

ENTREVISTA A FONDO: DR. ANDRÉS ÍÑIGUEZ ROMO

Presidente Anterior de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

Entrevista realizada por Rafael Mesa Rico

Andrés Íñiguez Romo, se licenció en Medicina y Cirugía en 1980 por la Universidad Complutense de Madrid, es especialista en cardiología desde 1986 y obtuvo el grado de Doctor en Medicina en 1987. Inició su experiencia en cardiología haciendo la especialidad MIR en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, donde se formó como cardiólogo entre 1982 y 1986. Se dedicó a la cardiología intervencionista en la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Clínico San Carlos desde 1986 hasta 1992. A continuación pasó a dirigir la Unidad de Cardiología Intervencionista del Hospital Fundación Jiménez Díaz de Madrid hasta 2004. En junio del 2004 asumió la dirección de la Unidad de Cardiología Intervencionista del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, y desde julio del 2007 es el jefe de Servicio y director del Área de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Hospital Álvaro Cunqueiro).

Ha sido profesor asociado en Medicina en la Universidad Complutense de Madrid desde 1989 hasta 1992, y profesor asociado en la Universidad Autónoma de Madrid desde 1996 hasta 2004. Ha participado en más de 60 ensayos clínicos relacionados con la cardiología intervencionista, la cardiopatía isquémica y el coste/efectividad. Ha publicado más de 200 artículos tanto en revistas nacionales como internacionales, más de 400 comunicaciones en congresos nacionales e internacionales, participando como ponente o moderador en muchos de ellos, ha editado varios libros e impartido más de 180 conferencias. Se diplomó en Gestión de Servicios Hospitalarios en 1995. Y realizó un Máster en Alta Dirección y Administración Sanitaria entre 1999/2000.

Actualmente es presidente anterior de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), miembro de la Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista (SOLACI), Vocal de la SEC en la Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC), fellow de la European Society of Cardiology (ESC-Sociedad Europea de Cardiología) y fellow del American College of Cardiology (ACC). Es miembro honorario de varias sociedades científicas de Cardiología en Latinoamérica, así como miembro del Comité Editorial de la Revista Española de Cardiología (REC). Ha sido secretario general de la SEC entre 1998 y 2000. Y por último, ha sido presidente de la SEC entre 2015 y 2017.

Desde el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo ha colaborado con la organización del 39º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, «Fibrila con Vigo», donde presentará la Conferencia Inaugural «Estrategias de las Sociedades Científicas. Implicaciones de Enfermería».

Usted se licenció en Medicina en 1980, ¿cuándo decidió que se quería dedicar a ello? ¿Por qué eligió la especialidad de cardiología?

Mi decisión de estudiar Medicina fue realmente por exclusión. De hecho, la tomé en COU (Curso de Orientación Universitaria), en el último año antes de entrar a la universidad. No se me daban bien las matemáticas y, por tanto, no podía hacer una carrera muy técnica como, por ejemplo, Ingeniería. Las letras tampoco me gustaban mucho y no me veía de profesor en un colegio. Por tanto, solo quedaban las opciones biosanitarias, de las cuales Medicina era para mí la más atractiva. Una vez en la carrera y tras acabar la misma elegí cardiología, porque era el ámbito de conocimiento que me parecía más atractivo.

La mayor parte de su trayectoria como cardiólogo la ha dedicado a la cardiología intervencionista. ¿Cómo fueron sus inicios? ¿En qué sentido ha evolucionado la cardiología intervencionista desde que usted se inició en la especialidad?

Mi dedicación a la cardiología intervencionista sí fue una decisión activa y premeditada. Fue mi apuesta personal por un ámbito de actuación nuevo, incipiente en aquellos años y extraordinariamente interesante. De hecho, dediqué ya el último año de la residencia, de mi formación MIR, a la Cardiología Intervencionista. Desde entonces, que fueron los orígenes del intervencionismo, hemos asistido a la gran revolución que ha representado pasar de una Hemodinámica-Cardiología intervencionista, meramente diagnóstica, a otra no solo de alta implicación terapéutica, sino que ha introducido un nuevo paradigma en el conocimiento y en el tratamiento de las patologías cardiovasculares, reemplazando progresivamente incluso a la cirugía cardiaca.

¿Cree que existe la misma cobertura y prestaciones sanitarias para las enfermedades cardiovasculares en las distintas comunidades autónomas?

En absoluto. De hecho, la transferencia de competencias en sanidad a las comunidades autónomas, que ha aportado un enorme beneficio en muchos ámbitos de la toma de

decisiones, ha empeorado notablemente la accesibilidad y equidad de muchas prestaciones, como han demostrado los datos de diferentes registros y estudios llevados a cabo por la SEC. Por ejemplo, en uno de los campos donde más se ha producido esto ha sido en el del tratamiento a pacientes con infarto agudo de miocardio, o en el de la insuficiencia cardiaca. Tanto es así, que la SEC lo ha denunciado ante las diferentes comunidades autónomas y ha motivado la puesta en marcha de programas de mejora de la calidad asistencial y de equidad para intentar cambiar esta situación. Me refiero al programa SEC-CALIDAD.

Usted es un miembro muy activo en la SEC desde hace muchos años. ¿Cuál es el papel que deben tener las sociedades científicas en el Sistema Nacional de Salud (SNS)?

Desgraciadamente, las sociedades científicas solo tienen un poder moral de expertos científicos. No están reconocidas como entidades de derecho como lo son, por ejemplo, los colegios médicos. Esto les daría un poder legal y no solo moral, precisamente para que su papel fuese de obligado cumplimiento o, al menos, de obligada consulta previa a cualquier legislación que les afectase. Las sociedades científicas tienen un importantísimo papel en el fomento de la prevención de enfermedades y de la salud (cardiovascular en el caso de la SEC), en la buena práctica clínica (fomentando las actuaciones basadas en la evidencia científica), en la mejora de la calidad asistencial y de la equidad en las prestaciones asistenciales, en el mantenimiento de la capacitación profesional y de la adecuada formación de los profesionales, así como en la promoción de la investigación relacionada.

¿Qué balance hace de sus dos años como presidente de la SEC? ¿De qué proyectos se siente más orgulloso?

El haber sido elegido presidente de la SEC, además con el mayor número de votos de la historia, ha sido para mí un motivo de orgullo y satisfacción personal. Y a la vez una enorme responsabilidad. Pero también una gran oportunidad para desarrollar los proyectos que mi candidatura se planteó. Candidatura que esta formada por mí mismo, por el vicepresidente, Dr. Luis Rodríguez Padial; por el secretario general, Dr. Ignacio Fernández Lozano; por el tesorero, Dr. Rafael Hidalgo; y por el vocal de Sociedades Filiales, Dr. Antonio Serra. Hemos llevado a cabo muchos proyectos, pero de todos ellos, destacaría dos por su impacto presente y futuro. En primer lugar, el programa de promoción de la calidad asistencial, SEC-CALIDAD, y sus diferentes sub-proyectos (SEC-PRIMARIA, para mejorar la continuidad asistencial entre asistencia hospitalaria y atención primaria; SEC-RECALCAR, para promover la investigación en resultados de salud; SEC-EXCELENTE, para reducir la variabilidad clínica asistencial; SEC-PARADA CARDIACA, para mejorar la supervivencia en pacientes con parada cardiaca extra-hospitalaria; y SEC-IMAGEN, para aportar criterios de gestión de las tecnologías de imagen que manejamos cada día). Y en segundo lugar, la creación de CAMPUS-SEC, cuyo objetivo es mejorar la calidad y el número de actividades de formación continuada en el ámbito online, posibilitando así que nuestros programas de formación continuada pudieran llegar a miles de profesionales.



¿Cuáles han sido las líneas principales de trabajo del proyecto de colaboración de la SEC con la AEEC que usted inició?

El 1 de julio de 2016, es decir, pocos meses después de asumir la presidencia de la SEC (tenga en cuenta que yo asumí la presidencia a finales de 2015), ya promoví la firma del primer acuerdo realizado con la AEEC. Con una idea muy clara: ambas organizaciones tienen la obligación de converger en un proyecto común. Y esté fue uno de los principales objetivos a cumplir. Esta convergencia debería plantearse en todos los ámbitos: en la formación continuada, en la investigación, en la promoción de la calidad asistencial, en la prevención cardiovascular, y en la realización de un congreso común, entre otras actividades. Nuestros fines son similares, y nuestros colectivos y acciones son complementarias, por tanto, debemos actuar conjuntamente. Con autonomía, con independencia de criterio, pero con objetivos y acciones conjuntas. Yo soy consciente de que llegar al 100% de confluencia no es cosa de un año, ni siquiera de un periodo de tiempo coincidente con el que ejercemos la presidencia, sino que es un proyecto de años, que afectará a diferentes presidencias tanto de la SEC como de la AEEC. Pero yo les puedo garantizar que desde la SEC hemos puesto las bases para que haya una continuidad en este proyecto, y que las Juntas Directivas que me sigan estén comprometidas con este objetivo. Y estoy seguro que la Junta Directiva actual de la AEEC hará lo mismo.

Como impulsor de un congreso conjunto SEC-AEEC, ¿qué aspecto destacaría como más beneficioso para ambas sociedades?

Como he mencionado anteriormente, el hecho de celebrar un congreso conjunto, solo es un aspecto más del proyecto de convergencia en fines y actividades de la SEC y de la AEEC. Si bien, la celebración conjunta del

congreso es muy importante, no solo por cuanto significa de concreción de la convergencia, sino también porque ello representa un elemento de estética formal como visualización de esa convergencia. Máxime cuando el congreso siempre contiene y se realiza para promover y presentar actividades de investigación y de formación continuada en ambas sociedades. Y tiene tanta más relevancia en el momento actual, y no digamos en los próximos años, por cuanto que las actuales políticas éticas y de fomento de la transparencia, están haciendo que las vías de financiación y de participación de los profesionales en estas actividades cambien y se tengan que adaptar a nuevos formatos. Y todos tendremos que seguir estos nuevos caminos y reglas conjuntamente. Sin esta convergencia, es muy posible que la AEEC tuviese dificultades no solo para llevar a cabo sus actividades, sino incluso para su propia supervivencia.

¿Qué posición tiene la SEC respecto a la necesidad de formación continua, específica y especializada de la enfermería en los distintos ámbitos de la cardiología? ¿Cree necesaria la creación de la especialidad de Enfermería en Cardiología avalada por el Ministerio de Sanidad? ¿Ve posible el apoyo de la SEC a la creación de esta especialidad?

Son varias preguntas a la vez. Intentaré responder una a una. Primero, la formación continuada. Hoy día, la aproximación a la prevención, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades cardiovasculares es muy transversal, estando implicados en dichas actividades diferentes profesionales, de muy diferente formación y cualificación. De ahí la necesidad de que los programas de formación continuada deban contemplar el papel de cada colectivo en la asistencia cardiovascular. Y la enfermería es un colectivo profesional de imprescindible implicación en ello, con un contenido propio y específico, pero como digo alineado en esta transversalidad actual del manejo de las enfermedades cardiovasculares.

En segundo lugar, la especialización de Enfermería en Cardiología. No me cabe duda de que si existiese esa especialización, si existiese legalmente esa especialización, sería un enorme logro. Aunque informalmente ya existe, porque la enfermería que trabaja en cardiología, se especializa en cometidos muy específicos en el día a día, no solo en el ámbito estrictamente clínico en las consultas y plantas de hospitalización, sino también en ámbitos muy concretos de esta especialidad como la electrofisiología-arritmias, o en la cardiología intervencionista. Ni que digamos del papel específico de la enfermería en los programas de prevención y rehabilitación, en los de insuficiencia cardiaca o en la continuidad asistencial entre hospital y atención primaria. La creación de la especialidad de cardiología para enfermería, sería el reconocimiento legal de la realidad actual. Es evidente que la SEC apoya la creación de esta especialización, pues aportaría reconocimiento legal a la capacitación de los profesionales de enfermería, y una vía real de cualificación específica profesional.

¿Ve compatible la prescripción enfermera de medicamentos y productos sanitarios con la titulación de fármacos en pacientes cardiológicos, sobre todo en pacientes con insuficiencia cardiaca?

La legislación actual está siendo modificada precisamente para posibilitar estos aspectos en el colectivo de enfermería. Pero creo que no debemos hacer de ello un problema entre colectivos, más bien lo que debemos es buscar la complementariedad de actuaciones, en beneficio de la calidad asistencial para el paciente, y de la eficiencia en el sistema sanitario.

Como miembro del Comité Editorial de Revista Española de Cardiología, ¿cómo ve en este momento a la enfermería en el área de investigación? ¿Ha tenido la oportunidad de leer algún trabajo de investigación enfermera publicado en nuestra revista Enfermería en Cardiología?

La publicación de un artículo en una revista científica refleja el trabajo, la materialización de un proyecto de investigación de un grupo o colectivo profesional. Y engrandece y reconoce el trabajo de ese colectivo. Pero tengo que decir que la investigación es algo más profundo que el hecho final de una publicación. Es una actitud, que exige una cualificación específica; y un objetivo, materializado en una línea de actuación. Creo que debe existir investigación realizada por los profesionales de enfermería, pero también creo que lo más importante es que los profesionales de enfermería se integren en grupos multidisciplinarios de investigación, especialmente en líneas de investigación de resultados en salud.

Y en este sentido, contesto a otra de sus preguntas. Sí, periódicamente veo el índice de cada número de la revista de Enfermería en Cardiología, y leo lo que me interesa. Precisamente en el último número que he consultado, me ha llamado la atención, quizás porque estoy desarrollando un proyecto en este ámbito, un artículo de Eva Timonet y colaboradores, que pone de manifiesto, como se refleja en sus conclusiones, que en el ámbito de la insuficiencia cardiaca, «existe una relación entre el uso de los servicios hospitalarios y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y sus cuidadores familiares». Su título es «Calidad de vida y uso de servicios hospitalarios en la diada cuidador/paciente con Insuficiencia Cardiaca», y sus autores son del área de Málaga.

En su ámbito de trabajo ha promovido una Unidad de Gestión Asistencial de Cardiología, ¿cuál es la finalidad de dicha Unidad y qué papel tiene enfermería en ella?

No es exactamente así. Cuando yo llegué a Vigo como jefe de Servicio de Cardiología Intervencionista a principios del 2004, en la empresa pública MEDTEC, actualmente llamada GALARIA, se funcionaba como una Unidad de Gestión Autónoma, con sus objetivos, con su presupuesto, con su organigrama profesional, en el que todos los colectivos dependían jerárquicamente del director de la Unidad, con unas responsabilidades delimitadas en cada colectivo profesional, con autonomía de decisiones, con una protocolización de actuaciones y con un abordaje multidisciplinar. Y creo que con un alto grado de satisfacción profesional, en todos los colectivos implicados, y con elevada eficiencia en las actuaciones.

Esta unidad se integró funcionalmente en el año 2007 con el Servicio de Cardiología, tras realizar un trabajo que duró un año para constituir la Unidad de Gestión Asistencial de Cardiología, como un sub-proyecto

resultante del plan estratégico del hospital que se realizó por entonces. Desde ese año cardiología ha funcionado como unidad de gestión virtual, pues nunca se le ha concedido autonomía real de gestión. Pero sirvió para integrar las diferentes secciones y unidades funcionales que estaban dispersas en los hospitales Meixoeiro, Xeral y en MEDTEC entonces, creando un servicio común, el actual Servicio de Cardiología.

Después de ello, la dirección del SERGAS, intentó hace unos años implantar unidades de gestión clínica en algunos hospitales y servicios, y fracasó. Este fracaso, en mi opinión, obedece a múltiples causas, entre las que están la falta de liderazgo de la propia dirección del SERGAS, la falta de convencimiento propio de la necesidad de este cambio, la oposición de los sindicatos que ven como una amenaza a sus intereses corporativos este tipo de descentralización de responsabilidades, por no haber sabido explicar los beneficios de esta iniciativa, por no saber implicar juntos a la enfermería y a los cardiólogos en una aproximación transversal de actuaciones y en una responsabilización de cometidos y objetivos, por falta de motivación y de incentivos, y quizás también por falta de liderazgo. Pero sobre todo, porque la transformación de una unidad asistencial clásica hospitalaria en un área de gestión clínica debe ser progresiva, debe adaptarse al nivel de maduración organizativa y de gestión existente. Y esta transición no se puede hacer por decreto, sino por convencimiento de los profesionales, en etapas y fases, asumiendo progresivamente mayor autonomía y responsabilidad. Cosa que no se hizo.

Pero déjeme decirle algo respecto al concepto de Unidad de Gestión Clínica. Una Unidad de Gestión Clínica es un modelo de co-responsabilidad, y de otorgar a los profesionales médicos y de enfermería un papel central en la gestión asistencial, con unos objetivos comunes basados en descentralizar la toma de decisiones para mejorar la relación entre la calidad y el coste de los servicios. O para resumir, como expresó R. Smith, editor del British Medical Journal en 1997, la gestión clínica no es otra cosa que la transferencia de la capacidad y la responsabilidad de la toma de decisiones de gestión a los profesionales, para mejorar la relación entre la calidad y el coste de los servicios.

Esto es lo que no hemos sabido transmitir, y por eso, seguimos en un funcionamiento de servicio clásico de un modelo burocrático-administrativo.

¿Cuáles cree que serían los objetivos por los que tiene que luchar la Enfermería en Cardiología hoy en día, por el bien de la calidad asistencial y por el reconocimiento de su trabajo?

En primer lugar, debe luchar por el reconocimiento de su profesionalidad como especialidad. En segundo lugar, en adaptar sus prácticas asistenciales a los modelos de calidad, protocolizando las actuaciones por procesos asistenciales. En tercer lugar, implicarse, exigir y realizar actividades de formación continuada que repercutan de verdad en mejoras de la asistencia, no en la mera obtención de créditos para competir en las OPES, haciendo cursos que no aportan valor añadido alguno a su práctica profesional. En cuarto lugar, debe implicarse y participar en proyectos transversales de investigación, especialmente en resultados de salud.

Dentro del equipo de cardiología, ¿cómo ve su relación con los profesionales de enfermería? ¿Qué papel, en su opinión, deben tener dentro del equipo de cardiología?

La enfermería es un colectivo esencial en el funcionamiento de un Servicio de Cardiología, colectivo poco reconocido y poco valorado, incluso por sus propias direcciones. Mi reconocimiento a su papel es total, y creo he intentado e intento facilitar todo lo relacionado con ellos, especialmente en el ámbito formativo y de investigación. Pero también hay que decir que existen asimetrías de intereses profesionales y vitales, como en todos los colectivos. Esto hay que respetarlo, pero tampoco puede convertirse en un freno o en un grupo de interés que funcione a la contra de proyectos cuyo fin sea el beneficio del paciente. Yo veo a estos profesionales como una parte esencial en esta transversalidad de actuaciones que requiere el abordaje actual de los procesos asistenciales cardiovasculares.

Este año se celebra el 39º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología en la ciudad de Vigo, ¿se siente orgulloso de que el congreso se celebre en su ciudad?

Por supuesto. De hecho, lo interpreto como el refrendo a la política de convergencia que promoví desde mi llegada a la presidencia de la SEC. Aunque soy consciente, como decía W. Churchill, que esto solo es «el principio del fin». Pero aún tendremos que trabajar mucho para conseguir ese objetivo, que estoy convencido que alcanzaremos, pues contamos con una voluntad inequívoca y con magníficos profesionales comprometidos.

Desde lo personal

Ciudad: París.

Aficiones: Golf. Lectura.

Lectura: Para mí el mejor libro publicado es «Cien años de soledad» de Gabriel García Márquez. Pero recomiendo la lectura de un libro que estoy leyendo ahora: «La guerra de los Sambre» de Yslaire.

Grupo musical: Ninguno. Cantante: María Calas.

Película: Una clásica: «Doctor Zhivago».

Deporte: Golf.

Vacaciones: Tranquilidad.

Una pasión: Disfrutar de la vida.

Un miedo: La intolerancia.

Un recuerdo inolvidable: La infancia en mi pueblo de nacimiento, Villamayor de Calatrava (Castilla-La Mancha).

Qué echa de menos: El tiempo.

Qué le pediría al futuro: Educación y cultura.

Qué le preocupa de la actualidad mundial o nacional: La mediocridad de muchos de los políticos actuales.