

José Ramón Germà Lluch, Jefe del Servicio de Oncología Capio HGC "Curamos mas, cuidamos mejor"

A José Ramón Germà Lluch su madre le regaló una bata blanca y un estetoscopio cuando tenía seis años, le dejó también en herencia genética la facultad de dormir poco. Con esos mimbres y una notable capacidad de trabajo, el Dr. Germà ha construido un presente dedicado a tratar el cáncer, una enfermedad que hoy se cura, como explica en el libro que acaba de publicar.

Un título rotundo para su libro, "El cáncer se cura, 50 historias de esperanza". ¿Le pueden acusar de optimista?

Se me debe acusar de optimista, aunque es la conclusión a la que he llegado después de 30 años de trabajo como oncólogo. Quien ha visto la evolución de los pacientes con cáncer desde que empecé en esto hasta hoy los de hoy puede resumirlos en: **curamos más y cuidamos mejor.**



Las historias que usted refleja en el libro, no son las peores.

No, obviamente. Creo que si el libro se titulara "Todo el cáncer se cura" sería un gran mentiroso, por eso pusimos "El cáncer se cura y 50 historias reales de esperanza". Lo que sí puedo decir es que el libro, en el fondo, amalgama tres aspectos que son muy importantes: el primero es que hace una descripción de cómo se ha llegado donde estamos. La segunda cuestión es que explica los tipos de cáncer. El lector, cuando lee, sabe de qué tipo son y qué historia tienen. Los tumores más importantes que existen están desglosados para que la gente vea qué es lo que le puede suceder, creo que es un punto importante a transmitir. La tercera es poner ejemplos de casos difíciles que, al principio, se pensaba que irían mal, pero que al final se han acabado curando, no todos, obviamente. Esto lo he hecho porque ya estaba harto de oír solo noticias negativas del cáncer. Por eso quería que en un libro que todo el mundo puede leer se explicara la otra parte del cáncer, porque por segundo año consecutivo ha aumentado la tasa global de supervivencia, es decir, más del 60% de los pacientes con cáncer se curan. Por tanto, el 40% es inferior, y tendríamos que hablar más de los que se curan, sin olvidarnos de los que no se curan, porque sino no mejoraríamos.

¿Qué debe darse a un paciente además de fármacos?

Atención. Creo que lo que piden los pacientes se puede resumir en dos cosas: atención continua y rápida a su problema, y la profesionalidad de darles lo mejor que se les puede dar hoy para su enfermedad. Eso es lo más importante. Por ejemplo, el primer diagnóstico, cuando todavía no sabe si tiene o no cáncer, si va a ser curable o no... Ahí se tiene que ser muy cuidadoso en reducir al máximo ese tiempo de incertidumbre. En muchas ocasiones intento dar todas las exploraciones en un día y hablar con él por la tarde para que no tenga tiempo para pensar. Creo que el papel del médico solitario se ha terminado, que los equipos que reúnen diferentes especialistas involucrados en cada cáncer en particular ahora están muy bien preparados desde cada especialidad, y que son los que deben decidir la estrategia terapéutica que hay que seguir desde el principio. Esa es la decisión más importante. **Atención y esperanza** son las palabras clave

¿Cuál es el futuro de la enfermedad?

El otro día leí un artículo de varios científicos que decían que las expectativas en EEUU eran que para el 2010 se habría reducido un 50% la mortalidad por cáncer, pero eso no sucederá hasta el 2040. Ello quiere decir que el problema fundamental es que el cáncer son muchas enfermedades diferentes y las vamos a ir venciendo en distintos momentos. Con algunas ya hemos podido de forma definitiva, con otras estamos totalmente estancados, como por ejemplo el cáncer de pulmón, cuya tasa de supervivencia es la misma que hace 20 años. Aunque ahora se tiene más calidad de vida con el cáncer de pulmón, pero las tasas de supervivencia son las mismas, no mejoran. Lo mismo pasa con el cáncer de páncreas o el de esófago. Mientras que con otros tipos de tumores, como los testiculares, los linfomas, los de ovarios, en algunas ocasiones el porcentaje de curación es espectacular. Los tumores testiculares, en nuestro grupo, ascienden a un 94% de curaciones, mientras que en 1979 teníamos una tasa de mortalidad del 90%. Hay cambios enormes. Dentro de 50 años creo que lo que sucederá es que habremos vencido de 25 a 30 cánceres más, pero todavía nos quedaran algunos que tendremos que vencer.

Con más información, ¿hay menos miedo?

Hay algo muy importante que debemos hacer: acabar con el mito del cáncer asociado a o bien muerte o sufrimiento, porque es una actitud es una cosa totalmente equivocada. El cambio de paradigma es un problema de cultura. La cultura no se gana alcanza en tres meses ni en un año. Cuando ves a un paciente y le explicas la verdad, y yo soy partidario de hacerlo, lo más



A Chiquitania amb metges sense fronteres, Bolívia 1999 / En Chiquitania con médicos sin fronteras, Bolívia 1999.

importante es darse cuenta que la verdad se puede explicar de muchas formas, y la gracia es explicarla infundiendo esperanza, ilusión y haciendo que se enganche al tratamiento. Esa es la mejor forma de explicar la verdad. Pero si un paciente no sabe qué tiene, pues no es capaz de aportar todo lo necesario para su evolución favorable.

¿A cuántos pacientes ve usted en un año?

Ahora veo menos. Me convertí en jefe de servicio hace unos catorce años, en estos momentos, en el servicio del Instituto Catalán de Oncología (ICO) tengo unos veintidós adjuntos, es uno de los mayores servicios de España. En Capio HGC somos alrededor de seis, con lo cual continúo viendo un número importante de pacientes, eso me da mucho trabajo, aunque siempre he pensado que los jefes de servicio tienen que ser "facilitadores". Creo que hay dos formas de subir: hacerlo todos juntos o subir uno solo apoyado en el hombro de los demás. Soy de los que defiende que tenemos que subir todos juntos, porque hay que tener una cierta armonía y cuidarnos unos a otros. Antes de estos catorce años, yo visitaba muchos enfermos, porque además compaginaba el trabajo de oncólogo con el de gastroenterólogo y la cantidad de pacientes era impresionante. Finalmente, después de once años, decidí que haría sólo oncología porque no podía más cubrir las dos especialidades.

¿Por qué se decidió por oncología?

Por casualidad. No soy vocacional de la oncología. Además soy médico internista y digestólogo por una escuela muy importante, la de **Paco Vilardell, del Hospital de Sant Pau**. Llegó un día, en el año 1973, cuando era meritorio residente, en que tuve que tomar la decisión y salieron plazas de una especialidad que se llamaba oncología y que yo, la verdad, no sabía realmente lo que era. Estaba en el Hospital de Sant Pablo haciendo prácticas en Digestivo y me fui a hablar con el jefe de Oncología, el **Dr. Pau Viladiu**, al que considero mi maestro y mi amigo, y cuando le pregunté qué era eso de la oncología me aseguró que si hacía esa especialidad no me aburriría nunca. Me pareció muy importante. Y doy fe de que no me mintió. Además, me daban la posibilidad de hacer las dos cosas, digestivo y oncología, una enorme oportunidad porque en ese momento no se podían hacer dos especialidades a la vez.

Ha conseguido ser médico y publica libros. ¿Responde a la figura de médico-humanista en vías de extinción?

Creo que lo que está sucediendo es que la medicina se ha hecho mucho más sofisticada de lo que era, y por tanto hay que poner mucho más esfuerzo, cuando eres especialista, en mantenerte un poco al día. Por otro lado creo que existe una cierta crisis de escala de valores. En

el fondo, cuando tecnicamos mucho la medicina, nos olvidamos del acto más sublime que existe en ella: el acto médico; dos personas que se enfrentan cara a cara, con la tremenda injusticia que representa, por ejemplo, una primera visita oncológica. El médico más o menos tiene algún antecedente respecto al enfermo, pero él no tiene ningún antecedente del médico, nadie le ha dado su currículo y tiene que depositar la vida en sus manos. El médico tampoco sabe mucho del paciente; cuáles son sus pensamientos, su escala de valores, qué filosofía tiene, cuáles son sus miedos, etcétera.

Creo que, hoy en día, esa parte de contacto directo se suplente más con la técnica, se prefiere hacer un escáner antes que una exploración física larga, porque el escáner te da más información. Pero el contacto físico de la exploración física es una cosa que no se puede perder, porque en el fondo es lo que produce empatía entre el médico y el enfermo. La medicina se ha ido, yo no diría deshumanizando, pero sí tecnicando, y se ha abandonado un poco ese cuidado exquisito en los pequeños detalles.

¿Cómo se cura usted de tanto dolor?

La mala evolución duele mucho. Normalmente he llevado una gran cantidad de pacientes superjóvenes, por lo cual el impacto es mucho mayor, porque quedan muchos más años de vida que se pueden perder, desde el punto de vista social y profesional. La verdad es que creo que la fortaleza sale de ver todo el conjunto, es decir, creo que es una suerte que el ser humano tenga tan mala memoria para las cosas que no son buenas y tan buena para las cosas que sí lo son. Por eso el porcentaje de pacientes que mueren, el 6%, queda contrarrestado con el porcentaje de los que se salvan, como en el caso del cáncer de testículos. De todos modos, cada

vez que fallece uno de estos pacientes nos parece mucho más injusto frente al 94% que se curan. La otra salida es hacer otras cosas, por ejemplo a mí me encanta el viaje de aventura, la fotografía... Hay que tener una serie de válvulas de escape.

¿Por qué le dio por estudiar medicina?

Mi madre lo tenía clarísimo. A los 6 años me regaló una bata, un aparato para auscultar y un muñequito que podía pinchar. Ella siempre me dijo que haría cirugía vascular. De hecho, jamás en mi vida he pensado en tener otra profesión que no sea la medicina. Sabía que iba a ser médico. A los 15 años, como quería ser médico y vivía en Canarias y allí no podía serlo, mis padres decidieron venir a Barcelona para que pudiera estudiar medicina. Mi madre me levantaba a las cuatro de la madrugada para que estudiara.

¿Y si no hubiera sido médico?

Periodista de primera línea. Siempre he admirado el periodismo de primera línea: de guerra, de aventuras... Periodismo de adrenalina, me gusta mucho la aventura, un De la Cuadra Salcedo, algo así. Por otro lado, me gusta escribir, con lo cual casaba dos de mis grandes apetencias.

¿De dónde saca el tiempo libre?

Tengo una suerte y una desgracia, depende de cómo se mire. Mi madre es insomne y yo he heredado bastante de sus insomnio, no duermo más de 4 horas y media al día. Así que eso me da para mucho. Fácilmente, los fines de semana, a las seis y media estoy en mi despacho haciendo cosas, no soy capaz de quedarme en la cama dando vueltas. Además, yo cada día llevo a las seis y media al hospital, por lo que me da bastante tiempo para hacer cosas antes de que llegue mi gente (entre las 8 y las 8.30). Pues son varias horas y, si las sumas, a lo largo de la semana son unas 14-16 horas.



Namibia 1995, amb el guia nadiu. / Namibia 1995, junto al guía nativo.