

El Dr. Santiago González Moreno (Segovia, 1968) es el presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica. Comparte este cargo con la dirección médica de MD Anderson Cancer Center Madrid y la secretaría general de la European Society of Surgical Oncology (ESSO). Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid en 1992, realizó su formación vía MIR como médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo en el Hospital Universitario Doce de Octubre (1993-1998). Durante los años 1999-2001 amplió su formación con un Fellowship en Oncología Quirúrgica Peritoneal en el Washington Cancer Institute de Estados Unidos bajo la dirección del Dr. Paul Sugarbaker. En 2003 defendió su tesis doctoral en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra sobre carcinos peritoneales, basada en los datos obtenidos en su colaboración con el Dr. Sugarbaker y dirigida por este doctor y el Dr. Alberto Gómez Portilla. Un año más tarde obtuvo el Board Europeo de Oncología Quirúrgica.

Sus ámbitos de ejercicio quirúrgico e investigación son especialmente la carcinos peritoneales, el cáncer colorrectal y de apéndice, el gástrico, las neoplasias peritoneales, la quimioterapia intraperitoneal y el cáncer de ovario avanzado.

PERFILES DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Dr. Santiago González Moreno

“Sabemos que nuestra representatividad en el mundo oncológico en relación a nuestra contribución en el tratamiento del cáncer está claramente infraestimada”





Con, el Dr. Thomas C Lee, su primer mentor e inspirador en Georgetown University Medical Center.

-¿Le influyó alguna persona de su familia para dedicarse a la cirugía? ¿Había otros cirujanos en su familia?

-No había ni cirujanos ni médicos en mi familia. Mi padre era ingeniero técnico industrial y mi madre maestra de escuela, profesión que abunda en mi familia. Soy el primer médico de la familia.

-Y en el entorno más inmediato ¿tampoco hubo un médico que le influyese?

-Nadie. Sí he conocido personas después que me han influido en mi manera de practicar la medicina.

-¿Y qué le llevó a optar por esta profesión?

-Fue algo muy vocacional. Cuando estudias COU y te dicen que tienes que escoger carrera, aún eres demasiado joven e inmaduro, pero te planteas qué hacer. Tenía buena nota en bachillerato, podía hacer una carrera como una ingeniería de telecomunicaciones, pero a mí siempre me interesaron las ciencias naturales, y la biología y su aplicación al cuerpo humano. Y sobre todo, siempre me gustaron las relaciones humanas, el trato y la ayuda a la gente. De niño había colaborado con un grupo juvenil que se dedicaba a la ayuda a gente de muy diverso tipo y me agradaba. Y de repente hice clic cuando dije: voy a hacer medicina.

-Y se traslada a Madrid...



El día de la entrega de su diploma de graduación, de mano del Dr. Paul Sugarbaker (2001).

[En EEUU] vi una manera de ser paciente diferente a la que ahora es común en España

-Vivía en Segovia y teníamos un servicio de autobuses que me recogía al lado de casa, nos llevaba y traía todos los días a la universidad. Estuve yendo y viniendo durante tres años a la Universidad Autónoma de Madrid. Tardábamos una hora por trayecto, menos incluso que los compañeros que venían desde otras zonas del mismo Madrid. A partir de cuarto, con las prácticas, empecé a quedarme en la ciudad.

-¿Cómo tomó la decisión de orientarse hacia la cirugía?

-Tenía un interés general por la medicina, imagino que aún un poco abstracto. Pero fue fundamental una serie de intercambios con una familia de Estados Unidos durante los veranos, con la que establecí una relación muy entrañable. Me daba cuenta de que toda la gente de mi edad en EEUU edad trabajaba durante los veranos para ganar algo de dinero, a diferencia de en España.

El primer año estuve como monitor de campamento, pero cuando estaba en segundo de carrera mi familia de allí quiso que hiciera algo relacionado con lo que estudiaba y mi 'madre' americana me puso en contacto con un profesor de la Universidad de Georgetown (Washington DC) que la había operado a ella del tiroides. Durante una revisión suya me presentó al **Dr. Thomas Lee**, y le consultó si podía estar con él de ayudante o interno. Fue la persona que me marcó más a la hora de hacer medicina.

-¿Por qué? ¿Qué lo hizo tan influyente en su carrera?

-Por su cercanía, por su facilidad para conectar y explicarle las cosas al paciente de una manera clara y asequible. También la manera de hacer medicina en allí: era la primera vez que veía cómo la gente se cuestionaba las cosas. En España estábamos acostumbrados a que lo que dijera el médico iba a misa, pero allí la gente se traía



En el quirófano, con el Dr. Paul Sugarbaker.

impresas páginas de Internet y le preguntaba al médico. Allí vi una manera de ser paciente diferente a la que ahora es común en España -incluyendo la medicina defensiva¹-, pero sobre todo vi a una persona que recibía a muchos pacientes y a todos los trataba de una manera muy familiar, les hacía entender lo que estaba ocurriendo.

-¿Tenía algún vínculo con la cirugía del cáncer?

-Pasé con el Dr. Lee todo aquel verano y los dos siguientes. Me llevaba junto a él todo el día y ya desde la primera vez que entré en quirófano, me encantó y me di cuenta de que me gustaba la cirugía. Este doctor hacía mucho trabajo en cáncer en mama y formaba parte del equipo multidisciplinar que había en Georgetown. Y no solo aprendí mucho sobre cáncer de mama, sobre cómo tratar a una paciente y explicarle opciones, sino que además participaba en lo que en España entonces era impensable: sesiones multidisciplinarias con oncólogos médicos, radioterápicos e investigadores para valorar a los pacientes.

-Se fue orientando poco a poco hacia la cirugía del cáncer, una especialidad que no está reconocida en España. ¿Se ha visto condicionada de algún modo su vida personal y familiar por este hecho?

-Sí. Cuando estaba ya de residente en el Hospital Doce de Octubre de Madrid se me abrió la posibilidad de ver al **Dr. Paul Sugarbaker**, el pionero mundial en el tratamiento quirúrgico de la carcinomatosis peritoneal con un tipo de cirugía muy

¹ Cambios en la práctica del médico para defenderse de controversias y demandas por juicios en su ejercicio profesional.



En compañía del paciente Antonio Jiménez Torrecillas, en MD Anderson Cancer Center Madrid, hace solo unos meses.

compleja y aplicando quimioterapia directamente dentro del abdomen, que es a lo que yo ahora me dedico de forma preferencial. Él ejercía en Washington, donde yo había estado, y allí me fui cuando acabó mi residencia y me quedo en paro. El Dr. Sugarbaker me dice que tiene un puesto libre para hacer allí una especialidad con él. Mi mujer tenía trabajo pero renunció, un verdadero sacrificio, para venirse conmigo inicialmente un año.

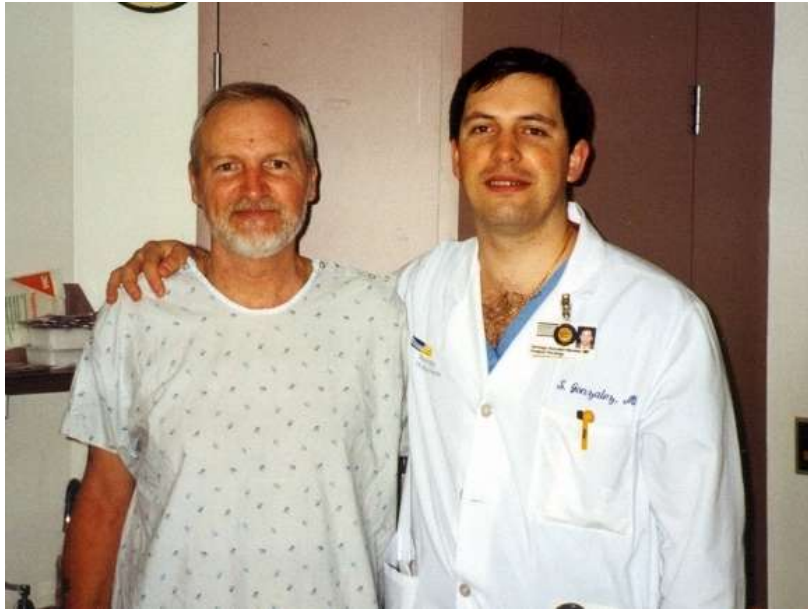
En momentos posteriores de mi carrera, cuando me ofrecen otra vez desde España irme a MD Anderson en Houston, ya teníamos dos hijos y no fue posible que se desplazaran, pero no pude decir no a la oferta: era trabajar en prácticamente el mejor centro de cáncer del mundo, tratando pacientes y operando con los mejores cirujanos del mundo.

-¿Qué impresión guarda de su llegada en 2001 a MD Anderson en Houston?

-La primera: la inmensidad de lugar. Es como una ciudad dedicada al cáncer. Son edificios y edificios donde moverse. Hay incluso carritos de golf para desplazarse. El centro es como una expresión de la enfermedad que trata, como una metástasis continua de cada edificio que continúa y continúa. También llegar allí es como llegar a una meca: uno ha estado estudiando y leyendo muchos trabajos que se han generado en este sitio. Ir allí es como acudir a las fuentes.

-¿Hay algún aprendizaje que, de no haber disfrutado de esa experiencia, no habría adquirido?

-Bueno, sobre todo me permitió vincularme al proyecto del centro filial en España. Aquello suponía trabajar con los mejores, ejercer lo que a mí me gustaba y sin salir



Con uno de sus primeros pacientes en Estados Unidos, Robert Taylor, en Washington DC.

[Allí] participaba en lo que en España entonces era impensable: sesiones multidisciplinarias con oncólogos médicos, radioterápicos e investigadores para valorar a los pacientes

de mi país.

-Desde ese momento, ya en 2001, ha estado vinculado a MD Anderson, donde acaba de ser nombrado director médico. ¿Qué significa el hecho de que sea un oncólogo quirúrgico el que reciba ese cargo?

-En un principio, en el planteamiento del centro la cirugía no era tan importante, pero creo que el hecho de que un oncólogo quirúrgico sea el director médico puede tener varias lecturas. Me gusta en especial la de la inexistencia de complejos: no hay problema en que un cirujano sea director médico. Esto ha ocurrido en la última etapa del centro, tras la compra por el grupo Hospital. Antes la dirección sí cuidaba mucho que el director médico fuera un oncólogo médico porque le parecía que eso influía en positivo en la visibilidad y la apariencia del centro.

Ahora lo que ocurre es que, por encima del criterio de la especialidad del director médico, se ha buscado a alguien que lleva mucho tiempo en el proyecto, que lo conoce muy bien, mantiene buena relación con Houston y ha hecho el proyecto suyo. Por mi parte, procuro dar a conocer este nombramiento en todos los foros donde me es posible para divulgar que un cirujano puede ser director médico.

Por otra parte, esto da cuenta de algo que hoy día es ya una cosa muy clara, la cirugía hoy por hoy es el tratamiento central del cáncer cuando tiene remedio.

-En este sentido, ¿tiene la percepción de que la oncología quirúrgica ha ido ganando presencia en los últimos años frente a las oncologías médica y radioterápica?

-Creo que es algo que está por hacer. Hemos conseguido irnos organizando y

Llegar [A MD Anderson Houston] es como llegar a una meca: uno ha estado estudiando y leyendo muchos trabajos que se han generado en este sitio. Ir allí es como acudir a las fuentes

adquiriendo conciencia de cuál es nuestro potencial. Pero sabemos que nuestra representatividad en el mundo oncológico en relación a nuestra contribución en el tratamiento del cáncer está claramente infraestimada. Siendo quienes realmente ayudamos en la batalla contra el cáncer no se nos tiene aún en cuenta, pero también es verdad que estamos abriendo una nueva etapa en el que el reconocimiento va a ser más claro y distinto. Esto ya ha ocurrido en EEUU. Allí es normal que haya centros de cáncer dirigidos por cirujanos que además hacen investigación básica -a nivel de laboratorio, molecular y demás- y donde se hacen inversiones importantes en cáncer.

-En España ¿está el cirujano demasiado alejado del laboratorio?

-La investigación siempre va por detrás de lo que nos gustaría, tanto por problemas de financiación como de diseño de política de investigación, pero además es cierto que hay muy pocos cirujanos y muy pocos oncólogos quirúrgicos que desarrollen labores de investigación básica o traslacional.

-¿A qué lo atribuye?

-En nuestro caso, lo atribuyo a una falta de formación especializada en oncología quirúrgica. En EEUU los programas de oncología quirúrgica llevan aparejados una carga investigadora. Muchos cirujanos en el MD Anderson, en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center, hacen clínica y laboratorio porque han disfrutado de una exposición a la investigación durante su periodo formativo. En España, el contacto con el laboratorio, con la investigación básica y traslacional durante nuestro periodo formativo es nulo. Sí que hay cirujanos que tienen esa inquietud, pero la desarrollan de manera digamos artesanal, sin ningún tipo de estructura de apoyo.

***La cirugía hoy por hoy es el
tratamiento central del cáncer
cuando tiene remedio***

***Sabemos que nuestra
representatividad en el mundo
oncológico en relación a nuestra
contribución en el tratamiento del
cáncer está claramente
infraestimada***

***Sin nuestro trabajo, no habría
bancos de tumores***

-En su opinión, ¿sería uno de los ámbitos de crecimiento para los próximos años?

-Sin duda. Es algo absolutamente prioritario. De ahí la importancia de la colaboración con los bancos de tumores, para que podamos aportar algo desde nuestro punto de vista de cirujanos.

-¿En qué sentido?

-Los bancos de tumores son fundamentales para avanzar en el conocimiento del cáncer y han de nutrirse de muestras de alta calidad. ¿Quiénes las suministran? Pues los cirujanos, que las extraemos. Tenemos que estar concienciados de cómo recogerlas y de cómo transportarlas adecuadamente al laboratorio para que no se estropeen y mantengan la calidad. Sin nuestro trabajo, no habría bancos de tumores.

-Hemos hablado ya de algunos contrastes entre la situación de la oncología quirúrgica en España y fuera pero ¿cuáles serían las diferencias fundamentales?

-En realidad, a nivel técnico y de técnica quirúrgica estamos muy igualados, y se realiza adecuadamente en los centros de referencia, igual que fuera de España. Pero lo que más nos diferencia es disponer de una estructura adecuada que permita que la cirugía la ejerza gente experta y con equipos multidisciplinares. Se trata de centralizar los procesos en aquellos centros donde mejor y más se hace esa cirugía - el volumen es importante- y ofrecer de recomendaciones específicas a la gente que hace este tipo de cirugías.

A nivel técnico y de técnica quirúrgica estamos muy igualados [con los países de referencia] Pero lo que más nos diferencia es disponer de una estructura adecuada que permita que la cirugía la ejerza gente experta y con equipos multidisciplinares

El concepto de oncología quirúrgica se basa en que los cirujanos formen parte de grupos interdisciplinares de manera integral. Es una cuestión fundamental que atañe más al nivel organizativo que al nivel técnico. Pero, además de encuadrarnos en equipos, los cirujanos tenemos que fomentar la investigación en cáncer. En este aspecto, EEUU y Países Bajos son una referencia.

-¿Y qué puede hacer la Sociedad Española de Oncología Quirúrgica para mejorar esto?

-La SEOQ debe erigirse en el interlocutor válido ante las instituciones de salud y del público general a la hora de defender una cirugía de cáncer de calidad. Tenemos que ofrecer información pública del papel de la cirugía en el abordaje integral del cáncer. Esto implica también que podemos aportar información válida y referencias para mejorar el sistema, para hacerlo más costo-eficiente, para que los cirujanos, los pacientes y los gestores públicos seamos conscientes de las características y aspectos mejorables de nuestro sistema.

-¿Qué recomendación dirigiría a un cirujano que esté planteándose orientarse hacia esta subespecialidad?

-Es muy importante que haga una residencia en cirugía general o en una especialidad quirúrgica de su interés a través del MIR. En cuanto al cáncer, primero recomendaría tener claro el interés y formarme poco a poco con cursos específicos, leyendo artículos, realizando cursos y proyectos de investigación aquí, pero después es fundamental irse fuera de España para hacer una especialización adicional y específica. En este sentido, SEOQ, como contraparte nacional de ESSO valora y recomienda actividades y becas para formación presencial en los países donde

La SEOQ debe erigirse en el interlocutor válido ante las instituciones de salud y del público general a la hora de defender una cirugía de cáncer de calidad

disponen de programas y centros de formación avanzada en cirugía de cáncer.

También es fundamental contar con un mentor o una persona de referencia que pueda ayudar al futuro oncólogo quirúrgico y orientarlo en las mejores vías de formación.

-Y, por último, ¿qué puede ofrecer SEOQ a estos futuros asociados?

-Pertener a la sociedad es por importante por la posibilidad que ofrece de mantener una formación específica y continuada en el cáncer, pero también por la de establecer relaciones y hacer *networking* con profesionales con las mismas inquietudes y proyectos. Además, la pertenencia a SEOQ permite la pertenencia en condiciones ventajosas en la sociedad europea y la certificación oficial si se presentan al *Board Europeo de Oncología Quirúrgica* que administra ESSO, algo que cobra especial sentido para los cirujanos más júnior.