



© Ferran Nadéu



# JAVIER MAGRIÑA

Cirujano especialista en ginecología oncológica y cirugía robótica en la Clínica Mayo (Arizona, Estados Unidos)

por Ana García y Felip Pineda

**J**avier Magriña tuvo claro que quería ser cirujano desde que pudo hacer su primera autopsia durante sus estudios de Medicina en Barcelona. El entusiasmo se vio alimentado por el apoyo del médico catalán Santiago Dexeus, amigo de su familia, que le inculcó la pasión por la ginecología e incluso le facilitó estancias durante algunos veranos en clínicas de París o Londres, donde aprendía citología y patología ginecológica. Cuando Javier Magriña acabó los estudios, su carrera estaba ya orientada irrevocablemente a la ginecología. Sin embargo, no le gustaba la obstetricia, quería operar. Cuando, a través de un amigo, supo que la Clínica Mayo permitía un nivel de especialización en su área mucho mayor que los centros europeos, no dudó en solicitar una plaza de residente, que le llevó al continente americano en 1974. Lo que en un primer momento tenía que ser una situación temporal se convirtió en algo más duradero cuando tuvo la oportunidad de hacer la subespecialidad en oncoginecología, recién creada. Regresó a Barcelona, pero pronto se dio cuenta de que aquí su especialización no era valorada. Así que no tardó en volver a emprender su aventura en Estados Unidos. Una aventura que todavía continúa.

**«LOS MÉDICOS SON LOS QUE TIENEN  
QUE TOMAR LAS DECISIONES, A CONSEJADOS  
POR ADMINISTRADORES»**

## ENTREVISTA JAVIER MAGRIÑA

Aunque ha hecho su vida en América, Javier Magriña no deja pasar la oportunidad de volver a Barcelona cuando el calendario laboral se lo permite. Nos recibe en una casa de la familia, en la zona más acomodada de la ciudad, durante uno de esos incómodos días entre festivales de finales de diciembre. Su larga estancia en Estados Unidos le ha dejado, además de un curioso y sutil acento en el habla, una manera diferente de ver las cosas. Un cambio de mentalidad. Insiste en varias ocasiones en que la clave para la eficiencia en medicina está en la subespecialización. Para explicarlo recurre a símiles deportivos: «Si uno quiere jugar profesionalmente a fútbol, a tenis y a baloncesto, nunca va a triunfar. Incluso si juegas solo a fútbol, o juegas de medio o de delantero, no vas cambiando de posición. Hasta los futbolistas están subespecializados. En medicina es exactamente lo mismo.»

El doctor Magriña parece haber encontrado lo que buscaba en el continente americano. Explica la historia de los hermanos Mayo, los dos médicos que fundaron la clínica en la cual trabaja, con un cariñoso entusiasmo, como si se tratara de sus propios antepasados. «Eran unos chicos trabajadores», afirma. Se muestra agradecido con el país que lo ha acogido y no hace ningún reproche a su sistema sanitario. Al contrario, parece disconforme con el modelo europeo de sanidad pública, ya que, según su opinión, depende demasiado del personal funcionario y eso entorpece su progreso. Su testimonio dibuja unos Estados Unidos en los que el cáncer ya no es un tabú y los temas relacionados con esta enfermedad se abordan con naturalidad en los medios de comunicación y en la conversación pública. Apuesta con fuerza por la cirugía robótica, una tecnología que, de hecho, ha popularizado gracias a sus intervenciones con el robot Da Vinci del que dispone la Clínica Mayo. Y insiste, como casi todos los expertos, en que donde hay que poner más esfuerzo para combatir el cáncer es en la prevención.

¿Qué opinión le merece el sistema sanitario de los Estados Unidos?

Es muy bueno, aunque conozco más el académico, donde existe un alto nivel de subespecialización. Por ejemplo, en nuestro departamento no tenemos obstetricia. La obstetricia tiene que separarse de la ginecología. ¿El mismo señor que opera a una paciente tiene que saber de embarazos? ¿Qué es lo que hay en común? La paciente, que es una mujer. Pero son criterios completamente distintos.

¿Y en cuanto a atención sanitaria?

La atención sanitaria en Estados Unidos está tan especializada que en nuestro departamento de ginecología estamos divididos entre ginecólogos médicos y cirujanos.

Los primeros no operan, solo hacen consultas, y cuando diagnostican a una paciente que necesita una operación la pasan a los cirujanos. Existen cuatro subespecialidades: medicina materno-fetal, oncoginecología, uroginecología y medicina de la reproducción. Estamos especializándonos a un gran nivel. La asistencia sanitaria en Estados Unidos tiene esta ventaja: que te encontrarás a un individuo que solo te hace una cosa muy concreta y, por tanto, podrá solucionar mejor tus problemas. No es que seamos mejores, pero si yo me dedico a jugar a un deporte en una posición en concreto lo haré mucho mejor que uno que le toca jugar en todas las posiciones. Esto está empezando ahora en Europa también.

La Clínica Mayo se define como una entidad «sin ánimo de lucro». Todos los médicos reciben un salario fijo y eso ayuda a eliminar la presión económica a la hora de tomar decisiones respecto a los pacientes. ¿Se nota ese sistema de trabajo?



© Ferran Nadeu



Los hermanos Mayo eran hijos de un inmigrante de Inglaterra que ejercía la medicina en su clínica en Estados Unidos. Envío a sus dos hijos a Europa porque allí estaban los mejores cirujanos entonces (austríacos, alemanes, franceses...). Cuando los hijos volvieron a Estados Unidos, montaron una clínica en Rochester, que es un pueblecito pequeño. Tuvieron un gran éxito porque se unieron a las monjas, que daban un trato muy bueno a los pacientes. Con el tiempo, los hermanos Mayo crearon un centro de enseñanza para trasladar lo que ellos habían aprendido en Europa. Para eso tenían que pagar a los profesores y a los residentes. Entonces crearon una fundación y todo lo que ingresaban de la clínica iba a un fondo común. De este fondo común se sacan los sueldos. Y lo que queda a final de año se vuelve a invertir dentro de la institución. Esto permite comprar nuevo material o

**«CUANDO EL GOBIERNO  
EMPIEZA A METERSE  
DENTRO DE LA SANIDAD,  
QUE ES LO QUE OBAMA  
QUIERE HACER AHORA, LOS  
TRABAJADORES PASAN A  
SER FUNCIONARIOS  
Y PIERDEN EL INTERÉS  
Y EL INCENTIVO»**

invertir en investigación. La ventaja que tiene este sistema es que un médico que hace quinientas operaciones al año cobra lo mismo que el que hace doscientas. Entonces ¿para qué va a hacer una operación si es necesaria? Hay muchas pacientes que vienen a la Clínica Mayo a buscar una segunda opinión, para saber si se tienen que operar. No hay interés económico.

¿Cree que los avances en investigación que se producen en la Clínica Mayo serían realizables en un centro público?

No. Porque cuando el gobierno empieza a meterse dentro de la sanidad, que es lo que Obama quiere hacer ahora, los trabajadores pasan a ser funcionarios y pierden el interés y el incentivo. En nuestro centro, para hacer investigación, tenemos el dinero que queda en el fondo común, al cual todos podemos acceder mediante unos protocolos. Pero se da prioridad a los estudios más interesantes. Hay una competitividad. Te lo tienes que ganar.

¿Qué le parece lo que está pasando con el sistema sanitario público en el Estado español?

Una de las ventajas que tiene la Clínica Mayo es que los centros están dirigidos por médicos. Los tres jefes principales son médicos. Los administradores están por debajo. El jefe de cada uno de los comités que existen es médico. El secretario es un administrador. Los médicos sabemos lo que necesitan los pacientes. Los administradores piensan en la economía. Cuando los hermanos Mayo estaban desarrollando la clínica, querían hacer investigación. Y un administrador dijo: «Quiero que conste en acta que estoy completamente en contra porque perderemos dinero y no va a servir de nada dentro de la clínica.» Y aún así los dos hermanos Mayo decidieron seguir adelante. Si el administrador hubiera sido el jefe y no se hubiera hecho investigación, una gran cantidad de las cosas que se han hecho en la clínica se hubieran perdido. En el sistema sanitario europeo todo lo han llevado administradores. No solo en España, también en Italia, por ejemplo. Tomando como ejemplo el funcionamiento de la Clínica Mayo, creo que los médicos son los que tienen que tomar las decisiones, aconsejados por administradores.

El temor al cáncer es tan grande que la propia palabra se ha convertido en una especie de tabú. ¿Usted también lo percibe así?

En Estados Unidos, no. Cuando llegué allá me di cuenta de que a todo el mundo le explicaban exactamente lo que tenía con mucho detalle, mientras que en España no se



le podía decir a alguien que tenía cáncer. Y los pacientes están mucho más educados en su enfermedad. Les explicamos lo que tienen, lo que les puede pasar y el tratamiento. Y si hay más de un tratamiento lo explicamos para que puedan participar en la decisión. Me acuerdo que, hacia 1980, vino una paciente de España que estaba diagnosticada de cáncer pero ella no lo sabía. No le habían dicho nunca que tenía cáncer. Yo me senté con ella y se lo expliqué de la mejor manera que pude. Me dijo: «Yo ya lo sabía, pero usted ha sido la única persona honesta que me lo ha dicho.» Me lo agradeció. Entonces me di cuenta de que a los pacientes hay que decírselo. ¿Para qué les quieres mentir? El 55% de todos los cánceres ginecológicos se curan. En cambio, hay muchas otras enfermedades incurables.

¿Cree que, en general, los medios de comunicación dan un buen trato a las informaciones relacionadas con el cáncer?

En Estados Unidos, sí. De hecho, entre la población americana es muy frecuente que alguien te diga que le operaron de cáncer hace tantos años. Se habla como de cualquier otra cosa, sin victimismo. A veces con más detalles de los que uno quiere saber.

¿Hay algunos tumores más estigmatizados socialmente que otros? Por ejemplo, para las mujeres es muy duro el cáncer de mama...

Sí, pero desde que yo empecé a trabajar hasta ahora, el diagnóstico del cáncer de mama es mucho más precoz. Además, antes siempre se hacía una mastectomía, quitar la mama, mientras que ahora se practica también la tumorectomía, con lo cual la preservación de la mama es muy frecuente. Y si tienen que quitar la mama por lo que sea, los cirujanos plásticos han desarrollado técnicas para volverlas a construir. La estigmatización que asociaba el cáncer de mama a quedar desfigurada para toda la vida ya no existe. Ha habido un cambio tremendo.

Un 80% de los tumores aparecen debido a causas ambientales. ¿No nos indica eso que donde hay que tomar más medidas es en la prevención?

Completamente. Por ejemplo, el peor cáncer ginecológico que tenemos es el cáncer de ovario. Si se detecta en el estadio I, la probabilidad de que la paciente sobreviva es mucho mayor que si se detecta en un estadio superior. Cuanto

antes se diagnostique, mejor. Otro ejemplo: en mama, desde que se encontró el gen *BRCA*, han podido disminuir el número de pacientes haciéndoles una mastectomía profiláctica. Con este procedimiento se pueden evitar el 90% de los cánceres. Si además les quitan los ovarios, previenen un 60% de cáncer de ovarios en pacientes con *BRCA*. Esto ha mejorado mucho. Luego, las causas ambientales son muy importantes. El virus del papiloma humano, que es de transmisión sexual, puede producir cáncer en las mujeres. Les das una vacuna, les previenes de la infección del virus y les estás previniendo el cáncer.

Usted trabaja con la cirugía robótica. ¿Cómo puede mejorar esta tecnología la medicina actual?

Lo importante en cirugía es no hacer una incisión, sino pequeños agujeros. El paciente se recupera mucho antes y sufre menos dolor y menos complicaciones. Lo demuestran todos los estudios. Gracias a la robótica, tú te sientas en la consola y los instrumentos siguen el movimiento de tu mano, no van al revés como con la laparoscopia. Muchos ginecólogos no podían hacer laparoscopia porque les costaba mucho. Lo que se ha conseguido es que esos ginecólogos que seguían operando con incisiones operen ahora a través de pequeños agujeros. Los que han salido beneficiados han sido los pacientes.

En su especialidad, la oncología ginecológica, parece ser una tecnología muy beneficiosa.

Los instrumentos siguen tus manos y, además, tienes visión tridimensional. Te sientas en la consola y es como si tuvieses tu cabeza metida dentro de la barriga de la paciente porque puedes acercar la cámara a los tejidos y hacer un zoom tremendo. Ves los detalles que en cirugía normal se pierden. Empiezas a ver una microanatomía: linfáticos, fibras nerviosas pequeñas... Además el cirujano está sentado, con lo cual no sufre tanto cansancio físico. En una operación de cuatro horas eso se nota mucho. La máquina no se mueve ni se cansa, no necesita comer ni ir al lavabo. Una persona no puede hacer eso. Otra ventaja es que elimina los pequeños temblores que uno pueda tener. En cuanto a la articulación, en laparoscopia el instrumento es rígido. En cambio, en la cirugía robótica el instrumento se puede doblar varias veces. Las desventajas son el coste muy alto de compra y de mantenimiento (500 dólares al día en



© Ferran Nadeu

**«ENTRE LA POBLACIÓN AMERICANA ES MUY FRECUENTE QUE ALGUIEN TE DIGA QUE LE OPERARON DE CÁNCER HACE TANTOS AÑOS. SE HABLA COMO DE CUALQUIER OTRA COSA, SIN VICTIMISMO»**

© Ferran Nadeu



Estados Unidos). Además los instrumentos tienen solo diez usos. Si el instrumento vale 2.500 dólares, cada uso sale a 250. El coste es muy alto.

Según publicó en un artículo, el robot Da Vinci que utilizan en su clínica para operar está basado en un diseño de la NASA...

Había personas que tenían que salir al exterior en el espacio para arreglar algo que se había estropeado de la nave. Yendo a 280.000 kilómetros por hora. De vez en cuando perdían a alguien. Entonces pensaron en poner unos brazos robóticos que permitieran hacer arreglos en el exterior de la nave sin que nadie tuviera que salir. La NASA desarrolló este sistema. En el año 95, unos inversores pensaron que eso se podía aplicar a la cirugía. Pensaron que la mejor aplicación se daría en la cirugía cardiovascular. Pero cuando presentaron el primer Da Vinci a los cirujanos cardíacos éstos no se mostraron interesados y casi desaparece del mercado. Fue recuperado por los urólogos, que tienen que trabajar en una zona difícil, en el suelo pélvico, y podían aprovechar las ventajas de la robótica. Los urólogos rescataron el Da Vinci. Y los ginecólogos lo hemos puesto en primera página.

¿En su opinión acabará por imponerse la cirugía robótica?

Sí. Se crearán indicaciones muy exactas. Ahora utilizamos un robot para diversas especialidades, pero saldrán robots más aplicados para una parte del cuerpo en concreto. Cuando ahora operamos hacemos cinco agujeros. Habrá robots que permitirán tener hasta tres instrumentos dentro de cada agujero y se podrán hacer menos. Irá avanzando.

¿Podremos hablar en unos años de quirófanos donde únicamente operen robots?

No lo creo. Hay operaciones en las que no hacen falta robots. Para hacer una ligadura de trompas, una colecistectomía o una apendicectomía, por ejemplo, no hace falta un sistema robótico. La laparoscopia seguirá. Y la robótica, al ser más cara, se reservará para operaciones muy concretas. Tendrá que haber cirujanos robóticos y laparoscópicos. La subespecialización, otra vez. Ⓡ

**Ana García.** Jefa Clínica de Ginecología. Fundación Instituto Valenciano de la Oncología (IVO), Valencia.

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