



© Ferran Nadéu

# JAVIER MAGRIÑA

Cirurgià especialista en ginecologia oncològica i cirurgia robòtica en la Clínica Mayo (Arizona, Estats Units)

per Ana García i Felip Pineda

**J**avier Magriña va tenir clar que volia ser cirurgià des que va fer la seua primera autòpsia durant els seus estudis de Medicina a Barcelona. Aquest entusiasme es va veure alimentat pel suport del metge català Santiago Dexeus, amic de la seua família, que li va inculcar la passió per la ginecologia i fins i tot li va facilitar estatges durant alguns estius en clíniques de París o Londres, on aprenia citologia i patologia ginecològica. Quan Javier Magriña va acabar els estudis, la seua carrera estava ja orientada irrevocablement a la ginecologia. No obstant això, no li agradava l'obstetrícia, volia operar. Quan, per mitjà d'un amic, va saber que la Clínica Mayo permetia un nivell d'especialització en la seua àrea molt més gran que els centres europeus, no va dubtar a sol·licitar una plaça de resident, que el va portar al continent americà l'any 1974. Aquesta situació, que en un primer moment havia de ser temporal, es va fer més duradora quan va tenir l'oportunitat de fer la subespecialitat en oncoginecologia, acabada de crear. Va tornar a Barcelona, però ben aviat es va adonar que ací la seua especialització no era valorada. Així doncs, no va tardar a tornar a emprendre la seua aventura als Estats Units. Una aventura que encara continua.

**«ELS METGES SÓN ELS QUI HAN DE  
PRENDRE LES DECISIONS, ACONSELLATS  
PER ADMINISTRADORS»**

## ENTREVISTA JAVIER MAGRIÑA

Encara que ha fet la seua vida a Amèrica, Javier Magriña no deixa passar l'oportunitat de tornar a Barcelona quan el calendari laboral li ho permet. Ens rep en una casa de la família, en la zona més benestant de la ciutat, durant un d'aquells incòmodes dies entre festius de final de desembre. La llarga estada als Estats Units li ha deixat, a més d'un curiós i subtil accent en la parla, una manera diferent de veure les coses. Un canvi de mentalitat. Insisteix en diverses ocasions a dir que la clau per a l'eficiència en medicina està en la subespecialització. Per a explicar-ho recorre a símils esportius: «Si un vol jugar professionalment a futbol, a tennis i a bàsquet, mai triomfarà. Fins i tot en el cas que jugue només a futbol, o juga de mitger o de davanter però no va canviant de posició. Fins i tot els futbolistes estan subespecialitzats. En medicina és exactament el mateix.»

El doctor Magriña sembla haver trobat el que buscava en el continent americà. Explica la història dels germans Mayo, els dos metges que van fundar la clínica en la qual treballa, amb un afectuós entusiasme, com si es tractara dels seus propis avantpassats. «Eren xicotets faeners», afirma. Es mostra agraït amb el país que l'ha acollit i no fa cap retret al seu sistema sanitari. Al contrari, sembla disconforme amb el model europeu de sanitat pública, ja que, al seu parer, depèn massa del personal funcionari i això en dificulta el progrés. El seu testimoni dibuixa uns Estats Units en què el càncer ja no és un tabú i els temes relacionats amb aquesta malaltia s'aborden amb naturalitat en els mitjans de comunicació i en les converses públiques. Aposta amb força per la cirurgia robòtica, una tecnologia que, de fet, ha popularitzat gràcies a les seues intervencions amb el robot Da Vinci de què disposa la Clínica Mayo. I insisteix, com quasi tots els experts, a dir que on cal posar més esforç per combatre el càncer és en la prevenció.

Quina opinió li mereix el sistema sanitari dels Estats Units?

És molt bo, encara que conec més l'acadèmic, on hi ha un alt nivell de subespecialització. Per exemple, en el nostre departament no tenim obstetrícia. L'obstetrícia ha de separar-se de la ginecologia. El mateix senyor que opera una pacient ha de saber d'embarassos? Què és el que hi ha en comú? La pacient, que és una dona. Però són criteris completament diferents.

I quant a atenció sanitària?

L'atenció sanitària als Estats Units està tan especialitzada que en el nostre departament de ginecologia estem dividits entre ginecòlegs mèdics i cirurgians. Els primers no operen, només fan consultes, i quan

diagnostiquen una pacient que necessita una operació la passen als cirurgians. Hi ha quatre subespecialitats: medicina maternofetal, oncoginecologia, uroginecologia i medicina de la reproducció. Ens estem especialitzant a un gran nivell. L'assistència sanitària als Estats Units té aquest avantatge: que t'hi trobaràs un individu que només et fa una cosa molt concreta i, per tant, podrà solucionar millor els teus problemes. No és que siguem millors, però si jo em dedique a jugar a un esport en una posició en concret ho faré molt millor que no un que li toca jugar en totes les posicions. Això està començant ara a Europa també.

La Clínica Mayo es defineix com una entitat «sense ànim de lucre». Tots els metges reben un salari fix i això ajuda a eliminar la pressió econòmica a l'hora de prendre decisions respecte als pacients. Es nota aquest sistema de treball?



© Ferran Nadeu



Els germans Mayo eren fills d'un immigrant d'Anglaterra que exercia la medicina en la seua clínica als Estats Units. Va enviar els seus dos fills a Europa perquè allí hi havia els millors cirurgians llavors (austriacs, alemanys, francesos...). Quan els fills van tornar als Estats Units, van muntar una clínica a Rochester, que és un poblet petit. Van tenir un gran èxit perquè es van unir a les monges, que donaven un tracte molt bo als pacients. Amb el temps, els germans Mayo van crear un centre d'ensenyament per traslladar el que ells havien après a Europa. Per fer-ho havien de pagar als professors i als residents. Llavors van crear una fundació i tot el que ingressaven de la clínica anava a un fons comú. D'aquest fons comú es trauen els sous. I el que en queda a final d'any es torna a invertir dins de la institució. Això permet

**«QUAN EL GOVERN  
COMENÇA A FICAR-SE DINS  
DE LA SANITAT, QUE ÉS  
EL QUE OBAMA VOL FER  
ARA, ELS TREBALLADORS  
PASSEN A SER FUNCIONARIS  
I PERDEN L'INTERÈS  
I L'INCENTIU»**

comprar nou material o invertir en investigació. L'avantatge que té aquest sistema és que un metge que fa cinc-centes operacions l'any cobra el mateix que el qui en fa dues-centes. Llavors, per què ha de fer una operació si no és necessària? Hi ha moltes pacients que vénen a la Clínica Mayo a buscar una segona opinió, per saber si s'han d'operar. No hi ha interès econòmic.

Al seu parer els avenços en investigació que es produeixen en la Clínica Mayo serien realitzables en un centre públic?

No. Perquè quan el govern comença a ficar-se dins de la sanitat, que és el que Obama vol fer ara, els treballadors passen a ser funcionaris i perden l'interès i l'incentiu. En el nostre centre, per a fer investigació, tenim els diners que queden en el fons comú, al qual tots podem accedir mitjançant uns protocols. Però es dona prioritat als estudis més interessants. Hi ha una competitivitat. T'ho has de guanyar.

Què li sembla el que està passant amb el sistema sanitari públic en l'Estat espanyol?

Uns dels avantatges que té la Clínica Mayo és que els centres són dirigits per metges. Els tres caps principals són metges. Els administradors estan per davall. El cap de cada un dels comitès que existeixen és metge. El secretari és un administrador. Els metges sabem el que necessiten els pacients. Els administradors pensen en l'economia. Quan els germans Mayo estaven desenvolupant la clínica, volien fer investigació. I un administrador va dir: «Vull que conste en acta que hi estic completament en contra perquè perdrem diners i no servirà de res dins de la clínica.» I encara així els dos germans Mayo van decidir continuar avant. Si l'administrador haguera estat el cap i no s'haguera fet investigació, una gran quantitat de les coses que s'han fet en la clínica s'haurien perdut. En el sistema sanitari europeu tot ho han portat administradors. No sols a Espanya, també a Itàlia, per exemple. Prenent com a exemple el funcionament de la Clínica Mayo, trobe que els metges són els qui han de prendre les decisions, aconsellats per administradors.

El temor al càncer és tan gran que la mateixa paraula s'ha convertit en una mena de tabú. Vostè també ho percep així?

Als Estats Units no. Quan hi vaig arribar em vaig adonar que a tothom li explicaven exactament el que tenia amb molt detall, mentre que a Espanya no es podia dir



a ningú que tenia càncer. I els pacients estan molt més educats en la seua malaltia. Els expliquem el que tenen, què els pot passar i el tractament. I si hi ha més d'un tractament els ho expliquem perquè puguen participar en la decisió. Recorde que, cap a 1980, vingué una pacient d'Espanya que estava diagnosticada de càncer però ella no ho sabia. No li havien dit mai que tenia càncer. Jo em vaig assegurar amb ella i li ho vaig explicar de la millor manera que vaig poder. Em va dir: «Jo ja ho sabia, però vostè ha estat l'única persona honesta que m'ho ha dit.» M'ho va agrair. Llavors em vaig adonar que als pacients cal dir-los-ho. Per a què els volem mentir? El 55% de tots els càncers ginecològics es curen. En canvi, hi ha moltes altres malalties incurables.

En general, els mitjans de comunicació donen un bon tracte a les informacions relacionades amb el càncer?

Als Estats Units, sí. De fet, entre la població americana és molt freqüent que algú et diga que el van operar de càncer fa tants anys. Se'n parla com de qualsevol altra cosa, sense victimisme. A vegades amb més detalls dels que un vol saber.

Hi ha alguns tumors més estigmatitzats socialment que altres? Per exemple, per a les dones és molt dur el càncer de pit...

Sí, però des que jo vaig començar a treballar fins ara, el diagnòstic del càncer de mama és molt més precoç. A més, abans sempre es feia una mastectomia, llevar el pit, mentre que ara es practica també la tumorectomia, amb la qual cosa la preservació del pit és molt freqüent. I si han de llevar el pit pel que siga, els cirurgians plàstics han desenvolupat tècniques per a tornar-los a construir. L'estigmatització que associava el càncer de mama a quedar desfigurada per a tota la vida ja no existeix. Hi ha hagut un canvi extraordinari.

Un 80% dels tumors apareixen per causes ambientals. No ens indica això que on cal prendre més mesures és en la prevenció?

Completament. Per exemple, el pitjor càncer ginecològic que tenim és el càncer d'ovari. Si es detecta en l'estadi I, les probabilitats que la pacient sobrevisca són molt més grans que no si es detecta en un estadi superior. Com

més prompte es diagnostique, millor. Un altre exemple: en càncer de pit, des que es va trobar el gen *BRCA*, s'ha pogut disminuir el nombre de pacients fent-los una mastectomia profilàctica. Amb aquest procediment es poden evitar el 90% dels càncers. Si a més els lleven els ovaris, es prevé un 60% de càncer d'ovaris en pacients amb *BRCA*. Això ha millorat molt. Després, les causes ambientals són molt importants. El virus del papil·loma humà, que és de transmissió sexual, pot produir càncer en les dones. Els dónes una vacuna, els prevens de la infecció del virus i els estàs prevenint el càncer.

Vostè treballa amb la cirurgia robòtica. De quina manera pot millorar aquesta tecnologia la medicina actual?

En cirurgia la qüestió és no fer una incisió, sinó petits forats. El pacient es recupera molt abans i pateix menys dolor i menys complicacions. Ho mostren tots els estudis. Gràcies a la robòtica, tu seus davant la consola i els instruments segueixen el moviment de la teua mà, no van al revés, com amb la laparoscòpia. Molts ginecòlegs no podien fer laparoscòpia perquè els costava molt. El que s'ha aconseguit és que aquells ginecòlegs que continuaven operant amb incisions, operen ara a través de petits forats. Els qui han eixit beneficiats han estat els pacients.

En la seua especialitat, l'oncologia ginecològica, sembla una tecnologia molt beneficiosa.

Els instruments segueixen les teues mans i a més tens visió tridimensional. T'asseus en la consola i és com si tingueres el teu cap ficat

dins la panxa de la pacient perquè pots acostar la càmera als teixits i fer un zoom tremend. Veus els detalls que en cirurgia normal es perden. Comences a veure una microanatomia: limfàtics, fibres nervioses petites... A més el cirurgià està assegut, amb la qual cosa no pateix tant de cansament físic. En una operació de quatre hores això es nota molt. La màquina no es mou ni es cansa, no necessita menjar ni anar al lavabo. Una persona no pot fer això. Un altre avantatge és que elimina les petites tremolors que un puga tenir. Quant a l'articulació, en laparoscòpia l'instrument és rígid. En canvi, en la cirurgia robòtica l'instrument es pot doblegar diverses vegades. Els desavantatges són el cost tan alt de compra i de manteniment (500 dòlars el dia als Estats Units). A més els



© Ferran Nadeu

**«ENTRE LA POBLACIÓ AMERICANA ÉS MOLT FREQUENT QUE ALGÚ ET DIGA QUE EL VAN OPERAR DE CÀNCER FA TANTS ANYS. SE'N PARLA COM DE QUALSEVOL ALTRA COSA, SENSE VICTIMISME»**

© Ferran Nadeu



instruments tenen només deu usos. Si l'instrument val 2.500 dòlars, cada ús ix a 250. El cost és molt alt.

Segons va publicar en un article, el robot Da Vinci que utilitzen en la seua clínica per a operar es basa en un disseny de la NASA...

Hi havia persones que havien d'eixir a l'exterior en l'espai per reparar alguna peça que s'havia espatllat de la nau. Anant a 280.000 quilòmetres per hora. De tant en tant perdien algú. Llavors van pensar de posar-hi uns braços robòtics que permeteren fer reparacions en l'exterior de la nau sense que ningú haguera d'eixir. La NASA va desenvolupar aquest sistema. L'any 1995, uns inversors van pensar que això es podia aplicar a la cirurgia. Van pensar que la millor aplicació es donaria en la cirurgia cardiovascular. Però quan van presentar el primer Da Vinci als cirurgians cardíacs aquests no s'hi van mostrar interessats i quasi desapareix del mercat. Va ser recuperat pels uròlegs, que han de treballar en una zona difícil, al sòl pelvià, i podien aprofitar els avantatges de la robòtica. Els uròlegs van rescatar el Da Vinci. I els ginecòlegs l'hem posat en primera pàgina.

Pensa vostè que acabarà imposant-se la cirurgia robòtica?

Sí. Es crearan indicacions molt exactes. Ara utilitzem un robot per a diverses especialitats, però eixiran robots més aplicats per a una part del cos en concret. Quan ara operem fem cinc forats. Hi haurà robots que permetran tenir fins a tres instruments dins de cada forat i no caldrà fer-ne tants. Anirà avançant.

Podrem parlar en uns anys de sales d'operacions on únicament operen robots?

Trobe que no. Hi ha operacions en què no fan falta robots. Per fer una lligadura de trompes, una colecistectomia o una apendicectomia, per exemple, no cal un sistema robòtic. La laparoscòpia continuarà. I la robòtica, com que és més cara, es reservarà per a operacions molt concretes. Haurà d'haver-hi cirurgians robòtics i laparoscòpics. La subespecialització, una altra vegada. ⊕

**Ana Garcia.** Cap Clínic de Ginecologia. Fundació Institut Valencià d'Oncologia (IVO).

**Felip Pineda.** Redactor de la revista MÈTODE, Universitat de València.