prácticas de corrupción** que todo lo anegaban.

El tema de la corrupción no era de ahora, venía ya de muy atrás y entroncaba con las deficiencias en la educación. La corrupción se infiltraba como la carcoma y todo lo agujereaba, hasta las más altas instituciones del Estado. El sistema sanitario también.

Dice **Javier Padilla** que “la corrupción supone un robo a la ciudadanía; cuando se produce en los servicios públicos de protección social, cuya utilidad en estos momentos es amortiguar los efectos de la crisis económica, ese robo puede tener

un efecto amplificado. Es por ello que podemos afirmar que la corrupción sanitaria cuesta vidas”.

Todas estas bajezas morales tienen mucha trascendencia en esta historia. Llegaremos en el bloque siguiente que sigue a ver el porqué.

### **6.12. Crítica de las fuentes.**

El bloque 2 es Cleveland y contamos con la limitación de entrada de que no fuimos a Cleveland.

Una vez más las fuentes de cabecera son en este caso los libros “De la Pampa a los Estados Unidos” y “Surgical Treatment of Coronary Arteriosclerosis”.

De las fuentes puramente biomédicas de los avances de Cleveland hay muchísimo material, **largos artículos** que desarrollan algunos aspectos en relación con el trabajo que estaban haciendo. Si siguiéramos esa estela nos estaríamos escorando demasiado hacia el campo de la especialidad de Cirugía Cardiovascular y atenderíamos distraídamente el de la historia de la misma especialidad.

Ya tenemos nuestra **cuota suficiente de discusión académica** cuando intentamos bucear en las fuentes que aceptan o refutan al bypass aortocoronario con vena safena como mejor opción de tratamiento de la insuficiencia coronaria, para poner a prueba las ideas y los preceptos de Favalaro.

También hay que decir que se intenta hacer una documentación en el contexto histórico del descubrimiento del bypass y de los años siguientes, al menos hasta que vivió Favalaro, que es cuando él establece la pelea. Se intenta no tener demasiado presentes los conocimientos actuales, para poder **adecuarnos a nuestra misión de investigación histórica, preservando el contexto.**

También es cierto que en el archivo de la Fundación obraban unos archivadores monográficos de Cleveland donde podíamos encontrar sobre todo fotografías, correo interno y documentación sentimental en relación con notas que él hacía o que le hacían pacientes. La verdad es que emocionaba estar frente a un material tan íntimo y poder darse cuenta de aspectos tan personales que **se deducían de la**

propia recolección del material. Independientemente de que lo que estuviera escrito en el material fuera interesante o no, ya sólo con su presencia te estaba hablando. Me refiero por ejemplo a que queda claro el cariño y el respeto que Favalaro tenía por su jefe Effler; guardaba con celo todas sus cartas. Como se comenta en el transcurso de la tesis, Effler tenía la costumbre de mandarle las cartas por duplicado, por si una no le llegaba que le llegara la otra. Favalaro guardaba las dos.

No fue excesivamente complicado documentarse sobre Cleveland porque Favalaro dejó repartido a la vuelta en la Argentina un abundante relato sobre su período allá, tanto escrito como verbal a los periodistas y a la gente de su entorno.







## **7. BLOQUE 3. EL REGRESO A LA ARGENTINA.** **FUNDACIÓN FAVALORO. LAS DIFICULTADES.**



*Figura 51. Logo de la Fundación Favaloro sobre pijama sanitario. Se puede apreciar la originalidad del mismo. Son dos F: FF (Fundación Favaloro), que a la vez componen un corazón. Una en azul y otra en rojo, simbolizando la circulación venosa y arterial, respectivamente. Fotografía del autor.*







### **7.1. Contexto social y político<sup>124,125</sup>.**

Favaloro regresa en 1971. En ese momento hay en el país un **gobierno militar**. La historia de Argentina entre los años 30 y los 80 se conforma por la alternancia en el poder entre Juan Domingo Perón y los peronistas por un lado, y las asonadas militares por otro, con la excepción de los gobiernos democráticos de Illia (1963-1966) y de Frondizi (1958-1962), aunque igualmente tutelados.

En 1955 los militares toman la batuta del país dando un golpe a Perón e iniciando lo que se dio en denominar la **Revolución Libertadora**, una máscara cívico-militar que consistía en disimular su presencia en el poder y en proscribir al peronismo y a las masas peronistas, aunque no se consiguió desperonizar al país<sup>126</sup>, para desesperación de los militares y la oligarquía. Al intento de desperonizar al país se une la izquierda marxista que veía en el populismo peronista el obstáculo para la revolución social y política verdadera.

En concreto en el 71 el gobierno era militar, presidido por Levingston, al que le sucedió en Marzo Lanusse. En el 72 **María Estela Martínez de Perón**, segunda esposa de Perón, regresa a la Argentina del exilio. En el 73 Lanusse llama a elecciones generales que las gana la fórmula peronista (más apropiadamente justicialista) Cámpora-Solano Lima, asumiendo la presidencia en Mayo. El 20 de Junio regresa Perón al país después de 18 años en el exilio, gran parte del mismo en Madrid. Es recibido por una multitud en el aeropuerto, teniendo lugar graves disturbios entre grupos de izquierda y de derecha, pertenecientes ambos a facciones del mismo partido peronista. El número de muertos que dicen que hubo va de 13 a 25, a la versión oficial de 346<sup>127</sup>.

Este trágico episodio de la historia argentina se dio en denominar la **masacre de Ezeiza**, y no queda muy claro qué es lo que sucedió y por qué. José Pablo Feinmann se sirve de este pasaje para realizar docencia sobre las teorías de Foucault<sup>128</sup>: “¿Cuál es la verdad sobre Ezeiza? Hay interpretaciones. El hecho es uno: algo terrible ocurrió en Ezeiza. Pero la interpretación de ese hecho es múltiple. No hay hechos, hay interpretaciones”. Y concluye acerca de las teorías sobre el poder: “el

poder tiene el poderío de imponer la suya. El poder es la capacidad que tiene un determinado grupo de imponer su verdad como la verdad para todos”.

Cámpora renuncia a la presidencia y tras una breve interinidad del presidente del Congreso se convocan nuevas elecciones para Septiembre, que gana la fórmula Perón-María Estela Martínez, es decir, Perón y señora. Es la tercera vez que Perón es proclamado Presidente de la República Argentina. 10 meses más tarde fallece, asumiendo el poder su esposa y proclamando a **López Rega** como su segundo; éste era el asistente personal de Perón en el exilio.

López Rega es un personaje siniestro que entre otras cosas funda la **Triple A** (Alianza Anticomunista Argentina)<sup>129</sup>, organización que perpetra asesinatos políticos y no políticos.

Anteriormente grupos armados populares de evocación izquierdista como el Ejército Revolucionario del Pueblo (ERP) y los **Montoneros** ejercieron su oposición a los militares, a la oligarquía y a la influencia de los Estados Unidos, violentamente.

La situación del país avanza hacia el caos y la intención de buscar una solución se ve interrumpida por la llegada de un nuevo golpe militar, que si no con el apoyo, **cuenta con una gran aquiescencia social** (24 de Marzo del 76). **Videla** asume el mando, siendo reemplazado en los años siguientes por Viola y Galtieri. Así llegamos a 1981.

En el contexto de una manifestación pacífica de la Confederación General del Trabajo (CGT) reprimida duramente por Galtieri, ante la necesidad de un espaldarazo a sus políticas y como cortina de humo de su inoperabilidad **ocupa las Malvinas** el 2 de Abril<sup>130</sup>, lo que provocó un enfrentamiento bélico absurdo y asimétrico con Inglaterra, que duró 74 días y que se saldó con 649 militares argentinos fallecidos y otros tantos heridos, que como gran parte de los soldados derrotados en contiendas violentas tuvieron importantes dificultades para reintegrarse a la vida y a la sociedad<sup>131</sup>. Recuerda José Pablo Feinmann que hasta el



día de hoy se han suicidado más soldados que los que murieron en el enfrentamiento bélico en las islas Malvinas<sup>132</sup>, y que cómo sería la sensación de soledad, de injuria y de herida que no puede cerrarse que 20 años después del conflicto se siguen suicidando pibes. El conflicto de las Malvinas despertó profundos sentimientos patrióticos y nacionalistas en los corazones de los argentinos, como era el propósito de las autoridades. La Junta Militar se vio sumida en la contradicción de estar liberalizando sectores estratégicos, con lo que pasaban a ser gestionados por compañías transnacionales, pero a la vez estar invocando a la Patria con la idea de soberanía. Perdura en ese país aún el anhelo colectivo, popular e institucional de la reclamación de las islas.

Galtieri es reemplazado por Bignone el 2 de Julio de 1983, que enfrenta una importante crisis económica (200% de inflación) y **convoca de nuevo elecciones libres**. Previamente intenta destruir cualquier prueba de las constantes violaciones de Derechos Humanos que se habían perpetrado durante la dictadura, y sanciona una ley para absolver a todos los miembros de las Fuerzas Armadas de cualquier ulterior reclamación de responsabilidad sobre sus actos.

El 10 de Diciembre del 83 toma posesión el nuevo presidente de la democracia, **Raúl Alfonsín**. Entre sus primeras acciones está el impedir la impunidad de los militares, para lo que sanciona una nueva ley y crea la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (CONADEP), a la que Favaloro fue invitado a tomar parte y que abandonó antes de que dicha Comisión publicara sus resoluciones y sus estudios. Veremos más adelante el porqué.

En el 85 se enjuició y se condenó a las Juntas Militares. Retornó el ruido de sables y finalmente Alfonsín tuvo que dictar las leyes de “obediencia debida” (los militares de menor rango podían alegar que obedecían órdenes superiores) y “punto final” (más allá de ese momento no se podían reclamar penas para los militares), con lo que se renunciaba al propósito de hacer justicia para poder conservar así la democracia.

La crisis económica (recesión e inflación), la oposición de los sindicatos, la pérdida de control del Senado (de mayoría justicialista, Alfonsín era de la Unión Cívica Radical) y la derrota de su partido en las elecciones a la Cámara de Diputados previa a las presidenciales, llevó a Alfonsín a adelantar las elecciones que ganó **Carlos Menem**, peronista, pero de ideas profundamente neoliberales. En Argentina no existe una separación de ideologías y partidos clásicos de izquierda y derecha como en la Europa occidental, sino que algunos movimientos políticos como el peronismo se encargan de englobar todo eso y un poco más. Es complejo explicar y entender qué es el peronismo para un europeo.

Menem asumió el mando el 8 de Julio del 89 y una de sus primeras medidas fue amnistiar a los militares. Después fue aplicando poco a poco la receta neoliberal clásica: impulsó la privatización de empresas públicas (la petrolera YPF, la telefonía, Correos y Aerolíneas Argentinas), desreguló la economía y estableció la ley de convertibilidad en la que un dólar equivalía a un peso argentino, con lo que consiguió controlar la inflación y obtuvo crecimientos notables del PIB, dando lugar a una estabilidad monetaria que no se había conocido en los últimos años. El milagro económico argentino echó a rodar. Un salario en pesos convertido a dólares (1 peso= 1 dólar) era un dineral. La clase media vivió en una burbuja parecida a la España del boom inmobiliario. Por contrapartida aumentó significativamente el desempleo y la desigualdad. Asimismo la corrupción, un problema estructural del país, tuvo sus máximas cotas de expresión en este periodo.

Posteriormente Menem modificó la Constitución para poder optar a la reelección tras el acuerdo con Alfonsín (Pacto de Olivos). Ganó las elecciones de nuevo y comenzó su segundo mandato a finales del 95. En el segundo mandato la profundización de la recesión y el aumento de sospechas sobre los casos de corrupción, que se extendían hasta niveles inimaginables, motivó la sucesión.

**Fernando de la Rúa** asumió en Diciembre de 1999 y heredó una dificultosa situación económica: caída del 3.4% del PIB, 14% de desempleo, los índices de pobreza se habían triplicado, había problemas en materia educativa y sanitaria,

déficit fiscal de 10.000 millones de pesos y una deuda de 150.000 millones de dólares<sup>133</sup>, la mayor de la historia argentina, herencia menemista. Con la equiparación de un dólar un peso Argentina tuvo dificultades para competir en el mercado internacional, y las exportaciones disminuyeron.

El descontento se generalizó ante las medidas de De la Rúa para combatir la situación, aderezado con más corrupción, que hizo dimitir a su segundo por verse involucrado en un caso de soborno a senadores para sumar votos que sacaran adelante una ley de reforma laboral.

De la Rúa hace retornar al Ministro de Economía de la era Menem, Cavallo, que ante la desastrosa situación económica: prima de riesgo en 5.000 puntos, caídas porcentuales amplias en todas la industrias y sectores productivos, petición de más ayuda al FMI y a la banca privada... decreta la restricción del retiro de depósitos bancarios de los particulares, lo que se conoció popularmente como el corralito. Esta medida provocó saqueos y fuertes protestas, además de revueltas y disturbios en las calles, con resultado de 38 muertes.

De la Rúa abandona la Casa Rosada (Palacio Presidencial) en helicóptero.

Favaloro se relacionó de distintas maneras y por distintas razones con el poder, y las políticas de los sucesivos gobernantes influyeron de manera decisiva en el sistema público de salud, con quien guardó y guarda relación de dependencia la Fundación Favaloro. A partir de esa relación se pueden explicar las fortalezas y las debilidades, los éxitos y los fracasos del gran proyecto de Favaloro.

## **7.2. La organización del sistema de salud argentino**<sup>134</sup>.

### 7.2.1. Sistemas sanitarios.

En esta parte hablaremos de los aspectos nucleares del sistema de salud argentino que atañen a la Fundación Favaloro, a Favaloro y a las que fueron sus problemáticas. Sin querer abarcar la totalidad de la discusión acerca de las peculiaridades de este sistema de salud, pues la Historia de la Medicina es nuestra demarcación, es imprescindible realizar una recopilación objetiva de algunos datos.

La base principal sobre la que se sustenta el sistema de salud en Argentina es la **vinculación con el trabajo**.

Todos los sistemas sanitarios en el mundo desarrollado, exceptuando los Estados Unidos (cuyo sistema sanitario constituye una anomalía en las tendencias actuales) se pueden dividir en dos modelos:

- Modelo **Bismarck** (“recordemos que Bismarck creó el primer seguro social de enfermedad en 1883 convencido de que cualquier movimiento democrático minaba los cimientos del Estado, siendo consciente de la necesidad de mejorar la situación de los trabajadores para que no se rebelasen contra el poder”): la financiación está ligada a las cuotas que pagan los trabajadores y empresarios y la cobertura que otorgan está fundamentada en esa relación laboral. Los destinatarios de estos aportes son organismos no gubernamentales que se dedican a dar los servicios a los ciudadanos, ya sea mediante proveedores del mismo Estado (provisión pública) o mediante empresas privadas (provisión privada). Es lo que se conoce como un sistema de Seguridad Social. Observamos este modelo en países como Austria, Bélgica, Francia y Países Bajos.
- Modelo **Beveridge** (“Beveridge, influido fuertemente por ideas keynesianas, pensó que este tipo de atención disminuiría el número de enfermos y que aunque no se produjera un incremento en la salud de la población el seguro sería rentable, ya que ni la salud ni la enfermedad son bienes de producción, sino de consumo, y todo lo que estimula el consumo genera riqueza”): modelo Sistema Nacional de Salud. No se financia por cuotas al trabajo sino por impuestos, y el dinero afluye desde los presupuestos generales del Estado. La cobertura es mayor en este sistema,

que tiende a la universalidad (todos o casi todos están cubiertos). El Estado tiene un papel destacado en la gestión. Los servicios pueden ser provistos por el mismo Estado, por empresas privadas o por asociaciones de profesionales autogestionadas. Ejemplos: Finlandia, Suecia, Noruega, España, Portugal, Reino Unido, Irlanda, Grecia e Italia.

### 7.2.2. Generalidades del sistema de salud argentino.

En el sistema de salud argentino operan **tres subsistemas**<sup>135</sup>.

8. El sistema de aseguramiento vinculado al trabajo o sistema de Seguridad Social, también llamado seguro social obligatorio: **Obras Sociales**.

Las cuotas son proporcionadas por el trabajador y el empresario. Aseguran a los trabajadores y sus familias. Los servicios sanitarios no suelen ser prestados por el Estado por norma general, sino por prestadores privados.

9. Sistema **público**. Es el subsistema para las personas no vinculadas al mundo del trabajo y sin capacidad de pago. Se financia a través de impuestos y recursos fiscales.

10. Sistema **privado**: son los que acceden a servicios mediante pago directo o mediante aseguradoras que pagan de su bolsillo (Medicina prepaga).

A este esquema general se añade la **descentralización** en la gestión. Si exceptuamos el sistema privado, que no está bajo la gestión del Estado y no es responsabilidad directa de él (sólo la regulación); el sistema público y de Obras Sociales está gestionado tanto por el Estado como por las Provincias (en Argentina se llama Provincia a lo que en España se llama Comunidad Autónoma). El principal peso de la gestión lo llevan las Provincias, dando lugar a un sistema descentralizado como el español, donde las Comunidades Autónomas son las auténticas gestoras y responsables del sistema de salud. Así es también en la Argentina en su mayor parte, aunque el Ministerio de Salud de la Nación se reserva algunos programas preventivos de carácter nacional (vacunas, maternidad, infancia, VIH, ETS, cribado de cáncer de cérvix, cribado de cáncer de mama...) y la titularidad y la gestión de

algunos hospitales (pocos), además de la regulación de todo el sistema y la responsabilidad de diseñar los Planes de Salud y las estrategias.

Los servicios de Atención Primaria (pertenecen solamente al subsistema público) son prestados normalmente por las Municipalidades (lo que serían en España los Ayuntamientos). La patología a la que más frecuentemente se dedican es: control de embarazo, control del niño sano menor de un año, traumatismos osteoarticulares menores, patología respiratoria alta y baja, diarrea, parasitosis intestinal, diabetes, hipertensión arterial<sup>136</sup>...

### 7.2.3. Datos sociodemográficos e indicadores de salud de la Argentina.

El país tiene un número de habitantes parecido al de España. En el 2000 (año referencia de nuestra investigación) tenía 37 millones de habitantes. En 2014 40 millones. Es un país muy extenso. Del punto más al norte hasta el punto más al sur hay la misma distancia que desde Madrid a San Petersburgo.

La Provincia de Buenos Aires concentra a un tercio de la población del país (dos tercios de ese tercio en la capital y el tercio restante en la Provincia) y el 40% del PIB.

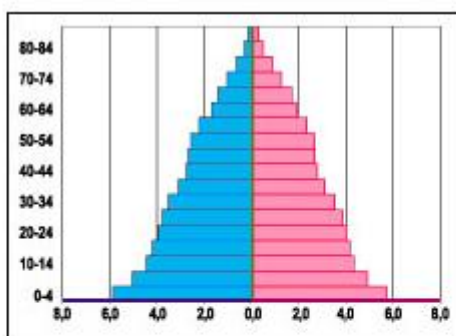
Se conserva pues la asimetría capital-resto del país, trasunto de su condición de colonia servidora de metrópoli aderezada de activo portuario, desde donde salían las materias primas a los países industriales europeos para ser procesadas. Entre otras cosas esto explica la escasa penetrancia del aparato y de los servicios del Estado en el resto del país, cosa común a muchos países latinoamericanos a final del siglo XX.

Argentina ha conseguido en los últimos 60 años un aumento de esperanza de vida superponible al de los países europeos, pasando de 40 años en 1947 a 75 años en 2008 (en España se pasó de 40 años a principios del siglo XX a 80 a principios del XXI)<sup>137</sup>.

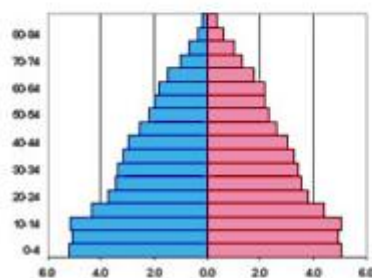
Para hacernos una idea de los avances y del punto desde el que se partía bastará decir que Argentina tenía una mortalidad infantil igual a la de países que estaban siendo asolados por la Segunda Guerra Mundial.

En las últimas décadas del siglo XX la pirámide poblacional era de tipo *campana*, propia de una población estacionaria y envejecida: base ancha y se va afilando. En la primera década del siglo XXI vemos cómo su morfología va cambiando a una pirámide de tipo *bulbo o hucha*: base estrecha, ampliándose hacia el centro y disminuyendo lentamente hacia un vértice ensanchado. Es propia de una población madura, regresiva, con marcado envejecimiento y natalidad y mortalidad muy bajas, lo que en términos de demografía habla de una transición económica hacia lo que se suele denominar primer mundo<sup>138</sup>.

Pirámide de población de Argentina (1980)



Pirámide de población de Argentina (1991)





*Figura 52. Pirámides de población de Argentina en las últimas décadas. De: Pirámides de población de Argentina. Temas de Enfermería: epidemiología, investigación, salud pública y eventos en enfermería.*

La **transición** demográfica y económica también fue acompañándose de la **epidemiológica**, en la que en el contexto del aumento de la esperanza de vida dejaron de predominar las enfermedades transmisibles para pasar a un patrón de enfermedades cardiovasculares y asociadas al envejecimiento como el cáncer y las enfermedades neurodegenerativas, que causan ya el 50% de las defunciones en mayores de 65 años en el país.

Las tasas de mortalidad infantil y materna se han ido estabilizando a final del siglo XX, aunque Argentina en las últimas décadas ha tenido unas cifras más que aceptables al compararse con países de su entorno.

Como decíamos, Argentina es **un país asimétrico** tanto institucional como social y políticamente. Este sistema de gobernanza crea diferencias entre las distintas regiones. Por ejemplo, mientras que la tasa de mortalidad materna es en Buenos Aires de 9 por cada 100.000 nacidos vivos, en las Provincias de Formosa y Jujuy es de más de 100.

Con datos de 2003 el 47,8% de los argentinos viven en hogares bajo condiciones de pobreza (menos de 718 pesos mensuales) y el 20,5% bajo condiciones de



indigencia (menos de 328 pesos mensuales). En Buenos Aires el 20% de los niños están desnutridos.

Mientras la tasa de mortalidad infantil en la Provincia de Tierra del Fuego es de 9.1 por mil, en Chaco es de 26.7. Incluso en la misma Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el barrio de Palermo (lo que equivaldría a Malasaña en Madrid) es de 6.3 por mil y en Villa Soldati (lo que se denomina una villa miseria, una favela) es de 15,8 por mil.

La tasa de mortalidad infantil resulta un parámetro muy adecuado para evaluar condiciones de vida en general de un país: educación, nutrición, vacunación, enfermedades... Es un indicador muy ligado con el nivel de bienestar social de un país.

Los datos del gasto en salud hay que interpretarlos con cautela, pues reflejan la intencionalidad política, pero no nos hablan de los resultados en salud, ni de la eficacia ni de la eficiencia (gastar más no es sinónimo de gastar mejor). Por otro lado, los demás factores que influyen en la salud (determinantes sociales de salud: educación, vivienda, alimentación, aguas, trabajo...) influyen en la salud más que el dinero que se gasta en el sistema sanitario. Sólo así podemos explicar que por ejemplo Chile, con gasto per cápita en salud la mitad que Argentina, tenga una tasa de mortalidad infantil ligeramente menor.

Argentina gasta en salud alrededor del 9,5% de su PIB, con un gasto per cápita de 675 pesos al año y una expectativa al nacer de 73 años. Por encima de ellos en porcentaje de PIB gasta Estados Unidos, Suiza, Alemania, Francia y Canadá, por ejemplo. Por debajo: Brasil, Italia, Japón, Austria, España, Reino Unido, Cuba, México...

El gasto público en salud es del 53,4% mientras que el privado es del 46,6%<sup>139</sup>. Que el gasto público sea mayor que la mitad del total es un dato muy bueno, que les diferencia de los países de su entorno. En el ratio de gasto público en salud como porcentaje de los gastos generales del Estado Argentina tiene un 21,3%, el mayor que se conoce en las comparaciones de la OMS, mayor que Estados Unidos, todos los países europeos, Japón... que si bien tiene que ver con el numerador, también lo hace con el denominador. Es decir, no es que Argentina gaste en salud mucho más

que los demás, sino que el gasto público general es menor, y por eso el ratio se hace más grande.

El total del gasto en salud se reparte así: 19% para el sistema público, 25% para las Obras Sociales y 13% para el sistema privado. El 33% restante es gasto de bolsillo de los usuarios, del que el 60% de éste es para fármacos.

En todas las regiones menos en Patagonia los hogares más pobres gastan más en salud (como porcentaje de su ingreso) que los más ricos. Se cumple la Ley de Cuidados Inversos<sup>140</sup>.

#### 7.2.4. Análisis de los distintos subsectores: primer acercamiento.

##### 7.2.4.1. **Subsector de las Obras Sociales** (21 millones de personas, 60% del total).

El 74% de la población económicamente activa está cubierta por este subsector.

Las Obras Sociales son **múltiples y heterogéneas**. Existen 337 distintas bajo la regulación de una institución denominada Superintendencia de Servicios de Salud. Un tercio de los pacientes se distribuyen en 20 Obras Sociales. Esto significa que hay pocas Obras Sociales grandes, que generen una suficiente masa crítica para cumplir adecuadamente con sus obligaciones, mientras que hay muchas Obras Sociales pequeñas. 198 de las 337 tienen menos de 25.000 beneficiarios.

Son entidades privadas con deberes y derechos sujetos a la regulación del Estado, sin fines de lucro, con personalidad jurídica y autarquía individual, administrativa y financiera. La afiliación es masiva (compulsiva, técnicamente) debido al mecanismo, mediante la vinculación al mundo del trabajo. **Dentro del gremio** (diferentes ramas de la actividad productiva) **la financiación es solidaria**, es decir, que un mismo gremio que pertenece a una misma Obra Social redistribuye los recursos desde los que la usan a los que no la usan, desde los que más la necesitan a los que menos.

Las Obras Sociales a diferencia del sector privado **no pueden practicar la selección adversa** (quitarse de encima a los pacientes caros), tienen que atender y prestar los servicios pertinentes a todos sus afiliados, lo que asegura cierta equidad, con salvedades.

Hay que hacer notar que en el sector público la solidaridad es grupal, poblacional, universal, porque todos pagan impuestos y todos se benefician, transfiriendo recursos de los ricos a los pobres, o de los que más necesitan del sistema a los que menos. En las Obras Sociales este mecanismo de solidaridad se ejercita solamente intragrupo, dentro de una categoría social o laboral; es una solidaridad corporativista, gremial, mecánica.

Las Obras Sociales son en un 70% de carácter provincial y en un 30% de carácter nacional.

Este sector cumple principalmente una función aseguradora, administrando los fondos y pagando por los servicios médicos a un tercero que los presta. Es decir, que los servicios no los dan ellas mismas, sino que contratan a otro al que le derivan los pacientes y al que le pagan por los servicios prestados. Por ley deben dedicar un porcentaje aproximadamente del 80% de su presupuesto a la atención de la salud, aunque es variable entre las distintas Obras Sociales.

Las Obras Sociales se financian con aportes de la nómina del trabajador (3% en las nacionales, 4-6% en las provinciales) y del empresario (6% en las nacionales, 3-5% en las provinciales).

Los 21 millones de personas integradas en las Obras las podemos distribuir en:

- Obras Sociales sindicales, de Administración Mixta, del Estado, Fuerzas Armadas y Seguridad: 11 millones de personas. Las más numerosas son las del Comercio, Rurales, Construcción, Metalúrgicos, Docentes, Bancarios, Sanitarios y Transportes.
- Obras Sociales Provinciales: 6 millones de personas. Asalariados que trabajan para los gobiernos provinciales.
- Obras Sociales del personal de dirección: 1 millón de personas. Estas Obras Sociales son “mejores”, para los empleados de mayor rango, lo

que habla de la inequidad del sistema. Mientras éstas tienen un gasto per cápita mensual de 70 pesos por paciente, las demás lo tienen de 18 pesos. En el sistema público el gasto per cápita al mes es de 40 pesos. Salvo la afiliación a estas Obras Sociales, que es voluntaria, para el resto es obligatoria.

- Obra social de los jubilados: PAMI (Programa de Atención Médica Integral o Instituto de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados -ISSJyP-): agrupa a 3 millones de personas.

**PAMI** es una Obra Social muy especial. Es la Obra Social de los jubilados.

Fue creada en 1971, el mismo año en que Favalaro regresó a la Argentina. Crecieron juntos y cayeron juntos. Su devenir es de alguna manera una historia paralela, se cruzaron por el camino en muchas ocasiones.

Los servicios de la Obra Social fueron inicialmente sanitarios, pero andando el tiempo ampliaron cobertura a otros colectivos como veteranos de guerra, discapacitados, madres multíparas, mayores de 70 años sin cobertura... y ampliaron cartera de servicios a otras prestaciones como alimentación, ocio, funeraria... una especie de IMSERSO argentino.

Es cuestionable en términos de gestión sanitaria el hecho de recluir a las personas que más gasto sanitario generan en un sistema aparte.

Tiene 3 millones de afiliados, lo que le convierte en el asegurador y comprador de servicios más grande del país. Maneja un presupuesto de 2.400 millones de dólares anuales.

Los trabajadores cuando se jubilan pueden optar, desde 1995, por pasar al PAMI o por quedarse en su Obra Social originaria.

Se financia con un 3% de los aportes sociales de todos los trabajadores, el 2% de los aportes de los empleadores, el 5% de los autónomos y con fondos del Tesoro Nacional. Anteriormente también se financiaba con el 2% de los pasivos (complementos salariales en forma de antigüedad, pagas extra, etc) y el 10% del “producido neto” de la Lotería de Beneficencia Nacional y Casinos.

7.2.4.2. **Subsector público** (12 millones de personas, 33% del total).

Se caracteriza por la disgregación entre el nivel nacional, provincial y municipal y la falta de articulación en los programas. Del dinero que se dedica a salud, el nivel nacional es responsable del 19% del gasto, el provincial del 69% y el municipal del 12%.

El gasto público en salud que realizan las distintas Administraciones provinciales respecto de su presupuesto total varía. Desde el 8 al 38% del gasto provincial total.

El Estado central se sigue reservando las funciones de regulación y control del sistema sanitario. Salvo estas funciones, en la práctica de la gestión diaria prácticamente no interviene.

7.2.4.3. **Subsector privado** (2,5 millones de personas, 6% del total).

El pago es directo por parte de los ciudadanos. Comenzó con pago directo a profesionales y ha ido evolucionando hacia clásicos seguros médicos.

Se caracterizan por su carácter **lucrativo**, por los **periodos de carencia** (lapsos de tiempo en los que el aportante paga sin recibir ningún tipo de servicio) y por la **restricción de cobertura** dependiendo de las patologías que presente cada afiliado en el momento de la inscripción.

Algunos seguros tienen provisión de servicios propia (tienen hospitales, consultorios, etc...) y otros las compran a terceros.

Las empresas de Medicina prepaga son en realidad muy parecidas a las Obras Sociales en casi todos los aspectos, con las diferencias de que la afiliación es voluntaria y no compulsiva y que no son financiadoras, puesto que sus labores económico-financieras consisten en recaudar las cuotas que los afiliados pagan de su bolsillo, la única vía de entrada de los aportes.

Aglutinan a unas 200 empresas, tres cuartas partes en Buenos Aires y una cuarta parte en el interior (en cuanto aparece la dispersión geográfica la Medicina privada tiende a ser menos rentable).

Hay dos modos de afiliación: directa (65% de los casos), en que el afiliado con o sin su familia se incorpora directamente a la Medicina prepaga, o indirecta, mediante su Obra Social, por un mecanismo que veremos más adelante cuando hayamos explicado otras cosas antes, necesarias para entender éstas.

#### 7.2.5. Influencia político-social en el sistema sanitario argentino.

A finales del siglo XIX la población existente en Argentina era de 4 millones de habitantes, de los que la mitad eran **emigrantes** de distintos países (italianos, españoles, franceses...). Organizaron unas **asociaciones mutuales** basadas en el principio de solidaridad y de no lucro, que se financiaban a partir de cuotas de los afiliados y que proveían distintos servicios, entre ellos el de salud. Así nacieron los primeros hospitales de ayuda y socorro mutuos<sup>141</sup>.

Estas asociaciones guardaban algunas diferencias con las Obras Sociales, como que la afiliación era voluntaria, el personal directivo era elegido y sometido a control por los afiliados y que cualquier afiliado podía aspirar a la dirección.

En algunas ocasiones excepcionales estos hospitales se pusieron al servicio de la ciudad para socorrer a heridos.

En la década del 20 la economía internacional se sumergió en una importante crisis, lo que **estimuló el cambio del papel del Estado** y sus relaciones con la sociedad, en el sentido de la intervención.

La crisis tuvo efectos contradictorios. El desempleo y la bajada de salario estimularon un proceso de industrialización, y se hipertrofió el mercado interno y la acumulación de capital, con una formulación adecuada de las relaciones entre burguesía y terratenientes en el contexto de fondo de la Segunda Guerra Mundial.

Antes de los años 40 el sistema sanitario argentino era meramente liberal; el Estado se limitaba al control de las epidemias, enfermedades transmisibles y sanidad transfronteriza. Existían ya hospitales públicos estatales financiados con las rentas generales, hospitales de caridad y asociaciones mutuales, germen de las Obras Sociales.

En la mitad de la década de los 40 surgen algunas corrientes de pensamiento como el anarquismo, el marxismo y el socialismo, la Iglesia despliega la Doctrina Social y las ciudades se industrializan, con lo que el Estado comienza a tomar la iniciativa en la protección de la salud.

La figura del **Dr. Ramón Carrillo**, médico sanitarista (palabra que equivale en España a médico experto en gestión sanitaria, epidemiólogo y/o médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública), es fundamental para explicar el devenir del sistema sanitario público en el país. Fue Ministro de Salud durante los ocho primeros años de gobierno de Perón (el primer Ministro de Salud de la Nación) y su gestión supuso un salto cualitativo. Perfecto conocedor de la importancia de los **Determinantes Sociales de la Salud** revolucionó el papel del hospital público e integró la política social en la política sanitaria. En su haber cuenta con la reducción de casos de enfermedades infecciosas que diezmaban por aquel entonces a la población, a saber: paludismo, sífilis, tuberculosis, tifus, brucelosis...

En 1944 surge la necesidad **de implementar servicios sociales vinculados al mundo del trabajo**. Así, a partir de las protoestructuras mutuales nacen las Obras Sociales como cobertura del trabajador y su familia.

Algunos gremios estaban ya organizados y otros se fueron organizando para afianzar esas prestaciones, y en el contexto del auge sindicalista en el primer gobierno de Perón consiguieron, por ejemplo, que el patrón también aportara a las Obras Sociales de los trabajadores.

Se conformaron así unos entes de gestión y prestación de servicios sanitarios diferentes para cada ramo de la producción, **desiguales entre sí**, que al depender del sueldo de cada uno **creó diferencias en la cantidad y calidad de los servicios prestados**, dependientes de la buena marcha de la producción y del mercado de

trabajo. Es decir, que si te despedían del trabajo o cobrabas poco, aportabas a la Obra Social poco o nada, y los beneficios sociales en forma de protección de la salud desaparecían. Asimismo, si tu colectivo era grande y poderoso pertenecías a una Obra Social grande y poderosa. Si la Obra era floja resultaba escaso el poder recaudatorio, y organizar una Obra Social con un presupuesto débil hacía débil a la Obra Social y a los servicios que prestaba. Ley de Cuidados Inversos, de nuevo.

Por otro lado, era una rareza que la Obra Social prestara los servicios mediante estructuras propias, sino que solían contratarlos fuera, en el subsector privado, lo que **fragmentaba** aún más el sistema.

La visión de Carrillo consistía en que el proveedor de los servicios de las Obras Sociales fuera el hospital público, con el objeto de **engranar el sector público** y que los recursos no se disiparan fuera del aparato del Estado, pero fracasó.

La otra gran apuesta de Carrillo fue la **centralización** de recursos y la unificación del sistema, fortaleciendo un sistema **único** de Seguridad Social. En tiempos sucesivos también fue contradicho, pues el sistema avanzó hacia un modelo fuertemente descentralizado y fragmentado. Incluso simultáneamente a sus trabajos por centrarse y dar prioridad a la atención sanitaria de la clase baja, el Poder Ejecutivo le desdijo centrándose en los trabajadores únicamente.

La Seguridad Social quedó integrada en la cartera de Trabajo, sin coordinación con el Área de Salud Pública. Los gremios comenzaron a desarrollar Obras Sociales para sus afiliados proveyendo directamente los servicios o contratándolos en el sector privado, **ignorando el desarrollo del subsector público** que Carrillo estaba impulsando. La puesta en marcha de un sistema sanitario eficiente y universal poco importaba ante la hegemonía de las relaciones entre los sindicatos y el gobierno de Perón.

Ramón Carrillo, por el contrario, tuvo altura de miras y una visión integral de todo el sistema. Introdujo la **planificación y la administración sanitaria** como centro de su acción de gobierno, algo de lo que el sistema sanitario argentino anduvo muy escaso posteriormente.



Carrillo tuvo que exiliarse en Brasil tras el golpe que derrocó a Perón. Enfermo y perseguido, murió a los 50 años. Su obra y sus logros se silenciaron por los sucesivos gobiernos de facto hasta el retorno a la democracia y la vuelta de Perón al poder, 20 años más tarde.

La década de los 40 y el gobierno de Perón son claves para redefinir el papel del Estado en materias laborales (relaciones del trabajador frente a una economía en proceso de industrialización) y sanitarias. En esta década el número de afiliados sindicales se multiplicó por 6, y los servicios sociales y sanitarios que brindaron sus organizaciones **fueron fundamentales para confeccionar el modelo** que perdura hasta nuestros días.

Desde 1955 hasta 1970, el mando del Estado estuvo ocupado fundamentalmente por los militares en el contexto de la alternancia democrática y militar que caracterizó el siglo XX en la Argentina. La estructura sanitaria pública con los hospitales a la cabeza se descentralizó formalmente, pero no se hizo lo mismo con los recursos económicos ni técnicos, con lo que se deterioró de manera llamativa.

La resistencia de las Obras Sociales durante el periodo militar fue el trasunto de la resistencia y la pervivencia de alguna manera del peronismo y de los sindicatos peronistas en los gobiernos de facto.

Durante el gobierno democrático de Illia (1963-1966) se destacó su Ministro de Salud y Acción Social **Oñativia**, que combatió fuertemente la pobreza y el hambre en el Noroeste Argentino y promulgó una ley justa sobre el medicamento, con control de precios y algunas otras normas, lo que le granjeó la oposición de la Industria Farmacéutica.

En 1970 se crea el Instituto Nacional de Obras Sociales y el Fondo Solidario de Redistribución, estableciéndose la obligatoriedad de la afiliación y del aporte del patrón, quedando todas inscritas en el Registro Nacional de Obras Sociales. Paralelamente se deterioró aún más el sector público, con lo que las Obras Sociales se apoyaron aún más si cabe en el sector privado, y esta relación iniciática **sirvió de base para los fuertes lazos** que se iban a establecer entre estos dos subsectores en el futuro.

Durante el Gobierno Militar (de Videla y subsiguientes, 1976-1983) se profundizó en la destrucción del subsistema público y en la preponderancia del privado. Los sindicatos fueron diana de las furias militares, prohibiéndose su actividad y precintándose sus sedes y sus Obras Sociales.

En 1980 se elimina por ley la obligatoriedad de la afiliación a las Obras Sociales y se prohíbe la provisión directa de servicios sanitarios por parte de éstas, lo que incentivaba el mercado privado de la salud. Los mayores causantes de la orientación de las Obras Sociales hacia el sistema privado en vez de hacia el público fueron los gobiernos militares: liberales, antiperonistas y consecuentemente antisindicalistas.

A Favalaro le gustaba recordar también, para poner las cosas en su sitio, que a Illia lo desalojaron del poder los militares con el explícito apoyo de los cegetistas (sindicalistas de la Confederación General del Trabajo, CGT)

Entre 1977 y 1981 sucedió que el gobierno militar sobrevaluó la moneda y redujo los aranceles para importar, con la excusa de aumentar la productividad al sentir la amenaza de la posibilidad de comprar barato fuera. Resultó que como fuera era barato y los aranceles se redujeron, las Obras Sociales importaron abundante tecnología médica.

Este exceso de tecnología incorporada que quizá no era necesaria y que quizá no era necesaria en tanta cuantía, paradójicamente sumió a las Obras en una crisis económica, a la que respondieron restringiendo cobertura e imponiendo copagos. Esta demanda insatisfecha en las Obras Sociales trasladó a los pacientes con sus necesidades (algunas reales y otras creadas por tanta tecnología) al sector público, que como consecuencia sufrió también dificultades por saturación, con lo que comenzó a ingeniar nuevas formas de financiación, por ejemplo valerse de ayudas de sociedades cooperadoras de los hospitales, que son una figura típica en Argentina: pequeñas ONG formadas por la sociedad civil que ayudan en lo que pueden a los (casi) siempre maltrechos hospitales públicos.

Este es un bonito ejemplo del equilibrio inestable en el que se encuentra el sistema sanitario argentino por la fragilidad y los vaivenes de sus subsistemas, y de cómo

las decisiones políticas y el contexto aparentemente inocente son capaces de concatenar unas consecuencias sanitarias imprevisibles.

En el gobierno elegido democráticamente de Alfonsín el sindicalismo vuelve a tener el papel protagónico del pasado y en resumen la situación vuelve a ser la que era antes de Videla.

El gobierno peronista pero neoliberal de Menem estableció la tan adorada **libre elección** de Obra Social, con la finalidad de que los pacientes se agruparan espontáneamente (el mercado se regula solo, según la doctrina neoliberal) en 80 o 90 Obras de las 300, con el objeto de que desaparecieran las que no pudieran generar flujos suficientes de pacientes para asegurar una atención de calidad y una máxima eficacia. La medida tuvo un escaso impacto, pues solamente el 7% de los pacientes cambió de Obra Social.

La desregulación de las Obras Sociales permitió que los pacientes al jubilarse pudieran elegir si se incorporaban a PAMI o se quedaban en su Obra Social. Los que se quedaban en la Obra Social lo hacían con las obligaciones de PAMI, que era aportar solamente 30 pesos mensuales sin contribuir al Fondo Solidario de Redistribución, lo que provocaba que el jubilado conviviera en la Obra Social con trabajadores que aportaban mucho más, necesitando además muchas más prestaciones que el trabajador como es lógico, lo que provocó (más) problemas (aún) para las Obras Sociales, porque los pacientes decidían mayoritariamente quedarse en su Obra Social.

Ante esta situación y en el contexto de la libre elección que permitía la desregulación, muchas Obras Sociales vieron lo que se les podía venir encima y restringieron la entrada de los jubilados. Solamente permitieron que se quedaran los de su propio gremio, poniendo severas restricciones a los jubilados que querían incorporarse desde fuera ejercitando la libre elección. Algunos autores<sup>137,142</sup> citan estos ejemplos como demostración de la falacia de la libre elección y la libre competencia en el sistema sanitario, y como prueba de que el Estado del que reniegan los neoliberales como protector al final tiene que acudir en su rescate. Un capítulo más de la confrontación entre el principio de libertad y el de equidad.

### 7.3. Puesta en marcha de la Fundación Favaloro.

René Favaloro vuelve a su país en 1971. No era una vuelta sin contenido, ni esa vuelta que acontece cuando uno quiere volver a casa después de un fatigoso camino, buscando la familiaridad y la cotidianeidad del país de uno, para descansar de la brega.

En el devenir de los argentinos, los latinoamericanos y sobre todo de los profesionales cualificados que quieren destacar en su campo, está impreso el salir afuera, a lo que ellos llaman el mundo desarrollado, y si se da el caso, volver a disfrutar a casa de las rentas de lo aprendido fuera.

Favaloro decide volver porque tenía un proyecto con contenido. Su deseo era construir una institución que se dedicara a la asistencia, docencia e investigación en Cardiología y Cirugía Cardiovascular, impregnado de esa manera de organización de las instituciones sanitarias estadounidenses.

Pocos centros en la Argentina de entonces ofrecían servicios punteros en Cirugía Cardiovascular. Muchos menos en Latinoamérica. Los pacientes debían viajar al extranjero, los que se lo podían permitir. Favaloro piensa que si desarrolla el centro podrá operarlos en Buenos Aires y además formar a médicos latinos para que esparzan lo aprendido en sus países, donde tampoco existían adecuados servicios de Cirugía Cardiovascular por lo general.

El proyecto tenía un trasfondo social (al menos en el imaginario) y de atención a la comunidad, que es donde se complica. Favaloro quería que en su institución se atendiera sin distinción de clase social. Atender a pacientes de clase alta, media y baja.

En este momento y en este proyecto no podía ir por libre como había hecho en Aráuz. Allí montó el chiringuito él solo con pocas injerencias de nadie. La Medicina rural tiene algunas peculiaridades. Por un lado la dispersión de la población y el aislamiento geográfico, que hace habitual la infraprestación de servicios. No

digamos en un contexto de debilidad de prestaciones sanitarias públicas. Un sistema sanitario público corrige, entre otras cosas, la falta de atención en el medio rural, donde no suele ser rentable la atención sanitaria por un prestador. Un médico dispuesto a montar una clínica allá asumiendo él mismo los riesgos financieros es una bendición para la población. Máxime si es un médico humano y científico como lo fue Favaloro.

Por otro lado la Medicina que se practica en la Atención Primaria de Salud es muy resolutive y barata en cierto sentido. La tecnología más cualificada del médico de familia es la palabra<sup>143</sup>, la comunicación y los “datos blandos”<sup>144</sup> que le aporta el conocimiento de los pacientes, de su familia y de su entorno social.

La creación de un instituto de máxima complejidad tecnológica difería mucho del proyecto del pueblo.

En tanto en cuanto Favaloro quería atender pacientes con vocación social, sin dedicarse en exclusiva a los pacientes privados, **debía articularse** con el sistema de salud argentino.

(Ya en el Güemes comenzó a poner en marcha este programa de cirugía a pacientes sin recursos. El hospital ponía las instalaciones, Favaloro ponía el personal y una oficina del Gobierno ponía el material descartable. Con la formación de este triunvirato se operó sin coste para los pacientes a 1.500 enfermos, de un 3 a un 5% del total).

En el análisis de esa articulación que tiene como escenario de fondo el contexto político, histórico y social del país, **está la clave del devenir de la Fundación**. Ese análisis es lo que constituye mi aportación genuina en este bloque. Ese análisis que es el que explica las dificultades por las que atravesó. Mi tesis o hipótesis es por tanto la siguiente: Las dificultades de la Fundación Favaloro tuvieron y tienen que ver con las peculiaridades del sistema de salud argentino que a su vez estaban fuertemente influenciadas por el contexto político, económico, histórico y social.

Es cosa común en la poca bibliografía que hay sobre los logros, las dificultades y los fracasos de la Fundación el análisis superficial y centrado en las peculiaridades de la Fundación y no en lo que quedaba fuera de ella, verdadero condicionante de sus problemáticas.

Lo que suele encontrarse al respecto son kilos de publicidad institucional y marketing de la propia Fundación junto a periodismo facilista.

En este espacio intentaré realizar un análisis profundo.

Reflexionemos sobre algunos puntos. Favaloro, a pesar de que ya se traía una idea nítida desde los Estados Unidos de lo que quería hacer, tarda cuatro años en poner la primera piedra de la primera casa, que sería el Departamento de Investigación. Y Favaloro era una persona tenaz; si no lo hizo antes fue porque no pudo.

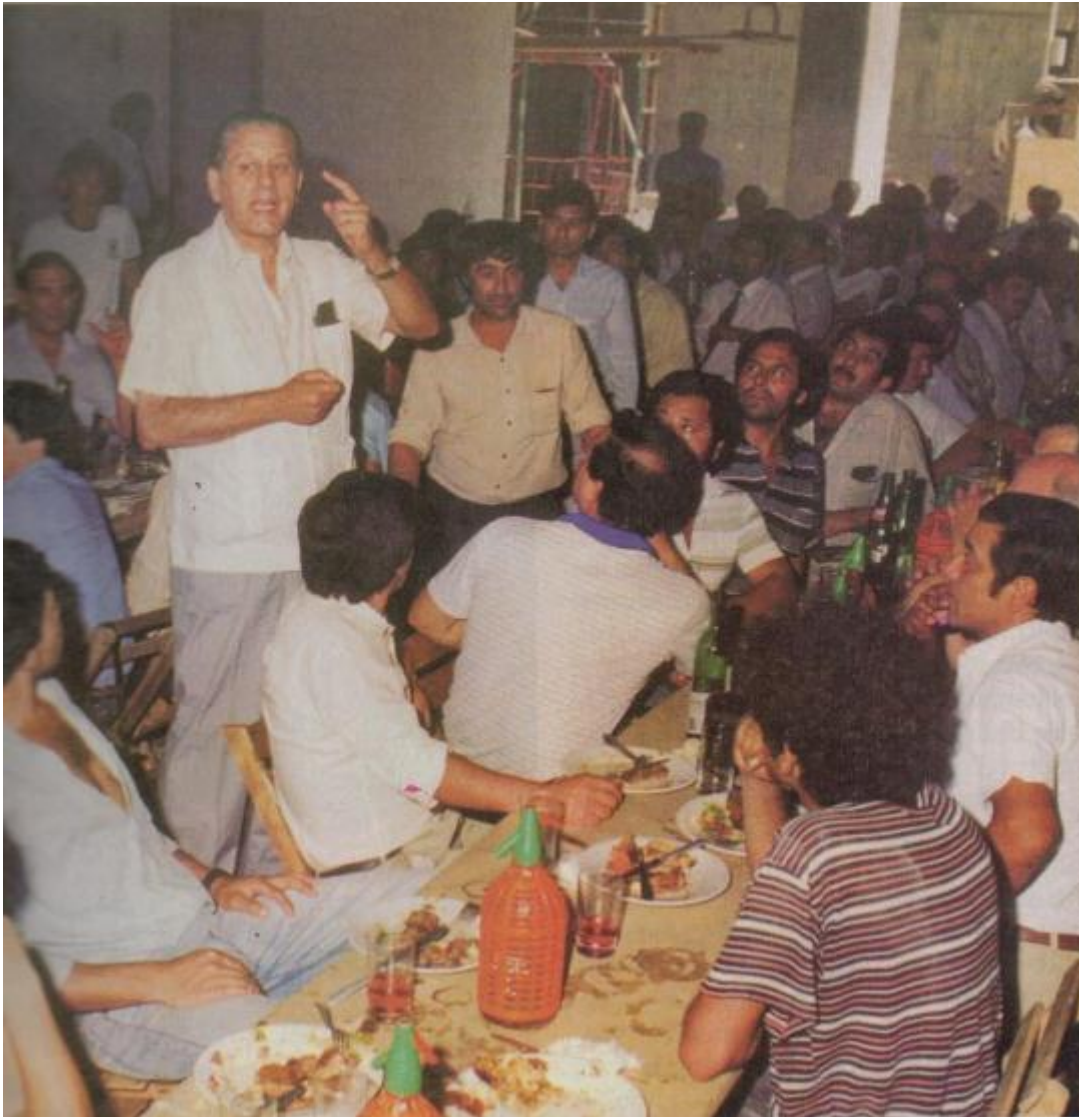
En comenzar a impartir la carrera de Medicina tarda la Universidad Favaloro 22 años desde que el proyecto echa a andar con el Departamento de Investigación.

La joya de la corona, que era el hospital, donde su proyecto alcanzaba la máxima expresión y trascendencia, tuvo que esperar la friolera de ¡21 años! desde su llegada a la Argentina hasta su inauguración. La primera piedra se había colocado en 1979, 13 años antes de su apertura al público. Esto da una idea de sus dificultades. Funcionó durante 8 años y el proyecto tal y como lo había soñado de alguna manera fracasó; aunque después continuó reformulado, hasta la actualidad. El día que realizó la primera cirugía en su nueva casa tenía ya 69 años, y la verdad es que como él decía, se encontraba en condiciones verdaderamente óptimas para hacer su trabajo, incluso llegó así a los 77 años; operó hasta el día antes de morir.

El **dinero** para comenzar a poner en marcha la Fundación provenía fundamentalmente de:

- Programas de televisión de divulgación científica.
- Sindicato de diarios, revistas y afines.

- Algún apoyo del Gobierno.
- Conferencias que daban por todo el mundo Favaloro y su colaborador **Carlos Bertolassi** sobre la clasificación de la enfermedad coronaria que habían propuesto, que de alguna manera supuso un salto cualitativo acerca de cómo se enfrentaba dicha patología.



*Figura 53. Favaloro habla para los obreros que trabajan en la construcción del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (hospital). Foto sin fecha. Magazine Veintitrés. 2000.*

#### **7.4. Estructura formal de la Fundación Favaloro.**

Favaloro regresó a la Argentina en 1971. Comenzó trabajando en el *Sanatorio Güemes*, un hospital no público (tampoco es exactamente privado tal y como lo entendemos en Europa, ya veremos después de qué trata esta disquisición) de la ciudad de Buenos Aires. El hospital cobraba por el ingreso y Favaloro y su equipo se quedaba con los honorarios, con los que pagaban a las secretarias y a los cirujanos. Con el resto del dinero organizaban la formación de los residentes.

En 1975 crea la “Fundación Favaloro para la Docencia e Investigación Médica”<sup>145</sup>, donde integra el “Departamento de Investigación y Docencia”, encargando al Dr. Ricardo Pichel la dirección del mismo y la rectoría de la futura Universidad. La investigación que se realizaba en ese ámbito era investigación básica.

En 1992 se inaugura el hospital, llamado “Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular”, como el eje asistencial del proyecto, mientras que la docencia se integraría bajo la fórmula “Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas”.

Como la investigación que se hacía fuera del hospital era diferente de la que se hacía dentro (en tanto en cuanto dentro se hacía investigación aplicada y no básica), se crea la fórmula “Instituto de Investigación en Ciencias Básicas” para hacer la investigación fuera del hospital, mientras que dentro del hospital simplemente se llamaría “Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular”.

Así quedaba, en 1994, un organismo legalmente constituido para cada una de las tres patas de la mesa: asistencia (Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular), docencia (Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas) e investigación (Instituto de Investigación en Ciencias Básicas).

En 1995 tiene lugar una nueva modificación a la que obliga o invita la ley de Educación Superior, constituyéndose la Fundación Universitaria Dr. René Favaloro que pasa a englobar la docencia (Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas) y la investigación (Instituto de Investigación en Ciencias Básicas).



Permanece la parte asistencial (Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular) en la Fundación preexistente “Fundación Favaloro para la Docencia e Investigación Médica”.

En 1998, a las carreras biomédicas que imparten se incorporan 3 carreras de ingeniería, lo que obliga a que el “Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas” pase a ser la “Universidad Favaloro”, debido a que ya no impartiría solamente Ciencias Biomédicas.

En 1999 se integra la parte de investigación (Instituto de Investigación en Ciencias Básicas) en la Universidad Favaloro.

La Licenciatura en Medicina, la primera en impartirse, comienza su andanza en 1993.

#### 7.4.1. Locales y usos.

- 1) Universidad y laboratorios de Investigación Básica, con sede central en Calle Solís 453, un edificio de 8 pisos cedido por la Sociedad de Distribuidores de Diarios, Revistas y Afines.
- 2) Facultad de Ingeniería y Ciencias Exactas en un edificio de 500 m<sup>2</sup> en Avenida Belgrano 1723.
- 3) Aulas y laboratorios de docencia en Calle Solís 454, que se iban a reconvertir en la Biblioteca de la Universidad.
- 4) Aulas y laboratorios de docencia en Avenida Belgrano 1714, que posteriormente sirvió para la ampliación de la Biblioteca.
- 5) Biblioteca “Ezequiel Martínez Estrada” en Avenida Belgrano 1720.

- 6) Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular en Avenida Belgrano 1746/68, con una dotación de 227 camas en el año 2000. Tiene 9 pisos y tres subsuelos, con una extensión de 20000 metros cuadrados.

Cuenta con un Anexo (a donde también se accede por Calle Venezuela) para despachos y asuntos de la gestión de la Fundación.

El hospital tiene dos sistemas de circulación laterales al cuerpo central, independientes, uno para el personal y otro para el público.

Está cuidada la estética porque así lo quiso Favalaro; que los pacientes pudieran disfrutar de un entorno confortable. Son numerosas las obras de arte que podemos encontrar, entre cuadros y esculturas.

En la cesión de este edificio a la Fundación intervino la Sociedad de Distribuidores de Diarios, Revistas y Afines y la Municipalidad de Buenos Aires<sup>63</sup>.

Actualmente el Instituto cuenta con otros centros más alejados de este grupúsculo. En Provincia de Buenos Aires (Pilar) y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Arenales).

La relación con la Sociedad de Distribuidores de Diarios, Revistas y Afines fue nuclear en el proyecto de Favalaro, y dentro de ella Ángel Peco, su benefactor y mecenas, fue determinante.

Estos edificios fueron concebidos para albergar la Obra Social del gremio de los revisteros (su hospital, para entendernos los españoles, luego explicaré qué es esto). Como les salía muy caro y era laborioso crear ahí un hospital, se la cedieron a la Fundación con la condición de que sus trabajadores pudieran ser atendidos en dicho hospital.

7.4.2. Análisis pormenorizado de algunos aspectos concretos con sus comentarios: el desarrollo del Departamento de Investigación<sup>146</sup>.

Dice Ricardo Pichel, exdirector de las labores de investigación y exrector de la Universidad Favaloro, parafraseando a Favaloro, que ejercer la profesión sin investigar es condenar al paciente a una Medicina inmovilizada en el tiempo<sup>147</sup>.

Decía Bernardo Houssay, argentino, Premio Nobel de Medicina en 1947, que se puede medir la ilustración y la clarividencia de los gobernantes por la importancia que le dan a la investigación científica, y por el respeto que profesan a los hombres de ciencia.

Favaloro, Pichel y sus colaboradores tenían claro que la investigación constituía la base y la riqueza de un país. Y que cuando el conocimiento científico se suma a un cerebro entrenado en el contexto de la investigación aplicada obtiene una naturaleza transformada. Sin estos elementos, no queda otra que un pueblo crecientemente analfabetizado, de cerebros vírgenes.

Eso es lo que sucedió en las emigraciones masivas de científicos durante los golpes militares del 66 y del 76, y en el 89.

Favaloro y Pichel siempre pensaron que el camino era invertir cada vez más en investigación y desarrollo que en bienes materiales, criticando a aquellos que preferían invertir en casas en Punta del Este (destino clásico como segunda residencia de la clase alta argentina en el vecino Uruguay) o en “countries” (guetos para la clase alta que se popularizaron en los 90 con el gobierno de **Menem**; urbanizaciones de adinerados con todos los servicios dentro de ellas, con pretensión de ciudadela autosuficiente, aislada de los problemas del resto del país).

Reflexionan sobre el estado de la investigación en Estados Unidos, país liberal, que no obstante es bien consciente según ellos de que hay sectores que no pueden

quedar a merced de la iniciativa privada, porque se extinguirían con los profesionales que trabajan en ellos dentro. El Gobierno federal soporta el 60% de los gastos de investigación básica, las universidades el 26% y sólo el 14% restante lo aportan la industria y las entidades sin fines de lucro. La actividad privada era muy importante para sostener las universidades, pero no directamente la investigación. Favaloro tenía la esperanza o la ilusión más bien de que esto fuera así en la Argentina, y si no lo era, al menos que lo fuera para él.

Si se analiza, Estados Unidos ha ido reduciendo progresivamente su presupuesto en investigación militar y lo ha ido trasvasando a investigación en actividades no militares.

En Argentina, por el contrario, al compararla con sus pares, es decir, países de producto interior bruto per cápita entre 2000 y 3000 dólares, y países con niveles de analfabetismo similares a los suyos, nos encontramos con que es el que menos invierte de ellos en investigación con datos de 1987.

Respecto al contexto propiamente latinoamericano, Argentina lideraba la producción de trabajos científicos en 1973 con un 30,8% del total. En 1984 cede el puesto a Brasil, pasando a segundo lugar, con el 25,7%. A este porcentaje del 25,7% hay que darle especial valor, pues Argentina en ese momento dedicaba a investigación el 0,34% de su PIB (se considera que valores por debajo de 1% son insuficientes) y se había producido la emigración científica del 76 por el golpe de Videla, con lo que se puede deducir que con poco dinero y pocos efectivos el país aguantó el tirón, y la producción de los científicos fue notable, demostrando su abnegación.

Favaloro y Pichel critican fuertemente que los empresarios (que no son capaces de darse cuenta de que los problemas que tienen en las empresas se solucionarían desde la ciencia) y los economistas se inmiscuyan en la pertinencia o no de la ciencia, área que les acusan de desconocer.

En este sentido, reprochan fuertemente el deseo de Menem de privatizar el CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas).

También son conscientes de que el desarrollo que trajo la ciencia no es 100% positivo, pues en algunos casos sirvió para hipertrofiar la sociedad de consumo. En otros para atentar contra la ecología. En otros para ponerse a las órdenes de la industria armamentística.

Al regreso de Favalaro, éste le propone a Pichel dirigir el Departamento de Investigación y Docencia.

Favalaro pronto se da cuenta de que el Sanatorio Güemes, hospital que lo acogió para la asistencia, no podía brindarle la oportunidad de desarrollar un departamento de investigación, **porque lo que no daba dinero a corto o medio plazo no interesaba a la clínica.**

Favalaro y Pichel se conocen en el 65, en el Hospital Italiano de Buenos Aires, en uno de los intentos frustrados de Favalaro de volver. Le ofrecieron la jefatura de residentes y el hospital no tenía residentes. Además le querían hacer pagar el derecho a usar las instalaciones, por lo que la opción no cuajó.

Boullon comenta que desde el 68 Favalaro estaba regresando cada tres meses a la Argentina y operando en el Italiano y en el Güemes. **Mario Kaplan**, pez gordo del Güemes, fue recomendado por Favalaro para una cirugía no coronaria en Cleveland. Aprovechando su estadía, a Favalaro se le ocurre (cómo no) hacerle una coronariografía y constata gran afectación de las coronarias. Lo revasculariza y a partir de entonces, Kaplan, muy agradecido, impulsa que Favalaro se quede en el Güemes.

Pichel recordaba emocionadamente la primera vez que oyó hablar de Favalaro; estaba en un velatorio y un amigo le contó lo que estaba haciendo un médico argentino en Cleveland, y eso le impresionó y se le quedó grabado.



*Figura 54. René Favaloro y Ricardo Pichel. Data indeterminada. Archivo Fundación Favaloro.*

Los primeros años Favaloro sostiene gran parte del Departamento de Investigación con sus ahorros. Los sueldos del personal, por ejemplo, los pagaba directamente de su bolsillo.

Entre las primeras líneas de investigación estaba la del **corazón artificial**, porque Favaloro venía deslumbrado por los trabajos de Williem Kolff y Nose en la Cleveland, en el Departamento de Órganos Artificiales, donde también estaban trabajando en el riñón artificial. Estas experimentaciones se realizaban en animales, en terneros.

Mandó a Pichel y a otro colaborador a la Universidad de UTAH, donde Kolff era el Director del Departamento, para hacer un proyecto paralelo en la Fundación. Tenían un presupuesto de 80.000 dólares para el mismo (Boullon dice que 180.000), dinero que provenía de los fondos de la Sociedad de Distribuidores de Diarios y Revistas. Mucha plata para aquel entonces.

El dinero se utilizó para comprar el material, los equipos, las jaulas y para pagar a estudiantes de veterinaria que debían estar de guardia 24 horas vigilando a los animales. Pichel regresó de Estados Unidos con 14 cajas de equipos y le dijo a Favaloro: - Esté en la aduana que va a haber problemas para pasar el material. Cuando Pichel sale del avión no hacía más que mirar nervioso a ver si veía a Favaloro. Efectivamente, le decomisaron los equipos. Tuvo que intervenir al final la Sociedad de Distribuidores de Diarios y Revistas para arreglar el problema. Comenzaron a operar y a las 48 horas todas las vacas se morían de edema agudo de pulmón, al parecer debido a un paso quirúrgico que no efectuaban de la misma manera que Kolff, acabaron concluyendo. El cirujano corrigió la técnica y entonces un ternero sobrevivió 6 meses, otro 10 días y ahí se terminó ya toda la plata. En total se implantaron 16 corazones y la supervivencia media fue de 96 días. Era 1982. Dice Pichel que no fue una inversión costoefectiva. No se continuó con el proyecto de corazón artificial por los problemas de todo tipo que acarreó el conflicto de Malvinas y porque subió el dólar.

Otra de las líneas de trabajo fue la de los dispositivos de asistencia ventricular, como puente al trasplante. Un grupo multidisciplinar de la Fundación viajó a Estados Unidos para formarse y pusieron el primero en Argentina a un paciente en 1995. También trabajaron con el dispositivo neumático paracorpóreo de asistencia uni y biventricular, tras aprendizaje en Polonia.

A Favaloro desde los tiempos de la Cleveland le sedujeron los trasplantes cardíacos. Su idea era llamar al hospital "Instituto de Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Trasplante de Órganos". **Branco Mautner** (Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Favaloro) le decía que no podía llamar un europeo al centro y decir: Hola buenos días, quería hablar con el Instituto de Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Trasplante de Órganos; que habría pasado media hora ya, así que quitaron finalmente lo del trasplante de órganos. (¡Ni que el europeo fuera un ser al que hubiera que complacer!).

El primer trasplante cardíaco en Argentina no lo hace Favaloro (como algunas fuentes proclaman) sino **Bellizi** en la Clínica Modelo de Lanús (Buenos Aires)<sup>148</sup>. Bellizi realiza los dos primeros trasplantes en receptores de 54 y 19 años, en 1968. Fallecen los dos en el postoperatorio. A Bellizi le abren una causa penal por

homicidio, con lo que deja de hacer trasplantes. La causa fue sobreseída en 1978. El relevo de Bellizi lo recoge Favaloro.

En el Güemes practica el primer trasplante cardíaco en Argentina con supervivencia prolongada (6 meses) en 1980. En 1990 realiza el primer trasplante cardiopulmonar del país.

El Departamento de Investigación cobró luego vida propia, sus propios desarrollos y sus propias líneas de investigación, pero al inicio fueron las propuestas de Pichel y Favaloro las que se pusieron en práctica.

El **volumen de publicaciones** del Departamento es notable. Datos de la misma Fundación cifran éste en promedio anual de 50 publicaciones en revistas internacionales con arbitraje, 25 publicaciones en revistas nacionales con arbitraje, 120 abstracts, 25 libros y capítulos de libros y 30 presentaciones originales en distintas revistas científicas. Dicen también que hacen un importante número de ensayos clínicos al año. Y que la institución es reconocida como uno de los centros de investigación más prestigiosos de mundo.

En el libro “Producción científica en Investigación Básica y Clínica de la Universidad Favaloro y del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de la Fundación Favaloro 1992-2004” se puede dar cuenta de gran parte de las publicaciones.

Si bien no dudo del número de publicaciones que hacen en la Fundación, hoy en día publicar no es sinónimo de excelencia ni de calidad, lamentablemente, salvo que publiques en las mejores revistas del mundo, que son una decena. Las revistas tienen criterios de selección oportunistas (lo novedoso, lo rimbombante) e importantes sesgos de publicación (tienden a publicar los resultados positivos y no los negativos). Asimismo las revistas buenas y no tan buenas, indexadas, cobran por publicar, lo que es un auténtico despropósito, por no mencionar la influencia de la Industria Farmacéutica a la que están sometidas las revistas de la “gama media”, bien por presiones directas, bien por presiones mediante el quita y pon de la publicidad.



Es muy triste esto, ciertamente. Pero la Medicina en algunos sentidos se ha convertido en algo muy decadente.

En cuanto a esas afirmaciones que en ocasiones hacen estos centros de “el mejor centro de Latinoamérica”, “el mejor de Argentina”, “el mejor de Chile”... creo que son difícilmente creíbles y contrastables. Las clasificaciones las hacen empresas privadas y tanto la metodología como los indicadores que miden están lejos de los objetivos y de los parámetros que son realmente válidos en un sistema sanitario y en una evaluación de Salud Pública. Suelen ser rankings de cara a salir en una revista sensacionalista de tirada general y no en una revista científica seria. Nada fiable, por lo tanto. Dicho esto, añado que la Fundación Favaloro no sale nada bien situada en ninguno de esos rankings que yo acabo de criticar y que se pueden consultar en distintas publicaciones. Como digo estos rankings no me parecen creíbles<sup>149</sup>.

Me gusta más la visión de Mautner: “no somos reyes en el Instituto, esto no es perfecto, pero si comparas con lo que hay en Latinoamérica... No somos los únicos que hay... y lo hacemos bien”.

#### *7.4.3. Análisis más pormenorizado de algunos aspectos concretos con sus comentarios: la docencia.*

El concepto que tenía Favaloro de la docencia era nuclear, tanto dentro de la Medicina como fuera de ella.

“Quisiera ser recordado como docente más que como cirujano”, dejó dicho.

Su actividad en este sentido en la Argentina comienza ya en el Sanatorio Güemes, donde organiza las residencias médicas a través de la formación en especialidades y cursos para postgraduados.

La vocación docente en la Fundación la cristaliza en la Universidad que crea, a través de los pasos intermedios comentados anteriormente.

Las carreras biomédicas que oferta la Universidad son Medicina (comenzó en 1993), Kinesiología y Fisiatría (2000) y Nutrición (2001).

En la rama de Ingeniería ofrecen Ingeniería Biomédica, Ingeniería en Física Médica e Ingeniería Computacional. Estas licenciaturas comenzaron a dictarse en 1999 y su existencia se ve relacionada con la actividad en el Departamento de Investigación, ya que en éste los ingenieros tenían y tienen importante presencia en el desarrollo de dispositivos médicos.

La figura de Pichel es clave en esta apuesta. Pichel comienza a estudiar Medicina pero la deja en cuarto para estudiar Exactas. Posteriormente la retoma y la termina. Mautner lo define muy bien: es médico pero no es médico. Una personalidad crucial para integrar las ciencias biomédicas y la ingeniería.

Las fuentes de ingresos de la Universidad eran las siguientes: el dinero que pagan los alumnos en las Licenciaturas y en los programas de postgrado, las donaciones externas, las cuotas de los profesionales que utilizan las bibliotecas y los aportes de la Dirección de Loterías y Casinos de la Provincia de Buenos Aires a través de la Asociación de Amigos de la Fundación Favaloro.

Aparte, la investigación dentro del Departamento se complementa con algunos subsidios que se reciben para estas actividades.

La enseñanza en Medicina tiene de 40 a 50 plazas anuales desde el año 93 hasta el 2000. El ingreso es previo examen.

En el folleto publicitario que se repartía a los alumnos se podía leer: "Taxativamente no se aceptan recomendaciones ni influencias de ninguna naturaleza. Las mismas serán motivo de exclusión del postulante, previa información a sus padres sobre la identidad del recomendante"<sup>150</sup>.

A los alumnos se les intenta impregnar de la formación humanista que fue seña de identidad de Favaloro.

“Pero educar sin comprometer a quien se educa con la realidad social de su tiempo tampoco es educar, sino entrenar profesionales diestros, cuyas destrezas de poco han de servirle si a causa de su miopía social no puede ponerlas al servicio de quienes más las necesitan”.

Los alumnos, dentro de sus rotaciones y prácticas, están obligados a empaparse de la **realidad social** de su país. En el primer año realizan prácticas de verano (el concepto de vacaciones de verano de los estudiantes era terrorífico para Favaloro, que lo veía una pérdida exagerada de tiempo en la etapa de máximo rendimiento físico e intelectual) en el conurbano bonaerense (pequeñas ciudades periféricas, como si dijéramos Getafe para Madrid o Cornellá para Barcelona). Allí junto a trabajadores sanitarios y sociales se familiarizan con temas como la vacunación, crecimiento, alimentación, estructura familiar...

En sexto año realizan el Internado Rotatorio Rural, una pasantía como la de los residentes de tres meses, en un hospital de baja complejidad en el noroeste argentino, región humilde del país. También rotan en otros lugares del interior.

Favaloro criticó fuerte y frecuentemente el acceso irrestricto a la Universidad en general y a la Facultad de Medicina en particular. Argentina es uno de los pocos países del mundo donde se accede a la Universidad sin examen de ingreso. Uno puede matricularse en la Facultad que desee independientemente de los méritos anteriores, cursando previamente un año de materias comunes: Ciclo Básico Común (CBC).

Critica a los que defienden a capa y espada este funcionamiento como una prueba de democracia, porque solamente el 8% de los estudiantes universitarios en Argentina pertenecían a las clases bajas. Él era partidario de lo que llamaba una “selección neuronal”. Es decir, ingreso en función de méritos académicos. Avalaba su posición con el funcionamiento tal de todos los países “desarrollados”.

En Argentina hay 26 Facultades de Medicina (10 públicas y 16 privadas), con 4.600 médicos licenciados al año. Se calcula que el país necesitaba 1.500 médicos al año. En 1990 había 9 Facultades de Medicina (7 públicas y 2 privadas). Como podemos observar la expansión se ha hecho a base de privadas, que el boom liberal de Menem propició. Consecuencia de ello es que este descontrol en la atención y subsidio de la oferta sin hacerlo con la demanda origina una de las tasas más altas de médicos por 1.000 habitantes del mundo, con 3 médicos por 1.000 habitantes. En los países desarrollados es de 2,5, mientras que en los pobres es de 0,1. El número de médicos crece más (3,5%) que la población (1,6%).

En Argentina, según Favaloro, sobran médicos y faltaba enfermería y técnicos cualificados.

Este fenómeno se ve además caracterizado por dos peculiaridades:

- En la Argentina hay **escasez de médicos generalistas**, gran cantidad de médicos especialistas y pobre distribución geográfica de los médicos. En Buenos Aires, por ejemplo, hay siete veces más médicos por habitante que en Formosa o en Misiones<sup>135</sup>. Según los criterios de la investigadora Bárbara Starfield el porcentaje de médicos generales sobre el total de médicos especialistas debiera ser del 50% en un sistema sanitario bien organizado. En el caso de la OMS la recomendación es del 60%.

Esto es debido a características del sistema de salud argentino. La Atención Primaria solamente está implementada en el sistema público de salud, donde acuden los pacientes de menos recursos. La Atención Primaria en Argentina es una cosa de “pobres”. No tiene prestigio. La atención sanitaria es **hospitalocéntrica**, parapetada bajo la fascinación por la tecnología, por el hospital y sobre todo, por el acceso directo al especialista. Paradójicamente este tipo de sistema es más caro y provee de peores indicadores en salud que un sistema de salud con un médico de filtro como el médico de familia,

como se sabe desde hace muchos años por los estudios de Bárbara Starfield y Farmer entre otros<sup>151</sup>.

La Atención Primaria salvaguarda la equidad y asegura buenas calidades en la atención a territorios remotos, como los rurales.

En Argentina rige la fascinación por la libertad de elección, por la competencia entre los médicos y los centros de atención, lo que lesiona gravemente el principio de equidad en el sistema, por concentrarse más y mejores médicos en los núcleos urbanos, y en el caso de Argentina en Buenos Aires, lo que provoca que el sistema de salud sea un partícipe más y un convidado de piedra de las asimetrías entre el gran Buenos Aires y el interior.

Un sistema de salud decente está para **corregir desigualdades** y no para contribuir a crearlas.

- **Posibilidad de ejercer la Medicina en cualquier especialidad solamente con ser licenciado.** Favaloro resaltaba que la calidad de la enseñanza acaba siendo mala, porque con tal cantidad de alumnos inscriptos había pocas prácticas y por cada médico docente había demasiados alumnos. Favaloro siempre estuvo por regular la profesión.

En Mayo de 1999 declara (en el contexto de un recorte en educación propuesto por el Gobierno de Menem) que **no pasaría nada si cerraran** las Facultades de Medicina y Derecho un par de años, lo que despertó las iras de los estudiantes, que le hicieron una pintada (Favaloro no, educación sí) y un escrache en la puerta de la Fundación. Favaloro los invitó a pasar y a debatir. Según él, los estudiantes se fueron hermanados con él y con su postura.

Era irónico que alguien que tenía tanta conciencia por la importancia de la educación y que la había defendido tanto fuera señalado como su enemigo ahora.

Lo cierto es que con este tema se armó un despelote bárbaro. Si se lee y se estudia con dedicación la obra de Favaloro, **esta idea ya está** en el libro de ¿Conoce usted a San Martín?, año 1986. Cito: “A veces, en charlas o conferencias en colegios secundarios y en las mismas universidades, para que el problema se comprenda en

profundidad, he manifestado, como hipótesis, que nada pasaría si cerráramos las universidades por algunos años. En el fondo soy un convencido de que podría ser así. ¡Ni siquiera nos daríamos cuenta de ello!<sup>123</sup>".

Así que los que veían en esta crítica una manera de apoyo de Favalaro a Menem por el recorte de presupuesto a la Universidad Pública se equivocaban. Favalaro ya pensaba esto desde hacía mucho tiempo.

Evidentemente, Favalaro incurre en **gran contradicción** cuando se pasa toda la vida (ya desde el 80 lo está haciendo) criticando el ingreso irrestricto y el exceso de médicos y luego va y crea él una Universidad privada. Además, una Universidad para la clase alta o media-alta por lo que cuesta la matrícula, no obstante que den algunas becas o ayudas. (En 1999 por ejemplo el 20% eran alumnos becados).

Interrogado Pichel por esta contradicción cuenta que en 1992 tres docentes de la Universidad de Buenos Aires (pública) vinieron a proponer a Favalaro la creación de una Universidad privada. "Yo soy hijo de la pública", les replicó.

A los 15 días llamaron del Departamento de Fisiología de la Universidad privada Maimónedes para ofrecerle la dirección del Departamento de Fisiología Cardiovascular a Pichel, y Favalaro, desairado y viendo que se les iba, les contestó: - De ninguna de las maneras, vamos a crear nuestra propia Universidad.

Pichel da a entender como que la creó por despecho y de imprevisto, sin embargo la idea de la docencia la llevaba ya impresa desde los años de la Cleveland.

Favalaro **tenía marcada a fuego** la idea del proyecto que quería construir y poco le importaba incurrir en este tipo de contradicciones, así como en otras que relataremos más adelante, porque para él lo importante era la consecución de la obra. El fin justificaba los medios en su caso.

Pero Favalaro y la Fundación no solamente despliegan su vocación docente en las licenciaturas.

También organizan en la Universidad la formación de postgrado. En ella se incluyen maestrías (lo que llamamos Máster en España) y las especializaciones (una mezcla entre Máster y Experto Universitario). Unas 70 opciones en total.

Organizaban reuniones científicas y congresos entre los que destacaba el de “*Cardiología para el consultante*”, al que asistían varios miles de cardiólogos argentinos, latinoamericanos y de otras partes del mundo. Era una oportunidad de oro para los médicos que no tenían posibles de viajar al extranjero, y que así podían empaparse de las enseñanzas de las mejores figuras de la Cardiología mundial.

En el hospital crean algunas residencias médicas (lo que equivaldría al MIR español, aunque no es una formación tan reglada y estructurada ni tan larga y completa según he visto; luego se va completando con otras cosas).

En los años 50 un organismo reguló las residencias médicas (CONAREME: Comisión Nacional de Residencias Médicas), acreditando los programas y los servicios y realizando un examen de ingreso. Después esa supervisión desapareció. Se calcula que solamente un 40% de los licenciados completan su formación con una residencia. El 60% restante mayoritariamente está integrado por los estudiantes que finalizaron con calificaciones bajas su formación de grado. Pégola critica que la regulación de las residencias en Argentina es muy pobre. Que se habilitan especialistas en muchos lados, como Sociedades Científicas, Colegios de Médicos, muchas Escuelas... que dan títulos como si nada, sin ninguna regulación ni supervisión, tras un año o incluso meses de formación, cuando los que se otorgan en la Facultad tienen 3 años de práctica intensa.

En esas residencias en la Fundación Favaloro se formaron ya más de 450 médicos tanto argentinos como latinos, fundiéndose Favaloro mediante este adiestramiento con el *concepto sanmartiniano de la patria latinoamericana*, la unidad de Latinoamérica. Él estaba muy orgulloso de haber podido ayudar a distribuir el conocimiento de la Cardiología y la Cirugía Cardiovascular de alta complejidad a estos países, y soñaba con que estos nuevos médicos fueran el germen de esos nuevos servicios en sus países, y que los pacientes no tuvieran que viajar afuera y no sólo pudieran optar a esos servicios los que tuvieran plata.

Se enorgullecía de que en todos los países latinoamericanos, de México para abajo, había médicos formados en la Fundación.

#### **Principios del maestro cirujano según Favaloro.**

- 1. La enseñanza fundamental debe realizarse en la sala de operaciones.**
- 2. Las operaciones deben ser sistematizadas, simplificadas y ordenadas.**
- 3. Las operaciones deben realizarse con destreza, precisión, eficiencia y quizás con belleza (la disección, exposición, suturas y anastomosis).**
- 4. No hay que perder tiempo con movimientos innecesarios, pero tampoco proceder con apuro o nerviosismo.**
- 5. Debe enseñar, colocándose del otro lado de la mesa operatoria, la práctica de los diversos tiempos de cada operación en forma repetida. El tiempo empleado en enseñar es el que rinde mayores frutos.**
- 6. Debe aprender a utilizar los errores y accidentes (los propios y los de los demás) para enfatizar cómo prevenirlos y resolverlos con mente fría cuando ocurran.**
- 7. Cuando improvisa y sale de la rutina debe remarcarlo pues no siempre todo es repetición y simpleza. El residente debe aprender a combinar la rutina con la creación. Los grandes cirujanos son los que crean durante el acto quirúrgico con justeza y precisión.**
- 8. A través de su dedicación al trabajo debe dar ejemplo de responsabilidad, energía, intensidad y entusiasmo en la tarea emprendida. La cirugía cardiovascular exige entrega total y sacrificio.**

*Tabla 15. Principios del maestro cirujano.*

#### **Cualidades del candidato a cirujano cardiovascular según Favaloro.**

- 1. Habilidad manual y capacidad técnica por encima de lo común.**
- 2. Inteligente y bien organizado.**
- 3. Gran capacidad física y resistencia en el trabajo.**



<b>4. Intensa motivación.</b>
<b>5. Interés y dedicación a sus pacientes y familiares.</b>
<b>6. Habilidad para evaluar toda nueva información y adaptar su trabajo y pensamiento a nuevas ideas y conceptos después de analizarlos en profundidad.</b>
<b>7. Tener suficiente criterio y responsabilidad para tomar decisiones cuando se haga necesario y humildad para pedir ayuda cuando lo crea conveniente, reconociendo la necesidad de aprender de los demás.</b>
<b>8. Integridad ética y moral.</b>
<b>9. Saber trabajar en equipo integrándose al mismo con afecto y hasta con amor. La facultad de darse con grandeza y modestia es fundamental pero no tolerará encubrimiento y blandura en actos reñidos con la tarea específica a desarrollar.</b>
<b>10. Entender que lo único importante es el paciente y éste es el único privilegiado.</b>

*Tabla 16. Cualidades del candidato a cirujano cardiovascular.*

<b>Declaración de principios de la Fundación Favaloro.</b>
<b>1. Honestidad.</b>
<b>2. Trabajar con pasión, esfuerzo y sacrificio sin límites.</b>
<b>3. Evitar ser influidos por conceptos dogmáticos o prejuicios propios o ajenos.</b>
<b>4. Sus contribuciones tendrán valor si sólo son el producto de su libre albedrío, ejercido sin sometimiento ni límites.</b>
<b>5. No apartarse nunca de la ética, al comprender que ella está implícitamente condicionada por la moral y por el respeto a la dignidad y a la condición humana del paciente y de sus familiares.</b>
<b>6. Deberá comprender con humildad que es necesario trabajar en equipo. Sacrificará lo individual en beneficio de lo colectivo. La evolución científica así lo demuestra. El yo ha sido reemplazado por el</b>

<b>nosotros hace ya bastante tiempo.</b>
<b>7. Hay que sacrificarlo todo en aras de la verdad y nada más que la verdad. Decir siempre en voz alta lo que se piensa por dentro. Nada puede sustentarse sobre la mentira.</b>
<b>8. Si además del alivio del sufrimiento de nuestros semejantes enriquecemos nuestros conocimientos, la satisfacción será doble.</b>
<b>9. El sujeto básico de nuestra tarea, y por ende el único que gozará de privilegios, será el paciente.</b>
<b>10. Solamente se llegará a gozar de lo realizado cuando en su alma sienta, preferentemente en los silencios necesarios para la reflexión, que el único premio verdadero es el que proviene del placer espiritual, limpio y sereno del deber cumplido.</b>

*Tabla 17. Declaración de principios de la Fundación Favaloro.*

<b>10 reglas de oro de Favaloro.</b>
<b>1. La historia clínica está por encima de cualquier avance tecnológico.</b>
<b>2. Todos los pacientes son iguales.</b>
<b>3. El trabajo es en equipo.</b>
<b>4. Máximo respeto al médico de cabecera.</b>
<b>5. Cobrar honorarios modestos.</b>
<b>6. Hacer docencia e investigación.</b>
<b>7. Prevenir, estimular la vida sana.</b>
<b>8. No perder el humanismo.</b>
<b>9. Abogar por la paz.</b>
<b>10. El optimismo tiene efectos biológicos.</b>

*Tabla 18. 10 reglas de oro de Favaloro.*

## 7.5. Sistema sanitario argentino.

### 7.5.1. Introducción.

La organización del sistema sanitario refleja los valores, la historia y la cultura de un país. Hay sistemas que promocionan la universalidad en la cobertura y la equidad respecto la libertad, otros al contrario. Estas decisiones, que pudieran pasar por técnicas, **son meramente políticas e ideológicas.**

Los sistemas en los que el Estado tiene una importante participación son, en general, los que gastan menos proporción de su PIB en Sanidad y obtienen mejores resultados en salud, principalmente porque tienen una estrategia de Atención Primaria de Salud fuertemente implementada.

El sistema argentino es un sistema mixto, con aseguramiento público, privado y seguridad social, y provisión pública y privada. Todo lo que se pueda imaginar, pero a la vez.

Si hubiera que resumir con una palabra el sistema de salud argentino diríamos “complejo”. Si fuera con dos serían “complejo y fragmentado”. Si tres “**complejo, fragmentado y descentralizado**”.

Ser complejo y descentralizado no son adjetivos necesariamente negativos en este caso. Ser fragmentado, si lleva a más gasto y peores resultados en salud (se llama ineficiencia), sí que es negativo.

La fragmentación acontece en los métodos de financiación, en la constitución de fondos, en la manera de gestionar cada subsistema y en la provisión de los servicios.

Simplificando podríamos decir, aproximativamente, que en Argentina **hay tres sistemas de salud**: uno para los pobres y medio rural (público), otro para los trabajadores (Obras Sociales) y otro para los ricos (privado, Medicina prepaga).

Según capacidad de pago o lugar en la sociedad se recibe una atención u otra. El sistema de salud, por tanto, no corrige desigualdades en salud, lo que es su mérito y deber, sino que las perpetúa y las favorece.

Se le achaca al sistema de salud argentino gastar mucho para lo que obtiene, ser **poco eficaz**; y esto probablemente se deba a los determinantes sociales de la salud, pero también al sistema complejo y fragmentado que hace que el dinero se pierda en algunas bolsas de ineficiencia que iremos analizando en lo venidero.

Hay comparaciones entre los distintos países que incluyen nivel global de salud, desigualdad en el acceso, capacidad de respuesta del sistema de salud y distribución de la carga financiera del sistema de salud. Argentina ocupa el puesto número 75 con un 72,2% de eficiencia, entre los 191 países del mundo que se incluyen en estas comparaciones de la OMS.

Digamos que en el contexto de los países de su entorno le superan en la relación dinero invertido en sanidad/indicadores de salud Chile, Uruguay y Costa Rica, que en definitiva son los que tienen un desarrollo humano mayor, menos éste último.

De todos modos mayor desarrollo no es lo mismo que menor desigualdad. Por ejemplo Bolivia es más equitativa que Chile.

El **gasto en salud de los países también cumple la Ley de Cuidados Inversos**: a más pobreza menos posibilidad de financiar cuidados sanitarios, aunque paradójicamente son los que más necesidad tienen de ellos por la existencia de la dupla pobreza-enfermedad<sup>152</sup>. A más riqueza, mejores sistemas sanitarios para los que menos lo necesitan.

Como última perversión de esta paradoja, en los países desarrollados la percepción de salud por parte de los ciudadanos es escasa y la insatisfacción con los sistemas sanitarios es importante. La Medicina sin límites, todopoderosa y omnipresente se impone casi como una religión y lleva a la medicalización<sup>153</sup> de la vida y de la sociedad, cumpliéndose aquello que ya vaticinaba **Illich** en los 70<sup>154</sup>: “la Medicina institucionalizada amenaza la salud” o “en los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante”. En los países desarrollados se ha llegado ya a la parte plana de la curva, en la que avances en los sistemas sanitarios recogerán sólo beneficios marginales en salud<sup>155</sup>, mientras que en el mundo menos desarrollado se está todavía en la pendiente, en la que mayores esfuerzos arrojarán importantes dividendos en salud. Amartya Sen, Premio Nobel de Economía anunciaba: “cuanto más gasta una sociedad en

asistencia sanitaria, mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos”.

Así, podemos comprobar que los países europeos son los que más gasto público sanitario tienen (el gasto público es más rentable en mejora de salud que el privado).

La heterogeneidad entre los subsistemas está originada por la fragmentación. Entre ellos se observa falta de coordinación, lo que impide la eficiencia, generando a su vez inequidad.

Se dice que la asistencia pública es la de los pobres. **No es así exactamente.** También atienden, por ejemplo, a los accidentados. En particular los accidentes de tráfico son un problema de salud pública no desdeñable en Argentina, al tratarse de una importante bolsa de mortalidad potencialmente evitable. Asimismo, algunos beneficiarios de seguro privado deben cumplir con unos periodos que llaman “de carencia”, en los que pagan pero no están cubiertos aún, por lo que recurren a la pública. Los hospitales públicos ofrecen algunas prestaciones que no ofrece la privada, como algunas cirugías plásticas, y facilita el acceso gratuito a los medicamentos bajo algunos programas estatales.

Este subsistema dedica el 30% de su presupuesto a prevención y regulación, mientras que el 70% lo destina a atención médica. Así, la Medicina privada se favorece en parte también de pacientes que le pagan la cuota y que se pueden beneficiar de unas actividades preventivas que pagan otros (todos, el Estado) y que abaratan su atención en la prepaga. Se trata de una transferencia encubierta de dinero público al sector privado.

La descentralización se realizó para aumentar la eficacia en las funciones normativas, de gestión, fiscalización y evaluación. Esto permitió identificar mejor los problemas regionales para dar una respuesta más adecuada y más precoz, al establecer los centros decisorios donde surgen las necesidades y las problemáticas. Se supone que así se mejorará la gestión al estar cerca de áreas con características demográficas, socioeconómicas, ambientales y epidemiológicas similares.

Se le pueden poner todas las pegadas que se quiera al sistema de Obras Sociales (y yo se las pongo), sobre todo desde Europa (es muy fácil opinar de algo, como de Latinoamérica, cuando no se vive allí) o desde un sistema Beveridge, pero dentro de ellas no se puede practicar la selección adversa, tienen amplia cobertura y no tienen periodo de carencia. Comparado con la Medicina privada que había antes no está nada mal. El problema era si estabas fuera, claro.

### 7.5.2. Relaciones entre los subsectores y otros conceptos.

#### 7.5.2.1. Subsidio cruzado.

La fragmentación del sistema provoca que un número no desdeñable de pacientes tengan **dobles o incluso triples coberturas**. Por ejemplo, en 1997 un 4,2% tenía doble cobertura, un millón y medio de personas aproximadamente. En 1991 la tenían tres veces más, cuatro millones y medio.

Los textos argentinos llaman no tener cobertura a no tener Obra Social o prepaga, consideran que atenderse sólo en la pública es no tener cobertura (¡qué poca consideración tiene el sistema público para ellos y qué poco respeto le profesan!). Por lo tanto las dobles coberturas que pueden tener lugar son: dos Obras Sociales u Obra Social-prepaga.

Una de las causas es, por ejemplo, que una persona tenga dos trabajos y tenga dos coberturas por dos Obras Sociales. La existencia de la doble cobertura es el motivo de que aunque en ocasiones ha aumentado el desempleo no ha disminuido la población con cobertura. Otra de las causas es porque en ocasiones el desempleado se acoge a la Obra de su cónyuge que lo toma como beneficiario. Esta doble cobertura ha sido un **mecanismo amortiguador** muy importante del desempleo sobre la cobertura, porque un aspecto negativo del sistema sanitario de Seguridad Social es su vinculación con el mundo del trabajo. Si no hay trabajo, el sistema se resiente. El sistema sanitario no debiera ser dependiente de un factor externo variable. Imagínense qué sería de nosotros si en España siguiéramos con un sistema sanitario de Seguridad Social dependiente de los aportes de los trabajadores en un país con 5 millones de parados.

El sector público en teoría cubre a todos, aunque realmente eso es una **quimera** en relación a los recursos disponibles. Las Obras Sociales cubren a los que aportan, aunque también se sabe que esto no es así en todas las ocasiones. Los seguros privados cubren a quien paga, pero tienden a la selección adversa: quitarse de encima los pacientes que se prevén costosos o los procedimientos que se prevén costosos.

La desregulación de las Obras Sociales, es decir, la no obligación de permanecer en la Obra Social del gremio sino poder elegir la que se quiera, disminuyó de forma considerable la doble cobertura, ya que éste era un mecanismo que la gente buscaba para evitar la cautividad de la Obra. Antes estaban en su Obra por obligación pero a la vez se pagaban una prepaga para tener la oportunidad de escapar de la Obra Social cuando lo creyeran oportuno.

En el sistema público también se dan servicios cruzados en el momento que un paciente acude a un centro de complejidad mayor para una patología que podría atenderse en uno de complejidad menor, por ejemplo los que van al hospital pudiendo ir a una salita (llaman en Argentina así a un Centro de Salud de Atención Primaria) en determinados casos, o en el momento que un paciente residente en un lugar se desplaza a otro a recibir atención.

Estas duplicidades en la atención por dos subsectores, al igual que el solapamiento de competencias entre la administración sanitaria nacional, provincial o municipal y la poca coordinación entre ellas da lugar a pérdidas de eficiencia y a escasa capacidad de gestión. Esa idea española de la gente que tiene seguro privado y dice: “le estoy ahorrando un dinero a la Seguridad Social” es falaz<sup>156</sup>. El modelo funciona como una tarta que hay que repartir. Si el pedazo de la privada es más grande, el de la pública es más pequeño, y viceversa.

#### 7.5.2.2. Hospital de Autogestión (también llamado de Gestión Descentralizada).

De esta doble cobertura deriva la consecuencia lógica que es injusto y poco eficiente para el sistema que pacientes cubiertos bajo un subsector utilicen otro, al menos de manera gratuita.

Así, se estableció que pacientes que tuvieran Obra Social y que utilizaran el sistema público fueran facturados a su Obra Social. Esta acción tenía su importancia, pues se calculó que de lo que gastaba el sistema público en asistencia, el 30% estaba generado por pacientes que ya tenían Obra Social.

En parte auspiciada por la necesidad de dar respuesta a esta situación se creó la figura gestora del “Hospital de Gestión Descentralizada” u “Hospital de Autogestión”, donde la Administración pertinente traspasa los recursos económicos al hospital y ellos se encargan de la gestión y de asumir algunos riesgos financieros en función de la misma, aunque sea solamente en un porcentaje del sueldo de los profesionales (una especie de incentivos). Con esta forma de gestión pueden ganar dinero a través de la venta de servicios a entidades con capacidad de pago como las Obras Sociales. Es una figura muy parecida a las Unidades de Gestión Clínica que se quieren implantar ahora en España en los Centros de Salud y en algunas unidades hospitalarias, y que en Andalucía, por ejemplo, llevan funcionando bastante tiempo con resultados que desconocemos, pues una de las carencias del Sistema Nacional de Salud español es que es muy deficiente y opaco en cuanto a evaluación de resultados.

(También Argentina es deficiente en evaluación. Dice Favalaro que si se auditaran las clínicas argentinas con los estándares estadounidenses el 70% habría que cerrarlas).

Bajo esta fórmula, el subsistema público pudo facturar a las Obras Sociales 4,5 millones de pesos en 1995, 81 millones de pesos en 1999 y 88,5 millones de pesos en 2001.

Dentro de estas facturaciones, el 60-70% de ellas pertenecían a los afiliados del PAMI.

Hay disconformidad por la poca presión que existe para la facturación a terceros cuando se usa la pública y por lo poco que se implican los hospitales en este importante cometido, que revierte en la mejora de las arcas públicas. De los centros hospitalarios que se inscribieron para facturar, sólo lo utiliza el 18% y el 5% de los centros fue responsable del 80% de la facturación.



A parte de si se factura o no, es importante el cómo se factura. De lo facturado, el subsector público sólo recibió el 57% del monto finalmente, perdiéndose el resto por fallos de presentación (fallos administrativos, defectos de forma).

El proyecto del Hospital de Gestión Descentralizada o Autogestión **fracasó** debido a:

- Tradición de gratuidad de los hospitales públicos.
- Falta de pago de las Obras Sociales por los servicios que utilizaban sus afiliados.
- Aumento de demanda hospitalaria por aumento del desempleo.
- Desconocimiento acerca del procedimiento de cobro y del destino del dinero.

#### 7.5.2.3. Cobertura.

En teoría el sistema argentino es universal. En la práctica utiliza el sistema público el que no tiene Obra Social o no tiene dinero para pagarse una Medicina privada (prepaga).

En 1997 la población que podía acceder solamente a la pública era del 48,1% (recordamos que los textos argentinos no parecen otorgar mucha capacidad al sistema público, pues llaman “no tener cobertura” a no tener Obra Social ni prepaga y tener que atenderse en la pública). Esta población creció un 18% entre 1997 y 2001.

Dice Roberto Favalaro que de los 35 millones de personas que vivían en la Argentina en ese momento sólo 4 millones tenían una buena cobertura.

Como hemos visto anteriormente el país es asimétrico y desigual en indicadores sanitarios. Mientras “no tiene cobertura” en la Capital Federal (Buenos Aires) el 26,4% (datos de 2001), en la Provincia de Formosa no tiene el 65.9%, en Chaco el 65,6%, en Santiago del Estero el 63% o en Corrientes el 62,2%.

#### 7.5.2.4. Fondo Solidario de Redistribución.

Esta partida presupuestaria se creó con el objeto de **compensar las desigualdades** entre Obras Sociales y las asimetrías en el número de afiliados, lo que conllevaba una diferente prestación en una institución con 5000 afiliados que en otra con un millón.

En los casos en los que el trabajador no aportaba el mínimo estimado (30 pesos mensuales) el fondo otorgaba un **subsidio automático**, corregía otros desequilibrios y también financiaba una unidad especial para patologías de alta de complejidad, baja incidencia y alto costo.

Algunos ejemplos de la cobertura de esta unidad son: trasplante de órganos, antirretrovirales, hemofilia, prótesis cardiovasculares, implante coclear, grandes quemados, stent coronarios, desfibriladores, hormona de crecimiento, inmunosupresores... Esta unidad no era accesible desde las Obras Sociales provinciales, sino sólo desde las nacionales.

Al Fondo se le criticó que sus recursos fueran a arreglar desajustes financieros (57% del dinero transferido) de las Obras Sociales más que a destinarse a prestaciones puramente médicas. Otra crítica fue que los fondos se utilizaron no para las Obras pequeñas e insuficientes, sino que 5 de las 15 más subsidiadas tenían una recaudación per cápita superior al promedio.

Como hemos comentado anteriormente, un aspecto negativo de un sistema de Seguridad Social es que su buen funcionamiento depende de la población laboralmente activa, del nivel de salario, de las cuotas de afiliación por parte del trabajador y del patrón y del cumplimiento del pago por parte de éstos.

En el 95 la liberalización menemista bajó las cuotas del empresario (Argentina es uno de los países con más bajas contribuciones patronales en porcentaje del salario del trabajador) con la excusa de mejorar la competitividad y de crear empleo, lo cual no sucedió. Ya se sabe desde hace mucho tiempo que bajar los salarios o los costes laborales para estimular la creación de empleo y la competitividad no da resultado<sup>157</sup>, como sucedió también en Argentina y demostró con datos Rubén Torres. Desde 1995 al 2000 se ha estimado que las Obras Sociales dejaron de ingresar 15.000 millones de pesos argentinos. Lo que aconteció fue una desfinanciación de las Obras que tuvo que ser compensada entre otros con

subsidios del Fondo Solidario. Este hecho originó el retraso de pagos y la acumulación de deudas por parte de las Obras Sociales y del PAMI. En el año 2000 PAMI registraba una deuda de 4.000 millones de pesos. Lo que tuvo lugar en forma de daños colaterales fue el aumento de gasto de bolsillo de la población y el aumento de presión asistencial sobre el subsector público.

Los problemas argentinos de inflación y la pérdida de paridad cambiaria de Menem (1 dólar=1 peso) provocaron en lo sucesivo aumentos significativos de costes a las Obras Sociales a la hora de adquirir cualquier producto del exterior, donde todo era mucho más caro, lo que añadía problemática a la financiación adecuada.

La mejora de los sueldos y las luchas contra la morosidad y contra la evasión de pagar las cuotas de afiliación han incrementado la recaudación un 69% entre 2002 y 2003, bajo mandato Kirchner.

Desde 1995 hasta el 2000 la evasión fue aumentando anualmente, ascendiendo el monto a 800-900 millones de pesos al año. A partir de 2002 se establecieron mecanismos para que la carga de la evasión fuera repercutida en las mismas Obras Sociales y no en el Estado, que no podía seguir pagando la cuenta del fraude. Como las Obras tuvieron que hacer frente a lo que verdaderamente debían y el aporte del empresario se había reducido, vieron debilitarse aún más su estructura financiera.

Se ha comprobado que las empresas grandes evaden menos que las pequeñas a la hora de pagar las cuotas. En las empresas pequeñas el empresario tiene que pagar un costo laboral tan grande por el trabajador que es difícil de afrontar, al igual que el trabajador tiene un sueldo tan bajo que le dificulta el aporte. El desempleo y la cantidad de trabajadores “en negro” son lesivos para toda sociedad en general, pero más para una que hace descansar su sistema sanitario en los aportes de los trabajadores. En 2004 el 38% de los trabajadores del sector privado lo hacían en negro.

Por otro lado, los monotributistas (lo que son los autónomos en España) aportan cuotas fijas sin tener en cuenta la progresividad (no paga más el que más gana). La cuota es de 20 pesos mensuales para el titular y otros 20 por grupo familiar sin considerar los miembros del mismo, no aportan al Fondo Solidario de

Redistribución y no están obligados a la aportación a la Obra. Por ejemplo, en 2002 sólo aportaron el 78,2% de los titulares.

La morosidad del sistema de Obras Sociales es de 600-700 millones de pesos anuales.

Todos estos elementos contribuyeron a la **desfinanciación de las Obras Sociales** (las Obras generan un déficit del 0,7% del PIB/año y representa no menos del 15% de la deuda) y a la del sistema en general.

En el momento de nacer el Fondo, 1970, todas las Obras Sociales estaban obligadas a pagarle un 10% de sus ingresos. En 1995 el Fondo garantiza a cada Obra Social una cuota mínima de 40 pesos por aportante titular al mes. Después establece contribuciones al Fondo de 10, 15 o 20% de la aportación en función del salario e incorpora otro aporte proveniente del IVA de las prepagas, lo que establece una transferencia de los recursos privados a los públicos insólita y a celebrar.

#### 7.5.2.5. Desregulación de las Obras Sociales.

A lo que hemos comentado anteriormente sobre este tema queda añadir un detalle.

Tras liberalizarse el sector, como hemos dicho, se dio la posibilidad de que un afiliado eligiera otra Obra Social diferente. La sacrosanta libertad de elección. Las empresas más pudientes crearon un nuevo modelo de aseguramiento para sus trabajadores bajo la permisividad del Estado, escapando de las Obras Sociales hacia la Medicina prepaga. La empresa pagaba un poco más y ofrecía a sus empleados la posibilidad de ser atendidos por una prepaga en vez de por una Obra Social.

Comenzaron así a aparecer convenios entre Obras Sociales y grupos empresariales privados. De esta manera entre el 10 y el 17% de los afiliados de Obras Sociales comenzaron a contar con una prepaga. Estas empresas se llevaban finalmente entre el 29 y 34% de los ingresos del sector. De los que se acogieron a la prepaga desde la Obra Social el 75% pertenecían al sector de "Gerentes y Directores" de empresas. Muchos de los cambios fueron masivos, de la empresa completa, sin

dejar elegir al empleado (paradojas de la libertad). Pesaban más los contratos que ya tenía establecidos la empresa con la prepaga.

A partir de aquel entonces las cotizaciones pasaron de ser grupales a ser meramente personales, siendo cada beneficiario dueño de su aporte, atentando contra la solidaridad del sistema, pues **la titularidad del aporte es condición propia de los seguros privados, pero no de los seguros sociales**. Además, los que se acogieron a la desregulación estaban exentos de aportar al Fondo Solidario de Redistribución, lo que hacía saltar por los aires el principio de solidaridad interna.

Este desplazamiento, si bien pudiera ser beneficioso a nivel individual debido al deterioro de las Obras Sociales, no hacía otra cosa que contribuir más a este deterioro, y el culpable claro era el Estado que bajo la mano de Menem se retiraba del cometido de la protección de la salud y de la intervención, aproximándose a aquellos que defendían y defienden que la salud es un bien privado y no un asunto de interés estatal<sup>158</sup>, retrocediendo siglo y medio. Algo parecido pasa en España en el caso de los funcionarios de la Administración del Estado que tienen “el privilegio” de poder elegir un sistema de mutualidad llamado MUFACE en vez del Sistema Nacional de Salud. El 85% eligen el sistema MUFACE por dos razones fundamentales. La primera es el acceso directo al especialista y la segunda son las listas de espera, que son menores. Lo que no saben es que la Medicina orientada al acceso directo al especialista y no al médico de familia redunde en menos salud por ser más invasiva e intervencionista. Los pacientes en estos sistemas están en general satisfechos, primero por la fascinación de la tecnología y del especialista (eso es lo que transmiten los medios como grandioso: la Medicina espectáculo), segundo porque se les hacen más pruebas (una grandísima parte de ellas innecesarias, y lo innecesario en Medicina como es sabido es peligroso) y tercero porque no tienen lista de espera para hacerse pruebas innecesarias. Desconocen que en los sistemas de salud con acceso directo al especialista u orientados a este fin, como Estados Unidos, la actividad médica es la tercera causa de muerte. Increíble, pero cierto<sup>159</sup>. La mitad de las medicaciones que se prescriben son innecesarias según el Instituto de Medicina de los Estados Unidos.

En España y en Argentina se da ese fenómeno bautizado con el precioso nombre de “**descreme**”: los ricos y funcionarios españoles escapando de la Atención Primaria y

del médico de cabecera y los ricos argentinos escapando de las Obras Sociales (¡que ya no tienen ni médico de cabecera!). A las clases altas, cultas e influyentes de un país es fundamental integrarlas en el sistema público de salud si se quiere defender el sistema y si queremos que ese sistema atienda en condiciones dignas a las clases bajas. ¡Cómo se va a defender un sistema que no se utiliza ni se conoce!

Asimismo, la provisión indirecta de las Obras Sociales (que en sí mismas ya ejercen provisión derivada e indirecta del Estado) a su vez terceriza los servicios a las prepagas, que acogen a los pacientes con pago por cápita, es decir, establecen un dinero al mes por cada paciente independientemente de la atención que demanden. Estos sistemas de aplazar la provisión de los servicios externalizándola a un tercero aumenta los gastos de administración significativamente<sup>160</sup> (en la mayor parte de las Obras Sociales estos gastos superan el 8%, máximo valor permitido por la ley) además de que en la mayor parte de las ocasiones los financiadores hacen un pobre control de los servicios prestados, hay poca información disponible y no suelen rendir ningún tipo de cuenta, cuando no sucede que el evaluador es el mismo o el primo del evaluado<sup>161</sup>.

Los prestadores establecen estrategias para evitar la petición de los financiadores de abaratar (no necesariamente en cobertura ni en prestaciones) el servicio que dan, y lo hacen sobreprestando, sobrefacturando, estableciendo copagos (llámense aranceles diferenciales o como se quiera) no autorizados a los beneficiarios y reduciendo la calidad de los servicios.

La prestación privada es mayoritaria en las Obras Sociales. Por ejemplo, en el caso de las Obras Sociales provinciales el 85% de la provisión es privada y el 15% es pública.

Los autores argentinos también comentan la paradoja de que un funcionario público (algunos trabajando precisamente en el sistema sanitario) reclamen para su atención sanitaria un prestador privado. Es lícito porque cada uno somos libres de hacer y pensar lo que queramos, pero dice muy poco de su trabajo, profesionalidad y de la institución para la que trabajan. Lo mismo sucede en España en el estafalario caso Muface, en el que los que trabajan en lo público lo rechazan para su atención sanitaria.

Por otro lado siempre sobrevoló en la Argentina (y en otros países, en España también) la sospecha de que los prestadores utilizan el dinero para otras cosas que no son las prestaciones. Es un sistema en el que cobras un monto y en cuanto menos dediques a las prestaciones más te quedas. Eso se puede llamar eficiencia o hurto, dependiendo de cómo y a dónde vaya el dinero. En los últimos tiempos la preocupación social acerca del tema, la conciencia reguladora y supervisora de la Administración, la amenaza con cambiar de proveedor y los recursos judiciales posibles han mejorado este sistema de provisión privada.

Con el sistema de desregulación de Menem se estimuló la sacrosanta competencia (casi tan sagrada como la libertad de elección, en tanto en cuanto la primera es consecuencia de la segunda) que resulta tan lesiva en Medicina como luego veremos. Así lo firmó en una carta-compromiso con el Fondo Monetario Internacional en 1996.

La **competencia** es un concepto abigarrado en economía de la salud y se esgrime que para que funcione se tienen que dar algunas condiciones que no parecían estar presentes, por ajenas al sector: información simétrica de consumidor y oferentes, escasas externalidades y ausencia de selección adversa.

Se realizó un estudio en el que se observó que el plus que conllevaba el cambio de una Obra Social a una prepaga estaba financiado en un 87% por los empresarios y un 13% por los trabajadores. De 2001 a 2004 se aumentó lo que el trabajador debía aportar para seguir en la prepaga un 12.5%, con lo que muchos decidieron volver a la Obra Social de origen. El 47% de los que desregularon está descontento con la nueva opción.

Después de la desregulación la libertad del mercado se impuso y algunas Obras Sociales (las más grandes) tuvieron altas y bajas; dado su mayor número de afiliados tenían más capacidad de aguante en base a su desarrollado músculo financiero, y compensaron más o menos las ganancias con las pérdidas. Las más pequeñas no pudieron resistir y quedaron incapacitadas para generar mecanismos de transferencia de recursos de enfermos a sanos dentro de la Obra, por lo que se decidió la fusión o desaparición de Obras de menos de 10.000 afiliados. Es decir, que la competencia al libre albedrío del mercado y la mano invisible de **Adam**

**Smith** eliminó curiosamente la competencia y creó oligopolios de Obras que comenzaron a dominar el sector por su tamaño.

El análisis que mejor explica esta realidad es el que hace el filósofo argentino **José Pablo Feinmann** revisando la teoría de los carniceros de Adam Smith<sup>162</sup>: “supongamos que yo quiero conseguir muy buena carne y que tengo frente a mi casa una carnicería. A 60 metros hay otra carnicería. ¿Qué es lo que me va asegurar la mejor calidad de la carne que yo quiero comer? ¿La benevolencia del carnicero? No. Porque un carnicero benevolente no querría destruir al carnicero que tiene a 60 metros. Sería bueno... diría...trabajemos los dos y que cada uno haga lo mejor que pueda con su mercadería y que ofrezca lo mejor... Adam Smith dice: No. Es la competencia la que va a dar la eficiencia del buen producto, y para competir hay que ser egoísta... y para competir no hay que amar al competidor, sino que hay que querer destruirlo. Entonces dice Adam Smith: no esperéis nada de la benevolencia del carnicero. Esperen todo de su egoísmo, porque si el carnicero que tengo enfrente es muy egoísta pero que muy egoísta, va a luchar fervorosamente por aniquilar al que tiene a 60 metros. Entonces va a ser la mejor carne, cada vez va a ser mejor su carne... si nota que el otro la mejoró la va a mejorar más y la va a mejorar más... y la va a mejorar tanto hasta que el otro ya no pueda llegar a esa calidad y cuando el otro no pueda llegar a esa calidad todos le van a comprar a éste y el otro va a cerrar. Entonces yo voy a tener la mejor calidad de carne que no se la debo a la benevolencia del carnicero sino a su egoísmo, a su garra competitiva. Eso es el capitalismo según Adam Smith<sup>163</sup>.

Entonces el mercado es el lugar idílico donde todos compiten por todos [...] y donde actúa lo que Adam Smith llama la mano invisible. El mercado se regula por sí mismo... A lo largo de la historia humana vemos que antes de la mano de Dios de Maradona estuvo la mano invisible de Adam Smith. Lo cierto es que era un recurso casi teológico mediante el cual Adam Smith trataba de ocultar que el mercado del neoliberalismo capitalista va eliminando a los más débiles y se va concentrando cada vez más.

El otro excepcional recurso que tienen los más fuertes del mercado es que en determinado momento ven que ya no les conviene pelear entre ellos, sino que les



conviene unirse, y al unirse forman los monopolios y los oligopolios, o esta palabra muy utilizada que son los grupos.

Una vez un tipo de una empresa me dijo muy triste: pensar que yo para tomar una decisión tengo que hablar con un tipo que está en Suecia y que ni sabe dónde queda la Argentina”.

En la aplicación de esta realidad a las Obras Sociales hay una excepción: las selectas Obras Sociales del personal de dirección, pequeñas, pero que por sus grandes aportes podían presentar viabilidad presupuestaria.

También sucede que influye mucho además del tamaño la distribución geográfica. Tenían menos dificultades las Obras, que aunque pequeñas, concentraban su radio de acción en un área concreta, que las grandes que operaban en varias provincias.

Los defensores de la competencia también esgrimen en ocasiones argumentos sobre una disputa difícil de imaginar, en términos de indicadores de salud. Según este modelo<sup>164</sup>, se podría conseguir que los proveedores no compitieran por precios, ni por cobertura ni por calidad, sino por resultados en salud de la población cubierta. Recibirían una cápita (un dinero por paciente) ajustada a sexo y a edad, con lo que se evitaría la selección adversa. Olvidan, por supuesto, que en cuanto menos gaste el proveedor en el paciente más se queda para él. Se incentivarían conquistas epidemiológicas como el aumento de edad promedio a la que suceden los infartos, la reducción de las hospitalizaciones por causas evitables, los accidentes. Según el modelo sería rentable mejorar la salud porque eso redundaría en más beneficios económicos.

¡Qué se podía esperar en términos sociales de la desregulación y las reformas liberales en salud de Menem si estaban apoyadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional! Lo que se buscaba era cambiar el perfil del hospital público y su descentralización para introducirlo en las reglas del mercado.

Decía Perón: “la economía nunca ha sido libre: o la controla el Estado en beneficio del pueblo o lo hacen los grandes consorcios en perjuicio de éste”.

#### 7.5.2.6. Programa Médico Obligatorio.

Los sindicatos apoyaron a Menem en sus reformas laborales liberales a cambio de que no perjudicara las Obras Sociales sindicales. Menem se burló de ellos por considerarlos unos interesados y egoístas, probablemente con razón. En cualquiera de los casos los sindicatos, la CGT (Confederación General del Trabajo) en particular, hizo comprometer a Menem la creación del Programa Médico Obligatorio.

La inequidad de la que ya adolecía la cobertura de salud intergrupo e intragrupo en las Obras Sociales se vio aumentada logarítmicamente por la desregulación.

Distintos elementos vinieron a paliar este fenómeno: uno fue el Fondo Solidario de Redistribución, otro el Programa Médico Obligatorio.

Para que no hubiera esas diferencias el Estado impuso/propuso una serie de **prestaciones mínimas** que el afiliado debería recibir en caso de necesidad. La amplia cobertura propuesta sin estudios de viabilidad económica terminó condenando la propuesta, que era buena en su concepción, a una pose política.

Hay autores que sostienen que el Programa Médico estaba diseñado desde la desmesura en la asignación de recursos. También inciden en que una mala planificación y previsión de los ingresos y gastos antes de nada, hacía difícil asegurar la viabilidad financiera y la cobertura prestacional a priori.

Por ejemplo estaba en el Programa incluir la figura del gatekeeper, el médico de cabecera, con lo que hubieran sido necesarios 14.000 efectivos, cuando el mercado de trabajo solamente podía ofrecerle 2.500.

Otros servicios ofertados fueron los hospitalarios, odontológicos, salud mental, paliativos...

Había prestaciones incluidas en él que no tenían ninguna evidencia científica y no se había tenido para nada en cuenta el criterio de la costoeffectividad. Dice adecuadamente Rubén Torres: “la salud no tiene precio, pero sí tiene un costo, y este debe gerenciarse adecuadamente para generar un valor que no debe ser otro que la salud del conjunto de la comunidad”.

La recaudación de las Obras Sociales sólo alcanzaba para cubrir el 75% del Programa.

La inequidad del sistema queda patente si se compara el gasto salud per cápita de los subsectores. En 1999 por ejemplo el gasto de PAMI fue de 37 pesos por beneficiario al mes, en las Obras Sociales del personal de dirección 70 pesos por beneficiario al mes y en la Medicina prepaga 80. Se vuelve a cumplir de nuevo la Ley de Cuidados Inversos. Recibe más el que menos lo necesita y menos el que más lo necesita. Esto se amplifica teniendo en cuenta que el gasto de bolsillo en sanidad de los jubilados es de los más abultados de entre todos los usuarios.

“La segmentación del modelo sanitario argentino permite que haya subsistemas que absorben niveles diferenciados de gasto, independientemente de los recursos que posean. Así, la población de mayores ingresos contribuye a un sistema que recauda más recursos para tratar a gente relativamente menos enferma. Mientras tanto, el sistema público brinda cobertura a individuos con perfil epidemiológico más complejo e ingresos más bajos”<sup>165</sup>.

La implementación del Programa alcanzó a la prepaga por ley. El Programa no aplicaba en el subsector público.

#### 7.5.2.7. El hospital público.

En el libro de **Ignacio Katz**, “Argentina Hospital: el rostro oscuro de la salud” se puede obtener una adecuada dimensión de los problemas estructurales de los hospitales públicos en la Argentina. En él este gestor sanitario cuenta las peripecias que le tocó vivir cuando le pusieron al frente de un comité de crisis en la dirección del nosocomio, para sacarlo de una situación límite que arrastraba durante mucho tiempo.

Citando Katz a Tolstoi acierta: - Pinta tu aldea y pintarás el mundo.

Los aspectos citados en un caso particular nos pueden ilustrar perfectamente sobre lo que pasaba en otros lugares (no en todos) del sistema sanitario argentino.

Relata cómo había dos tipos de corrupción, la grande y la chica. Diferentes en su magnitud, pero igual de impías en su naturaleza.

Está por ejemplo la corrupción de no ir a trabajar. El hospital Posadas, que intervino, tenía un 40% de absentismo laboral cuando llegó.

En Argentina es muy conocida la figura del “ñoqui”. El ñoqui es un tipo de pasta hecha a base de patata, en Italia conocida como “gnocchi”. Era popular comerla a final de mes, cuando la nómina no daba para más, hasta que se volviera a cobrar. El día 29 de cada mes es el día del ñoqui. Los ñoquis en Argentina son los que tienen un trabajo que ha sido concedido por amiguismo político o por razón de conveniencia y no van a trabajar. Solamente el día 29 (día del ñoqui) pasan a cobrar.

Corrupción en los hospitales públicos es pasar la planta e irse pronto para poder ir por las tardes a la privada, aunque gran parte de la culpa de esta práctica la tienen los exiguos sueldos que se suelen cobrar en la pública. En otras ocasiones se cobra bien o decentemente en la pública pero existe avaricia de más.

Corrupción es traerte a tus pacientes de la privada al hospital público para hacerles analíticas. O incluso robar la sangre donada. O inflar las cuentas de las comidas que se dan a los enfermos para apropiarse del dinero.

Katz relata el rechazo popular que experimentó ante su intención de hacer reformas en el hospital, entre los nidos de poder del mismo.

Es curioso porque cuando uno lee textos de gestión sanitaria argentinos la **corrupción** ni se nombra, parece como si no existiera. El hecho precisamente de que no se nombre es lo que la hace más presente. Es como una muela que no está, que todo el mundo la mira constantemente en vez de mirar a los demás dientes perfectos.

Decía un conocido sindicalista: “hay que dejar de robar dos años para que la Argentina se recupere”.

#### 7.5.2.8. El PAMI.

Dicen (algo maliciosamente, creo) **Ginés González** (Ministro de Salud de Néstor Kirchner) y **Federico Tobar** que “cada vez es más caro mantener a los viejos sanos y, especialmente, cada vez es más caro mantener a los viejos contentos”.

En relación a la atención de las personas mayores, la dependencia del sistema sanitario del mercado laboral (y sus fluctuaciones), los altos gastos en salud de las personas mayores (dice Fernando Lamata, exconsejero de sanidad de Castilla La Mancha –España-, que el 50% de los gastos que le generamos al sistema sanitario lo hacemos en el último año de nuestra vida) y algunos otros aspectos como la corrupción y la utilización política de su Obra Social, provocaron a partir de 1994 (crash laboral) un endeudamiento pertinaz del PAMI.

También influye en esta mala situación económica la excesiva y centralizada **estructura administrativa**. Trabajan en la institución 10.500 empleados. El número de empleados es de 1 por cada 320 afiliados, cuando lo recomendable es 1 por cada 1.500. El gasto administrativo es del 20%.

El paso hacia adelante se dio tirando de recursos del Tesoro General (1200 millones de pesos) (así, aunque la Institución gestione mal responde el Gobierno por ella), endeudándose, retrasando por tanto los pagos a los prestadores y bancos (2.000 millones de euros) y recortando en la prestación de servicios.

El PAMI era y es una de las empresas más grandes de Argentina. Por su gran número de jubilados se constituye como una fuente valiosa de votos, y a pesar de su entidad de derecho público no estatal los políticos no dudaron en meter mano en ella como si fuera una prolongación más del aparato gubernamental y electoral. Lo hicieron todos, desde los militares a los civiles, y de todos los partidos. Utilizaron un servicio público, que reconocía a los ancianos el derecho a la protección de la salud y a los servicios sociales, como moneda de cambio y propaganda. Un lugar donde los gestores (de libre designación por cercanía política) no dudaron en comportarse como **caciques seguidores** y colocar a su familia y a sus cercanos en puestos de confianza sin ninguna preparación. La mayor parte de los interventores (llaman allí así a los jefes) de PAMI han sido acusados e imputados por casos de corrupción, y algunos de ellos **condenados**.

Se creó en el 71 y entre el 76 y el 79 ya operó una red de recetas falsas para lucrarse con la plata dedicada al Instituto.

Por la desfinanciación y los problemas por los que atravesaba el sistema sanitario era común que PAMI contrajera deudas con los proveedores. Las dificultades monetarias en Argentina hacen del fiado o de la deuda o del **pago a plazos** (en cómodas cuotas dicen allá) moneda corriente. Por ejemplo, actualmente la ley da un plazo de pago de 120 días de las Obras Sociales a los proveedores. Para cobrar las deudas de PAMI había dos maneras: por la vía normal, esperando; o mediante una **mordida** (una comisión en efectivo o en forma de reducción de la deuda), con lo que se cobraba en días.

El volumen de la institución, que podía posibilitar compras centralizadas y una solidaridad intragrupo adecuada, dejó disipar su poder como colectivo para servir los intereses individuales de unos pocos aprovechados. La corrupción a través de dinero público es siempre repugnante, pero lo es especialmente cuando se hace con el dinero de los ancianos y jubilados que trabajaron toda su vida.

Escándalo tras escándalo se sucedió en esa Obra Social.

### 7.5.3. La coima.

Una de las causantes de la **bajeza moral** del sistema de salud argentino y de algunos otros sectores y aspectos de la vida argentina es la coima, el ana-ana, la comisión, la mordida.

Yo te mando a un paciente y tú me das una comisión de lo ganado por habértelo mandado.

Me contaba una cardióloga allá en Argentina que a un médico general que derivaba a un valvulópata a un centro coimeador donde el paciente terminaba por ser intervenido para recambio valvular, le daban una comisión superior a lo que ella ganaba en un mes de trabajo.

También me contaba que su hospital estaba gestionado por una muy conocida fundación religiosa. Dejaban meterse a los estadounidenses a su hospital a que les

hicieran auditorías de calidad. De esta manera, con las instalaciones, el personal y los cirujanos acreditados, las compañías sanitarias americanas establecían convenios con ellos. Dado que la asistencia sanitaria en Estados Unidos es muy cara, a estas compañías les gustaba tener una serie de hospitales satélites en países “pobres”. En determinados casos, ofrecían a los pacientes estadounidenses viajar a la Argentina a operarse. El traslado, la cirugía, los cuidados postoperatorios, todo... les salía por la mitad o por la cuarta parte de lo que les costaba en Estados Unidos.

**Globalización sanitaria.**

No es algo insólito. El mismo director ejecutivo de la Fundación (post)Favaloro reflexionaba sobre el hecho de que hacía años la sanidad argentina era cara, pero que ahora con la devaluación era muy barata. Así que veían en ese mercado internacional e incluso latinoamericano un activo de negocio. Esto para un europeo inocente es realmente descorazonador, la creación de un mercado sanitario equiparable al comercio textil o alimentario. La sorpresa termina si se repara en que el mercado laboral fue colonizado hace ya por esta filosofía, de ahí el desempleo español y la deslocalización juvenil actual (una forma contemporánea e ilustrada de decir que los españoles se tienen que ir de su país porque no hay trabajo). El europeo leído sabrá que desde 2011 rige en la Unión Europea el **Decreto de Asistencia Sanitaria Transfronteriza**, que habilita la libre circulación de personas para el uso y disfrute de instalaciones sanitarias, contrareembolso por su país de origen. Ahora, evidentemente, ya nadie cree que esto es una medida para fomentar una red global que dé satisfacción a las necesidades de las personas, sino una oportunidad para desregular el mercado sanitario y fomentar la inversión y provisión privadas en Sanidad, que era uno de los reductos intocables de las políticas públicas europeas después de la Segunda Guerra Mundial.

Asimismo, esta cardióloga decía que muchos argentinos que viven y trabajan en Estados Unidos, para evitar pagar el costoso seguro médico allí, se pagaban una prepaga en Argentina, que era mucho más barata, aunque no la utilizaran porque vivían en Estados Unidos. Así, si un día les pasaba algo (que no fuera urgente, claro, como una apendicitis que te tienen que operar en el momento) se regresaban a la Argentina y podían ser atendidos.

Las relaciones de Favaloro con el PAMI y con la práctica de la coima, que rechazó frontalmente, marcaron en gran parte su devenir y el devenir de la Fundación, así que las vamos a analizar posteriormente en profundidad.

#### 7.5.4. Problemas y soluciones del sistema de salud argentino.

Parece necesaria la reforma del sistema de salud argentino. Todo el mundo coincide en eso. Yo supongo que estoy de acuerdo, pero con matices. Por ejemplo en España todo el mundo dice que el sistema sanitario necesita reformas de calado para garantizar su sostenibilidad. Yo efectivamente creo que el sistema sanitario español tiene bolsas de ineficiencia y que algunas cosas se deberían y se podrían hacer de otra manera, pero también creo que lo fundamental del sistema no sólo no se debiera reformar sino que **no se debiera tocar**. Me refiero al papel de la Atención Primaria, provisión pública, modelo universal Beveridge financiado con impuestos a través de fondo único. No estoy seguro de las bondades de la descentralización pero tampoco de la centralización, y creo que en los términos en los que se ha producido y ejercido la transferencia de las competencias es tolerable.

Asimismo, creo que el sistema de salud argentino tiene dos caminos posibles. O reformar su sistema dentro del modelo actual o transitar hacia un modelo Beveridge. Yo realmente me considero partidario de lo segundo, aunque creo que las autoridades y los grupos de presión allá no piensan lo mismo. Creo firmemente que lo mejor para los pacientes y para el Estado sería un modelo Beveridge.

La gestión sanitaria pública debe utilizarse para construir un sistema que beneficie a la comunidad y no a unos pocos, teniendo en cuenta que la salud no tiene precio pero sí que tiene un costo. Por eso se debe cuidar la racionalidad en la provisión y no se deben financiar prestaciones imposibles que además no tienen evidencia científica que las sustenten. Al final se satisfacen demandas de personas de clase alta o con acceso mediático en detrimento de otras que no tienen voz.

La decidida apuesta que se hizo por las Obras Sociales de los años 40 al 70 construyó el modelo actual. Para algunos autores, el modelo de Obras Sociales con



la Ley de Obras Sociales no hizo otra cosa que ahondar en la fragmentación existente y en la inequidad reafirmando la desintegración del conjunto.

El Nomenclador establece prestaciones del sistema de salud y precios, para acotar el dispendio de medios en cada una de ellas. Algunos prestadores médicos utilizaban el capital invertido para sobretecnificar los procedimientos, en España sucede lo mismo. El uso indiscriminado de los fármacos y de las técnicas (pruebas) en la Medicina privada es muy llamativo. La Atención Primaria, antítesis de esta Medicina espectáculo, efectiva con pocos medios, quedó relegada hasta que la desfinanciación de las Obras Sociales obligó a rescatarla del olvido.

Ahora hay varias cosas que parecen claras: caminar hacia un modelo más solidario, planificar, redefinir la financiación, ser transparentes, cultivar la equidad y mejorar los indicadores.

Por ejemplo, para planificar necesitamos conocer la realidad sanitaria y explorar la viabilidad financiera. Para conocer la realidad sanitaria necesitamos un mapa sanitario que recabe los recursos instrumentales y humanos y un perfil epidemiológico de la población.

También debemos ser conscientes de que **el modelo de Obras Sociales es difícilmente solidario**. En la teoría sí, aunque sea practicando la solidaridad intragrupo. Con la desregulación hay que realizar importantes copagos para acceder a servicios de calidad, al menos en una parte nada desdeñable de los casos. Como la financiación es cruzada el pobre paga al rico, que además puede aportar ese copago y “disfruta” de la prestación. El pobre no puede aportar copago, así que no recibe lo esperable de la Obra Social pese a haber estado aportando. Tiene que salir hacia la pública, y ésta no suele cobrar el subsidio cruzado desde la Obra Social. La pública y la clase baja siempre pierde con este modelo.

Los **problemas más acuciantes** del sector salud argentino actual, por ir concluyendo, serían:

- Alta fragmentación con nula articulación interna.
- Falta de interrelación entre los distintos subsectores y entre las distintas Administraciones nacional, provincial y municipal (no es posible imaginar

un modelo nacional sin resolver los retos provinciales). Hay 24 “ministerios” de salud provinciales, 250 Obras Sociales y un Instituto para los Jubilados. En total 300 mecanismos de aseguramiento que operan paralelamente al sistema público de salud. Un auténtico desafío de coordinación.

- No tener en cuenta las peculiaridades regionales, socioeconómicas y epidemiológicas de las regiones.
- No priorizar las inversiones y gastos en base al punto anterior.
- No asegurar la equidad y la calidad en el acceso. Cada uno de esos 300 mecanismos de aseguramiento tienen que permitir tratamientos variados, diferentes costes, y muchas veces la escala de éstos lo impide.
- No haber desarrollado una adecuada estrategia de Atención Primaria.
- No haber reaccionado ante los cambios económicos, políticos y sociales que permitieron un desfinanciamiento del sistema.
- No adecuar la oferta a las necesidades.
- No planificar la política de recursos humanos.
- No haber previsto los costos.
- Presentar indicadores en salud pobres en comparación con el gasto (cada vez se gasta más y no se logran mejorar los indicadores y esto, con permiso de los determinantes de la salud, es por la organización del sistema sanitario).

#### *7.5.5. Tránsito a modelo Beveridge.*

A lo largo de la historia reciente argentina **dos** fueron las experiencias e intentos integradores del sistema de salud, ambos frustrados. Los dos apostaron por la universalidad en la atención, con mínimas o inexistentes inequidades entre grupos sociales, con derecho a la libre elección y provisión pública, privada o mediante las Obras Sociales.

El primero de ellos lo realizó **Liotta** en el tercer gobierno de Perón, en 1973, y fue un intento de transición hacia un modelo nacional y universalista (parentesco con Beveridge). Liotta desarrolló con un grupo de técnicos del Ministerio un proyecto

que se denominó “Sistema Nacional Integrado de Salud” donde resumidamente lo que se pretendía era fusionar el sistema público con el sistema de Obras Sociales. Las **resistencias corporativas y gremiales**, en el peor sentido de la palabra, de sindicalistas y médicos lo impidieron. Aducían que el estado precario del subsector público impediría integrar a las Obras Sociales y al sector privado. El proyecto que aprobó el Congreso tenía ya muy poco del original. El documento final regía solamente para Buenos Aires y Tierra del Fuego, y a las demás provincias, jurisdicciones y al sector privado los invitaban a sumarse mediante convenios. El golpe militar que llegó en poco tiempo lo derogó.

El segundo intento lo realizó **Aldo Neri** en 1983 durante el gobierno de Alfonsín, más centrado en el reforzamiento del sistema de Seguridad Social, mediante la creación de un Seguro de Salud Nacional Unificado. El proyecto consistía en que el Estado regula, el Seguro financia y los establecimientos tanto públicos como privados prestan y facturan servicios sin distinción entre los usuarios. Todos los establecimientos públicos, privados y de las Obras Sociales y todo su personal estarían disponibles para todos los beneficiarios del sistema, es decir, para todos los habitantes del país. Este modelo estuvo muy influenciado por la tendencia de sus asesores, que venían de la **Escuela de Salud Pública**. Lo hacían porque con este proyecto las Obras Sociales dejarían de depender de los gremios y se constituirían como independientes, autónomas y autárquicas. El plan era que las administraciones provinciales fueran ejerciendo la responsabilidad del Seguro en su jurisdicción y que las Obras Sociales fueran dejando de administrar los fondos para comenzar a hacerlo el Estado. **Los papeles se invertían**: el Estado pasaba de ser un mero supervisor a gestor activo y las Obras Sociales pasaban de administradoras y gestoras a meras supervisoras.

Los sindicalistas volvieron a presionar y lograron una doble legislación; una para ese sistema de seguro y otra para las Obras Sociales. También alzaron la voz los proveedores de materiales y los laboratorios porque con la compra centralizada que se venía se reduciría su margen de beneficios.

El modelo existente en la actualidad no fue el único posible. Si fue el que es se debe a circunstancias históricas, a la influencia de la inestabilidad política y de los numerosos gobiernos militares que impidieron una política institucional de

continuidad, al peso corporativo de los diferentes actores involucrados y en algunas ocasiones a políticas acertadas de los gobernantes.

“En 1977, Ilya Prigogine se hizo acreedor del Premio Nobel de Química por sus estudios sobre los fenómenos aleatorios. Este físico y químico belga nacido en Rusia demostró que, llevado a condiciones extremas, un sistema en equilibrio inestable puede alcanzar un equilibrio muy superior al inicial. Desde entonces Prigogine se hizo tan conocido entre los científicos sociales como entre los especialistas en ciencias exactas. ¿Por qué? Tal vez porque sus hallazgos constituyen la prueba científica de que vale la pena mantener la ilusión. Demuestran que, como afirma la sabiduría popular, cuando se tocó fondo se vuelve a subir más rápido”.

#### 7.5.6. La falacia de la libertad de elección.

“Equidad contra libertad.

Los sistemas sanitarios públicos de cobertura universal se fundan en la equidad, lo que supone aceptar ciertas limitaciones a la libertad. Por ejemplo, en los países con médico de cabecera y lista de pacientes (Canadá, Dinamarca, Eslovenia, España, Holanda, Irlanda, Italia, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido y otros) los enfermos van a ver primero a su médico de cabecera y de común acuerdo deciden sobre la necesidad de los servicios de los especialistas. El médico de cabecera tiene el monopolio del “primer acceso”, lo que implica una enorme confianza social en su valía científica y en su honradez profesional.

En estos países el médico de cabecera pierde libertad, pues sólo puede trabajar en el sistema público si hay suficiente población para “construir” una lista de pacientes; los especialistas pierden libertad, pues los pacientes no acuden a ellos directamente sino a través del médico de cabecera; y la población también pierde libertad, pues acepta tener un médico de cabecera y que éste decida sobre la conveniencia de visitar al médico especialista. ¿Qué beneficios justifican tal énfasis en la equidad y tal recorte en la libertad?

En Estados Unidos se prefiere la libertad, y por ello se duda en obligar a tener un seguro universal; allí cada cual es libre para “comprar” un seguro. ¿Qué coste tiene tal libertad?

En los países europeos (y en Australia, Canadá, Japón, Nueva Zelanda, Taiwán y otros) lo importante es la equidad y el respeto al principio bioético de justicia (servicios según la necesidad a todos los habitantes, con independencia de su capacidad de pagar), y los poderes públicos imponen el aseguramiento obligatorio de toda la población. Se trata de distribuir cargas y beneficios según capacidad y necesidad, y de evitar cualquier discriminación.

En Estados Unidos el principio bioético principal es el de la autonomía, el respeto a las finalidades del individuo y la prestación de servicios según la capacidad y el deseo de pago, o con criterios restrictivos para el acceso como el aseguramiento a través del trabajo. Por ello, tener un seguro para todos se ha vivido allí como una imposición, como una pérdida de libertad y de capacidad de elección. De hecho, en 2012 el Tribunal Supremo tuvo que intervenir para declarar que la reforma sanitaria de Barack Obama – por la cual todos los estadounidenses con un nivel suficiente de ingresos estarán obligados a contratar un seguro de por sí, o por la empresa en la que trabajen, desde 2014- no atentaba contra la Constitución”<sup>137</sup>.

#### *7.5.7. La falacia de la provisión privada.*

La provisión privada es la norma en los países desarrollados. Así operan por ejemplo Alemania, Australia, Austria, Canadá, Dinamarca, Irlanda, Italia, Japón, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido... mientras que es pública en Finlandia, Islandia, Portugal, Suecia y España.

Todos los gestores se ponen de acuerdo en que lo verdaderamente importante es que la financiación sea pública. Luego la provisión depende.

En España se ha abierto un fuerte debate en torno a este tema, pues en un país de tradición de provisión sanitaria pública se ha intentado en varias Comunidades Autónomas transformarla en privada.

En una Comunidad Autónoma se ha logrado (Comunidad Valenciana) mientras que en otra (Comunidad de Madrid) la movilización de los profesionales y ciudadanos y sobre todo la vía judicial, ha conseguido paralizar lo que fue un intento de progresión, porque realmente existen ya hospitales públicos gestionados por empresas en la Comunidad de Madrid.

El debate es largo y complejo, y no es el objeto de este trabajo ni el lugar para ello, pero de toda la bibliografía analizada y todas las recomendaciones recogidas por organismos se concluye que “al menos **no se puede decir que la gestión sanitaria pública sea inferior en términos generales que la privada**”<sup>166</sup>.

Aquí debemos puntualizar que probablemente no estemos hablando de lo mismo cuando hablamos de la gestión privada de la Atención Primaria inglesa, “trust” independientes que contratan sus servicios con el Estado, que la gestión privada a la española, en la que se pretendía privatizar la puerta de entrada (Atención Primaria) y el sistema hospitalario, y concentrar la provisión en una, dos o tres empresas: oligopolio, una opción muy española.

No es lo mismo una provisión privada en países transparentes y honrados, o “presuntamente” honrados, que en países donde los concursos públicos de la Administración están llenos de irregularidades y de corrupción en el sector<sup>167</sup>. Léase la corrupción de la sanidad catalana<sup>168</sup>. O en sectores desregulados alimentados por la puerta giratoria entre la clase política y los consejos de Administración de las empresas, léase las eléctricas españolas, donde al final el servicio o empeora o se encarece.

También es cierto que no es lo mismo una provisión privada a base de fundaciones **sin ánimo de lucro**, tipo fundaciones religiosas, cooperativas u otras (la Fundación Favaloro entre ellas), que empresas participadas por fondos de capital riesgo que

tributan en paraísos fiscales, con juntas de accionistas a las que dar cuenta de sus dividendos.

En cualquiera de los casos, (casi) todos los gestores sin conflictos de intereses con el sector privado coinciden en que **a más Estado más salud**, que en situaciones en las que se quiere mejorar la salud de los ciudadanos y/o mejorar el sistema sanitario de un país, una de las recetas en las que todos están de acuerdo es en más Estado.

“Los cambios que fomentan la privatización del sistema sanitario público llevan también a un mayor rigor del cumplimiento de la “ley de cuidados inversos”. En los países en que prima la orientación al mercado y “la libertad” (y el principio “bioético” de la autonomía) se cumple con mayor rigor la “ley de cuidados inversos”, y eso explica los malos resultados en salud de Estados Unidos. La orientación hacia la equidad (y el principio bioético de justicia) da oportunidades para que la “ley de cuidados inversos” se cumpla con menor intensidad”.

Haremos algunas disquisiciones posteriormente entre la gestión y provisión pública con Favalaro y su Fundación de protagonistas, pues esta disyuntiva no sólo le acompañó en la sombra, sino que le persiguió.

#### 7.5.8. Conclusión.

El sistema de salud argentino **no es globalmente inadecuado** si se compara con los de los países de su entorno, al igual que Argentina es un país que tiene **grandes fortalezas** en comparación.

El sistema sanitario de un país es reflejo de los valores de la población y de su historia. Antes de la creación del Instituto de las Obras Sociales solamente un 25% de los trabajadores y sus familias recibían atención médica, después de ella el 80%. El sistema se financia **en más de la mitad con dinero público** y presta cobertura universal. Cada vez hay más conciencia de un operativo y fuerte subsector público.

Para progresar sanitariamente no cabe duda que se espera un **tránsito** de un modelo de Seguridad Social a uno Beveridge. Es fácil formular este deseo y criticar las resistencias desde el sofá de la cómoda Europa. Pero las cosas no son fáciles en Latinoamérica; Argentina es un país muy joven, y la bandera latinoamericana ha sido lamentablemente desde siempre la de la injusticia, la desigualdad y la de la opresión, empezando por la colonización española y terminando por la colonización económica, globalización y neoliberalismo mediante. En el libro “Un médico ejemplar” se puede leer acerca del emprendimiento de Favalaro: “Estos propósitos hay que enmarcarlos en una Argentina tercermundista, con niveles económicos y de posibilidad de gestión mucho menores que los disponibles en los grandes centros del planeta”.

La mayor parte de la culpa de la inmovilidad del sistema sanitario argentino reside sin duda en las generaciones sucesivas de gobernantes. No se puede esperar mucho de ellos, en general, ni tampoco del papel del Estado. Es triste, y yo no me resigno a que sea así, pero es la realidad, no se la puede negar.

¿Cambiará esto algún día? Claro que sí, ya está empezando a cambiar, en el siglo XXI Latinoamérica comienza a ser de alguna manera dueña de su destino.

¿Veremos algún día un sistema de salud Beveridge en la Argentina? Estoy seguro que sí. Pero también estoy seguro de que tardaremos mucho en verlo. Crear conciencia de la necesidad de un sistema sanitario de estas características en un país en el que su gente está aún preocupada por no pasar hambre es una tarea que necesariamente ha de posponerse.



## 7.6. La lucha de Favaloro.

### 7.6.1. René Favaloro como obligado amigo del poder.

Cuando René Favaloro llegó a la Argentina era plenamente consciente de que iba a tener que afrontar **importantes dificultades** para desarrollar su proyecto, aunque no sé si pensaba que tantas.

Basaba su idea en el modelo estadounidense, donde este tipo de emprendimientos está coparticipado por el Estado (incluso hasta el 60%), disfruta de desgravaciones fiscales en el caso de la investigación y en lo asistencial recibe importantes donaciones de empresas privadas.

En Argentina no es así. La evasión de impuestos es cosa frecuente. El papel del Estado es débil y a menudo carcomido por la corrupción. Y las empresas privadas pueden ayudar en según qué casos, pero la voluntad de los demás es un atributo con el que no se puede contar como un activo perenne, máxime cuando la situación económica del país fluctuaba y lleva fluctuando en crisis en W<sup>169</sup> un siglo, producto del modelo. Ya lo decía Favaloro: la vida es up and down.

“Vayan a lavar los platos”, le dijo **Cavallo**, el Ministro de Economía de Menem, a una científica en una frase que pasó a la historia.

Entiendo que de esta situación era plenamente consciente Favaloro, pero **le pudo más la pasión que la razón**. Él era un hombre muy calculador, muy previsor, muy cabal, un portento de raciocinio, pero creo que de conocimientos de gerenciamiento sanitario no andaba suficientemente armado y no sabía lo suficiente de modelos sanitarios. Algunos médicos argentinos no se explican cómo no pudo hacer un diagnóstico certero de la situación.

Ya Boullon cuenta que Favaloro en 1986 le encarga a él y a un ingeniero un informe sobre la viabilidad económica de la Fundación. El reporte concluye que el proyecto es **difficilmente rentable**, que deben operar a 30 pacientes diarios en 4

quirófanos para tener probabilidades de éxito. Favaloro no quiso aceptar esta evidencia y se emperó en seguir pasara lo que pasara.

Tuvo que afrontar dos dificultades principales. Una la construcción y el levantamiento del proyecto y otra el desarrollo del mismo, que pasaba por buscar el encaje en el sistema sanitario argentino, cuyas peculiaridades hemos conocido en los apartados anteriores.

En este sentido tuvo que articularse en dos frentes. Uno, en el frente puramente formal. Cuando uno pone una empresa en un sitio debe adaptarse a la legislación, mercado, cultura y funcionamiento del país en el que la pone. Y otro en las reglas no escritas que gobiernan cada sector. Las reglas no escritas pasaban por transigir en dos aspectos. Uno, en estar cercano al poder. Él y su equipo se dieron cuenta enseguida de que sin la ayuda del Estado el proyecto era inviable. Pero estar cercano al poder no lo podía hacer cualquiera. Debes conseguir algo que al poder le interese políticamente. Lo que le suelen ofrecer es dinero o influencias en sectores económicos, comerciales... cosas materiales. En este sentido la figura de Favaloro es absolutamente revolucionaria. Favaloro no ofrecía dinero; primero porque no lo tenía y segundo porque él despreciaba de alguna manera lo material. Favaloro pagó con influencia política, con influencia sobre la gente. Una foto con Favaloro significaba votos. Unas palabras de Favaloro hablando bien de ti como político eran votos. Todos los políticos buscaron **chuparle la sangre** en este sentido. Todos y cada uno de los presidentes con los que se cruzó le buscó para ese fin. Y él se dejó. Se dejó pero se lo cobró. En beneficio de la Fundación y en beneficio de sus pacientes. A los políticos muy poco les importaba la valía de Favaloro como cirujano, ni que hubiera inventado el bypass, ni sus interesantes ideas sobre la Cirugía Cardiovascular ni su Fundación. No lo ayudaron por eso; la sanidad pública, como demostraron, no les interesó mucho. Era una marioneta para ellos. Favaloro lo sabía, pero se dejaba hacer. ¿Criticable? Supongo que sí. Incurrió en mil y una contradicciones, algunas notables, rozando la gravedad. Es el precio que estuvo dispuesto a pagar.

El otro aspecto en el que el sistema invitaba a transigir era en la deshonestidad, en aceptar la corrupción en forma de pagos de comisión.

Favaloro emergió a los pocos años de su llegada como una figura moral, algo insólito en el país. Con un discurso viejo, gastado, que sonaba y olía a antiguo, hablando de San Martín, algo que a la gente le rechinaba al principio por lo desconocido, pero que pronto comenzó a fascinar. Dice Juan Carlos Monedero que uno de los mecanismos de revolución es tomar un pasaje olvidado de la Historia y mitificarlo, releerlo y, sin faltar a la verdad, reformularlo para mostrarlo a la sociedad con una nueva visión. A los pueblos les gustan mucho los mitos y las fábulas.

Una periodista argentina de renombre (**Mirtha Legrand**) le invitó a su programa y la entrevista se convirtió en un éxito de audiencia absoluto, por lo que la cadena tuvo que volver a reproducirla en varias ocasiones más ante las peticiones. Los pacientes desde de ese momento comenzaron a **hacer cola** en el Sanatorio Güemes para que les tratara Favaloro.

Sorprendía aquel hombre perfectamente peinado hacia atrás con gomina, con esa corpulencia, el gesto serio, traje y corbata, las manos que se frotaban y se entrelazaban repetidamente en el transcurso de la conversación, hablando de la abnegación al trabajo (no se olvidaba de mencionar que su padre decía que nadie se había muerto por trabajar demasiado), de la importancia de la educación, encumbrando sus orígenes humildes, hablando de sus tiempos en La Plata, de discurso social, remarcando la obligación del universitario de comprometerse para mejorar la sociedad de su tiempo, clamando contra la corrupción, contra la clase política, contra la mediocridad, profundamente preocupado por los problemas de su país, alabando la importancia de la cultura, referenciando continuamente escritores, poetas y pensadores nacionales que la gente no sabía ni quiénes eran y que él popularizó, dando lecciones de Historia, citando a Unamuno, a Don Quijote de la Mancha, yendo en un Peugeot 505 al trabajo, comprando en el súper, agarrando a los pacientes de la mano. Se comía a la cámara, al presentador, a los

espectadores. Tú escuchabas a Favalaro con esa voz medio quebrada y se te saltaban las lágrimas, te derretía.

Todos los presidentes de la Argentina de aquellos años usaron la imagen de Favalaro para avalar su gestión. Se convirtió en un referente. No sólo de boquilla sino con su ejemplo en la vida real, algo de lo que muy pocos pueden presumir.

**Margarita Ceballos**, instrumentadora del doctor, lo expresa muy bien: “En el país casi no hay personas populares que nos enorgullezcan”.

Cuenta Boullon que **Juan Manuel Fangio** fue paciente suyo. Fangio fue pentacampeón mundial de Fórmula 1. Le hizo Favalaro 5 bypass en quirófano. “Uno por cada campeonato”, decía. Fangio además era el representante de Mercedes en la Argentina. Después de la cirugía le regaló uno. Favalaro lo devolvió. “El doctor Favalaro no va a andar en un Mercedes mientras no haya una mamadera (biberón) para cada chico en la Argentina”.

Le ofrecieron innumerables **cargos**: Ministro de Salud de la Nación, rector de la Universidad de Buenos Aires, Alcalde (Intendente dicen allá) de Buenos Aires, Senador o Presidente de la Provincia de Buenos Aires (equivalente a ser Presidente de la Comunidad de Madrid en España).

Creo que no los aceptó por dos razones. Una, porque la “marca Favalaro” la cedía, la prestaba e incluso la alquilaba... pero no se la vendía a nadie. Y dos, porque creo que estaba seguro de que no le iban a dejar hacer lo que él quería. Se excusaba diciendo que era médico, que tenía muchas obligaciones profesionales, que se debía a sus pacientes y que no le quedaba tiempo, lo que era verdad, pero a la vez no era toda la verdad.

Creo que acertó, porque Favalaro sostuvo **tres reivindicaciones fundamentales** respecto al sistema de salud: planificación (realizar un plan de salud a largo plazo), integración (unificar todos los recursos en un único Sistema Nacional de Salud) y

garantizar la verdadera libre elección de médico (combatir la cautividad). Y no le hicieron ni caso nunca **en ninguna** de las tres.

¡Qué fácil hubiera sido haber aceptado un cargo político y haber engordado su Fundación con el bypass (ése sí que estaba inventado hace mucho) entre lo público y lo privado, como hacen tantos! Y sin embargo no lo hizo.

(Decía que de cada 10 veces que subía a un taxi en 9 de ellas el taxista no quería ponerle el taxímetro para cobrarle, y que tenía que amenazarle que o lo ponía o se bajaba inmediatamente).

Cuando a Favalaro le criticaban la cercanía al poder él se justificaba diciendo que pensaba que su deber no era estar embebido en su actividad científica, sino intentar ayudar en la medida de lo posible a mejorar su país, lo que era en parte cierto también.

Dice el Dr. **Alfredo Zurita** (sanitarista argentino) en la lista MEDFAM:

“Un gobernador saliente decide hacer una cena de despedida a todos sus ministros y secretarios e insiste en que yo esté, pese a no ser ni una cosa ni la otra.

Al final de la cena el gobernador hace un brindis por cada funcionario del gobierno, y me deja para el final.

- "Por el Dr. Zurita, el pinchaglobos del gobierno, no había iniciativa a la que no le encontrara mil defectos"

Tuvimos un presidente aquí en el 58, quizás el más técnico de los presidentes que hemos tenido nunca, Frondizi. Escribió un libro antes de ser candidato: “Política y petróleo”, lo que se debería hacer en el tema. Después que asumió se lo tuvo que comer, porque nada era posible.

En el 82 el Director de la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires escribe un libro sobre lo que habría que hacer en salud. Alfonsín lo nombra Ministro y estuvo en ese puesto por cuatro años sin poder aplicar ni la primera página del libro, así que lo cambiaron por un dueño de clínica, más acostumbrado a los trapicheos de la Medicina y la política, que son en esencia la misma cosa.

En el 2000 un empresario privado escribe otro libro: "Más salud por el mismo dinero". Kirchner lo nombra Ministro de Salud, pero astutamente la siguiente edición del libro ya no lleva ese nombre, sino "La salud de los argentinos", de ese modo pudo aguantar los cuatro años, y en vez de enviar proyectos de ley al congreso los hacía aprobar en el Consejo Federal de Salud, una reunión trimestral que hacen los 24 ministros, para no superponer fechas de vacunación.

Ese Consejo no da sino "recomendaciones", una especie de OMS local, así que cuando vuelves a casa puedes hacer cualquier cosa, alegando las condiciones locales.

En estas reuniones viene también el Ministro Nacional que la preside en forma simbólica como una especie de primusinter pares, y es de rigor que el Ministro local alabe la excelente conducción nacional de la salud en su discurso de apertura, y el Ministro Nacional al dar su conferencia de prensa diga un poco *off the record* que esta Provincia es la que mejor política tiene en todo el país".

[...]

"Una cosa es el debate técnico y otra la decisión política, cosa que Weber describe muy bien en ese pequeño libro llamado "La política y la ciencia".

Además de los argumentos técnicos el político incluye muchas otras variables en su decisión, del mismo modo que un General toma decisiones absurdas para el Sargento en la trinchera, que dice a sus soldados que el General no tiene idea del terreno donde están.

Tengo un amigo peruano epidemiólogo, con quien me encuentro desde hace años para dictar un curso.

Yo doy Salud Pública y él Epidemiología. Él decía al inicio que la Epidemiología es la base de la Salud Pública, encuentras eso en cualquier texto. Yo decía al inicio que la política, o más bien la demanda de la población.

Pasaron los años, y cada cual seguía en sus trece.

Pero una vez uno de sus amigos es designado Ministro, y le integra a su gabinete.

Estuvo allí seis meses sin poder darle ninguna ayuda, y renunció.

Me cuenta la experiencia. La información que el Ministro necesitaba para la toma de decisiones era de este tipo:

- ¿Qué dicen de salud en palacio?, es decir, en Presidencia.
- ¿Qué dicen en el Ministerio de Economía? ¿Cuánto nos enviarán?
- ¿Qué dice la prensa opositora?
- ¿Qué dice el Colegio Médico?
- ¿Qué dicen los Abel Novoa peruanos en sus blogs que toda la oposición lee?
- ¿Qué dicen los alcaldes?

etc, etc, etc

Me dice que nunca pudo ayudar en nada. - ¿Es que entonces la Epidemiología es inútil?, me pregunta.

No, le digo, de haberse producido una epidemia hubiera sido clave, pero no tuviste esa suerte.

Hay un epidemiólogo muy leído aquí entre los progresistas, Pedro Luis Castellanos, venezolano, pero actualmente asesor del presidente de República Dominicana, hay infinitas conferencias de él en YouTube.

Hay un artículo de él sobre este problema. Primero debes atender los problemas que te trae la gente, y luego con el tiempo les puedes plantear los que tú ves, y él que no, en ganadería es al revés, pero claro que allí al menos por ahora la democracia es letra muerta.

Si miras el famoso informe de la OMS sobre salud en el mundo del año 2000, allí se dice que esta es una visión conservadora, que uno debe direccionar los recursos hacia los reales problemas, que son los que tú ves, llamo a esto una versión veterinaria de la Salud Pública.

En fin, el problema de los constructos, pero discúlpame, he leído lo de Hawkins esta mañana, la tierra tiene los días contados, así que mejor buscar donde irse, estoy en eso, la luna para los poetas, Marte para los belicosos, Venus para los amorosos, en fin, habrá que ir viendo donde están los mejores terrenos, qué costaran los pasajes, y las preocupaciones de los viajeros hace un siglo, cuando te ibas de tu país, sabiendo nunca más volverías.

Estaba en Rwanda y me encuentro un cura chileno, le pagaban un viaje a Chile cada cinco años.

Estás loco, le dije, cinco años sin ver la familia.

Me llevó al cementerio de la misión, y me fue mostrando las tumbas, cada una de esas personas había venido de alguna parte del mundo, joven, sabiendo perfectamente que moriría allí, y sería sepultado, sin volver nunca más a su país. Como ves soy un privilegiado, concluyó”.



### 7.6.2. Favaloro en el contexto político y social de aquellos años.

Repasemos la relación que mantuvo Favaloro y la Fundación con los gobernantes de la Argentina en aquellos años.

Nada justifica los golpes de Estado militares. Ni la caótica situación que vivía la Argentina a la muerte de **Perón**, ni las arbitrariedades en el gobierno de la viuda de Perón, **Estelita**, y de su mano derecha, el sanguinario **López Rega**. Ni la triple A, organización terrorista emergida de las entrañas del Estado. Una cosa es una revolución popular y otra muy distinta es un golpe de Estado militar. Bien es cierto que por aquel entonces el descontento entre la población era considerable y que el golpe si bien no fue alentado, gozó de una suficiente tolerancia social. (“Los militares no están de casualidad, los llamaron los civiles” dijo Favaloro).

Lo lógico era que hubieran de convocarse elecciones, y ésa era la postura de Favaloro pese al antiperonismo que profesaba.

Cuando se dice que el golpe era conocido y tolerado por todos se incluye por ejemplo a Montoneros (organización violenta de izquierda, peronista) y Estados Unidos. Por aquel entonces todos los países del Cono Sur eran dictaduras militares y la Argentina no podía ser menos. Este plan perfectamente diseñado para mantener a la población sudamericana sometida y para sofocar cualquier deriva izquierdista se denominó **Operación Cóndor**, y fue dirigida por Estados Unidos y como cabeza visible por su Secretario de Estado de entonces, **Henry Kissinger**. El saldo de este plan organizado fue de 50.000 muertos, 30.000 desaparecidos y 400.000 presos<sup>170</sup>.

Por otro lado Argentina era un país muy acostumbrado al gobierno militar, así que se tomaba éste que vendría como algo inevitable, la sucesión lógica... Nadie preveía que esta vez iba a ser tan violento y macabro. El número de víctimas oscila de 30.000 en el imaginario popular, a las 13.000 que reconoce el Estado a las 9.000 que reconoce la CONADEP (Comisión Nacional para la Desaparición de Personas). Según un informe interno del ejército, se llevaban contabilizados en el momento de realizarlo 22.000 muertos. Según el informe “Nunca Más” de la CONADEP más de

la mitad de los desaparecidos eran simples trabajadores. Videla declara al “The Times” en 1978: “un terrorista no es solamente una persona con un arma de fuego o una bomba”, para justificar los asesinatos sobre personas sin relación con la política ni con el aparato del Estado.

Lo primero que hizo Videla al llegar al poder fue restaurar la pena de muerte y convocar Consejos de Guerra.

Aparte del golpe, subyacen antes y después del mismo los movimientos de organizaciones violentas y las relaciones entre ellas. Por un lado las de izquierdas: en primer lugar Montoneros, como hemos dicho peronista. Montoneros pensaba que podía hacer la revolución al lado de Perón. En segundo lugar el ERP, Ejército Revolucionario del Pueblo, cuyo objetivo era instaurar el socialismo con las armas, distanciándose de Perón. Éstas surgen como respuesta al gobierno militar en el 66 y siguientes, lo que se denominó la **Revolución Argentina**. Por otro la organización violenta de derechas: la Triple A, Alianza Anticomunista Argentina, liderada por López Rega, el secretario de Perón.

Perón en su regreso a la Argentina y en su tercera presidencia sufre una fuerte derechización, a ello contribuye uno de los asesinatos perpetrados por el ERP.

Estela decide “aniquilar la subversión” y mediante decretos divide el país en 5 zonas militares. El ERP controlaba una de ellas: Tucumán. A esta violencia política se suma un vacío de poder y un descontrol institucional.

Al ERP y a los Montoneros también les convenía el golpe, para agudizar las contradicciones internas. Al peronismo también le convenía el golpe, como respuesta y fin a las luchas internas.

La URSS apoyó a los militares por intereses comerciales y sorprendentemente también el Partido Comunista, que acudió a la despedida de Videla...

No se puede decir que es lo que se dice fácil comprender lo argentino y a los argentinos...

Favaloro se relacionó con la dictadura militar tanto para colaborar con ellos como para criticarlos en ocasiones. En según qué momento no le temblaba la voz cuando había que denunciar la situación de mediocridad moral que vivía el país, ante los primeros pasos del llamado “Proceso de Reorganización Nacional”, que es con el eufemismo con el que denominaban los militares a la dictadura.

Favaloro aceptó el cargo de Presidente de la Comisión de Salud Pública del Proyecto Nacional desde donde intentó impulsar una de sus más repetidas demandas: la necesidad de planificar, de realizar una planificación sanitaria a largo plazo, de tener unos hospitales públicos con adecuadas y no obsoletas estructuras, surtidos de insumos y de los que uno pudiera al menos no sentir vergüenza cuando hacía una recorrida (pase de planta) viendo pacientes.

Asimismo, reclamaba el papel central que había tenido el Ministerio de Salud de la Nación en tiempos pasados, para superar la excesiva división competencial. “La salud no puede ser nacional, provincial o municipal, debe ser una única cosa”, decía.

La primera piedra del Instituto de Cardiología (el hospital) fue colocada en 1979 y el gobierno de Videla fue el primero que colaboró con el proyecto de Favaloro mediante un convenio en el que le daba apoyo técnico y financiero, a cambio de atender sin cargo a 100 pacientes sin recursos por año.

El subsidio otorgado ascendió a la jugosa cifra de 6.792 millones de pesos según Pablo Calvo. Boullon dice que fue de 7 millones de dólares. La Municipalidad de Buenos Aires cedió por 19 años el edificio de Belgrano 1746, que se sumaba a los cedidos anteriormente por la Sociedad de Distribuidores de Diarios y Revistas.

Los **acontecimientos de Malvinas** desencadenaron el desencuentro entre Favaloro y los militares, lo que podía llevarse a cabo sin pagar un precio personal muy alto debido a que de fondo latía el gran desencuentro entre la sociedad y los militares, a cuenta de lo mismo.

A Videla le habían sucedido en la presidencia Viola y después Galtieri. Éste último fue el que propulsó el conflicto de Malvinas. Reunió a varias personalidades influyentes del país y realizaron una visita simbólica a la isla, como una

demostración de fuerza y de apoyo social, antes de que comenzaran las hostilidades. Favaloro fue uno de los elegidos para viajar en el avión (7 de Abril de 1982) junto a un Videla ya en retirada, y otros.

Favaloro, el mismo que clamaba por la paz y en contra de las armas en muchas de sus conferencias, apoyaba así (con la participación en la comitiva y con declaraciones explícitas) **una operación militar absurda e innecesaria**, que sin embargo contaba con un gran respaldo popular.

Sus palabras fueron: “Es un día trascendental para la historia argentina. Evidentemente, yo creo que ha servido para demostrar muchas cosas y por sobre todas las cosas que los argentinos están unidos, están convencidos de que el paso que se ha dado ha sido de trascendencia y necesario. Yo creo que detrás de la Junta Militar están todos los argentinos”<sup>171</sup>. Esta última fue su famosa frase que se produce en este contexto del conflicto de Malvinas y que muchos **han sacado fuera de lugar** para manipular y ponerla en sus labios como si justificara la dictadura en general.

De aquel día se cuenta una anécdota curiosa. Al llegar a Malvinas, después del acto oficial, después de las palabras de unos y de otros, cuando llegaba el “tiempo libre”, todas las personalidades se fueron a corretear por los alrededores para tomar fotos o comprar souvenirs en tiendas cercanas. Favaloro, sin embargo, fue a visitar el hospital argentino para evaluar su idoneidad. Recomendó reforzar el plantel.

Con el paso del tiempo Favaloro terminaría por criticar la intervención en Malvinas, cuando tampoco iba a ser cuestionado por esa posición. Galtieri había sido relevado por Bignone, otro militar, que acabaría convocando elecciones democráticas.

En 1983 Favaloro apoyó la candidatura de Alfonsín, que fue elegido presidente en elecciones democráticas.

Una de las primeras decisiones que tomó éste fue reunir a un grupo de personalidades relevantes con el fin de documentar el número de personas desaparecidas durante la dictadura, y las posibles acciones encaminadas a la búsqueda. Este grupo se llamó **“Comisión Nacional sobre la Desaparición de**

Personas" (CONADEP) que comenzó su trabajo a principios del 84 y terminó a finales del mismo año, publicando sus resultados y cifrando los desaparecidos en 9.000 personas.

Una de esas personalidades fue Favaloro. En política a veces pasan estas cosas de que asesores a un gobierno militar, dictatorial y criminal y luego el gobierno democrático que le sucede te nombre como integrante de una Comisión para la salvaguarda de los derechos humanos. El compromiso que aceptaron los integrantes fue trabajar seis meses, y como no les daba tiempo finalmente pidieron a Alfonsín 3 meses más. Ese fue el momento aprovechado por Favaloro para presentar su renuncia alegando falta de tiempo para seguir trabajando en la Comisión dadas sus ocupaciones profesionales, aunque lo cierto era que había diferencias notables en la concepción de lo que había sucedido.

Favaloro era partidario de comenzar a buscar a los desaparecidos desde los tiempos de la Triple A, mancha indiscutible del peronismo. Para Favaloro igual de malos fueron los unos como los otros, y probablemente tuviera razón, pero en el caso de los militares él estuvo cercano a la esfera de poder y durante la época no tengo constancia en los materiales utilizados (que no han sido pocos ni superficiales) de que Favaloro condenara las desapariciones y asesinatos en público, lo que hubiera levantado las iras. Le dieron mucha plata para su proyecto.

Para Favaloro el golpe se justifica por "la estructura social de nuestro país, tan atrasada en el tiempo. Por defender sus propios privilegios y no avanzar en el inevitable desarrollo social, dio origen a la falsa guerrilla comandada por falsos dirigentes de izquierda, que confundieron a los jóvenes. Esa misma estructura social que, frente al peligro de perder sus privilegios, en defensa de "nuestro estilo de vida", de "nuestro patrimonio intelectual", de "nuestro ser nacional", impulsa a los militares argentinos a combatir la guerrilla por medio de una guerra, así reconocida por ambos bandos en lucha (aunque solo lo fue en realidad en los montes tucumanos) [...] Tengámoslo, pues, bien en claro: estaban los que empuñaban las armas en los dos bandos, pero a los muertos los mató -apretando el gatillo- una estructura social injusta. Mientras no lo entendamos así, todo lo demás seguirá confundiendo a los argentinos".

¿Desde cuándo una estructura social (por justa o injusta que sea) justifica un golpe de Estado militar? ¿El que haya violencia por ambas partes justifica que un gobierno militar desplace a otro emanado de las urnas? ¿Cómo una estructura social puede ser la causa del golpe y a la vez para defender “su patrimonio” puede sustentar un golpe de Estado? ¿Cómo puede ser tal la ceguera y la rabia antiperonista por muy caótica que fuera la situación para justificar o comprender de alguna manera el golpe de Estado del 76? ¿Cómo alguien que se erige como bandera de los derechos humanos y que se declara antimilitarista y antigasto militar puede no criticar al golpe y colaborar con el régimen en el gobierno? ¿Qué lecciones de democracia puede dar alguien que colaboró con el gobierno militar e ilegítimo y que recibió del gobierno ¡¡7.000!! millones de pesos argentinos para construir un hospital?

**Osvaldo Bayer**, historiador argentino, comenta en una entrevista<sup>172</sup>: “Tomarlo a Favaloro como un gran personaje no es justo porque fue quien acompañó a Videla en el Proceso. Yo se lo reproché y debo confesar que tuvo la humildad de venir a mi casa a pedirme disculpas, porque lo que había hecho era para que no intervinieran su Fundación, que atravesaba algunos problemas”.

El desencuentro de Favaloro con el proyecto de la CONADEP aumentó aún más cuando Alfonsín recibió en acto oficial a Estelita, la viuda de Perón y anterior Presidenta de Gobierno.

En 1987 se jugaba en elecciones municipales la Provincia de Buenos Aires y Favaloro llamó a votar por los radicales, que finalmente fueron derrotados por los peronistas, que nuevamente se posicionaban (dicen que el peronismo es un gato de siete vidas).

Favaloro también se vio apoyado por la administración Alfonsín en ciertos sentidos, aunque fue una de las que menos subsidios líquidos le concedió.

El Gobierno declaró al hospital “Centro de Interés Nacional” por su “carácter de bien público y común, sin ánimo de lucro”. Pero no hubo dinero, solamente el aval del Estado a la Fundación para acceder a un crédito de 2 millones y medio de dólares. En contraposición la Fundación se comprometía a seguir atendiendo a los 100 pacientes por año que venía haciendo, a entregar unas becas y a realizar

revisiones cardiovasculares a todos los niños de las escuelas municipales (estrategia de salud pública sin fundamento científico alguno, por cierto).

Favaloro participó con el gobierno de Alfonsín en otro par de comisiones o grupos de trabajo, evidentemente mucho menos relevantes social y técnicamente que la CONADEP: el Consejo para la Consolidación de la Democracia y el Programa Nacional para la Democratización de la Cultura.



*Figura 55. Favaloro con Alfonsín. Archivo Fundación Favaloro.*

En este periodo Favaloro habla de la importancia que tendría para el sistema de salud argentino transicionar hacia un modelo único y nacional, similar al de Canadá.

Al final de la etapa alfonsinista Favaloro logra que su Fundación sea depositaria del dinero de las casas de apuestas de carreras de caballos. Las Agencias de Apuestas debían estar vinculadas económicamente a una Fundación, no podían ir por libre. Así pues la Fundación se vincula a la Agencia de Apuestas de la Hípica, que ciertamente tenía bastante mala fama porque se la asociaba a prácticas mafiosas.

En 1989 Carlos Menem llega al poder con Duhalde de segundo y muy pronto convocan a Favaloro a una nueva comisión: Comisión para la Recuperación Ética de la Sociedad y el Estado, que iba a tratar el rampante problema de la corrupción.

En 1993 acepta ser asesor del Ministerio de Salud que por entonces estaba en manos de Mazza.

A finales del 93 Menem buscaba la reelección, para lo que tenía que modificar la Constitución. Se puso de acuerdo con Alfonsín en lo que se conoció como Pacto de Olivos.

Favaloro conminaba a Menem por carta a realizar con premura esta operación política para a continuación afrontar la verdadera y definitiva industrialización del país, elogiando la estabilidad económica, la reestructuración del Estado y las privatizaciones.

La relación de Favaloro con Menem databa de mucho tiempo atrás (se conocieron en 1971) y fue la más profunda que mantuvo con los presidentes. Probablemente fue el presidente que más ayudó a Favaloro y a su Fundación, y aunque el proyecto se venía trabajando muchos años fue bajo su mandato cuando se inauguró el hospital.





*Figura 56. Ilustrativa y preciosa foto que dice mucho de la relación Menem-Favaloro y la personalidad de ambos. Podemos observar cómo mientras Favaloro habla, Menem, suponemos que sin hacerle mucho caso, queda pendiente de la cámara y mira, incluso posa. Seductor y político las 24 horas del día. Archivo Fundación Favaloro.*

Suele suceder con frecuencia que para un extranjero es difícil explicar algunos movimientos o acontecimientos argentinos, por lo profundamente contradictorios. ¿Quién entiende qué rayos es el peronismo? Un movimiento político que es de derechas, pero a la vez es de izquierdas, a la vez liderado por un militar que a su vez tiene a una mujer que es como la Madre Teresa de Calcuta que clama por la justicia social (Evita), que a su vez es un movimiento de profundas relaciones con el sindicalismo y que apuesta por el gremialismo como vehiculación de la sociedad, que a su vez representa los intereses de la oligarquía, que gobierna con mano izquierda, y que luego adopta formas terroristas en el Estado (Triple A) y a la vez queda representado en la sociedad por facciones de izquierda que ejercen la violencia profusamente (Montoneros), que gobierna bajo formas izquierdistas clásicas latinoamericanas bolivarianas y populistas (populismo no en término despectivo sino en términos de Laclau<sup>173</sup>) (ambos Kirchner), con la extrema derecha (López Rega) y con un neoliberal de receta clásica como Carlos Saúl Menem. ¿Quién da más?

Para entender el peronismo desde luego hay que darse un buen baño en la historia reciente argentina, y eso lo hace una tarea apasionante. Así, se puede ir viendo cómo uno de los éxitos más grandes de Perón fue vislumbrar un nuevo sujeto político que emerge del éxodo rural y que llega a la gran ciudad trasunto de una cierta industrialización del país, consecuencia del cambio en las relaciones productivas con la metrópoli.

Desde luego que para mí es muy difícil entender la excelente sintonía entre Favaloro y Menem. Creo que era una amistad más fundamentada en lo personal que en lo político, y no creo que fuera una amistad demasiado interesada por parte de Favaloro, parecía real.

No es fácil clasificar políticamente a Favaloro. Complicado ponerle una etiqueta, y quizá innecesario. Pero lo que es seguro es que neoliberal no era. (“La competitividad del neoliberalismo es la muerte del otro”, dijo). Criticaba con fuerza al marxismo (los comunistas, en nuestro medio) porque no garantizaban la libertad ni la justicia y también realizaba críticas a políticos y partidos de una y otra tendencia. Era un firme antiperonista. Gorila, como dicen en la Argentina. Y nacionalista. Es fácil observar cómo Favaloro para no darles más protagonismo casi nunca pronuncia la palabra “peronismo”, parece que la “Evita”.

Las desavenencias de Favaloro con el peronismo datan ya de sus tiempos en La Plata, donde pudo observar a Eva Perón en el Policlínico en una visita arrojando billetes a los allí presentes. Cuando se terminaban, le alcanzaban más fardos. También regalaba juguetes a los niños, bicicletas, motos y hasta coches. Favaloro criticaba duramente esas poses de populismo y de caridad mal entendida. También criticaba con fuerza la politización que había logrado el partido en los ámbitos de la Universidad. Para él, la política educativa universitaria peronista era nefasta, por no instaurar números clausus y por sacar a la calle desde la Universidad a profesionales muy mal capacitados. Y por supuesto lo que de verdad le enemistó con el peronismo de por vida fue la exigencia de aceptar la doctrina del gobierno para optar a la plaza de cirujano que le correspondía por mérito. Eso no se lo perdonó nunca.

En Argentina perdura aún la figura del padrino político que te abre la puerta al empleo. Pero a diferencia de España, donde eso también ocurre pero sólo en los puestos de más alto rango político o económico y en casos particulares para cualquier puesto, allí sucede en casi todos los puestos de trabajo, incluso en los de menor consideración.

Aquellas visiones antiperonistas de entonces toda la vida le acompañaron, incluso se acrecentaron. Rechazó tratar a Perón, en favor del médico que le había llevado siempre, **Pedro Cossío**, con el que Favaloro mantenía fuertes desavenencias.

Contradictoriamente su mejor amigo en el poder fue un peronista, Menem, pero también es cierto que quizá fue uno de los peronistas más atípicos de la historia. También contradictoriamente, Cristina Fernández de Kirchner, presidenta

peronista (peronismo y justicialismo se pueden usar como términos prácticamente superponibles, para simplificar) fue intervenida en la Fundación Favaloro mientras yo realizaba mis trabajos de documentación en ella.

Favaloro criticaba fuertemente el enriquecimiento profuso de los gobernantes en el contexto de su gestión política, y esto era una constante en los gobernantes justicialistas. Critica a Perón porque decía que se daba en las rodillas con todo el oro que había en el Tesoro Nacional; “¿dónde está ahora ese dinero?”, se preguntaba. Recordaba que no todos los gobernantes se enriquecían. “Cuando algún dirigente radical dice que hay muy poca diferencia entre ellos y los peronistas, yo pienso ¡uy, uy! Éste está loco, se olvida de que Yrigoyen murió pobre como las ratas”.

Menem tenía todo lo que Favaloro odiaba. Era un corrupto de arriba a abajo. En 2013 le fue confirmada la condena definitiva a 7 años de cárcel por contrabando de armas a Ecuador y Croacia, que tuvo lugar durante su presidencia. Aparte, un sinnúmero de denuncias por irregularidades, omisiones y sospechas tuvieron lugar durante su mandato respecto a su actuación y a la de algunos de sus ministros y colaboradores (Swiftgate, AMIA...), situación que fue denunciada incluso por algunos de sus exministros. Aumentó de forma pasmosa la desigualdad en el país. En su mandato creció el desempleo (de 8% cuando comenzó a 14%) y multiplicó por tres la deuda externa del país. Pero aparte de estos datos que pueden ser interpretados como una mera simplificación cuantitativa de la situación, encaminó al país al crash del 2001, sin perjuicio de que otros gobernantes anteriores y posteriores también contribuyeran.



*Figura 57. Favaloro y Menem. Archivo Fundación Favaloro.*

Sin embargo, Favaloro le seguía contemplando con indulgencia. Él, que criticaba la feroz sociedad de consumo que todo lo devoraba, que apostaba por el Estado social que se estaba viniendo... Para Favaloro el Estado social llevaba viniendo décadas, bajo la proclama de que íbamos a un mundo social, cuando en realidad los hechos no hacían otra cosa que confirmar (y el tiempo venidero lo ha reconfirmado) que a donde vamos es hacia el capitalismo más salvaje, hacia la desregulación del sistema financiero más brutal y hacia el individualismo más atroz. Aunque en realidad es precisamente Latinoamérica la que ha sabido frenar esa escalada, o al menos, no reprotagonizar el laboratorio neoliberal en el siglo XXI. Debido a que en Latinoamérica ya no puede picar el bicho, se ha venido ahora a Europa.

En 1998 le invitan a dar una conferencia muy importante en el encuentro anual de la American Heart Association (hay que recordar que Favaloro era miembro de 24 sociedades científicas y que 12 universidades le dieron el "Honoris Causa"). El auditorio era de 5.000 personas (Etcheverry dice que 15.000) y ante la sorpresa de todos Favaloro de lo que menos habla es de Cardiología, de Cirugía Cardiovascular o de Medicina, sino de la injusticia y la desigualdad en el mundo. El respetable puesto en pie lo agasajó con una ovación de varios minutos.

Quizá la partida de 17 millones de dólares anuales que el Congreso controlado por el menemismo aprobó otorgarle confundiera los hechos con las interpretaciones.

En otras ocasiones el dinero que venía del Gobierno no era en forma de subsidio, sino de deuda perdonada, como en 1991: 1.700.000 dólares, a cambio de atender a 100 pacientes sin recursos por año.

Luego se cambiaba de chaqueta y en presencia de Duhalde: “Esta sociedad hipócrita y permisiva tiene como característica el individualismo sin alma, al que debe oponer el compromiso social de la solidaridad. El consumismo no debería tener cabida en la Medicina”.

En el segundo periodo de Menem: “No hay argentino que esté en contra de la estabilidad y la desregulación, pero ahora viene la etapa más crítica, que será lograr la reactivación con equidad social. Hay que entender que el reparto de la torta debe ser más justo”.

En ocasiones hacía alguna crítica velada a la falta de políticas sociales, pero a la vez se posicionaba a favor de la desregulación. Lo del Gobierno liberal en lo económico y protector en lo social es una irrealidad difícil de creer, aunque puede suceder en la moderna y ficticia socialdemocracia, que es en mi opinión el espectro político en el que se situaba Favaloro.

El día 8 de Diciembre de 1997 en un acto benéfico multitudinario en Luna Park (una especie de Palacio de los Deportes español) a favor de su Fundación, Favaloro retrató con crudeza la desigualdad reinante en el país, sacó a pasear las tasas de mortalidad infantil y se manifestó a favor de la tasa Tobin, un gravamen a la especulación financiera. Claro que el tiempo de Menem en el gobierno se estaba terminando ya y el subsidio del que había disfrutado había desaparecido ese mismo año. Los 17 millones de dólares anuales pasaron 8, luego a 4 y luego a nada.

### 7.6.3. La relación y la deuda con el PAMI.

Decíamos antes que la creación y el desarrollo de la Fundación tuvieron que articularse en dos frentes. Uno puramente formal de adaptarse a las leyes, cultura, etc... del país en cuestión. Otro en aceptar las reglas no escritas del sector en cuestión.

En la supervivencia intrasistema sanitario argentino estaba marcado a fuego pagar y aceptar la coima, la comisión. También lo estaba en otros aspectos de la política y la vida argentinas. La degeneración moral y el desarrollo de un país se puede medir, creo, por el grado de generalización de esta práctica.

Al igual que Favaloro se vendió a los políticos, jamás lo hizo ante esta práctica corrupta.

La existencia de este fenómeno en Medicina tenía importantes implicaciones. Es conocido que cuando se le paga al médico por acto en vez de por capitación (que es pagar dependiendo del número de pacientes que tengas a tu cargo te consulten o no), “sin maldad” e inconscientemente el número de actos médico crece, para ganar más. Es un fenómeno constatado: los incentivos definen la conducta<sup>174</sup>.

Cuando hay comisión, la conducta del médico consciente o inconscientemente va a llevar a derivar más cuantitativamente o cualitativamente (a unas especialidades u otras) en cuanto más incentivado se esté, con los consabidos riesgos para el paciente.

También sucede que en sistemas de libre elección con comisiones los pacientes están paradójicamente cautivos o semicautivos influenciados por los prestadores colaboradores y referentes del médico en cuestión.

Favaloro se quejaba amargamente de esto, ya que sabía que algunos cardiólogos mentían y decían que Favaloro no operaba más, para derivar el paciente al cirujano por el que ellos cobraban.

Favaloro, que paradójicamente era un gran defensor de la libre elección, **era ahora víctima de ella**. Su respuesta era, incorrectamente en mi opinión, reclamar una verdadera libertad de elección, sin comisiones.

Según mi visión de las cosas la solución a ese desagradable fenómeno era integrar el sistema sanitario, para que un profesional no cobrara más porque mandara pacientes a fulanito o porque menganito le mandara pacientes, sino por hacer lisa y llanamente su trabajo.

Pero claro, es muy provechoso defender la libre elección cuando no se trabaja en el sistema público y te conviene captar cuantos más pacientes mejor. Pero la Medicina no es un mercado en el que tú captas a pacientes con publicidad o con reclamos varios, incluso con tu profesionalidad y tu buen hacer. Y puede que esta libertad se vuelva contra ti, como era el caso. Repito una vez más que los grandes éxitos en los servicios esenciales se logran cuando se hace predominar el principio de equidad sobre el de libertad, como es el caso del sistema educativo finlandés, el mejor del mundo<sup>175</sup>.

Recuerdo un caso por un lado gracioso y por otro patético que me contó una compañera cuando fui a visitar un Hospital público en Argentina. Me contó que llegó una visitadora médica y les ofreció 120 pesos por paciente que insulinizaran con su producto. Ella me dijo que lo rechazó pero que otros compañeros lo aceptaron. El soborno se le volvió a la visitadora en contra porque los médicos se inventaban vales con pacientes ficticios para cobrar más dinero.

En el sistema de salud argentino se huía de la provisión directa como de la peste. Ni las Obras Sociales ni el PAMI tenían efectores propios, pudiendo. Esto hacía alimentar este sistema que aumentaba el número de intermediarios, más gastos de administración, más fragmentación y más coimas con más negocios.

Favaloro tiró a dar en varias ocasiones contra los responsables directos. “¿No se han dado cuenta que nosotros no atendemos a ningún paciente de Obras Sociales sindicales?”, preguntaba. Era porque los sindicales exigían un tanto por ciento de retorno que Favaloro no estaba dispuesto a aceptar. Perdía un gran número de potenciales pacientes que integraban esas Obras Sociales. Ser honesto tenía su precio en la Argentina y denunciar la corrupción salía caro, a la larga te la hacían pagar, reflexionó. La gran cantidad de tiempo que tardó en levantar y en equipar el Instituto se explica también en gran parte por rechazar esta práctica. Cuenta **Pablo**

**Calvo** que por ejemplo perdió un millón de dólares en comisiones por no aceptar comprar equipos y materiales donde el comisionista de turno indicaba.

La historia de la creación y desarrollo del PAMI, la corrupción interna, las coimas y las deudas fueron un todo que golpearon fuertemente a Favaloro.

Al comienzo la relación con el PAMI fue buena y fructífera. Le pagaban por adelantado (3 millones y medio de dólares en 1993, por ejemplo), Favaloro les asesoraba (formó parte del Comité Científico Asesor), era su prestador de servicios, formaba a mujeres voluntarias y participaba con su imagen y su persona en la propaganda de la Obra Social.

En esta luna de miel las relaciones eran buenas con **Matilde Menéndez**, la interventora de PAMI de entonces. A Menéndez le denunciaron 32 veces por lo penal, con diversos motivos: comisiones, sobrepagos, contrataciones arbitrarias, derroche. Dimitió ella y su equipo. Después de 10 años todas las causas fueron sobreseídas. Favaloro declaró que jamás Matilde Menéndez le insinuó el pago de ninguna comisión.

La Auditoría General de la Nación atestiguó como indebidos dos millones de pesos de adelanto a la Fundación Favaloro además de otros muchos adelantos que dio Menéndez a otras entidades, porque ese dinero no se destinaba a pagar un servicio prestado sino a uno por prestar, y hubiera podido estar a plazo fijo generando intereses (260.000 pesos perdidos en intereses por el adelanto dado a la Fundación, 3 millones de pesos en total por los 30 millones de pesos adelantados indebidamente).

Favaloro se defendió diciendo que a pesar de los adelantos se les adeudaba aún 7 millones de pesos ya en 1996 y que gran parte de la plata que conformaba esa deuda (el 40%) era imprescindible para comprar equipamiento, por lo que el adelanto no eran subsidios encubiertos como algunos sugerían sino que se habían seguido las disposiciones legales de PAMI.

Con el tiempo y la deuda del PAMI con la Fundación la relación se fue enturbiando, y Favaloro comenzó a ser crítico con su funcionamiento y a denunciar la corrupción interna de la organización.



En el segundo mandato de Menem el interlocutor en PAMI fue **Víctor Alderete**.

En 1997 el monto que le debían a la Fundación ascendía a 14 millones de pesos, y los deudores eran PAMI y las Obras Sociales nacionales y provinciales.

En Agosto de 1997 Favalaro explotó y declaró públicamente que PAMI le pedía una comisión del 30% por anular la deuda con ellos. Le espeta en carta personal a Alderete: “así me siento cada vez que, por ejemplo, entro en ese edificio de PAMI, corrupto hasta sus cimientos, corrupción que se desparrama por todo el país en cada una de sus filiales”.

A vuelta de correo Alderete se permite chulear a Favalaro diciéndole que igual de importantes en el sistema de salud eran los gestores (él se arrogaba la condición de gestor sanitario, cuando era un político con escasos o nulos conocimientos sanitarios) como los médicos. Un corrupto de tres al cuarto a él, una figura mundial de la Cirugía Cardiovascular. Eso Favalaro lo llevaba muy mal, tener que arrastrarse y verse humillado por esos personajillos y politicuchos de despacho.

La excusa de Alderete de aquel entonces para no pagar se mantuvo hasta el final de la película. El monto de la deuda que reclamaba Favalaro era de 3 millones de pesos mientras que el de una auditora que había contratado PAMI para que cuantificara la deuda era de 900.000 pesos. Decían que el resto de la deuda no tenía lugar y que no había ningún documento que pudiera demostrarla. Favalaro proponía ir a buscar uno por uno a los pacientes y enseñarles a los auditores, a PAMI y a Alderete la cicatriz que recorría el pecho de cada uno, a ver si era verdad que los había operado.

Yo no sé si había documentos o no, pero está claro que amén de que pudiera haber cometido algunos pequeños errores, jamás nadie pudo ni puede dudar de la honorabilidad en sentido económico de Favalaro.

Alderete propuso designar a un mediador para que desempatará. El mediador propuesto por Alderete iba a cobrar medio millón de pesos, una sexta parte de la deuda, una exageración, por lo que Favalaro denunció que se trataba de una comisión encubierta. Cansado de tanto cuento chino, Favalaro decidió ir a los

tribunales para denunciar este tema de la mediación, y el juez archivó el caso, no le dio la razón. Esto asestó otro golpe más a Favalaro.

Finalmente y con el correr del tiempo, Alderete acumuló 17 causas judiciales: malversación de caudales públicos, fraude al Estado, asociación ilícita, negociaciones incompatibles con la función pública, encubrimiento, falsificación de documento público o violación de los deberes de funcionario.

El 16 de Junio del 2000, un mes y medio antes del fallecimiento de Favalaro, Víctor Alderete entraba en prisión y se convertía en el primer interventor del PAMI en hacerlo.

Cabe reflexionar sobre lo miserables que fueron los que le amargaron la vida a Favalaro.

A Menem como presidente y a Alderete como interventor de PAMI le sucedieron Fernando De la Rúa y **Cecilia Felgueras** respectivamente.

Un día un funcionario vio a Favalaro llorando amargamente en un pasillo del edificio del PAMI de la desesperación. Le dolía en el alma poder ser recibido por cualquier pez gordo en el extranjero y ser humillado por funcionarios de tres al cuarto en su propio país.

La línea de Felgueras era similar a la de sus antecesores: había una parte de la deuda que reclamaba Favalaro que no se podía demostrar, y ahora, además, se le proponía pagar en bonos y no en pesos, pues en bonos era como estaban cobrando los demás. Decían que para ellos una historia clínica de hacía 6 años no era una prueba lo suficientemente contundente para demostrar la deuda.

Todos metieron mano en el PAMI: militares, peronistas, radicales, aliancistas y sindicalistas. El PAMI fue en la Argentina lo que las Cajas de Ahorro fueron en España.

#### 7.6.4. El encaje de la Fundación en el sistema de salud argentino.

Hemos descrito en el apartado sobre sistema sanitario argentino el porqué de las deudas que generaron las Obras Sociales y el PAMI. Cómo las políticas sanitarias y la dependencia del subsector de las Obras Sociales del nivel de empleo y de las cotizaciones sociales de los trabajadores y empresarios corroían a éstas. Cómo se les permitía el pago a 120 días. Cómo el gasto medio por jubilado era ínfimo. Cómo las prestaciones se veían mermadas en número y calidad por todos los intermediarios que figuraban en la cadena.

La procedencia de los pacientes atendidos en la Fundación era la siguiente: 40% de PAMI, 45% de las Obras Sociales, 12% de Medicina prepaga y un mínimo grupo de pacientes directamente privados.

Es decir, que el 90% de los pacientes que entraban por la puerta **acarreaban problemas en el pago** para Favalaro y la Fundación.

El PAMI, como hemos visto, le generaba a Favalaro constantes deudas y quebraderos de cabeza. Hay que decir que mientras desde las jefaturas del PAMI y de las Obras Sociales se hacía recaer de alguna manera sobre los abuelos y afiliados la desfinanciación y los problemas, recortando o negando prestaciones, Favalaro **jamás hizo pagar al paciente** los problemas de la institución. Le atendió con el mismo esmero y los mismos recursos como si le estuvieran pagando normalmente. No todos pueden decir lo mismo. Asimismo, Pablo Calvo en su libro escribe que PAMI le hacía a Favalaro una selección adversa pero al revés. Le derivaba los casos más graves y costosos.

Respecto al subsector de las Obras Sociales, que era el que mayor número de pacientes conducía hacia la Fundación, cabe realizar algunas reflexiones. Éste estaba conformado por unos 18 millones de afiliados en todo el país, 10 millones de ellos pertenecientes a las Obras Sociales sindicales, que pedían retorno por la atención a sus pacientes y que Favalaro rechazaba por no estar dispuesto a pasar por el aro. Evidentemente esos 18 millones no vivían en Buenos Aires sino en todo el país, pero el ratio afiliados a Obra Social sindical/afiliados a Obra Social = 50% nos da una idea del gran porcentaje que representaban.

Los sindicatos y los gremios tenían un poder inmenso en el sistema sanitario y fueron gran parte del obstáculo para la integración y el avance hacia un Sistema Nacional de Salud, porque querían seguir conservando su territorio de poder y su trozo del jugoso pastel del sistema sanitario. Dice Favalaro: “La asistencia sanitaria es un asunto prioritario. ¿Qué es eso de que los sindicatos quieren controlar otra vez la Medicina? De Medicina saben los médicos”.

La honradez se paga cara.

Hay una cosa terrible en todo esto que es la obligación de tener que competir por el paciente y la necesidad de captación. Terrible para la Medicina y para la salud del paciente. Convierte a la Medicina en marketing y mercado, así es como funcionan estas instituciones. Ofreciendo por ejemplo programas de chequeos, muy populares entre la población, que no tienen ningún fundamento científico en su mayor parte y que exponen a los pacientes a riesgos, como ya se sabe por trabajos de la Cochrane (la mejor agencia de evaluación del mundo) y muchas otras<sup>176</sup>.

Una de las bolsas más jugosas de lucro por parte de estas instituciones está en la prevención. Hay algunas actividades preventivas eficaces en relación con el estilo de vida. Sobre éstas las instituciones sanitarias privadas no tienen control y no suelen incidir demasiado, porque no son rentables económicamente para ellos y porque dependen de factores que no controlan. En cambio sí que lo son las actividades preventivas que precisan una prueba o un fármaco, o un seguimiento. Valen de ejemplo los acientíficos programas de controles anuales ginecológicos en mujeres. Lucro incesante a sabiendas de ausencia de evidencias científicas y de potenciales daños en forma de iatrogenia, falsos positivos, sobrediagnóstico, ulteriores pruebas innecesarias, ansiedad, estrés y preocupación y dependencia ficticia e innecesaria del sistema sanitario<sup>177,178</sup>.

Dijo Favalaro: “Estoy tan convencido de que una persona mayor de 40 años debería hacerse una vez al año un examen de rutina que incluyera una ergometría”. En eso se equivocó profundamente. Igual que en su visión sobre el control de la colesterolemia en niños. Invasividad, pura iatrogenia.

Las instituciones de este tipo deben salir a la calle a vender su marca, a intentar dejar huella a través de los medios de comunicación o en las redes sociales... **son meras empresas**. Algunas de ellas están participadas por fondos de capital riesgo. En el caso de la Argentina no se constituyen así por voluntad propia, sino que el propio sistema las invita a ello, no les queda más opción. No tengo ninguna duda de que esta orientación de la Medicina al mercado contribuye de sobremanera, con permiso de los determinantes sociales de la salud y la fragmentación del sistema, a los deficientes indicadores en salud en relación con el dinero que se destina.

Por lo expuesto, estas instituciones sanitarias si quieren garantizar su supervivencia deben orientarse a las características del mercado. Y a la rentabilidad de los procedimientos. Es decir, que no se actúa guiado por un diagnóstico de los problemas de salud de las comunidades (mapa de activos en salud, planes de salud) sino por garantizar la institución y la supervivencia. La diferencia sustancial es que son instituciones privadas y no públicas.

En este sentido, algunos aspectos de la idea originaria de Favaloro no eran desacertados en general. Había **un campo prácticamente virgen**, por explorar, la cirugía de revascularización miocárdica, que acababa de dar un salto cuanti y cualitativo en el mundo “desarrollado”, y el mismo Favaloro había sido protagonista de gran parte de ese salto. Los nuevos conocimientos y técnicas no habían llegado a Latinoamérica, tardarían en llegar, y era difícil que fuera el Estado el que las trajera.

Así que Favaloro vio en su propia figura la pieza clave para traerlas y que el puzzle terminara de encajar. El problema fue que se complicó su idea y su proyecto tardó demasiado en construirse. También es bien cierto que en el Sanatorio Güemes estaba haciendo una muy buena labor, poniendo sus conocimientos al servicio de la ciencia y al servicio del país, formando a cantidad de residentes argentinos y de toda Latinoamérica para que desparramaran sus conocimientos por sus países de origen. Estaba haciendo lo que quería hacer en su Fundación sólo que a escala un poco menor y sin dejar tan evidentemente su sello.

Lo que sucedió fue que para 1992 los centros que hacían Cirugía Cardiovascular en Buenos Aires ya no eran tan pocos, y que la cirugía de revascularización ya se había

popularizado. Hay que tener en cuenta que la Cirugía Cardíaca estaba centrada en la primera mitad del siglo XX en valvulares y congénitos. Con el advenimiento del bypass, el 80% pasaron a ser cirugías coronarias. Favaloro llegó tarde, ya no podía aportar la exclusividad de la técnica. Fue víctima de la democratización que él mismo impulsó. Luego sucedió también que justamente en los 90 aconteció el boom de la angioplastia, que con ciertos aminoramientos perdura hasta nuestros días (simplificando podríamos decir que en el 50% de los casos se hace angioplastia, en el 20% bypass y en el 30% hay duda). Los grandes ensayos clínicos de los 70 habían colocado a la cirugía de revascularización en su sitio, fuera de esa fiebre que había impulsado Favaloro de hacerle un bypass o una coronariografía “a todo lo que se moviera”, típico sesgo de experto. También sucede que la cirugía de revascularización es muy cara, y poco rentable. No por el honorario del cirujano sino porque el equipamiento es costoso (el equipo de diagnóstico cuesta de 200.000 a 300.000 dólares y la bomba corazón-pulmón también es cara) y porque implica a muchos profesionales. Conclusión: la Fundación tuvo que mutarse para sobrevivir. La idea de un centro de referencia cardiovascular monográfico comenzó a desvanecerse y la Fundación tuvo que ampliar sus especialidades y orientarse hacia cirugías más rentables, como las traumatológicas o las bariátricas por ejemplo. Antes 4 de los 6 quirófanos que tenían funcionaban a pleno para la Cirugía Cardiovascular, intervenían de 15 a 20 pacientes por día en esta especialidad, ahora ya no.

La clave del desacierto, según mi visión de las cosas, fue que Favaloro quiso poner los valores del sistema público en una institución privada. Una empresa privada, en general y en Medicina más, nunca puede suplantar a lo público, porque lo público tiene por ejemplo nichos no rentables, tiene vocación universal (ni descrema ni selecciona adversamente) e incurre con frecuencia y sin querer en el déficit, por lo que el Estado está detrás para solucionar la papeleta.

Favaloro incurrió en ese déficit por lo antes expuesto, porque no negaba atenciones a los pacientes, porque uno se desplomaba en la puerta de la Fundación y lo atendían, porque se hacían cargo de todas las complicaciones de los postoperados (¿hasta cuándo un proceso de un paciente que tiene después de la cirugía puede considerarse complicación de la misma? Interesante pregunta clínica

y más aún desde el punto de vista económico y gerenciador) y porque era un tipo honrado y bueno, además de trabajador incansable.



*Figura 58. Favaloro operando el día de su 70 cumpleaños. Es una constante en los grandes cirujanos cardiovasculares seguir operando hasta muy mayores. Algunos como DeBakey fallecieron prácticamente con el bisturí en la mano. Archivo Fundación Favaloro.*

“¿Es éste un nuevo instituto que se incorpora a la lista de centros asistenciales para repetir lo estandarizado? La respuesta es taxativa: No. Pretendemos algo más”, dijo.

Él no tenía a nadie detrás que corrigiera el déficit que pudiera originar lo público, y por este motivo reclamó la ayuda de lo público, porque creía (y pudiera ser que llevara razón) que la merecía. Por eso era capaz de, aun gerenciando una institución privada bajo la fórmula de fundación sin ánimo de lucro, pedir

subsidios al Estado y no reparar en que las demás instituciones pudieran vivir esto como un agravio comparativo.

Las razones que él tenía para reclamar el subsidio eran que por ejemplo a un paciente atendido en otro centro le derivaban a la guardia de la Fundación por tratarse ésta de un centro de alta complejidad y que ellos tenían la obligación de atenderle, viniera de donde viniera, aunque no les pagara el hospital de procedencia.

Un trabajador de la Fundación me contaba que hubo una época, cuando la Fundación andaba más o menos bien antes del corte de dinero público del 97, que había pacientes que llegaban a la puerta de la Fundación y se desplomaban. Había que atenderles. ¿Quién pagaba eso?

Además, Favalaro siempre dejó caer a lo largo de sus comentarios que ese centro de avanzada tecnología atendía no sólo a los pacientes privados que eran solamente un 5%, sino también a pacientes de mutuales (Obras Sociales) y PAMI – que ya pagaban o habían pagado religiosamente sus aportes a la Seguridad Social; pacientes que de otra manera nunca hubieran podido tener “el privilegio” (esto no lo dice él sino yo) de atenderse en su equipada clínica, y que por eso había que subsidiar su proyecto. No hace tantos años un obrerito no tenía dónde caerse muerto, jamás hubiera imaginado atenderse en una clínica como la de Favalaro, parecía ser la razón para el subsidio. En eso consistía que el hospital fuera “para toda la comunidad”.

Como es de imaginar, los políticos de turno a lo largo de las décadas no le dieron plata por ninguna de estas razones que aducía Favalaro, sino para comprar su aquiescencia, porque era un diamante electoral.

Quiso construir su Fundación para el rollo de la Cirugía Cardiovascular y el bypass y todo eso, pero en el fondo **la quiso construir para cambiar el sistema sanitario y de alguna manera el país**, porque se rebeló contra las reglas del sistema sanitario y del país. Hizo la Fundación para luchar, para luchar contra el sistema, contra la corrupción y contra todo lo que despreciaba. Y dicen que perdió. Es mentira. Cómo va a perder. Si el que lucha no pierde nunca. El que pierde es al que le derrotan sin que luche.



Durante la puesta en marcha de la Fundación tuvo que tener mucha cintura para seguir siendo él mismo pero sin serlo, porque se tuvo que convertir en un cachorrito para los que mandaban, de los que dependía la gaita. El fin justificó los medios en su caso, dentro de unos límites razonables. Probablemente lo que hizo pueda ser discutible, contradictorio, a veces poco ético incluso, pero fue su manera de luchar. La política no es para los ideológicamente puros, conlleva mancharse las manos de barro. Luchar contra el poder y contra el sistema no es nada fácil y él eligió ese camino, con una cierta hipocresía si quiere llamársele así. Pero a una buena maquinaria de poder bien fuerte y bien engrasada no se le puede ir a mendigar para luchar contra ella, porque entonces no tienes nada que hacer. O se le combate de manera sucia o violenta (él no eligió ese camino) o se recluta poder (él lo intentó y creo que lo consiguió a través de su influencia popular) para poder verte con el poder en condiciones de simetría.

Esto sucede en países puros con conflictos puros, pero esa lucha tuvo lugar en un país, Argentina, y en un momento, final de la década de los 90, especialmente complicados. Con una constante ebullición de problemas y conflictos internos, donde la lucha de Favaloro quedaba diluida y relegada prácticamente a lo anecdótico. Digamos que se juntó todo.

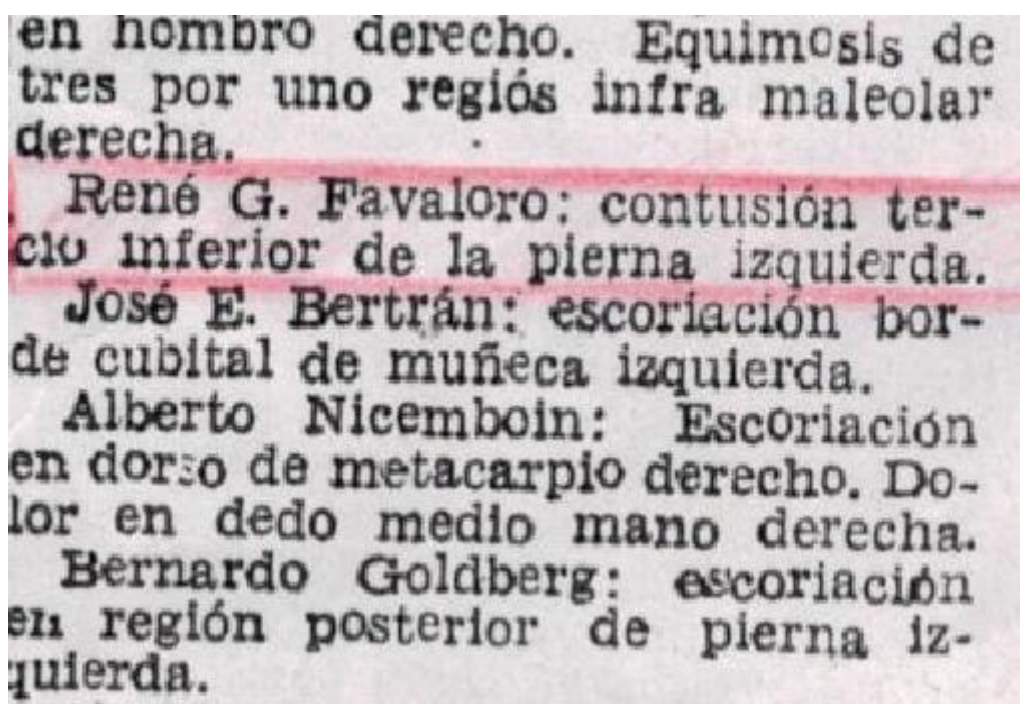
#### *7.6.5. ¿Por qué Favaloro no eligió el subsector público para desarrollar su carrera y su proyecto profesional?*

Esa es la pregunta del millón.

Los anhelos, la personalidad, los valores y las características del proyecto profesional de Favaloro cuadraban perfectamente con el subsector público. Esta ley se cumple si se lee y si se juzgan sus actos a lo largo de su vida. Si se le escuchan algunas declaraciones en los 80 y los 90 probablemente caigamos en la duda y en la contradicción, motivadas en mi opinión porque tuvo que decir y hacer muchas cosas que esperaban de él que dijera e hiciera, desde el poder.

En primer lugar cabe decir que Favaloro **identificaba** todavía en gran parte de su fuero interno **Estado con peronismo**.

Si uno ve que el partido en el gobierno mete a su gente en todos los mejores puestos por influencias y alineamiento al partido y no por méritos, que exhibe lo público y las propiedades del Estado como **suyas propias** y no como del pueblo, si ve que roban y corrompen desde las estructuras del Estado, que hacen demagogia con la defensa de la justicia social... si ve que le aporrean en la calle, que dominan ideológicamente la Universidad, que le quitan una vacante de cirujano que le correspondía por méritos... pues da un portazo y se va a trabajar a Jacinto Aráuz a la práctica privada, porque no hay que olvidar que Favaloro no fue en Aráuz el médico de la salita, del Estado, sino un médico que montó una clínica privada a que los pacientes pagaban directamente.



en hombro derecho. Equimosis de tres por uno región infra maleolar derecha.

René G. Favaloro: contusión tercio inferior de la pierna izquierda.

José E. Bertrán: escoriación borde cubital de muñeca izquierda.

Alberto Nicemboin: Escoriación en dorso de metacarpo derecho. Dolor en dedo medio mano derecha.

Bernardo Goldberg: escoriación en región posterior de pierna izquierda.

Figura 59. "Parte de guerra" aparecido en prensa local tras protesta universitaria. 1945. Archivo Fundación Favaloro.

En otro orden, sucede que el funcionariado del sistema público (el actual, contemporáneo, de final del siglo XX y principios del XXI) asciende por **meritocracia**, se supone. Comienza uno el último y por antigüedad y méritos (docencia, publicaciones, investigación, exámenes-oposiciones) va ascendiendo.

Recuerdo una frase del Consejero de Sanidad de Castilla y León (España): - Si Valentín Fuster (insigne cardiólogo y marqués de España) quisiera venir a trabajar a Castilla y León empezaría el último de la fila.

Favaloro se había pasado 10 años en Estados Unidos y volvió ya con 48 años a Argentina. Hubiera tardado mucho en ascender hasta el puesto que le permitiera hacer lo que él quería, hasta la Jefatura de un servicio o la Cátedra de un departamento. Bien mirado, a lo mejor hubiera tardado lo mismo o menos de lo que tardó en levantar su hospital. Pero también es cierto que ya en el Güemes hizo lo que él quiso más o menos, aunque no pudo realizar investigación.

A este atributo de la Administración se le conoce como rigidez, cuando lo que se quiere decir es **justicia**. La flexibilidad (mantra de los nuevos y jóvenes directivos de la salud) es en realidad arbitrariedad, en el mercado sanitario y en el laboral.

Favaloro hubiera podido hacer adecuadamente Medicina de pobres en el hospital público, esa es la auténtica **Medicina social** que él tanto invocaba, y no la de un puñado de pacientes al año para justificar un subsidio estatal.

Se hubiera podido dedicar de pleno a sus pacientes y a su especialidad y no a la gerencia de una gran institución, cosa que le robaba mucho tiempo y esfuerzo y que por otro lado **no hizo bien del todo porque no tenía mucha idea**, según mi parecer.

Quizá me equivoque, pero creo que se hubiera sentido feliz y muy realizado en un hospital público.

Para ser gestor sanitario no sé si no hay que tener escrúpulos, porque también supongo que hay gestores humanos y compasivos, pero por ejemplo hay que saber **echar a la gente a la calle por el día y dormir por la noche**, o hay que decirle a un paciente que no se le atiende porque no tiene cobertura. (Off topic: ¿no está eso tipificado en el código penal como negación de auxilio? ¿Qué se hace con el Juramento Hipocrático en una situación así? ¿Lo esconde uno debajo de la mesa? Favaloro no valía para eso, y así se lo hicieron ver por activa y por pasiva).

El Dr Daniel López Rosetti está en el Centro de Vida de la Fundación Favaloro. En un rato te va a contar en Telefe por qué es tan importante realizar una ergometria. En minutos comienza la transmisión en vivo



Me gusta · Comentar · Compartir

128

A 1271 personas les gusta esto.

Mejores comentarios ▾



Escribe un comentario...



**Liliana Miglierina** si todo por salir en la tele, pero ellos cuando se recibieron juraron curar a la gente, yo les mande mensaje por privado y nunca me contestaron porque, no lo hacen porque no tengo obra social ni plata y muy enferma del corazon, y tengo que operarme urgente, solo trabajan y atienden por la plata , por eso salen en la tele

Me gusta · Responder · 11 · 22 de abril a la(s) 3:12

*Figura 60. Comentario de una señora en la página de Facebook de la Fundación Favaloro, a colación de esta reflexión. Facebook Fundación Favaloro.*

**Carlos Penelas** lo resume bien: “Él es eje de esa perspectiva dentro de un universo que se parece mucho a lo que desea destruir”.

Hay algo que se me escapa, tengo que reconocerlo, y que no termino de comprender. Después de leer y leer, de hablar con sus cercanos, me chirría que una persona con tanta vocación de servicio público, tan idónea para defender en la trinchera el valor del sistema público de salud, termine por montar una universidad privada para ricos y una institución privada a la que otros y “el mercado” deciden qué y cuántos pacientes le derivan.

Algunos dicen que el subsistema público en la Argentina es un desastre auténtico, que no hay recursos, que está sobresaturado... no sé. Yo creo que no tanto. He visitado algún hospital público de Buenos Aires y hablado con algunos colegas que desempeñan ahí su trabajo, y me parecieron médicos muy competentes y muy comprometidos. Las infraestructuras son mejorables y tienen algunas cosas malas (como en todos los sitios). Pero en general no me pareció la asistencia pública ni mala ni muy mala, incluso podría decir que me pareció normal, y que se necesitaban precisamente médicos tan válidos como Favaloro para hacerla aún mejor.

Una vez escribí: Cómo queréis que la gente no tenga sanidad privada si bebe agua mineral pudiendo beberla del grifo.

En España también hay mucha gente que reniega y se queja de la Sanidad Pública siendo, a pesar de los pesares, muy buena. Ginés González (Exministro de Sanidad de Néstor Kirchner) y Federico Tobar dicen que si hay algo en común a todos los sistemas sanitarios del mundo, sean buenos o malos, es la insatisfacción de sus usuarios. Pérgola reflexiona acerca de si se hubiera podido hacer un instituto de excelencia desde el Estado, pues en el Estado se “quedan los vueltos (la vuelta) en el bolsillo”, se malversa por falta de capacidad o de ética. También critica que el Estado haya subsidiado a la Fundación, ya que el Estado tiene que apoyar lo que es del Estado, aunque carga las culpas al Estado, no a Favaloro.

Hay algunos, algo malintencionados creo, que piensan que Favaloro levantó el Instituto por sus trazas **megalómanas**, porque quería dejar su sello personal. No creo que fuera el caso.

En todo caso sí que creo que los que trabajan por el bien los demás sin intereses económicos o espurios pueden querer tener un cierto grado de protagonismo, de desasosiego porque se les reconozca e incluso en algunos casos algo de soberbia. Siempre he defendido que hay que aceptárselo, normalizarlo e integrarlo. Se les debe mucho y luchar en la oscuridad y en soledad es muy duro.

Por otro lado Favaloro era un tipo muy humilde, y aunque se puede reconocer que en ocasiones entre la humildad se colaba alguna pizca de falsa modestia, hay que admitir que motivos tenía para ser agrandado (orgulloso en lunfardo).

Dice **Héctor Ciocchini**: “Pero un hombre que ha hecho la obra que él realizó se ve necesariamente expuesto a la murmuración, la denuncia, la envidia y las intrigas. Quien realiza una obra con vocación, con la gracia y el disfrute que este creador científico realizó, es un espejo maldito para quienes se hinchan de soberbia, presunción y orgullo y no realizan nada. El hombre tocado por la gracia ofende, por lo general, toca las deficiencias, los rencores y el subconsciente”.

También **Christian Rath**: “Favaloro era, después de todo, un hombre del establishment. Partidario de la privatización de la salud y la universidad, su Fundación debía beneficiarse con la “desregulación” de las Obras Sociales y el desarrollo del negocio de la salud. Por eso no cuestionó la política de demolición de las Obras Sociales y se puso a la cabeza del (frustrado) “seguro de salud” de la Provincia de Buenos Aires, un sistema de Medicina prepaga que corría con la ventaja de tener asegurado el mercado del IOMA. Impulsor de la desregulación, fue su víctima a la hora de competir en el “mercado” de la salud, en el que tuvo que actuar en el último tramo, sin poder contar con un prometido subsidio estatal de 8 millones de pesos, que fue eliminado del Presupuesto a iniciativa de la Alianza. ¿Con cuánto se salvaba la Fundación Favaloro? ¿Por qué ni el Estado ni los privados le tendieron una mano y dejaron caer una “institución de excelencia”?”.

Cierto es que Favaloro como hemos ido viendo fue firme defensor de la desregulación. A la vez afirmaba en una conferencia para la Sociedad Interamericana de Cardiología: “La privatización y la liberalización abarca prácticamente todos los países del mundo. Se piensa que los mercados competitivos pueden ser la mejor garantía de eficiencia pero sin duda no garantizan la equidad. La resultante final es la concentración del poder y la marginalización de los países pobres y la gente pobre, como bien lo expresa el informe de Desarrollo Humano del año 1999”.

Si alguien entiende estas **contradicciones absolutas** de Favaloro que me las explique.

#### *7.6.6. El principio del fin.*

Las cosas ya venían mal desde el instante en el que el Estado cortó las subvenciones. En aquellos momentos estaba de gerente **Raúl Pistorio**, que había sido interventor de PAMI durante la presidencia de Alfonsín (y que volvería a serlo en 2001). Así que conocía bien la guerra desde las dos trincheras. En aquellos tiempos el plazo de devolución de los créditos de la banca internacional para construir la obra y el crédito de Siemens para el equipamiento vencía, y había que saldar los pagos.

Pistorio tuvo que realizar recortes para equilibrar el financiamiento. A partir de entonces había que introducir mejoras para hacerlo igual de bien y más barato. Como los hospitales funcionaban como unidades de gestión descentralizadas, los distintos servicios tenían autonomía para apretar el cinturón como decidieran ellos mismos.

Intentó incrementar los ingresos a base de firma de nuevos convenios con Obras Sociales, entre ellas sindicales. Desconozco si con mordida o sin mordida.

El **plan de choque** fue tremendamente criticado por aquellos que tuvieron que resignarse a que cuando Favaloro falleció tuviera que ser nuevamente aplicado. Después ya no se protestó tanto. A parte parece ser que Pistorio no era una persona lo que se dice especialmente amigable.

En cualquiera de los casos la situación comenzaba a ser verdaderamente asfixiante para Favaloro y para la Fundación. Se notaban de pleno la falta de subsidio estatal y el país caminaba hacia la quiebra técnica y el caos.

Muchos amigos y compañeros de dentro y fuera de la Fundación no se comportaron como tales con Favaloro, le dejaron solo, **le traicionaron** de alguna manera. Comenzaba a sentirse cuestionado y excluido, con lo que empezó a autoexcluirse. Dice Sartre que las ratas se acercan al león cuando está muerto.

Dice Mautner: “tenía un montón de enemigos. Gente que en las formas era amiga pero que en el fondo eran enemigos, porque él iba contra sus intereses”.

Puso en marcha un tour para encontrarse con grandes empresarios o con empresas en reuniones o almuerzos, para pedir ayuda. No obtuvo ni un peso de ello. Carlos Penelas, el custodio de su archivo y la persona que entonces se

encargaba de las Relaciones Institucionales, afirma que enviaron en un mes 130 cartas (a dueños de la industria farmacéutica, embajadores, empresarios, políticos, directivos de los periódicos...) explicando la situación con el fin de recibir ayuda, y sólo 3 contestaron de vuelta para decir que no podían. Los demás ni se molestaron en contestar.

Para ser consciente de la tipología de cuerda floja sobre la que caminaba Favaloro sirva esta anécdota. En un programa de TV critica a los fundamentalistas religiosos en el contexto de la condena de un atentado terrorista perpetrado por iraníes contra israelíes en Buenos Aires. En un momento, a pedido de la presentadora, hizo referencia a los “integristas católicos”: el Opus Dei, dijo. Dos de las más importantes empresas nacionales le quitaron la donación a la Fundación.

Favaloro recibió esa ingrata respuesta que se da a los que cuestionan. El cuestionamiento era a la totalidad: al sistema, al país, al modo de vida. Cuestionar no sale gratis. Porque cuestionar es la manera educada y contemporánea de señalar a los demás. Y muchos de los demás estaban sucios, tenían mucho que esconder. Bien cuestionados, entonces. En otras ocasiones aunque no señalara directamente, sólo con su comportamiento ejemplar y honesto los demás se sentían señalados. Todos sabían de la corrupción en diferentes campos, las vinculaciones con los partidos políticos, con las empresas, con los bancos; todas relaciones opacas y bien a salvo. Sabía que no se podía acusar sin pruebas; intentaba recabarlas, pero a veces explotaba. En 1993 declara a La Nación: “todo cirujano que implanta una válvula o coloca un marcapasos recibe un retorno”. Se le echaron encima por denunciar una verdad a voces.

Favaloro era a menudo el blanco de todas las iras. Cuando alguien hace daño al establishment van a muerte contra él, a sacarle los ojos y las miserias, es la guerra del todos contra todos. Mismamente, a él se le echaba en cara ser del establishment, pero bien pensado nadie había dicho que Favaloro no lo fuera ni que no quisiera serlo.

La gestión de la Fundación se comenzó a poner realmente cuesta arriba y se formó un gabinete de crisis, que operaba independientemente al Consejo de Administración. Ahora el cuestionado era el mismo Favaloro y su manera de llevar



la Institución. El gabinete de crisis (o los gabinetes, porque hubo varios) se comportaban como la troika, blandiendo un plan de ajuste amenazante en cada momento en que le era posible.

Dice Pichel que no hay un intento de desplazarlo, sino de protegerlo. También comenta que la coima no es solamente una forma de ganar dinero, sino de tener pacientes. Y que igual que a nadie le gusta ser operado pero a veces es necesario para salvar un cuerpo, cuando hay que sanear una empresa porque es necesario, hay que sanearla y punto. Y que Favaloro había sido siempre un gran ganador, pero que no fue así en el caso de la Fundación. Comenta Roberto Favaloro con un poco de sorna: “Acá en Buenos Aires no se podía pagar en gallinas como en Aráuz”.

El plan que liquidaba los principios éticos estrictos sobre los que levantó la Fundación estaba en marcha.

Todo el mundo opinaba y juzgaba, hasta los que no fueron convocados para nada a estas disquisiciones.

Varias personas allegadas a Favaloro critican que de él se aprovecharon muchas personas, muchos compañeros de hace tiempo que Favaloro recogió para la Fundación inmerecidamente, que no daban el perfil para ocupar el sitio que él les había asignado. Preguntado Pichel sobre si gente sin recursos abusó de la bondad de la Fundación contesta que abusaron más algunos médicos de La Plata que no habían hecho nunca nada, que vinieron a que Favaloro los acogiera en su seno y que se comportaron como verdaderos **parásitos**.

Favaloro comenzó a transitar de la esperanza a la desesperanza, de la alegría a la tristeza, de la reafirmación de haber vuelto a la Argentina rechazando una vida de facilidades al arrepentimiento por haber vuelto. Todo se confunde en esta última etapa, si bien la vida de Favaloro como dice Carlos Penelas siempre fue una dicotomía extrema, unos giros monumentales. Todo era **excesivo** en él. De una carrera prometedora como cirujano en un ámbito hospitalario y entorno urbano a un pueblo perdido de La Pampa a ser médico rural, con lo que con sus manos y muy pocos medios más pudiera hacer. De ahí a Estados Unidos a la cuna de la vanguardia en Cirugía Cardiovascular, Cleveland, a convertirse en uno de los cirujanos del momento y a cambiar el pronóstico y la historia natural de la

arteriosclerosis coronaria, primera causa de muerte por aquel entonces. Cuando era una estrella de la Medicina, todo lo tenía y lo que no tenía podía conseguirlo, se vuelve a la Argentina a **dejarse la vida** luchando a su manera contra el sistema, para edificar un proyecto que significara el primer eslabón de un cambio en el sistema sanitario y en la Argentina, para siempre. No era de derecha y los de izquierda le criticaban, pero tampoco era de izquierda y recibía por ello críticas de los de derecha. Era católico pero a la vez no era católico (dice **Lucas Moreno** que un creyente católico no se suicida). Contradictorio, imprevisible dentro de la absoluta previsibilidad y cálculo. Dejó claro con actos (y con palabras) que despreciaba el dinero. Dice Penelas: “La vida del hombre no es, se va a haciendo mientras vive. Pero la vida del doctor Favaloro no es una vida, es más, es un destino”. Y creo que tiene razón, su vida estaba tan profundamente bien trenzada que se comporta como una **historia perfecta**, casi como una novela.

El 16 de Julio del 2000 uno de los gabinetes de crisis formado exclusivamente por médicos le sugieren que se **aparte** de la gestión, le conminan a que se desplace de la primera línea.

Las críticas sobre todo giran en torno a que hay que hacer algo porque en la Argentina no hay mecenas, a que no se puede esperar nada del Estado ya, no se puede seguir haciendo beneficencia, no se puede tener tanta mano izquierda con el PAMI, si no pagan hay que cortar el servicio. La deuda era de 18 millones de dólares. Sabía que a cambio de una comisión la posibilidad de cobrar la deuda pronto aumentaba.

Favaloro envía una carta al presidente Fernando De la Rúa a la desesperada. La carta va a un cajón, nadie la lee. Dice así:

“Estimado Fernando:

Te escribo estas líneas porque nuestra Fundación está al borde de la quiebra. Te imaginarás cómo me siento después de treinta años de hecho dedicados por completo a la medicina y a mi país.

Iniciamos un proceso de reestructuración con planes estrictos y programas a mediano y largo plazo, pero tenemos emergencias ineludibles que deben

solucionarse en los próximos días. Necesitamos alrededor de seis millones de pesos. De lo contrario, creo que no podremos eludir la quiebra y la convocatoria de acreedores.

No sé cómo voy a poner la cara frente a una derrota que a mi entender tiene como causa fundamental no haberse “amoldado” a la corrupción imperante en la medicina y en lo que yo llamo “el sistema”.

No tengo conexiones con el empresariado argentino. Por el contrario, por razones que habría que explicar en extenso, a veces choco con algunos “pescados gordos” como Amalita o Goyo Pérez Compañc. Por eso, uno de los pedidos que te hice en nuestra última charla era que utilizaras tu influencia con algunos empresarios de nuestro país. No creo que se puedan negar a un pedido del presidente, entre varios no sería difícil conseguir la ayuda que tanto necesitamos.

Créeme Fernando, nunca pensé que iba a tener que afrontar un momento como éste. He ayudado a la Fundación no sólo con mis conocimientos. Así, por ejemplo, sostuve económicamente el Departamento de Ciencias Básicas durante un periodo prolongado. Te imaginarás: ¡poner dinero en Ciencias Básicas en la Argentina!

En fin, te ruego que influyas para conseguir una donación urgente, creo que es el camino más corto. Veremos después cómo nos reorganizaremos y adecuaremos al momento que vivimos. Perdóname que te haga llegar este pedido. Te escribo desde la desesperación. Nunca en mi vida estuve tan deprimido. Con el afecto de siempre.

Dr. René G. Favalaro”.

La situación se vuelve extrema. El plan de ajuste incluye un despido importante de personal. “No es despedir empleados, sino despedir familias”, dice. El viernes 28 de Julio del 2000 le fallece un paciente en la mesa del quirófano (nótese que seguía trabajando y operando con 77 años). Se encuentra por la tarde a última hora de la jornada en el ascensor con **Branco Mautner**, comenta que no lo vio en absoluto deprimido, que estuvieron charlando de un paciente que Favalaro tenía previsto ver el lunes.

Creo que no le dijo a nadie de sus intenciones inmediatas porque probablemente este hecho hubiera entorpecido el propósito. Se sabe en Medicina que el que quiere

hacerlo de verdad no avisa, lo hace y punto. El que lo hace como una manera de llamar la atención avisa y amaga.

Su mujer había fallecido hacía tres años de un cáncer renal. Este hecho lo había sumido en la tristeza y en la soledad. Había recuperado la ilusión y el amor con **Diana**, su secretaria. Dice Pichel que estaba profundamente enamorado e ilusionado en este sentido. Y que era “culpógeno” en general, las culpas que se generaba no le dejaban vivir en ocasiones con plenitud. En este caso particular las culpas que se echaba a la espalda estaban en relación con la diferencia de edad que los separaba.

También comenta Pichel que su decisión final estaba ya muy pensada y planificada. En Abril de ese mismo año se hace con un arma. Justificó esa acción por la inseguridad que circundaba su barrio. Un médico cercano de la Fundación es el que le firma el reconocimiento médico para obtener el permiso de armas. Antes de la muerte va llamando a amigos que no veía desde hacía tiempo y los invitaba a almorzar. Este gesto provocaba extrañeza en algunos de ellos, pues hacía mucho que no se veían. Lo hacía para despedirse.

Mautner dice que quizá terminó con su vida por un exceso de exigencia. Dice Pichel “yo me volví obsesivo con él, yo antes era un hombre muy tranquilo”.

El sábado 29 de Julio del 2000 por la mañana hace llamadas a su sobrino Roberto, que no puede atenderlas por encontrarse en medio de una cirugía. Habían estado comentando un artículo científico el día de antes.

El sábado en el mediodía deja una nota sobre el espejo del baño en la que indica el lugar del salón donde ha dejado unas cartas manuscritas, además de su testamento a nombre de sus sobrinos.

Entre ellas, una carta de recomendación y dinero para su empleada doméstica, **Ramona**. También una nota de agradecimiento para ella por “todo lo que hizo por mi difunta esposa y por mí”.

“La señora Ramona Giménez ha desempeñado tareas domésticas por varios años en nuestra casa. Ha demostrado absoluta honestidad en todos sus procederres,

además de desempeñarse con absoluta corrección y eficacia en todas las tareas encomendadas.

Sin duda ha sido de lejos la que mejor ha colaborado con nosotros.

Durante la enfermedad de mi señora se comportó como una verdadera samaritana.

Merece mi recomendación, sin límites de ninguna naturaleza.

Dr. René Favalaro”.

Este gesto en el último suspiro de la vida creo que lo dice (casi) todo de la talla humana de Favalaro.

Las demás cartas eran para sus seres queridos, y una **carta de despedida** que trascendió públicamente tras el levantamiento del sumario judicial.

El lejano y ansiado sueño de retirarse en el interior, en medio de la naturaleza y de esas cosas simples que tanto amaba se desvanecía.

En el baño, se levantó el pijama de un lado y se descerrajó un disparo en dirección al corazón, que salió por la parte posterior del tórax.

La carta de despedida es una obra maestra, reflejo que la suya fue una vida maestra. Una carta que no se puede leer sin llorar.

“A mis familiares, a mis amigos.

Si se lee mi carta de renuncia a la Cleveland Clinic, está claro que mi regreso a la Argentina (después de haber alcanzado un lugar destacado en la cirugía cardiovascular) se debió a mi eterno compromiso con mi patria. Nunca perdí mis raíces. Volví para trabajar en docencia, investigación y asistencia médica. La primera etapa en el Sanatorio Güemes demostró que inmediatamente organizamos la residencia en Cardiología y Cirugía Cardiovascular, además de cursos de postgrado a todos los niveles. Le dimos importancia también a la investigación clínica en donde participaron la mayoría de los miembros de nuestro equipo.

En lo asistencial exigimos de entrada un número de camas (pequeño) para los indigentes. Así cientos de pacientes fueron operados sin cargo alguno. La mayoría de nuestros pacientes provenían de las Obras Sociales. El sanatorio tenía contrato con las más importantes de aquel entonces. La relación con el sanatorio fue muy clara: los honorarios, provinieran de donde provinieran, eran de nosotros; la internación, del sanatorio (sin duda la mayor tajada). Nosotros con los honorarios pagamos las residencias y las secretarías, y nuestras entradas se distribuían entre los médicos proporcionalmente. Nunca permití que se tocara un solo peso de lo que nos correspondía.

A pesar de que los directores aseguraban que no había retornos, yo conocía que sí los había. De vez en cuando, a pedido de su director, saludaba a los sindicalistas de turno, que agradecían nuestro trabajo. Éste era nuestro único contacto.

A mediados de la década del 70, comenzamos a organizar la Fundación. Primero, con la ayuda de la Sociedad de Distribución de Diarios y Revistas, creamos el departamento de investigación básica que tantas satisfacciones nos ha dado y luego la construcción del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Cuando entro en funciones redacto los 10 mandamientos que debían sostenerse a rajatabla, basados en el lineamiento ético que siempre me ha acompañado. La calidad de nuestro trabajo, basado en la tecnología incorporada más la tarea de los profesionales seleccionados hizo que no nos faltara trabajo, pero debimos luchar continuamente con la corrupción imperante en la Medicina (parte de la tremenda corrupción que ha contaminado a nuestro país en todos los niveles sin límites de ninguna naturaleza). Nos hemos negado sistemáticamente a quebrantar los lineamientos éticos, como consecuencia jamás dimos un solo peso de retorno. Así las Obras Sociales de envergadura no mandaron ni mandan sus pacientes al Instituto. ¡Lo que tendría que narrar de las innumerables entrevistas con los sindicalistas de turno! Manga de corruptos que viven a costa de los obreros y coimean fundamentalmente con el dinero de las Obras Sociales que corresponde a la atención médica. Lo mismo ocurre con PAMI. Esto lo pueden certificar los médicos de mi país que para sobrevivir deben aceptar participar del sistema implementado a lo largo y ancho de todo el país.

Valga un solo ejemplo: el PAMI tiene una vieja deuda con nosotros (creo desde el año 94 o 95) de 1.900.000 pesos; la hubiéramos cobrado en 48 horas, si hubiéramos aceptado los retornos que se nos pedían (como es lógico no a mí directamente).

Si hubiéramos aceptado las condiciones imperantes por la corrupción del sistema (que se ha ido incrementando en estos últimos años) deberíamos tener 100 camas más. No daríamos abasto a atender toda la demanda.

El que quiera negar que todo esto es cierto que acepte que rige en la Argentina el principio fundamental de la libre elección del médico, que terminaría con los acomodados de turno. Lo mismo ocurre con los pacientes privados (incluyendo los de la Medicina prepaga): el médico que envía a estos pacientes por el famoso ana-ana, sabe, espera recibir una jugosa participación del cirujano.

Hace muchísimos años debo escuchar aquello de que ¡Favaloro no opera más! De dónde proviene este infundio. Muy simple: el paciente es estudiado. Conclusión, su cardiólogo le dice que debe ser operado. El paciente acepta y expresa sus deseos de que yo lo opere. “¿Pero cómo, usted no sabe que Favaloro no opera hace ya tiempo?” “Yo le voy a recomendar a un cirujano de real valor, no se preocupe”. ¡El cirujano de “real valor” además de su capacidad profesional retornará al cardiólogo mandante el 50% de los honorarios! Varios de esos pacientes han venido a mi consulta no obstante las “indicaciones” del cardiólogo. “¿Doctor, usted sigue operando?” Y una vez más debo explicar que sí, que lo sigo haciendo con el mismo entusiasmo y responsabilidad de siempre. Muchos de estos cardiólogos son de prestigio nacional e internacional. Concurren a los congresos del American College o de la American Heart y entonces sí, allí me brindan toda clase de felicitaciones y abrazos cada vez que debo exponer alguna “lectura” de significación. Así ocurrió cuando di la lectura Paul D. White en Dallas. Decenas de cardiólogos argentinos me abrazaron, algunos con lágrimas en los ojos. Pero, aquí, vuelven a manifestarse en el “sistema”, y el dinero es lo que más les interesa.

La corrupción ha alcanzado niveles que nunca pensé presenciar. Instituciones de prestigio, como el Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, con excelentes profesionales médicos, envía empleados bien entrenados que visitan a los médicos

cardiólogos en sus consultorios. Allí les explican en detalle los mecanismos del retorno y los porcentajes que recibirán no solamente por la cirugía, por métodos de diagnóstico no invasivo (Holter hecho, cámara gamma, etc, etc); los cateterismos, las angioplastias, etc, etc... están incluidos. No es la única institución. Médicos de la Fundación me han mostrado las hojas que les dejan con todo muy bien explicado. Llegado el caso, una vez el paciente operado, el mismo personal entrenado visitará nuevamente al cardiólogo, explicará en detalle la “operación económica” ¡y entregará el sobre correspondiente!

La situación de la Fundación es desesperante, millones de pesos a cobrar de tareas realizadas, incluyendo pacientes de alto riesgo que no podemos rechazar. Es fácil decir “no hay camas disponibles”. Nuestro juramento médico lo impide.

Estos pacientes demandan un alto costo raramente reconocido por las Obras Sociales. A ello se agregan deudas por todos lados, las que corresponden a la construcción y equipamiento del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, los proveedores, la Dirección General Impositiva, los bancos, los médicos con atrasos de varios meses. Todos nuestros proyectos se tambalean y cada vez más todo se complica.

En Estados Unidos, las grandes instituciones médicas pueden realizar su tarea asistencial, la docencia y la investigación por las donaciones que reciben. ¡Las cinco facultades médicas más trascendentes reciben más de 100 millones de dólares cada una! Aquí ni soñando.

¡Realicé gestiones en el Banco Interamericano de Desarrollo que nos ayudó en la etapa inicial y luego publicó en varias de sus publicaciones a nuestro Instituto como uno de sus logros! Envié cuatro cartas a Enrique Iglesias, solicitando ayuda (¡tiran tanto dinero por la borda en esta bendita Latinoamérica!), todavía estoy esperando alguna respuesta. Maneja miles de millones de dólares, pero para una institución que ha entrenado centenares de médicos desparramados por nuestro país y toda Latinoamérica no hay respuesta.

¿Cómo se mide el valor social de nuestra tarea docente?



Es indudable que ser honesto, en esta sociedad corrupta, tiene su precio. A la corta o la larga te la hacen pagar.

La mayoría del tiempo, me siento solo. En aquella carta de renuncia a la Cleveland Clinic, le decía al Dr. Effler que sabía de antemano que iba a tener que luchar y le recordaba que ¡Don Quijote era español! Sin duda la lucha ha sido muy desigual.

El proyecto de la Fundación se tambalea y empieza a resquebrajarse. Hemos tenido varias reuniones: mis colaboradores más cercanos, algunos de ellos compañeros de lucha desde nuestro recordado Colegio Nacional de La Plata, me aconsejan que para salvar la Fundación debemos incorporarnos “al Sistema”. Sí a los retornos, sí al ana-ana. “Pondremos gente a organizar todo. Hay “especialistas” que saben cómo hacerlo”. “Debemos dar un paso al costado” “Aclaremos que vos no sabés nada, que no estás enterado”. “Debés comprenderlo, si querés salvar la Fundación”. ¡Quién va a creer que yo no estoy enterado! En estos momentos y a esta edad terminar con los principios éticos que recibí de mis padres, de mis maestros y profesores me resulta extremadamente difícil. No puedo cambiar. Prefiero desaparecer.

Joaquín V. González escribió las lecciones de optimismo que se nos entregaban al recibirnos: “a mí no me ha derrotado nadie”. Yo no puedo decir lo mismo. A mí me ha derrotado esta sociedad corrupta que todo lo controla. Estoy cansado de recibir homenajes y elogios a nivel internacional. Hace pocos días fui incluido en el grupo selecto de las leyendas del milenio en cirugía cardiovascular. El año pasado debí participar en varios países desde Suecia a la India escuchando siempre lo mismo: “la leyenda, la leyenda”.

Quizás el pecado capital que he cometido, aquí en mi país, fue expresar siempre en voz alta mis sentimientos, mis críticas, insisto, a esta sociedad del privilegio, donde unos pocos gozan hasta el hartazgo, mientras la mayoría vive en la miseria y la desesperación. Todo esto no se perdona, por el contrario se castiga. Me consuela el haber atendido a mis pacientes sin distinción de ninguna naturaleza. Mis colaboradores saben de mi inclinación por los pobres, que viene de mis lejanos años en Jacinto Aráuz.

Estoy cansado de luchar y luchar, galopando contra viento como decía Don Ata. No puedo cambiar. No ha sido una decisión fácil pero sí meditada. No se hable de debilidad o valentía. El cirujano vive con la muerte, es su compañera inseparable, con ella me voy de la mano. Sólo espero no se haga de este acto una comedia. Al periodismo le pido que tenga un poco de piedad.

Estoy tranquilo. Alguna vez en un acto académico en USA se me presentó como a un hombre bueno que sigue siendo un médico rural. Perdónenme, pero creo que es cierto. Espero que me recuerden así.

En estos días he mandado cartas desesperadas a autoridades nacionales, provinciales, empresarios, sin respuestas.

En la Fundación ha comenzado a actuar un comité de crisis con asesoramiento externo. Ayer empezaron a producirse las primeras cesantías. Algunos, pocos, han sido colaboradores fieles y dedicados. El lunes no podría dar la cara.

A mis familiares, en particular a mis queridos sobrinos, a mis colaboradores, a mis amigos, recuerden que llegué a los 77 años. No aflojen, tienen la obligación de seguir luchando por lo menos hasta alcanzar la misma edad, que no es poco.

Una vez más reitero la obligación de cremarme inmediatamente sin perder tiempo y tirar mis cenizas en los montes cercanos a Jacinto Aráuz, allá en La Pampa.

Queda terminante prohibido realizar ceremonias religiosas o civiles.

Un abrazo a todos”.

RENÉ FAVALORO

Julio 29/ 2000, 14:30 horas.

### 7.6.7. El después.

Cuando el país se enteró de lo que había acontecido comenzaron los **lamentos y las sorpresas**. De la Rúa emitió una nota pública de profundo pésame y ofreció los

honoros del Gobierno para una despedida con rango de Estado, lo que fue rechazado debido al deseo expresado por Favaloro en su carta.

Comunicó que la carta desesperada que Favaloro le había enviado no la había leído, que dormía en un **cajón**<sup>179</sup>.

El periodismo, en general, no tuvo la compasión que Favaloro le suplicó en sus últimas palabras y pronto se dedicaron a buscar causas peregrinas de su final, a dar testimonios irreflexivos, indocumentados, dolosos, sensacionalistas, interesados y en caliente. El trato ofrecido acabó de retratar a una parte del periodismo argentino, con el que Favaloro tanto se enfrentó en vida (“Yo pondría a gran parte del periodismo argentino a estudiar”, decía).

Algunas intervenciones acertadas y respetuosas arrojaron reflexiones interesantes, como la de **Alicia Castro**, diputada aliancista. “Por eso el suicidio de Favaloro no es una tragedia personal: simboliza el fracaso colectivo”. “Apostó a un modelo solidario y perdió, en un contexto que privilegia el lucro y la especulación financiera y desalienta el trabajo, la innovación tecnológica y la producción nacional”. “Hagámonos cargo, entonces, de que ésta es una sociedad que se suicida si no retomamos, entre todos, un proyecto de Nación”<sup>180</sup>.

Con el paso de los años Néstor Kirchner, como presidente de la nación, le pidió disculpas a Favaloro de parte del Estado. Se designó el 12 de Julio, día de su nacimiento, “Día Nacional de la Medicina Social”. Roberto Favaloro comenta que Kirchner se deshizo en consideraciones morales hacia Favaloro y su trabajo, pero de “cash” nada de nada.

No creo que deba ser adecuado hipotetizar (más) sobre las causas de por qué decidió terminar voluntariamente con su vida. Creo que queda bastante claro con el análisis realizado y ante dudas u otras teorías más o menos extravagantes basta con leer su carta antes reproducida. Ahí está todo. Como dice Roberto, su sobrino, nada hay en ella que no haya dicho Favaloro mil veces.

Dice Lucas Moreno: “Una flor de silencio le acerco a su recuerdo. Las cimas y los abismos del alma, los motivos inescrutables de la conciencia deben ser respetados”. Y creo que tiene razón.

No vale la pena teorizar más sobre el por qué ni el para qué. Sí que tiene valor en mi opinión retratar la influencia que tuvo su gesto en el devenir de los acontecimientos.

Cierto es que la situación era muy complicada. Para la Fundación, para Favaloro y para la imagen de ambos. La Fundación estaba en una vía muerta por causas ajenas a ella misma, a su gestión y a Favaloro. Sólo había dos opciones. O reconversión al “sistema” o cierre. Cualquiera de las dos opciones era verdaderamente insatisfactoria para Favaloro.

14 años más tarde todo sigue igual en la Argentina en materia sanitaria. **Ningún cambio sustancial ni estructural** se realizó en el sistema de salud. Algunos pequeños sí, lo que no quiere decir que necesariamente fueran a mejor ni a peor.

La sucesión natural de la jefatura de la Fundación parece que hubiera debido ser para su primo **Mariano Favaloro**, al que Favaloro tenía un gran aprecio en lo personal. Éste era de tendencia continuista con la manera de ver las cosas de Favaloro. Finalmente tomaron las riendas **Roberto y Liliana**, sus sobrinos, más partidarios de acometer las reformas necesarias para la subsistencia del proyecto, aunque no se cumplieran los deseos exactos de su fundador. Roberto reconocía que la Fundación era **inviable** en los términos en los que la concibió su tío.

Era lo lógico. La implacable troika al final siempre consigue lo que quiere, aunque sean otros los que ejecuten sus deseos. “Por las buenas o por las malas”.

A los familiares de Favaloro se les presentó el mismo dilema que a él: reconversión al “sistema” con plan de ajuste o cierre, pero hicieran lo que hicieran tenían la ventaja de no tener que pagar con su propia imagen y con su propia trayectoria, aunque sí con el **legado** de su tío. Dicen que esta responsabilidad es pesada y difícil, pero que la llevan con gusto.

Según ellos y el director ejecutivo de la Fundación en la reconversión (**Eduardo Raimondi**), los factores más fácilmente identificables que llevaron a esta situación podían resumirse en:

- El retraso en el pago: se prestaba un servicio sanitario y se cobraba a los 6 meses.

- El incremento del costo que generó la devaluación económica, cifrado en 3 millones de pesos extras al mes.
- Con esta devaluación se exigía el pago al contado, en dólares. Se debía pagar lo del mes sin retraso, mientras que las prestaciones no se cobraban hasta pasar 6 meses. El déficit generado por esta envenenada cadena de pago tuvo que ser repercutido en los sueldos de los trabajadores, que hubieron de no cobrar algunos meses.
- Se gastaba más de lo que entraba por la atención a personas sin recursos en base al convenio descrito con el Estado (lo que llamaban la atención a indigentes) y la sobredimensión de la Fundación y de las prestaciones.
- Las organizaciones sin ánimo de lucro perdieron las exenciones fiscales en 1997, con lo que el coste de los materiales médicos se incrementó en un 30%.
- Desde 1999 un nuevo impuesto gravaba las actividades sanitarias, haciendo considerar a la salud y a lo sanitario no como un derecho sino como un bien comercial.
- El subsidio del Estado se pierde en 1997. (Nos referimos al dinero líquido no finalista, es decir, “dinero por dinero” o dinero “a fondo perdido”. El Estado siguió pagando a la Fundación por atender a indigentes. En 2000, por ejemplo, casi 6 millones de dólares, aunque hay que decir que esta partida fue cada vez más raquílica con los años desde que comenzaron en 1992).
- La Fundación cobraba por Nomenclador y/o por cápita, es decir, precios fijos por cada paciente, para todos los pacientes igual. Pacientes complejos y de alto riesgo que eran rechazados en otro tipo de hospitales por su elevado costo eran aceptados en la Fundación. Por ejemplo, en tres meses en 1998 se atendieron a 36 pacientes de este tipo. Con este y otros problemas se estaban perdiendo medio millón de pesos mensuales.

Es cierto que se planteó una tercera vía. El Gobierno les ofreció nacionalizar el hospital, opción que fue desechada desde la Fundación. Ignoro las condiciones de la operación y el porqué del rechazo. Una semana antes del fallecimiento esta

opción fue también presentada a Favaloro por De la Rúa y su equipo, pero fue rechazada igualmente.

La Fundación (al hospital nos referimos) tuvo que auditar, y meter a dos consultoras extranjeras a señalar el camino a seguir. La Fundación tuvo que **subordinarse a las reglas del sistema y del mercado**, nada grave. Nada se le puede reprochar viviendo en Europa donde los Gobiernos legítimos de todos nuestros países han tenido que suplantar la soberanía de sus pueblos por las ordenanzas de los hombres de negro que venían a decirnos qué es lo que teníamos que hacer, cuánto podíamos gastar y en qué. ¿Cómo se le va a reprochar a las personas que tomaron las riendas de la Fundación que hicieran lo que hicieron cuando los gobernantes de su país se supeditan y comen de la mano de por ejemplo el Fondo Monetario Internacional?

El plan de ajuste consistió fundamentalmente en:

- Despido de personal: las cifras entre las diferentes fuentes varían<sup>70, 71, 181</sup>, pero podemos hablar de 250-300 empleados. Algunos hablan de 400.
- Refinanciar la deuda: se debían 32 millones de pesos a un banco y 10 millones de pesos a los proveedores. A la Fundación le debían 15 millones de pesos entre el Ministerio de Salud, PAMI, IOMA y Obras Sociales y sindicales.
- Se establece un bote de donaciones del que forman parte donaciones particulares y dinero que viene por ejemplo de partidos de fútbol benéficos. Resultó imposible la donación de empresas, salvo una. Con el dinero de las donaciones se intentó cubrir los gastos generados por los indigentes (material quirúrgico descartable e ingreso hospitalario). Los cirujanos acostumbraban a no cobrar por estas operaciones. Con Favaloro los cirujanos del equipo se comprometían a no cobrar el 20% de las cirugías que realizaban. Ese exiguo precio hacía el programa muy atractivo para el Estado. El principio que parecía iba regir a partir de entonces era el de solidaridad por solidaridad, no solidaridad a cambio de nada. Es decir, esto es una institución privada, no una institución privada con vocación pública. La vocación pública para el Estado.

- El plan se logró sin pedir subsidios al Estado, lo que contrasta con el enfoque de Favaloro, que intentó que la salvación de la Fundación pasara por ahí. Se le pidió, eso sí, flexibilidad de pago en algunas deudas contraídas con él. Favaloro no quería afrontar un plan como el que se hizo. Lo mismo le pasó a Mainetti. Historias calcadas.
- La Fundación procura no establecer convenios ya con cualquiera. Sabe que hay buenas pagadoras y malas pagadoras.

Las razones por las que Favaloro se quitó la vida las soportamos todos los demás cobardemente todos los días, sin ni siquiera tener la poca lucidez mental y la poca cultura para darnos cuenta de lo que pasa. “Lo que nos pasa es que no sabemos qué nos pasa”, cita Juan Carlos Monedero a Ortega. A Mainetti y familia, por ejemplo, se le cayó la Fundación de la misma manera y no se rasgaron demasiado las vestiduras.

En cualquier caso, la Fundación comenzó a ser una cosa totalmente diferente de la que era. Dice alguno de sus empleados que antes, con Favaloro, eran como una familia, que poco a poco eso se ha ido perdiendo, que ahora cada uno va más a lo suyo, que pesa cada vez más el componente comercial y monetario. Antes la Fundación era uno de los sitios (sanitarios, se entiende) en los que más sueldo se cobraba en Buenos Aires, luego se pasó a ganar como en los demás. Comentan que los trabajadores tienen, aun así, una **fuerte identificación con la Fundación**, que han aguantado muchos retrasos en las nóminas (algunos cirujanos que eran los que más ganaban, hasta años de retraso) y que podían haberlo dejado y ahí siguen.

Pichel dice que la Fundación ha perdido el ideario. Mautner dice que aunque la Fundación ahora es una cosa totalmente diferente le gustaría a Favaloro. Que cualquier persona que tiene una cardiopatía y muere en la Fundación sabe que es porque no se pudo hacer más. Que está bien considerada en la sociedad.

Hay una frase popular entre los trabajadores de la Fundación: “si vuelve (Favaloro) y la ve, se vuelve a matar”, haciendo alusión a que no le gustarían demasiado algunos aspectos de la misma.

La Fundación y los que la llevan han hecho grandes esfuerzos para que siga en pie. Da trabajo a 1.100 personas, que como diría Favaloro, son 1.100 familias. Dice

Mautner que hacer cosas en Argentina no es fácil. Sólo hay que ver las ojeras de Roberto Favalaro para comprobar que esto es así. Actualmente creo que la Fundación poco se diferencia de otras instituciones que son prestadoras de servicios de salud; tiene sus fortalezas, también sus debilidades, como todas las demás, es una más. Esto no quiere decir que no tenga prestaciones exclusivas que no las tienen otros centros de Buenos Aires y de Argentina, como es el caso.

No hace probablemente la labor que soñó Favalaro, porque Favalaro soñó cambiar el sistema de salud a través de ella, y ella se ha tenido que adaptar a las reglas del sistema de salud argentino; fue el sistema de salud argentino el que la cambió a ella. Con esto no estoy diciendo que la Fundación dé comisiones de retorno, porque lo desconozco.

Roberto Favalaro se rodeó de un equipo directivo en la primera década del siglo XXI polémico, que hizo algunas cosas bien y de alguna manera fue capaz de sacar a la Fundación del pozo, pero con unas formas soberbias y megalómanas que despertaron fuertes críticas entre los trabajadores.

Actualmente obra en la Fundación otro directivo diferente, no médico ni sanitario, economista, con el riesgo que esto conlleva. Es difícil por ejemplo transmitir a este tipo de gestores la importancia de la investigación. Pero podemos decir igual que antes, ¡qué le vamos a reprochar a él cuando no somos capaces ni de que el presidente del gobierno español y su equipo sean conscientes de aquesta realidad!

Los que entienden la carga humana y social de la Medicina como Favalaro enseguida incurren en déficit financiero; los que te agarran una institución y la ponen a producir dinero es a costa de reducir salud. De ahí la importancia de la intervención y la gestión e incluso la provisión del Estado. El campo de la gestión sanitaria es complejo porque se reúnen muy diferentes actores con muy diferentes intereses, como dice **Rezzónico**, excelso gestor sanitario y antiguo Director Médico de la Fundación. Dice Pichel que Favalaro no sabía nada de finanzas y que por eso lo hizo mal en ese sentido, que alguien que ha dedicado toda su vida y ha dado lo mejor de sí para ser médico no suele estar capacitado para dirigir una empresa.

Dice Mautner que el suicidio de Favalaro sí que valió para algo. Se fue dando un **gran portazo** que sirvió para despertar la conciencia dormida de un montón de



gente a la que él reclamó la atención. Dice Pichel que el suicidio de Favaloro caló hondo, muy hondo, pero que ninguno de esos “calados” tenía poder.

“Un grito desesperado ante una argentina sorda”, popular frase que resume bien. “Trabajamos para el país y nos pagan con mortadela”, dijo Favaloro.

Dice **Diana Truden**, del departamento de Comunicación y Relaciones Institucionales de la Fundación, que todos los días recibe innumerables correos de gente desesperada que no tiene posibles y que le pide atenderse en la Fundación. Me contó Mautner que una vez estuvo él mismo en el hospital, ingresado, que estuvo mal, en terapia intensiva, y que cuando lo bajaron a planta y ya estaba mejor consultó el correo electrónico y tenía un correo del día anterior de un paciente que tenía un aneurisma abdominal (que deduzco debía estar disecándose) y le pedía desesperadamente que le consiguiera que le valoraran y le operaran si procediera en la Fundación. Mautner dispuso todo y consiguió que fuera internado en 48 horas. Cuando llamó al paciente para comunicárselo, éste había fallecido 3 horas después de haber mandado el correo. “Si hubiera tenido dinero, no le hubiera pasado”, comentaba Mautner.

### 7.7. Crítica de las fuentes.

El bloque 4 trata sobre la vuelta de Favaloro a la Argentina y sobre el proyecto que edifica. Es un bloque amplio, complejo y con muchas aristas.

En primer lugar cabe resaltar que si en los otros bloques las fuentes eran escasas o justas *en éste son demasiadas*, y hay que hacer un esfuerzo por seleccionar y sistematizar.

Este período se puede dividir en dos partes en lo que a Favaloro y su proyecto se refiere: la práctica en el primer hospital en el que trabajó (Güemes) y luego ya en la Fundación.

En el primer caso la información hay que rebuscarla, no hay grandes datos sobre lo que allí se hacía. Se trata sobre todo de testimonios indirectos o bien en prensa o bien testimonios orales.

Lo que van construyendo las fuentes a la par es el relato sobre la nueva Fundación y sus incipientes estructuras: el departamento de investigación, y más tarde el de docencia.

En este caso podemos apoyarnos en publicaciones oficiales de los procesos de acreditación y auditoría de los mismos, para poder examinar los detalles.

También contamos con una fuente “peligrosa”, que es la información institucional y la publicidad institucional de la propia Fundación; unos datos y sobre todo unas formas que hay que cotejar y contrastar. Hay muchas maneras de decir las cosas y si se sabe algo previamente del tema en cuestión, se da uno cuenta rápido que en este tipo de fuentes hay mucho de marketing, la realidad suele ser otra cosa muy diferente.

Qué decir tiene que la misma actitud crítica debe ser aplicada a los testimonios de personas cercanas y queridas. No significa esto ser desconfiado ni destructor sino someter a contraste la información recogida.

En el otro extremo también decimos lo mismo. En este caso hay un “otro extremo” muy claro, que son las posiciones políticas contrarias, los peronistas. En este país la política y fútbol levantan pasiones. También debemos ser capaces de identificar ese sesgo y cuándo las interpretaciones hacen referencia a la realidad y cuándo a intereses deformadores.

Es muy importante en este bloque la contextualización de los fenómenos. La biomedicina puede ser interpretada de alguna manera casi aislándola, aunque no se debiera.

En este bloque eso es imposible. Es imposible en el momento en el que el proyecto de Favalaro necesita de la articulación con el Estado, y por tanto con la sociedad. Es imposible separarlo de las formas de gobierno, de los gobernantes, de las características sociales de la población argentina y de la organización del sistema sanitario.

Por esta razón, tuvimos que recurrir a fuentes que nos proporcionaran un soporte básico y que nos permitieran entender qué es lo que pasaba y por qué en la acción política. Como sabemos, para llevar a cabo esta misión también necesitamos

entender la historia contemporánea. Lo mismo sucede con la sociología y con la demografía. Así pues, buscamos fuentes apropiadas y sintetizamos la información básica.

Del convencimiento de que la clave del devenir del proyecto de Favalaro se hallaba en la articulación con el sistema sanitario argentino y con las características de éste, hubimos de realizar una vasta documentación.

También utilizamos las formas de organización política y la historia para explicar este concepto, pues por ejemplo la concepción gremialista de la sociedad de los gobiernos de Perón es crucial para explicar el sistema sanitario y sus condicionantes.

Recurrimos a **fuentes de administración sanitaria**, extensos análisis sobre la evaluación del sistema sanitario argentino, un aspecto arduo y complejo, pero realmente interesante.

Respecto al **final de sus días**, todo se precipita. Las discrepancias de su entorno respecto de la gestión de la Fundación son fundamentales para explicarlo todo. En este caso el manejo de los testimonios vivos fue difícil, porque los que se quedaron tienen una versión, la de los “ganadores” que lograron llevar a la práctica su manera de pensar y gestionar para “salvar” a la Fundación. Los que “perdieron” andan por ahí extraviados, disgregados y con pocas o ningunas ganas de hablar o de remover viejos sentimientos dolorosos. No tienen apenas ni rencor, que es un motor que suele funcionar muy bien en estos casos para sacar información a la luz de cara a una documentación.

También es cierto que se construyó un relato por aquel entonces y no se sabe si por comodidad o por veracidad del mismo nadie se ha movido apenas de ahí. Yo intento profundizar en la reflexión y documentación para ir un poco más allá. Cabe resaltar que es un asunto delicado, con el tema del suicidio de por medio, que imprime un poco de freno a la hora de opinar a la ligera.







## **8. RESULTADOS**









### **8.1. Resultados concernientes al objetivo específico número 1 y al “Estado de la cuestión”.**

- Favaloro fue el primero que realizó un bypass aortocoronario con **intencionalidad**, tras un estudio minucioso, y que **publicó** sus resultados abiertamente.
- Favaloro fue capaz de **englobar la tradición quirúrgica** de sus contemporáneos y de combinarla con los nuevos avances, de los que fue un abanderado.
- Favaloro fue capaz de aprovechar los trabajos de Mason Sones en cinecoronariografía para dar un **sustrato** anatómico, clínico, quirúrgico y funcional a las nuevas ideas que quería poner en práctica.
- La difusión de la nueva técnica pronto se convirtió en el desencadenante de la **guerra** entre el enfoque quirúrgico y médico de la enfermedad coronaria, que se venía fraguando ya a lo largo del tiempo. Él en ese momento estaba por casualidad en primera línea de fuego, por lo que se convirtió en uno de los protagonistas de la disputa.

### **8.2. Resultados concernientes al objetivo específico número 2 y al “Estado de la cuestión”.**

- La **revascularización** de otros territorios con otras arterias y venas **ya era conocida y practicada**, y timoratos y torpes intentos se habían llevado a cabo en territorio coronario. Favaloro fue capaz de apoyarse en lo precedente y de poner en marcha su idea para a continuación estandarizar la técnica, con lo que logró el objetivo clínico planteado con su procedimiento.
- Favaloro fue el primero en proponer la **vena safena** como vaso ideal para revascularizar. El tiempo y los resultados quirúrgicos mostraron que la arteria mamaria interna era un vaso mucho más adecuado.

- Favaloro se erigió en **defensor a ultranza** de la cirugía de revascularización miocárdica, cuando los grandes ensayos clínicos estaban mostrándole que, al menos, debía matizar sus posiciones.
- La técnica específica de Favaloro está de alguna manera **superada** en la actualidad, pero consiguió abrir la cirugía coronaria **a un nuevo campo**, el de la revascularización directa, del que han surgido mejorados y exitosos procedimientos (puentes con mamaria interna y en otro orden la angioplastia).

### **8.3. Resultados concernientes al objetivo específico número 3 y al Bloque 1.**

- Favaloro logró **involucrar** a los agentes de la comunidad y mapear los activos en salud en un pueblito de La Pampa argentina, poniendo en marcha avanzadas prácticas de **Medicina Comunitaria**.
- Favaloro fue capaz de enfocar su tarea de mejorar la salud de la población no solamente a través del sistema sanitario sino incidiendo en los **Determinantes Sociales de la Salud**, en un tiempo en el que este enfoque resultaba sin lugar a dudas desconocido.
- En este contexto Favaloro elaboró y ejecutó un plan para **disminuir la notable mortalidad infantil**.
- Favaloro se las ingenió para ofrecer a sus pacientes prestaciones sanitarias inverosímiles para la época y el medio, como la **radiología y la cirugía**. Se trataba de cirugías mayores y complejas tipo torácicas, tiroideas, ginecológicas, traumatológicas, etc.
- Favaloro organizó una **clínica** con el equipamiento descrito anteriormente, que además contaba con servicio de internamiento. Asimismo se ocupaba de su gerenciamiento, lo que constituyó una manera rompedora de prestar servicios sanitarios a la población en ese contexto.

#### **8.4. Resultados concernientes al objetivo específico número 4 y al Bloque 2.**

- Favaloro consiguió **integrarse** en el centro sanitario más importante del momento en cirugía coronaria (Cleveland Clinic), siendo un forastero que no hablaba la lengua y que no tenía capacidad legal para ejercer como cirujano en los Estados Unidos.
- Favaloro tuvo la sagacidad de **persuadir e incluso involucrar** al “Staff” para que siguiera las líneas que él iba marcando, pese a algunas lógicas resistencias. En este contexto fue capaz de superar y dejar de lado las tendencias de la clínica (endarterectomía, parche de pericardio).
- Favaloro logró realizar la proeza del bypass en la Cleveland Clinic **a la vez** que desarrollaba su capacitación formal como cirujano cardiovascular.
- Favaloro no sólo realizó el primer bypass pensado y programado, sino que **estandarizó la técnica** para poder pasar de inmediato a difundirla y popularizarla en los foros quirúrgicos, con lo que se convirtió en el abanderado de su democratización, incidiendo en el **valor social** de la Medicina y de los descubrimientos médicos.
- Favaloro exploró las **diferentes utilidades** de su técnica y fue capaz de **integrarlas** en otros escenarios (infarto agudo de miocardio), en otras patologías (valvulopatías, recambios valvulares) y con diferentes combinaciones (puentes múltiples, procedimientos simultáneos directos e indirectos, procedimientos combinados...).
- Simultáneamente al desarrollo de la técnica, Favaloro **reformuló conceptos** en relación a su especialidad que significaron una importante mejora y un significativo avance: diseñó unas **pinzas** para clampar las venas cavas y la aorta sin distorsionar el corazón, modificó el **separador externo** de los Finochietto, propuso una **nueva disposición** de los cirujanos, de la instrumentista y de la mesa de instrumentación en el quirófano, diseñó un aparato (**Favaloro retractor**) para exponer las mamas y diseccionarlas fácilmente sin tener que aguantar a pulso la presión del antiguo aparato, diseñó unas **tijeras** especiales para cavar un túnel en el miocardio que

facilitó el implante de la mamaria interna y así distorsionar menos la arquitectura del miocardio, combinando las técnicas de Vineberg y Sewell...

- Favaloro se ganó la confianza y el prestigio en la Cleveland Clinic por su gran iniciativa y por **involucrarse** de sobremanera en el trabajo y en los proyectos del "Staff". Contribuyó a la expansión física del servicio e impulsó nuevas líneas de trabajo como el trasplante cardíaco y el corazón artificial.

### **8.5. Resultados concernientes al objetivo específico número 5 y al Bloque 2.**

- Favaloro fue **trabando un discurso** a través de preceptos éticos, loas a la educación, cultura y sacrificio y mensajes a la juventud, que de alguna manera chirriaban en el contexto social de su país y que le convirtieron a pesar de todo en un **referente moral** que comenzó a tener valor de autoridad.
- Favaloro consiguió rescatar del olvido y popularizar a una serie de **intelectuales y maestros** con los que se fue cruzando en su periplo y que le dejaron una huella indeleble, la mayor parte de ellos procedentes de su Colegio Secundario (Martínez Estrada, Henríquez Ureña, Joaquín V. González), de la Facultad de Medicina de La Plata (Mainetti, Christmann), del ámbito cultural (Luis Franco) y de la Historia Argentina (General San Martín).
- Favaloro fue dejando pequeñas muestras de su manera de ver el mundo en cada una de sus etapas vitales y por sobre todo, **impregnó** con ella el descubrimiento (cultura del esfuerzo, sacrificio, trabajo, ascenso social desde la clase trabajadora), estandarización (democratización de la ciencia, compromiso social) y popularización del bypass (sueño de una Latinoamérica fraterna, unida y solidaria que se imbrica con este último paso).

- Todos estos principios le ayudaron a construir un **corpus teórico** que le fue de gran provecho en su siguiente etapa, donde le correspondió ponerlo en práctica, ya que no le quedó más remedio que relacionarse con los representantes del poder (político, empresarial, mediático, científico, etc...) en su país.

### **8.6. Resultados concernientes al objetivo específico número 6 y al Bloque 3.**

- Favalaro decidió regresar a la Argentina a pelear por un muy **difícil proyecto** cuando tenía la vida solucionada y un futuro prometedor como cirujano cardiovascular en los Estados Unidos. La razón de la vuelta fue el sentimiento patriótico y el compromiso para con su país.
- Favalaro fue capaz de edificar sobre su persona una **gran institución**, cuantitativa y cualitativamente hablando, **que aunó** asistencia, docencia e investigación, imitando los modelos anglosajones. Una institución que rompió los moldes de la tradición argentina y latinoamericana.
- Favalaro **reprodujo** en la institución los valores guía que hemos mencionado anteriormente. Atendió en su hospital a todos los pacientes independientemente de su clase social (compromiso social), formó a cientos de residentes latinoamericanos para que esparcieran sus enseñanzas por todo el subcontinente (sueño sanmartiniano de fraternidad latinoamericana) y no aceptó comisiones por la atención de sus pacientes (alto concepto ético).  
Sus anhelos de una juventud comprometida los intentó vehicular a las enseñanzas proporcionadas en su Universidad.
- Favalaro fue capaz, con el ejemplo de su trabajo y su autoridad moral, de convertirse en un **interlocutor** de los sucesivos gobiernos (democráticos y no) en diferentes temas.
- Favalaro fue capaz de **subvertir y desafiar** la línea de flotación del sistema público de salud argentino al aparecer como un nuevo actor que puso unas

nuevas condiciones, y ante el que el engranaje institucional tuvo que responder readaptándose en algún sentido.

- Favalaro respondió **con su propia vida** como colofón de su lucha, poniendo fin voluntario a ésta, en difíciles circunstancias.







## 9. DISCUSIÓN.





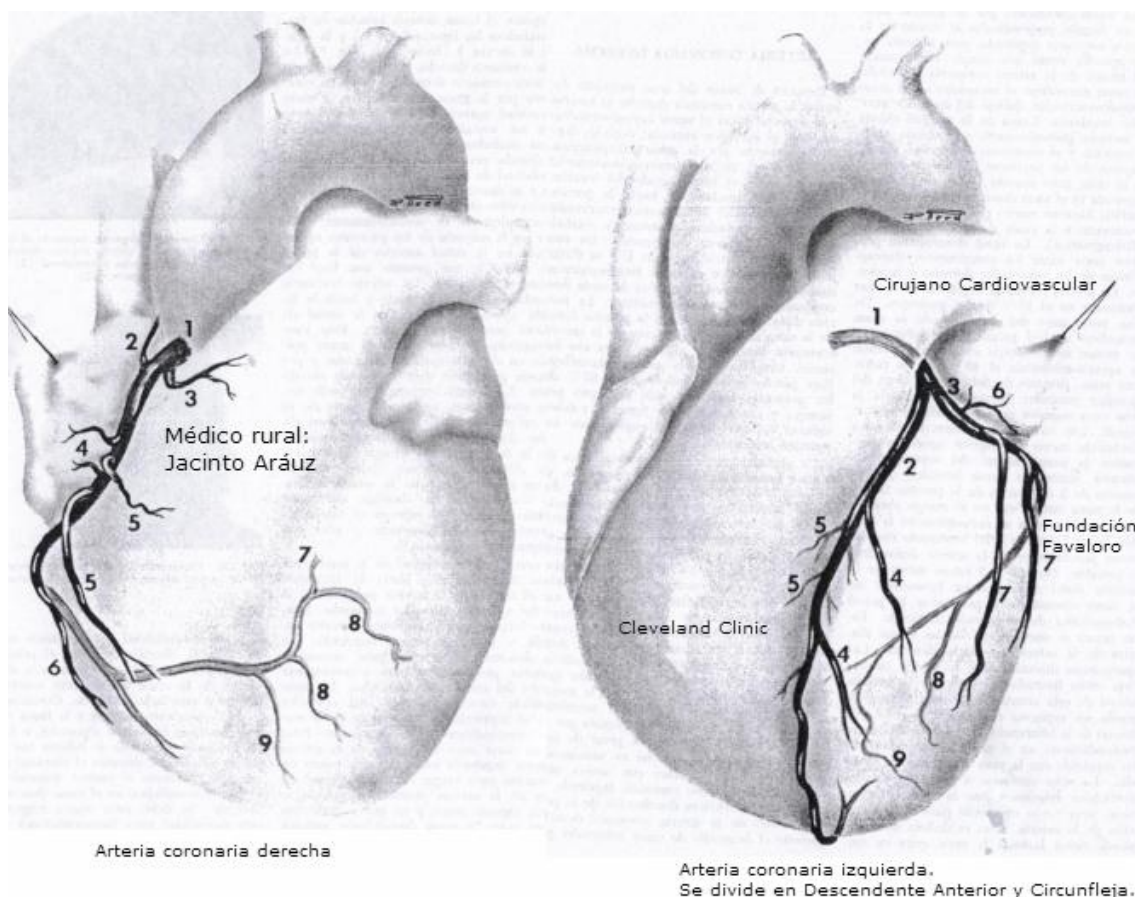




La obra y biografía de René Favaloro provocan **extrañeza y perplejidad**. Es extraño que un hijo de la clase baja se hiciera médico en un país en el que el **ascensor social estaba lesionado**. Es raro que a su vez éste fuera uno de los mejores alumnos que se encaminaba por méritos propios a un futuro quirúrgico prometedor. Sorprende ver cómo después de tanto esfuerzo es capaz de renunciar al futuro como cirujano con plaza en propiedad en el Policlínico San Martín, por el que tanto había luchado, en un acto que unos calificarían de cabezonería y otros de “cuestión de principios”. Después de aquello se va por tres meses a un pueblo perdido de La Pampa y se queda 10 años. **Revoluciona la Medicina rural**. A continuación, cuando tenía edificado tamaño proyecto, decide a los 39 años que se convertirá a la Cirugía Cardiovascular. Se va con lo puesto a Estados Unidos y se **presenta una mañana** en una de las mejores clínicas del mundo en Cirugía Coronaria sin que le hayan contestado a las cartas de recomendación y a la solicitud de ingreso. Se pone a rotar sin retribución alguna y en 6 años se capacita como cirujano, aprueba el examen para ejercer como médico en Estados Unidos y después aprueba (en dos Estados diferentes) el examen para ejercer como cirujano. Desarrolla con 44 años la técnica del bypass aortocoronario, que revoluciona el tratamiento y pronóstico de la enfermedad coronaria. Cuando es uno de los cirujanos cardiovasculares jóvenes más reconocidos del mundo y todo lo tenía, opta por volver a Argentina a **luchar en la tempestad**. Decide crear una institución basada en el modelo anglosajón (asistencia, investigación y docencia) en un país latinoamericano muy inestable políticamente y gobernado a base de mano dura por los militares, que además eligieron un **modelo liberal** para dictar la política económica y social (no como por ejemplo en el caso español que se optó por un modelo proteccionista con fuerte intervención del Estado). Estas dificultades, añadidas a la propia naturaleza del proyecto, demoraron su puesta marcha. Favaloro tuvo que hacer y decir lo indecible aquellos años para levantar su obra, y cuando comenzó a rodar tuvo la mala suerte de que la marcha del país comenzó a torcerse. La dependencia del Estado se reveló entonces en su máxima expresión, con lo que proyecto **no fue exitoso** en los términos en los que el propio Favaloro lo había concebido. Trasunto de este fracaso y del acoso al que estaba siendo sometido Favaloro, se quitó la vida.

**Ricardo Pichel** (antiguo Rector de la Universidad Favaloro y antiguo Jefe del Departamento de Investigación de la Fundación Favaloro) ejemplificó muy bien el

rasgo de la casual o intencionada planificación de la vida de Favalaro en el texto inédito “*Las décadas de Favalaro*”, en el que a través de periodos de diez años podemos dividir sus proyectos y sus logros. Creo que esto es en algún sentido correcto, aunque en sus últimos 30 años, ya en la Argentina, se desdibuja esta división y en mi opinión pasa a conformar este periodo un solo bloque.



*Figura 61. Reconstrucción del autor a partir de dos dibujos anatómicos contenidos en: Surgical Treatment of Coronary Arteriosclerosis. René Favalaro. Cleveland Clinic Foundation. 1970.*

La vida y obra de René Favalaro responden a una **fórmula matemática**.

Encierra en ella una planificación exacta, como se planificaron algunas ciudades en Argentina. En cuadrículas, con escuadra y cartabón. La Plata, la ciudad en la que nació, creció y estudió Favalaro es el paradigma de este tipo de diseño. Aunque



también sucedió así en gran parte de Buenos Aires (técnicamente para los argentinos Capital Federal o Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Su vida fue una sucesión de **etapas planificadas**, pero lejos de que esta circunstancia la hiciera insulsa o previsible resultó todo lo contrario; una **vida y una obra épicas**.

Toda esta inverosímil historia es imposible de protagonizar, imaginar y digerir si no se le pone lo que justifica esta tesis doctoral: **los valores**. Valores que se construyen a través de fuentes claves que ya hemos desarrollado (la ética, la cultura, la educación, el compromiso social) y que justifican y explican toda la obra de René Favaloro.

La cultura del esfuerzo y la abnegación al trabajo aprendida en el hogar explican sus dotes de magnífico estudiante. La dignidad y la ética explican su rechazo a la plaza quirúrgica por negarse a avalar su conformidad con el partido peronista. El compromiso social y su alto concepto del derecho a la protección a la salud son desplegados en Jacinto Aráuz. El deseo de progreso personal y las utopías cristalizan en Estados Unidos. Su sentido del patriotismo y sus ansias de transformar un país que no le gustaba justifica su vuelta a la Argentina. La popularización de sus conocimientos y su esparcimiento por América Latina nos hablan de su alto concepto de la patria latinoamericana, trasunto de las enseñanzas proporcionadas por su admirado General San Martín. Una vez más la ética y su sentido de la austeridad marcan la línea que eligió para llevar a cabo su proyecto y para defenderlo en un escenario en el que la corrupción todo lo anegaba.

La tesis comienza realizando una retrospectiva acerca de la historia de la revascularización miocárdica, con el objeto de situar los logros científicos de Favaloro.

La historia de la cirugía de revascularización miocárdica es el intento a lo largo del tiempo de dar solución al que se percibía como el problema médico más importante del momento: la arteriosclerosis coronaria, temida por su **letalidad**.

A esto debemos añadir que al igual que en el siglo XIX fueron las enfermedades infecciosas las paradigmáticas, en el siglo XX en los países desarrollados lo fueron las enfermedades asociadas a la mayor esperanza de vida (tumorales, degenerativas) y a los estilos de vida: enfermedad cardiovascular (*transición epidemiológica*).

Si bien el enfermo cardiovascular de principios o mediados del siglo XX podía responder al patrón de la opulencia y el sedentarismo, hoy sabemos que mueren más de enfermedad cardiovascular los pobres que los ricos. Esta no es una idea propia de Favalaro, pero *supo advertirla y recogerla ya en 1996*<sup>151,152</sup>.

La alta mortalidad de la insuficiencia coronaria y la alta prevalencia de arteriosclerosis coronaria han situado a esta enfermedad en el centro de los esfuerzos terapéuticos.

Reflexiona **Federico Pèrgola** (historiador y docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires) acerca de que en 1955 los electrocardiogramas se hacían metiendo los brazos en dos cubetas con agua acidificada, y que se podía conseguir solamente una derivación, que era DII.

También que cuando él entró al hospital la anestesia se realizaba con un aparato que se llamaba Ombredane, echándole éter sulfúrico y mirando las pupilas del enfermo permanentemente.

Mucho mérito tuvieron quienes aportaron algo antes de esa fecha, ya que *caminaban en la oscuridad*. Algunos no encontraron muchas cosas o lo que encontraron fue insignificante, pero otros demostraron verdadera lucidez.

La historia de la revascularización miocárdica es imprescindible para poder entender bien por qué Favalaro no es el inventor del bypass pero a la vez lo es, para poder entender hasta qué punto estaba en el sitio adecuado en el momento preciso.

Repasando algunos acontecimientos y personajes podremos entender bien y contextualizar muchos porqués. Los porqués de las resistencias a los descubrimientos nuevos que realizados sobre una tradición científica previa y

sobre unas líneas de aportaciones previas, indicaban de todas las maneras posibles que significaban un avance.

En primer lugar *la cirugía cardíaca en sí misma fue un aporte contra resistencia*, porque tuvo que vencer muchas reticencias y desconfianzas. La cautela ante lo nuevo es virtud, y más en Medicina (conocer lo último y usar lo penúltimo)<sup>153</sup>, pero cuando se procede de manera honesta, sin conflictos de intereses (independencia de la Industria Farmacéutica y Alimentaria e incluso de la Administración) y cuando se hacen análisis rigurosos de los datos hay que dejar hacer.

Esta dicotomía, lucha o pugna entre *tratamiento médico versus tratamiento quirúrgico* para cualesquier patología es moneda corriente en la Historia de la Medicina y podemos observarla hasta nuestros días. Es perfectamente lícita, e incluso muy necesaria, siempre que tenga lugar en términos científicos y en marcos adecuados, y sea la ciencia y el interés del paciente y no el lucro individual el que prevalezca. Esta lucha fue uno de los motivos que empujaron a Favalaro después de desarrollar, simplificar y estandarizar la técnica del bypass aortocoronario, a “tener” que popularizarla recorriéndose las principales “plazas” científicas para convencer a los clínicos de sus bondades.

Múltiples ejemplos a lo largo de la Historia de la Medicina podemos encontrar de *descubridores incomprensidos* que tuvieron que esperar pacientemente a que el tiempo, las circunstancias o alguien les dieran la razón. Semmelweis el ejemplo que siempre se pone<sup>154</sup>.

La polémica entre la terapia médica y quirúrgica de la enfermedad y consecuentemente entre los cardiólogos y los cirujanos cardiovasculares estaba servida. Ya podemos leer en 1945 en el trabajo del **Profesor Wertheimer**:

“Es interesante hacer notar de paso esta falta de curiosidad por parte de los cirujanos, frente a un tema que se presta a una observación casi cotidiana y en el que la ineficacia de la terapéutica médica justifica las pretensiones quirúrgicas. Es evidente que un gran número de cardiólogos manifiestan frente a la terapéutica quirúrgica de la angina una actitud reticente, que hace que la opinión médica en

general y también la del público, muestren, frente a los resultados quirúrgicos, una indiferencia capaz de intimidar a los cirujanos. Parece que una de las razones principales de esta indiferencia, que llega a convertirse en hostilidad, está provocada por una falta de rigor en las estadísticas”.

Dice Favalaro: “En Medicina, como en cualquier otra actividad, están los que dudan y los que hacen. Los que dudan siempre parecen tener todas las ventajas. Pero en cambio los que hacen cometen errores, pero son los que provocan el avance del mundo. Entre dudar y hacer, es mejor hacer”.

Esto no es siempre así, evidentemente. Una cosa es el laboratorio y otra los pacientes. Está claro que debe haber un **equilibrio razonable** entre la acción y la reacción, transparente y desinteresado. Pero no siempre es mejor hacer que dudar. Ejemplos claros son la Talidomida, la terapia hormonal sustitutiva, la cerivastatina, el PSA, el screening indiscriminado de cáncer de mama y cáncer de cérvix... En Medicina, llegados a este punto de la historia en el que estamos, casi nunca más es mejor. Diferentes eran los años 50, cuando había mucho que avanzar todavía.

Gran parte de los cirujanos cardiovasculares fueron **ninguneados y maltratados**. Algunos de ellos, influidos o no por este hecho e influidos por algunas otras circunstancias externas, que en mucho tenían que ver con acontecimientos históricos (la Segunda Guerra Mundial, por ejemplo), políticos, personales u otros, acabaron mal. Algunos muy mal. Eran personas a las que se les debía un reconocimiento y terminaron ante la opinión pública como villanos, otros simplemente olvidados.

La historia de la revascularización miocárdica se puede contar de muchas maneras. A menudo los acontecimientos y los personajes se superponen, las 4 etapas clásicas se mezclan. Los autores saltan de una etapa a otra, trabajan en distintos procedimientos en cada una de ellas en fechas distintas.

Un relato de los hechos tomando como eje fundamental el temporal es el más cercano a la realidad pero resulta un embrollo conceptual. Por eso está contado en la tesis tomando como eje central **los conceptos**, los distintos tipos de procedimientos.

A lo ancho y largo del relato se puede dar cuenta de la **descoordinación científica** en aquel entonces, donde el mundo no estaba tan interconectado como ahora, aunque lo estaba a su manera. Gente diferente en lugares distintos trabajando en lo mismo sin saber unos de otros, gente que descubrió cosas importantes que significaban un avance y que no lo publicaron hasta pasado mucho tiempo. Bien porque así lo quisieron, bien por el feed-back negativo, bien porque no supieron ver el alcance de lo descubierto hasta que otros con sus trabajos se lo mostraron. Finalmente todas estas circunstancias favorecieron las disputas por la autoría. Los egos científicos.

**Garrett, DeBakey** y su equipo creían que con su **acto providencial** (palabras textuales de DeBakey) comenzaba una nueva era para la cirugía y el tratamiento de la enfermedad coronaria, y así, los procedimientos indirectos se reducirían a la obsolescencia. Favaloro, por el contrario, los incorporó a su práctica y les reconoció su aportación. Admitieron que el bypass no estaba planeado y que se improvisó para salvar la situación en que se hallaba la cirugía.

Garret y su equipo no le dieron ninguna trascendencia a la realización de este procedimiento. Siguieron realizando la operación de Vineberg y se adentraron en la utilización de la safena como puente desde la aorta descendente al ventrículo izquierdo, realizando un túnel en él a modo similar que Vineberg. Esta técnica sería un híbrido entre el bypass como revascularización directa y la tradicional operación de Vineberg, y se desarrolló con pobres resultados a partir de 1964.

Con el advenimiento de la técnica del bypass aortocoronario en la Cleveland Clinic, retomaron la tarea en los mismos términos que ellos.

Al contrario que Favaloro y la mayor parte de científicos y cirujanos que hicieron progresar la revascularización coronaria a partir de 1950, que reconocieron que ellos habían llegado allí por el trabajo de los que les precedieron, Garrett, DeBakey y su equipo cayeron en la actitud petulante de atribuirse el descubrimiento del bypass y vanagloriarse de ello.

Dice Favaloro: “Medicina es solamente evolución, y no importa quién sea el primero. Pero en este caso no hay duda de que la Cleveland Clinic fue la primera”. Aunque en otros momentos y en otras situaciones también expresa: “Nunca he

dicho en público ni en privado que nosotros fuéramos los primeros que hicimos el bypass aortocoronario”.

Son comprensibles estas contradicciones de Favaloro a lo largo del tiempo vista la postura por ejemplo de DeBakey: “Si tú estás hablando del concepto, media docena de centros estaban haciendo trabajos experimentales y merecían reconocimiento. Si tú hablas de quién hizo el primer bypass en humanos, fuimos nosotros. Si tú preguntas por la popularización de la operación, son Favaloro y Dudley Johnson, y quizá otros”.

Aunque huelga decir que DeBakey era un personaje inclasificable, para algunos con un ego que no le cabía en el pecho. Negaba el saludo evitando estrechar la mano al que se la ofrecía, porque cada interlocutor le podría quitar unos minutos (y tenía muchos interlocutores porque él era muy popular) que sumados podrían ser horas que se restarían de su intensa y concentrada tarea. En cambio, los que le conocían bien decían que no era altanero. Decía que todos éramos iguales, que cuando se abría a las personas con el bisturí todas teníamos lo mismo debajo.

Lo cierto es que Garrett y DeBakey realizaron el bypass de casualidad, no publicaron sus hallazgos porque no supieron ver la importancia de los mismos y no siguieron desarrollando la técnica por la misma razón. Sólo al ver el auge que tuvo tras el impulso de otros, se subieron al carro.

Cuando Favaloro presentó en Houston en 1968 (ciudad donde trabajaba el equipo de Garrett y DeBakey) lo que se estaba haciendo en Cleveland y sus resultados, y al terminar esperaba que los compañeros se entusiasmaran con ese trabajo, sólo obtuvo indiferencia.

Cuando se celebró una reunión en Cleveland para conmemorar el décimo aniversario del bypass aortocoronario, **Morris** (también del equipo de Houston de Garrett) dejó claro que ellos no celebraban el décimo, sino ya el decimotercero.

Son polémicas a las que Favaloro intentó no hacer mucho caso.

En cuanto al legado de la autoría, en general el protagonismo de Favaloro es escaso.

Por un lado, las fuentes de procedencia anglosajona tienden a inclinarse más hacia el falso reconocimiento de los equipos estadounidenses ajenos a la Cleveland, mencionando de pasada a Favaloro y compañía. En otras ocasiones, el reconocimiento se centra en la Cleveland Clinic en general, en el equipo completo o en Effler. Favaloro es a menudo ignorado o citado someramente como un actor de reparto.

El descubrimiento de Favaloro en absoluto es citado cuando se enumeran los grandes logros de la Medicina moderna. En general ninguno de los avances que tuvieron lugar en el campo de la revascularización coronaria para revolucionar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad coronaria tienen un papel central en comparación con otros hitos (fármacos, vacunas, avances en enfermedades infecciosas...).

Como se comenta en el apartado “Material y métodos”, en el análisis de los bloques del cuerpo de la tesis hemos trabajado con el método historiográfico, y mediante la heurística, hemos realizado análisis discursivo incorporando la dialéctica con otras fuentes y con otros autores.

Quedan someros aspectos por comentar.

En el primer bloque el relato es *idílico*. Nadie discrepa. Hay algunas personas (lugareños, gente de la calle) con las que he hablado que dicen que la *motivación económica* fue el mayor determinante de que Favaloro se fuera al pueblo y que estuviera tanto tiempo. Que los padres no tenían una economía boyante y que les habían mantenido durante años (a él y a su hermano), lo que les urgía a salir a buscarse la vida.

Luego hay un aspecto que me suscitó la duda y la sorpresa desde un inicio, y es que me dijo Dora, la enfermera de Jacinto Aráuz, que Favaloro ya tenía en mente la idea del bypass desde los tiempos de Aráuz. No al final precisamente, sino que llevaba ya varios años diciéndoselo. “Él ya nos decía lo de la vena de la pierna”. Ella comentaba que todas lo miraban y que pensaban: “Éste Favaloro está loco”.

El segundo bloque es un conjunto de contenidos más descriptivo que interpretativo. Pero también tiene su importancia la discusión de las ideas. En este caso es fundamental la pelea dialéctica entre los partidarios del tratamiento médico contra los del abordaje quirúrgico de la enfermedad coronaria. Este tipo de discusiones siempre permanecen **abiertas**, casi nunca nadie tiene el 100% de la razón perenne e inmutable. Le pasa lo mismo que al concepto de “Hegemonía” en Ciencia Política.

La dificultad que entraña este tipo de discusiones es que **se necesita tiempo** para juzgar las aportaciones de las nuevas técnicas que se pretenden evaluar. Realizar un ensayo clínico lleva mucho tiempo, mucho dinero. No digamos los ensayos clínicos multicéntricos. Lo mismo sucede con las revisiones sistemáticas y con los metaanálisis, que son las fuentes más robustas de evidencia.

Por eso se queda uno con la sensación de que la pelea quedó a medias. Cuando el tiempo pasa **todo se diluye** y parece que a nadie le importa ya la disputa con tanta pasión. Las posiciones encontradas....suelen ser abandonadas tanto por ganadores como por perdedores... Es la tragedia de **perder la memoria** en Medicina.

Pasado el tiempo, parece que ambos tuvieron razón y que ambos estuvieron equivocados. Pero si alguien tuvo un poco más de razón que el contrario seguramente fueron los que defendían el tratamiento médico, no porque los cirujanos no estuvieran en lo cierto, que lo estaban, sino porque el entusiasmo con el que proclamaban las muy amplias indicaciones, parece que resultó eso justamente... puro entusiasmo. Quedó demostrado que el contrapoder que ejercieron los cardiólogos clínicos fue necesario para **proteger** a los pacientes.

En el tercer bloque las fuentes en las que podemos documentarnos **no entran en el fondo** de la cuestión. Se sirven de ciertos aspectos de la realidad de lo que sucedió, que son veraces, para a continuación utilizarlos para el fin que consciente o inconscientemente buscan.

Así, **Carlos Penelas** en el “Diario interior de René Favaloro” presenta muy bien la figura de Favaloro y envuelve estupendamente el relato de retórica literaria,



apunta, señala y dispara con ansia de revancha a un enemigo más o menos construido, pero no va al fondo del asunto. Se queda en la puerta, que es lo que le pasa a la línea de análisis oficial, aceptada por medios de comunicación y clase política.

Por su parte **Pedro Calvo**, en “La muerte de Favalaro”, escribe un libro de investigación muy bien documentado en contraposición al de Penelas, que es un libro que se basa en recuerdos y en impresiones personales. Calvo ofrece **datos duros** que constituyen el espacio de realidad sobre el que se edifica el trabajo. Pero a partir de ahí, quiere deslumbrar al lector y se mete en unos terrenos de los que no sale bien parado, porque **zanja cuestiones profundas y complejas con abordajes simples y superficiales**. Parte por falta de conocimientos sanitarios, parte por querer sorprender al lector con marketing literario.

De este mismo mal adolecen numerosas publicaciones de la prensa escrita, sobre todo las de **magazines**. Como si de revistas del corazón se trataran sólo buscan cualquier aspecto escabroso, cualquier secreto de alcoba y sensacionalismo para vender y llamar la atención distorsionando la realidad. Representan una realidad que Favalaro resumió con la frase: “Habría que poner al periodismo del país a estudiar”.

El libro de **Boullon** “Con el corazón en las manos” es una obra de cara al entretenimiento, al anecdótico y al recuerdo afectuoso, pero representa una versión tipo de los hechos que nada se mueve de lo políticamente correcto y de la pura adulación. Obvia o pasa por encima los aspectos de relevancia como el tipo de relación contractual laboral que operaba en la Fundación, el porqué de su salida del equipo o los detalles de la transición entre el trabajo del Güemes y el paso a la Fundación.

Del mismo modo, pretender llegar al fondo de la investigación con los materiales de la Fundación Favalaro es poco menos que una **inocente ilusión**. La manera en la que integra lo que viene de fuera y no responde a sus intereses comerciales y cómo lo traduce es trasunto de una **mera organización de poder**. El poder de representación institucional es casi siempre un obstáculo para conocer la realidad y un muy mal abordaje epistémico. Afortunadamente, algunos de los profesionales

que trabajan en ella e incluso algunos de los actuales dirigentes no han perdido ese **espíritu Favaloro** y cuando te sientas con ellos a hablar desaparece gran parte de la mordaza institucional. Creo que este hecho forma parte también de las diferencias culturales entre Europa y Latinoamérica y Argentina en particular. En ésta última todavía podemos disfrutar de una candidez impensable en este “primer mundo” de la Europa occidental.

También se han considerado en la investigación materiales audiovisuales en los que presentan a Favaloro como una **figura a competir** por ocupar el puesto del argentino del milenio contra Borges, Fangio etc... Todo lo malo del ser humano sale cuando nos ponemos a competir en vez de a cooperar. Y de ahí que los ponentes y defensores de los diferentes candidatos saquen lo peor de sí defendiendo lo propio y atacando al contrario. De ahí los ataques furibundos a Favaloro por su colaboración con las tareas de gobierno sanitario de la dictadura, con la CONADEP... que llevan razón en el fondo de la crítica pero que se presentan descontextualizados, como una enmienda a la totalidad, sacando los pies del tiesto, imponiendo y recomendando una pureza que no existe en ningún orden de la realidad...

Todas las críticas son muy legítimas, e incluso muy necesarias, pero deben de hacerse **contextualizando** los fenómenos históricos, políticos y sociales. A lo largo de la tesis me he esmerado porque las diferencias culturales de las que antes hablábamos no se interpusieran en una adecuada percepción de los hechos.

En el resto de esta discusión sería deseable atender a algunos aspectos discursivos que se han quedado pendientes y que no encajaban bien en los bloques, en gran parte por su condición de **transversales**.

El primero de estos puntos es la reflexión sobre la figura de su **esposa**.



*Figura 62. Favaloro y Toni. Fecha indeterminada. Magazine Gente. Año 2000.*

Se casaron en Noviembre de 1951, al poco de llegar a Jacinto Aráuz. Salían juntos desde la secundaria. Fueron de luna de miel una semana a Capilla del Monte (Córdoba), un lugar hoy convertido en un enclave hippie.

Toni tuvo que adaptarse a una vida rural en la que como le advirtió Favaloro, fuera de las tareas del hogar **muy poco había que hacer**. De vez en cuando le echaba una mano en alguna tarea de la clínica.

Pongámonos en el contexto, eran los años 50. Dice Favaloro por las mujeres: “al verlas llevar esa vida sencilla y sacrificada yo recordaba a mi abuela materna que realizaba el mismo tipo de tareas y vivía dedicada a sus hijos y a su hombre, a quien con profundo amor recibía todas las tardes en su casa limpia y ordenada, con la comida lista y una sonrisa en los labios”.

Toni y Favaloro no tuvieron hijos. Una pregunta pertinente que siempre sobrevuela es si Favaloro decidió que no quería tener hijos porque con su profusa actividad profesional no se lo podía permitir. La respuesta es no. La causa no fue el intenso trabajo de Favaloro. En aquellos años tener hijos era lo más normal del mundo. Y las familias y los pensamientos eran homogéneos, no se permitía el

disenso o cierta libertad en la manera de vivir. Había que tener hijos, y si eran muchos, mejor. Si no quisieron o no pudieron queda para el ámbito privado de la familia. Carlos Penelas dice que el hijo de Favalaro fue la Fundación.

Su hermano Juan José, que vivió también en el pueblo, tuvo cuatro hijos que Favalaro adoraba. Fueron de alguna manera también los suyos propios, sobre todo después del fallecimiento de Juan José en accidente de tráfico en el año 1976.

La época de Cleveland tampoco debió ser fácil para Toni, en un país extranjero en el que no conocían a casi nadie al principio, con una lengua diferente a la nativa. ¿Qué haría durante las interminables jornadas de Favalaro? Poco a poco se fue integrando en un grupo en el que inmigrantes se reunían para aprender inglés y realizar algunas actividades sociales.



*Figura 63. Favalaro y esposa. Asado en su casa de Cleveland. Archivo Fundación Favalaro.*



*Figura 64. Navidad en Cleveland. Archivo Fundación Favaloro.*

Favaloro, como hemos visto, era un gran trabajador en lo puramente clínico, pero luego **prolongaba la jornada** con investigación, docencia y con sus inquietudes científicas personales, con lo que el trabajo y las ocupaciones intelectuales copaban una parte muy importante y extensa de su tiempo. De la misma manera él era consciente de la importancia de aficiones que distrajeran la mente de la tarea diaria, y que de paso contribuyeran al desarrollo de la comunidad y al desarrollo cultural. Pero esas sus aficiones a menudo estaban relacionadas con el estudio y la lectura, como la Historia (durante los últimos años de su etapa argentina decía que había abandonado prácticamente todas las aficiones y que estaba centrado en leer sobre Historia). Es lo que él denominaba “**ocio fecundo**”.

Por ejemplo, relata unas vacaciones de verano que se tomó para escribir el libro “Don Pedro y la Educación” durante tres semanas, en una playa del Caribe: “la tarea comenzaba a las seis, preparando mi propio desayuno, y se interrumpía a las once para concurrir con mi señora a la playa. Durante dos horas, un poco de ejercicio, algunas zambullidas en las aguas cálidas y lectura. De regreso a la habitación, organizaba nuestro almuerzo y descansaba hasta las tres de la tarde, retomando luego la escritura (con interrupción para cenar) hasta la media noche.

(La cosa era tan intensa que hasta llega a decir que se recubría los dedos con espadrapo para que la prolongada escritura no los magullara de cara a la importancia de sus manos para su profesión).

Así, absolutamente concentrado, pude terminar los primeros borradores. Ya en Buenos Aires, sin descuidar las actividades en el Instituto, trabajé intensamente – principalmente los fines de semana- corrigiendo y agregando nueva información”.

Asimismo, durante la época de Estados Unidos se tenía que encerrar los fines de semana a estudiar a lo bruto, para pasar los exámenes de obtención de la especialidad. Cuando Favalaro decidió volver a la Argentina a su mujer le iba a costar “otra vez empezar de nuevo”, en sus propias palabras.

Falleció de un cáncer renal en 1998, tras el correspondiente deterioro progresivo.

El papel de las mujeres en aquel entonces, desgraciadamente, era ser puras espectadoras y madres. (Nótese que a lo largo de la historia de la revascularización miocárdica y de casi todo el resto de esta historia **no hubo prácticamente ningún protagonismo femenino**, salvo en el caso de las enfermeras y comadronas de Aráuz).

Se le debe el reconocimiento y el respeto a la esposa de Favalaro.

Algunos textos la presentan como abnegada, partícipe y hasta impulsora de su resignación, feliz compañera, colaboradora y entusiasta de los trabajos de Favalaro. Creo que no es cierto.

Otro de los aspectos que quedan por comentar es la faceta del Favalaro escritor, por lo prolífico.

Escribió varios libros, que quedan recogidos en esta tabla.

<b>Libro</b>	<b>Año</b>	<b>Dedicatoria</b>
<b>Tratamiento quirúrgico</b>	1970	A mi mujer

<b>de la arteriosclerosis coronaria</b>		
<b>Recuerdos de un médico rural</b>	1980	A la memoria de Juan José, mi hermano, con quien todo lo compartimos
<b>¿Conoce usted a San Martín?</b>	1986	A la juventud argentina
<b>La memoria de Guayaquil</b>	1991	No tiene
<b>De La Pampa a los Estados Unidos</b>	1993	A la memoria de Mason Sones
<b>Don Pedro y la educación</b>	1994	No tiene

*Tabla 19. Libros escritos por Favaloro.*

El 29 de Julio de 2015 se cumplieron 15 años ya del fallecimiento de René Favaloro. En este lapso ha dado tiempo para dar varias vueltas de tuerca a sus logros, aciertos y errores. En este tiempo hemos podido dar cuenta del más variado revisionismo y hemos sido testigos de los más diversos enfoques. Hemos visto cómo la figura se ha utilizado por unos y otros. Unos para sacar réditos políticos, otros por cuestiones económicas. A pesar de eso hay algo que no ha cambiado, y es la impresión que los argentinos de a pie tienen del Doctor; inamovible. Algo quedó ahí grabado, y de ahí no se ha desplazado. Las investigaciones sobre Favaloro están en movimiento. No precisamente por aditamento de datos duros, relevantes o esclarecedores, a nuestro pesar. Sí por una serie de evocaciones sentimentales, anecdotarios y hagiografías, por el momento. Los medios de comunicación tienen muy presente la figura de Favaloro y se encargan de que su figura no se olvide, a veces con más acierto, otras con menos. La labor de la Fundación contribuye a esta tarea. Es un actor vigilante del legado. Parte porque realmente sigue siendo de

lejos inspirada por él, parte porque le interesa mucho económicamente mantener ese espíritu y ese padrino como reclamo y salvaguarda. El icono se mantiene vivo en ciertas generaciones de argentinos. Fuera del país y en las generaciones que vienen no tanto. El día de su nacimiento, el 12 de Julio, fue declarado por Néstor Kirchner como Presidente de la Nación “Día de la Medicina Social”, y eso otorga a la figura de Favalaro cierta presencia cíclica, imbricada no sólo en los recuerdos del pasado sino en los sucesos del presente. En Jacinto Aráuz también hacen un esfuerzo no desdeñable para seguir manteniendo su impronta.

Finalizando ya, hemos visto que René Favalaro fue un gaucho. No le importaba si el caballo que montaba era salvaje o domesticado, en palabras de **Domingo Sarmiento**, como dice la cita con la que se abre este trabajo que ya termina.

Todos los hombres han de pelear consigo mismo y con el contexto en el que viven por azar o elección. En el primer caso Favalaro se hizo a sí mismo; nació en la nada y **lo consiguió todo o casi todo**. En el segundo caso él mismo eligió su camino, **un camino difícil y duro**, porque nunca renegó de sus orígenes. Por eso fracasó de alguna manera en este sentido, como era de esperar, porque **eligió la más dura de las batallas**. Creyó que ganaría como San Martín en la empresa más grande de su vida.

Dice **Frutos Ortiz**, ex decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata que “todos los hombres pasamos por el mundo con una misión para cumplir. Algunos ni se enteran cuál es la suya, la mayoría la percibe y tiene conciencia de ella, pero los obstáculos del camino desvanecen sus esfuerzos y terminan por entregarlos en una actitud imitativa a las comodidades de la vida rutinaria. Otros, más ambiciosos, logran llegar a la plataforma desde donde se inician las grandes misiones; en ella aprecian de entrada las prebendas y privilegios que acompañan a la misión: éstas adormecen la energía que traían para el emprendimiento impidiéndoles la realización, fracaso que los anima para postularse nuevamente cuando termina el tiempo asignado, y en un momento las prerrogativas se hacen más importantes que el cometido”.



Dice la *Ley de hierro de la epidemiología* que todo el que nace muere, y que el 100% de los que aquí estamos moriremos. Favalaro también moriría, pero decidió morir con una escenografía heroica. Pudo hacerlo perfectamente como Mainetti, en la cama con 96 años, su Fundación quebrada y el trabajo de tantos años hecho añicos. Por qué cada uno se comportó de una manera es un misterio insondable, porque un misterio insondable es el ser humano.

La *épica no es una obligación, pero sí que lo es el reconocerla y dignificarla*. De ahí, en parte, este trabajo que aquí termina.

Sobra decir por redundante que evidentemente Favalaro cometió errores. Quién no.

El juzgar pasado el tiempo otorga esa ventaja tramposa. También soy consciente de que muchos de mis comentarios se hicieron sobre la visión de las cosas u opiniones que tuvo Favalaro en un momento determinado, cuando es sabido que las opiniones y la manera de ver las cosas va cambiando a lo largo de la vida influenciada por los conocimientos, por los avances y por la experiencia. Tampoco tiene mucho sentido hablar de crítica en este contexto donde también el doctorando cuenta con una ventaja decisiva sobre el objeto de su análisis.

Otro confusor, como ya he señalado, son las diferencias culturales (incluye las políticas, económicas...) entre Europa y Latinoamérica, que hacen que algunos puntos de vista difieran acá y allá. Cualquiera que haya viajado a Sudamérica sabe eso. Dice Monedero que querer establecer analogías puras entre lo europeo y lo latinoamericano o viceversa es como intentar trasplantar a un hombre el corazón de un caballo.

Hay algunas personas, pocas, que relativizan la figura de Favalaro haciendo pesar sus errores como si fueran enmiendas a la totalidad, que le invalidan sin matices. Normalmente estas objeciones tienen asiento en convicciones ideológicas o políticas, coyunturas o arbitrariedades. Nadie duda, en cualquiera de los casos, de sus contribuciones a la ciencia.

*Dos atributos* lo exoneran de toda acusación en el juicio final: el compromiso social y el desprecio al dinero y al lucro personal.

Hay otras personas que insisten en la mitificación de la figura. Dice también Ortiz que: “los mitos fueron creados desde la mayor antigüedad para disimular tristes verdades de los seres humanos, el bronce exagera las virtudes con vivos destellos metálicos artificiales”. Dijo Bertolt Brecht que malditos los pueblos que necesitan de héroes.

Es demasiado pretencioso decir que la muerte y la figura de Favaloro redimieron a la Argentina pero demasiado pesimista decir que no valieron para nada.

Nada tiene que ver la Latinoamérica de la Operación Cóndor con ésta, y solamente han pasado 40 años. De todas formas es improbable poder apreciar grandes cambios sociales o políticos en la lucha denodada de una existencia, que como mucho dura 100 años. De ahí la importancia de la memoria y el recuerdo de los que partieron. De ahí más razones para esta tesis.

Dicen algunos de mis maestros de Medicina Familiar y Comunitaria que el avance para la ciencia que no se haya descubierto a los 50 años ya no se descubre nunca, y aunque siempre pienso que eso es una exageración, en el caso de Favaloro esa ley se cumple.

Dice su sobrino Roberto: “yo creo que él era una persona única y que después de la muerte de él quedó como un vacío, porque en realidad la pasión fue desplazada por la Industria Farmacéutica y el dinero”.

Y creo que da en el clavo. Si Aráuz y Cleveland fueron tan especiales se explica por la pasión con la que trabajó y porque fue capaz de **diseñar y cambiar el mundo a su alrededor**.



*Figura 65. Favaloro en su despacho de la Fundación Favaloro, con su sempiterna imagen del General San Martín resguardándole. Archivo Fundación Favaloro.*

Dice Tolstoi: “pinta tu aldea y pintarás el mundo”, pero Favaloro fracasó en la traslación de lo local a lo universal, porque cambió Aráuz y la Cleveland Clinic pero no pudo cambiar el sistema sanitario argentino ni la Argentina.

No lo pudo hacer porque tuvo una inadecuada penetrancia en el mundo del poder. Se acercó al mundo del poder sin saber apenas nada de política, y quiso gerenciar una gran institución sanitaria sin saber apenas nada de gestión sanitaria, política sanitaria y sistemas sanitarios, y creo que por eso le fue mal. En cambio fue cirujano cardiovascular y médico rural sabiendo y habiendo estudiado mucho sobre ambas cosas, y por eso le fue bien en este sentido.

A Favaloro se le ocurrió utilizar una vena de la pierna para puentear una obstrucción de una arteria en el corazón, y tomar eso como excusa para intentar cambiar el mundo. Y casi lo consigue.



*Figuras 66 y 67. Mural en la Calle Austria. Barrio de Palermo. Buenos Aires, Argentina. Fotografía del autor.*









## **10. CONCLUSIONES.**







## **1. Conclusiones desarrolladas, planteadas en el contexto de los objetivos.**

1. Favalaro fue el primero que realizó un bypass aortocoronario con la intención de resolver una obstrucción en la arteria, tras estudiar concienzudamente la fisiopatología y la terapéutica de la insuficiencia coronaria. Dos circunstancias le ensombrecieron como pionero. En primer lugar que otros próceres de la Cirugía Cardiovascular dijeron que lo hicieron antes que él, aunque de manera fortuita y escondiéndolo porque pensaron que fue un fracaso y un acto del que avergonzarse. En segundo lugar porque Favalaro trabajaba para un jefe, un departamento y una clínica que se quedó en la práctica con la medalla, y así es como se ha transcrito oficialmente la hazaña y como ha pasado a la historia. La humildad y la discreción de Favalaro contribuyeron a que así fueran las cosas.

2. Al Favalaro científico siempre le acompañó el Favalaro humanista, un hombre que sufría por la injusticia y la desigualdad, y que luchó a su modo y con sus armas contra ambas. Supo a la perfección servirse de su profesión para hacer la lucha, y así, en vez de gastar sus energías en reclamar la autoría del bypass o en pasar a la historia como su inventor, se dedicó a simplificar la técnica quirúrgica y a difundirla rápidamente.

Edificó un proyecto en Argentina para conseguir servicios de Cirugía Cardiovascular de calidad para toda Latinoamérica. Esa fue su manera de soñar y trabajar por la Latinoamérica fraterna que soñaron y fraguaron Bolívar y sobre todo San Martín.

Sus preceptos éticos y humanistas fueron determinantes en sus trabajos como médico y cirujano, sirviéndose unos de otros, y en su figura se imbricaron a la perfección las dos facetas.

3. Favalaro abrió la puerta a la etapa decisiva en la cirugía de revascularización miocárdica y coronaria: la revascularización directa. Al contrario que algunos de sus contemporáneos, que no tuvieron en cuenta y

denostaron los descubrimientos y los autores que les precedieron, él supo recoger sus aportaciones, reconocerlas y aplicarlas, y fue capaz de presentar sus hallazgos como una sucesión lógica de lo precedente.

4. La aportación genuina de Favaloro, el bypass aortocoronario con vena safena, está superado en la práctica clínica de alguna manera en la actualidad, aunque no conceptualmente. La noción que impulsó sus trabajos, acerca de que una fuente de sangre directa sería la mejor manera de aliviar los daños producidos por la arteriosclerosis coronaria sigue siendo hoy la idea fuerza sobre la que pivota el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, la revascularización con mamaria interna ha superado con mucho a la vena safena. No obstante, esta vena se sigue utilizando en procedimientos combinados o en algunos casos particulares. La cirugía de revascularización miocárdica se posicionó como un gran avance en los años 70 impulsada por el entusiasmo de los grandes cirujanos cardiovasculares del mundo, Favaloro entre ellos, que chocó contra el escepticismo de los más importantes cardiólogos clínicos de entonces. En los 80 se publicaron las conclusiones de los grandes ensayos clínicos que evaluaron su validez y los resultados no fueron tan positivos como los cirujanos, y Favaloro entre ellos, esperaban. De todos modos la cirugía se postuló definitivamente como un tratamiento posible para la enfermedad, lo cual no se había conseguido en ningún momento de la Historia de la Cardiología, pues los resultados quirúrgicos de los procedimientos utilizados anteriormente en enfermedad coronaria habían sido estrepitosos. En los años 80 se añadió el auge de la angioplastia, que se incorporó como tratamiento de elección para la enfermedad de un vaso y una buena parte de la enfermedad de dos vasos. Por estas razones, la cirugía de revascularización miocárdica goza de un buen lugar y de un emplazamiento reconocido en el tratamiento de la enfermedad, pero no el que Favaloro defendía y esperaba.
5. Favaloro cimentó su carácter profesional en la pequeña población de Jacinto Aráuz, en La Pampa argentina, donde ejerció como médico general

rural durante 10 años. Allí levantó una clínica donde desarrolló las más variadas competencias clínicas e incluso quirúrgicas. Mirado y juzgado con los ojos de la Medicina actual, tecnificada y potente, causa asombro esa manera de actuar, y no digamos teniendo en cuenta que sus logros datan de los años 50. Pero más importantes que sus logros puramente científicos lo fueron los humanos. Allí Favalaro aprendió que lo más importante de la Medicina era la anamnesis, la exploración física y sentir el alma del paciente para poder realizar una práctica digna, humana y científica. En esa población conoció la realidad verdadera de su país.

6. Favalaro se encontraba en el lugar indicado en el momento preciso para descubrir el bypass aortocoronario: Cleveland Clinic (Estados Unidos), 1962. Profundizó y comprendió la naturaleza de la enfermedad coronaria al lado de Mason Sones, que por entonces había dado un salto cualitativo en la caracterización de las arterias coronarias con la coronariografía. En un ambiente de libertad creativa pudo trasladar a la práctica las ideas acerca del tratamiento quirúrgico de la arterioesclerosis coronaria que llevaba incubando años.

En el tiempo que siguió a los trabajos de Favalaro varios autores en diversas partes del mundo publicaron la realización de procedimientos idénticos o similares, que habían llevado a cabo por error o para salvar una situación comprometida, con resultados pobres en general, con lo que no los habían publicado o los habían incluso ocultado. Favalaro lo reconoció y (casi) nunca reclamó la autoría del primer bypass aortocoronario, aunque pudiera corresponderle. En cambio sí que fue el primero en desarrollar la técnica (estandarización y simplificación) y en popularizarla en todo el mundo para conseguir una rápida diseminación de los conocimientos adquiridos.

7. Favalaro tenía un concepto ético muy elevado proveniente de la educación recibida, que expresó como seña de identidad entre otras cosas por contraposición a la corrupción imperante en su país a todos los niveles. Esta

ética a la vez se nutría que derivaba en una posición humanista dominante, reflejándose predominantemente en su práctica clínica.

Sus humildes orígenes, donde aprendió la abnegación al trabajo y sus maestros del Colegio Secundario y de la Universidad, que veneraba y a los que volvió recurrentemente a lo largo de sus días, sirvieron de cimiento para sus tareas en Medicina.

Esta concepción de la vida y estos valores le diferencian y le destacan, y por sobre todo, se comportaron como determinantes en sus trabajos, en sus éxitos y en sus fracasos.

8. Favaloro quedó fascinado por el modo de trabajo de las instituciones sanitarias estadounidenses y su manera de aunar docencia, investigación y asistencia. Si a esto se añaden sus intenciones de democratizar la técnica del bypass aortocoronario y extenderla por los maltrechos países y sistemas sanitarios latinoamericanos, se explica la vuelta a la patria para levantar un centro como la Cleveland Clinic.

Le pudo más la utopía que las posibilidades reales de prosperar de un proyecto así en un país como la Argentina de finales del siglo XX. Dadas las importantes dificultades de logística y financiación, no tuvo más remedio que reclamar la ayuda del Estado, para lo cual estuvo obligado a entenderse con todos los Gobiernos que fueron desfilando por la Casa Rosada en aquellas décadas, incluidos los gobiernos militares.

El default argentino ahogó al país y por su supuesto a la institución. Aparte y especialmente, la Fundación Favaloro tuvo que buscar el encaje en el sistema sanitario argentino, muy complejo, fragmentado y por sobre todo aderezado de picaresca, corruptelas y comisiones que Favaloro jamás aceptó, lo que comprometió aún más la viabilidad del proyecto.



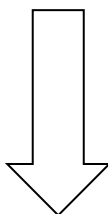
Quiso atender por igual a todos los pacientes independientemente de la clase social a la que pertenecieran en un sistema sanitario con una clara orientación al mercado, como lo era y lo es el argentino y todos los latinoamericanos, y se vio devorado por la imposibilidad.

Favaloro decidió poner término voluntario a su vida en este contexto.

## 2. Relación esquemática de conclusiones.

Favaloro fue el primero que realizó un bypass aortocoronario de manera reglada y con intencionalidad. Algún otro lo hizo antes sin ella, y eso ensombreció la autoría del cardiocirujano argentino. Favaloro en vez de poner las energías en reclamarla las dispuso en simplificar la técnica y en difundirla ampliamente.

Favaloro era un humanista y un luchador contra la injusticia y la desigualdad. Se sirvió de la difusión del bypass en su país y en Latinoamérica para trabajar por la idea de un subcontinente unido y fraterno.



- La concepción de la Medicina, ética, humana y social de Favaloro se comportó como un determinante en el descubrimiento, desarrollo y popularización del bypass aortocoronario con vena safena.

1. Los trabajos de Favaloro lograron la revascularización directa del miocardio, y de esta manera el tratamiento quirúrgico de la arteriosclerosis coronaria se posicionó como una opción en la terapéutica por primera vez en la historia.

2. Si bien Favaloro acertó de lleno con el concepto, no lo hizo igual con el procedimiento. La propuesta para revascularizar con vena safena fue desplazada con el tiempo por la arteria mamaria interna.

3. Favaloro cimentó su concepción social y humanista de la Medicina siendo médico general rural en un pueblo. Revolucionó la práctica de la Medicina general en Argentina construyendo una clínica y ofreciendo una insólita cartera de servicios para la época y para el medio en el que se desplegó.

4. El análisis del trabajo de Mason Sones, que había desarrollado la técnica de la coronariografía en la Cleveland Clinic, le sirvió a Favaloro para implementar su idea del bypass aortocoronario con vena safena.

5. Favalaro fue un científico con profundos valores éticos, humanistas y sociales que veneraba el poder de la educación como arma de transformación de la sociedad. Esta manera de concebir el mundo fue decisiva en su ejercicio profesional como médico.
6. El proyecto de la Fundación Favalaro se creó aparente y fundamentalmente para hacer asistencia, docencia e investigación en Cirugía Cardiovascular y atender a todos los pacientes sin distinción de clase social. En la práctica significó una afrenta a los modos de funcionamiento del sistema sanitario argentino. La postura de Favalaro se vio derrotada en esta lucha asimétrica.

Salamanca, a 22 de Septiembre de 2015.







## 9. BIBLIOGRAFÍA.











1. Errejón I. Rupturas populares en América Latina. Zaragoza; 2014. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=wU7DVzkzaE0>
2. Feinmann J. La Argentina. A pensar de todo. 2014. [Internet]. Available from <https://www.youtube.com/watch?v=0C9GYKru0Z0>
3. Lalonde M. A new perspectives on the health of Canadians. A working document. Ottawa; 1974.
4. Lara J. Evolución de la cirugía coronaria mediante técnica de revascularización arterial completa sin cirugía extracorpórea [Internet]. Universidad de Granada; 2005 [cited 2014 Oct 23]. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
5. Sagrera M. CIRUGÍA CARDIACA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON DURETA: ANÁLISIS DE MORBIMORTALIDAD Y FACTORES ASOCIADOS. [ibdigital.uib.es](http://ibdigital.uib.es) [Internet]. 2011 [cited 2014 Oct 23]; Available from: <http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/tesisUIB/index/assoc/TDX-1080/3-52187.dir/TDX-10803-52187.pdf>
6. Ruiz MC. Inicio y desarrollo histórico de la cirugía del corazón. 1992 [cited 2014 Oct 23]; Available from: <http://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/6957>
7. De Bakey ME, Henly WS. Surgical Treatment of Angina Pectoris. *Circulation* [Internet]. 1961 Jan 1 [cited 2014 Apr 27];23(1):111–20. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.23.1.111>
8. Fye WB. Coronary arteriography--it took a long time! *Circulation* [Internet]. 1984 Nov 1 [cited 2014 Apr 27];70(5):781–7. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.70.5.781>

9. Kumar P, Moussa F, Neshet N, Goldman B. History of surgical treatment of ischemic heart disease--pre-'coronary bypass grafting' era. *J Card Surg* [Internet]. 2007 [cited 2014 Apr 27];22(3):242–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17488431>
10. Kligfield P, Filutowski K. “Dr. Anonymous” unmasked: resolution of an eighteenth century mystery in the history of coronary artery disease. *Am J Cardiol* [Internet]. 1995 Jun 1;75(16):1166–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7762506>
11. White PD. Perspectives. *Prog Cardiovas Dis* [Internet]. 1971 Nov;14(3):250-5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0033062071900223>
12. Ransonhoff L. Cervical sympathectomy for angina pectoris. *Ann Surg.* 1925;81(3):585–90.
13. Ciurea AV, Palade C. Professor Thoma Ionescu – founder of modern surgical practice in Romania. *Rom Neurosurg.* 2010;17(2):137–42.
14. Muller G. Surgical relations of the sympathetic nervous system. *Ann Surg.* 1923;67(6):641–51.
15. Tendolkar A. Coronary artery bypass grafting, an on-off affair. *Indian J Thorac Cardiovasc Surg* [Internet]. LTMM College and LTMG Hospital, Mumbai; 2003 [cited 2014 Apr 29]; Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s12055-003-0022-3>
16. Raab W, Kux E, Marchet H. Effect of Transthoracic Endoscopic Sympathectomy on the Cardiac Neurovegetative Equilibrium and on Angina Pectoris. *Chest J.* 1960;38(4):423–8.

17. Reid M, Andrus DW. The surgical treatment of angina pectoris. *Ann Surg.* 1925;81(3):591.
18. Wherteimer P. El tratamiento quirúrgico de la angina de pecho. *Rev Fac Med.* 1947;15(12):754–64.
19. Ochsner A, De Bakey M. The surgical treatment of coronary disease. *Surgery.* 1937;2:478.
20. Birkett D, Apthorp G, Chamberlain D, Hayward G, Tuckwell E. Bilateral upper thoracic sympathectomy in angina pectoris: results in 52 cases. *BMJ.* 1965;2(5455):187–90.
21. Grant U. Total thyroidectomy for heart disease. *J Natl Med Assoc.* 1936;28(1):28–9.
22. Cappola AR, Ladenson PW. Hypothyroidism and atherosclerosis. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2003 Jun [cited 2014 Apr 28];88(6):2438–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12788839>
23. Cutler E, Schnitke M. Total thyroidectomy for angina pectoris. *Ann Surg* [Internet]. 1934 [cited 2014 Apr 28];578–605. Available from: [http://journals.lww.com/annalsofsurgery/Abstract/1934/10000/Total\\_Thyroidectomy\\_for\\_Angina\\_Pectoris.3.aspx](http://journals.lww.com/annalsofsurgery/Abstract/1934/10000/Total_Thyroidectomy_for_Angina_Pectoris.3.aspx)
24. Trotter W, Eden K. Total thyroidectomy for heart failure. *Medical and Surgical Units, University College Hospital; 1941.* p. 200–4.
25. Parsons W, Purks W. Total thyroidectomy for heart disease. *Ann Surg* [Internet]. 1937 [cited 2014 Apr 28];722–32. Available from: [http://journals.lww.com/annalsofsurgery/Abstract/1937/05000/Total\\_Thyroidectomy\\_for\\_Heart\\_Disease.8.aspx](http://journals.lww.com/annalsofsurgery/Abstract/1937/05000/Total_Thyroidectomy_for_Heart_Disease.8.aspx)

26. Blumgart HL, Freedberg a. S, Kurland GS. Radioactive Iodine Treatment of Angina Pectoris and Congestive Heart Failure. *Circulation* [Internet]. 1957 Jul 1 [cited 2014 Apr 28];16(1):110–9. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.16.1.110>
27. Lourie O. IS TOTAL THYROIDECTOMY RATIONAL AS A METHOD OF TREATMENT?: A Critical Survey. *Can Med Assoc J* [Internet]. 1934 [cited 2014 Apr 28];(44):502–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC403604/>
28. Sutton S, Miller G, Kerr IH, Traill T. Coronary artery steal via large coronary artery to bronchial artery anastomosis successfully treated by operation. *Br Heart J* [Internet]. 1980 Oct;44(4):460–3. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=482427&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
29. Hudson B, Moritz A, Wearn JT. THE EXTRACARDIAC ANASTOMOSES OF THE CORONARY ARTERIES. *J Exp Med*. 1932;56(6):919–25.
30. Moritz A, Hudson C, Orgain E. Augmentation of the extracardiac anastomoses of the coronary arteries through pericardial adhesions. *J Exp ...* [Internet]. 1932 [cited 2014 Apr 28];(4):927–32. Available from: <http://jem.rupress.org/content/56/6/927.abstract>
31. Beck C. The development of a new blood supply to the heart by operation. *Ann Surg* [Internet]. 1935 [cited 2014 Apr 28];102(5):801–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1390962/>
32. Macaluso JP. Síndrome de robo subclavio-coronario [Internet]. *El rincón de la Medicina Interna*. 2014. Available from: <http://www.elrincondelamedicinainterna.com/2014/04/sindrome-de-robo-subclavio-coronario.html>

33. Fremont RE, Klopstock R, Glass P. Controlled Studies On the Efficacy of Bilateral Internal Mammary Artery Ligation in Patients With Angina Pectoris\* . *Angiology* [Internet]. 1959 Feb 1 [cited 2014 Apr 28];10(1):20–7. Available from: <http://ang.sagepub.com/content/10/1/20.extract>
34. Picichè M, Kingma JG, Fadel E, Dagenais F, Robillard J, Simard D et al. Enhancement of noncoronary collateral circulation: the hypothesis of an alternative treatment for ischemic heart disease. *Med Hypotheses* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Jan [cited 2014 Apr 28];74(1):21–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19747780>
35. Zalaquett SR. Del camino recorrido por la cirugía para tratar la enfermedad coronaria.: Trabajo dedicado como homenaje póstumo al Dr. René Favarolo. *Rev méd Chile*. 2001;129(2):201–8.
36. Picichè M. Dawn and Evolution of Cardiac Procedures [Internet]. Milano: Springer Milan; 2013 [cited 2014 Apr 28]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-88-470-2400-7>
37. Fauteux M. Surgical Treatment of Angina Pectoris: Experiences With Ligation of the Great Cardiac Vein and Pericoronary Neurectomy. *Su* [Internet]. 1946 [cited 2014 Apr 28];124(6):1041–6. Available from: [http://journals.lww.com/annalsofsurgery/Citation/1946/12000/Surgical\\_Treatment\\_of\\_Angina\\_Pectoris\\_Experiences.5.aspx](http://journals.lww.com/annalsofsurgery/Citation/1946/12000/Surgical_Treatment_of_Angina_Pectoris_Experiences.5.aspx)
38. Beck CS, Leighninger DS. Operations for Coronary Artery Disease. *Ann Surg* [Internet]. 1955 Jan;141(1):24–37. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00000658-195501000-00003>
39. Samady H. Coronary Microvasculature: Small Vessels With Large Impact. *Circ Cardiovasc Interv* [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr 28];6:323–5.

- Available from:  
<http://circinterventions.ahajournals.org/content/6/4/323.long>
40. Wearn J. The role of the Thebesian vessels in the circulation of the heart. *J Exp Med* [Internet]. 1928 [cited 2014 Apr 28]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2131354/>
41. Wearn J. Morphological and functional alterations of the coronary circulation. *Coron Circ*. 1940;754–77.
42. Tsang JC, Chiu RC. The phantom of “myocardial sinusoids”: a historical reappraisal. *Ann Thorac Surg* [Internet]. 1995 Dec;60(6):1831–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8787502>
43. Vicario J, Licheri A, Gerardo L, Lofeudo C. Sinusoides y fístulas coronarias a cavidad ventricular izquierda . Presentación de un caso clínico. (Figura 1):5–8.
44. Katrapati P, George JC. Vineberg operation: a review of the birth and impact of this surgical technique. *Ann Thorac Surg* [Internet]. 2008 Nov [cited 2014 Apr 29];86(5):1713–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19049791>
45. Dobell AR. Arthur Vineberg and the internal mammary artery implantation procedure. *Ann Thorac Surg* [Internet]. The Society of Thoracic Surgeons; 1992 Jan [cited 2014 Apr 29];53(1):167–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0003497592907853>
46. Thomas JL. The Vineberg legacy: internal mammary artery implantation from inception to obsolescence. *Tex Heart Inst J* [Internet]. 1999 Jan;26(2):107–13. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=325613&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>



47. Sewell WH. Physiological background, coronary arteriography, and the pedicle operation for coronary arterial insufficiency. *J Natl Med Assoc* [Internet]. 1963 Jul;55(4):299–305. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2642231&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
48. Friedman SG. Alexis Carrel: Jules Verne of cardiovascular surgery. *Am J Surg* [Internet]. 1988 Mar;155(3):420–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3278639>
49. Mueller RL, Rosengart TK, Isom OW. The history of surgery for ischemic heart disease. *Ann Thorac Surg* [Internet]. 1997 Mar;63(3):869–78. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9066430>
50. Thanikachalam M, Lombardi P, Tehrani HY, Katariya K, Salerno T. The history and development of direct coronary surgery without cardiopulmonary bypass. *J Card Surg* [Internet]. 1961;19(6):516–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15548184>
51. Konstantinov IE. Robert H. Goetz: The Surgeon Who Performed the Operation Myocardial Revascularization in the First Half of. 2000;4975(00).
52. Goetz RH. Vasilii I. Kolesov. 2004;(May 1960):349–58.
53. Shurlock B. European Society of Cardiology believes there are many cardiologists eligible for a Fellowship who have yet to apply. *Eur Heart J* [Internet]. 2010 Apr 14 [cited 2014 Apr 29];31(8):893–901. Available from: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/eurheartj/ehq052>
54. Two headed dogs Demikhov Shocking experiment Footage [Internet]. Available from: <http://www.youtube.com/watch?v=uvZThr3POlQ>

55. Cheng TO. History of coronary artery bypass surgery--half of a century of progress. *Int J Cardiol* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2012 May 17 [cited 2014 Apr 29];157(1):1-2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22425221>
56. Noon G. Evolution of surgical treatment of coronary artery occlusive disease. *JAMA* [Internet]. 2009 [cited 2014 Apr 29];77030. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=183473>
57. Hall R. Myocardial revascularization. Historical considerations. *Texas Hear Inst J* [Internet]. 1994 [cited 2014 Apr 29]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC325190/>
58. Proudfit WL. Sones' laws of clinical conduct. *Cleve Clin J Med* [Internet]. 1999 Jun;66(6):353-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10375844>
59. Ryan TJ. The Coronary Angiogram and Its Seminal Contributions to Cardiovascular Medicine Over Five Decades. *Circulation* [Internet]. 2002 Aug 6 [cited 2014 Apr 29];106(6):752-6. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.0000024109.12658.D4>
60. Boullon F. Favalaro. *El corazón en las manos*. Editorial Sudamericana. 2014.
61. Favalaro RG. *Surgical treatment of coronary arteriosclerosis*. Company TW and W, editor. Baltimore; 1970.
62. Favalaro RG. *Recuerdos de un médico rural*. De Bolsillo; 1980.
63. Favalaro RG. *De La Pampa a los Estados Unidos*. De Bolsillo; 1992.

64. Favalaro RG. Don Pedro y la educación. Centro Editor Fundación Favalaro; 1994.
65. Favalaro R. ¿Conoce usted a San Martín? De Bolsillo; 1986.
66. Favalaro R. La memoria de Guayaquil. De Bolsillo; 1991.
67. Maguregui C. Conversaciones sobre ética y salud [Internet]. Torres Agüero. Centro Editor Fundación Favalaro.; Available from: <http://textodromo.files.wordpress.com/2009/01/libroeticaysalud.pdf>
68. Maguregui C. Recuperando lo invisible: Conversaciones sobre cultura. Torres Agüero. Centro Editor Fundación Favalaro.
69. Favalaro R, Landriscina L, Menapace M. El milagro y el valor de la vida. Patria Grande, editor. 2000.
70. Penelas C. Diario interior de René Favalaro. Editorial Sudamericana; 2003.
71. Calvo P. La muerte de Favalaro. Editorial Sudamericana; 2003.
72. González G, Tobar F. Salud para los argentinos. Ediciones Isalud; 2004.
73. Torres R. Mitos y realidades de las Obras Sociales. Buenos Aires: Isalud.; 2004.
74. Lembo N, Califano J. Economía y salud. Editorial Ciudad Argentina; 2005.
75. Califano J. El financiamiento del sistema de salud argentino. Editorial Dunken; 2007.
76. Katz I. Argentina Hospital. El rostro oscuro de la salud. Buenos Aires: Edhasa; 2004.

77. Burucua J. Incorporación del Académico Titular Dr. René Favaloro. Sitial nº14. Boletín A. N. de Medicina. Vol. 64. 2º semestre 1986.
78. Favaloro RG. Discurso del Sr. Académico Recipiendario Dr. René Favaloro. Boletín A. N. de Medicina. Vol. 64. 2º semestre 1986.
79. Favaloro RG. Seminario sobre la calidad y costo de la atención médica. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.
80. Favaloro RG. Propuestas para mejorar la educación médica en el país. Mesa redonda. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.
81. Jáuregui G. Oración para René G. Favaloro. Bol A. N. de Medicina 2000; 78 (2): 237-239.
82. Favaloro D. René Favaloro. Municipalidad de La Plata; 2007.
83. La Pampa. Dirección General de Estadísticas y Censos [Internet]. Available from: <http://www.estadisticalapampa.gov.ar/>
84. CEPAL/CELADE. Boletín Demográfico de América Latina. Tablas de mortalidad 1950-2025. [Internet]. 2004. Available from: [http://books.google.es/books?id=-1ISARuxMnAC&pg=PA9&lpg=PA9&dq=Boletín+demográfico+de+américa+latina+tablas+de+mortalidad+1950-2025&source=bl&ots=SaszDojtgR&sig=6gNFYXZ2P96FMGPC\\_6Ca996laa4&hl=es-419&sa=X&ei=MM1iU5znH8qc0AXa8IGYAw&ved=0CEAQ6AEwAg#v=onepage&q=Boletín demográfico de américa latina tablas de mortalidad 1950-2025&f=false](http://books.google.es/books?id=-1ISARuxMnAC&pg=PA9&lpg=PA9&dq=Boletín+demográfico+de+américa+latina+tablas+de+mortalidad+1950-2025&source=bl&ots=SaszDojtgR&sig=6gNFYXZ2P96FMGPC_6Ca996laa4&hl=es-419&sa=X&ei=MM1iU5znH8qc0AXa8IGYAw&ved=0CEAQ6AEwAg#v=onepage&q=Boletín+demográfico+de+américa+latina+tablas+de+mortalidad+1950-2025&f=false)

85. Simo J. Entrevista sobre Atención Primaria de Salud a Julio Bonis [Internet]. 2014. Available from: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2014/01/01-entrevista-sobre-aps-julio-bonis.html>
86. Gérvas J. Atención primaria de salud, política sanitaria y exclusión social. VI Inf FOESSA sobre exclusión y Desarro Soc ... [Internet]. 2009 [cited 2014 Apr 29];1-31. Available from: [#0](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:ATENCIÓN+PRIMARIA+DE+SALUD,+POLÍTICA+SANITARIA+Y+EXCLUSIÓN+SOCIAL)
87. Entrevista a Favalaro [Internet]. Documentos de Televisión. Available from: <http://tvdoc.com.ar/video/rene-favaloro-bloque-2/>
88. 6 minutos [Internet]. 2013. Available from: <http://www.seisminutos.com/>
89. DECLARACION DE ALMA-ATA 1978. The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas; 2012. p. 8-10.
90. Silva J. Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico. Salud Colect [Internet]. 2009 [cited 2014 Apr 30];121-6. Available from: <https://dspace.unm.edu/handle/1928/10127>
91. De Peray JL. La medicina (la salud) comunitaria: un reto para la atención primaria. 1978.
92. Moorhead R. Hart of Glyncorrwg. J R Soc Med [Internet]. 2004 [cited 2014 Apr 30]; Available from: <http://jrs.sagepub.com/content/97/3/132.short>
93. Noble M. Prevención cuaternaria. Repensando la medicina desde el paciente. Rev Hosp Ital BAires. 2013;33(3):83-4.

94. OMS. Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
95. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Ministerio de Sanidad. España. Avanzando hacia la equidad. PROPUESTA DE POLÍTICAS E INTERVENCIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA. 2010; Available from: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta Politicas Reducir Desigualdades.pdf>
96. Segura J. Crisis y desigualdades sociales en salud. [Internet]. Srdelapalisse. 2012. Available from: <http://srdelapalisse.wordpress.com/2012/04/06/crisis-y-desigualdades-sociales-en-salud-javier-segura-del-pozo/>
97. Gervas J, Pérez M. Organización de la Atención Primaria en otros países del mundo. Tratado Med Fam e comunidade Sao ... [Internet]. 2012 [cited 2014 May 2];(1). Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:ORGANIZACIÓN+DE+LA+ATENCIÓN+PRIMARIA+EN+OTROS+PAÍSES+DEL+MUNDO#1>
98. Tobar F, Rosenfeld N, Reale A. Modelos de pago en servicios de salud. Cuad Med Soc [Internet]. 1998 [cited 2014 May 2];1-25. Available from: <http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n74a341.pdf>
99. Vives S. Médicos que cobran la “igualada” critican que el copago es un “retroceso”. Levante EMV [Internet]. Available from: <http://www.levante-emv.com/comarcas/2012/04/29/medicos-cobran-igualada-critican-copago-retroceso/901095.html>

100. Fundación Favalaro. Puentes tendidos en el corazón. Revista Fundación Favalaro.
101. Fernández-Lasquetty J. Reformulando el Estado de bienestar [Internet]. 2012. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=GXWiMm6D5w4>
102. Correa V. Entrevista a Favalaro. Revista Convivir. Año 2. Número 96.
103. Favalaro R. Ciencia, educación y desarrollo. Universidad de Tel Aviv; 1995.
104. Favalaro RG. Critical analysis of coronary artery bypass graft surgery: a 30-year journey. J Am Coll Cardiol [Internet]. 1998 Mar 15;31(4 Suppl B):1B-63B. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9530287>
105. Favalaro R. Landmarks in the development of coronary artery bypass surgery. Circulation [Internet]. 1998 [cited 2014 May 2];466-78. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/98/5/466.short>
106. Fundación Favalaro. Puentes tendidos en el corazón. Revista Fundación Favalaro.
107. Tatoulis J. Giant leaps in surgical myocardial revascularisation. Heart Lung Circ [Internet]. Australasian Society of Cardiac and Thoracic Surgeons and The Cardiac Society of Australia and New Zealand; 2011 Mar [cited 2014 May 2];20(3):149-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20869314>
108. Favalaro RG. Critical analysis of coronary artery bypass graft surgery: a 30-year journey. J Am Coll Cardiol [Internet]. 1998 Mar 15;31(4

- Suppl B):1B-63B. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9530287>
109. Herreros J. Cirugía coronaria. Evolución en la última década. Indicaciones y resultados actuales. Rev Española Cardiol [Internet]. 2005 [cited 2014 May 2];58(Viii):1107-16. Available from:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893205740173>
110. Cameron A, Green GE, Brogno D, Thornton J. Internal thoracic artery grafts: 20-year clinical follow-up. J Am Coll Cardiol [Internet]. 1995 Jan;25(1):188-92. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7798499>
111. Sajja LR, Mannam G, Pantula NR, Sompalli S. Role of radial artery graft in coronary artery bypass grafting. Ann Thorac Surg [Internet]. 2005 Jun [cited 2014 May 2];79(6):2180-8. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15919345>
112. Favaloro RG. Impending Acute Myocardial Infarction and Acute Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol. 1999;33(6).
113. Escuela Andaluza de Salud Pública. No Title [Internet]. Available from: <http://si.easp.es/mbe/?p=156>
114. Infecciosos. 6 razones para no creer en la Medicina Basada en la Evidencia. [Internet]. 2014. Available from:  
<http://www.infecciosos.com/2014/04/6-razones-para-no-creer-en-la-medicina.html>
115. Gérvas J, Pérez M. Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas. Rev Innovación Sanit y ... [Internet]. 2009 [cited 2014 May 9];1-8. Available from: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss4/6/>



116. Patel MR, Bailey SR, Bonow RO, Chambers CE, Chan PS, Dehmer GJ et al. Appropriate use criteria for diagnostic catheterization: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, Society for Cardiovascular Angiography and. J Am Coll Cardiol [Internet]. American College of Cardiology Foundation; 2012 May 29 [cited 2014 May 4];59(22):1995–2027. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22578925>
117. McFalls E, Ward H. Coronary-artery revascularization before elective major vascular surgery. ... Engl J ... [Internet]. 2004 [cited 2014 Oct 24];2795–804. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:new+england+journal#2>
118. Million Women Study Collaborators. Breast Cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. Lancet 2003;362;419-27
119. Peterson J. New operation: a life prolonger or a killer? The National Observer. 1980.
120. Favalaro: el legado de un gigante. Mañana profesional. 2000.
121. Federico Pégola. Favalaro y los últimos 50 años de la Medicina Argentina. Hosp y Comunidad. 324–6.
122. Babini D. Favalaro y la educación. Córdoba; 2000.
123. Favalaro dijo que no pasaría nada si se cerrasen facultades. Clarin [Internet]. 1999; Available from: <http://edant.clarin.com/diario/1999/05/06/e-03601d.htm>
124. Oliveri R. Historia de la Cardiología en la Argentina. Libros del Zorzal; 2013.

125. Varios. Argentina. Lonely Planet. Geoplaneta.
126. José Pablo Feinmann. Filosofía aquí y ahora. Desperonizar al país. Temporada 7. Capítulo 8. Se puede visualizar aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=tV3J84OHg7s>
127. Lejtam R. Ciclo Documenta. Ezeiza, la masacre. 2011. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=2Zaoq-nrM00>
128. José Pablo Feinmann. Filosofía aquí y ahora. Foucault. Primera parte. Se puede visualizar aquí: [https://www.youtube.com/watch?v=WtD\\_FJHxpWM](https://www.youtube.com/watch?v=WtD_FJHxpWM)
129. Lejtam R. Ciclo Documenta. López Rega: el brujo de Perón. 2011. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=WZDUdtryjBM>
130. Rtve. Malvinas, 30 años después [Internet]. 2012. Available from: <http://www.rtve.es/alacarta/videos/informe-semanal/informe-semanal-malvinas-30-anos-despues/1364646/>
131. Cercas J. La velocidad de la luz. Tusquets Editores; 2005.
132. José Pablo Feinmann. Filosofía aquí y ahora. La guerra de las Malvinas. Temporada 7. Capítulo 13. Se puede visualizar aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=6Emdz070PqM>
133. Lanata J. La deuda [Internet]. Argentina: Buena Vista; 2004. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=3sgXgg1Q9Gs>

134. Lemus D. Epidemiología y Atención de la Salud en la Argentina. Organización Panamericana de la Salud; 1993
135. Belló M, Becerril-Montekio V. Sistema de salud de Argentina. Salud Publica Mex [Internet]. 2011 [cited 2014 May 7];53(1). Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800006&script=sci_arttext)
136. Maceira D, Olaviaga S. Centros de Atención Primaria de la Salud: radiografía de su distribución en la Argentina. Ser Políticas Públicas ... [Internet]. 2006 [cited 2014 May 7];(54 11). Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=224943>
137. Gérvas J, Pérez M. Sano y salvo (y libre de intervenciones medicas innecesarias). Los libros del lince; 2013.
138. Blog PitBox. Tipos de Pirámides de Población: progresiva, regresiva y estacionaria [Internet]. 2013. Available from: <https://pitbox.wordpress.com/2013/04/24/tipos-de-piramides-de-poblacion-progresiva-regresiva-y-estacionaria/comment-page-1/>
139. Del Canto M. Entrevista a Juan Gérvas. “Sobre qué es ser médico general, ser paciente y ser Sistema Sanitario”. 2013. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=3UpB8HKJ1So>
140. Hart JT. The inverse care law. Lancet [Internet]. 1971;27(1):405–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4100731>
141. Perrone N, Teixidó L. Estado y Salud en la Argentina. Rev Maest en Salud Pública [Internet]. 2007 [cited 2014 May 7];1:1–46. Available from: <http://170.210.152.61/biblioteca/ojs-2.3.7/index.php/oikonomos/article/download/349/247>

142. Lledó E. Entrevista en “El Intermedio”. La Sexta TV. 2015. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=KPYJwAJMcg4>
143. Federico Pégola. Favaloro y los últimos 50 años de la Medicina Argentina. Hosp y Comunidad. 324–6.
144. Turiabian JL. Cuadernos de Medicina Familiar y Comunitaria. Ediciones Díaz de Santos; 1995.
145. CONEAU. Informe final. Evaluación externa Universidad Favaloro. 2001.
146. Pichel R. Desarrollo sin ciencia: otra fantasía argentina. Buenos Aires; 1991.
147. Treinta años de la Fundación Favaloro (1975-2005). Fundación Favaloro; 2005.
148. Andal P. Hace treinta años se hizo el primer trasplante cardíaco. Clarin [Internet]. 1998; Available from: <http://edant.clarin.com/diario/1998/05/31/e-05701d.htm>
149. Ranking web of World Hospitals. [Internet]. Available from: <http://hospitals.webometrics.info/>
150. El Instituto Favaloro atiende 30 mil pacientes cada año. La Maga. 1996. May .
151. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson; 2004.

152. Lopez E. Science on the spot to defeat diseases of poverty. 2014. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=h5SZivUUGM4>
153. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, Fagundo Becerra EM, Alejandro Lázaro G, Carmona de la Morena J et al. Medicalización de la vida (I). Rev Clínica Med Fam [Internet]. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria; 2011 Jun [cited 2014 May 7];4(2):150–61. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2011000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
154. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión clínica y Sanit [Internet]. 2003 [cited 2014 May 7];2(enero 2007):65–86. Available from: <http://www.revistadefilosofia.org/4Lamedicalizacion.pdf>
155. Padilla J. GRÁFICO: ¿Gastar más en sanidad es tener mejor salud? [Internet]. Eldiario.es. 2014 [cited 2014 May 7]. Available from: [http://www.eldiario.es/agendapublica/impacto\\_social/GRAFICO-Gastar-sanidad-mejor-salud\\_0\\_253375334.html](http://www.eldiario.es/agendapublica/impacto_social/GRAFICO-Gastar-sanidad-mejor-salud_0_253375334.html)
156. Padilla J. Reforma fiscal y seguros sanitarios privados: ampliando desigualdades [Internet]. Eldiario.es. [cited 2014 May 7]. Available from: [http://www.eldiario.es/agendapublica/impacto\\_social/Reforma-sanitarios-privados-ampliando-desigualdades\\_0\\_242876430.html](http://www.eldiario.es/agendapublica/impacto_social/Reforma-sanitarios-privados-ampliando-desigualdades_0_242876430.html)
157. Navarro V, Torres J, Garzón A. Hay alternativas: propuestas para crear empleo y bienestar social en España. [Internet]. Sequitur. ATTAC España.; 2011. Available from: <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2011/10/hayalternativas.pdf>
158. El País. Boi Ruiz: “La salud depende de uno mismo, no del Estado.” Ediciones El País; 2011 Oct 25 [cited 2014 May 7]; Available from:

- [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/10/25/actualidad/1319493603\\_850215.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/10/25/actualidad/1319493603_850215.html)
159. Starfield B. Is US health really the best in the world? JAMA [Internet]. 2000 Jul 26 [cited 2014 May 7];284(4):483–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10904513>
160. Lamata F. Los gastos de administración de los seguros privados son mucho más altos que los de la Sanidad Pública [Internet]. Blog de Fernando Lamata. [cited 2014 May 7]. Available from: <http://fernandolamata.blogspot.com.es/2012/11/los-gastos-de-administracion-de-los.html>
161. Évole J. Toni Martínez habla del modelo Alzira - La Sexta [Internet]. [cited 2014 May 7]. Available from: [http://www.lasexta.com/videos-online/programas/salvados/toni-martinez-habla-modelo-alzira\\_2013021000089.html](http://www.lasexta.com/videos-online/programas/salvados/toni-martinez-habla-modelo-alzira_2013021000089.html)
162. José Pablo Feinmann. A pensar de todo. Capítulo 2: la globalización. Se puede visualizar aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=W-ZeCCvzDD8>
163. Smith A. Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones. Fondo de Cultura Económica, editor. México. 1958.
164. Tobar F. ¿Cómo curar al Sistema de Salud Argentino? *revistamedicos.com.ar* [Internet]. 2002 [cited 2014 May 8];11(4):277–82. Available from: <http://www.revistamedicos.com.ar/tobar2.htm>
165. Maceira D, Cejas C, Olaviaga S. Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino. *Programa Salud Área Desarro Soc.* 2010;49.

166. Padilla J. Etiqueta Gestión Sanitaria [Internet]. Blog Médico crítico. Available from: [http://medicocritico.blogspot.com.es/search/label/gestión\\_sanitaria](http://medicocritico.blogspot.com.es/search/label/gestión_sanitaria)
167. Sevillano E. La justicia paraliza el proceso de privatización sanitaria de Madrid. El País [Internet]. Ediciones El País; 2013 Jul 10 [cited 2014 May 8]; Available from: [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/07/10/madrid/1373456302\\_527898.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/07/10/madrid/1373456302_527898.html)
168. Cafe amb llet [Internet]. Available from: <http://www.cafeamballet.com/>
169. Fraile R. ¿Tenemos una crisis en “w” o en “L”? [Internet]. Reeditor. [cited 2014 May 8]. Available from: <http://www.reeditor.com/columna/6298/11/economia/tenemos/crisis/w/o/l>
170. Calloni E. Operación Cóndor: pacto criminal. La jornada, editor. 2001.
171. Yofre JB. 1982: Los documentos secretos de la guerra de Malvinas Falklands y el derrumbe del pro (Google eBook) [Internet]. Random House Mondadori; 2011 [cited 2014 May 8]. Available from: <http://books.google.com/books?id=EW7PtePHLPAC&pgis=1>
172. Bayer O. “Sábato y Favaloro son parte de la hipocresía argentina” [Internet]. La Capital. 2005 [cited 2014 May 9]. Available from: [http://archivo.lacapital.com.ar/2005/06/12/seniales/noticia\\_202309.shtml](http://archivo.lacapital.com.ar/2005/06/12/seniales/noticia_202309.shtml)
173. Laclau E. La razón populista. Fondo de Cultura Económica de España, editor. 2005.

174. Menendez O. Colas en la pública...y en la privada ¿qué? [Internet]. Revista Quo. 2014. Available from: <http://www.quo.es/salud/medicina-en-crisis/colas-en-la-publica-y-en-la-privada-que>
175. Charpentier D. Finlandia: En el mejor sistema educacional del mundo está prohibido seleccionar a los alumnos - BioBioChile [Internet]. BiobioChile. 2014 [cited 2014 May 9]. Available from: <http://www.biobiochile.cl/2014/04/10/finlandia-en-el-mejor-sistema-educacional-del-mundo-esta-prohibido-seleccionar-a-los-alumnos.shtml>
176. General health checks for reducing illness and mortality [Internet]. John Wiley and Sons, Ltd. for The Cochrane Collaboration; 2013 [cited 2014 May 9]. Available from: <http://summaries.cochrane.org/CD009009/general-health-checks-for-reducing-illness-and-mortality>
177. Sánchez R. Lo que una mujer no necesita. AMF. 2012;8(11):617-25.
178. Sanchez R. VALLADOLID-MADRID [Internet]. Una palabra tuya bastará para sanarme. 2014 [cited 2014 May 9]. Available from: <http://1palabratuyabastaraparasanarme.blogspot.com.es/2014/05/valladolid-madrid.html>
179. De la Rúa supo tarde de la última carta de Favalaro [Internet]. La Nación. 2000 [cited 2014 May 9]. Available from: <http://www.lanacion.com.ar/27172-de-la-rua-supo-tarde-de-la-ultima-carta-de-favaloro>
180. Videla E. Una muerte cuidadosamente planificada. Página 12 [Internet]. 2000 [cited 2014 May 9]; Available from: <http://www.pagina12.com.ar/2000/00-08/00-08-03/pag17.htm>



181. La voz del Interior. "Logramos mantener a flote la Fundación". 2001;17.
182. Rahimtoola SH. Coronary bypass surgery for chronic angina--1981. A perspective. *Circulation* [Internet]. 1982 Feb 1 [cited 2014 May 3];65(2):225-41. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.65.2.225>
183. Takaro T, Bhayana J, Dean D. Section 1: Historic Perspective. *Pr*. 1986;XXVIII(5):391-6.
184. Detre K, Peduzzi P, Scott S, Davies B. Long-term Survival Results in Medically and Surgically Randomized Patients (Section 4). *Prog Cardiovasc Dis* [Internet]. 1985 [cited 2014 May 3];28(3):235-43. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/3154479>
185. Hultgren H, Takaro T, Detre K, Stemmer E. Criticisms of the Study (Section 14). *Pr*. 1986;XXVIII(5):391-6.
186. Takaro T, Pifarre R, Fish R. Left Main Coronary Artery Disease (Section 3). *Prog Cardiovasc Dis*. 1985;28(3):229-34.
187. Peduzzi P, Kamina A, Detre K. Twenty-two-year follow-up in the VA Cooperative Study of Coronary Artery Bypass Surgery for Stable Angina. *Am J Cardiol* [Internet]. 1998 Jun 15;81(12):1393-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9645886>
188. Detre K. Overview of Coronary Artery Bypass Graft Surgery (Section 13). *Prog Cardiovasc Dis*. 1986;28(5):387-90.
189. Group UAPS. Unstable angina pectoris: National Cooperative Study Group to compare medical and surgical therapy-I. Report of protocol and

- patient population. *Am J Cardiol* [Internet]. 1976 May [cited 2014 May 3];37(6):896–902. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1266755>
190. Moraski R. Unstable Angina Pectoris : National Cooperative Study Group To Compare Surgical and Medical Therapy II . In-Hospital Experience and Initial Follow-Up Results in Patients With One , Two and Three Vessel Disease. *Am J ...* [Internet]. 1978 [cited 2014 May 3];42(November). Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0002914978901054>
191. Group ECS. Prospective randomised study of coronary artery bypass surgery in stable angina pectoris. *Lancet*. 1980;(September).
192. Group ECSS. Coronary-artery bypass surgery in stable angina pectoris: survival at two years. *Lancet* [Internet]. 1979 [cited 2014 May 3];(April). Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:CORONARY-ARTERY+BYPASS+SURGERY+IN+STABLE+ANGINA+PECTORIS:+SURVIVAL+AT+TWO+YEARS#0>
193. Rogers WJ, Coggin CJ, Gersh BJ, Fisher LD, Myers WO, Oberman A et al. Ten-year follow-up of quality of life in patients randomized to receive medical therapy or coronary artery bypass graft surgery. The Coronary Artery Surgery Study (CASS). *Circulation* [Internet]. 1990 Nov 1 [cited 2014 May 3];82(5):1647–58. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.82.5.1647>
194. Coronary artery surgery study (CASS): a randomized trial of coronary artery bypass surgery. Survival data. *Circulation* [Internet]. 1983 Nov 1 [cited 2014 May 3];68(5):939–50. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.68.5.939>

195. Weiner D, Ryan TJ, Parsons L, Fisher LD, Chaitman BR, Sheffield LT et al. Prevalence and prognostic significance of silent and symptomatic ischemia after coronary bypass surgery: a report from the Coronary Artery Surgery Study (CASS) randomized population. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 1991 Aug;18(2):343–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1856402>
196. Cameron AC, Davis KB, Rogers WJ. Recurrence of angina after coronary artery bypass surgery: Predictors and prognosis (CASS registry). *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 1995 Oct;26(4):895–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0735109795002804>
197. Bell MR, Gersh BJ, Schaff HV, Holmes DR, Fisher LD, Alderman EL et al. Effect of completeness of revascularization on long-term outcome of patients with three-vessel disease undergoing coronary artery bypass surgery. A report from the Coronary Artery Surgery Study (CASS) Registry. *Circulation* [Internet]. 1992 Aug 1 [cited 2014 Apr 29];86(2):446–57. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.86.2.446>
198. Alderman EL, Bourassa MG, Cohen LS, Davis KB, Kaiser GG, Killip T et al. Ten-Year Follow-up of Survival and Myocardial Infarction in the Randomized Coronary Artery Surgery Study. *Circulation* [Internet]. 1990 Nov 1 [cited 2014 May 3];82(5):1629–46. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.82.5.1629>
199. Chaitman B, Ryan T. Coronary Artery Surgery Study (CASS): comparability of 10 year survival in randomized and randomizable patients. *J ...* [Internet]. 1990 [cited 2014 May 3];(I). Available from: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1115701>

200. Mock MB, Ringqvist I, Fisher LD, Davis KB, Chaitman BR, Kouchoukos NT et al. Survival of medically treated patients in the coronary artery surgery study (CASS) registry. *Circulation* [Internet]. 1982 Sep 1 [cited 2014 May 3];66(3):562–8. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.66.3.562>
201. Myers W, Blackstone E. CASS registry. Long term surgical survival. J ... [Internet]. 1999 [cited 2014 May 3];33(2). Available from: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1125575>
202. Taylor H, Deumite NJ, Chaitman BR, Davis KB, Killip T, Rogers WJ. Asymptomatic left main coronary artery disease in the Coronary Artery Surgery Study (CASS) registry. *Circulation* [Internet]. 1989 Jun 1 [cited 2014 May 3];79(6):1171–9. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.79.6.1171>
203. Yusuf S, Zucker D, Peduzzi P, Fisher LD, Takaro T, Kennedy JW et al. Effect of coronary artery bypass graft surgery on survival: overview of 10-year results from randomised trials by the Coronary Artery Bypass Graft Surgery Trialists Collaboration. *Lancet* [Internet]. 1994 Aug 27;344(8922):563–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7914958>
204. Alison P, Sidebotham D. Surgery or percutaneous coronary intervention for three-vessel and left main coronary artery disease: a critical appraisal of the literature. *J New Zeal Med ...* [Internet]. 2007 [cited 2014 May 3];120(1255). Available from: <http://nzma.org.nz/journal/120-1255/2557/>
205. Charles ED, Wayne JB, Oberman A, Reed BA, Haynie C, Kouchoukos NT et al. Costs and benefits associated with treatment for coronary artery disease. *Circulation* [Internet]. 1982 Nov [cited 2014 May 3];66(5 Pt

- 2):III87-90. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6812983>
206. Abu-Omar Y, Taggart DP. Coronary artery bypass surgery. *Medicine* (Baltimore) [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Aug [cited 2014 May 3];38(8):446-9. Available from:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S135730391000126X>
207. Moreno R. Tratamiento de la angina estable: revascularización miocárdica. *dialnet.unirioja.es* [Internet]. 2011 [cited 2014 May 4];31-40. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3700512>
208. Osakidetza. Crítica a la publicidad de Inegy [Internet]. Available from: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkcevi02/es/contenidos/informacion/cevime\\_atencion\\_primaria/es\\_cevime/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/cevime\\_nuevo\\_medimento/es\\_nme/adjuntos/simvastatina\\_ezetimiba\\_critica\\_publicidad.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkcevi02/es/contenidos/informacion/cevime_atencion_primaria/es_cevime/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/cevime_nuevo_medimento/es_nme/adjuntos/simvastatina_ezetimiba_critica_publicidad.pdf)
209. Bonow RO, Epstein SE. Indications for coronary artery bypass surgery in patients with chronic angina pectoris: implications of the multicenter randomized trials. *Circulation* [Internet]. 1985 Dec [cited 2014 May 3];72(6 Pt 2):V23-30. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3905055>
210. BARI, CABRI, EAST, GABI and RITA: Coronary angioplasty on trial. *Lancet*. 1989;335:1315-6.
211. Kurbaan A, Rickards A, Ilsley C. Relation between coronary artery disease, baseline clinical variables, revascularization mode, and mortality. *Am J ...* [Internet]. 2000 [cited 2014 May 3];86(00):938-42. Available from:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002914900011267>

212. Henderson R, Pocock SJ, Sharp SJ, Nanchahal K, Sculpher MJ, Buxton MJ et al. Long-term results of RITA-1 trial: clinical and cost comparisons of coronary angioplasty and coronary-artery bypass grafting. *Lancet* [Internet]. 1998 Oct;352(9138):1419–25. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673698033583>
213. King S, Lembo N. A randomized trial comparing coronary angioplasty with coronary bypass surgery. ... *Engl J* ... [Internet]. 1994 [cited 2014 May 3]; Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199410203311602>
214. Hamm C, Reimers J. A randomized study of coronary angioplasty compared with bypass surgery in patients with symptomatic multivessel coronary disease. ... *Engl J* ... [Internet]. 1994 [cited 2014 May 3]; Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199410203311601>
215. Comparison of coronary bypass surgery with angioplasty in patients with multivessel disease. *N Engl J Med* [Internet]. 1996 Sep 15 [cited 2014 May 3];94(6):1194. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22814775>
216. Pocock SJ, Henderson R, Rickards F, Hampton JR, King SB, Hamm CW et al. Meta-analysis of randomised trials comparing coronary angioplasty with bypass surgery. *Lancet* [Internet]. 1995 Nov 4;346(8984):1184–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7475657>
217. Hoffman SN, TenBrook J, Wolf MP, Wong JB, Pauker SG, Salem DN. A meta-analysis of randomized controlled trials comparing coronary artery bypass graft with percutaneous transluminal coronary angioplasty: one- to eight-year outcomes. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2003 Apr [cited 2014 May 3];41(8):1293–304. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109703001578>

218. Serruys PW, Ong AT, Van Herwerden L, Sousa JE, Jatene A, Bonnier JJ et al. Five-year outcomes after coronary stenting versus bypass surgery for the treatment of multivessel disease: the final analysis of the Arterial Revascularization Therapies Study (ARTS) randomized trial. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2005 Aug 16 [cited 2014 May 3];46(4):575–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16098418>
219. Bravata D, Gienger A. Systematic review: the comparative effectiveness of percutaneous coronary interventions and coronary artery bypass graft surgery. *Ann Intern ...* [Internet]. 2007 [cited 2014 May 3]; Available from: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1136849>
220. Daemen J, Boersma E, Flather M, Booth J, Stables R, Rodriguez A et al. Long-term safety and efficacy of percutaneous coronary intervention with stenting and coronary artery bypass surgery for multivessel coronary artery disease: a meta-analysis with 5-year patient-level data from the ARTS, ERACI-II, MASS-II, and SoS trials. *Circulation* [Internet]. 2008 Sep 9 [cited 2014 May 3];118(11):1146–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18725490>
221. Capodanno D, Stone GW, Morice MC, Bass T, Tamburino C. Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass graft surgery in left main coronary artery disease: a meta-analysis of randomized clinical data. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. Elsevier Inc.; 2011 Sep 27 [cited 2014 May 3];58(14):1426–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21939824>
222. Simoons M. Editorial. Myocardial revascularization-bypass surgery or angioplasty? *N Engl J Med* [Internet]. 1996 [cited 2014 May 4];275–83. Available from: <http://repub.eur.nl/pub/5517/1077.pdf>

223. Taggart DP. PCI or CABG in coronary artery disease? *Lancet* [Internet]. 2009 Apr 4 [cited 2014 May 4];373(9670):1150–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19303631>
224. Serruys P. Intervencionismo coronario percutáneo para todos los pacientes con enfermedad coronaria compleja : enfermedad de tres vasos o del tronco izquierdo. ¿Verdadero? ¿Falso? ¿No se sabe? *Rev Esp Cardiol*. 2014;62(7):719–25.
225. Juffé-stein A. Nuevas guías de revascularización miocárdica. Punto de vista del cirujano. *Cir Cardiovasc*. 2014;18(4):263–7.
226. Navia D, Leguizamón JH. Enfermedad coronaria de múltiples vasos: Tratamiento quirúrgico versus angioplastia. *Rev Argent Cardiol* [Internet]. Sociedad Argentina de Cardiología; [cited 2014 May 4];74(3):136–45. Available from: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-37482006000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482006000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
227. Boden WE. Surgery, angioplasty, or medical therapy for symptomatic multivessel coronary artery disease: is there an indisputable “winning strategy” from evidence-based clinical trials? *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2004 May 19 [cited 2014 May 4];43(10):1752–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15145094>
228. Carey J. Is Heart Surgery Worth It? - *Businessweek*. Bloomberg Business Week [Internet]. 2005 [cited 2014 May 4]; Available from: <http://www.businessweek.com/stories/2005-07-17/is-heart-surgery-worth-it>
229. Friedberg CK. Caution and Coronary Artery Surgery: Timeo chirurgos et dona ferentes. *Circulation* [Internet]. 1972 Apr 1 [cited 2014 May



- 4];45(4):727–30. Available from:  
<http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.45.4.727>
230. Segal BL, Likoff W, Najmi M, Linhart JW. Saphenous vein bypass surgery for coronary artery disease. *Am J Cardiol* [Internet]. 1973 Dec [cited 2014 May 4];32(7):1010–3. Available from:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002914973801742>
231. Segal B, Likoff W. Saphenous vein bypass surgery for impending myocardial infarction. *Am J ...* [Internet]. 1972 [cited 2014 May 4]; Available from:  
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Saphenous+Vein+Bypass+Surgery+for+Impending+Myocardial+Infarction#0>
232. Buccino R, McIntosh HD. Aortocoronary bypass grafting in the management of patients with coronary artery disease. *Am J Med* [Internet]. 1979 Apr;66(4):651–66. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10147835>
233. McIntosh H, Buccino R. Letters to the Editor. *J Am Vet Med Assoc* [Internet]. 2014 May 15;244(10):1126–7. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24786156>
234. Burch G. Surgical versus medical management of coronary heart disease. *Am Heart J* [Internet]. 1973 [cited 2014 May 4];846. Available from:  
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Surgical+versus+medical+management+of+coronary+heart+disease#0>
235. Burch G. Coronary artery surgery—saphenous vein bypass. *Am Heart J* [Internet]. 1971 [cited 2014 May 4];(82):70012. Available from:  
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Coronary+artery+surgery-Saphenous+vein+bypass#0>

236. Mullins C, Lipscomb K. Critique of coronary artery bypass surgery. *Annu Rev Med* [Internet]. 1977 [cited 2014 May 4]; Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.me.28.020177.001415>
237. Mainetti JA. COEficiente de adversidad. 1998.
238. May M. "Ezequiel Martínez Estrada, profeta desdichado" [Internet]. Argentina; 2011. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=7ahTIAfiYug>
239. Fundación Ezequiel Martínez Estrada. Su mejor alumno. Ezequiel Martínez Estrada y el Dr. René Favaloro. 2008.
240. Alcorta R. René Favaloro: "El único elitismo es el de las neuronas." *El Tribuno*. Salta; 1988.





## **10. ANEXOS.**









## 1. ANEXO I.

### **LEGÍTIMO FIBROCEMENTO**

#### **(UNA HISTORIA DE MEDICINA Y MEDIA DE AMOR EN SAN CARLOS DE BARILOCHE, ARGENTINA)**

*“Encontraré un camino; o si no, me lo haré” – Aníbal- .*

*“Al lugar donde has sido feliz no debieras tratar de volver” - Joaquín Sabina -*

*“De Buenos Aires a Madrid” - Carlos Chaouen -<sup>1</sup>*

*“Relocos y recuerdos” - Luis Ramiro - <sup>2</sup>*

A veces en la vida pasa como en las películas. A veces, no hay tardes para pensar en la vida. Ni en si somos en realidad felices, lo cual es un alivio, porque la duda constante resulta terriblemente agotadora. Hay veces que vuelve la sensación de cuando llega la primavera y la gente, después del letargo, se echa a las calles, a las terrazas de Madrid y Palermo, a los parques, a beber tintos de primavera y comer rollitos de verano. A veces te das cuenta de que no anochece a las cinco de la tarde y sientes algo parecido al enamoramiento. A veces te das cuenta de que ya no eres estudiante y sientes algo parecido al desamparo. A veces la vida fluye. Hay ocasiones en que ves una mariposa volante en vez de una mosca y te das cuenta de que tienes un desprendimiento de rutina. A veces, la vida te enseña que la alegría debe de ser muy parecida a la felicidad.

---

1 [http://www.youtube.com/watch?v=L\\_6zXYKVPss](http://www.youtube.com/watch?v=L_6zXYKVPss)

2 <http://www.youtube.com/watch?v=lrLDY-K380Q>

Conocí en Buitrago de Lozoya (Sierra de Madrid), donde aún sobrevive el último maquis de la Medicina, con Juan Gérvas a la cabeza, a una médico argentina que me dio un contacto para ir a Bariloche uno de mis cuatro meses de rotaciones optativas, correspondientes a mi tercer año de deformación en Atención Primaria. Ese mes hubiera podido quedarme a la sombra de cualquier especialista sombrío y gris en cualquier consulta de Madrid rellenando volantes y firmando recetas (a eso no nos gana a los de Primaria ni Dios), aprovechando cualquier arrenuncio para ver llover por la ventana, para cotillear las portadas de los libros de los pacientes y los escotes o para esperar esa casualidad en forma de trallazo exacto de confeti, que mande todo a tomar por culo de una vez. Si no fuera por la esperanza de encontrar la salida de emergencia del tedio o una fisura a las 12 de la realidad, la mayoría de los días no me levantaría de la cama.

La vida es lo que nosotros queremos que sea.

Hasta aquel entonces, la única ocasión en la que había oído la palabra Bariloche, fue una vez que estuve en una discoteca de Plasencia con ese nombre y en la que acabé borracho perdido coreando las canciones de Extremoduro. Yo quiero ser el Robe Iniesta de la Medicina.

## **1. EN CÓMODAS CUOTAS**

San Carlos de Bariloche es una ciudad de la Provincia de Río Negro, sita en la Patagonia s/n. Bariloche, como familiarmente también se la conoce, tiene unos 130.000 habitantes. Es una ciudad trampa, como tantas. El que vaya de turista conocerá las tres calles principales, adyacentes al bonito lago y los montes, con lujosas tiendas de ropa, con las firmas más caras de artículos para la montaña, con restaurantes, discotecas, chocolaterías, agencias de viajes, algún parque, la bonita plaza mayor, alguna iglesia. Todo preparado para satisfacer a los turistas de fuera del país y a las clases más altas de dentro, sobre todo en el invierno, cuando la ciudad se convierte en un importante centro de esquí. Joder, no sé qué tipo de complejo es el que me sale, yo creo que es el complejo de pobre, pero mira que le tengo ojeriza a la gente que esquía.

Es una ciudad trampa, como tantas. Como casi todas las ciudades grandes. Como tantos sitios en el mundo que parecen lo que no son. Una de las mayores mentiras del mundo es el turismo. Los turistas, en nuestro afán por satisfacer las ideas preconcebidas que tenemos sobre el lugar al que queremos ir, nos tragamos lo que sea y nos vamos creyendo que sabemos algo del lugar y, más gravemente, de la gente que vive en los lugares que hemos visitado.

En Bariloche, como en tantos sitios, los turistas y los locales se dan la espalda. Como en tantos sitios, y sobre todo como en los países pobres, los lugares son diferentes para los turistas y los locales: los bares, los parques, los restaurantes, las tiendas, los supermercados, las calles, el aire, la soledad, la resaca... Me he pasado la vida en sitios en los que la gente se da la espalda, en mi Salamanca natal los viejos y los estudiantes, en Madrid los madrileños y los de fuera, los españoles y los de fuera... No darse la espalda no es sólo no agredirse, sino que es conocerse y convivir, mezclarse.

Una cosa es la imagen que tiene un turista que pasa tres días en un sitio y otra alcanzar a intuir los mecanismos íntimos en los que se articula la ciudad. Cuando yo llegué a Bariloche, mi deseo era ver cómo funcionaban los engranajes, esos hilos que unen a la gente y sus sentimientos y que son de finos como los hilos con los que nos manejan. "Lo esencial es invisible a los ojos".

Quería conocer el ciclo de Krebs de la ciudad, las mitocondrias de sus habitantes, el aparato de Golgi de los lunes, la oxidorreducción de las relaciones, la entropía de la lluvia, los equilibrios inestables entre turistas y locales, los teoremas de los comportamientos. Todo, a través del prisma deformante de la Sanidad. Todo a través del prisma deformante de la Atención Primaria. Porque, amigos, el lugar de la vida que más se parece a la vida es la Atención Primaria.

## **2. UNA HISTORIA DE MEDICINA**

Bariloche, en contra de lo que pudiera pensar la mayoría de la gente que la ha visitado, es una ciudad pobre. Pobre como una rata. Los mecanismos de la mentira

tienen estas cosas, que crean divergencias entre las percepciones. Probablemente alguien que haya visitado el norte de Argentina o Bolivia pueda decirme que no sé qué es la pobreza.

Estuve en febrero de 2010 en un centro de salud (salita en argentino) de dos barrios periféricos de la ciudad, a 15 minutos en bus del centro. La salita tenía dos consultas médicas, una consulta de enfermería, el mostrador de administración y una cocina. En cuanto al personal: dos médicos, una enfermera, una señora de la limpieza y dos agentes sanitarios eran fijos. Mientras que un pediatra que no cobraba, una psicóloga, una asistente social y una operadora de salud mental era el personal que iba una vez por semana.

Los agentes sanitarios son una figura importante en la sanidad pública argentina. Se encargan de patearse el barrio, del contacto cuerpo a cuerpo con la gente, van a los domicilios a evaluar las necesidades del personal, vigilan que ninguna embarazada ni ningún niño en riesgo deje de ir a los controles. Se encargan de que el centro de salud esté surtido de los medicamentos que se entregan a la población. Si alguna vez hay que acompañar a algún abuelete que está solo a la consulta del hospital, son ellos los que van. Sus estudios no son universitarios, sino que cursan una especie de módulo de formación profesional y su peso específico es notable dentro del funcionamiento del sistema.



**Foto 1.** Centro de salud “El Frutillar”.

En Argentina, hay sistema público y privado. Todos los trabajadores por el hecho de pertenecer a la empresa tienen lo que llaman “Obra social”, que son distintos seguros que les proveen de los servicios sanitarios. En casi todos los casos, el seguro se extiende a la familia del asegurado. La mayoría de la población trabaja o es familia de un trabajador, así que la cobertura de la pública es mucho menor que en España. A la medicina pública va la gente con menos recursos y los ancianos.

El modelo condiciona algunas peculiaridades. Por un lado, en la privada, la gente padece la terrible enfermedad de la especialitis. La figura del médico general no tiene cabida. Es un fenómeno de sobra conocido. Allí, que todo el mundo es muy listo, sabe a qué médico debe acudir ante cada síntoma y qué prueba es la que le tienen que hacer, que para eso pagan y está incluido en el precio. Se llevan mucho los chequeos rutinarios anuales y los recursos sanitarios son un bien de consumo más. Paradójicamente, no es sólo que esta opción no provea de mayor salud a sus clientes, si no que les lleva a la temible cascada diagnóstica y terapéutica. Para muestra un botón. Una familiar de una paciente, 35 años, con un dolor torácico inespecífico clínicamente desde hacía dos semanas, que si tenía alguna causa, ésta era muscular o ansiosa. Le tomaron alguna vez la tensión arterial y tenía 150/90. Le prescribieron un antihipertensivo, le hacían un ecocardiograma anual para controlar un soplo funcional, sin que éste condicionara patología, Holter anual, y la madre del cordero, le iban a hacer una ventriculografía isotópica. Joder, mi opinión era que la tía estaba sana y que no había que hacerle absolutamente nada, que se estaba inventando la patología porque era una cartillera. Una de esas que van exhibiendo su cartilla, una de “yo pago”; y el médico que estaba delante accedía a lo que la tía le decía, suponía yo que porque cobraba por acto médico y por los cheques de las pruebas. Un día se lo dejé caer y me montó un expolio de la virgen. Es lo de: te hago una resonancia de las rodillas para verte la artrosis, te hago ecografías del tiroides todos los años por unos nódulos que no te crecen desde la época de Alfonsín...

En fin, por otro lado está la pública, que recoge a todos los abueletes y, en general, a la gente sin recursos. La gente con Obra Social puede elegir atenderse en la pública o en la privada en teoría, pero la pública está tan saturada, que se suele

remitir a los pacientes a su Obra Social. Los recursos son escasos y se intentaba dividir por los menos posibles.

Lo que pude observar es que en los barrios que nos correspondían, la pirámide de la población estaba invertida con respecto a la de España. Muchos niños, mucha gente entre los 20 y los 40 años, muy pocos viejetes.

Esto y algunas peculiaridades culturales y sociales iban a condicionar la patología que se veía. La protagonista de la película era el embarazo adolescente. Viví atormentado al principio indagando las causas del problema. El acceso a los anticonceptivos es espectacular. De 10. Bárbaro. Había varias opciones. Preservativos gratis, poco éxito por la mentalidad machista. Pastillas, que se las daban gratis cada mes en el centro; inyectables, se los pinchaban cada mes (mucha aceptación, en comparación con España), y DIUs, que colocaban los médicos generales en la consulta. Iba con la ilusión de adquirir esta competencia porque sería bonito y deseable que un médico de familia supiera colocar un DIU. No me dejaron intentarlo, pero me pareció muy sencillo. A la vuelta, rotando en Ginecología me querían convencer de que es una temeridad que el médico de familia los ponga, por el peligro de perforación, porque se podía complicar todo. No está indicado, me decían. No sé quién es el que indica. No entiendo nada.

Me pareció gracioso que no me dejaran aprender a colocarlo. En Bariloche, tuve la oportunidad de hacer varias excursiones por la montaña. Alguna gente con la que conversé en ellas, me contaba alguna caída con luxación de hombro incluida. Yo siempre pensaba que no había metido un hombro en mi vida, joder, que es una vergüenza. En nuestro hospital los adjuntos no dejan a los residentes de trauma enseñarnos porque dicen que nosotros no vamos a hacer eso y por si hay algún problema legal. No me jodáis. Que vaya de excursión, que la gente sepa que soy médico, que a un pelao se le salga el hombro y que no sepa metérselo es para echarse a llorar.

Bueno, pues resulta que el acceso a los anticonceptivos es total. Me contaron que en el centro hicieron un estudio acerca de las causas del embarazo adolescente. Éste mostraba que la información que se daba a los chavales era muy buena, todos

sabían de qué iba el tema. Una de las cosas más interesantes que he aprendido en Bariloche es el por qué estas chicas tenían hijos tan jóvenes. Resulta que muchas chavalas se quedan embarazadas con pleno conocimiento de causa, porque su rol en la sociedad es ser madres, por la falta de perspectivas, por la falta de planes, por la pobreza, paradójicamente. Por las ayudas que da el Estado, que en el fondo son pocas pero que a ellas les parecen muchas. ¿Qué iban a hacer si no? Sin estudios, hijas a su vez de madres jóvenes. Muchas habían criado a sus hermanos casi como una madre más. Muchas chicas no usaban métodos anticonceptivos en sus relaciones porque sabían que un día podía llegar la noticia del embarazo, algo molesta pero en absoluto un drama y que la gente les cedería su asiento en el bus, que serían alguien en la sociedad. Serían madres.

Aunque a nosotros nos parezca raro, ese es el rol más bonito al que puede aspirar la mujer en ese medio. El resto, es el machismo omnipresente en la sociedad y las costumbres, el marido que se va de putas, el alcoholismo, la violencia familiar, el abuso sexual a los menores por parte de integrantes de la unidad familiar, es lo que les espera...

En la salita me decían que muchos de los chicos y chicas de los barrios que atendíamos no conocían el centro de la ciudad. Increíble.

Cuando íbamos a los domicilios, no podía creer en lo que la vida había convertido a las mujeres. Parecían espectros andantes. Chicas de 20 años sin dientes, con aspecto de tener 50, con dos hijos ya, viviendo en unas casas hechas de lata y maderas, con la cocina de gas y los 4 fogones encendidos a modo de calefacción.

Una vez me pasó una cosa que me tuvo un par de días sin levantar cabeza. Estaba en el súper y se me acerca una tía que no conocía de nada y me cuenta que está embarazada, que no lo quiere tener y que si yo sabía que qué podía hacer. Enseguida me dijo que era paciente de la salita y que me conocía de verme por allí. Me sentí mal porque una tía que no te conoce de nada y te aborda así tiene que estar muy desesperada y asustada. Me jodió bastante no poder hacer nada por ella, por desconocer los mecanismos y las leyes del país. Lo que sí sabía bien, era que si ella fuera una turista de las que vienen a Bariloche a esquiar, no tendría problema alguno para pagarse un aborto en una clínica, o si viviera en un país como España,

que va a dotar a las mujeres de ese derecho, tampoco. Lo comenté en la salita y me dijeron que si seguía con la idea de no tenerlo seguramente haría cualquier maniobra que pusiera en peligro su vida. Los médicos se debatían entre la culpabilidad por los embarazos no deseados de sus pacientes y la descarga de saber que no podían ir a casa de los demás a ponerles el preservativo. Que más de la información y las facilidades que se daban no se podía.

La circunstancia del embarazo adolescente era la que condicionaba la mayoría de toda la “patología” que veíamos: control del embarazo normal, revisión del niño sano, ginecología, realización de citologías.

La existencia de múltiples planes gubernamentales que subvencionan a ciertos colectivos no hacía sino cargar aún más de trabajo burocrático a la sanidad. Estaba el plan NACER, bajo el cual se daba un dinero a los padres por el niño y se les aseguraba la provisión de la leche artificial. Conclusión, había ochocientas mil revisiones del niño sano, una por mes hasta los dos años, en las que se entregaba la leche gratis. La gente venía a por la leche, con lo que tú venga a explorar ahí como un cosaco, haciendo una labor inútil. Apuntando todo en no sé cuántos cuadernos, pasando datos luego a las listas para el Gobierno. Otro, el PEÑI, para los niños de bajo peso, porque les daban una bolsa de comida.

Los argentinos (sobre todo los que no son peronistas) odian con toda su alma las subvenciones del Estado porque dicen que la gente al final prefiere recibirlas que trabajar. Que han armado una generación de vagos. Es un concepto muy arraigado desde la época de Evita, que daba peces, pero no enseñaba a pescar. En cuanto tienen oportunidad desprecian la tutela del Estado y ven la iniciativa propia como un valor absoluto. Suele pasar que los ciudadanos que han estado bajo la tutela de gobiernos intervencionistas, como en otro plano los comunistas, luego son los más liberales porque se pasan absolutamente al otro extremo y desprecian cualquier tipo de protección estatal. No podían entender que en España, las becas han permitido que los hijos de los pobres estudien una carrera universitaria.

Otro plan que me irritaba mucho era el REMEDIAR. Cuando se recetaba un fármaco había varias opciones: una, que hubiera en el centro muestras gratuitas (recordad:



nada que den los laboratorios es gratuito); otra, que el paciente fuera a buscarlo sin pagar a la farmacia del hospital con un papel, otra, que lo comprara en la farmacia (a lo mejor les recetábamos algo y les decían: compra las pastillas que te alcancen con el dinero que tienes) y otra era proporcionarles el fármaco con el plan REMEDIAR, bajo un formulario interminable que casi siempre rellenaba el abajo firmante. Cuando llegaba la caja para reponer los medicamentos (remedios en argentino), el abajo firmante también comprobó alguna vez uno por uno que los que venían estuvieran apuntados en la lista. Si algún día queréis pasar revista a los productos caducados de la nevera podéis llamarme, que lo hago rápido, después de haber chequeado uno por uno todos fármacos del puto armario.

Allí, entre el personal, no hay tanta jerarquía como aquí. Tal vez porque trabajan por el bien común y por el buen funcionamiento del negocio y no sólo por el sueldo como acá. Ganan más en la privada que en la pública, así que, en general, hay un compromiso social importante. Me sorprendió ver cómo había organizaciones sociales en el barrio cuya misión era supervisar y atender las necesidades de sus habitantes. Tenían reuniones periódicas para realizar acciones conjuntas.

En el mes que yo anduve por allí andaban preparando un censo de habitantes para poder sistematizar el trabajo que tenían para con la población. Pude asistir a alguna de esas reuniones. Duraban unos 40 minutos en los que te podías tomar tranquilamente 13 mates seguidos y luego abrían una ronda que duraba alrededor de una hora y cuarto para que uno por uno fuéramos explicando cómo nos habíamos sentido durante la reunión y si nuestras expectativas durante la misma se habían cumplido. Te partes con los argentinos.

La salita, el sistema sanitario, trabajaba con los demás en el barrio: con la escuela, con los del ayuntamiento, con el cura, con la justicia. Hay otro tipo de unión entre los profesionales en beneficio de la población.

Otro día me llevaron a una actividad con los profesores de la escuela. Se trataba de un taller sobre los límites que se debían poner a los niños en la educación del día a día. Nunca olvidaré el siete que tenía uno de los profesores en el jersey, chacho. Era increíble cómo filosofaban sobre el tema y con qué pasión se entregaron a los juegos.

El yugo de la falta de recursos era patente en cada instante. Nunca se utilizaba un folio en blanco, siempre papel que por el otro lado tenía otra cosa, el cual reutilizaban. En el hospital, para coger una muestra de orina, se le daba al paciente un bote de mermelada vacía que luego lavaban y reutilizaban. En los hospitales pediátricos, se utilizaban yogures vacíos. Si cogías más de un papel para secarte las manos te miraban mal. Los espéculos para las citologías se esterilizaban y reutilizaban, se envolvían en un papel parecido al del periódico. En el centro no tenían teléfono, mucho menos Internet. Si había que hacer alguna llamada se debía hacer desde el teléfono de cada uno. Si olvidabas o perdías el bolígrafo, estabas perdido, porque era un artículo de lujo. Se estiraban hasta más no poder. Como los termómetros, que nadie tenía en su casa. Las historias clínicas eran un desastre, con folios que se iban superponiendo grapados. Los pacientes con alguna patología aguda se veían por la mañana los primeros sin historia. Nunca quedaba registrado el episodio.

En medio de estas estrecheces se daban gestos hermosos. A las abuelitas que iban a sacarse sangre en ayunas se les invitaba a pasar a la cocina y se les daba algo caliente con unas galletitas. Todos los días se preparaba entre todos el almuerzo y a media mañana parábamos media hora, pero en vez de tomar algo rápido o ir al bar como en España, cocinaban algo elaborado como un hojaldre relleno, pasta, pizza ... Me tocó hacer algún día, cómo no, la clásica tortilla de patatas.

Menos un médico, eran todo mujeres y les hacía mucha gracia que les dijera que pensaba que en Argentina estaban todo el día dándole que te pego, que a las parejas se les rompía el preservativo y les preguntabas que a qué hora y te decían que a las 10 de la mañana, o le advertías a una mujer con candidiasis que no podía mantener relaciones en 6 días y te decía que nanai.

Los hombres realmente ni aparecían por la consulta. Cuando venían lo hacían por alguna causa de fuerza mayor, tristemente casi siempre asociada a alguna agresión, herida de arma blanca, accidente en el que el alcohol tenía algo que ver. Además, acostumbraban a venir dos días o así después, cuando ya no se podía hacer nada.

El control de los crónicos era deficiente. Ni un EPOC que vi, oye, ni un diabético con insulina, algún asmático solamente. Ni una FA, ni un paciente anticoagulado, ni un valvulópata. Ni un dolor de hombro. No vi a un sólo paciente con cáncer en todo el mes. No entendía nada. Quizá es que esos pacientes de mayor complejidad eran vistos en el hospital o en la Obra Social. Me llamó la atención que la Atención Primaria allí, se orienta mucho a la prevención. En cuanto el paciente se salía de ese esquema, el médico derivaba rápido. Sabían mucho (sinceramente más de lo que yo me imaginé) de lo que manejaban con más asiduidad: de tocogine, de pediatría... Mostraban interés en los temas de Salud Pública, tenían ganas de hacer otro tipo de actividades, como educación sanitaria en los colegios.

La patología estrella entre la clase media era la hipertensión. Todo Cristo en ese país está preocupado por su presión o tiene una opinión acerca de ella. Todo el mundo sabe si la tiene baja, alta... Si te pasa algo, la primera cosa a la que se lo puedes achacar es a la presión. Hay gente que iba, por prescripción facultativa, todos los días de un mes, a la salita a controlársela. Muchos pacientes, que no tenían especial mal control, eran seguidos por el cardiólogo por este tema solamente. Una locura.

La verdad es que se trabajaba bastante. Iba muchísima gente, nosotros veíamos a unos 30 o 40 pacientes, se tenía que hacer, como ya dije, muchísimo trabajo burocrático, certificados de salud para todo... Además, cuando un profesional faltaba no le ponían suplente, el resto tenía que asumir sus funciones, pero también entre las distintas categorías. El administrativo estaba de vacaciones y su trabajo lo debíamos hacer entre todos.

Siempre que podíamos, gustaba ir a los domicilios. Lo hacíamos a pie por una carretera sin asfaltar. Los coches al pasar, nos ponían perdidos de polvo. Las chicas españolas dirían eso de: - ¡Ay, que se me ensucia el pelo! -. Todas las "casas" eran unifamiliares, casi todas hechas por los propios habitantes, en una parcela. Todas tenían perros guardianes. Una vez me equivoqué de camino, me metí sin querer a una parcela privada y un perro me lanzó una dentellada que por suerte sólo me alcanzó el pantalón. Para llamar al timbre había que dar palmadas en la puerta. Normalmente nos invitaban a pasar.

Recuerdo la casa de Celeste, 18 años, dos hijos, el segundo prematuro. Nunca olvidaré las estrías de su barriga. Decía que el parto lo había desencadenado su padre un día que borracho, la pegó. En el interior de la garita, estabas 10 minutos y te mareabas. La cocina de gas con los cuatro fogones y el horno, que allí calienta a modo de fogón grande, encendido. Tampoco olvidaré su sonrisa. Le iban a pedir un calefactor por una red solidaria. Tenía que dar su autorización, porque lo pedían por la radio diciendo su nombre.

En Bariloche había una radio local, que solíamos escuchar por las mañanas en el centro, como la de "Doctor en Alaska", más o menos. Decían: - Se ha perdido una cartera negra, con 3 compartimentos, uno para el tarjetero, otro para las monedas... con revestimientos dorados en sus bordes. Se ruega si alguien la vio se comunique...- y cosas así, como anunciar los cumpleaños de la gente y tal.

Otro domicilio al que entramos fue al de Juanita, boliviana, 24 años, 2 hijos. En su familia próxima un caso espeluznante de abuso sexual del abuelo a un niño de 7 años. A Juanita también la pegaba su marido y se tuvo que ir del domicilio. Se armó una movilización impresionante de recursos para solucionar su situación y poner los medios para separarla del marido y empezar una nueva vida. Bajo el síndrome de Estocolmo volvió a los dos días con él. Su casa era un desastre. El día que fuimos había cinco niños por ahí, exploré a varios porque andaban con un proceso catarral. En esos niños mocosos y sucios se escondía una verdad absoluta.

Estoy seguro de que los argentinos, si vieran lo que vi aquel día no tendrían una imagen negativa de los bolis (bolivianos, bolitas). Estoy seguro de que si los españoles viajáramos a Marruecos, a Perú, a Ecuador, a Paraguay, a Bolivia, a Senegal..., si habláramos con la gente y la conociéramos un poco no tendríamos la imagen que tenemos de nuestros inmigrantes. Al igual que el nacionalismo, la terrible enfermedad del clasismo (la xenofobia no racial, pero sí económica) se cura viajando. Yo creo que los viajes de fin de curso de los colegios e institutos se deberían empezar a desviar a estos destinos. Si se quiere comprender algo de la sociedad en que vivimos, de nuestros vecinos, deberíamos conocerlos. Una sociedad es tanto más decente cuanto más interacciona y comprende a sus integrantes. No conozco a una sola persona que haya conocido estas realidades que me caliente la oreja todos los días (como me pasa) con el discursito de que los

inmigrantes nos vienen a quitar el trabajo, los recursos sanitarios, sociales, educativos; que yo conozco a una peruana que trajo a su madre con un cáncer para operarla, que nos invaden los médicos latinoamericanos que no saben nada, que llevo cotizando toda la vida y ahora viene el inmigrante que lleva aquí un año y se beneficia. Me ha dejado bastante tranquilo, la verdad, ver que en un país más pobre que España como es Argentina, también pasa con sus extranjeros.

Me deja tranquilo porque he comprobado que este discurso tiene lugar en el contexto de ese sentimiento universal llamado miedo y no porque aquí la situación sea excepcional.

Lo curioso es que a la vez, los argentinos se quejan de que cuando vienen a España se les discrimina en cuanto a requisitos exigidos (y tienen razón) para entrar al país. Tantas paradojas tiene la hipocresía y la amnesia: España y Argentina han sido países con una historia importante de recibir y dar. La era moderna de Argentina la escriben inmigrantes europeos. España ha exportado exiliados primero (México, Rusia) y trabajadores después (Alemania, Suiza) mientras la pusieron a régimen.

Me encantaba porque en el trabajo el ambiente era muy informal y la gente muy sencilla. Los médicos iban en zapatillas. Te podías no cambiar de ropa en toda la semana y no pasaba nada. Podías llevar algo roto y no pasaba nada. Mi madre me decía que seguro que estaba contento, porque siempre me reñía por llevar la ropa rota. La gente tenía los dientes hechos un cristo, le faltaban la mitad de las muelas y se la sudaba. Sin embargo, nadie les podía robar la sonrisa. No tenían complejos ni tantas chorradas como aquí, importaba un poco más cómo eras como persona. Teníamos a veces algunos encontronazos, porque me daba la impresión de que ellos, cuando hacías algo mal, aunque fuera una cosa sin mucha importancia, te lo decían, y a eso no estamos acostumbrados, o al menos yo no lo estoy. Pero muchos de los motivos de las pequeñas discusiones eran por diferencias culturales de las que nadie era culpable.

Un día creo que se enfadó una médico, porque mientras estábamos haciendo una citología a una paciente le pregunté que si eso que se veía ahí era el orificio cervical externo. Me reprendió porque decía que la paciente nos estaba viendo dudar y se

estaba llevando una mala imagen, algo que a mí me parecía una chorrada, porque la citología la estaba haciendo ella, no yo. Más tarde, con otra paciente, mientras la estábamos historiando pidió disculpas para ausentarse un segundo y volvió con un plátano que terminó de comerse mientras la veíamos. Me parto la raja.

Me llevé una buena imagen de la gente del centro de salud. Detrás de la barrera cultural que nos separaba y que se acepta como normal, los encontré muy buena gente.

Elbita, la enfermera, iba al centro por la mañana, por la tarde dormía y por la noche trabajaba en un hospital privado. Una vez, hablando de que tener armas de fuego era común en Argentina, les dije: - ¿Vosotras tenéis armas en casa? -. Y se miraron nerviosas por la indiscreción de la pregunta y ella contestó: - Uyyyyy, yo sólo por si atacan los animales, nomás -.

Lidia, la señora de la limpieza, después del centro de salud iba por las tardes al hospital, y además, vendía productos cosméticos para mujeres por catálogo, como perfumes energizantes, que llamaba ella. Siempre creí que de ahí provenía la fogosidad de los argentinos.

Carmen, toda una institución, 20 años en el centro, 41 años de edad, un hijo de 3, soltera. Fuimos un día a celebrar su cumpleaños a una cervecería para guiris y fue tan bonito verlas a todas sin el uniforme, todas guapas... Llevar lentillas allí era no ponerse ese día las gafas y ver un poco peor. El recuerdo de aquella noche, lo bien que nos lo pasamos, la forma en que se reían, la manera de comportarse, al lado de las otras mesas en las que los guiris estaban con su ordenador portátil en Internet, pidiendo pintas sin parar. Recordar aquella noche me produce una mezcla de tristeza y orgullo.

Sandrita, 33 años, 3 hijos, 2 de ellos con una pareja que se lo hizo pasar mal. Rehaciendo su vida con un nuevo marido y con una nueva profesión.

Nati, médico del centro, a la que le gustaba mucho la montaña y que quería ser médico rescatista. Qué bien que se portó conmigo. German, un pediatra muy aplicado, un puretilla (como casi todos los pediatras, ¿por qué será?) gracioso, un señor. Me enseñó lo que es el método Warldof.

Silvina y Felipe, dos médicos a la europea. Con tantas ganas de cambiar las cosas, desde las ideas claras.

Hay que tener cuidado con lo de ir a un país más pobre y cómo lo gestionas sentimentalmente. Hay que tener cuidado de no caer en la heroicidad, de no querer ser el listillo que sabe cómo se hacen las cosas a la europea o a la española, que crees que es la mejor forma de hacerlas por ser la tuya. De no creerte el Che Guevara a la menor. De saber que si quieres ser humilde, tienes mucho que ver, oír y callar. De saber y tener la seguridad, que dentro de nada vas a volver a tu país, con tus estúpidas cosas innecesarias y primermundistas, y que ese sentimiento de madreteresadecalcuta se va a esfumar de la manera más hipócrita.

Yo sé que todos los problemas de la gente, que me han atormentado durante el tiempo que pasé en Bariloche, se me olvidarán como se me han olvidado tantas cosas ya. Al ir allí no aspiraba a otra cosa que a vivir una experiencia personal y me encontré algo más, viví una experiencia colectiva. Sólo quiero que ese recuerdo quede bien oculto en el corazón, en la aurícula izquierda, porque es ahí donde guardo lo más íntimo: el pudor, el optimismo, el pasaporte. Sólo quiero que si me hacen un electrocardiograma el trazo escriba estas palabras, y que nunca, nunca, se las lleve el viento. Ese viento que ululaba y asustaba a los perros callejeros de San Carlos de Bariloche.



**Foto 2.** Yo en persona. De cuerpo presente.

### 3. GENTE QUE VIENE Y VA

Hay varias cosas que han cambiado el mundo en los últimos años y que la gente no les ha otorgado la consideración que merecen. La maleta de ruedas, las compañías de vuelo de bajo coste (always the cheapest is the best), el Skype... y los hostel. Los hostel, o albergues juveniles (diferenciar bien de los albergues transitorios o telos argentinos, domicilios por horas para parejas sin hogar que buscan amor), son alojamientos baratos (de 10 a 20 euros por noche con desayuno incluido), para gente de todas las edades, en habitaciones compartidas de 4, 6 o más personas que duermen en literas, mixtas, con baños compartidos, con instalaciones de uso común como la sala de estar, la sala de televisión, la cocina, comedor, con internet gratis, bar... en los que se suele alojar gente de todas las nacionalidades y que resultan una oportunidad única en el mundo de conocer a gente de otros países, de practicar y aprender inglés gratis, de divertirse, de valorar la cantidad de cosas inútiles que creemos que nos hacen falta, como el secador, la plancha, el afeitado, la tele, el móvil, el pescado tres veces por semana, la fruta cinco veces al día, el lavado de manos antes de comer, un calzoncillo diario... Dios, qué pereza de vida.

Conocí a tanta gente el mes que pasé viviendo en un hostel en Bariloche, que se hace difícil recordarlos a todos. Sin embargo, de todos ellos aprendí algo y habernos encontrado no fue indiferente para mí.

Distintas casualidades me fueron favorables. Primero, que el mes de mi rotación fue febrero, verano en Argentina, vacaciones escolares. Bariloche, clásico destino turístico de la gente que vive en Buenos Aires y que vuelve en repetidas ocasiones tras el viaje de egresados, el viaje del instituto. Tienen que volver porque no se acuerdan de nada de aquel. A diferencia de los extranjeros, que solían quedarse tres o cuatro días, éstos se quedaban en torno a una semana, lo que permitía un mayor contacto. Ellos fueron mi más importante fuente de conocimiento de la cultura argentina.

Me enseñaron el lunfardo, el argentino. Me cagaba de la risa con ellos. Me enseñaron lo que es un pata de lana, tirar la goma, el shamusho, el chongo, la



poronga, el qué se yo, el por las dudas, el capaz, el y...si, el tal cual, el ay la puta madre, el mirá vos, la concha de tu madre. Me enseñaron a irme de joda, los recontra, el forro, el obvio, el comúnmente, lo que es lindo y lo que es relindo, ¿viste?, piola, flia, grosso, el bloqueador, la computadora y las casas de computación, la colita, el chabón y la mina, nafta, costado, birome, la heladera, el freezer, la pieza, el departamento, el boliche. Me enseñaron lo que es despedir a un amigo del interior (cagar), jugar en cancha mojada (tener relaciones sexuales cuando la mujer está menstruando), dar una nalgada, dar una palmeada, trabajar ad honorem, las sutiles diferencias entre lastimado y quebrado, enojado, el trasnocho, la picada, la manteca, los jugos, los licuados, los exprimidos, las colaciones, hacer una consultita, el micro, el colectivo, el bondi, el boleto, el pasaje, el cospel, la valija, el temible está viniendo, el vamos viendo, me enseñaron a hacer el gesto de poner la palma de la mano hacia arriba haciendo converger los cinco dedos en un mismo punto para realizar repetidos movimientos de extenso-flexión de la muñeca (parezco Cortázar describiendo una escalera).

Mandé a pacientes al fisiatra, al kinesiólogo, dietas a base de puré de zapallito, les pedí que se sacaran la remera, la pollera, la musculosa, la campera, el pulover, el buzo, los shorcitos, los jeans, la bombacha. Aprendí que no se coge el autobús, ni te cojo de la mano, ni se cogen vacaciones. Que no todos los asmáticos argentinos entienden lo mismo que yo cuando se les pregunta si tienen pitos en el pecho. Aprendí que Uruguay es una Provincia de Argentina.

Conocí una práctica que sólo puede existir en un país que es la recontrahostia. Se trata del pasacalle. Si tú le quieres enviar un mensaje público a una persona, por ejemplo, una declaración de amor, una felicitación por haber terminado la carrera, le puedes poner un pasacalle. Éste es un mensaje impreso en una pancarta gigante que se coloca entre dos árboles de la calle o donde sea, a modo de valla publicitaria.

Cuando veía a aquellos chavales argentinos, de mi misma edad, como locos por cruzar el charco, esperando que la moneda se recuperara, pensaba en todos los españoles que tienen la oportunidad y el dinero para viajar y no viajan. Los vi tan ávidos de recorrer Europa como algunos europeos estamos de recorrer Latinoamérica, pero más. Los vi en Bariloche disfrutando de cada instante de sus cortas vacaciones, de cada día y de cada noche. Allá el tiempo de vacaciones es

directamente proporcional a la antigüedad en la empresa. Dos semanas al año los dos primeros años, tres semanas cuando llevas cinco años, un mes entero cuando llevas diez.

Los vi ojerosos después de haberse sacado la carrera a la vez que trabajaban. Conocí cómo los residentes de cirugía se hacían en los primeros años de la residencia 13 guardias al mes sin librarlas. No los vi prepotentes ni pesados (agrandados ni cargosos) como reza el tópico. Los tópicos hay veces que sí y otras que no. El de los gallegos es que somos cabezones.

Yo puedo decir que no he conocido en mi vida gente más abierta que los porteños. A su lado he aprendido a amar a su país como no amo el mío. Me han enseñado todas las reglas del mate. Me gustaba tomarlo hasta que me doliera la panza, con azúcar. Me gusta cómo te acelera, el puntito que te da, lo tontorrón que te pone. Es el puntito del calimocho, pero sin alcohol. Ahora lo tomo para ir de joda. He encontrado la bebida perfecta, qué pena que no lo sirvan todavía en las discotecas. Me gustaba tomar mate y pensar que el rito se parece mucho al de fumar canutos, en el que uno dirige la maniobra sirviendo el agua o liando el cigarrillo de la risa y pasándolo a los demás. En el fondo la yerba mate y la marihuana son muy parecidas morfológicamente. Sobre todo en el (doble) fondo de la maleta.

Me han enseñado su música, hemos hablado mucho de política, de lo poco que les gusta su cine (salvo “Nueve reinas” y “El secreto de sus ojos”) y de lo bueno que es, del psicoanálisis. Pero sobre todo de las relaciones humanas, ese tema que siempre sale por algún lado. De los sueños, del país, de la imagen que se tiene de él desde fuera, de la imagen que se tiene de él desde dentro, de Buenos Aires, de la inseguridad, del laburo, de las juergas de juventud, de la pobreza, de si la clase media está desapareciendo o no (otro de los temas estrella). Argentina es un país de gente emprendedora, inquieta, viva, divertida, trasnochadora.

Anduve aprendiendo estas cosas en el hostel entre cenas de polenta. He venido completamente loco por vivir las historias de alguna gente que conocí. Un electricista de Marsella que viajaba por Latinoamérica hasta que se le acabara el dinero. Antes de eso, visitó Canadá y como encontró trabajo se quedó 7 meses. Se

fue a Asia con un amigo y al cabo de dos meses el amigo le dijo que es que le gustaba mucho y que le perdonara, pero que se iba a quedar a vivir allí; muchísimas parejas de amigos y de novios que estaban dando la vuelta al mundo durante 8 meses, 2 años, 4 años un figura... Vueltas al mundo que comienzan en la Antártida, que pasan por la isla de Pascua y las islas Galápagos, por Alaska...

Una chica me contaba sin un atisbo de lágrima en los ojos cómo le metieron a su hermano un tiro entre las cejas en Buenos Aires por meterse en política...

Mario, un guía de turismo con una minusvalía visual importante por desmielinización del nervio óptico. La única persona que conozco capaz de estar contando chistes 8 horas seguidas en una excursión, que daba clases de esquí, que le llevaban a la escuela para que hablara a los niños sobre la superación.

Una tía de Mondragón que fue de visita a Bariloche y que se quedó un año de recepcionista en el hostel. Un chico que quería alquilar un coche y recorrer todo América...

Me encanta conocer a gente porque en cuanto rascas un poco (con los argentinos se tarda infinitamente menos que con los españoles) afloran todos los éxitos y los fracasos; empiezas y cuando te quieres dar cuenta estás delante de un personaje literario.

Me encantó conocer todas esas chicas que viajaban solas desde Buenos Aires, que iban por primera vez de esa manera de vacaciones, a un hostel, y que llamaban continuamente a casa para contar que su compañero de habitación era español y parecía buena gente. Me gustó verlas disfrutar, oírlas decir que iban a repetir la experiencia sin dudarlo. Me contaban que no me podía hacer idea de las sesiones de psicoanálisis que habían tenido que tener para dar el paso de irse solas.

Me gusta la gente que viaja sola. Me gusta aún más la que va sola aun teniendo con quién ir. El viajero solitario, tan mal visto en España, es una especie que abunda en el exterior, a ver si os enteráis, joder.

Me gusta la gente que va sola y sabe dónde tiene que ir y dónde no para no hacer evidente su soledad. Me gustan los restaurantes a los que va gente sola porque sabe que va gente sola. No me gusta lo fácil que es hacer amigos fuera cuando vas

solo y lo difícil que es hacerlos en tu ciudad. Me gusta la gente que no busca la soledad, pero la acepta con dignidad si no queda más remedio. Siento un profundo aprecio por los que reconocen que no tienen amigos. Los argentinos te decían: - ¿Viajás solito?-, y te enternecían.

Casi todos los amigos que he hecho sé que no van a convertirse en amistades duraderas, aunque yo quisiera; la vida es así, la gente es despegada en general en todos los sitios. No pasa nada. Por una vez tuve la sensación de que lo que estaba viviendo era algo momentáneo, y disfruté de ese sentimiento al que no estoy muy acostumbrado. Me han enseñado que la fugacidad es mala, que sólo vale la pena lo que te va a aportar algo a largo plazo. Casi siempre algo cuantitativo. Dinero, trabajo, mujer, hijos, casa, coche, hipoteca... ése es el objetivo. Nos han enseñado que viajar es malo, que se gasta mucho dinero y se invierte mucho tiempo, que se podía estar dedicando a hacer cualquier otra actividad que en el fondo no esconde otra cosa que una rentabilidad económica. Los españoles no nos podemos ir un año antes de empezar la universidad a viajar. Eso es para los extranjeros, que son ricos. Tenemos que trabajar duro para luego gastarnos 2000 euros en 15 días de vacaciones en un viaje organizado.

#### **4. MEDIA HISTORIA DE AMOR**

La montaña es un lugar inhóspito. Una costumbre extraña para gente extraña. Madrugas, sufres, pasas frío, calor, hambre, cansancio, agujetas, desánimo, suciedad, peligros, penurias. Pero ir a la montaña es lo más grande que hay. Ir a la montaña es como ir al amor.



**Foto 3.** ¡Qué lindo lugar! Hermoso.

De casualidad conocí en Bariloche las rutas de montaña. El lugar ofrece muchos sitios y muchas actividades, así que hubiera podido ser que no hubiera ido a hacer ninguna de ellas. Me habían hablado de que existían unos refugios, en los que la gente se quedaba a dormir, situados en alta montaña. Pensé que sería una linda experiencia pasar una noche en uno de ellos.

En el camino, conocí a Claire. Tenía 40 años, era canadiense y un trabajo que le aburría y que había abandonado para viajar y pensar qué es lo que quería hacer con su futuro. Viajaba por toda Latinoamérica y hablaba bien el castellano. Cuando la vi, sentada al lado de un árbol en medio de la nada, estaba bebiendo agua de una cantimplora y poniéndose hecho un cristo el forro polar.

Me anduvo contando por el camino algunas historietas de sus viajes. Todo hasta que le pregunté que de qué trabajaba y me dijo que era médico de Atención Primaria.

La tía había estado trabajando en las prisiones de Canadá, se había enrolado como médico en un barco en la Antártida, había estado seis meses en una plataforma petrolífera en medio del mar, en Birmania como médico en los territorios en los que se movía la etnia Karen. Le dije que yo de mayor quería ser como ella. Llegamos arriba y la inmensidad que nos envolvía era impresionante. En ese entorno son capaces de aflorar cualquier tipo de sentimientos. Es la única esperanza que nos queda a los feos.

El refugio tenía un pequeño baño unisex sin duchas, en la planta de abajo cocina y unas mesas para comer y en la de arriba colchones sobre el suelo y mantas. Dejamos las mochilas fuera y entramos a tomar unos mates. Había como 20 personas, aparte de los refugieros. Estos tipos subían allí por turnos de 10 días y bajaban 3 de descanso. Estaban cansados de la imagen de bohemios que tienen los turistas de ellos. Todos los trabajos son un coñazo.



**Foto 4.** Laguna Negra. En pequeño y rojo, el refugio.

Anduvimos dando una vuelta por las inmediaciones y luego entramos porque ya estaba cayendo la noche. Ahí fue cuando me contó que había estado en España hacía muchos años. Estuvo viviendo 10 meses en el 92, porque se echó un novio de Madrid en Colliure, Francia. Ella fue allí a dar clases de inglés, ya que era de la parte bilingüe de Canadá, de Montreal, y dominaba ambas lenguas. En Madrid, estuvo viviendo en Argüelles y todavía recordaba algunos garitos míticos de la ciudad.

Me parecía curioso comprobar a lo largo de la conversación que manteníamos, que Claire era de ese tipo de gente a la que algunas cosas se las tenías que ir sacando con calzador. Que omitía esos detalles que omite la gente que ha viajado tanto y ha conocido a tantas personas que ya se la pela todo. Que le da igual si a mí me va a hacer gracia que ella conozca Casa Mingo. Joder, que si yo soy canadiense, ella española y nos conocemos en Argentina, le hago una broma en el minuto 1 con Casa Mingo para que se parta el culo.

En cuanto me di cuenta de esto, todo fue mucho más fácil.

A mí, cuando me cuentan algo que no me interesa, me hago mucho el orejas, pero si me interesa, no dejo de dar la brasa hasta el más mínimo detalle; me lo dice mi madre. Por eso no pude pasar por alto el hecho de que cuando regresó a España a rebuscar entre las ruinas del amor a su ex, visitara Soria y Jaén. Si yo no digo nada, ella no hubiera dicho ni Pamplona. Pero, ¿cómo no me iba a llamar la atención que una guiri viniera a España y visitara Soria? Entonces, queridos amigos, fue cuando comenzó el quilombo, fue cuando empezamos a hablar de Machado.

La vida te sorprende. Una tía que vive a no sé cuántos kilómetros, que viene a España y que va a Soria porque se ha leído "Campos de Castilla". Me encantan los mitómanos. Yo estaba como loco por llegar a Buenos Aires y visitar la Plaza Cortázar. El interés que Claire tenía por Machado era muy parecido al que tenía yo por Cortázar. Me flipó, la verdad, que la tía conociera la historia de los últimos días de Machado, una historia que muy pocos españoles conocen. Le dije que esa historia es la más triste de todas las historias.

Resumiendo, Machado, cuando se acerca el final de la guerra, marcha de Valencia a Barcelona con su madre. De ahí a Colliure, Francia, tras un peregrinar penoso a

través de la frontera, donde ya muy enfermo y cansado, fallece en un hotel de la ciudad, el mismo hotel donde Claire se alojó durante el tiempo que dio clases, el Hotel Bougnol-Quintana. Tres días después fallece su madre. Su hermano José, que también cruzó la frontera con ellos, se reencuentra con su hermano Manuel, que llega desde Burgos, en el cementerio de Colliure, delante de los restos de su hermano y su madre. La historia de Antonio Machado es tan triste como la historia de España.

En un bolsillo de la pelliza del poeta encontraron un papel con su último verso: “Estos días azules y este sol de la infancia”.

Cenamos todos juntos y después sacaron una botella de Farnet, las guitarritas y las viejas canciones de Calamaro y Sabina. Le dije que, por un momento, parecíamos Leonor y Antonio con las edades cambiadas. Que me gustaría ir con ella de París a Marsella y escribir otra vez “Los autonautas de la cosmopista”.

Se le pusieron los ojos vidriosos y me agarró del brazo como agarra una anciana madre a su hijo para cruzar la calle. Después de un rato, le dije que me subía a dormir. Ligar es muy cansado y yo no tenía muchas fuerzas después de la caminata. Quedamos para levantarnos a las 9, desayunar y regresar juntos.

Cuando ya estaba medio dormido, se puso a mi lado y sentí su respiración sobre mi cara. Era Claire fijo, porque sólo ella había comido mandarina de postre. No me acuerdo de más, porque me dormí. A la mañana siguiente se había ido. Los refugieros me dijeron que había pagado sobre las 7 y que no había desayunado.

Después de conocer a Claire, pasé el resto de mi estancia por el país hasta llegar a Buenos Aires dando tumbos, y dándole vueltas como un loco a una historia que sucediera en Argentina para escribirla. La verdad es que el relato del amor que surge entre dos personas de dos países distintos en un tercero es un filón que te cagas.

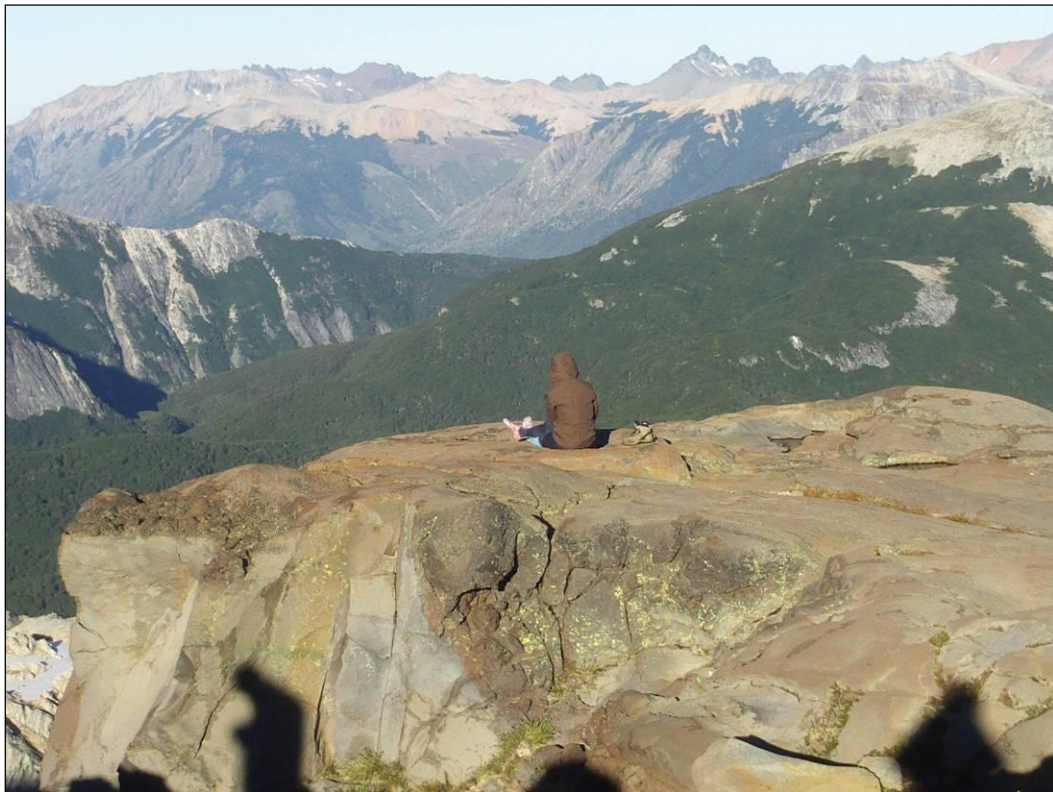
Estuve dando forma a cada detalle delante del Perito Moreno, en El Chaltén, en Torres del Paine, en Ushuaia. El día que llegué a Buenos Aires dejé las cosas en el hostel y tomé un taxi a la Plaza Cortázar, donde en una terraza, vomité literalmente durante 6 horas seguidas el borrador entero de la historia que me llevaba



destruyendo por dentro tantos días. Sólo ese día reconocí el motor inagotable en que se había convertido la despedida para siempre de Claire.

Cuando llegué a casa, a Madrid, revisando los bolsillos para poner la lavadora, encontré en la cazadora que había llevado a la excursión, dos tarjetas. Una, de un hotel de Bariloche. La otra del Hotel Bougnol-Quintana de Colliure. En una se podía leer: “Estos días azules...” y en la otra: “...y este sol de la infancia”.

Llamé al hotel de Bariloche y fue imposible conocer dato alguno de Claire. Estoy de la protección de datos hasta las pelotas. Cogí el relato que había escrito y de la rabia lo rompí en mil pedazos. Fui hasta Casa Mingo y no tuve más remedio que escribir esta mierda de historia de amor que huele a pollo asado. Para una vez que iba a contar algo lindo, tengo que acabar escribiendo de la realidad. Qué bajeza.



**Foto 5.** Claire.

## **5. MALVINAS ARGENTINAS**

La vida de los humanos tiene dos partes. La de antes de viajar a la Argentina y la de después. El que va, ya no vuelve, porque aunque vuelva, queda atrapado allí para siempre. Los sentimientos no necesitan visa.

Poco a poco, iré cambiando estos recuerdos por la estúpida cotidianeidad. El telediario. El periódico gratuito. La mirada, ávida como la mirada de un preso, que cae sobre el sol de la calle como cae el sol sobre la calle una tarde de guardia. Ayer llamó mamá. Mañana no, que tengo dentista. Creo que se han caducado los yogures. Qué tal llevas la suficiencia. Ayer tardé en dormirme. Se ha estropeado el metro. Qué tal el finde. Que tengas buena guardia. Que descanses.

Allí quedaron, con la marca en el deltoides de la vacuna de la BCG, con los sujetadores reafirmantes, recién afeitados, parando remises, juntando plata. Allí. Tan lejos y tan cerca. Tan cerca y tan lejos.

Deberíamos tener dos vidas, para vivir una en la Argentina. Ojalá dentro de poco, queramos vivir esa vida, no sólo en la Argentina, sino como argentinos.

Algún día pillaré por banda al yo de mi vida argentina, ése que me mira y se descojona de mí desde todos los ángulos, al otro lado de los espejos de los telos y le daré un par de hostias pero bien dadas.

Algún día volveré. Algún día volveré y seré millones.

Algún día haré memoria de mi tiempo en Argentina y contaré que, en contra de lo piensan los que ya han dejado de soñar, existe Ítaca, el país de nunca jamás, Macondo, Bergai. Que existe un sitio que se ha construido sobre su historia a base de legítimo fibrocemento.

Algún día volveré, lloraré por ti, Argentina, y te pondré un pasacalle en cada de una de tus esquinas que diga: "Te extraño".

*Dicen que soy Roberto Sánchez, médico residente de cuarto año de Atención Primaria del centro de salud Prosperidad. Área 2. Madrid. España.*

*Correspondencia: [robertojoesan@yahoo.es](mailto:robertojoesan@yahoo.es)*



2. ANEXO II.



**Historias** Un joven médico español trabajó un tiempo en Bariloche, donde descubrió una Argentina muy distinta de la que muestran tantos noticieros: un país para quedarse a vivir.

# Yo, argentino

**Texto:** Roberto Sánchez **Ilustraciones:** Daniel Roldán

A veces en la vida pasa como en las películas. A veces, no hay tardes para pensar en la vida. Ni en si somos en realidad felices, lo cual es un alivio, porque la duda constante resulta agotadora. Hay veces que vuelve la sensación de cuando llega la primavera y la gente, después del letargo, se echa a las calles, a las terrazas de Madrid y Palermo, a los parques, a beber tintos de primavera y comer rollitos de verano. A veces te das cuenta de que no anochece a las cinco de la tarde y sientes algo parecido al enamoramiento. A veces te das cuenta de que ya no eres estudiante y sientes algo parecido al desamparo. A veces la vida fluye. Hay ocasiones en que ves una mariposa volante en vez de una mosca y te das cuenta de que tienes un desprendimiento de rutina. A veces, la vida te enseña que la alegría debe de ser muy parecida a la felicidad.

Conocí en Madrid a una médica argentina que me dio un contacto para ir a Bariloche uno de mis cuatro meses de rotaciones optativas, correspondientes a mi tercer año de deformación en Atención Primaria de la salud. Ese mes hubiera podido quedarme a la sombra de cualquier especialista sombrío y gris rellenando volantes y firmando recetas, aprovechando para ver llover por la ventana, cotillear los escotes de las pacientes, o para esperar esa casualidad que mande todo a tomar por culo de una vez. Si no fuera por la esperanza de encontrar la salida de emergencia del tedio, la mayoría de los días no me levantaría de la cama.

La vida es lo que nosotros queremos que sea.

## 1. Historia de dos ciudades

San Carlos de Bariloche es una ciudad de Río Negro, sita en la Patagonia s/n. Tiene unos 130.000 habitantes y es una ciudad trampa, como tantas. Como casi todas las ciudades grandes. Como tantos sitios en el mundo que parecen lo que no son. Los turistas nos tragamos lo que sea y nos vamos creyendo que sabemos algo del lugar, y más gravemente, de la gente que vive en los lugares que hemos visitado.

En Bariloche, como en tantos sitios, los turistas y los locales se dan la espalda. Como en tantos sitios, y sobre todo en los países pobres, los lugares son diferentes para los turistas y los locales: los bares, los parques, las tiendas, los supermercados, las calles, la soledad, la resaca... Me he pasado la vida en sitios en los que la gente se da la espalda: en mi Salamanca natal, los viejos y los estudiantes; en Madrid los madrileños y los de fuera... No darse la espalda no es sólo no agredirse; es conocerse y convivir, mezclarse.

Cuando llegué a Bariloche, mi deseo era ver cómo funcionaban los engranajes, esos hilos que unen a la gente y sus sentimientos

y que son finos como los hilos con los que nos manejan. Quería conocer el ciclo de Krebs de la ciudad, las mitocondrias de sus habitantes, el aparato de Golgi de los lunes, la oxidorreducción de las relaciones, la entropía de la lluvia. Todo a través del prisma deformante de la Atención Primaria. Porque, amigos, el lugar de la vida que más se parece a la vida es la Atención Primaria.

## 2. Mis días en la salita

Bariloche, en contra de lo que pudiera pensar la mayoría de la gente que la ha visitado, es una ciudad pobre. Pobre como una rata. Los mecanismos de la mentira tienen estas cosas: crean divergencias entre las percepciones.

Estuve en febrero de 2010 en un centro de salud ("salita" en argentino) de dos barrios periféricos de la ciudad, a quince minutos en bus del centro. La salita tenía dos consultas médicas, una de enfermería, el mostrador de administración y una cocina. En cuanto al personal, dos médicos, una enfermera, una señora de la limpieza y dos agentes sanitarios eran hijos. Un pediatra que no cobraba, una psicóloga, una asistente social y una operadora de salud mental eran el personal que iba una vez por semana.

Los agentes sanitarios son una figura importante en la sanidad pública argentina. Se encargan de patearse el barrio, del contacto cuerpo a cuerpo con la gente, vigilan que ninguna embarazada ni ningún niño en riesgo deje de ir a los controles, si hay que acompañar a algún abuelo a la consulta del hospital, allá van ellos.

En la Argentina, hay sistema público y privado. La mayoría de la población trabaja o es familiar de un trabajador, así que la cobertura de la pública es mucho menor que en España. A la medicina pública va la gente con menos recursos... y los ancianos.

El modelo condiciona ciertas peculiaridades. Por un lado, en la privada, la gente padece la terrible enfermedad de la especialitis. Allí, que todo el mundo es muy listo, sabe a qué médico acudir ante cada síntoma y qué prueba le deben hacer, que para eso pagan. Vi muchas mujeres que viven inventándose patologías porque viven para exhibir su cartilla, con el "yo pago" a flor de labios...

En fin, por otro lado está la salud pública, que recoge a los abuelos y, en general, a la gente sin recursos. Lo que pude observar es que en los barrios que nos correspondían, la protagonista de la película era el embarazo adolescente. Viví atormentado al principio indagando las causas del problema. El acceso a los anticonceptivos es espectacular. De diez. Bárbaro. Y la información que se daba a los chavales era muy buena, todos sabían de qué iba el tema. Una de las cosas más interesantes que he aprendido en Bariloche es por qué estas chicas tenían hijos tan jóvenes. Resulta que muchas cha-



"El centro de salud 'El Frutillar' de Bariloche"



"Yo en persona, de cuerpo presente"



"En el camino... ¡Qué lugar hermoso!"

valas se quedan embarazadas con pleno conocimiento de causa, porquesurol en la sociedad es ser madres, por la falta de perspectivas, por la falta de planes; por la pobreza, paradójicamente. Por las ayudas que da el Estado, que en el fondo son pocas pero que a ellas les parecen muchas. ¿Qué iban a hacer si no? Sin estudios, hijas a su vez de madres jóvenes. Muchas chicas no usaban métodos anticonceptivos en sus relaciones porque sabían que un día podía llegar la noticia del embarazo, algo molesta pero en absoluto un drama, y que serían alguien en la sociedad. Serían madres.

Aunque parezca raro, ese es el rol más bonito al que puede aspirar la mujer en ese medio. El resto es el machismo omnipresente, el marido que se va de putas, el alcoholismo, la violencia familiar... En la salita me decían que muchos de los chicos de los barrios que atendíamos no conocían el centro de la ciudad. Increíble.

Cuando íbamos a los domicilios, no podía creer en lo que la vida había convertido a las mujeres. Parecían espectros andantes. Chicas de 20 años sin dientes, con aspecto de tener 50, con dos hijos ya, viviendo en unas casas de lata y madera, con la cocina de gas y los cuatro fogones encendidos a modo de calefacción.

Una vez me pasó una cosa que me tuvo un par de días sin levantar cabeza. Estaba en el súper y se me acerca una tía y me cuenta que está embarazada, que no lo quiere tener y que si yo sabía que qué podía hacer. Me dijo que me conocía de verme en la salita. Me sentí mal porque una tía que no te conoce de nada y te aborda así tiene que estar muy desesperada y asustada. Me jodió bastante no poder hacer nada por ella, por desconocer los mecanismos y las leyes del país. Lo que sí sabía bien era que si ella fuera una turista de las que vienen a Bariloche a esquiar, no tendría problema alguno para pagarse un aborto en una clínica, o si viviera en un país como España, que ha dotado a las mujeres de ese derecho, tampoco.

En el mes que yo anduve por allí andaban preparando un censo de habitantes para poder sistematizar el trabajo que tenían para con la población. Pude asistir a alguna de esas reuniones. Duraban unos cuarenta minutos en los que te podías tomar tranquilamente trece mates seguidos y luego abrían una ronda para que uno por uno fuéramos explicando cómo nos habíamos

sentido durante la reunión y si nuestras expectativas durante la misma se habían cumplido. Te partes con los argentinos.

El yugo de la falta de recursos era patente. Nunca se utilizaba un folio en blanco, siempre papel que por el otro lado tenía otra cosa. En el hospital, para coger una muestra de orina, se le daba al paciente un frasco de mermelada vacía que luego lavaban y reutilizaban. Los espéculos para las citologías se esterilizaban y reutilizaban, se envolvían en un papel parecido al del periódico. En el centro no tenían teléfono, mucho menos internet. Si olvidabas o perdías el bolígrafo, estabas perdido: era un artículo de lujo.

En medio de estas estrecheces se daban gestos hermosos. A las abuelitas que iban a sacarse sangre en ayunas se les invitaba a pasar a la cocina y se les daba algo caliente con unas galletitas. Todos los días se preparaba entre todos el almuerzo y a media mañana parábamos media hora, pero en vez de tomar algo rápido o ir al bar como en España, cocinaban un hojaldre, pastas o una pizza...

Me gustaba ir a los domicilios. Recuerdo la casa de Liliana, 18 años, dos hijos, el segundo prematuro. Nunca olvidaré las estrías de su barriga. Decía que el parto lo había desencadenado su padre un día que borracho, le pegó. En el interior de la casilla, estabas diez minutos y te mareabas por la combustión de los fogones prendidos. Nunca olvidaré su sonrisa.

Otro domicilio al que entramos fue al de Berta, boliviana, 24 años, dos hijos. En su familia próxima un caso espeluznante de abuso sexual del abuelo a un niño de siete años. A Berta también la pegaba su marido. Se armó una movilización impresionante para solucionar su situación y poner los medios para separarla del marido. Bajo el síndrome de Estocolmo volvió a los dos días con él. Su casa era un desastre. El día que fuimos había cinco niños por ahí; en esos niños mocosos y sucios se escondía una verdad absoluta.

Estoy seguro de que si vieran lo que vi aquel día, los argentinos no tendrían una imagen negativa de los bolivianos. Estoy seguro de que si los españoles viajáramos a Marruecos, a Perú, a Ecuador, a Bolivia, a Senegal... si habláramos con la gente y la conociéramos un poco, no tendríamos la imagen que tenemos de nuestros inmigrantes. La terrible enfermedad del clasismo (la xenofobia eco-



"Claire, mi medio amor patagónico"

"Mi primera excursión a la montaña"

"La Laguna Negra: en rojo, el refugio"

nómica) se cura viajando. He comprobado que este discurso tiene lugar en el contexto de ese sentimiento universal llamado miedo y no porque aquí la situación sea excepcional. Lo curioso es que a la vez, los argentinos se quejan de que cuando vienen a España se les discrimina en cuanto a requisitos exigidos para entrar al país (y tienen razón). Paradojas de la hipocresía y la amnesia: España y Argentina han sido países con una larga historia de recibir y dar. La era moderna de Argentina la escriben inmigrantes europeos.

Me llevé una buena imagen de la gente del centro de salud. Detrás de la barrera cultural que nos separaba, los encontré muy buena gente. Yo sé que todos los problemas de la gente, que me han atormentado durante el tiempo que pasé en Bariloche, se me olvidarán como se me han olvidado tantas cosas ya. Al ir allí sólo aspiraba a vivir una experiencia personal y me encontré algo más, viví una experiencia colectiva. Sólo quiero que ese recuerdo quede bien oculto en el corazón, en la aurícula izquierda, porque es ahí donde guardo lo más íntimo: el pudor, el optimismo, el pasaporte. Sólo quiero que si me hacen un electrocardiograma el trazo escriba estas palabras, y que nunca, nunca, se las lleve el viento. Ese viento que ululaba y asustaba a los perros callejeros de Bariloche.

**3. Curso acelerado de argentinidad**

Conocía tanta gente mientras viví en un hostel en Bariloche, que se hace difícil recordarlos a todos. Sin embargo, de todos ellos aprendí algo y habernos encontrado no fue indiferente para mí.

Me enseñaron el lunfardo, el argentino. Me cagaba de la risa con ellos. Me enseñaron lo que es un pata de lana, tirar la goma, el chamuyo, el chongo, el qué se yo, el capaz, el mirá vos, la concha de tu madre. Me enseñaron a irme de joda, los recontra, el obvio, lo que es relindo, ¿viste?, piola, flia, grosso, la colita, el chabón y la mina, la birome, la heladera, el freezer, el boliche. Me enseñaron lo que es despedir a un amigo del interior (cagar), jugar en cancha mojada (tener relaciones sexuales si la mujer está menstruando), el temible está viniendo, el vamos viendo... Mandé a pacientes al fisiatra, les pedí que se sacaran la remera, la pollera, la musculosa, el pulover, el buzo, los jeans, la bombacha. Aprendí que Uruguay

es una provincia argentina y conocí una práctica que sólo puede existir en un país que es la recontrahostia. Se trata del pasacalle.

Cuando veía a chavales argentinos, de mi edad, como locos por cruzar el charco, esperando que la moneda se recuperara, pensaba en todos los españoles que tienen la oportunidad y el dinero para viajar y no viajan. Los vi tan ávidos de recorrer Europa como algunos europeos estamos de recorrer Latinoamérica, pero más. Los vi disfrutando de cada día y de cada noche. Los vi ojeros tras haberse sacado la carrera a la vez que trabajaban. No los vi prepotentes ni pesados –agrandados ni cargos– como reza el tópico.

Yo puedo decir que no he conocido en mi vida gente más abierta que los porteños. A su lado he aprendido a amar a su país como no amo el mío. Me han enseñado todas las reglas del mate. Me gustaba tomarlo hasta que me doliera la panza, con azúcar. Me gusta cómo te acelera, el puntito que te da, lo tontorrón que te pone.

Me han enseñado su música, hemos hablado mucho de política, de lo poco que les gusta su cine (salvo *Nueve reinas* y *El secreto de sus ojos*) y de lo bueno que es, del psicoanálisis. Pero sobre todo de las relaciones humanas, ese tema que siempre sale por algún lado. De los sueños, del país, de la imagen que se tiene de él desde fuera, de la imagen que se tiene de él desde dentro, de la inseguridad, del laburo, de la pobreza, de si la clase media está desapareciendo o no (otro de los temas estrella). Argentina es un país de gente emprendedora, inquieta, viva, divertida, trasnochadora.

Me encanta conocer gente porque en cuanto rascas un poco (con los argentinos se tarda infinitamente menos que con los españoles) afloran todos los éxitos y los fracasos; empiezas y cuando te quieres dar cuenta estás delante de un personaje literario.

Por una vez tuve la sensación de que lo que estaba viviendo era algo momentáneo, y disfruté de ese sentimiento al que no estoy muy acostumbrado. Me han enseñado que la fugacidad es mala, que sólo vale la pena lo que te va a aportar algo a largo plazo. Dinero, trabajo, mujer, hijos, casa, coche, hipoteca... ése es el objetivo.

**4. Media historia de amor**

En el camino a un refugio de montaña, conocí a Claire. Era cana-

**Historias** Yo, argentino

*"Fui a Bariloche a buscar una experiencia personal, pero viví una experiencia colectiva. Sólo quiero que ese recuerdo quede bien oculto en mi aurícula izquierda, donde guardo lo más íntimo: el pudor, el optimismo, el pasaporte."*



diense, tenía 40 años y un trabajo que había abandonado para viajar y pensar qué hacer con su futuro. Cuando la vi, sentada al lado de un árbol en medio de la nada, estaba bebiendo agua de una cantimplora y poniéndose hecha un cristo el forro polar.

Me anduvo contando por el camino algunas historietas de sus viajes. Todo hasta que me dijo que era médica de Atención Primaria. La tía había estado trabajando en prisiones de Canadá, se había enrolado en un barco en la Antártida, había estado seis meses en una plataforma petrolífera, en Birmania fue médica de la etnia karen. Le dije que de mayor quería ser como ella. Llegamos arriba y la inmensidad que nos envolvía era impresionante. En ese entorno son capaces de aflorar cualquier tipo de sentimientos. Es la única esperanza que nos queda a los feos.

Dejamos las mochilas afuera del refugio y entramos a tomar unos mates. Había como veinte personas. Anduvimos dando una vuelta por las inmediaciones y luego entramos porque ya caía la noche. Ahí fue cuando me contó que había estado en España hacía muchos años, porque se echó un novio de Madrid en Colliure, Francia. No pude pasar por alto el hecho de que cuando regresó a España a rebuscar entre las ruinas del amor a su ex, visitara Soria y Jaén. ¿Cómo no me iba a llamar la atención que una guiri visitara Soria? Entonces, queridos amigos, fue cuando comenzó el quilombo, fue cuando empezamos a hablar de Machado.

La vida te sorprende. Una tía que vive a nosé cuántos kilómetros y que va a Soria porque se ha leído *Campos de Castilla*... Yo estaba como loco por llegar a Buenos Aires y visitar la Plaza Cortázar. El interés que Claire tenía por Machado era muy parecido al que tenía yo por Cortázar. Me flipó, la verdad, que la tía conociera la historia de los últimos días de Machado, una historia que muy pocos españoles conocen, la más triste de todas las historias.

Resumiendo, Machado, cuando se acerca el final de la guerra, marcha de Valencia a Barcelona con su madre. De ahí a Colliure, Francia, donde ya muy enfermo y cansado, fallece en un hotel de la ciudad, el Bougnol-Quintana. Tres días después fallece su madre.

58 VIVA

## Opinión

### El antídoto perfecto para un día con pronóstico reservado

**DIEGO HELLER**  
EDITOR JEFE DE VIVA

Esa mañana desperté feliz, pero pronto una columna de opinión me amargó: en ella, el periodista inglés John Carlin y un psicólogo argentino cuyo nombre preferí olvidar se dedicaban a destrozarnos a Maradona -nada nuevo-, pero haciendo una analogía de salita de tres con nuestras taras como país. Carlin, que había biografiado a Mandela con clase -y le decía "el Maradona de los políticos"- jugaba a entender nuestros traumas gracias a que pasó diez años por aquí (sin aclarar que fue entre los tres y los trece, y cuatro décadas atrás). En fin: me enojó tanta liviandad, me envenené el día.

En eso andaba cuando por esas cosas de la vida y de la Web dí con un largo relato de amor por estas tierras escrito por un médico español. "Me alegraste la tarde", le escribí a Roberto Sánchez, que así se llamaba, y le conté algo de mi vida. Una argentinada, claro.

Dos horas después, Roberto me respondió a lo argentino: con cariño y cercanía, como un amigo de toda la vida. Y entendió mi indignación: "Los intentos de explicar las sociedades, como en el artículo de Carlin, a través de macroestructuras como la clase política o los estados, son pretenciosos e injustos, y descalifican los huesos sobre los que se sustenta el esqueleto de la verdad. Diego, después de haber estado allí yo sé que el termómetro de la sociedad argentina no puede ser Maradona ni los Pimpinela, al igual que el de la española no es Zapatero o Aznar o Vicente del Bosque. Eso es una boludez", me escribió. Ya me había salvado el día, pero fue más generoso y me permitió publicar su intimísimo diario de viaje. Otra argentinada.



**Historias.** Yo, argentino

*“La vida de los humanos tiene dos partes: antes y después de ir a la Argentina. El que va, no vuelve, porque aunque vuelva, queda atrapado allí para siempre. Deberíamos tener dos vidas, para vivir una en la Argentina.”*



Su hermano José, que iba con ellos, se reencuentra con su hermano Manuel, que llega desde Burgos, en el cementerio de Colliure, delante de los restos de su hermano y su madre. En un bolsillo de la pelliza del poeta encontraron un papel con su último verso: “Estos días azules y este sol de la infancia”...

Cenamos todos juntos y después sacaron una botella de fernet, las guitarritas y las viejas canciones de Calamaro y Sabina. Le dije que, por un momento, parecíamos Leonor y Antonio con las edades cambiadas. Que me gustaría ir con ella de París a Marsella y escribir otra vez *Los autonautas de la cosmopista*. Se le pusieron los ojos vidriosos y me agarró del brazo como agarra una anciana madre a su hijo para cruzar la calle. Después de un rato, le dije que me subía a dormir. Ligar es muy cansador y yo no tenía muchas fuerzas después de la caminata. Quedamos para levantarnos a las nueve, desayunar y regresar juntos.

Cuando ya estaba medio dormido, se puso a mi lado y sentí su respiración sobre mi cara. Era Claire fijo, porque sólo ella había comido mandarina de postre. No me acuerdo de más, porque me dormí. A la mañana siguiente se había ido. Los refugios me dijeron que había pagado sobre las siete y que no había desayunado.

Pasé el resto de mi estancia por el país dando tumbos. El día que llegué a Buenos Aires dejé las cosas en el hostel y tomé un taxi a la Plaza Cortázar, donde en una terraza vomité literalmente durante seis horas seguidas el borrador entero de la historia que me llevaba destruyendo por dentro tantos días.

Cuando llegué a casa, a Madrid, revisando los bolsillos antes de poner en marcha la lavadora, encontré en la cazadora que había llevado a la excursión dos tarjetas. Una, de un hotel de Bariloche. La otra del Bougnol-Quintana de Colliure. En una se podía leer: “Estos días azules...” y en la otra: “...y este sol de la infancia”.

Llamé al hotel de Bariloche y fue imposible conocer dato alguno de Claire. Estoy de la protección de datos hasta las pelotas. Cogí el relato que había escrito y de la rabia lo rompí en mil pedazos. No tuve más remedio que escribir esta mierda de historia de amor que huele a pollo asado. Para una vez que iba a contar algo

lindo, tengo que acabar escribiendo de la realidad. Qué baja.

#### **5. Macondo, Itaca, Bergai, Argentina**

La vida de los humanos tiene dos partes.

La de antes de viajar a la Argentina y la de después. El que va, ya no vuelve, porque aunque vuelva, queda atrapado allí para siempre. Los sentimientos no necesitan visa.

Poco a poco, iré cambiando estos recuerdos por la estúpida cotidianeidad. El telediario. El periódico gratuito. La mirada, ávida como la mirada de un preso, que cae sobre el sol de la calle como cae el sol sobre la calle una tarde de guardia. Ayer llamó mamá. Qué tal el finde. Que tengas buena guardia. Que descanses...

Allí quedaron, con la marca en el deltoides de la vacuna de la BCG, con los sujetadores reafirmantes, parando remises, juntando plata. Allí. Tan lejos y tan cerca. Tan cerca y tan lejos.

Deberíamos tener dos vidas, para vivir una en la Argentina. Ojalá dentro de poco, queramos vivir esa vida, no sólo en la Argentina, sino como argentinos.

Algún día pillaré por banda al yo de mi vida argentina, ése que me mira y se descojona de mí desde todos los ángulos, al otro lado de los espejos de los telos y le daré un par de hostias bien dadas.

Algún día volveré. Algún día volveré y seré millones.

Algún día haré memoria de mi tiempo en Argentina y contaré que, en contra de lo que piensan los que ya han dejado de soñar, existe Itaca, el País de Nunca Jamás, Macondo, Bergai, Marinaleda... Que existe un sitio que se ha construido sobre su historia a base de legítimo fibrocemento.

Algún día volveré, lloraré por ti, Argentina, y te pondré un pasacalle en cada una de tus esquinas que diga: “Te extraño”.

**+ data**

[www.1palabraturayabastaraparasanarme.blogspot.com](http://www.1palabraturayabastaraparasanarme.blogspot.com)

### **3. ANEXO III: CAUSAS DE MUERTE EN JACINTO ARÁUZ DE 1940 A 1964.**

<b>Año 1940</b>	Edad (años) fallecimiento	Causa fallecimiento según registro
1	0	Asfixia intraútero
2	0	Parto prematuro
3	84	Miocarditis
4	Adulto	Cirrosis
5	0	Parto prematuro
6	0	Parto prematuro
7	13 meses	Enterocolitis
8	15 meses	Enterocolitis
9	70	Muerte natural
10	4 meses	Muerte natural
11	5 meses	Enterocolitis
12	6	Edema de glotis
13	63	Carcinomatosis bronquial difusa
14	70	Muerte natural
15	0	Nacida a término. Asfixia prematura
16	8	Difteria
17	47	Estatus epiléptico
18	0	Fallecida a término
19	71	Miocarditis crónica-

		Bronconeumonía
20	73	Ictus
21	75	Asistolia
22	82	Carcinoma esofágico
23	2 meses	Muerte natural
24	0	Muerte a término
25	73	Carcinoma hepático
26	0	Debilidad congénita al nacimiento
27	43	Carcinoma gástrico
	Total < 1 año: 11	

Año 1941	Edad (años) fallecimiento	Causa fallecimiento según registro
1	0	Muerto a término
2	70	Uremia
3	77	Apoplejía cerebral
4	78	Pleuresía cardiorrenal
5	2 meses	Estatus epiléptico
6	4 meses	Bronconeumonía subaguda
7	43	Angor pectoris
8	36	Carcinoma esofágico
9	25	Hemorragia interna
10	82	Miocarditis crónica
11	25	Coma diabético
12	26	Bronconeumonía

13	74	Bronconeumonía
14	74	Carcinoma parotídeo
15	0	Nacido muerto
16	35	Cirrosis hepática
17	80	Miocarditis
18	59	Síncope cardíaco
19	83	Carcinoma lengua
	Muertes < 1 año: 4	

Año 1942	Edad (años) fallecimiento	Causa (según) registro del fallecimiento
1	40 días	Atrepsia (desnutrición)
2	0	Nació muerto
3	56	Peritonitis
4	15 meses	Bronconeumonía
5	17 meses	Enterocolitis
6	0	Nació muerta
7	4 meses	Hemorragia interna (diátesis hemorrágica)
8	0	Parto prematuro
9	3 meses	Bronconeumonía
10	48	Carcinoma útero
11	34 días	Prematuridad
12	24	Estatus epiléptico
13	85	Bronconeumonía
14	82	Carcinoma parotídeo

15	13	Herida arma fuego parietal
16	41	Herida arma fuego parietal
17	81	Carcinoma parótida
18	36	Síncope cardíaco
19	40	Carcinoma estómago
20	0	Muerte a término
21	41	Herida arma de fuego
	Muertes <1 años: 8	

Año 1943	Edad (años) fallecimiento	Causa fallecimiento según registro
1	77	Ictus cerebral
2	13 días	Septicemia
3	86	Nefroesclerosis
4	41	Suicidio
5	0	Parto prematuro
6	78	Arterioesclerosis
7	47	Ictus
8	42	Toxicosis
9	68	Síncope cardíaco
10	63	Carcinoma esófago
11	73	Carcinoma gástrico
12	8 días	Prematuridad
13	48	Síncope cardíaco
14	59	Angina de pecho
15	0	Asfixia azul

16	60	IAM
17	0	Parto prematuro
18	3 meses	Toxicosis
	Muertos < 1 año: 6	

Año 1944	Edad (años) fallecimiento	Causa fallecimiento según registro
1	4 meses	Meningitis
2	66	Ictus
3	0	Debilidad congénita
4	0	Traumatismo obstétrico
5	8 meses	Prematuridad
6	5 meses	Toxicosis
7	16 días	Prematuridad
8	0	Sufrimiento fetal
9	11	Enfermedad de Friedrich
10	65	Síncope cardíaco
11	69	IAM
12	0	Debilidad congénita
13	2 meses y medio	Prematuridad
14	0	Muerta a término
15	2 años y medio	Hepatitis aguda
16	40	Suicidio
17	25	Epilepsia
18	75	Congestión pulmonar
19	44	Adenocarcinoma sigma

20	50	Asistolia
21	18	Nefrosis amiloidea
	Total muertes < 1 año: 11	

Año 1945	Edad (años) fallecimiento	Causa fallecimiento según registro
1	45	Asistolia
2	0	Nació muerto
3	67	Fractura base cráneo
4	84	Asistolia
5	88	Asistolia
6	1	Eclampsia infantil
7	44	Carcinoma hepático
8	77	Nefroesclerosis
9	71	Carcinoma esofágico
10	54	Ictus
11	75	Arterioesclerosis cerebral
12	66	Ictus
13	7	Encefalitis subaguda
14	63	Ictus
15	35	Ictus
16	6 meses	Encefalitis
17	43	Síncope cardíaco
18	51	Carcinoma pulmonar
	Muertes < 1 año: 3	

Año 1946	Edad (años) fallecimiento	Causas fallecimiento según registro
1	0	Nació muerto
2	59	Carcinoma pulmonar
3	66	Síncope cardíaco
4	0	Nació muerto
5	70	Carcinoma colon
6	74	Arterioesclerosis
7	61	Carcinoma gástrico
8	72	Bronconeumonía
9	68	Ictus
10	86	Uremia
11	58	Síncope cardíaco
12	4 meses	Muerte natural
13	80	Asistolia
14	39	Sarcoma páncreas
15	49	Ictus
16	67	Carcinoma gástrico
17	65	Cáncer de vientre
18	66	Síncope cardíaco
19	39	Asistolia
20	51	Carcinoma tosal
	Muertes < 1 año: 3	

Año 1947	Edad (años) fallecimiento	Causas (años) fallecimiento
1	74	Insuficiencia cardíaca



2	33	Ahorcadura
3	23	Asistolia
4	45 días	Atrepsia
5	20 meses	Gastroenteritis aguda
6	35	Carcinoma esofágico
7	9 meses	Meningitis
8	3 días	Prematuridad
9	63	IAM
10	76	Asistolia
11	24	Ictus
12	73	Nefroangioesclerosis
13	41	IAM
14	7 meses	Muerte natural
15	7 meses	Muerte natural
16	52	Carcinoma de mama
17	0	Distocia de parto
18	83	Senilidad
19	60 horas	Hemorragia cerebral
20	2 meses	Toxicosis
21	59	Carcinoma de mama
	Muertes < 1 año: 8	

Año 1948	Edad (años) al fallecimiento	Causa del fallecimiento según registro
1	74	Insuficiencia cardíaca
2	22	Ahorcadura

3	68	Hemorragia cerebral
4	33	Cáncer esofágico
5	65	Ictus cerebral
6	75	Arterioesclerosis hipertensiva
7	10	Hemorragia intestinal
8	49	Carcinoma de mama
9	73	Muerte natural
10	4 meses	Bronconeumonía
11	56	IAM
12	88	Uremia
13	0	Nace muerto
14	11 meses	Hidrocefalia
15	10 días	Debilidad congénita
	Muertes < 1 año: 4	

Año 1949	Edad (años) al fallecimiento	Causa fallecimiento según registro
1	84	Asistolia
2	0	Nace muerto
3	65	Ictus
4	0	Nace muerto
5	4	Encefalitis aguda
6	0	Nace muerto
7	58	Asistolia
8	61	Ictus
9	81	Insuficiencia cardíaca

10	63	Caquexia paralítica
11	6 meses	Toxicosis
12	68	IAM
13	0	Mongolismo
14	0	Nace muerto
15	57	Ictus
16	66	Insuficiencia cardíaca
17	12	Traumatismo craneoencefálico
18	80	Carcinoma hepático
19	4 meses	Bronconeumonía
20	68	Cirrosis hepática
	Muertes < 1 año: 7	

Muertes totales: 200

Muertes < 1 año: 65

Año 1950	Edad (años) fallecimiento	Causas fallecimiento según registro
1	76	Carcinoma vías biliares
2	77	Hemorragia cerebral (primero de Favaloro)
3	80	Insuficiencia cardíaca
4	60	Insuficiencia cardíaca
5	67	Carcinoma pulmonar

6	58	Embolia cerebral
7	22 días	Septicemia
8	70	Insuficiencia cardíaca
9	72	Carcinoma hepático
10	39	Carcinoma pulmonar
11	50	Síncope cardíaco
12	74	Insuficiencia cardíaca
13	13	Anemia aplástica
	Muertes < 1 año: 1	

Año 1951	Edad (años) al fallecimiento	Causa de fallecimiento según registro
1	39	Neumonía
2	61	Carcinoma esófago
3	49	Hemorragia cerebral
4	46	Carcinoma de útero
5	74	Hemorragia cerebral
6	5 meses	Dispepsia grave
7	50	Ictus
8	50	Ictus
9	54	Pielonefritis crónica
10	61	Hemorragia cerebral
11	0	Prematuridad
12	53	Cáncer de vejiga
13	85	Reblandecimiento cerebral
14	59	Ictus

	Muertes < 1 año: 2	
--	--------------------	--

Año 1952	Edad (años) al fallecimiento	Causa del fallecimiento según registro
1	0	Nace muerto
2	7 meses	Distrofia grave
3	57	Carcinoma parotídeo
4	32	Carcinomatosis múltiple
5	45	Se ignora
6	28	Endocarditis lenta
7	47	Carcinomatosis peritoneal
8	88	Ictus
9	72	Carcinoma de vejiga
10	0	Hematoma extradural
11	70	Insuficiencia cardíaca
12	69	Dolicosigma volvulado
13	61	Insuficiencia cardíaca
14	25	Linfogranulomatosis
15	4	Fractura cráneo y meningitis
16	64	HTA
	Muertes < 1 año: 3	

Año 1953	Edad (años) al fallecimiento	Causa fallecimiento según registro
1	86 días	Distrofia
2	0	Hematoma cefálico

3	80	Insuficiencia cardíaca
4	64	Obstrucción intestinal
5	98	Insuficiencia cardíaca
6	46	Carcinoma pulmonar
7	0	Nace muerto
8	76	IAM
9	37	Linfogranulomatosis
10	0	Nace muerto
11	81	Carcinoma de vejiga
12	58	Carcinomatosis peritoneal
13	61	Insuficiencia cardíaca
14	26	Politraumatismo
15	66	Carcinoma vesical
16	6	Crup
17	61	Insuficiencia cardíaca
18	3 meses 7 días	Bronconeumonía
19	44	Bronconeumonía
20	14 días	Obstrucción intestinal
21	0	Nace muerta
22	61	Síncope
23	103	Insuficiencia cardíaca
24	64	Neoplasia maligna
25	64	Neoplasia laríngea
26	54	Cáncer estómago (1er día de Juanjo)
	Muertes < 1 años: 7	

Año 1954	Edad (años) del fallecimiento	Causa del fallecimiento según registro
1	64	Cáncer
2	39 días	Atrofia vesical
3	64	Carcinoma de intestino grueso
4	81	Síncope cardiorespiratorio
5	42	Peritonitis apendicular
6	79	Ictus
7	61	Bronconeumonía
8	59	Insuficiencia cardíaca
9	72	Insuficiencia cardíaca
10	9 meses	Bronconeumonía <sup>5</sup>
11	85	Insuficiencia cardíaca
12	70	Carcinoma de sigma
13	74	Coma diabético
14	2 meses 7 días	Hidrocefalia
15	71	IAM
16	80	Diabetes
17	48	Síncope cardíaco
18	79	Carcinoma pulmonar
19	45	Úlcera de estómago perforada
	Muertes < 1 años: 3	

Año 1955	Edad (años) al fallecimiento	Causas fallecimiento por
----------	------------------------------	--------------------------

		registro
1	65	Síncope
2	64	Hemorragia cerebral
3	49	Tétanos
4	40	Síncope cardíaco
5	69	Neumonía
6	3 meses 20 días	Muerte súbita
7	59	Carcinoma pulmonar
8	73	Bronconeumonía
9	37	Leucemia
10	68	Síncope cardíaco
11	0	Anoxia postparto
12	72	Neumonía
13	72	Carcinoma laríngeo
14	42	Fractura cráneo
15	62	Insuficiencia cardíaca
16	70	Hemiplejía, bronconeumonía
17	64	Carcinomatosis múltiple
18	91	Arterioesclerosis senil
19	71	Síncope cardíaco
20	70	Hemorragia cerebral
21	0	Nace muerta
22	57	Hemorragia cerebral
23	55	HTA maligna, hemorragia cerebral
24	16 días	Prematuridad



25	38	Herida bala, traumatismo cráneo
26	0	Nace muerto
27	2 días	Bronconeumonía
	Muertes < 1 año: 6	

Año 1956	Edad (años) fallecimiento	Causa del fallecimiento en registro
1	81	Escaras infectadas
2	48 horas	Hemorragia subdural
3	3 meses	Enterocolitis
4	14	Fractura base cráneo
5	152 horas	Prematuridad
6	39	Síncope cardíaco
7	54	Carcinoma pulmonar
8	65	Hemorragia cerebral
9	11 horas	Prematuridad
10	0	Nace muerto
11	94	Trombosis arterial, Gangrena pierna
12	62	Cáncer de pulmón
13	67	Insuficiencia cardíaca
14	75	Hemorragia cerebral
15	5 meses	Broncoalveolitis gripal extensa
16	31	Linfogranulomatosis

17	69	Hemorragia cerebral
18	0	Nace muerto
19	74	Amiotrofia senil
20	65	Carcinomatosis peritoneal
21	55	Cáncer de pulmón
	Muertes < 1 año: 7	

Año 1957	Edad (años) fallecimiento	Causa fallecimiento en registro
1	77	Caquexia senil
2	71	Caquexia-diarrea terminal
3	5 meses 24 días	Septicemia
4	72	Insuficiencia cardíaca
5	75	Carcinomatosis peritoneal
6	79	Carcinoma laríngeo
7	43	Ictus
8	76	Arterioesclerosis
9	83	Arterioesclerosis
10	68	Cáncer
11	63	Cáncer de pulmón
12	9 meses	Toxicosis
13	17	Hidrocefalia
14	82	Arterioesclerosis
15	0	Nace muerto
16	73	Accidente
17	60	Ictus

18	15 horas	Hipoventilación pulmonar- Cianosis
19	39	Síncope cardíaco- Insuficiencia aórtica
20	60	Carcinomatosis retroperitoneal
21	88	Congestión pulmonar terminal
22	80	Hemorragia cerebral
23	38	Síncope cardíaco
24	23	Asfixia por inmersión
25	26	Linfogranulomatosis
26	66	Congestión pulmonar bilateral
	Muerte < 1 años: 4	

Año 1958	Edad (años) de fallecimiento	Causa en registro de fallecimiento
1	56	Carcinomatosis peritoneal
2	72	Insuficiencia cardíaca
3	4 meses	Distrofia dispepsia terminal
4	71	Insuficiencia cardíaca
5	56	Carcinoma vesical
6	0	Nace muerto
7	72	Síncope cardíaco
8	77	Diabetes, insuficiencia cardíaca

9	36días	Distrofia dispepsia aguda
10	79	Bronconeumonía
11	8 días	Dispepsia ictérica
12	63	Insuficiencia cardíaca
13	30 días	Toxicosis
14	56	Insuficiencia hepática- Bronconeumonía
15	87	Ictus
16	38	Hemorragia cerebral
17	82	Caquexia senil- Broncoalveolitis terminal
18	48	Insuficiencia aórtica
19	60	Gangrena pierna derecha
20	74	Carcinoma de sigma
21	51	Carcinoma gástrico
22	26	Peritonitis apendicular
23	0	Nacido muerto
24	6 días	Inmadurez fetal
25	15 horas	Asfixia postparto
26	31 días	Varicela-encefalitis
27	63	Carcinomatosis peritoneal múltiple
28	75	Síncope cardíaco
29	66	Insuficiencia cardíaca
30	62	Ictus
31	65	EAP

32	59	Carcinoma sigma
	Muerte < 1 años: 9	

Año 1959	Edad (años) fallecimiento	Causa fallecimiento por registro
1	65	Carcinoma vías biliares
2	5 meses	GEA
3	74	Insuficiencia cardíaca
4	65	Síncope cardíaco
5	73	Ictus
6	68	Insuficiencia cardíaca
7	60	Síncope cardíaco
8	74	Insuficiencia cardíaca
9	57	Síncope cardíaco
10	69	Insuficiencia cardíaca
11	47	Insuficiencia cardíaca- enfisema
12	3	Lesiones múltiples traumáticas
13	82	Ictus-HTA
14	77	Insuficiencia cardíaca-EAP
15	61	Carcinoma esofágico
16	81	Síncope cardíaco
17	0	Nace muerto
	Muertes < 1 año: 2	

Año 1960	Edad (años) de fallecimiento	Causa fallecimiento en registro
1	16	Electrocución por descarga eléctrica
2	35 días	Toxicosis
3	82	Senilidad
4	66	Insuficiencia cardíaca-EAP
5	24	Hepatitis aguda
6	43	Hemorragia cerebral
7	42	Carcinoma de tiroides
8	74	Insuficiencia cardíaca
9	0	Monstruosidad fetal cefálica
10	15 días	Prematuridad
11	9	Encefalopatía infantil
12	61	Insuficiencia cardíaca-EAP
13	90	Insuficiencia cardíaca-Senilidad
14	1	Laringitis aguda
15	56	Carcinoma esofágico
16	82	Senilidad
17	47	Hemorragia cerebral
18	66	Síncope cardíaco
19	74	Quemaduras
20	56	Síncope cardíaco
21	76	Caquexia senil
22	75	Carcinoma prostático

23	31	Herida arma blanca
24	74	Carcinoma estómago
	Muerte < 1 año: 4	

Muertes totales década del 50 durante la actividad de los Favaloro: 235

Muertes totales niños < 3 años durante la actividad de los Favaloro: 48

Año 1961	Edad (años) fallecimiento	Causas fallecimiento en registro
1	25	Quemaduras
2	57	Cáncer de seno maxilar
3	22	Endocarditis
4	74	Hemorragia cerebral
5	70	IAM-Insuficiencia Cardíaca
6	72	Cáncer de próstata
7	3	No hay causa muerte
8	91	Insuficiencia Cardíaca
9	71	Insuficiencia cardíaca-EAP
10	42	Insuficiencia cardíaca
11	87	Fractura pierna-escaras
12	74	Carcinoma prostático
13	79	Arterioesclerosis
14	75	Insuficiencia cardíaca

15	53	Insuficiencia cardíaca
16	82	Cáncer de estómago
17	77	Insuficiencia cardíaca
18	75	Bronconeumonía
19	72	Ictus (último paciente de los Favaloro)
20	42	IAM
21	68	Cáncer de ovario
22	81	Insuficiencia cardíaca
23	1	IAM-cardiopatía congénita
24	0	Asfixia más estrangulación
25	86	Síncope cardíaco
26	74	Colapso cardíaco circulatorio
27	32	Shock postoperatorio peritonitis
28	1 mes y 18 días	Distrofia caquexia
	Muertes < 1 años: 3 (1 de los Favaloro y 3 de los Britos)	

Año 1962	Edad (años) de fallecimiento	Causa fallecimiento según registro
1	2 días	Insuficiencia cardíaca global
2	60	Coma diabético, neumonía
3	70	EAP
4	59	Cáncer de páncreas
5	61	Bronconeumonía



6	79	Insuficiencia cardíaca
7	54	Fractura de base de cráneo
8	5 meses	Neumonía bilateral
9	0	Nace muerto
10	66	Fractura base cráneo
11	4 horas	
12	34	Cáncer de mama
13	46	IAM
14	64	Hemorragia cerebral
15	80	Síncope cardíaco
16	94	Colapso circulatorio cardíaco
17	70	Hemorragia cerebral
18	51	Hemorragia cerebral
19	57	Cáncer de estómago
20	45	Asfixia por inmersión
21	43	IAM
	Muerte < 1 año: 4	

Año 1963	Edad (años) fallecimiento	Causa fallecimiento en registro
1	73	Gangrena EEII, Diabetes
2	34	Insuficiencia cardíaca
3	87	Shock hemorrágico
4	77	Insuficiencia cardíaca
5	0	Nace muerto
6	23	Traumatismo torácico

7	2	Colapso circulatorio
8	68	Epilepsia
9	71	HTA
10	77	Coma urémico
11	46	Insuficiencia cardíaca
12	64	Carcinoma de sigma
13	65	Síncope cardíaco
14	0	Nace muerto
15	2 meses	Laringitis aguda
16	74	Carcinoma pulmonar
17	70	Cáncer de útero
18	2 meses	Broconeumonía
19	2 días	Prematuridad
20	87	Caquexia senil
21	23 días	Toxicosis
22	7 meses	GEA
23	76	Hemorragia renal
24	78	Colapso circulatorio
25	8 meses	Cardiopatía congénita
26	5	Leucemia
27	8 meses	Bronconeumonía
	Muertes < 1 año: 10	

Año 1964	Edad (años) fallecimiento	Causa en registro del fallecimiento
1	80	HTA

2	48	Carcinoma pulmonar
3	71	Carcinoma de vesícula biliar
4	80	Coma urémico
5	69	Coma hepático
6	27	Insuficiencia cardíaca
7	72	Carcinoma vesical
8	74	Arterioesclerosis-Diabetes
9	43	Sarcoma peritoneal
10	81	Carcinoma vías biliares
11	52	Cáncer de ovario
12	0	Nace muerto
13	68	Arterioesclerosis-Asma bronquial
14	55	Sarcoma uterino
15	1 mes 17 días	Bronconeumonía
16	20 días	Insuficiencia cardíaca
17	70	Carcinoma hepático
18	76	Cáncer de estómago
19	74	Coma cerebral
20	75	ACV
21	67	Carcinoma pulmonar
22	50	Coma urémico
23	0	Nace muerto-procidencia de cordón
24	90	EAP
25	88	Arterioesclerosis

	Muertes < 1 años: 3	
--	---------------------	--

#### **4. ANEXO IV: ENSAYOS CLÍNICOS.**

Hasta los años antes de la eclosión y popularización de la cirugía coronaria, el pronóstico de pacientes con enfermedad coronaria sometidos a tratamiento médico se había estudiado con profusión, **pero no había estudios randomizados**. Muchos de estos pacientes fueron evaluados antes de 1970 y el estudio de sus factores de riesgo, función ventricular e incluso operabilidad fue a menudo incompleto. Probablemente el tratamiento médico para la angina en los 70 era superior en resultados que el disponible en los 50 y en los 60, por la mayor toma de conciencia sobre los factores de riesgo y la aparición de nuevos fármacos<sup>182</sup>.

Más tarde aparecieron los estudios no randomizados para evaluar la cirugía de revascularización miocárdica. Generaron importante información sobre mortalidad quirúrgica, incidencia de infarto de miocardio perioperatorio, alivio de angina, oclusión del injerto venoso, recurrencia de angina y supervivencia después de la cirugía. Sin embargo, los datos de supervivencia de esos estudios no podían ser comparados con controles tratados farmacológicamente porque probablemente ambos grupos de pacientes no eran comparables.

La necesidad de ensayos clínicos para comparar el tratamiento médico con el quirúrgico en la enfermedad coronaria se tornaba imperiosa, pues se había desatado una guerra fratricida en torno al tema, con los tintes de lucha de poder que suelen subyacer en estas discusiones científicas.

##### *1. VA cooperative study.*

El primero de los ensayos clínicos que se realizó fue el **Veterans Administration Cooperative Study**.

En realidad fue un estudio diseñado para evaluar uno de los procedimientos propuestos por Beck: la abrasión del pericardio con talco y la formación de adhesiones que aumentarían el flujo coronario. A su vez, según avanzaba el tiempo crecía el interés por la operación de Vineberg. El estudio piloto comenzó en 1966 y el protocolo fue revisado en el 68 y en el 70, en los años en los que comenzaba a

andar el bypass aortocoronario con vena safena, que se convertiría finalmente en el objeto de estudio del ensayo clínico<sup>183</sup>.

En la fase preliminar se terminó evaluando la operación de Vineberg porque finalmente se abandonó la idea de estudiar el procedimiento de Beck. Se fijaron como **criterios de inclusión**: sexo masculino, historia de angina estable de 6 meses de evolución, tratamiento médico durante 3 meses como mínimo, no haber tenido un infarto de miocardio los 6 meses previos a la admisión, no haber presentado descompensación de la patología las 3 semanas previas, cambios electrocardiográficos compatibles con isquemia miocárdica, ergometría positiva para isquemia miocárdica y obstrucción de al menos el 50% de una coronaria “principal” demostrada con coronariografía.

Los **criterios de exclusión** fueron: diabetes no controlada, angina inestable, presión arterial diastólica > 100 mmHg tras tratamiento, comorbilidades importantes. Y en la coronariografía: aneurisma ventricular, anormal o pobre contractilidad miocárdica, elevación de la presión del ventrículo izquierdo al final de la diástole y fracción de eyección disminuida.

Se reclutaron 146 pacientes. 75 para el grupo de tratamiento médico y 71 en el quirúrgico (un tercio implantes simples, dos tercios dobles). La mortalidad operatoria y perioperatoria (30 días) fue 12.3%. Se observó permeabilidad del implante en el 50% de los pacientes sometidos a implante simple y en el 69% de los dobles.

A los 12 años, el 41% del grupo médico y el 42% del quirúrgico estaba vivo. La mayor parte de los fallecidos en ambos grupos (81%) tuvieron una causa de muerte cardíaca.

Se **concluyó** que aunque efectivamente la operación de Vineberg lograba perfundir el miocardio y estimular el desarrollo de colaterales, la supervivencia de los pacientes no se prolongaba con esta técnica.

El reclutamiento de pacientes para **evaluar el bypass aortocoronario** tuvo lugar de 1972 a 1974, con la participación de 13 centros hospitalarios.

Se reclutaron en total 1015 pacientes, de los que finalmente 686 pacientes formaron parte del estudio, sin restricción de edad, con una sintomatología anginosa de cuantía media-severa. La media de edad fue de 51 años, 60% habían tenido historia de infarto de miocardio, el 29% eran hipertensos. El 67% tenía una fracción de eyección de más del 50%.

354 se asignaron al grupo de tratamiento médico y 332 al quirúrgico.

Entendiendo por afectación del vaso una obstrucción de más del 50%, tenían enfermedad de un vaso el 14%, de dos sin tronco de la izquierda el 30%, de 3 sin tronco de la izquierda el 43% y del tronco de la izquierda el 13%.

Los **criterios de inclusión** eran los del estudio anterior más un aceptable lecho distal a una estenosis significativa.

A los **criterios de exclusión** se sumaban: infarto de miocardio en los 6 meses previos, presencia de alguna otra enfermedad importante que contraindicara la cirugía o que limitara la expectativa de vida a menos de 5 años, cirugía coronaria previa, angina inestable y presencia de insuficiencia cardíaca siempre y cuando el paciente no hubiera sufrido una descompensación en los últimos 3 meses.

Los **objetos primarios** de estudio fueron fallecimiento y morbilidad, medida por la existencia de infarto de miocardio y el número y tipo de ingresos hospitalarios. Otro objeto de estudio fue calidad de vida basada en el alivio de la sintomatología (angina).

En el devenir del estudio tuvieron lugar algunos **acontecimientos de interés científico**:

- 1) Con motivo de la realización de las coronariografías para proceder a la inclusión o exclusión en el estudio, se redactó un protocolo para efectuarlas en condiciones seguras.
- 2) La calidad de las coronariografías fue comprobada y se realizó una revisión por pares de las mismas.
- 3) En el contexto del estudio se logró disminuir la mortalidad hospitalaria de 5,8% (que era la que había antes de 1972) a 5% en los pacientes sometidos al bypass.

- 4) Se decidió que el periodo de reclutamiento no se extendiera más allá de Diciembre de 1974, ya que se había observado que la mortalidad en algunos centros hospitalarios donde se desarrollaba el estudio era mayor que en la Universidad y en los hospitales privados.  
Un temor que se expresó desde el principio fue que la población que pertenecía a los hospitales que participaban en el estudio no se pareciera a la población general, y que extrapolar los datos pudiera resultar erróneo. Esto no fue así, lo que se comprobó observando en los siguientes ensayos que la población seleccionada era parecida a la de los otros estudios.
- 5) En 1975, en los pacientes con obstrucción de más del 50% en el tronco de la coronaria izquierda se comprobó el beneficio que obtenían con la cirugía, expresado en mejora de la supervivencia. Consecuentemente, a estos pacientes del grupo de tratamiento médico les fue ofrecido el ser operados.
- 6) En 1977 tuvo lugar la primera comunicación de resultados a los tres años del comienzo del estudio, en pacientes sin enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda. Fue en la revista New England Journal of Medicine. La comunicación no mostró diferencias entre tratamiento médico y quirúrgico a los 21 meses. Estas conclusiones no fueron aceptadas y fueron contestadas en 19 cartas al director. 7 años más tarde otro ensayo clínico, el CASS (Coronary Artery Surgery Study), presentaba similares conclusiones.
- 7) En 1981 se observó que la cirugía prolongaba la supervivencia en un grupo seleccionado de pacientes, de alto riesgo, que no tenían afectación del tronco común de la coronaria izquierda.
- 8) En 1984 se comunicó que los pacientes que no tenían enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda y tenían factores de riesgo cardiovascular y afectación difusa angiográfica eran los grandes beneficiados del uso de la cirugía.

Algunos otros datos interesantes que se podrían entresacar del estudio fueron<sup>184</sup>:

- a) En términos de mortalidad.



- El beneficio de la cirugía no fue significativo a los 11 años en subgrupos de “enfermedad de tres vasos” o “moderada o severa disfunción ventricular izquierda”.
- 2/3 de los pacientes del estudio eran grupos de buen pronóstico (enfermedad de uno o dos vasos, función ventricular normal...). La menor supervivencia con tratamiento quirúrgico de esos grupos podía deberse a la mortalidad operatoria propia de cualquier cirugía.
- Las ventajas de la opción quirúrgica se observaban preferentemente en pacientes con factores de riesgo.
- La opción quirúrgica también era estadísticamente significativa cuando los pacientes eran tributarios por sus características de tener una baja mortalidad hospitalaria, aunque tuvieran una enfermedad de tres vasos, tanto a los 7 como a los 11 años de seguimiento.
- En el subgrupo de pacientes con disfunción ventricular se observaba beneficio quirúrgico significativo a los 7 años, pero no a los 11.
- Se observaba que los pacientes que no tenían enfermedad de tronco común de coronaria izquierda sometidos a tratamiento quirúrgico experimentaban un aumento de la tasa de mortalidad en el periodo comprendido entre los 7 años y los 11. Antes de los 7 años la tasa anual era de 3.3% y después de 4.8%. Hallazgos parecidos fueron obtenidos en un estudio del Montreal Heart Institute, donde evidenciaron las deficiencias del bypass de safena en los años del 7 al 12, por cierre de éste.
- La supervivencia del grupo de tratamiento médico fue parecida a la de los pacientes que comenzaron en el grupo de tratamiento médico y se cambiaron o los cambiaron al quirúrgico. Este hecho invalida el argumento de los que decían que la óptima supervivencia del grupo de tratamiento médico estaba “engordada” porque les “habían sacado las manzanas podridas” para llevárselas al grupo de tratamiento quirúrgico.
- Las conclusiones que cita el estudio en este apartado son:

- La cirugía de bypass no mejora significativamente la supervivencia global en pacientes sin enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda.
  - Un significativo aumento de la supervivencia fue evidenciado de los 5 a los 7 años en subgrupos de pacientes con múltiples factores de riesgo clínicos y angiográficos.
  - El observado beneficio de la cirugía fue disminuyendo gradualmente cuando el seguimiento se extendió a los 11 años.
  - La mayor parte de los pacientes que se encontraban en los subgrupos de alto riesgo no obtuvieron ningún beneficio del tratamiento quirúrgico en ningún momento.
  - Los resultados fueron los mismos incluso teniendo en cuenta a los pacientes que tuvieron que migrar finalmente del grupo de tratamiento médico al quirúrgico para ser operados.
- Las conclusiones que cita en el apartado de conclusiones generales son<sup>185</sup>:
- Se pudo observar un aumento de supervivencia en pacientes sin afectación del tronco común de la coronaria izquierda en estos tres grupos de alto riesgo:
    - Enfermedad de tres vasos y disfunción ventricular.
    - Presencia de dos o más: infradesnivelación del ST, antecedente de infarto de miocardio, coexistencia de hipertensión arterial.
    - Alto riesgo por datos clínicos y en la coronariografía.

Sin embargo, los beneficios de la cirugía comienzan a decrecer después del séptimo año. Este incremento está relacionado con el cierre del bypass.

- b) Atendiendo a los pacientes con enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda<sup>186</sup>:

- El pronóstico de pacientes tratados con fármacos es malo. A los 42 meses la supervivencia de éstos fue del 65% comparada con el 88% en pacientes quirúrgicos.
- La cirugía ganó al tratamiento médico en todos los subgrupos de pacientes, excepto en los de bajo riesgo. La supervivencia en este caso en el grupo de tratamiento médico fue del 93% y en el quirúrgico del 83%.
- El incremento de supervivencia fue mayor en pacientes con más de un 75% de estenosis en el tronco, disfunción ventricular y alto riesgo clínico. No fueron observados beneficios quirúrgicos en grupos con estenosis del 50 al 75%, función ventricular normal, riesgo clínico normal y bajo riesgo angiográfico.
- En cualquiera de los casos, aunque algunos subgrupos de pacientes tengan buen pronóstico con la terapia farmacológica, no hay suficiente evidencia para que la cirugía deba ser retrasada.
- El tener afectación del tronco común de la coronaria izquierda no es lo mismo que tener afectación de la descendente anterior y la circunfleja. Las tasas de supervivencia y de mortalidad hospitalaria son menos favorables en el primer caso.

c) Seguimiento a 22 años<sup>187</sup>.

- A los 22 años la supervivencia fue del 25% en el grupo quirúrgico y del 20% en el farmacológico, no estadísticamente significativo.
- En pacientes de bajo riesgo (enfermedad de 1 o 2 vasos o 3 vasos con función ventricular normal), se obtuvo una supervivencia en el grupo farmacológico del 31% y en el quirúrgico del 24%, estadísticamente significativo.
- La probabilidad de no tener un infarto de miocardio y de estar vivo sin haberlo tenido fue mayor con tratamiento médico, estadísticamente significativo.
- Hay una fuerte evidencia en el seguimiento a 22 años de que la cirugía no mejora la supervivencia en pacientes de bajo riesgo.

- En pacientes de alto riesgo, aunque hay un incremento en la supervivencia en el grupo quirúrgico sobre el décimo año, en el seguimiento a más largo plazo ambos grupos se superponen.
- Este seguimiento a 22 años tiene algunas limitaciones:
  - o El tratamiento quirúrgico de la enfermedad coronaria ha cambiado desde entonces.
  - o Debido a los cambios en el estilo de vida los pacientes requieren revascularización más tardíamente.
  - o La mortalidad quirúrgica es del 1 o 2% en 1999, que es cuando se hace esta parte del estudio, comparada con el 5.8% de 1972.
  - o No se usa ya prácticamente vena safena para revascularizar, sino arteria mamaria interna.
  - o La angioplastia tiene su lugar en la terapéutica, y en algunas indicaciones ha desplazado al bypass.
  - o Ahora se tiene conocimiento de que la terapia hipolipemiente ayuda a prevenir el cierre del bypass de safena, antes no.
- La conclusión es que la cirugía de bypass ha sido beneficiosa solamente para un subgrupo de pacientes y durante un tiempo.

#### d) Críticas al estudio.

- El diseño y la implementación del estudio fueron pobres. A esto los autores responden que el estudio se sometió a una evaluación independiente junto a otros 159 publicados en importantes revistas científicas, resultando bien puntuado en los ítems evaluados.
- Población de pacientes: una de las clásicas críticas a este estudio fue que su población se comportaba artificialmente como “de bajo riesgo” y que por eso el estudio no era clínicamente relevante. Este argumento fue lanzado desde algunos estudios o centros en los que se decía que sus pacientes tratados farmacológicamente tenían mucho peor pronóstico que los del VA study. Esto haría que en el VA este tipo de pacientes tuvieran un mejor resultado. Se pudo comprobar que estos pacientes con mal pronóstico ajenos al VA eran pacientes que se consideraban para cirugía y que

finalmente se “desechaban”, lo que hacía que tuvieran realmente peor pronóstico que un paciente tipo.

Los criterios de inclusión y exclusión del VA estaban bien explicitados, los requisitos que debían reunir los pacientes tenían consistencia científica y se facilitaba el proceso para verificar tanto desde dentro como desde fuera que los pacientes los cumplían.

Se comprobó que pacientes de hospitales de Veteranos que no participaban en el estudio VA tenían unas características muy similares a los del VA.

- Apropiaada cirugía: algunas críticas al estudio fueron en el sentido de que las técnicas eran inadecuadas, que la permeabilidad de los puentes era baja, que se hacían pocos puentes en cada paciente, que la incidencia de infarto era mayor que en otros centros y que por tanto la mortalidad en el grupo quirúrgico era demasiado alta.
  - o Mortalidad a 30 días: se comprobó que la mortalidad era parecida a otros estudios similares simultáneos en el tiempo. Se indagó en un sesgo de publicación en el que los estudios publicados solían tener mortalidades más altas que los estudios no publicados, por lo que la mortalidad en el VA no era alta.
  - o Permeabilidad del puente: la permeabilidad era similar a los estudios de la época. Había algunos que medían la permeabilidad demasiado temprano (menos de un año) y obtenían tasas más altas.
- Calidad de las coronariografías: fueron revisadas por pares y el grado de correlación fue alto.
- Medical crossovers: existe el riesgo de que pacientes que pertenecen al grupo de tratamiento médico y que finalmente terminan en el quirúrgico mejore artificialmente los resultados del grupo de tratamiento médico. Para ello se tuvo en cuenta esta circunstancia y se diseñó un subanálisis estadístico para analizar el fenómeno.
- Conclusión de las críticas al estudio: los pacientes eran representativos, los resultados quirúrgicos comparables a los demás estudios que se hicieron y a los demás centros de Veteranos, los angiogramas estaban dotados de aceptable calidad, el porcentaje de crossover fue del 20%, parecido a otros estudios. Los firmantes del estudio terminan: “sería ingenuo no mencionar

que muchas de las críticas vienen de aquellos que son reacios a aceptar un efecto negativo de la cirugía. Estos críticos celebraron el informe que reportaba el beneficio quirúrgico para pacientes con enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda, pero atacaron al estudio un año después cuando el estudio no mostró beneficio para pacientes sin afectación del tronco común de la coronaria izquierda”.

**Algunas reflexiones** sobre el bypass aortocoronario con vena safena<sup>188</sup>:

En los primeros años de su desarrollo esta técnica se aplicó a un amplio abanico de indicaciones.

En 1969 **Johnson** declaró que el bypass no sólo mejoraba los síntomas, sino que podía ser utilizado en pacientes con disquinesias o disfunción ventricular. Sugería también que era una técnica aceptable para pacientes con un grado importante de enfermedad coronaria.

En 1970 un estudio de la Universidad de New York advirtió que la técnica no convendría usarse en pacientes con presiones diastólicas elevadas, pues esto aumentaba la mortalidad.

En 1971 la Cleveland Clinic delimitó las indicaciones: estenosis arterial del 60% con buenos lechos distales y función ventricular normal.

El mismo año Sabiston recomendaba en un editorial la técnica por mejorar los síntomas y la función cardíaca y reducir la mortalidad y los infartos de miocardio. Ninguno de esos efectos había sido documentado, pero llamaba a continuar y expandir la técnica.

En 1972 se considera la indicación para pacientes asintomáticos.

Para los investigadores estaba claro desde el principio que el bypass mejoraba la calidad de vida a través del alivio de los síntomas. Lo que no estaba tan claro era que prolongara la vida y protegiera frente al infarto de miocardio.

En aquellos años, para demostrar los beneficios en términos de supervivencia, sin ensayos clínicos randomizados, lo que se hizo fue comparar la evolución

clínica de los operados con controles históricos, a través de los registros; pacientes de similares edades y sexos. Esta práctica incurría en sesgos.

Uno de los casos fue el de la Cleveland Clinic en 1973. Comunicaron que en 1000 operados tuvieron una mortalidad anual de 3.3% y lo compararon con una serie de no operados que tenían una mortalidad de 8,8%. Parece ser que los pacientes no tenían unas características similares, homogéneas. Así, la sorpresa saltó cuando las mortalidades de los operados y no operados en el VA fueron muy similares (4 y 4,3%).

Comentan **los autores del estudio VA** que defectos garrafales en la selección de los pacientes cometidos en los estudios no randomizados se pasan por alto mientras que se va a buscar el más mínimo fallo en los randomizados para denostarlos.

El VA concluye que el bypass con vena safena debería indicarse cuando los síntomas no ceden con tratamiento farmacológico y cuando el paciente tiene múltiples factores de riesgo. No es buena práctica considerar esta cirugía en los primeros estadios de enfermedad, ya que puede exponer al paciente a daño subsiguiente. La mortalidad en pacientes quirúrgicos aumenta después de 7 años y la estenosis del bypass se acelera después del sexto año.

Las **críticas de Favaloro** a este estudio fueron:

- Variabilidad intra e interobservador en las lecturas de las coronariografías.
- Inadecuado diseño del estudio por considerar que pacientes sometidos a tratamiento farmacológico debían haber sido quirúrgicos desde el principio.
- Las cifras de supervivencia en el grupo farmacológico fueron del 88% en los pacientes con enfermedad de tres vasos, en el seguimiento a dos años. Se planteaba cuán diferentes serían las obstrucciones proximales de ese grupo, ya que en la Cleveland la supervivencia era del 65%.
- No estaba apropiadamente organizado, y hospitales con diferentes mortalidades (algunas de ellas inaceptables) fueron combinados.

Algunas otras críticas fueron: alto grado de selectividad, alto grado de mortalidad hospitalaria (5.6%), relativa alta tasa de infarto perioperatorio

(18%), baja permeabilidad (69%) y alto cruce del grupo de tratamiento médico al grupo de tratamiento quirúrgico (54 de 310 pacientes).

## 2. *National.*

El segundo ensayo clínico randomizado que comparaba tratamiento médico y quirúrgico de la enfermedad coronaria fue publicado en Noviembre de 1978 por el National Heart, Lung and Blood Institute y se llamó “Unestable Angina Pectoris: National Cooperative Study Group to Compare Medical and Surgical Therapy”<sup>189</sup>.

En el estudio preliminar participaron 8 centros y fueron reclutados 150 pacientes, 80 asignados al grupo de tratamiento médico y 70 al grupo de tratamiento quirúrgico.

Según los diseñadores del estudio los grupos fueron homogéneos en cuanto a su presentación clínica, anatomía de las arterias coronarias y función del ventrículo izquierdo.

Algunos médicos se quejaron de que no era ético distribuir al azar los pacientes al grupo médico y al quirúrgico, pero los autores del estudio dijeron que a falta de datos fiables sobre la historia natural y los objetivos del tratamiento, la randomización era un procedimiento adecuado. Comentaron que los pacientes de alto riesgo iban emergiendo durante el proceso de randomización, y que el diseño del estudio era comparable a otros estudios similares.

En el preámbulo escriben: “no hay evidencia clara de la superioridad del tratamiento médico sobre el tratamiento quirúrgico”.

Los **criterios de inclusión** se diseñaron en base a características clínicas (dolor), cambios electrocardiográficos, enzimas cardíacas, coronariografía y ventriculografía.

El **objetivo principal** del estudio era determinar si la angina inestable era mejor tratada con cirugía o farmacológicamente.

En el estudio como tal, entre 1972 y 1976 un total de 288 pacientes fueron reclutados. Todos tenían cambios isquémicos electrocardiográficos, 90% dolor



anginoso, 76% enfermedad multivaso. Los grupos eran comparables en estos parámetros, en la coronariografía y en la función ventricular izquierda<sup>190</sup>.

#### Resultados:

- Durante el estudio la mortalidad hospitalaria fue del 5% en el grupo quirúrgico y del 3% en el farmacológico, diferencias no significativas.
- Tasa de infarto de miocardio hospitalaria: quirúrgico 17%, farmacológico 8%. Estadísticamente significativo. Infarto de miocardio en los últimos tres años: grupo quirúrgico 13%, grupo médico 10%, estadísticamente no significativo. No hubo diferencias entre los pacientes con enfermedad de uno, dos o tres vasos.
- La mortalidad a largo plazo fue comparable en los dos grupos, pero el considerable número de pacientes del grupo médico que finalmente se tuvieron que someter a cirugía (37% del grupo médico) hace tomar con cautela los resultados relativos a la mortalidad a largo plazo. Los pacientes del grupo tratamiento médico que no tuvieron que migrar no tuvieron mortalidad más elevada que los pacientes del grupo quirúrgico.
- Si los pacientes sometidos a tratamiento médico son correctamente tratados no se incrementa la mortalidad a corto plazo ni las tasas de infarto de miocardio. Si la clínica del paciente es refractaria a la terapia farmacológica la opción de la cirugía es buena, se puede realizar con bajo riesgo y buenos resultados.

Las **críticas de Favaloro** a este ensayo clínico fueron que en los grupos de estudio pacientes con muy diferentes pronósticos fueron mezclados, que hubo un tiempo de seguimiento corto y que demasiados pacientes migraron del grupo de tratamiento farmacológico al quirúrgico.

### 3. *European Coronary Surgery Study Group*<sup>191,192</sup>.

Se publicaron sus resultados en 1979. Se reclutaron a 768 pacientes; hombres menores de 65 años con leve-severa angina, al menos enfermedad de dos vasos y buena función ventricular. 373 pacientes fueron asignados al grupo de tratamiento

farmacológico y 395 al grupo quirúrgico. 69 pacientes del grupo farmacológico fueron intervenidos quirúrgicamente y 27 pacientes del grupo quirúrgico fueron excluidos.

El **objetivo primario** del estudio era responder a la cuestión de si la cirugía prevenía muertes en pacientes con leve angina.

En la selección de pacientes se **excluyeron**:

- Pacientes con síntomas severos a pesar de que pudieran optar al mejor tratamiento médico, ya que no sería ético no ofrecerles cirugía.
- Pacientes con altos riesgos quirúrgicos debido a disfunción ventricular severa o morbilidades que contraindicaran la cirugía.
- Pacientes con tan buen pronóstico en los que sería imposible demostrar significativas diferencias en la supervivencia.

A los cinco años la cirugía demostró tener un efecto preventivo sobre la mortalidad. Los más beneficiados fueron pacientes con enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda y pacientes con enfermedad de tres vasos.

La supervivencia a 5 años fue mejor en los pacientes sometidos a cirugía 93.5% vs 84.1%. En los pacientes con enfermedad del tronco común izquierdo 92.9% vs 61.7% y en pacientes con enfermedad de tres vasos 94.9% vs 84.8%.

La insignificante diferencia entre las curvas de supervivencia en los subgrupos de enfermedad de dos vasos fue debida a la alta supervivencia en los pacientes sometidos a tratamiento médico y en la mortalidad preoperatoria y perioperatoria de los pacientes quirúrgicos.

Un dato que marca buen o mal pronóstico es la obstrucción proximal de la descendente anterior. Esta lesión era equiparable a la enfermedad de tres vasos.

La mejora de la sintomatología, el consumo de betabloqueantes y la capacidad para realizar ejercicio fue mejor en el grupo quirúrgico.

En el preludeo del segundo reporte del estudio se hacen **necesarias reflexiones aglutinadoras de los estudios anteriores** que ayudan a situarnos aún más en el mapa:

- La cirugía de bypass de safena es superior al tratamiento farmacológico en alivio de sintomatología anginosa.
- Solamente dos ensayos clínicos randomizados han logrado demostrar que la cirugía puede aumentar la supervivencia. Y fue para subgrupos concretos de pacientes. El primero fue este mismo, el European Coronary Surgery Study Group, que reveló la mayor supervivencia a dos años de los pacientes con enfermedad de tres vasos. El VA study demostró la superioridad de la cirugía en pacientes con enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda.
- Ningún estudio ha demostrado diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia entre tratamiento médico y quirúrgico para la globalidad de pacientes coronarios.
- Dos estudios randomizados, el de Guinn et al, y el de Koster et al, con muestras pequeñas, no mostraron conclusiones claras. El National no mostró diferencias entre cirugía y tratamiento médico en la angina inestable.

Favaloro remarca que:

- La permeabilidad fue del 90% a los 9 meses y del 77% entre 9 y 18 meses.
- A los 5 años 90 pacientes (24%) del grupo de tratamiento médico tuvieron que pasarse al quirúrgico.
- Aunque los grupos de alto riesgo siguen siendo pacientes con enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda y pacientes con enfermedad de tres vasos (sobre todo cuando uno de ellos es una obstrucción proximal de más del 50% en la descendente anterior), en este estudio es la primera vez que se tiene constancia de que también se observaría un beneficio sobre la enfermedad de dos vasos, si se cumplen dos requisitos. El primero es una obstrucción de más del 75% en la descendente anterior y el segundo es un descenso del ST mayor de 1.5 mm en la ergometría.

4. [CASS \(Coronary Artery Surgery Study\)](#)<sup>193,194,195,196,197,198,199,200,201,202</sup>.

En los años que separaron a los tres estudios anteriores de éste algunos acontecimientos modificaron algunas perspectivas. Por un lado la reducción de la mortalidad y del infarto perioperatorio en los pacientes quirúrgicos, sobre todo, según Favaloro, debido a la **cardioplegia**, a pesar de que el número de pacientes de alto riesgo era mayor. Por otro lado se empezaba a vislumbrar que los **bypass de mamaria interna** daban manifiestos mejores resultados en lo que a supervivencia se debía.

El periodo de reclutamiento de CASS fue de Agosto de 1975 a Mayo de 1979. La primera comunicación del estudio se realizó en 1983. Participaron 11 centros clínicos y fueron incluidos en el registro 25000 pacientes de los que fueron considerados finalmente 780 para randomizar.

La supervivencia a 5 años y la incidencia de infarto de miocardio no mostró diferencias significativas para la globalidad de los pacientes, tampoco en el análisis de subgrupos al estratificar por:

- presentación clínica en el momento de la randomización.
- criterios angiográficos definidos por la extensión de la enfermedad coronaria.
- severidad de la disfunción ventricular izquierda.

El análisis de la supervivencia a 7 años mostró un beneficio a favor del grupo quirúrgico en pacientes que tenían una fracción de eyección menor de 0.50, particularmente aquellos con enfermedad de tres vasos. Los demás siguieron sin obtener esa diferencia a favor del tratamiento quirúrgico.

En el VA y en el European se observó que el beneficio sobre la supervivencia que se lograba en el grupo quirúrgico se atenuaba a partir del quinto año de seguimiento.

Una de las diferencias del CASS con los otros dos fue que enroló a pacientes con angina de menor severidad y pacientes asintomáticos tras infarto de miocardio.

Los motivos de **exclusión** de la randomización fueron: tener coronarias normales o insignificantes lesiones, pacientes con clara indicación quirúrgica, mayores de 65 años, imposibilidad de inclusión por barreras físicas o geográficas, fracción de

eyección menor de 0.35, insuficiencia cardíaca aguda o shock cardiogénico, obstrucción del tronco común de la coronaria izquierda mayor del 70%, clase funcional III o IV para angina (éstos últimos se excluyeron en 1974 porque la cirugía de bypass había demostrado alivio de los síntomas anginosos en una mayoría de estos pacientes y por tanto no se consideraba ético ofrecerles tratamiento médico).

A los 10 años de seguimiento no se encontraron diferencias significativas entre el tratamiento médico y el quirúrgico.

En el desarrollo de este ensayo se estratificó en 3 subgrupos de pacientes los cuales estaban asintomáticos tras infarto de miocardio, y también se categorizaron según la función ventricular por su posible importancia pronóstica.

El estudio dio en el clavo en este sentido porque se comprobó que la disfunción del ventrículo izquierdo era un importante discriminante en el beneficio quirúrgico. Los pacientes con más disfunción obtenían más beneficio de la cirugía.

En el estudio CASS no hubo diferencias a los 5, 7 ni 10 años entre el tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con enfermedad de 1, 2 y 3 vasos cuando se consideraba obstrucción del 50 al 70%. Esta es una de las diferencias con los resultados del European Study. Esto puede deberse a que los pacientes del CASS tenían menores grados de angina pero eran comparables en sus lesiones coronarias a los criterios que utilizaban los demás estudios.

Los pacientes de CASS tenían menos mortalidad y morbilidad incluso para los equivalentes del VA y del European que fueron tratados farmacológicamente.

En el European el análisis multivariante de los factores pronósticos reveló que la obstrucción proximal de la descendente anterior mostró su **gran poder como predictor estadístico**. La comunicación del European atribuyó gran parte del poder beneficioso de la cirugía en la supervivencia a largo plazo a la revascularización de las lesiones de la descendente anterior. Similares hallazgos se pueden observar en el análisis del CASS. El problema es que en este estudio había gran cantidad de

pacientes con lesión proximal de la descendente anterior que estaban en la categoría de pacientes randomizables que finalmente no pasaron a formar parte de los pacientes randomizados.

Esta circunstancia sesgó los resultados finales haciendo disminuir los beneficios de la cirugía en el CASS respecto del European.

En el CASS una vez más se observa que la cirugía no era, globalmente, tan exitosa como se esperaba, y que el periodo con más eventos cardiovasculares es el lapso correspondiente a 5-10 años de seguimiento. Este hecho está en relación con lo ya explicado antes, con la oclusión de la vena safena por trombosis y proliferación fibrointimal. La tasa de oclusión se incrementa 4-5% por año. A los 10 años quedaban permeables el 60-65%.

En esa época ya se vislumbraba el mejor resultado del bypass con arteria mamaria interna. En el CASS en el 16% de los pacientes se utilizó la mamaria interna y en el VA y el European todos los pacientes fueron revascularizados con safena.

Los resultados del CASS registry y un artículo de Loop apuntaban a que el bypass de arteria mamaria interna a la descendente anterior aumentaba la supervivencia.

En el CASS se observa que tiene lugar una progresión en la arterioesclerosis de las coronarias no intervenidas después de la cirugía de bypass. Ocurre en el 50% de las coronarias no intervenidas. Las arterias a las que se anastomosan safenas que se deterioran y se ocluyen tienen más alta tasa de progresión. Esto, hipotetiza el CASS, se puede deber a que después de que la cirugía alivie la sintomatología no se presta suficiente atención al control de los factores de riesgo, a diferencia de los pacientes tratados con fármacos desde el principio.

Los resultados del CASS sugieren que en pacientes con angina leve y normal función ventricular izquierda la estrategia inicial de tratarlos farmacológicamente no resulta una penalización en términos de supervivencia a largo plazo o infarto de miocardio no fatal. La cirugía, aunque beneficiosa en pacientes con disfunción

ventricular, puede resultar indeseable en pacientes con función ventricular normal y síntomas controlables.

El **abordaje farmacológico** de pacientes con enfermedad coronaria tiene algunas peculiaridades que debieran ser tenidas en cuenta según el estudio. A saber:

- El análisis de la supervivencia acumulada ha sido abordado por estudios desde 1918, en los albores de la descripción clínica de la *angina pectoris*. Los resultados obtenidos han sido muy variables. Antes de la aparición de la coronariografía la supervivencia a 5 años no podía ser exactamente determinada, su horquilla era del 15 al 75%.
- La pobre supervivencia en esos primeros estudios estaba influenciada por la escasa frecuencia con la que la cirugía era recomendada a los pacientes.
- Según CASS era importante obtener una clasificación de pacientes y de sus características para poder individualizar las bondades de la terapia farmacológica, lo que daría una idea veraz de la historia natural de la enfermedad.
- En la realización del registro de pacientes de CASS la extensión de la enfermedad coronaria y el estado de la función ventricular fue evaluado de manera estandarizada mediante coronariografía. En el 99,8% de los pacientes pudo conseguirse este objetivo.
- La supervivencia de los pacientes tratados farmacológicamente en CASS era mayor que en otros estudios, especialmente en los pacientes con enfermedad de tres vasos.

Algunas cuestiones probablemente contribuyeran a este mejor indicador, como el uso de diferentes técnicas estadísticas y de los betabloqueantes en la formulación del cóctel farmacológico. Asimismo, se especula con que en los primeros estudios eran numerosos los pacientes en la muestra con

insuficiencia cardíaca congestiva en estado avanzado y aneurisma ventricular.

- El modo en el que se diseñó el registro de CASS permitió dividir perfectamente a los pacientes en enfermedad de uno, dos o tres vasos, y se pudo comprobar que era importante tener en cuenta la función del ventrículo izquierdo porque resultaba un importante predictor de la supervivencia, sobre todo en pacientes con enfermedad difusa.
- La supervivencia a 4 años en los pacientes de CASS tratados con fármacos era menor que la de VA, en enfermos de uno, dos y tres vasos. Sin embargo fue superponible a la de European, que incluyó solamente a pacientes con enfermedad de dos vasos y de ahí para arriba.
- El European no mostró diferencias significativas entre tratamiento médico y quirúrgico, y esto se achaca al tipo de pacientes que incluyó, aunque fueran enfermos de dos vasos.

CASS comenta algunas **limitaciones** al estudiar la supervivencia a largo plazo de pacientes tratados farmacológicamente:

- 1) La función ventricular determina en mucho las tasas de supervivencia. Por ejemplo, en los enfermos de tres vasos, las hace variar del 42 al 79%.
- 2) Para realizar comparaciones razonables hay que tener datos comparables. Los mismos clínicos debieran introducir los datos al mismo tiempo para pacientes tratados farmacológica y quirúrgicamente.
- 3) Otra dificultad son los pacientes que inicialmente son tratados con fármacos y que finalmente son intervenidos.

Conclusiones similares fueron obtenidas cuando se analizó todo el registro de CASS, 23.500 pacientes, seguidos de 0 a 17 años (mediana 12 años). Se utilizó este análisis para conocer la historia natural de la enfermedad coronaria. La potencia del estudio permitió examinar un gran número de variables e interacciones, con



pequeños errores en la estimación. Los resultados hablan de la relativa importancia de crecientes niveles de severidad en la enfermedad, y vuelven a incidir en la baja supervivencia de los pacientes con enfermedad de dos o tres vasos y pobre función ventricular, tratados con fármacos. También remarcan que pacientes con esta afectación coronaria y función ventricular normal han mantenido una buena supervivencia en los grupos de tratamiento farmacológico.

Favaloro presenta también **objeciones y comentarios** al CASS.

Dice que aunque algunos autores comentaron que los profesionales no habían comprendido ni llevado a la práctica las limitaciones en las indicaciones quirúrgicas que CASS reconfirmó, lo cierto fue que en algunas regiones del Reino Unido la práctica de los cateterismos descendió un 19% y la del bypass un 13%, lo que indirectamente reprocha y achaca al CASS. También se hace eco de un artículo que demuestra que la calidad de vida fue mejorada en el grupo quirúrgico, medida en términos de alivio de la angina y de una mejora en el estado subjetivo y objetivo.

También dice que no se comprendió que CASS fue un estudio realizado a base de analizar fundamentalmente a pacientes de bajo riesgo, y que no se podía extrapolar a pacientes con arterioesclerosis coronaria o a candidatos quirúrgicos.

Favaloro cita (y aprueba) a **Califf**, que en un editorial de 1986 aconseja a los clínicos revisar los estudios no randomizados, otras observaciones científicas y experiencias personales (es decir, lo que provee de menos y más dudosa evidencia), además de los ensayos clínicos (que es lo que más evidencia genera).

Favaloro dice que el CASS ofrece más confusión que clarividencia. Vuelve a cargar contra el crossover (pacientes asignados a un grupo que finalmente tienen que ser tratados en otro); también contra la política de “intención de tratar”, que oscurece según él los verdaderos resultados. Aboga por considerar los crossover fallos en el tratamiento.

Remarca que el bypass indicado apropiadamente mejora la supervivencia en pacientes con severa enfermedad coronaria, disminuye las muertes súbitas y la tasa de infarto de miocardio. Y que la cirugía se puede realizar en pacientes de cada vez más alto riesgo, con técnicas mejoradas que permiten baja mortalidad y morbilidad, incluyendo también pacientes de avanzada edad y significativo deterioro de la función ventricular izquierda.

A los 10 años de la publicación de estos grandes estudios se realiza un **metaanálisis** que aunque incide en las mismas conclusiones realiza reflexiones de interés, algunas de ellas beneficiándose de la perspectiva que otorga el paso del tiempo para analizar algunos puntos<sup>203,204</sup>:

- En los primeros años el motor que impulsaba la realización del bypass de safena en el grupo de Favaloro era el alivio de la angina y la mejora de la calidad de vida. Sin embargo, debido a la mutabilidad de la enfermedad y a la influencia de algunas variables como el grado de disfunción ventricular, el efecto de la cirugía de bypass en el pronóstico era difícil de obtener.
- Para intentar remediar esta deficiencia se realizaron en la década de los 70 los ensayos clínicos randomizados de los que hemos hablado. Estos estudios presentaban diferencias en sus diseños, en el tipo de paciente reclutado y en los métodos utilizados, lo que probablemente influyera en la disparidad de los efectos medidos de la cirugía de bypass en la mortalidad. (De hecho, uno de los objetivos de este metaanálisis era clarificar el efecto de la cirugía de bypass sobre la mortalidad, mediante un tratamiento de los datos más adecuado).
- Está claro que algunas subcategorías de pacientes obtienen beneficios con la cirugía, como la enfermedad del tronco común, enfermedad de tres vasos o la obstrucción de la descendente anterior. Otras no han demostrado que pudieran obtener beneficios, como la disfunción ventricular izquierda, historia de infarto de miocardio, prueba de esfuerzo anormal y edad.

- También se considera que la cirugía que se practica en los pacientes de los estudios es la de hace 15 o 20 años, y que se han producido mejoras en las técnicas y en los cuidados postoperatorios que han reducido la mortalidad perioperatoria. Asimismo, la utilización de la mamaria interna izquierda (sólo el 10% de los pacientes de los ensayos habían sido sometidos a este tipo de bypass) y de los agentes antiplaquetarios beneficia aún más al grupo quirúrgico.

También es cierto que mejorarían los datos del grupo farmacológico con los betabloqueantes, los antiagregantes plaquetarios y los hipolipemiantes, los cuales no se utilizaban en el pasado.

- Una limitación importante de los ensayos clínicos randomizados es que tendían a excluir a mayores de 65 años y mujeres. Según algunos estudios estos dos grupos tendrían alta mortalidad perioperatoria y un pronóstico a 10 años peor. Otros análisis (Duke) basados en el CASS sugerían mejor supervivencia de la cirugía de bypass en estos dos subgrupos.
- Este metaanálisis incluyó 7 estudios y 2700 pacientes. De los 7 estudios por separado, menos uno, ninguno mostró diferencias en la mortalidad. Al realizar el estudio en conjunto se pudo evidenciar una reducción de la mortalidad con cirugía a 3 años de seguimiento. La reducción absoluta de la mortalidad fue proporcional a la gravedad angiográfica y a la clínica de los pacientes. Se relacionó con el número de vasos enfermos, grado de isquemia miocárdica, afectación proximal de la descendente anterior y disfunción ventricular izquierda.

La recurrencia de la angina con bypass venoso es del 20% de los pacientes a los 5 años y del 40% a los 10 años. Sin embargo la concomitante terapia farmacológica (antiagregantes plaquetarios y estatinas) mejora la longevidad del injerto.

El coste de la cirugía de revascularización en angina inestable es (pongo unos precios de referencia para dar una idea, de Birmingham –Reino Unido-): un año de

terapia farmacológica 6.900 dólares, 10.500 dólares una terapia quirúrgica y 23.000 dólares aquellos en los que finalmente la terapia farmacológica no es suficiente y tienen que terminar en el quirófano.

En el caso de la angina estable, en los pacientes de CASS, los costes fueron: 3.400 dólares tratamiento médico, 11.100 tratamiento quirúrgico y 13.500 tratamiento médico que al final termina en quirúrgico<sup>205</sup>.

#### **Indicaciones como tales.**

- 1. Alivio de angina (estable o inestable) refractaria a tratamiento médico.**
- 2. Síntomas severos a pesar de adecuado tratamiento médico.**
- 3. Insuficiencia cardíaca que complica una isquemia miocárdica aguda o una severa enfermedad arterial coronaria.**
- 4. Shock cardiogénico después de infarto de miocardio**

#### **Consideraciones anatómicas que indican el buen pronóstico de la cirugía de revascularización.**

- 1. Estenosis del tronco común de la coronaria izquierda mayor del 50%.**
- 2. Equivalente de enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda: estenosis significativa (>70%) del segmento proximal de la descendente anterior y del segmento proximal de la circunfleja.**
- 3. Enfermedad de tres vasos con disfunción ventricular (fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor del 50%)**
- 4. Enfermedad de dos vasos incluyendo una estenosis proximal de la descendente anterior combinada con una disfunción ventricular.**

#### **Otras indicaciones.**

**Complicaciones mecánicas del infarto de miocardio incluyendo defecto ventricular septal postinfarto, regurgitación mitral secundaria a disfunción del músculo papilar y ruptura ventricular.**

*Tabla 20. Indicaciones de la cirugía de revascularización (no es tabla cerrada, son unos puntos de partida a los que se pueden añadir otros casos particulares, pero es para sentar unas ideas generales)<sup>206</sup>.*

Para algunos autores<sup>207</sup> el objetivo no tenía por qué ser aumentar la supervivencia sino mejorar los síntomas y la calidad de vida sin incrementar la tasa de muerte o infarto. Para otros no había intervención sanitaria (y menos una invasiva) que arrojara beneficios sin incurrir en riesgos. Defendían que para que una intervención sanitaria se justificara no era suficiente con la satisfacción de variables subrogadas o intermedias, sino principales<sup>208</sup>.

Después de los ensayos randomizados los puntos generales sobre las indicaciones resultaban bastante claros. Quedaba un área un tanto inconclusa, que era la de los pacientes con enfermedad de tres vasos y función ventricular normal; ahí había que individualizar<sup>209</sup>.

La cirugía de revascularización miocárdica y sus resultados habían experimentado **cambios a lo largo de los años 70.**

- Cambios en mortalidad operatoria: comenzó siendo en la Cleveland Clinic del 3% y lograron rebajarla al 2%. La mortalidad operatoria global terminó al final de la década de los 80 en un 1%. Por categorías: enfermedad de un vaso (de 1.5% al inicio a 0,6%), enfermedad de dos vasos (de 1.5% a 0,5%), enfermedad de tres vasos (de 3,6% a 1,4%). Estos descensos en la mortalidad también se pueden documentar en el CASS.
- Infarto de miocardio perioperatorio: en la Cleveland decreció del 7,1% al 1,2%.
- Más completa revascularización. Los resultados en la Cleveland fueron los siguientes:

Periodo	% de completa revascularización alcanzada
---------	---

<b>1971-75</b>	58-66%
<b>1976-78</b>	72%-82%

*Tabla 21. Permeabilidad a medio plazo global.*

<b>Periodo</b>	<b>Número de bypass realizados por paciente</b>
<b>1967-70</b>	1.5
<b>1978</b>	2.5

*Tabla 22. Número de bypass realizados por paciente.*

<b>Periodo</b>	<b>1967-70</b>			<b>1971-73</b>		
<b>Cirugías de bypass realizadas</b>	741			3000		
<b>Supervivencia a 5 años</b>	1 vaso: 91.5	2 vasos: 88%	3 vasos: 85%	1 vaso: 96,5%	2 vasos: 93,6%	3 vasos: 89,8%

*Tabla 23. Supervivencia a largo plazo clasificada por año y por número de vasos enfermos.*

### 5. Angioplastia de balón versus bypass.

El 6 de Septiembre de 1977 **Andreas Gruentzig** realizó la primera angioplastia coronaria.

Era un procedimiento que se podía llevar a cabo con una baja mortalidad. Fallecían el 1% o menos de los pacientes sometidos a ella en la década de los 90, y se presentaban complicaciones en el 3-5% de los casos.

Gruentzig murió joven, a los 46 años, 8 años después de su gran descubrimiento, junto a su mujer, en un accidente de avioneta.

En los primeros compases de su popularización en la década de los 80, la angioplastia se usaba predominantemente en pacientes con enfermedad de un vaso. En los 90 se aceptó que éste debía ser el tratamiento de elección para estos pacientes, aunque no había pruebas sólidas de que aumentara la expectativa de vida. La calidad de vida y el alivio de la angina fue más satisfactorio en los pacientes sometidos a angioplastia que en los que se trataban farmacológicamente.

Era importante para los beneficios reportados la localización de la obstrucción, el tamaño de la arteria, el flujo distal y la circulación colateral. Los pacientes con enfermedad de un vaso no eran un grupo homogéneo de pacientes en este sentido.

La literatura en los 90 demostró que en ciertas localizaciones anatómicas los resultados de la angioplastia eran pobres debidos a la baja permeabilidad, un mayor número de complicaciones y un significativo incremento de reestenosis en los seis primeros meses, por ejemplo en la lesión del ostium de la coronaria derecha, lesión proximal de la descendente anterior, oclusión arterial total, estenosis segmentaria, varias lesiones en una misma rama...

La reestenosis era el problema más importante que presentaba esta técnica; según algunos autores del 20 al 30%<sup>210</sup>.

Andando el tiempo se planteó la necesidad de realizar estudios para ver si era posible realizar angioplastias en los enfermos multivaso (2 o más) o por el contrario había que seguir utilizando cirugía. En la enfermedad de un vaso parecía ya un tratamiento adecuado. Estos estudios se llevaron a cabo de 1986 a 1992, y aquí recojo los aspectos más importantes de cada uno.

- 1) **CABRI:** Coronary Angioplasty versus Bypass Revascularization Investigation<sup>211</sup>.

Multinacional, europeo, multicéntrico (26 centros). 1024 pacientes. 513 al grupo bypass y 511 al de angioplastia. Seguimiento de un año. Sin diferencias en la mortalidad.

2) **RITA:** Randomized Intervention Treatment of Angina<sup>212</sup>.

Reino Unido. 1011 pacientes. 501 a grupo bypass y 510 a grupo angioplastia. 456 con enfermedad de un vaso y 555 multivaso. Seguimiento a 4.7 años. Sin diferencias en el riesgo de muerte o en incidencia de infarto de miocardio no fatal (objetivo primario).

3) **EAST:** Emory Angioplasty versus Surgery Trial<sup>213</sup>.

Estados Unidos. 392 pacientes. 194 a grupo bypass y 198 a angioplastia. Pacientes con enfermedad multivaso. 3 años de seguimiento. No diferencias para el objetivo primario: mortalidad, infarto de miocardio con onda Q o defecto isquémico en la gammagrafía con Talio.

4) **GABI:** German Angioplasty Bypass Surgery Investigation<sup>214</sup>.

Alemania. Pacientes con enfermedad multivaso. 359 pacientes. 177 a bypass, 182 a angioplastia. 1 año de seguimiento. Objetivo de estudio primario: ausencia de angina un año después de la intervención. Objetivo secundario: estudiar la incidencia de eventos cardiovasculares mayores (muerte o infarto de miocardio), complicaciones e intervenciones ulteriores. Sin diferencias en la angina, tuvieron más mortalidad perioperatoria e infarto los del grupo bypass (estadísticamente significativo). La necesidad de reintervenciones fue mayor en el grupo angioplastia.

5) **BARI:** Bypass Angioplasty Revascularization Investigation<sup>215</sup>.

Estados Unidos y Canadá. 1829 pacientes. 914 a bypass y 915 a angioplastia. Enfermedad multivaso. 5 años de seguimiento. Sin diferencias en la mortalidad.

Con la excepción de RITA los ensayos excluyen a los pacientes con enfermedad de un vaso, que son, según creencia ampliamente mantenida pero no realmente probada, los más firmes candidatos a tratamiento percutáneo. Todos los



ensayos excluyen a pacientes con enfermedad del tronco común izquierdo. RITA y GABI excluyen pacientes en los que la intervención es probable que devenga en una revascularización incompleta. GABI y EAST excluyen pacientes con enfermedad coronaria crónica. CABRI es dirigido al alivio de los síntomas fundamentalmente.

Favaloro como de costumbre hace muchas **objeciones y salvedades** a todos estos estudios, analizando subgrupos, expresando críticas al diseño, a los criterios de exclusión, de inclusión etc, etc. Si bien es cierto que algunos autores discuten acerca de detalles concernientes a algunos resultados en variables intermedias (por ejemplo en el grupo angioplastia el número de reintervenciones suele ser mayor), la mortalidad no difiere significativamente en los grupos analizados.

En 1995 se publica un **metaanálisis**<sup>216</sup> que incluye 8 ensayos clínicos randomizados enrolando a 3.400 pacientes, seguidos durante 3 años. Mide mortalidad, infarto de miocardio, intervenciones adicionales y prevalencia de angina durante el seguimiento. Concluye que ninguna estrategia es superior a la otra en términos de mortalidad e infarto de miocardio. En términos de intervenciones adicionales y de alivio de angina es superior la cirugía a la angioplastia.

En 2003 se realiza un **metaanálisis**<sup>217</sup> en el que se incorporan los nuevos ensayos y se examinan los resultados a largo plazo. Se incluyen 13 ensayos clínicos randomizados, presentando a 8000 pacientes. Los resultados sugieren que la cirugía se asocia con más baja mortalidad que la angioplastia a los 5 años, menos angina y menos procedimientos de revascularización. Para los pacientes con enfermedad multivaso la cirugía provee de una mejor supervivencia de 5 a 8 años, y para los diabéticos una mejor supervivencia a cuatro años. La adición de stents reduce la necesidad de repetir la revascularización a la mitad.

**Alison** (2007) dice que son 15 los ensayos clínicos randomizados que se han realizado sobre el tema, aleatorizando 9000 pacientes y realizándose un millón y medio de angioplastias al año en Estados Unidos. De la población estudiada en global el 35% tenía una enfermedad de tres vasos, ningún paciente tenía una enfermedad del tronco común, el 40% tenía una enfermedad de la descendente anterior, y los pacientes con pobre función ventricular fueron excluidos. Refiere que la población fue altamente seleccionada y que no incluía aquellos pacientes que resultan los más beneficiados de la cirugía de bypass.

En los pacientes analizados, los tributarios de cirugía serían enfermos del tronco común de la coronaria izquierda (20%), enfermedad de tres vasos y obstrucción proximal de la descendente anterior. Solamente el 25% tenía una función ventricular normal y se podía constatar una universal utilización de la mamaria interna izquierda para revascularizar.

**How heart procedures compare**

	Bypasses	Balloon angioplasty
1980	137,000	5,877
1981	159,000	5,977
1982	170,000	11,679
1983	191,000	26,021
1984	202,000	46,088
1985	230,000	81,883
1986	284,000	133,488
1987	332,000	184,453
1988	353,000	226,251
1989	368,000	258,796
1990	392,000	285,362

SOURCE: National Center for Health Statistics, U.S. Task Force on Organ Transplantation, United Network for Organ Sharing

*Tabla 24. Comparación del número de bypass vs angioplastias de balón a lo largo de la década de los 80 en EEUU.*

6. *Cirugía de bypass versus angioplastia con stent metálico.*

1) **ARTS:** Arterial Revascularization Therapies Study<sup>218</sup>.

1200 pacientes. Sin diferencias en supervivencia, incidencia de infarto cerebral o infarto de miocardio a 1-5 años de seguimiento en pacientes con enfermedad multivaso.

La necesidad de reintervención estaba incrementada en el grupo de angioplastia.

En el subgrupo de pacientes diabéticos sí que había superioridad de la cirugía, que se mantenía 3 años.

Sólo el 30% de pacientes tenía enfermedad de tres vasos, y todos tenían una función ventricular normal.

2) **ERACI II:** Coronary Angioplasty versus Coronary Bypass Surgery in Multi-Vessel Disease.

En este estudio el 60% de los pacientes tenía enfermedad de tres vasos o enfermedad del tronco común, pero los que tenían una función ventricular deprimida fueron excluidos.

Hubo a 30 días menos muertes, infarto de miocardio y rehospitalización en grupo angioplastia. También menos mortalidad temprana.

A 5 años no hubo diferencias entre los grupos. La reintervención fue mayor en el grupo angioplastia.

3) **SoS:** Surgery or Stent trial.

El 40% de los pacientes tenían enfermedad de tres vasos y la función del ventrículo era normal. A los dos años la mortalidad del grupo angioplastia fue mayor que la del grupo cirugía.

Los fabricantes de stents fueron los que financiaron estos tres estudios que acabamos de comentar.

4) **MASS II:** Medicine, Angioplasty or Surgery Study.

600 pacientes con afectación proximal en el contexto de enfermedad multivaso y angina estable fueron randomizados a tratamiento médico, angioplastia o cirugía de revascularización. La función ventricular estaba conservada en el 40% de los casos y dos tercios tenían enfermedad de tres vasos. El 72% recibió un stent metálico.

El objetivo primario fue mortalidad, infarto de miocardio con onda Q y angina que requiriera revascularización. La cirugía mostró mejores resultados (menos mortalidad, menos infartos...) que la angioplastia y el tratamiento médico. No hubo diferencias significativas entre estos dos últimos.

Este estudio, según Alison, confirma que no todos los pacientes con angina estable y enfermedad de dos o tres vasos requerían revascularización, y si la requerían la cirugía es la que mejores resultados proporcionaba. Es una conclusión que también se extrae del ensayo COURAGE donde pacientes con enfermedad de dos y tres vasos no obtuvieron diferencias con tratamiento médico o angioplastia.

En 2007 se realizó una **revisión sistemática**<sup>219</sup> incluyendo 10000 pacientes, 5000 a bypass y 5000 a angioplastia, que venían de 23 estudios, la mayor parte ensayos clínicos y algunos estudios observacionales especialmente escogidos. La supervivencia a 10 años fue similar, no había diferencias estadísticamente significativas. La cirugía fue más efectiva en el alivio de la angina, el paciente precisaba menos reintervenciones y el riesgo de infarto cerebral fue mayor.

En 2008 se realiza un **metaanálisis**<sup>220</sup> para medir muerte, infarto cerebral e infarto de miocardio. Se reclutan 3050 pacientes de 4 ensayos (ARTS, ERACI-II, MASS-II y SoS). En términos de perfil de seguridad resultaron iguales. El grupo quirúrgico se asoció a un menor número de reintervenciones que el grupo angioplastia, así como a un menor número de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares subsiguientes, a los 5 años.

En 2011 se realizó un **metaanálisis**<sup>221</sup> para comparar la cirugía con la angioplastia en pacientes con enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda. Se

incluyeron estudios no prospectivos y observacionales, así como los últimos ensayos clínicos randomizados que se habían publicado. Incluyeron a 1600 pacientes de 4 estudios. No hubo diferencias a un año ni de mortalidad ni de evento cardiovascular. Con la angioplastia hubo menos riesgo de infarto cerebrovascular y más de ulterior revascularización.

En definitiva<sup>222</sup>, la ventaja probada en los ensayos de la cirugía de bypass es que provee de más completa revascularización, que produce buenas tasas de alivio postoperatorio de angina y que se asocia con menores tasas de procedimientos posteriores. Las desventajas son que tiene más problemas perioperatorios, más larga hospitalización y costes más altos.

Las ventajas de la angioplastia son que puede evitar la cirugía mayor en el 70% de los pacientes y que se asocia a más cortas hospitalizaciones y menores costes. Las desventajas son que proveen de menos completa revascularización, que la angina puede recurrir y que se asocia con más procedimientos ulteriores.

Las diferencias en mortalidad siempre han sido escasas y se han ido reduciendo aún más con los avances en la tecnología de los stents: del balón al metálico al recubierto con fármacos.

Para algunos autores<sup>223</sup> resulta problemático que de los estudios se excluyan los pacientes a los que justamente más beneficia la cirugía de revascularización, como los pacientes con enfermedad de tres vasos, pacientes con disfunción ventricular izquierda y pacientes con enfermedad de tronco común de la coronaria izquierda, que constituyen el 30% de los intervenidos quirúrgicamente y el 6% de los sometidos a una coronariografía. Algunos autores incluyen también en esta categoría a los pacientes diabéticos<sup>224</sup>. En España, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología también abogan por incluir a los pacientes con obstrucción proximal de la descendente anterior. Esta circunstancia ha sobreestimado el valor de la angioplastia y ha disparado la realización de esta técnica en los países desarrollados, según ellos.

Más bien parece razonable excluir a ese tipo de pacientes, pues está ya muy claro que la cirugía es beneficiosa para ellos. La clave está en aportar luz en otras subcategorías inmediatamente inferiores en intensidad y ubicuidad de las lesiones.

La práctica de la cirugía se fue incrementando hasta 1996 y tuvo un descenso progresivo desde el 2000. En 1998 tuvo lugar el punto de inflexión en el que la angioplastia superó a la cirugía. Estados Unidos, Europa (y España) siguieron esta tendencia.

Algunos autores braman literalmente en los artículos científicos y en las revistas médicas (cardiocirujanos, por supuesto) por hacer recuperar el lugar que le corresponde a la cirugía de revascularización y que sienten ha sido usurpado por la angioplastia<sup>225</sup>. El 29% de los pacientes con enfermedad de tres vasos y enfermedad del tronco común en Europa fueron tratados con angioplastia y no con cirugía. También abogan por la decisión de un “heart team” multidisciplinar, que dialogue y debata en sesión el tratamiento más adecuado para revascularizar al paciente, en el caso de que éste lo necesite. Y no hacer coronariografía de urgencia y no tomar decisiones sobre la marcha salvo en el caso de la angina inestable y el infarto de miocardio, donde la angioplastia es de elección.

Otro punto a tener en cuenta es que los ensayos descritos no se hicieron con procedimientos que se utilizan habitualmente en la práctica diaria, lo que hace más confusos los resultados. Se utilizan ahora stents farmacológicos y prácticamente todos reciben revascularización de mamaria interna izquierda, cuando en los ensayos lo hacían en un 83%. También es cierto que aunque los stents farmacológicos se reestenosan menos, su uso no ha prolongado la supervivencia ni reducido la incidencia de infarto de miocardio.

**SYNTAX** fue un ensayo clínico randomizado para comparar cirugía con angioplastia (stent farmacológico con Taxus) en pacientes con enfermedad de tres vasos y enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda. La cirugía de bypass demostró una menor tasa de eventos mayores cardíacos y cerebrovasculares a un año. Este estudio realiza una aportación interesante, que es

dar cuenta en su diseño de que los enfermos de tres vasos son un grupo muy heterogéneo, por lo que decide introducir una escala de puntuación (escala SYNTAX) para categorizarlos. Tras la consideración de esta escala SYNTAX calcula que en 2/3 de los pacientes con enfermedad de tres vasos/enfermedad del tronco común la cirugía es el método de elección. En los demás, habrá que individualizar el caso y explicarle al paciente los riesgos y beneficios de cada una de las técnicas. También se ha desarrollado una escala de valoración llamada EuroSCORE.

Las controversias sobre el tema, no obstante de la amplia fotografía tomada en este texto, van mucho más allá, son encarnizadas, constantes y hasta en extremo divergentes<sup>226</sup>.

Algunos critican que la angioplastia se ha utilizado muy profusamente aun cuando la evidencia es escasa, sobre todo en algunos subgrupos de pacientes<sup>227</sup>. Otros defienden la técnica a capa y espada y abogan por amplias indicaciones. Otros incluso discuten que la angioplastia sea superior a la terapia farmacológica (lo es en alivio de angina, pero no en las demás variables, incluidas supervivencia o infarto de miocardio).

Angioplastia y cirugía de revascularización mueven en Estados Unidos cien mil millones de dólares al año<sup>228</sup>.

## 5. ANEXO V: LOS DETRACTORES DE LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA.

### 1. **Friedberg**<sup>229</sup> (Jefe de Cardiología del Mount Sinaí de Nueva York y editor de la revista Circulation).

- La cirugía cardíaca había sido prácticamente experimental a lo largo de la historia. En el momento en el que escribe uno de sus célebres artículos de rechazo, 1972, se hacían 25000 cirugías coronarias anuales, la mitad de todas las cirugías cardíacas totales en Estados Unidos. Veía con malos ojos esta rápida expansión, que creía precipitada.
- Las razones que esgrimía para dudar de la nueva técnica quirúrgica eran: repetidos fracasos en intentonas quirúrgicas anteriores, ausencia de ensayos clínicos controlados, desacuerdo y parcelas desconocidas en la historia natural de la enfermedad, lagunas en la evidencia de que el infarto de miocardio podía ser evitado o la supervivencia prolongada con la práctica de la cirugía e insuficientes datos para permitir indicaciones precisas.
- Las únicas indicaciones claras que él veía por el momento eran las de aliviar el dolor intratable o aumentar la capacidad funcional y la calidad de vida. La pega que advertía era que la indicación quedaba sujeta al aspecto subjetivo del paciente y que no se podía cuantificar en una medición más objetiva.
- Creía que dadas las dificultades descritas no todos los centros hospitalarios ni todos los cirujanos podían realizar esta cirugía.

A Favaloro le gustaba mucho recordar el Congreso Mundial de Cardiología en Londres, en 1970. En dicha reunión el plato fuerte iba a ser un cara a cara entre él y Friedberg, a cuenta del bypass de safena, y aunque era muy esperado por todos, les fue asignada una sala pequeña. Una hora antes del evento llegó Favaloro para tener todas las diapositivas preparadas y ya estaba todo lleno con la gente que se salía a bocanadas por las puertas laterales. A Favaloro le llamaba mucho la



atención que Paul D. White, uno de los padres de la Cardiología, estaba allí de pie, ya entrado en años, y nadie le cedía el asiento.

Esto me hace recordar el relato de un cardiólogo que una vez en un congreso al que asistían grandes profesionales de la especialidad, distribuyó folios en blanco con el nombre arriba de distintos próceres de la Cardiología y debajo tenían que poner los asistentes por qué cuestiones eran reconocidos. El resultado fue estrepitoso.

Ante la ansiedad del personal porque no había sitio ya en el auditorio, uno de los organizadores dijo que no se preocuparan, que el debate se repetiría de nuevo en una hora, lo que los ponentes sabían que era imposible. Primero porque un debate era irreplicable y segundo porque Friedberg tomaba un avión justo después de la charla.

Favaloro se enfadó un poco con Friedberg porque dudó de la veracidad de una mortalidad operatoria tan baja en la Cleveland Clinic. Y Favaloro siempre llevaba a gala la honestidad científica.

## **2. Likoff.**

a) Bypass usado en angina estable (1973)<sup>230</sup>:

- Pone en duda su uso debido a la naturaleza progresiva de la enfermedad, el pequeño tamaño de los vasos a anastomosar y los resultados ya conocidos de la cirugía femoropoplítea.
- Reflexiona acerca de cómo, efectivamente, muchos de los conatos quirúrgicos cardíacos aliviaban la angina casi en su totalidad y luego al final se consideraban inservibles por fracasar en otras variables.
- Remarca la importancia de la existencia de un buen flujo distal para que el bypass de safena fuera exitoso. Midiendo con el medidor de flujo

- electromagnético, teniendo buenos lechos distales se alcanzaban valores en la safena de 71 ml/min. Si el flujo distal era pobre, de 28 ml/min.
- En la cirugía poplíteica con bypass venoso también sucedía que los resultados a corto plazo eran buenos, no así tanto en el largo plazo. El 50% fracasaban en un periodo comprendido entre los 3 y los 5 años.
  - Teoriza con que es difícil creer que la mejoría se debiera al alivio de la isquemia miocárdica a través del bypass, sino que pensaba que estaba relacionada con el reposo postquirúrgico, un diferente estado hemodinámico o factores desconocidos.
  - Ya avanzaba que pacientes con enfermedad del tronco común tratados farmacológicamente tenían un pronóstico nefasto.
  - Enuncia como indicaciones: angina inestable, 70% de obstrucción proximal de una arteria coronaria, buen lecho distal y adecuada función ventricular. La cirugía está indicada en enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda y en la obstrucción proximal de la descendente anterior (ya lo sabían sin ensayos clínicos aleatorizados, qué agudeza visual). No considera el bypass a la coronaria derecha ni a la circunfleja a menos que haya arritmias difícilmente manejables o amenaza para la vida debido a angina inestable.
  - Había más mortalidad en pacientes con incontrolable *angina pectoris* no sometidos a cirugía que los que se operaban.
- b) Bypass de vena safena en angina inestable (1973)<sup>231</sup>.
- Se comenzó a pensar en revascularizar el miocardio en ese escenario de progresión de la angina, de presentación clínica diaria, de cambios electrocardiográficos propios de la isquemia ventricular izquierda que no elevaban enzimas, es decir, que no estaban en situación de infarto agudo de

miocardio. Al revascularizar el miocardio se evitarían entre otros problemas las arritmias que podrían acontecer secundarias a la isquemia.

Deja claro que aunque la técnica en esta situación alivia la angina (en una serie en su práctica médica 13 pacientes de 14 fueron mitigados totalmente, y en éste último, la angina residual fue de intensos esfuerzos), no es un buen parámetro para evaluar, ya que se conocía que el alivio o persistencia tenía un gran componente psicológico, como habían comprobado con sham surgery, cirugías placebo (aunque nos parezcan increíbles estas prácticas en nuestros días). Likoff liga la relativa (y corta) validez de cirugías como abrasión del pericardio y operación de Vineberg a este alivio anginoso por efecto placebo.

- Una de las claves para considerar a la cirugía exitosa en este contexto es si el riesgo de tener un infarto de miocardio en angina inestable no operada (en la estable es del 10%) es mayor que el riesgo de someterse a la intervención; entonces sí habría un balance a favor de la cirugía.
- La permeabilidad de las safenas es mayor en las anastomosis a coronaria derecha y menor en anastomosis a circunfleja y descendente anterior.
- El autor teoriza acerca de que la probabilidad de estenosis esté en relación con el diámetro de la arteria a la que se anastomosa la vena. Decía que si la arteria tenía un diámetro mayor de 1 mm, el 91% de las safenas eran permeables. Si tenía menos de 1 mm, eran permeables el 30% solamente. También pensaba que la medida del flujo a su través sería un buen parámetro para estimar si la safena se iba a cerrar o no. Así, lo normal eran flujos de unos 70 ml/min. Si era de menos de 20 ml/min era probable que se ocluyera. Los flujos adecuados y normales suelen ser de 78 ml/min y si el lecho distal es escaso normalmente circulan en sus series flujos de 28 ml/min. La pérdida de un buen lecho distal comienza cuando la obstrucción se hace mayor del 35%.

- Da cuenta de otro grupo de investigadores que ya apuntaban certeramente las verdaderas causas de la pérdida de permeabilidad de las safenas: la microtrombosis, proliferación fibrointimal y los cambios arterioescleróticos.
- En el 73 este autor ya era plenamente consciente de que las safenas perdían permeabilidad de los 3 a los 5 años de manera muy llamativa, cerca del 50%. Y que los bypass en cirugía vascular de miembros inferiores iban perdiendo permeabilidad con el tiempo.
- También se hace eco de que Green había conseguido mejores tasas de permeabilidad con la arteria mamaria interna. Comenta que esta técnica llevaba aparejada una disección más dificultosa y una anastomosis quirúrgica más compleja.
- Comenta otros factores que también podrían ser importantes para el éxito de la técnica con safena, aunque menos que los ya relatados anteriormente. Serían: viscosidad sanguínea, grado de turbulencia, vórtice (flujo turbulento en forma de espiral) en la región de la anastomosis, características del flujo, coagulación sanguínea y resistencia vascular regional coronaria.

### 3. McIntosh (1979)<sup>232,233</sup>.

- Está claro que la cirugía alivia la angina, aunque ese alivio no siempre es mantenido en el tiempo.
- La calidad de vida también se mide en que tras la cirugía los pacientes necesitaban menos medicación.
- El alivio de la angina, la mejora de la capacidad funcional y de la calidad de vida no se tradujo en una mejora de las capacidades para reinsertarse y llevar una vida laboral plena y/o normal.
- La reintervención da malos resultados.

- Los defensores de la cirugía son propensos a intervenir pacientes con poca afectación arterioesclerótica que evolucionaría igual de bien con tratamiento farmacológico.
- La influencia de la técnica quirúrgica en la mortalidad operatoria es mayor de la esperada; los “fallos” propios del aprendizaje pueden ser justificados en los primeros tiempos del desarrollo de la técnica, pero luego ya no.
- Las técnicas al suturar y la protección miocárdica sí podrían tener implicancias en las complicaciones y limitaciones del bypass.
- Las técnicas que se fueron desarrollando periódicamente para disminuir el infarto perioperatorio fueron:
  - o Clamp aórtico e hipotermia regional profunda.
  - o Descompresión atrial.
  - o Evitar la fibrilación.
  - o Cardioplegia.
  - o Shunt intracoronario.
- Algunos estudios han comunicado cambios en los vasos nativos que tienen que ver con cambios en las safenas.
- Normalmente no hay progresión de la enfermedad en coronarias distales al bypass.
- Los índices medibles de la cirugía de bypass son menos precisos que en otras cirugías cardíacas, lo que no deja de ser en cierto sentido un inconveniente, ya que por ejemplo en las cirugías valvulares se pueden medir más fácilmente los cambios en la función hemodinámica y sus repercusiones sobre la clínica. Los elementos que tenemos para juzgar en el caso de la enfermedad coronaria son solamente síntomas subjetivos y a veces como único síntoma la muerte.
- Lo que critica el autor es que se ha creado un clima de opinión favorable a la cirugía debido a lo devastador de la enfermedad, que se ve en parte como un fracaso del tratamiento médico, y que hace que se sobreindique una cirugía que aún no ha mostrado datos claros y objetivos de su beneficio en variables como supervivencia u otras a largo plazo, menos en el caso de la enfermedad común del tronco de la coronaria izquierda y el de las enfermedades multivaso.

- La tasa de permeabilidad del bypass es mayor cuando hay una obstrucción proximal total y se anastomosa el bypass a la parte distal que cuando la arteria está parcialmente ocluida.
- Muy poco se sabe del curso de la enfermedad coronaria en pacientes asintomáticos. Dice que los cirujanos en los casos de estenosis seria de las coronarias deben tomar medidas para intentar enlentecer la progresión de la enfermedad durante el periodo asintomático reservando la cirugía para cuando el paciente comience con síntomas y sea refractario al tratamiento farmacológico, lo cual maximizaría los beneficios de un ulterior e hipotético tratamiento quirúrgico.
- Todos coincidían en la necesidad de ensayos clínicos randomizados, pero los entusiastas de la técnica que iban obteniendo resultados positivos de los estudios que había, reclamaban seguir avanzando con los datos que estaban en ese momento sobre la mesa sin necesidad de esperar.
- Comenta las opiniones de Braunwald según las cuales había enormes presiones económicas para usar el bypass, ya que casi la totalidad de la financiación de los centros médicos dependían del flujo de pacientes candidatos a cirugía.
- El descenso de la mortalidad quirúrgica viene dado no solamente por las mejoras en la técnica, sino también por la selección cuidadosa de los pacientes.
- Hay que tener cuidado a la hora de comparar las cohortes de pacientes, pues finalmente los pacientes sometidos a cirugía están seleccionados por no presentar comorbilidades importantes, como por ejemplo considerable obesidad, tabaquismo activo y/o otras enfermedades crónicas y amenazantes para la vida.
- Hurst, un defensor de la técnica quirúrgica, hablando de la permeabilidad de los puentes de safena dice: no recomendaría la técnica si el 25% de los bypass se terminaran cerrando.
- Hurst, en discusión con McIntosh, añade a las indicaciones ya conocidas para cirugía: obstrucción total de la coronaria derecha, obstrucción mayor del 70% de la circunfleja y obstrucción mayor del 70% pero no total de la

descendente anterior; y dice que en esos pacientes también hay un incremento de la supervivencia al operarlos.

- “Yo dudo de si alguna vez habrá algún estudio que satisfaga a todo el mundo”, se pregunta Hurst. “De esta manera, tenemos que abrir la mente a los datos que tenemos. Esto es necesario porque los pacientes necesitan respuestas ahora”.
- En el equipo de Hurst no se operaba a asintomáticos, especialmente si eran jóvenes o mayores de 65 años.

#### 4. Burch<sup>234,235</sup>.

Diseña esta peculiar tabla en 1973.

	<b>Surgical</b>	<b>Medical</b>
<b>Mortalidad quirúrgica</b>	4-25%	0
<b>Complicaciones precoces y tardías (infarto miocárdio, hemorragia, infección, tromboembolismo)</b>	25%	0
<b>Coste de la operación</b>	De 8000 a 35000 dólares	Cero
<b>Cierre del shunt</b>	25% en dos años	Cero
<b>Curas</b>	Cero	Cero
<b>Dolor y sufrimiento</b>	100%	Cero
<b>Estrés psíquico para el paciente y para la familia</b>	100%	Cero
<b>Supervivencia</b>	Desconocida	Conocida

*Tabla 25. Peculiar comparativa de Burch del tratamiento quirúrgico y médico de la insuficiencia coronaria.*

Dice “imágñense a los cardiólogos prescribiendo un fármaco que nunca ha sido sometido a un ensayo controlado, doble ciego, que quizá mata a 1 de cada 10 pacientes, daña al 25%, produce dolor y sufrimiento en el 100% de los casos, cuesta de 3.000 a 6.000 dólares por paciente y nunca cura realmente ¡! No solamente los cardiólogos no prescribirían el fármaco, sino que la FDA (la agencia reguladora americana) no permitiría que el fármaco estuviera en el mercado al alcance del público”.

#### 5. **Mullins (1977)**<sup>236</sup>.

- El factor predictor más importante del riesgo de mortalidad quirúrgica es la función ventricular. El segundo es la existencia o no de enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda. Contribuyen mucho menos o son insignificantes: angina inestable, número de vasos enfermos, terapia previa con propanolol, edad y diabetes.
- En las primeras comunicaciones científicas la cirugía en pacientes con angina inestable tenía una mortalidad mayor que en los pacientes con angina estable. Sin embargo, después de haber comenzado a estabilizar a los pacientes con fármacos antes de la cirugía, la mortalidad ha disminuido, y es comparable a la mortalidad por angina estable.  
El número de coronarias puenteadas o el número de bypass realizados en cada intervención ha tenido poca influencia en la mortalidad.
- La ocurrencia de infarto postoperatorio no está necesariamente en relación con la oclusión de los puentes.
- El problema que se planteaba en torno a la supervivencia con datos de 1977 era que no había estudios adecuadamente diseñados para analizar la supervivencia a largo plazo, salvo en el caso de la enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda, donde sí que se demostraba que la cirugía la prolongaba. Estudios no adecuadamente diseñados apuntaban a que la cirugía aumentaba globalmente la supervivencia. Estos dos hechos inducían



a la controversia. También sucedía que los estudios mejor diseñados eran los que incluían menor número de pacientes, lo que provocaba que la diferencia tuviera que ser abrumadoramente grande para ser estadísticamente significativa.

- Los registros de los pacientes no randomizados tenían algunas cosas buenas, como que subdividían a los pacientes en función del número de vasos que tuvieran afectos, y esto contribuía a hacer más comparables los grupos médicos y quirúrgicos.

Por el contrario presentaban algunas debilidades, como que los estudios coronariográficos eran de mala calidad al principio y mejores al final, y eso en ocasiones hacía que no fueran comparables los casos.

Otra era que en las series de tratamiento médico la función ventricular no fuera sistemáticamente evaluada.

- Algunos datos sobre enfermedad de tronco común de la coronaria izquierda. Mortalidad anual en no operados: 20%. Mortalidad anual en el grupo quirúrgico incluyendo la mortalidad en la cirugía: 10%. En el VA: mortalidad anual para este subgrupo en el grupo médico 21%, y en grupo quirúrgico 9%.

- Aparte de la anatomía coronaria y de la función ventricular, la presentación clínica de la angina inestable era una variable predictora de supervivencia, especialmente en grupos de bajo riesgo.

- Comenta en relación a la función ventricular: aproximadamente el 50% de los pacientes estudiados por angina tendrán disfunción ventricular. De los segmentos discinéticos preoperatorios, el 20% mejorarán después de la cirugía. También al contrario, la función de algunos segmentos después de la cirugía se deterioró del 15 al 40%. Algunos de esos segmentos luego mejoraron a medio plazo.

La función global del ventrículo izquierdo estudiada mediante fracción de eyección no cambió significativamente al año. No por tener algunas

porciones aquinésicas tiene que cambiar la función global, suele suceder que las porciones no isquémicas las compensan.

## 6. ANEXO VI: LOS MAESTROS Y REFERENTES DE FAVALORO.

Favaloro mitificó los orígenes y todo lo que les concernía, y levantó su vida sobre ellos. A su vez, concedía una importancia absoluta a la educación. Estos dos aspectos hicieron que tuviera en un pedestal a algunos de sus maestros, que siempre fueron un referente para él.

### 1. Jose María Mainetti<sup>237</sup>.

Las historias de Mainetti y Favaloro se **entrecruzaron** por el camino de manera significativa.



Hay una parte formal, la que cuentan todos los cronistas, y otra más escondida, en la que me voy a esmerar yo.

En la oficial, formal, archiconocida y repetida, Mainetti es el profesor de Clínica Quirúrgica en la Cátedra y en el Policlínico que deslumbra a Favaloro con su destreza manual y

por la simpleza con la que resuelve los problemas quirúrgicos sobre el tapete. A su vez Mainetti ya se había percatado de lo aventajado de Favaloro, y cuando venía algún maestro del extranjero a operar al Policlínico y pedía un estudiante ayudante local bien cualificado, Mainetti no dudaba en proponer a Favaloro.

En el 61 Mainetti había realizado una gira por Estados Unidos y le había deslumbrado la práctica de la coronariografía y los adelantos de la Cleveland Clinic, habiendo rotado con Crile (hijo).

Así que cuando Favaloro le manifestó a su maestro el deseo de profundizar en la Cirugía Torácica y Cardiovascular y le pidió consejo acerca del mejor lugar del

mundo para formarse, Mainetti no tuvo ninguna duda de que ese lugar debía ser la Cleveland Clinic. Así se propició el estar en el lugar correcto en el momento preciso.

Sin duda este episodio de la relación Favalaro-Mainetti fue de vital importancia en el devenir de esta historia, pero también hay algunos aspectos muy jugosos para comprender las causas y consecuencias últimas de todo lo que aconteció a Favalaro y a su Fundación que conciernen a Mainetti, y que suelen ser pasados por alto por (casi) todos los cronistas, periodistas y analistas.

Mainetti también levantó su propia Fundación. La Fundación Favalaro y la Fundación Mainetti recorrieron **camino**s paralelos.

Mainetti remarca la importancia de las fundaciones en el contexto de aquellos años; no eran para él un plan arbitrario ni una manera de querer conquistar la eternidad, o al menos no sólo eso, sino una manera de contribuir a mejorar la sociedad.

Cuenta que antes de los 70 había en Argentina 154 fundaciones, y que esta fórmula implosionó en los 70 y los 80 como respuesta de la comunidad y de la sociedad a la **parálisis estatal**. El Estado no abordaba de una manera definitiva y válida el problema de la salud y la Medicina, y a consecuencia de esto, se deshumanizaba.

Incluso en los 90, remarca, el Estado era un desertor de sus responsabilidades en salud, y para estar en el sistema había que ser deshonesto.

Mainetti era consciente desde un principio de que la fórmula de una Fundación era deficitaria económicamente, y que debía tener al Estado cerca para tirar de él cuando hiciera falta.

Las vicisitudes del viejo Mainetti y de su familia al frente de su fundación constituyen un culebrón de envergadura.

Mainetti crea la Fundación en el año 69. Tras una etapa embrionaria en los 70, en los 80 consigue la participación del Estado (Nacional y Provincial) y la comunidad. Desarrollan la parte asistencial en forma de Centro Oncológico de Excelencia, y

otra parte en forma de Escuela de Bioética, lo que engloba también al ejercicio de las humanidades médicas.

En los 90 asume el mando el hijo de Jose María Mainetti, Jose Alberto, que a la vez que ensancha y propulsa a la Fundación para adaptarla a los nuevos tiempos, tiene que convivir con la crisis del país y del sector salud en esta década.

Jose Alberto amplía prestacionalmente la Fundación. Era una Fundación menor que la de Favaloro. Por ejemplo en los 80 tenía 30 camas, en los 90 se triplica su número, pasa a tener 90 camas. La Fundación torna a polivalente con casi todos los servicios hospitalarios, avanzada tecnología diagnóstica, cuidados paliativos, instituto de investigación y docencia, editorial propia...

En lo gerencial apuesta por el hospital de autogestión y por externalizar servicios, lo que orienta la institución al mercado.

La Fundación se gestiona a lo largo de los años como una empresa familiar. “Sin sangre no hay morcilla”, decía Mainetti padre. Según la versión de su hijo, Mainetti padre quería dejar su sello a toda costa, aunque ya hubiera cedido la Jefatura en beneficio de su hijo, que tenía otras ideas acerca de cómo se debieran hacer las cosas. “Tiempo del nosotros, del colectivo antes bien que del individuo, sin las virtudes de nuestros maestros, pero acaso sin sus defectos”.

El padre, ya desde fuera, quería orientar la solución del entuerto económico hacia la búsqueda de la protección del Estado. El hijo, hacia la orientación al mercado de puertas para fuera y a la desvinculación de la familia y a la apertura a la comunidad de puertas para dentro. El hijo llevaba también bajo el brazo un plan de ajuste urdido por un comité de gestión paralelo al comité directivo, como sucedió en la Fundación Favaloro.

La lucha familiar fue fraticida. Judicializada, por supuesto. Una historia de verdadera pesadilla, acaba reconociendo el hijo.

A partir de 1995 todo se complica con la congelación de la deuda del PAMI, la deuda acumulada de las Obras Sociales y la desfinanciación institucional debido a la crisis financiera.

La agonía se prolonga hasta 2003 oficialmente. A partir de ahí las hostilidades continúan, pero con la Fundación prácticamente en el suelo.

Muchas similitudes con la Fundación Favaloro.

2. *Pedro Henríquez Ureña: profesor de la escuela secundaria (Colegio Nacional de La Plata).*

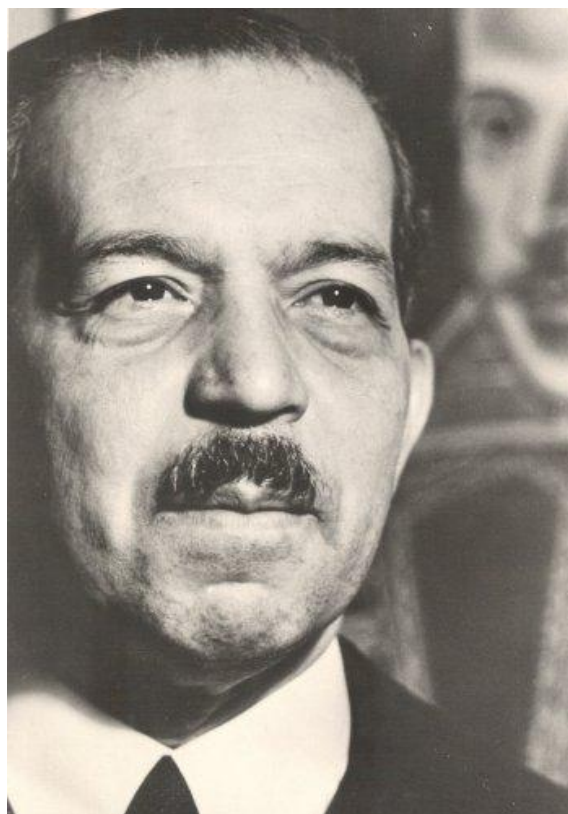
1884-1946 (62 años). Filólogo, crítico, escritor, profesor e intelectual.

De origen dominicano, su ambiente familiar era de nivel económico y cultural medio-alto. Su madre, hija de un abogado, escritor, médico y poeta. Su padre abogado, filólogo y político, a quien José Martí le escribió su Testamento Político.

Después de sus estudios secundarios, salió de República Dominicana para prácticamente no volver.

Residió en Estados Unidos, Cuba, México, España y Argentina.

A su padre lo nombraron comisionado del gobierno dominicano en Estados Unidos, por lo que Henríquez Ureña y su hermano se trasladaron con él para cursar estudios universitarios en el país norteamericano, en la Universidad de Columbia. Finalmente cesan como ministro al padre, con lo que no puede seguir manteniéndoles allí. Henríquez Ureña decide buscar un trabajo y seguir en el país. Escribe: - Vi entonces la explotación del obrero.



El padre consigue trabajo en Cuba y los

tres hijos se trasladan con él. Después decide irse a México.

En Ciudad de México formó parte de la redacción de un periódico y se unió con un grupo de intelectuales en la Sociedad de Conferencias.

En ese periplo termina la carrera de derecho, profesión que nunca ejerció, y trabaja como profesor de lengua y Catedrático de literatura española e hispanoamericana.

La dictadura en México lo envía de nuevo a Cuba, donde el periódico para el que trabaja lo manda de nuevo a Estados Unidos, donde va teniendo varios trabajos en distintas ciudades: Washington, Nueva York, Minneapolis.

En 1916 el Congreso de la República Dominicana conmina a su padre a ocupar la presidencia, lo que finalmente no puede hacer por la ocupación americana. Se traslada paradójicamente a Estados Unidos para preparar la recuperación. En ese periodo Henríquez Ureña también vive en Estados Unidos donde le atrapa la paradoja de ser profesor universitario de un país invasor del suyo, que ha expulsado a su padre de la presidencia.

A partir de 1917 hace varios viajes de ida y vuelta Estados Unidos-Madrid, donde da clases e investiga en diferentes lugares.

Después de este periplo recae en México, donde forma parte de una importante campaña de alfabetización que impulsa la Secretaría de Educación del Gobierno Mexicano.

Fue desarrollando su concepto del humanismo social a través de vida y obra.

En 1930 se traslada con su familia a Buenos Aires donde da clases en la misma capital y en el Colegio Nacional de La Plata, donde fue profesor de Favaloro.

Aunque realizó casi toda su actividad y su vida fuera de su patria siempre tuvo fuertes sentimientos hacia ella, como Favaloro hacia la suya. Escribe una frase que Favaloro cuelga en su despacho de la Fundación:

“Al regresar a la Patria, después de larga ausencia, cada minuto ha sido para mí de pensamiento y emoción. Yo sólo sé de amores que hacen sufrir, y digo como el patriota: mi tierra no es para mí triunfo sino agonía y deber...”

Favaloro hace suya la frase en el contexto de su periplo en Estados Unidos y su vuelta a Argentina.

Henríquez Ureña nunca llegó a ser titular en ninguna Facultad de Letras argentina. Para serlo había que ser o argentino o extranjero nacionalizado, y él nunca quiso renunciar a su nacionalidad dominicana.

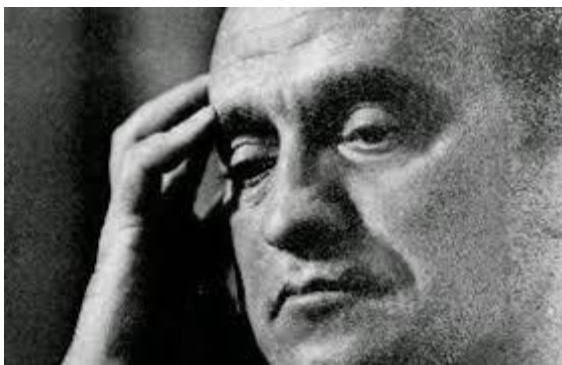
### 3. Ezequiel Martínez Estrada<sup>238,239</sup>.

1895-1964 (69 años). Escritor, poeta, ensayista, crítico literario y biógrafo argentino.

A la edad de 13 años sus padres se separaron y se tuvo que trasladar a Buenos Aires. Tuvo posteriormente que abandonar sus estudios sin llegar a la Universidad por motivos económicos, y comenzar a trabajar en El Correo Central de Buenos Aires.

Dicen algunos analistas que medía 1,60 y pesaba 60 Kg, que tenía desde joven un aspecto de viejo, con su calvicie sempiterna. Que nunca tuvo una imagen juvenil, ni una mentalidad de joven. Tenía madre y padre vivos y se alejó de ambos, se crió en medio de la soledad. Una soledad optativa, elegida.





“La soledad le ha hecho luchador por el tronco, por las ramas artista, por la raíz filósofo; el árbol más potente es el que está más solo”.

Se fue a vivir con su tía. Se hizo a sí mismo, era un gran autodidacta y un trabajador nato, nunca fue un escritor rentista ni bohemio, era un sacrificado. Su prolífica obra fue a costa de robar tiempo a sus obligaciones y a su vida familiar. Era un hombre bueno, sencillo y humilde.

Otros señalan que no era un hombre fácil. Otros que estaba dominado por un gran complejo de inferioridad.

Ganó dos veces el Premio Nacional de Literatura. En 1933 por su obra poética y en 1937 por su ensayo “Radiografía de La Pampa”. Con el dinero de éste último compró una casa de campo en Goyena, donde había vivido de chico con su familia. Se dice que Martínez Estrada salía en las fotos con gesto serio y adusto, pero que en las fotos en el campo son en las únicas que sale sonriente y contento. (Esto mismo se le puede aplicar a Favalaro en cierta medida).



*Figura 68. Favalaro, precisamente en una de las pocas imágenes en las que podemos verlo contento y hasta exultante. El motivo: victoria o gol de su equipo de fútbol, el Gimnasia y Esgrima de La Plata. Archivo Fundación Favalaro.*

Martínez Estrada profesó siempre una **inabarcable amargura**, debido en gran parte a sus reflexiones sobre el devenir de la Argentina. Era un gran pesimista.

La grandeza que le señalan a Estrada fue que como sabía que a nadie le gustaba un novio o una compañía amargada, transformó su amargura en un método de exploración de la Argentina, en una manera de conocer al país. Percibió un país enfermo, que nadie quería ver. “No veía muy lejos, pero tal vez veía más lejos de lo que veíamos nosotros”, decían sus contemporáneos. En “Radiografía de La Pampa” aparece la Argentina como una imposibilidad. Uno de los valores que más le reconocieron fue que se dio cuenta rápidamente de que su país era un problema.

Colocaba la historia argentina como un desgarró literario. Decía que pensar en la Argentina era luchar contra una costra que la sociedad intentaba segregar, pero que va con ella permanentemente. Decía que el país tenía cimientos débiles, que era un país desarraigado, que su población no estaba acostumbrada a grandes esfuerzos, que podía ser destruida con facilidad y que quizá no podría ser reconstruida como comunidad.

Escribe: "Argentina es como un enfermo que ni se cura ni se muere, y que le cuesta un dineral a la familia".

Aparece vinculado a la derecha debido a los primeros escritores a los que sigue. Otra de sus señas de identidad era su crítica feroz al peronismo (hay por lo que vamos viendo muchas cosas que hermanan a Martínez Estrada y a Favaloro). Considera a Perón un enemigo muy superior respecto a los demás políticos. Perón era un gigante para él. Le fascina pero a la vez quiere destruirlo. Vaticina (y no se equivoca) que hay peronismo para rato, porque han dislocado la concepción social argentina.

Martínez Estrada, política aparte, era un gran moralista. Para él eran culpables de la situación los dirigentes, pero también el pueblo. Era un gran concientizador de la ética de la gente.

"No robar y no matar", ése era su programa político.

Se va a México por la gran decepción que le provoca que su mensaje no le diga nada a la juventud. No tiene ya audibilidad ni influencia en la Argentina. Se queda sin vías para publicar sus trabajos y eso le lleva a la frustración.

Después se va a Cuba, y allí traba una buena relación con Fidel Castro y el Che Guevara, lo que descoloca a sus detractores. Mientras el partido comunista argentino le atacaba, en Cuba Fidel le recibe y le premia, y mateaba con el Che. En Argentina no entendían nada, porque consideraban a Martínez Estrada un conservador. Dicen algunos estudiosos de su figura que la izquierda argentina estaba desfasada, que no se enteraba de lo que pasaba.

En una visita, Martínez Estrada le dice al Che Guevara: - Usted es un Cristo. Usted está destinado a morir.

Todo lo que dijo se fue cumpliendo poco a poco, era un visionario.

De Cuba volvió a una Argentina que le sumió de nuevo en ese estado de parálisis. Dice Iona Heath que los cuerpos van encontrando su modo de morir, y el del Martínez Estrada regresó (algunos piensan que erróneamente) demasiado pronto de Cuba, donde mal que bien tenía un proyecto y un lugar, a la Argentina, donde se consumió a pesar de sus deseos de seguir trabajando y terminar una biografía de José Martí.

Favaloro decía que él tenía 5 o 6 suertes en su vida. Una era la de haber nacido y crecido en un hogar humilde, otra haber sido educado en el Colegio Nacional de La Plata.

Allí, decía, le enseñaron a ser honesto y responsable y le formaron el alma, la llenaron de ideales, utopías y de sentimientos nobles.

El Colegio Nacional de La Plata tenía la peculiaridad de ser una especie de “sucursal” de la Universidad Nacional. Joaquín V. González, el fundador, lo modeló con un criterio de excelencia. Los mejores profesores de la Universidad debían dar clases en el Colegio<sup>240</sup>.

Se dice que la Universidad de la Plata y el Colegio Nacional eran de tendencia liberal y reformista. “Yo soy hijo del liberalismo”, dijo alguna vez Favaloro.

Martínez Estrada dio clases a la vez que seguía trabajando en El Correo Central, y esto le permitió salir de una vida lineal, de oficinista. Dice Favaloro que el contacto con los estudiantes le dio una luz orientadora que le hacía salir de la soledad.

Estrada, al igual que Favalaro, no tuvo hijos: “Dios me dio hijos de otros padres”, decía, en referencia a sus alumnos.

Siempre tuvo Martínez Estrada un compromiso social acusado, Favalaro le consideraba el Unamuno argentino.

Favalaro le contaba las aventuras y desventuras de Jacinto Aráuz, donde había triunfado poniendo al servicio de la Medicina la formación humanística recibida. A Martínez Estrada le fascinaban esas historias y las percepciones que le transmitía Favalaro, y ante la imposibilidad de que otros pudieran vivirlas o conocerlas le decía: - Favalaro, tiene que escribir, tiene que contar todo eso.

En 1945, Martínez Estrada renuncia a su puesto como profesor titular después de 21 años de docencia, por no querer acatar la doctrina oficial del Gobierno, al igual que le sucedió a Favalaro con su plaza de cirujano.

“Si los intelectuales que sienten la cultura como un bien indispensable para su vida, trabajan para defenderse de toda sumisión, especialmente si es ominosa, todo está salvado; pero si se doblegan y entran en el servicio de las grandes empresas anónimas que envilecen al hombre en su alma para esclavizarla, todo está perdido. Se trata, otra vez, de saber decir no y de saber morir antes de tiempo”.

Las luces de ambos, de Favalaro y de Martínez Estrada, se fueron apagando ante la indiferencia. En el caso del primero, eligió la muerte antes que la indignidad.

## **7. ANEXO VII: RENÉ FAVALORO, LUGARTENIENTE DEL GENERAL SAN MARTÍN.**

No hay mejor manera de entender a Favaloro que entender a San Martín, o no hay mejor manera de entender a Favaloro que entender lo que Favaloro escribió sobre San Martín.

Favaloro analizó profundamente la vida y obra del General, y los historiadores reconocieron al cirujano **como uno más** entre ellos dadas las aportaciones de valor que realizó en este sentido.

Escribió dos libros sobre él que se fraguaron como las obras maestras. La obra excelsa surge sin quererlo, el acúmulo de conocimientos es tal que un día comienzan a decantarse (“inclinarse suavemente una vasija sobre otra para que caiga el líquido contenido en la primera, sin que salga el poso”) hacia las páginas de un libro.

Cualquiera que lea con ánimo de análisis y estudio, en profundidad, las obras de Favaloro sobre San Martín descubrirá innumerables **similitudes** entre la vida y obra de ambos.

Los secretos, enigmas, claves y datos que buscan denodadamente los periodistas y la sociedad sobre Favaloro duermen en esos estudios sobre San Martín. Está todo en esos dos libros.

Cabe preguntarse acerca de la naturaleza de tantas superposiciones. Puede ser que Favaloro en su admiración por San Martín buscara de alguna manera emularle, o puede que Favaloro y San Martín no fueran tan parecidos, pero que Favaloro traiga a esos dos libros los aspectos del devenir sanmartiniano que casan con su manera de entender la vida y de ver el mundo, y que Favaloro se construya un San Martín a medida para poder explicar y dar sentido a su propia realidad, sin perjuicio que la figura de San Martín tenga otras aristas no menos válidas e interesantes para el análisis.

Yo creo que **ambas cosas** suceden.

La aportación mayor de San Martín a la visión de Favalaro es el concepto de gran patria latinoamericana.

### *Breve contextualización acerca del General San Martín.*

El General San Martín y Simón Bolívar pasaron a la historia como los libertadores latinoamericanos de la dominación española.

San Martín nació en 1778 en Argentina y falleció en 1850 en Francia (72 años), militar de profesión.

Los primeros años de su vida los desarrolló en España, donde se formó como militar, interviniendo en algunas contiendas en el contexto de la dominación napoleónica.

Con 34 años, ya en Latinoamérica, participó en la independencia de las Provincias Unidas del Río de La Plata, y después lideró el Ejército del Norte, agrupación que tenía por objeto liberar Perú.

Le nombraron Gobernador de Cuyo (intendencia del Imperio español con capital en Mendoza) y esto le dio pie para organizar el Ejército de los Andes, con el que cruzó a Chile para liberarlo.

Posteriormente liberó parcialmente Perú, tarea que completó Simón Bolívar (el Libertador del Norte, que hizo lo propio con Colombia, Venezuela, Panamá y Ecuador).

En lo que sigue iremos viendo y analizando fragmentos (en cursiva y entrecomillados) de los libros “¿Conoce usted a San Martín?” (1986) y “La memoria de Guayaquil” (1991) que escribió Favalaro, y analizaremos cuando proceda los símiles, las analogías y todo aquello que sea tributario de sacarle jugo para entender y explicar las visiones y los actos de Favalaro.

[Escribe Favalaro]: *“A medida que he ido profundizando las lecturas, estoy convencido de que existen falencias significativas en la enseñanza, que se han ido*

*repetiendo con el pasar del tiempo y han servido para que la verdadera historia de nuestro país permanezca casi oculta y distorsionada”.*

Por este motivo Favalaro dedica el libro *¿Conoce usted a San Martín?* “a la juventud argentina”. Denuncia a menudo las tergiversaciones y las ideas falsas que se han difundido como imaginario colectivo en su país. Cuando hace esas acusaciones veladas al azar, un gran porcentaje de las mismas (aunque no se diga explícitamente) tienden a culpabilizar al peronismo. Dice Carlos Penelas: “La sociedad argentina está impregnada hasta el hartazgo de ambigüedad y de mistificación. Un país donde la ficción generó populismo, asonadas militares, ignominia, desaparecidos, discursos anodinos, corrupción, apatía. Esto, entre otras cosas, explica su deterioro”. Esa ficción la describe y la critica también mucho Favalaro, el arte de embaucar a la población con falsas promesas y con interpretaciones falsas.

[Escribe Favalaro sobre San Martín]: *“San Martín ha sido y es utilizado para defender intereses bastardos, en especial a través de comparaciones y paralelismos, tratando de justificar desviaciones perniciosas de nuestro pasado lejano y reciente”.*

[Escribe Favalaro]: *“Quizá el valor que tiene este libro que, frente a un país enfermo, un cirujano utilizó el mismo análisis crítico que diariamente en su profesión le facilita llegar a un diagnóstico, con un mínimo margen de error”.*

Está bien la utilización del método científico para los demás ámbitos de la vida. Sólo dos puntualizaciones:

- La Medicina no es una ciencia exacta, sino probabilística. Viene bien recordar un estudio<sup>235</sup> donde se pregunta a los ciudadanos si la Medicina es una ciencia precisa. Del 70 a 80% piensan que sí en diferentes países. En el caso de los médicos internistas la respuesta es afirmativa en el 20% de los casos. En el caso de los epidemiólogos del 7%.
  - Está muy bien abogar porque las soluciones a los problemas, las decisiones y las interpretaciones históricas deben ser técnicas, científicas.
- Sin embargo un buen puñado de decisiones que se venden como técnicas no son sino políticas, como por ejemplo la edad de la jubilación, o si la provisión de los servicios sanitarios debe ser pública o privada.



[Escribe Favalaro sobre San Martín]: *“A los seis años comienza su educación en el Seminario de Nobles, para ingresar posteriormente como cadete, a los doce años de edad, al regimiento de Murcia”.*

Favaloro destaca y alaba la precocidad de San Martín. También él fue precoz. Quería ser médico desde que era pequeño influido por su tío Arturo, único médico y único Favalaro con estudios universitarios, de aquellas generaciones. Influyó determinadamente en Favalaro.

Favaloro nació el 12 de Julio y no lo anotaron hasta el 14 en el Registro. Era cosa común antes, pero Penelas dice que fue una idea del tío como homenaje a la Revolución Francesa, por el día de la toma de la Bastilla.

Como curiosidad decir que Mautner relaciona, en un gesto probablemente carente de toda explicación científica y lógica pero lleno de ternura, el ingreso hospitalario al que tuvo que ser sometido como causa de un padecimiento el día 12 de Julio con el nacimiento de Favalaro, como una manera de que su cuerpo expresara la pérdida del amigo. “Me ingresaron justo el día que nació: el 12, no el día que lo inscribieron”.

También creo que es interesante relatar cómo y por qué Favalaro eligió a Mautner para su grupo de más cercanos colaboradores en la Fundación. Favalaro le propone entrar en su equipo y Mautner le pregunta que por qué entre 3500 cardiólogos que hay en la Argentina le elige a él. Le dice: - Mira, si yo cojo un bolígrafo negro y digo a la gente que me rodea: “miren ustedes qué bolígrafo blanco tengo entre mis manos”, los 3499 dicen: “ah sí, qué bonito bolígrafo blanco, doctor”. Pero usted es el único que me diría: “Doctor, se confunde usted, el bolígrafo es negro”.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“En el momento en que los niños dedican su tiempo al colegio y a los juegos propios de su edad, San Martín da los primeros pasos en su largo camino junto al esfuerzo y al sufrimiento”.*

El concepto de la renuncia, del esfuerzo y del sacrificio que tanto defendió Favalaro también estaba en San Martín.

[Escribe San Martín]: *¿Qué hay que extrañar en los movimientos de los americanos? Al cabo de trescientos años de un régimen de hierro, razón es que se acuerden de que son hombres, y que aspiren a elevarse el grado de felicidad que la naturaleza les señala. Los campos feracísimos que los rodea están sin cultivo, las ciudades sin industria y sin talleres, los puertos sin comercio y sin navíos. La Madre Patria, que con mano igual debía dispensar sus dones, abre todos los tesoros de la prosperidad al europeo, y los cierra duramente al americano. Para aquel son las luces, la civilización, los honores, los empleos: para éste el abandono, la ignorancia, la degradación y el olvido...". "más grande es el odio que nos ha inspirado la Península que el mar que nos separa de ella....".*

He ahí uno de los trasfondos por los que Favalaro pide la protección de los intereses de los pueblos latinoamericanos, tantas veces arrebatados. Es partidario de una organización latinoamericana para defender sus derechos. Un proyecto como el de la Unión Europea, pero para Latinoamérica.

[Escribe San Martín]: *"En una reunión de americanos en Cádiz, sabedores de los primeros movimientos acaecidos en Caracas, Buenos Aires, etc..., resolvimos regresar cada uno al país de nuestro nacimiento, a fin de prestarle nuestros servicios en la lucha, pues calculábamos se había de empeñar" "Yo servía en el ejército español: veinte años de honrados servicios me habían traído alguna consideración, sin embargo de ser americano; supe la revolución de mi país y al abandonar mi fortuna y mis esperanzas, solo sentía no tener más que sacrificar al deseo de contribuir a la libertad de mi Patria".*

Certero símil de su vuelta a la Argentina después de Estados Unidos y de sus razones para hacerlo. Leyendo estos párrafos y reflexionando sobre la identificación de Favalaro con el ideario de San Martín, se da uno cuenta de que era imposible que Favalaro no regresara a la Argentina.

[Escribe Favalaro sobre San Martín]: *"Alberto Palcos nos recuerda que, en la logia, San Martín tomó el nombre de Arístides, el gran ciudadano griego que se eliminó del mando del ejército para que Milcíades pudiera ganar la batalla de Maratón. ¿Sabía entonces San Martín que correría el mismo destino en Guayaquil?".*

Estas palabras remedan la insistente idea de Favalaro de “no existe el yo, sino el nosotros” sobre todo en Medicina, donde destacaba la importancia del trabajo en equipo. También recuerdan a situaciones en las cuales el superior tuvo que dejar vía libre al que venía desde abajo con fuerza, por el bien de la empresa que tenían entre manos. Sucedió con Effler en el servicio de Cirugía Cardiovascular, donde no le importó que Favalaro le eclipsara y donde no sólo no trató de cortarle las alas, sino que lo estimuló.

[Escribe Favalaro sobre San Martín]: *“Quizá sea este el momento de analizar si San Martín fue o no católico ferviente. Como ocurre casi siempre las opiniones son encontradas”.*

Lo mismo sucedió con Favalaro, cristiano de tradición familiar pero si acaso un católico atípico.

Favalaro contó que durante la convalecencia de un militar de alto rango que había operado lo pasó muy mal, y que estuvo junto a la familia rezando por la pronta recuperación del paciente. En este episodio fue cuando le acusaron de agredir a un periodista porque se estaba aprovechando del sufrimiento del paciente, de la familia y del propio Favalaro para hacer sensacionalismo barato y amarillismo. Según Favalaro simplemente le agarró un poco de la camisa y le reprochó al periodista su actitud.

[Escribe Favalaro sobre San Martín]: *“Era católico por tradición inmemorial y practicaba el catolicismo cuando las circunstancias lo conducían a ello”.*

Aparentando ser religioso se tenía al ejército bien subordinado. Son concesiones que también hacía Favalaro para conseguir lo que quería; si no en el tema de la religión, en otros.

San Martín redacta las máximas para su hija Mercedes.

5. Humanizar el carácter y hacerlo sensible aun con los insectos que nos perjudican. Inspirarle amor a la verdad y odio a la mentira.
6. Inspirarle una gran confianza y amistad, pero unida al respeto.
7. Estimular en Mercedes la caridad con los pobres.

8. Respeto sobre la propiedad ajena.
9. Acostumbrarla a guardar un secreto.
10. Inspirarle sentimientos de indulgencia hacia todas las religiones.
11. Dulzura con los criados, pobres y viejos.
12. Que hable poco y lo preciso.
13. Acostumbrarla a estar formal en la mesa.
14. Amor al aseo y desprecio al lujo.
15. Inspirarle amor por la Patria y por la Libertad.

Este listado de mandamientos recuerda, no por su contenido sino por su mera existencia, a los diez mandamientos sobre los que debía sustentarse la Fundación.

[Escribe San Martín]: *“y desde mi llegada a España he estado siempre diciendo a mis compatriotas: paciencia, un hombre por allá sorprenderá a todos”*.

Es un símil sobre lo que se podría pensar de Favalaro cuando aún estaba en Cleveland y quería regresar a la Argentina en un futuro. Una autoprofecía un tanto mesiánica.

San Martín en España, en los 22 años que sirvió a la “Madre Patria” llega a conocer todo lo que debía de su profesión, curtiéndose en mil y una batallas. Le pasó lo mismo a Favalaro en Jacinto Aráuz.

San Martín llega a Buenos Aires con 35 años, comienza su “gran gesta” ya un poco mayor. De la misma manera Favalaro experimentó su periodo de eclosión también mayor, a los 38 años, cuando marchó a Cleveland.

San Martín dicta rígidas normas de comportamiento a sus subordinados. Favalaro también era muy exigente con sus alumnos y residentes. “En el quirófano no tolero la más mínima transgresión. El paciente es el único privilegiado”, decía.

San Martín crea con su división un centro de excelencia del que salen muy buenos profesionales, al igual que Favalaro.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“No tomó rehenes ni exigió rescates, no tomó venganzas y aconsejó no tomarlas, humanizó la lucha y no abusó del poder de que dispuso”.*

Favaloro diserta con frecuencia del buen hacer que debe caracterizar a un líder, que el único privilegio que tiene es solamente más responsabilidad y más trabajo.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Así, Remedios permanecerá junto a su esposo el mayor tiempo de su vida -dos años-”.*

La abnegada mujer que renuncia a todo o casi todo por su prohombre es una constante que sobrevuela a lo largo de toda la vida de Favaloro, en la figura de su esposa. Hay gente que está tan ocupada que debe dejar el amor para los domingos.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“El Libertador había acertado una vez más en la elección de sus colaboradores”.*

También es una obsesión a lo largo de la vida de Favaloro. En la Cleveland tuvo gente alrededor con la que estuvo muy satisfecho, aunque no fue una elección como tal. En el Güemes también se rodeó de algunas personas imponentes, como Luis de la Fuente (el Sones argentino), que para Favaloro era el mejor hemodinamista del país. Había llegado también recién en 1969, después de un tiempo en Estados Unidos. Dice Pichel que Favaloro no operaba si al paciente no lo había cateterizado De la Fuente. No sé si llegaba a tanto la cosa. Tanto él como otros colaboradores íntimos suyos no quisieron acompañarle en la aventura de la Fundación (cuando comenzaron los problemas económicos, en el contexto de las críticas maliciosas al supuesto derroche de Favaloro, algunos la llamaban La Fundición). Luego, en la Fundación, tuvo también colaboradores. Algunos de ellos le traicionaron en los últimos años, fue una experiencia amarga.

[Escribe Mitre sobre San Martín]: *“Aquí es donde se revela el genio observador y previsor de San Martín, servido por una voluntad inquebrantable que no retrocedía ante la imposición de ningún sacrificio en pro de su causa, y un instinto conservador, que constituye la originalidad de su plan financiero”.*

Habla de San Martín pero pareciera estar hablando de Favaloro.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Claro que San Martín predicaba con el ejemplo: dona la mitad de su sueldo y en febrero de 1816 pide se reduzca a un tercio pues, recibiendo 250 pesos mensuales, cobraba solamente 125, lo que no lo le alcanzaba para mantener su hogar”.*

Se puede establecer una analogía entre la austeridad y el desapego por el enriquecimiento de San Martín y de Favaloro. “Despreciaba el dinero”, dice Carlos Penelas. Y empeñó gran parte de su patrimonio y lo que había ganado en Estados Unidos para hacer rodar la Fundación.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Y con la intuición que caracterizaba a San Martín al elegir sus colaboradores, designó a fray Luis Beltrán director de la maestranza, con el grado de teniente de artillería el 1º de Marzo de 1815. Aceptado el cargo, este fraile, con ayuda de 300 operarios, comenzó a fundir cañones, balas y granadas utilizando hasta el metal de las campanas que bajaba de los campanarios mediante ingeniosos aparatos de su propia invención”.*

A Favaloro siempre le sedujo la encomienda de “inventar aparatos”. Comenzó a desarrollar esta habilidad en el taller de su padre y en sus juegos de chico, y alabó por ejemplo a su hermano, que se convirtió en un ingeniero de prótesis ortopédicas, lo que le ayudaba a amoldar la suya. Disfrutó mucho diseñando en Cleveland asadores para sus Barbacue's Partys. No son más que pequeñas anécdotas para explicar cómo diseñó instrumental para la Cirugía Cardiovascular, que venía a solucionar o a simplificar problemas que quedaban sin satisfacción en aquel momento en el quirófano. Le gustaba la habilidad manual como buen cirujano. También el ingenio para poder arreglárselas con pocos medios. Relata que incluso en la etapa del Güemes, los boles para depositar las pinzas de quirófano eran ensaladeras recicladas. También que cuando sus colaboradores viajaban al extranjero para aprender en otros servicios de Cirugía Cardiovascular, lo que era muy frecuente y él siempre impulsaba, intentaban incorporar lo aprendido y lo utilizado al regreso en el servicio. Así, cuenta cómo tenían un problema, que era bajar la presión arterial durante la cirugía, y que se resolvía con una droga que todavía no había llegado por aquel entonces a la Argentina: nitroprusiato. Un rotante regresado trajo una piedra de nitroprusiato de color azul de uno de sus viajes. La enfermera la raspaba con un bisturí, se mezclaba el polvillo

con suero fisiológico y se le iba inyectando al paciente. Era efectivo. Dice Boullon: “los verdaderos cartoneros de los quirófanos éramos los argentinos”.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Uno de los grandes problemas de la época era el aprovisionamiento de pólvora, pero entonces también San Martín encontró al hombre apropiado para esta misión: el ingeniero Jose Antonio Álvarez Mondarco [...] Con el abundante salitre de Mendoza, por indicación de San Martín y después de tres o cuatro meses de experimentación, se fabricaba la pólvora de la mejor calidad, comparable a la que se importaba de Inglaterra y de menos precio que la elaborada en Córdoba y en Tucumán”.*

No hace aquí sino reafirmar la importancia de la investigación y de la astucia para poder recortar gastos debido a la necesidad económica, sea en el campo de (la) batalla o en el de la Medicina.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“El Libertador se ocupaba hasta de los más pequeños detalles. Así, por ejemplo, para el vestuario elige la bayeta, tejido rústico de lana de oveja [...] que abanataada por un mecanismo ingenioso inventado por un chileno, Dámaso Herrera, se transformaba en un tejido abrigado, resistente y cómodo. Sin dejar de lado las botas. De esta forma lo relata Alonso Piñeiro: “Así se ocupaba de cosas que solamente un espíritu mezquino podría calificar de pequeñas”.*

Favaloro era un amante de las cosas simples, pequeñas. En el plano profesional lo demuestra cuando pone mucha atención porque el ambiente de la Fundación fuera un sitio agradable, con buena luz, las paredes bien pintadas, obras de arte en los pasillos que los pacientes pudieran contemplar.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Pero no vacilaba en detallar con minucia las características del calzado: “su calidad ha de ser fuerte, de dos suelas, y el material de suela descarnada, altos de hebilla, y sobre todo grandes, exceptuando algunos pares como para tambores”.*

Esto me recuerda a una anécdota que cuenta Pablo Calvo, que dice que Favaloro discutía con Estrada, un interventor de PAMI en la época de Videla, porque el primero quería utilizar el mejor hilo del mercado para suturar y el segundo se inclinaba por uno de gama media.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“San Martín quería botas grandes pues antes de iniciar el cruce de la cordillera las hará rellenar de cuanto trapo se encuentre para proteger del frío los pies de los soldados. ¿Se habrán acordado de estas preocupaciones sanmartinianas los que prepararon la toma de las Malvinas?”.*

Favaloro es crítico con la nula preparación militar de la campaña de Malvinas, como corresponde.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Por sobre todas las cosas había orden, austeridad y estricta economía en la utilización de los caudales públicos, y él mismo era un ejemplo en su actividad diaria por la severa contracción a sus deberes oficiales, demostrando absoluta responsabilidad y voluntad inquebrantable [...]*

[Ahora unos de los pasajes preferidos de Favaloro escribiendo sobre San Martín]: *“Se levantaba a las cuatro, preparaba su propio café mientras limpiaba sus botas. A las cinco recibía a su secretario, con quien trabajaba toda la mañana, avaro en tiempo, como comenta Mitre “pues contaba los minutos consultando siempre su cronómetro”. Al mediodía almorzaba, casi siempre solo en la cocina, puchero o asado, algún dulce mendocino y dos copas de vino. En verano dormía la siesta unas dos horas, sobre un cuero tendido en el corredor de la casa. En la tarde volvía al trabajo inspeccionando las reparticiones públicas, sin descuidar la instrucción militar. Por la noche recibía algunas visitas, a veces jugaba al ajedrez y a las diez en punto las despedía. La cena era frugal y a veces continuaba trabajando”.*

A Favaloro también le gustaba esa austeridad y esa dedicación al trabajo. Presumía de no beber y de no fumar, de levantarse muy temprano en la mañana para trabajar y de acostarse muy temprano por las noches, de no acudir, al menos a diario, a ninguna reunión social. En ocasiones decía que no almorzaba, que tomaba un té con unas galletitas de agua. En otras ocasiones decía que lo que era frugal era la cena, con poca comida y fruta. Valoraba mucho que en su última etapa, si no había urgencias, no iba a trabajar los fines de semana. Y también las reuniones familiares de los domingos, cuando amasaba la pasta fresca como en otros tiempos lo hacía su padre. Dice que cuando amasaba los fideos, él se hacía presente.

[Galván Moreno hablando sobre San Martín, 1942]: *“Magnífico ejemplo para las generaciones actuales, que se plantan ante cualquier obstáculo, esperando, en la*



*inercia, la obsecuencia y el sensualismo, que el destino les solucione raquíticos problemas: huérfanas de ideales, paupérrimas de entusiasmos, incapaces de concebir las grandes empresas y menos hacer nada por ellas, aunque la salud y los medios rebasen sus posibilidades”.*

Favaloro era fan de esta crítica, por lo que él denominaba el facilismo de la juventud. Es curiosa paradoja que todas las generaciones critican la pasividad de la juventud. Los padres generacionales de ahora dicen que los hijos son frívolos y que ellos no lo fueron, y son igualmente criticados por los abuelos generacionales, y así sucesivamente.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Convendría resaltar que, además de todos los inconvenientes que debió sortear para llegar a formar el Ejército de los Andes (como la incomprensión, en especial de los hombres de Buenos Aires enfrascados en sus luchas internas por defender sus privilegios, en particular la defensa del puerto único, con su aduana que les otorgaba incalculables beneficios), tuvo que seguir aguantando la maledicencia y los rumores insidiosos que lo acompañaban desde su regreso”.*

Este párrafo lo escribió Favaloro para San Martín pero parece estar escrito para él mismo. La gran empresa y gran proyecto del Ejército de los Andes se llama Fundación Favaloro. La incomprensión de los hombres de Buenos Aires que no luchaban por el beneficio de todos sino para defender sus privilegios eran los médicos chupópteros del sistema sanitario argentino, con el sistema de coimas, fragmentación, orientación a la provisión privada y a la desregulación que tantos beneficios les reportaba. Para Favaloro coima y desregulación eran términos contrapuestos, pero finalmente son síntomas parejos del mismo cáncer.

Los “otros” médicos argentinos tenían un puerto único o el dominio de una puerta de entrada que les aseguraba innumerables pacientes mediante comisiones, por lo tanto innumerables beneficios, “compitiendo” asimétricamente con Favaloro, mientras que criticaban a la vez que el Estado diera dinero público para una Fundación sin ánimo de lucro y no a ellos. La maledicencia y los rumores insidiosos eran esos de: “Favaloro no opera más” o “Favaloro es el médico de los ricos”.

Me hago la reflexión de que el ataque que le realizaron fue fuerte, pero hubiera sido denodado si se hubiera metido en política; se le hubiesen tirado a la yugular.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Quizá sirvan también para demostrar que no era un militar común, pues a su formación específica se agregaban conocimientos filosóficos que provenían de sus lecturas”*.

Para Favaloro la formación y el compromiso con la Medicina no terminaba en ésta misma, sino que se nutría de otras disciplinas como la historia, la sociología o la filosofía. Decía que en el colegio se quedaban los sábados discutiendo de filosofía hasta altas horas de la madrugada, y eso que eran chavales<sup>236</sup>. Comenta que San Martín tenía en su biblioteca 700 libros y solamente 63 eran militares. “En la colección se destacaban los de historia y filosofía y los de Montesquieu”.

[Escribe San Martín]: *“Protesto a nombre de la Independencia de mi patria no admitir jamás más graduación de la que tengo, no obtener empleo público, y el militar que poseo, renunciarlo en el momento que los americanos no tengan enemigos”*.

Favaloro y San Martín eran unos líderes naturales, sin ser unos “trepas”. San Martín no quiso aceptar empleo público, Favaloro no quiso aceptar cargos políticos.

[Escribe San Martín]: *“La voluntaria cesión de la mitad de mis sueldos me ha reducido a pasar una vida frugal, y sin el menor ahorro para embolsar, ajustándome a una economía tan estrecha como la porción de sueldo con que contaba”*.

Favaloro propone siempre honorarios modestos para los médicos. Destinó una parte nada desdeñable de su patrimonio a su proyecto, con el que buscaba no la rentabilidad económica sino la social, o al menos una rentabilidad económica mínima para poder generar rentabilidad social.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Para completar el Ejército de los Andes pide y exige por todas partes, y es tanto que Pueyrredón le contesta el 2 de Noviembre de 1816: [...] Van todos los vestuarios pedidos [...] no hay casa que no pueda desprenderse sin perjuicio de una manta vieja, es menester pordiosear cuando no hay otro remedio”*.

Símil con la peregrinación mendicante que tuvo que llevar a cabo Favalaro para construir y para no dejar que se destruyera la Fundación.

[Escribe Pueyrredón a San Martín]: *“Y no sé yo cómo me irá con las trampas en que quedo para pagarlo todo a bien que en quebrando, cancelo cuentas con todos y me voy yo también para que usted me dé algo del charqui (carne deshidratada que se conservaba en salazón en la época en la que no había frigorífico) que le mando y ¡carajo! no me vuelva a pedir más, si no quiere recibir la noticia de que he amanecido ahorcado en un tirante de la fortaleza”.*

No hay expresión más triste de nuestra sociedad contemporánea que la del suicidio como obligación por no poder pagar las deudas contraídas. Lo vimos de alguna manera en el caso de Favalaro y lo estamos viendo en esta situación de crisis económica, preferentemente en países como Grecia (aumento del 43% de los suicidios) o España (aumento del 11%), donde el golpe está siendo más contundente y donde está recayendo con más fuerza en los más débiles<sup>237</sup>.

[Escribe San Martín]: *“Lo que no me deja dormir es no la oposición que puedan hacerme los enemigos, sino atravesar esos inmensos montes”.*

Lo mismo hubiera podido sentir Favalaro ante su proyecto.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“San Martín elaboró el proyecto manteniendo profundo secreto. Se cuenta que uno de los hombres de más confianza le preguntó por qué paso se haría la invasión, recibiendo como respuesta: “Si mi almohada conociera ese secreto la mandaría quemar”.*

Favaloro mantuvo igual secreto ante las intenciones de terminar con su vida.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“La campaña por iniciarse tenía como único objetivo la independencia de América de los reyes de España, evitando todo intento de saqueo, opresión o conquista y dejando bien claro que no se conservaría la posesión del país auxiliado”.*

Al igual, Favalaro no tenía como objetivo el lucro incesante ni la propiedad de los “medios de producción” sino el servir a la comunidad.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“San Martín entra en Santiago por una calle apartada eludiendo los homenajes. Renuncia dos veces al gobierno, no obstante el voto unánime del Cabildo”.*

Unos de los pasajes favoritos de Favaloro: *“San Martín llega a Santiago con lo puesto y solo gasta 106 pesos y 7 reales en componer su capotón de campaña, forrar su chaqueta agregándole cinco cueros de nutria, remendar las botas y componer su famoso sombrero falucho. El único lujo fue renovar las cintas de su reloj y en eso gastó cuatro reales”.*

Es la austeridad que reclamó para él mismo y para sus colaboradores, pues los de San Martín también fueron austeros: *“Su secretario José Ignacio Zentono, a quien San Martín conoció en Mendoza entre los emigrados chilenos en absoluta pobreza, cuando se ocupaba de techar el rancho donde vivía, andaba en zapatos rotos, por lo cual le manda comprar un par de botas. Su escribiente Uriarte estaba casi desnudo y ordena entregarle 25 pesos para vestirse”.*

[Escribe San Martín]: *“Me considero sobradamente recompensado con haber merecido la aprobación por el servicio que he hecho”.*

Favaloro siempre decía que la recompensa por el trabajo bien hecho era la satisfacción y el bienestar espiritual que proporciona. [Escribe San Martín]: *“Ahora es cuando gozará usted de paz y tranquilidad... goce usted de la calma que le proporcionará la memoria de haber trabajado por el bien de la patria”.*

[Escribe San Martín]: *“Por lo mismo espero que Vuestra Excelencia no comprometerá mi honor para con los pueblos, y que no atribuirá a mi amor propio; cierto de que, en el empleo a que me ha elevado, sacrificaré gustoso mi existencia en obsequio de la patria”.*

Buena respuesta en boca de San Martín a los que “acusaban” a Favaloro de querer hacer la Fundación para dejar su sello y para satisfacer su presunta megalomanía. El gesto del suicidio bien puede ser interpretado como ofrenda a la patria, a lo Jesucristo.

El Cabildo de Santiago de Chile decreta una suma de 10.000 pesos para gastos de viaje y San Martín los rechaza: *“y para que no se malogren del todo sus deseos*

*permítame que destine últimamente ese fondo a un establecimiento que haga honor a ese benemérito reino: la creación de una biblioteca nacional perpetuará para siempre la memoria de la municipalidad: la ilustración y fomento de las letras es la llave maestra que abre las puertas de la abundancia y hace felices a los pueblos; ese que ha sido la cuna de las ciencias ha sufrido el ominoso destino que le decretaron los tiranos para tener en cadenas los brillantes ingenios de ese país; yo deseo que todos se ilustren en los sagrados libros que forman la escuela de los hombres libres". "La Biblioteca es destinada a la ilustración universal, más poderosa que nuestros ejércitos para sostener la independencia".*

Favaloro coincidía en este concepto de la importancia de la educación y de realizar lecturas claves en los años de la secundaria. Le encantaba rememorar su excelso y completo programa de lecturas en el Colegio Nacional.

[Favaloro escribe sobre San Martín], otro de los pasajes preferidos de Favaloro: *"Después de cruzar la cordillera, procura evitar toda recepción; cambia la hora de llegada a Mendoza el 17 de marzo y entra por otra calle. Permanece allí un solo día y continúa viaje a Buenos Aires, adonde arriba a principios de abril. Una vez más elude las manifestaciones populares al entrar en la ciudad de madrugada, sin poder impedir que comenzaran en forma incontenible al día siguiente". "Ciñó la frente del Protector con una corona de laureles de oro esmaltado. San Martín, perturbado, quitándose la expresó que otros más que él eran merecedores de esa demostración, pero que conservaría el presente por el sentimiento patriótico que los inspiraban y por las manos que se lo ofrecían".*

Favaloro gustaba también de rehuir los homenajes. Le ponían nerviosos los aplausos, que intentaba acallar. Su modestia pudiera interpretarse fácilmente como falsa modestia, pero creo que era real. El último homenaje que intentó evitar fue el de su muerte, era tan previsor que hasta dejó atado eso. Prohibió cualquier tipo de conmemoración y ceremonia. Creo que alguien que tiene el ego que algunos le atribuían o que tiene falsa modestia no ordena así sus ceremonias fúnebres.

Respecto a una cuenta que no terminaba de cuadrar, Favaloro escribe sobre San Martín: *"Creo sinceramente que San Martín dio pruebas claras de su honradez a lo largo de su vida".*

Es lo mismo que le pasó a Favalaro con la deuda del PAMI, que unos mediocres pusieron en duda la veracidad y legitimidad de la deuda que Favalaro les reclamaba.

[Escribe San Martín]: *“A mi regreso de Buenos Aires encontré que la generosidad del Gobierno de Ud. había puesto a mi disposición una vajilla completa de plata: no estamos en tiempo de tanto lujo: el Estado se halla en necesidad y es necesario que todos contribuyamos a remediarla. Por lo tanto doy orden para que se ponga a disposición de Vuestra Excelencia dicha vajilla”.*

A Favalaro tampoco le gustaba el lujo ni las cosas innecesarias.

[Escribe San Martín]: *“Estoy seguro que la filantropía de Vuestra Excelencia suavizará en cuanto esté a sus alcances los horrores de la actual guerra, yo ofrezco a Vuestra Excelencia hacerlo así, y ambos tendremos el placer de hacer algún bien a nuestros semejantes”.*

Se me venía a la cabeza leyendo esto la guerra de los cardiólogos clínicos contra los cirujanos cardiovasculares en la discusión científica sobre las bondades o perjuicios del bypass.

[Pueyrredón escribe a San Martín]: *“Nunca es el hombre público digno de admiración y respeto, que cuando sabe hacerse superior a la desgracia, conservar su serenidad y sacar todo el partido que quede al arbitrio de su inteligencia”.*

[Favalaro escribe sobre San Martín]: *“San Martín entra en Santiago en la tarde del 25 cubierto de polvo, sin haberse quitado las ropas ni siquiera las botas durante varios días, pero, como lo describe S. Haigh en su libro, a pesar del cansancio no había perdido el ánimo”.*

Favalaro asume para sí esta actitud ante las innumerables adversidades que tuvo que vivir.

[Favalaro escribe sobre San Martín]: *“El 28 llega Las Heras al campamento. Se lo recibe como a un héroe, y en verdad lo era, con salva de veintiún cañonazos y las campanas de los templos a vuelo. Su uniforme estaba hecho de jirones. San Martín*

*ordena que se le entregue la mejor casaca de su propio guardarropa y ¡la mejor casaca del Libertador estaba remendada!”.*

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“El General de los Andes demostraba así su comprensión de los hechos ocurridos y su tolerancia para con la debilidad de muchos de los que se hacían pasar por verdaderos patriotas”.*

La piedad y la compasión son atributos esenciales del médico.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“San Martín, puesto de pie, agradeció enfatizando que la victoria se debió a todos sus compañeros de armas y renovó su juramento de salvar a la Patria o de morir en la demanda”.*

Incide nuevamente en la importancia del trabajo en equipo, idea bandera de Favaloro; y en el “Patria o muerte” que Favaloro, buen nacionalista, acuñó.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Pero el Libertador no había venido en busca de homenajes. Su idea central en esos momentos era la de obtener apoyo económico para la formación de la escuadra que lo llevaría a Lima [...] Pueyrredón confirma lo expresado en la carta anterior: “no hay remedio, amigo, no se sacan de aquí los quinientos mil pesos aunque se llene las cárceles de capitalistas [...] ¡Ah, mi amigo! ¡en cuántas amarguras nos hemos metido con el maldito empréstito!... Estoy ahogado, estoy desesperado. Ayer he dicho que se me proporcionen arbitrios, o que se me admita mi dimisión de este lugar de disgustos y amarguras...”.*

Sorprende la semejanza por cómo debía “pasar la gorra”, una gorra en la que nadie echaba un peso. Y cómo la situación financiera fue capaz de atenazarle el proyecto y la vida, porque su vida era el proyecto.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“San Martín no había comprendido todavía, y no sé si lo comprendió después, que la política de Buenos Aires restaba, en vez de sumar fuerzas a la revolución”.*

[Escribe San Martín]: *“Buenos Aires sigue invariablemente en su sistema de reconcentración o de egoísmo y sin que vea sobre sí el nublado de otras Provincias, ella no moverá un hombre, ni prestará el menor auxilio para tomar posesión del Perú”.*

Siempre se mostró crítico con esa política asimétrica en la que Buenos Aires Provincia es el centro y luego está todo lo demás. Siempre sintió a Buenos Aires como una especie de monstruo, donde era difícil ver una flor. Tuvo sentimientos profundos hacia el interior del país. “Hoy, como ayer, la capital sigue viviendo de espaldas al interior, consumiendo en su propio beneficio lo que éste produce. Mientras el interior trabaja, la burocracia capitalina vive, se sostiene y goza de una civilización europeizada y ahora yanquizada que invade la propia cultura y hasta las costumbres en todos los niveles”, dijo.

[Escribe San Martín]: *“Cada gota de sangre americana que se vierte por nuestros disgustos me llega al corazón”.*

Es parecido eso que siempre repetía tanto Favalaro de “Latinoamérica me duele hasta el tuétano”.

[Escribe San Martín]: *“Mi sable jamás saldrá de la vaina por opiniones políticas”. “Se desentendían de la defensa de los intereses del país pues estaban ocupados en seguir luchando por los propios”.*

Es un símil con lo que siempre decía Favalaro de que tenían que abandonar posiciones partidistas para avanzar en pro de la construcción del país, y debatir sin tapujos y sin prejuicios. ¡Qué cantidad de veces hemos escuchado eso en España acerca de la clase política! Palabras gastadas.

Josefa Morales le escribe a San Martín: *“Tener méritos, mi general, y no tener enemigos es imposible”.*

Tal cual le pasó a Favalaro, la envidia.

[Favalaro escribe sobre San Martín]: *“No hay dudas de que el Libertador ha demostrado a través de sus actos la formación republicana [...] pero la anarquía reinante por doquier desde su llegada al Río de la Plata lo va convenciendo de que el gobierno republicano es una utopía y que sólo la monarquía podrá poner orden”.*

Lo mismo le pasaba a Favalaro, que era proclive a ideas socialistas o socialdemócratas, pero luego apoyaba a Menem y sus políticas, que eran todo lo contrario de lo que él estaba clamando todo el día.



Así define Favalaro a su modelo de país: una Argentina soberana, progresista, libre y justa.

[San Martín describe a Álvarez de Arenales, un general a sus órdenes]: *“Reunía a un carácter recto un sentimiento profundo de la justicia y el deber. Cuidaba de los intereses públicos, más que los suyos propios, que se reducían a bien poca cosa. No tenía más escolta que un ordenanza para su servicio y custodia, ni más tren que un caballo de batalla y una mula de marcha en que llevaba su ligero equipaje. Él mismo ensillaba y desensillaba sus cabalgaduras. Sabía herrar como un herrador de oficio. Él mismo remendaba sus botas y su uniforme. Cuidaba poco de su vestido y San Martín tenía cuidado... de hacerle repasar su guardarropa sin que él lo notara. Jamás recibió regalos ni obsequios de nadie, ni siquiera un ramo de flores. Él mismo conducía sus provisiones en una alforja, que se reducía a queso y un pedazo de carne fría. ¡Alguien más parecido a San Martín imposible!”. “Se negó a comer en bandeja de plata”.*

Esa era la austeridad y la humildad que amaba y defendía Favalaro.

[Escribe San Martín]: *“Primero es asegurar la independencia, después se pensará en establecer la libertad sólidamente. La religiosidad con la que he cumplido mi palabra en el curso de mi vida pública me da derecho a ser creído”.*

Se puede realizar la analogía: primero es asegurar la existencia de la Fundación, después se pensará en desarrollar los sueños sólidamente. Favalaro se vio imbuido por un sentido práctico para la creación de la Fundación, ¡y aun así tardó 20 años!

[Favalaro escribe sobre San Martín]: *“La inacción del ejército patriota había relajado su fibra, porque no podía perderse esta segunda oportunidad [...] es difícil entender por qué San Martín no se lanzó con el grueso del ejército”.*

También es difícil entender por qué Favalaro no patentó el instrumental quirúrgico que diseñó. En el libro de Pablo Calvo se cifra esa pérdida en 15.000 millones de dólares.

Favalaro tiene un mérito notable, y es el de no decaer ni degenerar profesional ni personalmente a lo largo de los años. Operó hasta el último día (77 años, que ya es decir). Las críticas que se le hicieron para que se retirara no fueron porque

“chocheara” sino porque no quería pasar por el aro de la corrupción. A San Martín sin embargo sí que le describen una decadencia: *“Solamente hacía falta el genio y la decisión del cruce de los Andes, la energía desplegada después del desastre de Cancha Rayada [...] Pero San Martín ya no era igual al de aquellos tiempos [...] Su mente parece herida de una súbita parálisis. Su acción se apaga, su espíritu se encoge, su grande alma de disipa en vagas quimeras, su cuerpo mismo se anonada a la fatiga [...] La responsabilidad de San Martín es grave por el estado de inacción en que dejó caer la guerra después de la ocupación de Lima [...] Sus armas se habían destemplado y su inteligencia militar parecía adormecida”.*

[Escribe San Martín]: *“En conclusión yo ya veo el término de mi vida pública y voy a tratar de entregar esta pesada carga a manos seguras y a retirarme a un rincón para vivir como un hombre”.*

También Favaloro albergaba ese sueño, truncado. Irse a retirar al sur, donde estaban las cosas pequeñas y la naturaleza que tanto amaba.

[Escribe San Martín]: *“Y ya en Francia solo, triste y pobre”.*

Así es como terminan los grandes próceres. Favaloro terminó rodeado de gente pero de alguna manera solo y desolado interiormente. Triste. Decía su gran amigo el mítico humorista argentino Luis Landriscina por su última etapa: “hablábamos mucho por la noche, se sentía muy solo”. Pobre no terminó, aunque tampoco demasiado rico. O no sé: Pablo Calvo dice que dejó en herencia ¡14! pisos, 2 casas y dos fincas como patrimonio inmobiliario. Supo separar la gestión de la Fundación y su patrimonio de manera que la decadencia no afectara demasiado a su integridad económica.

[Escribe San Martín]: *“La baja y sucia chismografía que por desgracia abunda en nuestra América”.*

Favaloro también se quejaba de la abundancia de estos males, que solía personificar en el periodismo.

San Martín le pedía a Bolívar 9600 soldados para la campaña libertadora *“pero mis esperanzas fueron burladas al ver que en mi primer conferencia con el Libertador me declaró que haciendo todos los esfuerzos posibles solo podía desprenderse de tres*

*batallones con la fuerza total de 1070 plazas. Estos auxilios no me parecieron suficientes para terminar la guerra”.*

Recuerda al esfuerzo que Favaloro demandaba del Estado y que el Estado le mandaba de vuelta, (casi) siempre inferior al realmente necesario.

[Escribe San Martín]: *“Que la suerte y circunstancias más que el cálculo favorecieron mis miras, especialmente en la primera, a saber, la de no mezclarme en los partidos que alternativamente dominaron en aquella época [...] El segundo punto fue el de mirar a todos los Estados americanos, en que las fuerzas de mi mando penetraron, como Estados hermanos interesados todos en un santo y mismo fin”.*

Ambas, ideas nucleares del pensamiento de Favaloro.

[Escribe San Martín]: *“Pero este costoso sacrificio y el no pequeño de tener que guardar un silencio absoluto (tan necesario en aquellas circunstancias) por los motivos que me obligaron a dar este paso, son esfuerzos que Ud. podrá calcular y que no está al alcance de todos el poder apreciarlos”.*

Favaloro tuvo que callar mucho cuando tenía que pedir apoyos para la Fundación. ¿No es eso otra manera de sumisión y de dominio? Sí, pero el establecimiento de relaciones de dependencia cuando quieres algo y no tienes poder son inevitables.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Pero lo consiguió con el alto precio de recibir de ahí en adelante la incomprensión – acompañada de acusaciones y diatribas que lo presentaban hasta como un simple desertor -, a la que respondió con el silencio”.*

Lo mismo le sucedió a Favaloro cuando fue cuestionado por la manera en la que dirigió la Fundación. Como San Martín, Favaloro se empequeñeció y se refugió en el silencio. Hay que hacer notar que este libro está escrito en 1986 y que ese arrinconamiento no había sucedido aún, pero quizá la historia y las relaciones humanas son más previsibles y repetitivas de lo que parece.

Entre San Martín y Bolívar: *“a pesar de ello se comprendieron, se respetaron y se admiraron”.*

Lo mismo que Favaloro y Menem.

[Escribe San Martín]: *“Usted me reconvendrá por no concluir la obra empezada. Usted tiene mucha razón; pero más tengo yo. Créame, amigo, ya estoy cansado de que me llamen tirano, que en todas partes quiero ser rey, emperador y hasta demonio. Por otra parte mi salud está muy deteriorada: el temperamento de este país me lleva a la tumba; en fin, mi juventud fue sacrificada al servicio de los españoles y mi edad media al de mi patria, creo que tengo derecho de disponer de mi vejez...”*.

Palabras que con pequeñas modificaciones podrían ser suscritas por Favalaro, y aplicadas a él.

[Escribe San Martín]: *“En cuanto a mi conducta pública, mis compatriotas (como en lo general de las cosas) dividirán sus opiniones; los hijos de estos darán el verdadero fallo...”*.

Como lamentablemente suele suceder, después de su suicidio ha sido cuando la gente ha comenzado a tomar más conciencia de su mensaje, aunque Favalaro siempre fue una figura querida y respetada entre los ciudadanos argentinos, en general.

San Martín también era un gran escritor de cartas, como Favalaro, aunque es cierto que en los tiempos del primero más era común serlo.

[Favalaro escribe sobre San Martín]: *“Los hombres del gobierno, recelosos, lo vigilaban y los de la oposición lo utilizaban. Algunos llegaron hasta silbarlo y como dice Mitre: “...fue recibido por el menosprecio y la indiferencia pública. No tenía patria, esposa ni hogar, y el capitán ilustre de tres repúblicas no tenía donde pasar revista en el ejército argentino”*.

Lo mismo le pasó a Favalaro de verse entre la vigilancia y la utilización que de su persona hacían los políticos. Asimismo, también llegó a Argentina con lo puesto después de ser el hombre del momento en Cirugía Cardiovascular. Aquel hombre que había triunfado en Estados Unidos no tenía dónde operar en su país. Intentó regresarse en varias ocasiones, ya desde 1965, pero no hubo un centro que lo acogiera en condiciones aceptables hasta que apareció la oportunidad del Güemes en el 71. A diferencia de las palabras reseñadas sobre San Martín no fue recibido con indiferencia pública, aunque tampoco con excesivo calor. Dice Pichel que en la

Argentina se conocía perfectamente quién era Favalaro durante su periplo en Estados Unidos, se sabía que estaba triunfando.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Su pobreza era extrema. El Perú ha dejado de enviarle regularmente los haberes de la pensión decretada. Se le deben treinta mil pesos. En una de las cartas manifiesta: “Yo remediaría mis necesidades con cuatro mil pesos anuales sin molestar por más a ese gobierno. Sus cartas, especialmente cuando son extensas como las que intercambiaba con Miller, están escritas en letra muy pequeña y en papel liviano para ahorrar gastos, ¡especialmente de correos!”. “De regreso en Bruselas, es tanta su pobreza que escribe a O’Higgins el 16 de Febrero de 1830 solicitando su intermediación para obtener ayuda del gobierno peruano: Para remitirme algún socorro lo más pronto que pueda, pues mi situación, a pesar de la más rigurosa economía, se hace cada día más embarazosa”.*

El símil es claro con el reclamo de deudas incesante en uno y otro sentido en la Fundación.

Los que vivimos en la al fin y al cabo opulenta Europa no nos podemos imaginar qué es la escasez y cómo influye en la vida diaria de los ciudadanos de un país como Argentina. Cómo no queda otro remedio que aguzar el ingenio. Esta reflexión se aplica también a la Medicina. En la memoria de mi pasantía en Bariloche cuento cómo me impactó ver cómo recogían la orina para realizar los análisis de orina en los envases de yogur.

[Escribe San Martín]: *“Después de lo expuesto queda pendiente el por qué me voy, siendo así que ninguna de las dos razones que usted cree son las causales de mi regreso a Europa. Varias tengo, pero las dos principales son las que me han decidido a privarme del consuelo de no estar por ahora en mi patria. La primera no mandar; la segunda, la convicción de no poder habitar en mi país, como particular, sin tiempo de convulsión sin mezclarme en sus divisiones. En el primer caso, es la certeza de que mi carácter no es propio para el desempeño de ningún mando político. Y en el segundo el que habiendo (desgraciadamente para mí) figurado en nuestra revolución siempre seré un foco en que los partidos creerían encontrar un apoyo, como me lo ha acreditado la experiencia a mi regreso del Perú, y en las actuales circunstancias”.*

En el caso de Favalaro fue lo mismo. Consiguió no mandar, pero resistiéndose a las continuas tentativas. Con la segunda no pudo; se enfrascó o le enfrascaron queriendo o sin querer en las diferentes disputas políticas del momento, y le utilizaron cuando pudieron o cuando él se dejó, para cobrarse la ayuda después.

[Favalaro escribe sobre San Martín]: *“La aparición de Aguado no podía ser más oportuna, pues al darse cuenta de la situación de su amigo lo ayudó desde entonces, como reconoce el propio San Martín en su correspondencia. La amistad estuvo por encima de las circunstancias materiales”. “Por su honestidad y al no recibir regularmente la pensión decretada por el Perú, vive de penuria en penuria en Europa hasta la aparición de su amigo Aguado. No se conoce la fecha exacta, pero debe haber sido después del casamiento de su hija en 1832. Fueron ocho años de verdadera indigencia”.*

Cuando el Estado no da, hay que buscarse las castañas en la caridad, en la donación de una empresa o en un mecenas particular. En el caso de San Martín el mecenas fue Aguado, que le alivió las penurias económicas de la última etapa de su vida. En el caso de Favalaro fue Pedro Grand en Aráuz y Ángel Peco en Buenos Aires.

[Favalaro escribe sobre San Martín]: *“El afecto que sentía San Martín por Rosas proviene fundamentalmente de su política exterior y de que lo recordaba todos los años en sus mensajes cuando tantos otros lo habían olvidado. Sus intercambios epistolares demuestran un mutuo respeto y están redactados por ambas partes siempre con ese mismo sentimiento”.*

Esta relación fraternal es calcadita a la de Favalaro-Menem.

Enumera los valores de San Martín, que son los que él también asume: esfuerzo, generosidad, modestia, solidaridad social, honestidad, trascendencia de la educación, defensa de la libertad y de los derechos del hombre, la unión nacional, la unidad latinoamericana y el renunciamiento.

Dice Favalaro estar convencido de que estos valores existen en especial a medida que nos alejamos de la Capital Federal y que escasean entre los dirigentes, tanto los políticos como los que manejan los diferentes sectores de la vida argentina. La clase alta, en definitiva.

La verdad es que Favalaro te deja perplejo cuando apoya a Menem y su política y luego escribe esto en un libro:

*“La falsa y hueca clase dirigente, que no es exclusiva de nuestro país sino que es común a toda Latinoamérica, es la que pone el grito en el cielo cuando se quiere avanzar en el sentido correcto. ¿Qué es eso de querer gravar las tierras improductivas? ¿Qué es eso de que los beneficiarios de una universidad gratuita –lo que significa que la sociedad pagó sus estudios- sean obligados con un pequeño impuesto para sostener los centros de excelencia que el país reclama? ¿Qué es eso de querer gravar las casas de fin de semana? ¿Qué es eso de declarar la nominatividad de las acciones? ¿Qué es eso de terminar con el secreto bancario? “Todas medidas comunistas”, contestarán”.*

Favaloro se adelanta 20 años a lo que sucede hoy mismo.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Deberíamos tener presente diariamente ejemplos como los de San Martín, para que su vida recta, limpia y honesta sirva de ejemplo. Pero es tan difícil demostrar la honestidad en medio de tanta inmundicia, que aquel que se decida a transitar por ese camino –por convicciones éticas que ha recibido de padres y maestros- deberá saber, como gran paradoja, que la sociedad le exigirá dar examen todos los días, pues la maledicencia – hoy como ayer- todo lo enturbia”.*

*“Para el Libertador del Norte una sola debe ser la Patria de los americanos ya que en todo hemos tenido una perfecta unidad”.*

Su contribución fue formar a los residentes latinoamericanos (450 en total) para que esparcieran por sus países los nuevos conocimientos en Cirugía Cardiovascular. Favalaro destaca la importancia que tendría esa unidad para luchar, por ejemplo, contra la deuda de todos los países latinoamericanos.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“El renunciamento de San Martín es todavía más admirable porque se acompaña del silencio y el camino al ostracismo”.*

Lo mismo que Favalaro.

Dice Enrique de Gandía que *“la estúpida fábula de la renuncia de San Martín se derrumba estrepitosamente con la comprobación de que estaba planeada cuatro meses antes de encontrarse con Bolívar”*.

De esta misma manera, la hipótesis de que Favalaro termina con su vida de imprevisto por los graves acontecimientos de ese último fin de semana no se sostiene. Probablemente él ya lo tuviera pensado de hacía justamente al menos cuatro meses (en Abril consiguió la pistola), aunque fueran esos graves acontecimientos los que le pusieran en bandeja consumir su decisión.

Enrique de Gandía también cita a Bolívar: *“Hemos arado en el mar. América es ingobernable, en América lo mejor que se puede hacer es emigrar”*.

También Favalaro en algunos momentos tuvo esta pesadumbre, cuando piensa que fue un error volver, pero creo que con todo lo mostrado en este bloque, con la demostración de la profunda impronta que deja la figura de San Martín en su alma, no existe otra opción que no fuera el volver a su país para dejarse los cuernos por él. No hubiera podido hacer otra cosa. Es que la opción de haberse quedado en Estados Unidos y de haber muerto allí era absolutamente imposible, dados los sólidos principios de Favalaro y el amor a la patria. *“Ni muerto me sacan de mi país”*, afirmó.

Escribe Favalaro: *“Bolívar [...] era dominante, extravertido y vital. Su energía provenía de una mente privilegiada, no exenta de genialidad [...] Su temperamento lo llevó a una búsqueda constante de glorias y no tuvo ambages en manifestarlo [...] Por su idiosincrasia amaba y gozaba de las entradas pomposas”. “Por el contrario, San Martín era extremadamente modesto y poco lo preocupaba la gloria. Decía: no busco gloria militar, no ambiciono el título de conquistador del Perú, quiero solamente librarlo de la opresión. Su temperamento lo inducía a huir de los homenajes. A la modestia agregaba la austeridad”*.

¿Quién sería Bolívar? Pues Menem. ¿Quién San Martín? Favalaro. Estas dicotomías se repiten a lo largo de la historia. A Cristiano Ronaldo (Bolívar) le preguntaron: ¿Te gusta ser Cristiano Ronaldo? Y contestó: Me encanta ser Cristiano Ronaldo. A Messi (San Martín) le preguntaron: ¿Te gusta ser Lionel Messi? Y contestó: Sí, no sé... qué se yo. Tal cual.



[Favaloro escribe sobre San Martín]: *En el único encuentro del que se tiene noticia entre Bolívar y San Martín, a la hora de los brindis, Bolívar proclamó: “Brindo, señores, por los dos hombres más grandes de la América del Sur, el general San Martín y yo”. Y San Martín: “Brindo por la pronta terminación de la guerra, por la organización de las nuevas repúblicas del continente americano y por la salud del Libertador de Colombia”.*

San Martín no tenía bastante con lo suyo ya, que tuvo que aguantar mucho, muchas afrentas de los demás: de su ejército que en ocasiones le daba problemas, de la prensa, de la población (por un lado algunos creían que su objetivo era el poder por el poder y por otro no todos estaban dispuestos a realizar los sacrificios pertinentes para el fin de la guerra), de Bolívar y de la oligarquía.

Favaloro también tuvo esta suerte de enemigos multilaterales.

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“San Martín, sin ambiciones políticas y capaz de dominar la pasión del mando (Estoy convencido de que la pasión del mando es en lo general lo que con más imperio domina al hombre y hay muy pocos capaces de dominarla”, había dicho)”.*

Favaloro también dominó la pasión del mando y ejerció esta responsabilidad con ecuanimidad.

He aquí unas palabras que escribe Mitre sobre San Martín que Favaloro transcribe en 1980 pero que parecen haber estado escritas o transcritas para él mismo; resulta increíble la precisión:

*“No se creyó un hombre necesario, y pensó que la causa a que había consagrado su vida podía triunfar mejor sin él que con él [...] Sin voluntad para ser déspota y sin el suficiente poder material para terminar la lucha con fuerzas suficientes, abdicó, eligiendo su hora, para descender antes de caer empujado por acontecimientos que no estaba en su mano detener”. “Tal es el significado histórico y el sentido político y moral de lo que se ha llamado la abdicación de San Martín. No fue un acto espontáneo como el de Washington, al poner prudente término a su carrera cívica. No tuvo su origen, ni en un arranque generoso del corazón, ni en una idea abstracta.*

*Fue una resolución aconsejada por el instinto sano y un acto impuesto por la necesidad, ejecutado con previsión y conciencia”.*

[Favaloro escribe sobre San Martín]: *“Lo que le caracteriza por sobre todo, formando en cierto sentido su rasgo especial, es su constancia a prueba, que se fortalecía en las dificultades, sin dejarse abatir por ellas, por más grandes que fuesen los peligros a los cuales hubiera arrojado su alma ardiente”.*

En Cleveland le decían: ¿Hasta cuándo René? ¿Hasta cuándo ese ansia por avanzar? “El día que deje de tener desafíos, ese día habré muerto”, contestaba.

Pablo Calvo aporta la última similitud. San Martín dejó escrito: *“Prohíbo el que se me haga ningún género de funeral, y desde el lugar en el que falleciere, se me conducirá directamente al cementerio sin ningún acompañamiento. Sí desearía que mi corazón fuese depositado en Buenos Aires”.*

Unos deseos muy parecidos a los de Favaloro.

## **8. ANEXO VIII: OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.**

- 1) Xabier Bosch. Research legacy of suicide surgeon. Nature Medicine. 2000. Volumen 6. Número 10.
- 2) Ricardo Acuña. Recuerdos de René Favalaro. Fundasan. 1994. Año 1. Número 0. 1994.
- 3) Palabras del Dr. René Favalaro pronunciadas en el Aula Magna de la Universidad Católica de Salta en ocasión de serle concedido el título de Profesor Extraordinario de la misma. Boletín de la Universidad Católica de Salta. Ediciones Paola.
- 4) Tríptico publicitario Fundación Favalaro.
- 5) Entrevista con el Dr. Roberto Favalaro y el Dr. Eduardo Raimondi. Revista Communis 2002. Publicación bimestral de Comunicación Interna de la Fundación Favalaro. Año 1. Número 1.
- 6) La Argentina nunca fue Suiza. Lic. Ariel Fontanet. Revista Communis 2002. Publicación bimestral de Comunicación Interna de la Fundación Favalaro. Año 1. Número 1.
- 7) Entrevista al Dr. Alfredo Buzzi. Favalaro y los últimos 50 años de la Medicina Argentina. Hospital y Comunidad.
- 8) Favalaro: el legado de un gigante. Trabajar más y robar menos. Mañana profesional. Número 72. 2000.
- 9) Defender la Fundación. (Carta al director). Fluvio Omar Rubianees. La Capital. 2000.
- 10) El pueblo llora y espera. Cecilia Corradetti. Suplemento Regional. La Nueva Provincia. Bahía Blanca.
- 11) Doctor's Suicide Strikes at Heart Of Argentina's Health Care Crisis. Anthony Faiola. Washington Post Foreign Service. 2000.
- 12) Los herederos de Favalaro. Raquel Roberti. Veintitres. 157.
- 13) 29 de Julio del 2000. Homenaje. Luis Suárez. Juntos.
- 14) Vida, ejemplo y sacrificio. Nancy Duré Cáceres. Abc Revista. 1996.
- 15) Favalaro en Canal 13. Los grandes temas al desnudo. Armando Almada Roche. La voz. 1984.
- 16) Todo un ejemplo. L.F.N. Revista La Nación. 1992.

- 17) Favalaro y el corazón. Revista Clarín. 1979.
- 18) Nuestra nueva tarea de reconocimiento para la tarea científica de los hermanos René y Juan Favalaro. El día. 1974.
- 19) El único elitismo es el de las neuronas. Rodrigo Alcorta. El Tribuno. 1988.
- 20) Resolver la educación. Clarín. 1984.
- 21) Cartas de Effler a Favalaro y viceversa. Archivo Fundación Favalaro.
- 22) La charla de René Favalaro. La noticia. 1983.
- 23) De Perón a Favalaro. Cuando los ingleses dejaron de ser carnívoros. Fermín Chavez. Caras y Caretas.
- 24) René Favalaro. Mónica Mocalvillo. Humor. 1983.
- 25) René Favalaro "Uno empieza a curar a los pacientes cuando les da la mano". Any Ventura. Publicación indeterminada.
- 26) Un médico de corazón. Ricardo Cabrera y Fernando Ritacco. Exacta mente. Revista de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Año 3. Nº 5. 1996.
- 27) Un hombre sin vueltas. La Gaceta. 2ª sección. 1997.
- 28) El neoliberalismo de la salud. TaniKessler. La capital. 1997.
- 29) Vivo en un hotel de 5 estrellas. Entrevista a Tita Merello. Revista Flash. Fecha indeterminada.
- 30) Entrevista con René Favalaro. Centro cardiológico Buenos Aires: rápida ayuda para cualquiera. Revista Siemens. 1996.
- 31) René Favalaro. Cardiocirujano. "La gente se ha hecho la imagen de que yo soy un hombre perfecto". Carlos Ares. Eduardo Blanco. La Maga. 1996.
- 32) El Favalaro de Favalaro. Alejandro Sangenis. Gente. 1987.
- 33) Las verdades del Doctor Favalaro. Néstor J. Montenegro. Revista Clarín. Edición 14.435. 1986.
- 34) Dr. Favalaro: "Hacen falta años de sudor y sacrificio en el país. El Diario. Paraná. 1986.
- 35) After acute Myocardial Infarction: What are the surgical options? A interview with René Favalaro. Modern Medicine. 1983.
- 36) Aoki A, Forssmann W, Haverich A. Recollections and Memorial for René Favalaro. Inventor of coronary bypass operation. Eur J Med Res (2001) 6:369-371.
- 37) Symposium on Coronary Bypass Surgery. Contemporary Surgery. Vol 5.

- 1974.
- 38) Cleveland Clinic celebrates 25 years of Myocardial Revascularization. Cleveland Clinic Alumni Newsletter. Connection. Cleveland Clinic Foundation. Vol 3. Nº 1. 1993.
  - 39) History of Cardiovascular Surgery. An International Conference on the History of Cardiovascular Surgery. Editor L.A. Bockeria. House of the Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery. Moscow. 1998.
  - 40) Panorama de la Cardiología y de la Cirugía Cardiovascular en América Latina. René Favaloro. Revista Meridiano 66. Instituto Argentino-Venezolano de cultura. Nº 1. 1977.
  - 41) Favaloro habla de todo. Silvia Kágel de Martí. Esquiú. 1984.
  - 42) René Favaloro. Foro Interinstitucional para la salud. La Plata. Salud para todos. Año 5. Nº48. 1997.
  - 43) Para el Dr. Favaloro, el futuro de la Cardiología está en la genética. Consultor de Salud. Nº 172. 1997.
  - 44) ¿Por qué hemos llegado a esto? La Argentina según René Favaloro. Magdalena Ruiz Guiñazú. Revista Siete Días. 1981.
  - 45) Favaloro, ¿de qué estamos enfermos? Neustadt. 1981.
  - 46) Bodas de plata de la Clínica de Jacinto Aráuz. La Arena. Santa Rosa, La Pampa. 1977.
  - 47) Entrevista a René Favaloro. Eduardo Espina. El País (Montevideo). 1981.
  - 48) La enfermedad coronaria es la más riesgosa y no se puede prevenir. Entrevista. El Día. Montevideo. 1981.
  - 49) René Favaloro M.D. The coronary bypass pioneer discusses the procedure's future- and society's. Brian Goldman. MD Interview. 1985.
  - 50) René Favaloro, a corazón abierto: Aquí lo que se gana se devuelve a la comunidad. Soldados. 1996.
  - 51) René Favaloro, sus pasiones y la realidad nacional. Un médico de corazón. Sección Personajes. Revista Nuestra. Del 22 al 28 de Noviembre. 1996.
  - 52) Who are vein graft candidates? René Favaloro. Surgery.
  - 53) La muerte por problemas coronarios ocupa el primer lugar en el mundo, dice Dr. Favaloro. Abc. Asunción. 1978.
  - 54) Política Sanitaria en el país no ha existido nunca afirmó el Dr. Favaloro. La

- Calle. Río Cuarto. 1974.
- 55) A la memoria del maestro. Miguel Angel Pieroni. Revista de la Sociedad de Cardiología de Jujuy. Volumen 3. 2000.
- 56) Un minuto de silencio por la muerte del Dr. René Gerónimo Favalaro. Acción Rotaria. Reunión Agosto del 2000.
- 57) ¿Ya nadie recuerda a René Favalaro? Ramón Piezzi. Uno. Opinión. 2001.
- 58) A dos años de la muerte del Dr. René Favalaro. Aldo Maneglia. Semanario Prensa Libre. Suplemento Especial. Año 4. Nº 15. 2002.
- 59) René Favalaro. ¿Recordatorio u homenaje? Publicación, autor y años indeterminados.
- 60) Historia de la Cardiología Argentina. Edición especial Congreso Mundial de Cardiología 2008 Argentina. Revista Prescibe.
- 61) Entrevista al Dr. René Favalaro. Jesús Vicens. OSDE binario. Sin fecha.
- 62) Análisis Crítico de la Sociedad Contemporánea. René Favalaro. Nuevas Propuestas. Revista de la UCSE. Nº12. 1992.
- 63) Coronary Bypass Pioneer. MD Profile. 1974.
- 64) René Favalaro: “Me iré de esta vida con mis silencios”. Cristina Castello. Periodismo sin máscara. Argentina. 1994, republicada el 2000.
- 65) René Favalaro: “Para el Chagas-Mazza hay que luchar contra la pobreza”. El Tribuno de Jujuy. 1997.
- 66) Educación y Sociedad. René Favalaro. Publicación mensual de la Alianza Francesa de La Plata. Boletín 75. Año 10. 1996.
- 67) René Gerónimo Favalaro. Ética al crecimiento económico. Doctor Honoris Causa. U.N.R.C. Entrevista de Nicolás Ángel Florio.
- 68) Heartfelt Achievement. Country doctor's pioneered bypass. Nick Charles. Cleveland Plan Dealer. 1992.
- 69) The famous Dr. Favalaro builds his dream clinic. Nathaniel Nash. New York Times International. 1992.
- 70) Disertación del Prof. Favalaro. Reunión Anual del Consejo de Gobernadores entre Israel y Jordania. 1995.
- 71) Por primera vez se transmitió un bypass en directo por televisión. La Nación. 1998.
- 72) Entrevista a René Favalaro: “Si no mejoramos la escuela, estamos

- perdidos". Carmen Ramos. La Nación. 1999.
- 73) René Favalaro. Médico, cardiocirujano. Revista La Nación. 1999.
- 74) Es de aquí y trabaja aquí un genio de la cirugía del corazón. Renee Sallas. Gente. 1972.
- 75) Clarín pregunta a Favalaro: 15 meses después... 1972.
- 76) Un argentino. La Razón.
- 77) Conferencia Favalaro y la educación. XXV Congreso Argentino de Cardiología. Conferencia de cierre del congreso. Diario del congreso. 1998.
- 78) Favalaro le dijo no a un pacto con la corrupción. Pablo Calvo. Clarín. 2005.
- 79) El tormentoso abrazo del poder. Clarín. 2005.
- 80) Mainetti, el gran maestro de Favalaro, también está en crisis. Claudio Savoia. Clarín. 2005.
- 81) Obituario sobre René Favalaro de Jose María Mainetti.
- 82) San Martín y Favalaro. Carta de Juan Carlos Moras a la Fundación Favalaro.
- 83) Flores en un homenaje a Favalaro. Clarín. 2001.
- 84) René Favalaro sigue viviendo en Aráuz. Cecilia Corradetti. La Nueva Provincia.
- 85) Homenaje: La caridad de René Favalaro. Eduardo Rodríguez Aragone. Formación docente.
- 86) Obituario de René Favalaro por Mamerto Menapace.
- 87) Día Nacional de la Medicina Social. En homenaje al Dr. René Favalaro. Jose María Mainetti. 2002.
- 88) Carta al director. Rocío Danussi. La Nación. 2001.
- 89) René Favalaro en el recuerdo. Roberto Peidro. El médico. 2001.
- 90) El doctor Favalaro aún está vivo en la comunidad de Aráuz. La Nueva Provincia. Bahía Blanca. 2001.
- 91) Entre el dolor y la admiración. La Nueva Provincia. Bahía Blanca. 2001.
- 92) Carta a mi maestro René. César Serra. La Voz Interior. 2001.
- 93) Pedro Baumann rinde honor al eminente cardiólogo con un libro. Crónica. 2001.
- 94) La profecía de un hombre ejemplar. Jose María Mainetti. El Día. La Plata. 2001,
- 95) El secreto de Favalaro. Frutos Ortiz. El Dia. La Plata. 2001.

- 96) Aún cuesta cobrarles a los deudores en la Fundación Favalaro. Evangelina Himitian. La Nación. 2001.
- 97) El mundo de palabras que nos dejó Favalaro. La Prensa. 2001.
- 98) Favalaro. El Puntal. Córdoba. 2001.
- 99) “Dicen que la situación financiera de la Fundación Favalaro mejoró mucho”. Valeria Román. Clarín. 2001.
- 100) “Debimos hacer un ajuste que René no hubiera soportado”. Sebastián Feijoo. La Razón. 2001.
- 101) Favalaro vive en nosotras. Para ti. 2001.
- 102) “Logramos mantener a flote la Fundación”. La voz del interior. Córdoba. 2001.
- 103) Transcripción de pieza radiofónica. Alfredo Leuco. Radio Continental. 2001.
- 104) Transcripción de pieza radiofónica. Entrevista a Eduardo Raimondi de Jorge Jacobson. Telefe. 2001.
- 105) Transcripción de pieza radiofónica. Santo Biasatti entrevista a Eduardo Raimondi. Canal 13. 2001.
- 106) La obra de Favalaro sigue gracias a las donaciones. La Prensa. 2001.
- 107) Salió de terapia la Fundación Favalaro. Popular. 2001.
- 108) La segunda fundación. Revista Hablar. 2001.
- 109) Los herederos de Favalaro. Raquel Roberti. Veintitres. 2001.
- 110) Un programa con buena salud. Cronista Comercial. Jorge Martín. 1986.
- 111) Cátedra por vídeo. Video News. 1985.
- 112) Entrevista de niños de Educación Primaria a Dr. René Favalaro.
- 113) Conferencia “Algunas reflexiones sobre la Cirugía Cardiovascular y consejos para los jóvenes”. René Favalaro.
- 114) Estatutos de la Fundación Favalaro para la Docencia e Investigación Médica.
- 115) Conferencia de la Sociedad Interamericana de Cardiología.
- 116) Entrevista a René Favalaro: la cara del corazón. Verónica Correa. Revista Convivir. Año 2. Nº 96. 1996.
- 117) Un día en la vida de René Favalaro. Del bisturí a la lectura. La Nación.



- 1999.
- 118) René Favalaro (1923-2000). Corres MA. ArsMedica. Revista de Humanidades 2002; 2:240-244.
- 119) Calderón M. Rene G. Favalaro,(1923-2000)“En Memoria.”Cir Gen [Internet]. 2000 [cited 2014 May 21];375-6. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2000/cg004p.pdf>
- 120) Fuster V, Willerson JT. Rene G. Favalaro, MD : The Passing of a Pioneer. Circulation [Internet]. 2001 Jan 30 [cited 2014 May 21];103(4):480-1. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.103.4.480>
- 121) Torjesen I. René Géronimo Favalaro: a man who dedicated his life and his death to his work. Eur Heart J [Internet]. 2009 Jul [cited 2014 May 21];30(13):1539-40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19570780>
- 122) Olsen DB. Dr. René Favalaro. Artif Organs [Internet]. 2012 Jun [cited 2014 May 21];36(6):501-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22670812>
- 123) Armentano R, de Forteza E. Merging medical humanism and technology. IEEE Pulse [Internet]. 2010;1(1):50-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20875963>
- 124) Captur G. Memento for René Favalaro. Tex Heart Inst J [Internet]. 2004 Jan;31(1):47-60. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=387434&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 125) Pichel R. Dr. Rene G. Favalaro: a biographical note. Clin Cardiol [Internet]. 1992 [cited 2014 May 21];60:58-60. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clc.4960150115/abstract>
- 126) Ventura HO. From New Orleans to Buenos Aires : My Meeting With. 2001;87(00):672-3.
- 127) Magotra R. Rene-favalaro-A tribute. Indian J Thorac Cardiovasc Surg [Internet]. 2001 [cited 2014 May 21]; Available from: <http://www.springerlink.com/index/6045052W3X11343L.pdf>

- 128) Buffolo E. René Geronimo Favalaro: In memoriam. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2000;15(3):14-5.
- 129) Iglesias-Rogers G. Heart-bypass pioneer's death puts Argentine health care in spotlight. Lancet [Internet]. 2000 Aug 5;356(9228):492. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10981902>
- 130) Impacto económico de la incorporación de nuevas tecnologías médicas. Académico René Favalaro. Seminario sobre "Calidad y Costo de la Atención Médica". Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.
- 131) Propuestas para mejorar la educación médica en el país. Respuesta del Académico René Favalaro. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.
- 132) Discurso del Sr. Académico Recipiendario Dr. René Favalaro. Vol 64. 2ª semana. 1986. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.
- 133) Conferencia: "Responsabilidad social del universitario de nuestro tiempo". René Favalaro.
- 134) El suicidio de Favalaro y la salud de los argentinos. Ángel Jankilevich. Hospital y Comunidad. Volumen 3. Año 3. Número 3-4.
- 135) Ética en las ciencias biomédicas. Conferencia magistral Dr. René Favalaro. XII Congreso Argentino de Bioingeniería. Primeras jornadas de Ingeniería Clínica. Buenos Aires. 1999.
- 136) Las décadas de Favalaro. Ricardo Pichel. Inédito.
- 137) René Favalaro. Un médico ejemplar. Protagonistas de la cultura argentina. Buenos Aires. Aguilar. 2006.
- 138) Historia de la Cardiología. Pérgola-Okner. Editorial EDIMED. 1987.
- 139) Visita del Dr. René Favalaro al Museo Municipal Las Bóvedas. Se puede visualizar aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=LSKWvUexTkk> y <https://www.youtube.com/watch?v=RgjxvxhCXSA>
- 140) Entrevista de Fontana a Favalaro. Se puede visualizar la primera parte aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=QM2FIrSOvds> e ir siguiendo las siguientes partes secuencialmente, hasta la 5ª.
- 141) René Favalaro: golpe al corazón. Se puede visualizar aquí <https://www.youtube.com/watch?v=RHAeaHvQERs> e ir siguiendo las siguientes partes secuencialmente, hasta la 4ª.

- 142) Héroes de un país del sur. Se puede visualizar aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=KfWknE15M-w> e ir siguiendo las siguientes partes secuencialmente, hasta la 3ª.
- 143) René Favalaro: trazos de una vida. Se puede visualizar aquí: [http://www.encuentro.gov.ar/sitios/encuentro/programas/ver?rec\\_id=109448](http://www.encuentro.gov.ar/sitios/encuentro/programas/ver?rec_id=109448)
- 144) Ataque 77: Western. Se puede visualizar aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=eTdEmut8luM>
- 145) El gen argentino: buscando al argentino más grande. Se puede visualizar aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=dLI1XrZpsls> e ir siguiendo las diferentes partes secuencialmente.
- 146) Entrevista de O'Donnell a Favalaro. Se puede visualizar aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=YjBTsO-grMw>
- 147) Carlos Penelas en Canal 7. Se puede visualizar aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=wAcddUjOetg> 2 partes.
- 148) Homenaje al Dr. René Favalaro al cumplirse 9 años de su fallecimiento. Partido José Paz. Se puede visualizar aquí: [https://www.youtube.com/watch?v=A7\\_uGROiUNU](https://www.youtube.com/watch?v=A7_uGROiUNU)
- 149) En el Camino: Querida Pampa Mía. [https://www.youtube.com/watch?v=7Ie\\_BXaBGWA](https://www.youtube.com/watch?v=7Ie_BXaBGWA)
- 150) René Favalaro en la Fundación Ezequiel Martínez Estrada. <https://www.youtube.com/watch?v=ZG29uPV1ifI>
- 151) C5N. A 43 años del primer bypass. <https://www.youtube.com/watch?feature=endscreen&NR=1&v=O9D7u8Aiklc>
- 152) Memoria del saqueo (Documental) <https://www.youtube.com/watch?v=xoddKW1IVBE>
- 153) Martín Fierro (Película) [https://www.youtube.com/watch?v=y-0lc5DfN\\_I](https://www.youtube.com/watch?v=y-0lc5DfN_I)
- 154) Clase media argentina (Documental) <https://www.youtube.com/watch?v=ZJeU7zokyZo>
- 155) Qué es, cómo se hace una tesis doctoral. Leopoldo Gonzalo y González. UNED.

- 156) Cómo se hace una tesis. Umberto Ecco. Se puede leer en:  
[http://ocw.usal.es/humanidades/metodos-y-tecnicas-de-investigacion-musicales/contenidos/tesis\\_eco.pdf](http://ocw.usal.es/humanidades/metodos-y-tecnicas-de-investigacion-musicales/contenidos/tesis_eco.pdf)



