

LOS PACIENTES PRIMERO

El modelo de atención centrada en la persona de la Cleveland Clinic

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Compañía de Seguros



Basado en el libro: "Service Fanatics: How to build Superior Patient Experience the Cleveland Clinic Way". James Merlino (2015). McGraw-Hill Education; 1 st edition.

Resumen y adaptación al español: Dr. Fabián Vítolo. NOBLE Cía de Seguros

Índice

Introducción.....	
Definir la política: Los pacientes son el verdadero norte	<i>pag 3</i>
Liderar el cambio.....	<i>pag 5</i>
Definir lo que entiende la organización por experiencia del paciente.....	<i>pag 11</i>
Dar importancia a la cultura organizacional.....	<i>pag 17</i>
Alinear a todo el personal detrás del objetivo.....	<i>pag 21</i>
Garantizar el compromiso y la participación de los médicos.....	<i>pag 27</i>
Saber qué quieren los pacientes.....	<i>pag 31</i>
La ejecución lo es todo.....	<i>pag 37</i>
Excelencia en el servicio.....	<i>pag 43</i>
Los médicos tienen que comunicarse mejor.....	<i>pag 55</i>

Debemos hacer socios a los pacientes..... pag 65

Lecciones aprendidas..... pag 77

Introducción

Fundada en 1921 por cuatro renombrados médicos en base a los principios de, cooperación, innovación y compasión, la Cleveland Clinic (Ohio, EE.UU) es una de las organizaciones de salud más prestigiosas del mundo. Fue allí donde se hizo la primera coronangiografía (1958) y donde René Favaloro realizó el primer by-pass cardíaco de la historia (1967). Estas y otras innovaciones ayudaron a la que la clínica creciera en tamaño y prestigio, atrayendo a pacientes de todo el mundo y aumentando exponencialmente el número de sus prestaciones hasta transformarse en una potencia académica de nivel mundial. La Clínica aparece siempre dentro de las cinco mejores de los Estados Unidos, según el ranking que elabora anualmente U.S News & World Report, y 14 de sus especialidades clínicas y quirúrgicas figuran N°1 en el ranking. El foco de la organización en la excelencia clínica, la evaluación permanente de sus resultados y de su staff, junto con su modelo único de atención hacen a su grandeza. Hoy ya dejó de ser una clínica para ser un verdadero sistema de salud con más de 200 locaciones y 70.000 trabajadores en los Estados Unidos, Canadá y Emiratos Árabes.

Pero a lo largo de los años, su particular concentración en los resultados clínicos hizo que se fueran alejando de los principios de sus fundadores, para quienes el paciente era la parte más importante de la organización. Si bien la Clínica se destacaba técnicamente, había perdido humanidad. La falta de empatía, compasión y colegialidad era notoria, según lo reflejaban las encuestas de satisfacción HCAHPS. En este campo, la Cleveland estaba en el fondo de la tabla... Definitivamente, aunque se curaran, los pacientes estaban lejos de tener una buena experiencia y se sentían maltratados.

Cuando Toby Cosgrove, el legendario cardiocirujano Jefe del Departamento de Cirugía Torácica y Cardiovascular de la clínica fue nombrado CEO en 2004, una de sus prioridades -sino la principal-, fue tratar de cambiar esto mediante el proyecto "Patients First" (Los pacientes primero). Al principio, la gente era escéptica; después de todo, a lo largo de su carrera, Cosgrove no se había destacado precisamente por ser una persona empática y compasiva. Apenas si tenía contacto con los pacientes que operaba, delegando esto a sus ayudantes. Toda su energía estaba puesta en disminuir la morbimortalidad de la cirugía cardíaca. Al asumir el nuevo puesto, Cosgrove, que no tenía mayor experiencia ejecutiva, decidió meterse de lleno en el mundo del management. Consultó y pasó tiempo con grandes líderes de negocios como Jack Welch (General Electric; mejor CEO del siglo XX) y Michael Porter (Profesor de la Escuela de Negocios de Harvard), entre otros. Dentro de las cuestiones de peso que Cosgrove

identificó gracias a esta suerte de “escolarización” se encontraba la necesidad de que la atención sanitaria le devolviera al cliente – al paciente- el centro de la escena.

Para implementar el programa y manejar los desafíos del día a día, Cosgrove generó un nuevo puesto ejecutivo de alto rango en la organización: el de Chief Experience Officer (CXO -Director de Experiencia del Paciente-). Luego de unos primeros pasos modestos, en 2010 esta función recayó en James Merlino. Merlino se había formado durante varios años en la Cleveland como uno de los mejores fellows en cirugía colo-rectal. A partir de una mala experiencia humana con la muerte de su padre, quien falleció en la clínica, decidió abandonar la institución en busca de aires más compasivos y menos tóxicos. Convencido de que la nueva Dirección Ejecutiva quería cambiar la historia, tomó la decisión de regresar y embarcarse en este desafío, con un fuerte apoyo de Cosgrove.

Cuando iniciaron su viaje hacia la mejora de la experiencia de los pacientes, no había un mapa de ruta, ni libros de texto que les dijeran por dónde comenzar. Muchas cosas debieron aprenderse por prueba y error. Tuvieron que generar sus propias estrategias y tácticas, adaptar algunas de otros y aplicar lecciones de otras industrias. Hoy, en 2020, el panorama ha cambiado radicalmente. Los programas de atención centrada en la persona de la Cleveland son reconocidos a la par de su excelencia técnica y recibe los mejores puntajes en las encuestas de satisfacción. Su programa “Patients First” se ha transformado en un modelo de atención que inspira a organizaciones de salud a nivel global.

Todo este aprendizaje fue resumido por James Merlino en su libro *“Service Fanatics: How to Build Superior Patient Experience the Cleveland Clinic Way”*, publicado en 2015. En sus 289 páginas, el libro nos enseña cómo pensar y definir la experiencia del paciente, destacando los factores que resultan críticos para mejorarla. Discute en sucesivos capítulos los aspectos de liderazgo, cultura, comunicación y ejecución, compartiendo también todas las barreras que debieron superar para que los pacientes fueran realmente el eje. Recomendando a los interesados en el tema la lectura del libro original en inglés, vaya este resumen y adaptación en español, cuya entrega dividiremos en dos partes. La segunda será publicada en febrero.

1. Definir la política: Los pacientes son el verdadero norte

Si bien parece una obviedad, es importante destacar esto más explícitamente. Hoy, muchos procesos de atención no están diseñados para los pacientes y sus familiares, sino para el beneficio de los centros de atención y sus empleados. El objetivo de Cosgrove cuando introdujo el eslogan "Patients First" ("Los pacientes Primero") fue muy simple: que todas las personas de la organización tuvieran una clara comprensión de por qué iban a trabajar ahí todos los días y cuál era la razón de la existencia de la Cleveland Clinic. Los pacientes son las personas más importantes de la organización. Sin pacientes, no habría hospitales, ni trabajadores de la salud, ni trabajo.

A los médicos no nos gusta en general referirnos a nuestros pacientes como clientes, pero de hecho lo son antes de convertirse en pacientes. Y los pacientes no necesitan sólo servicios "técnicos". Vienen a nosotros en el momento más vulnerable y a menudo más aterrador de sus vidas, y ponen esas vidas en nuestras manos. Esperan que les proporcionemos consuelo y cura en un ambiente compasivo, y que nos ocupemos tanto de sus necesidades emocionales como de su atención médica.

Cada decisión en la organización debe primero considerar qué es lo mejor para los pacientes. Ésa fue la idea detrás del eslogan "Pacientes Primero" y la razón por la cual Cosgrove lo eligió. Introducir un lema como primer paso de un programa de atención centrada en la persona puede parecer superficial. Sin embargo, no se trata de algo simple ni insignificante. Al repetir como un mantra "los pacientes primero", Cosgrove generó un importante tema de conversación inicial y una declaración estratégica del porqué de la existencia de la organización.

Cuando Cosgrove introdujo este eslogan, hacía sólo unos meses que era el CEO de la Cleveland Clinic; se lanzó una campaña interna en torno al concepto "Los Pacientes Primero". Todos los miembros de la organización recibieron prendedores de solapa con el eslogan. El concepto fue ampliamente comunicado a toda la organización y se transformó en parte de la marca de la clínica. Pasados los años, muchos todavía lucen el pin.

Al principio, mucha gente era escéptica y consideraba la iniciativa como algo superfluo. *"Después de todo, somos médicos... ¿quién dice que no ponemos siempre los intereses de nuestros pacientes primero?"* En un ambiente de gran sobrecarga laboral, no eran pocos quienes ridiculizaban el lema. Casi nadie creía que esta simple declaración de principios revolucionaría a la Cleveland Clinic.

Además de definir un propósito y alinear a la gente detrás de un objetivo, el principio "Pacientes Primero" se convirtió en lo que en el mundo del management se conoce como una "Plataforma en Llamas". La metáfora trata sobre el sentido de urgencia para motivar cambios. Si uno se encuentra en una plataforma de petróleo que se está incendiando, o salta o se muere. No es casual que el profesor de negocios de Harvard John Kotter, en su celebrado artículo de los ocho pasos para liderar el cambio, haya citado la creación de un sentido de urgencia como el primer paso.

En el caso de la Cleveland Clinic, el sentido de urgencia (su "plataforma en llamas") fue el pésimo ranking que ostentaba en experiencia del paciente, medida según la encuesta de satisfacción desarrollada por Medicare y Medicaid (HCAHPS- Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). La institución se encontraba cerca del fondo de la tabla de todos los hospitales que reportaron los resultados de sus encuestas en 2008. ¿Cómo podía ser que un hospital clasificado como uno de los mejores de los Estados Unidos por U.S News & World Report pudiese estar entre los de menor puntaje en cuanto a la experiencia de los pacientes? Había aquí una evidencia cuantitativa de que la Cleveland Clinic no estaba poniendo a los pacientes en primer lugar, y Cosgrove y su gente utilizaron este hecho para prender la plataforma en llamas. Era urgente hacer algo.

Pero la creación de un eslogan y la identificación de una plataforma en llamas no son suficientes para movilizar los esfuerzos para mejorar el servicio. Las nuevas iniciativas como ésta pueden ser escondidas debajo de la alfombra como algo irrelevante o poco efectivo. Por eso, una de las primeras acciones de Cosgrove fue establecer el "Pacientes Primero" como una de las prioridades estratégicas de la Cleveland Clinic. Él reconocía que los eslóganes y las anécdotas no cambian a las organizaciones. Si quería que el concepto encarnara en todos y cada uno de los miembros de la organización, necesitaba que fuera un tema que estuviera en las agendas de todos los líderes y jefes de servicio. "Pacientes Primero" había llegado para quedarse y se debían desarrollar estrategias y métricas para evaluar y mejorar sistemáticamente la experiencia de los pacientes. Los jefes deberían a su vez responder por los resultados en esta área.

2. Liderar el cambio

El CEO al frente del proyecto

Si la Cleveland Clinic pudo hacer mejoras significativas en torno a la experiencia del paciente, no fue por la creación de una gerencia específica para tratar este tema, sino porque el mismo Presidente y Director Ejecutivo se puso el proyecto al hombro y lideró los cambios necesarios. Y son pocos los que lo hacen. Según encuestas, si bien cerca del 50% de distintos líderes hospitalarios consideran que la experiencia de los pacientes es una prioridad estratégica de su organización, menos del 15% identifican al CEO como el “dueño” de la iniciativa. La mejora de la experiencia de los pacientes es a menudo vista como “otra cosa que hay que hacer”, delegando la responsabilidad a los departamentos de enfermería, calidad u operaciones hospitalarias. Si la máxima autoridad no habla de este tema, la gente no le prestará mayor atención y no se le dará la consideración que merece. Además, dado que la experiencia del paciente se modela por su interacción con todas las áreas del hospital, el único líder con autoridad suficiente sobre un espectro tan amplio de áreas y servicios, es el CEO de la organización.

Creación de una estructura para gerenciar la experiencia de los pacientes

A poco de andar, Cosgrove reconoció que si bien era importante que él, como la máxima autoridad, mantuviera el compromiso y transmitiera la importancia de este tema, una organización tan grande como la Cleveland Clinic necesitaba gerenciar el día a día de la experiencia del paciente. Debía garantizar que la experiencia del paciente estuviera en el foco y recibiera la atención de todas las partes involucradas, incluyendo médicos, enfermeros y empleados en todas las operaciones. La persona que ocuparía esta gerencia le reportaría directamente a él. Sabiendo que los más reacios al cambio iban a ser los médicos, Cosgrove quería que este gerente fuera un médico con práctica asistencial que conociera la cultura de la organización. Esta decisión fue un punto de inflexión importante. La elección de un ejecutivo de alto rango y reporte directo era vital para garantizar una ejecución exitosa y consistente del programa.

Si bien novedosa para el sector salud, la posición de un CXO “Chief Experience Officer” (Gerente de Experiencia del Paciente) no es desconocida por la mayoría de las industrias del sector servicios, que suelen denominarla “Gerencia de Atención al Cliente”. Estas personas, responsables de que los clientes tengan buenas experiencias, reportan a los

CEO's y suelen contar con un pequeño staff y un presupuesto no muy alto, pero por la posición que ocupan en sus compañías tienen una gran influencia sobre toda la organización y sus recursos.

Los hospitales a menudo tienen a muchas personas diferentes manejando pequeños "pedazos" de procesos que impactan sobre la experiencia de sus pacientes. Muchas de ellas se encuentran lejos de los niveles máximos de decisión, haciendo que el progreso sea difícil. Por eso, la unificación de muchas funciones en un "Gerente de Experiencia del Paciente" facilita la implementación de la estrategia. Estrategia que por otra parte necesita recursos, manejo de datos y tácticas específicas.

Iniciativas mayores

Cuando la Cleveland Clinic inició sus esfuerzos para mejorar la experiencia de los pacientes, Cosgrove no sólo estableció la estrategia, sino que también lideró con coraje cambios que al principio no parecieron muy populares:

- Reorganización de los Servicios:

La Cleveland Clinic fue el primer sistema de salud de los Estados Unidos que cambió su forma de organizar la atención médica. Tradicionalmente, los centros médicos universitarios se estructuran a través de grandes departamentos, como el Departamento de Cirugía o el Departamento de Medicina Interna. Todas las subespecialidades quirúrgicas y clínicas, se dividen entre estas dos grandes áreas. Si bien los cirujanos y los especialistas clínicos de los principales servicios de la Cleveland, como cardiología o gastroenterología ya estaban acostumbrados a trabajar bien juntos, Cosgrove sentía que formalizar este modelo y generalizarlo a todas las especialidades de la organización mejoraría sustancialmente la atención de los pacientes. Así nació la estructura novedosa que perdura aún hoy. Toda la empresa fue reorganizada alrededor de nuevos institutos, reestructurando significativamente la atención y la forma en la que los pacientes interactúan con el sistema. Ya no existen en la Cleveland departamentos de medicina o de cirugía; existen en cambio institutos organizados en base a enfermedades, aparatos y órganos. El Sydell and Arnold Miller

Family Heart & Vascular Institute, por ejemplo, incluye a todas las especialidades clínicas y quirúrgicas necesarias para tratar cualquier condición cardíaca o vascular. Los médicos y servicios son ubicados de forma tal que los pacientes no tengan que viajar a distintos lugares. Cada instituto tiene un equipo gerencial compuesto por un

médico como jefe, un líder de enfermería y un administrativo experto en operaciones. La idea fue reorientar toda la atención alrededor del paciente.

- Turnos en el día:

Los datos provenientes de las áreas de marketing y de manejo de quejas revelaban que los pacientes tenían problemas para acceder a los servicios de la Clínica, con turnos muy alejados. Un paciente, por ejemplo, comentó que la Cleveland sólo recibía gente muy rica o jeques árabes. Cosgrove quiso cortar de raíz esta percepción y en 2010 estableció la obligación de ofrecer un turno en el día. A todos los pacientes que llaman se les ofrece ser vistos el mismo día por un generalista o un especialista. La novedad se difundió masivamente mediante una intensa campaña de marketing denominada "The Power of Today" ("El Poder de Hoy"). La campaña inundó la radio, televisión y medios gráficos con la frase "*Llame hoy para una cita médica hoy*". Sin duda, se trataba de una decisión poco popular que no era apoyada en general por los médicos. Muchos estaban francamente descontentos y consideraban que era una medida inviable. La oferta de turnos en el día generó algunos cuellos de botella y reveló rápidamente las áreas donde se requería más personal, como en dermatología. Se trató de un enorme desafío que al principio no alcanzó el porcentaje de éxito esperado. Sin embargo, por cada paciente que no se pudo acomodar en el día, otro tuvo una experiencia espectacular, como el de una señora que pidió ver en el día a un médico por un sangrado rectal. En el mismo día se le realizó una colonoscopia y se le diagnosticó cáncer. Fue vista por un cirujano colorectal y en 24 hs. ya tenía un plan de tratamiento. Este programa de la Cleveland Clinic es prácticamente único, y tan mal no les fue. En el primer año de implementación de turnos en el día, el porcentaje de pacientes nuevos se incrementó en un 20% y hoy en día el 96% de las personas que llaman (un millón de personas al año), son vistas el mismo día que pidieron la consulta.

- Calificación de los médicos:

Antes de ser CEO, Cosgrove, como jefe del servicio de cardiocirugía había asumido la responsabilidad de consolidar una serie de buenas prácticas en su especialidad en el

noreste de Ohio. Una de sus primeras acciones entonces fue difundir con absoluta transparencia los resultados de cada programa de cirugía cardiovascular y de cada cirujano en particular. Estaba convencido de que la comunicación de estos datos a todos los médicos los ayudaría a mejorar, ya que nadie quería estar en el fondo de la tabla. Así fue que una de sus primeras iniciativas para mejorar la experiencia de los pacientes fue establecer un sistema de calificación de los médicos en este tema en

base a encuestas a los pacientes y luego hacer que todos conocieran su lugar en el ranking. Pensaba que si quería avanzar en este tema, los médicos tenían que conocer cómo eran juzgados y qué decían los pacientes de ellos.

Además de estas iniciativas mayores, Cosgrove introdujo también otras ideas menos dramáticas. Dentro de ellas se destacan:

- Convencido de que el arte es terapéutico para los pacientes y sus familias, en 2004 creó el Departamento de Arte y Medicina, y puso a una médica a cargo.
- En 2005, estableció una gerencia de bienestar ocupacional para los empleados.
- En 2010, luego de años de estudio y desarrollo, la diseñadora Diane Von Furstenberg presentó un nuevo diseño de batas hospitalarias, tendiente a dignificar a los pacientes que hoy son una marca de la institución.

Recorridas Ejecutivas

La visibilidad de los líderes del hospital es fundamental para mejorar la experiencia de los pacientes. Las recorridas ejecutivas son una de las tácticas que muchos líderes utilizan para saber de primera mano qué es lo que está pasando en las “trincheras”. Esta simple práctica de visitar los servicios regularmente aumenta su visibilidad tanto con el personal como con los pacientes y ayudan a los ejecutivos a entender mejor el impacto de sus decisiones en las tareas de todos los días. Hoy el CEO de la Cleveland Clinic y las principales autoridades realizan estas recorridas una vez al mes. Utilizan durante estas reuniones tres checklists: uno para pacientes, otro para el personal y otro para el ambiente. Cotejan luego la información recibida y la distribuyen a cada jefe de servicio o responsable de área. Como resultado, pudieron realizar mejoras en muchos de los procesos, entre ellos la forma en la que distribuían y almacenaban los insumos en las unidades de enfermería y en el inventario y entrega de bombas de infusión. Ambos problemas generaban muchísima insatisfacción entre el personal de enfermería.

Las recorridas también sirven para que los líderes puedan agradecer en persona la contribución de muchas personas de la organización que no suelen tener acceso directo a las autoridades: personal de limpieza, de mantenimiento, de cocina, etc. Generalmente son los médicos y los enfermeros quienes se llevan las palmas, pero ayuda mucho el mensaje de que también hay personas muy valiosas en diferentes roles dentro de la organización y de que todos son importantes. Las recorridas ejecutivas han sido para la Cleveland Clinic una gran herramienta para encontrar áreas de mejora, pero sin duda su mayor valor tuvo que ver con la visibilidad que ganaron los directivos.

Exponerlos al mundo real de la primera línea de atención ayudó a demostrar el compromiso con lo que estaba pasando.

3. Definir lo que entiende la organización por experiencia del paciente

Para trabajar sobre algo, primero hay que definirlo. Y cuando hablamos de “experiencia del paciente”, la definición del concepto puede parecer algo difusa. Sin embargo, si queremos mejorarla, resulta fundamental arribar a una definición clara y concisa de qué entiende la organización por experiencia del paciente.

Lo primero que hay que hacer es comprender lo que significa este concepto para los pacientes, más allá de que su visión nos parezca importante o no. Los pacientes y sus familias entienden poco del funcionamiento de un hospital, y su percepción de la calidad puede formarse a partir de una experiencia en particular que a nosotros nos parece irrelevante. Los pacientes tienen sus indicadores para juzgar nuestra efectividad. Estos indicadores son cosas que ellos comprenden y que pueden relacionar fácilmente con su experiencia personal (ej: cuánto tuvieron que esperar, cómo los trataron, etc.), Tenemos que asegurarnos de que elijan los indicadores correctos, o al menos que entiendan cómo se relacionan estos indicadores con el entorno.

Segundo, antes de mejorar la experiencia de los pacientes en la organización, la misma tiene que estar claramente definida, de manera tal que todas las personas que trabajan allí sepan cómo se relaciona esta experiencia con su trabajo y qué es lo que puede hacer para mejorarla. Si no podemos definir claramente cuáles son las expectativas, será imposible para el personal diseñar tácticas de mejora.

La experiencia del paciente, la seguridad y la calidad están íntimamente ligadas, y las tácticas que mejoran la experiencia de los pacientes, como el cambio cultural, impactan también sobre la calidad y la seguridad. Una definición efectiva debe alinear estas prioridades. Si adoptamos una definición de experiencia demasiado estrecha, vinculada solamente a las percepciones de los pacientes o a su satisfacción, corremos el riesgo de dejar al margen cuestiones mucho más importantes, como la seguridad. Gran parte del problema es que, para muchos, la “experiencia” del paciente es sinónimo de “satisfacción” del paciente. De hecho, muchas veces la función es delegada en el departamento de marketing o en un área de gestión de quejas. La definición parece haber sido secuestrada y la experiencia del paciente frecuentemente es considerada

sinónimo de mantener a los pacientes "contentos"; que si no obtienen lo que quieren (ej: determinados estudios), no estarán felices y otorgarán a la institución un bajo puntaje en las encuestas de satisfacción.

Uno de los grandes problemas a los que se enfrentó la Cleveland Clinic cuando comenzó con su programa "Pacientes Primero" fue que a los responsables no les cerraba ni la definición de experiencia que hacían los pacientes ni la definición de las principales organizaciones profesionales dedicadas a la atención centrada en la persona. Debían encontrar una propia.

- **La experiencia definida según los pacientes:**

La forma en la que los pacientes suelen definir su experiencia es sumamente diversa. Cuando en las encuestas o en focus groups se les pregunta qué cosas se hicieron durante su internación que les significaron una gran experiencia, se suelen focalizar en uno o dos temas específicos como *"todos eran muy amables y me explicaban bien las cosas"*, o *"la habitación era moderna, limpia y linda"*, etc. Independientemente de la calidad de todo el viaje, su experiencia se moldeará, para bien o para mal, a partir uno o dos eventos particulares (buenos o malos). La bolsa global de comentarios demuestra la magnitud del desafío: si la experiencia del paciente puede ser cualquier cosa, cómo definirla como organización y, más importante aún, ¿cómo mejorarla? Hay tantas perspectivas como pacientes, y lo que es importante para algunos es secundario para otros. La experiencia es altamente subjetiva y estará determinada por muy pocos eventos puntuales que serán los que los pacientes y sus familias recordarán.

- **La experiencia definida por profesionales en este tema:**

Muchas consultoras han arribado a definiciones muy parecidas de "experiencia del paciente", que en general giran alrededor de la percepción del servicio:

"Cómo los clientes perciben sus interacciones con su empresa" (Harley Manning-ForresterResearch)

"El acto o proceso de percibir directamente los eventos o la realidad" "Algo personalmente encontrado o vivido". (Definición de experiencia de Merriam-Webster's Collegiate Dictionary)

"La calidad y el valor de todas las interacciones –directas e indirectas, clínicas y no clínicas- durante toda la duración de la relación paciente/prestador" (DeloitteConsulting LLP)

"La suma de todas las interacciones, modeladas por la cultura de la organización, que influyen sobre las percepciones de los pacientes en la continuidad del cuidado". (Beryl Institute)

La inhabilidad del sector salud para articular una definición concisa de la experiencia del paciente, sumada a nuestras creencias particulares acerca de lo que significa, hace que mejorarla sea muy difícil.

- **La definición de experiencia del paciente de la Cleveland Clinic:**

Para James Merlino, el Chief Experience Officer (CXO) de la Cleveland Clinic, estaba bastante claro que si todo lo que se hace tiene impacto sobre la percepción de los pacientes, entonces su experiencia se modela absolutamente de todo: lo que ven, tocan, escuchan y sienten mientras interactúan con la organización. Y esta experiencia es de 360°: incluye todo lo que ocurre antes de que se conviertan en pacientes (imagen que tienen de la institución; la facilidad de acceso, etc.), lo que ocurre mientras son atendidos, tanto en forma ambulatoria como durante la internación y lo que pasa después (proceso de alta, seguimiento, etc).

Resulta fundamental que la definición a adoptar pueda ser entendida tanto desde la perspectiva del personal (perspectiva interna) como desde la de los pacientes y sus familias (perspectiva externa). Hacia adentro, debe ser fácil de comprender y aplicable a la forma en que los hospitales piensan y ejecutan sus operaciones. Esta definición debe incorporar las distintas prioridades de la atención médica y ayudar a los empleados a comprender cómo deben pensar la experiencia del paciente. Hacia afuera, como para los pacientes la experiencia puede ser cualquier cosa que perciban, la definición es menos relevante y puede ser menos precisa. Como vimos, la experiencia de los pacientes depende de sus percepciones y tienden a definirla en base a pocas situaciones puntuales. La definición que adoptemos debe ser consistente y ayudarlos a que evalúen su experiencia haciendo foco en lo que es realmente importante. En otras palabras, se debe definir qué es lo que la organización quiere que el paciente vea y experimente.

En el concepto 360°, el movimiento del paciente generalmente es longitudinal. Ingresan, por un lado, interactúan en una variedad de puntos de contacto (médicos y administrativos), y salen del otro lado. Este flujo básico es común tanto en el ámbito ambulatorio como en el de internación. La experiencia ideal para los pacientes es que su interacción en cada punto de contacto sea realmente efectiva y que todo fluya. La organización debe garantizar que el paciente nunca perciba la compleja estructura de apoyo que sostiene ese flujo, ya sean procesos, información, tecnología o seres humanos. Si los pacientes ven demasiado el “detrás de la escena” de las operaciones, pueden perder confianza en el sistema, pudiendo parecerles caótico y poco coordinado. La creación de una experiencia del paciente ideal requiere que una enorme cantidad de personas de la organización de distintas disciplinas y con distintos roles desarrollen procesos complejos que en conjunto terminarán modelando la percepción de los pacientes. Para el paciente, el proceso debería ser muy parecido a escuchar una gran orquesta, donde los distintos músicos trabajan juntos para crear una armonía, con consistencia, ejecución superior y transiciones suaves. La combinación de consistencia y precisión en lo que hacemos no sólo asegura una experiencia óptima para los pacientes, sino que también sirve para apoyar la seguridad y la calidad.

Para definir cómo querían que sus los empleados de la Cleveland Clinic pensarán acerca de la experiencia del paciente, James Merlino se inspiró en la aviación. En esa industria, la satisfacción de los clientes, si bien es extremadamente valorada, no es lo más importante. La prioridad N° de los pilotos es la seguridad del vuelo, y si eso implica que tengan que esperar para hacer una última verificación, no dudan, aun sabiendo que el retraso impactará sobre la percepción del servicio de los pasajeros.

En la Cleveland Clinic, la experiencia de paciente no es sinónimo de satisfacción del paciente. La experiencia del paciente se define por cuatro cosas, con un orden de importancia bien definido. Primero, brindando una atención segura; segundo, brindando una atención de alta calidad; tercero, en un ambiente de una excepcional satisfacción del paciente y cuarto, con un alto valor agregado (en palabras de James Merlino, esto último es “todo lo demás”)

En la atención de la salud, a diferencia de otras empresas de servicio, el cliente no siempre tiene razón. Hay muchas cosas que deben hacerse por su bien que pueden molestarlos, como hacerlos caminar inmediatamente después de una cirugía, o tener que someterlos a un determinado procedimiento. La seguridad está por encima de la satisfacción siempre, y cuando se les pide a los pacientes que hagan cosas que pueden

no gustarles o dejarlos insatisfechos, es importante que comprendan el por qué. En esta visión, es la organización quien establece las expectativas y trata de ayudar a los pacientes a que definan su experiencia en base a lo que todos hacen para que estén más seguros, a que prioricen lo que es más importante.

Tener una definición de experiencia del paciente que priorice la seguridad y la calidad por sobre la satisfacción también es útil para que los profesionales, sobre todo aquellos escépticos que piensan que sólo se trata de sonreír y de que los pacientes estén contentos se sumen al proyecto. Si un cirujano de fama mundial se olvida de administrar un anticoagulante para prevenir trombos y el paciente sufre un tromboembolismo pulmonar, el gran cirujano, la gran cirugía y todas las sonrisas del mundo pasan a ser irrelevantes.

La forma en la que la Cleveland Clinic enseña a sus prestadores a definir y pensar acerca de la experiencia del paciente es por otra parte similar a lo que Medicare quiere de los pacientes cuando les pide que evalúen su experiencia. Si uno examina las encuestas de satisfacción HCAHPS, rápidamente se da cuenta que muchas de las preguntas abordan cosas que van mucho más allá de evaluar si los pacientes estuvieron contentos o no. Nueve de ellas tienen que ver con la comunicación, incluyendo cómo se comunican las enfermeras, cómo lo hacen los médicos, cómo se comunica la medicación, etc. Si la medición de la seguridad del paciente fuera sólo acerca de si la pasaron bien, no se necesitarían nueve preguntas sobre comunicación. Eso es porque lo que busca la encuesta es saber cómo se presta la atención.

Está demostrado que cuando las enfermeras se comunican mejor al pie de la cama, disminuyen los errores de medicación, las úlceras por decúbito y las caídas. Entonces, el trabajo para mejorar la comunicación de las enfermeras/os en estas circunstancias impacta directamente sobre la seguridad. Cuando los médicos se comunican efectivamente con los pacientes y sus familias, aumenta la adherencia a los tratamientos, y cuando los médicos se comunican bien con el personal de enfermería hay una mejora en la calidad general de atención. No hay duda de que cuando los prestadores se comunican mejor entre sí y con los pacientes, estos quedan más satisfechos, y esto obviamente impacta sobre su experiencia. Ése es el punto: la mejora en la experiencia, la forma en que se brinda la atención, no sólo impacta sobre la seguridad, la calidad y la satisfacción; ayuda a una mayor efectividad, eficiencia y valor de la atención.

Además de arribar a una definición clara y concisa, se debe destinar tiempo para pensar en la ejecución. Para que todo fluya de manera armoniosa y que el paciente tenga una

buena experiencia en los 360°, Merlino sostiene que hay que trabajar en “las tres P”. La primera P son los procesos. Los hospitales están llenos de procesos, y la primera prioridad debe ser garantizar que los procesos básicos de la organización funcionen de manera efectiva y eficiente. Luego se podrá considerar qué procesos adicionales o tácticas pueden mejorar lo que ya se está haciendo. La segunda P hace referencia al personal de la organización, a todo lo que se hace e invierte para desarrollar prestadores dentro de una cultura de servicio focalizada y alineada alrededor de los pacientes. La última P es para los pacientes. Las organizaciones de salud, los médicos, enfermeros y resto del personal están para ayudar a las personas, pero para hacerlo bien necesitan que las personas también los ayuden. No pueden hacerlo solos, y la forma en la que educan, comprometen y activan a los pacientes y sus familias, así como el manejo de las expectativas, es fundamental para alcanzar el objetivo común de una gran experiencia. Cuando se piensan las estrategias, tácticas y recursos necesarios para mejorar la experiencia del paciente debe comprenderse cómo afectará esa experiencia cada una de estas P.

4. Dar importancia a la cultura organizacional

Peter Drucker, uno de los principales teóricos del management del siglo XX, solía decir que *"la cultura se come todos los días en el desayuno a la estrategia"*. Por lo tanto, cuando se desarrolla un programa de atención centrada en la persona, hay que dedicar tiempo y esfuerzo para comprender la cultura de la organización. Pero, como ocurre con la experiencia de los pacientes, la cultura es muy difícil de definir. La definición que se utiliza habitualmente de cultura como "la forma en la que se hacen aquí las cosas" aparece como extremadamente simplista. En un hospital se hacen muchas cosas distintas: se lava la ropa, se entrega comida, se administran medicamentos; si la cultura engloba todo esto... ¿por dónde empezar? Luego de estudiar las distintas definiciones académicas de "cultura", el primer paso de Merlino fue definir qué cuál era la definición de cultura que mejor se adecuaba al concepto "Patients First":

"La cultura organizacional es un sistema de valores y conductas compartidos que centran la actividad de los cuidadores en mejorar la experiencia de los pacientes"

Esta definición buscaba alinear la cultura alrededor del paciente. Si las personas comprendían cuál era la principal razón por la que iban a trabajar todos los días, se mejoraría la experiencia del paciente.

La cultura de las empresas se compone de dos elementos críticos: el primero son las personas que trabajan en la organización y, el segundo es el grado de compromiso con lo que hacen. ¿Vienen sólo a trabajar, realizar una tarea y cobrar un sueldo, o creen que ser parte de algo especial, trabajando para una organización que tiene una visión consistente y dando lo mejor para hacerla cada vez mejor? Algunos llaman a esto último compromiso, otros, "sentido de pertenencia". Los empleados que tienen este sentido no sólo conocen la visión, misión y valores de la organización, sino que los encarnan. Estas personas no sólo se preocupan y son apasionadas por lo que hacen, sino que van un poco más allá, preocupándose no sólo por su tarea sino por todo el entorno. Es el tipo de persona que si ve líquido derramado en el piso lo limpia personalmente o que si ve a alguien desorientado trata de ayudarlo. Desarrollar entonces este sentido de que los empleados también son "dueños" de la empresa es uno de los principales desafíos a los que se enfrentan las organizaciones de salud.

Uno de los pasos más importantes para alinear la cultura de la clínica con la filosofía del programa "Patients First", fue no hacer diferencia entre médicos, enfermeros, técnicos, administrativos y el resto del personal. Para la Cleveland Clinic todos entran en una misma categoría de "cuidadores". De hecho, los pacientes y sus familias interactúan relativamente poco con los médicos, pero mucho con enfermeras, personal de limpieza, extraccionistas, estudiantes, personal de cocina, etc.). Toda persona que trabaja en la organización es importante, tiene un rol que cumplir y debe formar parte de un equipo alineado alrededor del paciente; de eso se trata el programa. No se necesita ser médico o enfermera para poder ayudar. Si la persona que trae la comida se da cuenta que el paciente tiene riesgo de caída o está convulsionando, puede colaborar buscando ayuda. Llamar a todos los empleados "cuidadores" no implica que todos sean lo mismo, pero sí implica un propósito común. También sirve para transmitir el mensaje de que todos están en lo mismo, que la equidad existe y que todas las personas, independientemente de su jerarquía, serán tratados de una manera justa. No se les debería permitir a los médicos conductas que jamás se tolerarían en otros empleados.

Es muy común que se hable de "cambiar la cultura". El problema es que muchas organizaciones, algunas centenarias y muy exitosas como la Cleveland Clinic, están muy orgullosas de cómo son, y la mayoría de las personas son reacias a cambiar. Después de todo, tan mal no les ha ido... La cultura de las organizaciones tiene que ver con su historia, y es el resultado del aprendizaje a partir de muchos éxitos y fracasos acumulados a lo largo de los años. Todo ese acervo cultural no puede despreciarse. Por eso, no debería apostarse al "cambio cultural". Una alternativa práctica y mucho más comprensible a "cambiar la cultura" sería buscar qué elementos añadir a la misma. O qué elementos modificar porque no nos gustan. O cómo desarrollar la cultura hacia lo que queremos que sea. Si bien es cierto que las palabras "modificar" y "desarrollar" también implican cambios, son términos un poco más sutiles que "cambiar". La cultura de la Cleveland Clinic ya era sólida. El Programa "Patients First" no buscaba cambiar quiénes eran sino determinar que más querían ser y cómo desarrollarse atrás de ese nuevo objetivo. La historia y tradición de la organización debe ser la luz que ilumine el camino del futuro.

La cultura comienza por tener a las personas correctas. Previo al desarrollo del concepto "Patients First", la política de Recursos Humanos de la Cleveland Clinic era meramente transaccional. Se necesitaba cubrir un puesto, se especificaban los requisitos, se describía la función, se evaluaba a los postulantes, se les asignaba una carga horaria y un sueldo. La gestión estratégica de talentos, popularizada por McKinsey en 1997 era prácticamente desconocida. La gestión de talentos transforma la función "transaccional" del Departamento de Recursos Humanos en una función

"estratégica", que impacta sobre la forma en la cual las organizaciones buscan, atraen, seleccionan, capacitan, desarrollan, retienen, promueven y trasladan empleados. La gestión de talentos vincula los procesos del Dto. de Recursos Humanos con la estrategia de la organización, haciendo que se contraten personas predispuestas a alinearse con sus metas y objetivos. A partir de "Patients First", se comenzó a evaluar en los nuevos postulantes su predilección por el trabajo en equipo, el servicio, y otras competencias que les resultaban relevantes a la organización. Con esta sola táctica, cerca del 20% de los postulantes fueron rechazados. Algunos consejos útiles para la gestión de talentos son:

- Encuentre a las personas correctas. No cualquiera puede trabajar en salud. Se debe garantizar que su forma de ser se adecue a los objetivos de la organización
- Informe ampliamente a los empleados sobre su nuevo rol, los objetivos y las expectativas de la organización, no sólo para lo que se los contrata, sino también para el alineamiento cultural.
- Brinde oportunidades de desarrollo de forma tal que sus empleados tengan un plan de carrera.
- Mida la participación y el compromiso para seguir el "pulso" de la organización
- Reconozca y premie los logros de las personas destacando públicamente su valor para la organización. Es muy bueno que el personal sepa que las autoridades están prestando atención al buen trabajo que hacen.
- Deshágase de las personas sin compromiso y sentido de pertenencia. Una sola persona que no comulga con la visión y misión de la organización puede tener consecuencias negativas para todo un departamento.

Si el activo más grande de las organizaciones es su gente, la Cleveland Clinic debía tratar a sus "cuidadores" de la misma forma que se trataban a los pacientes. El bienestar ocupacional es una precondición para cumplir con los objetivos organizacionales.

Otro punto importante al hablar de cultura es que todo el personal debe conocer los objetivos. Si la prioridad N°1 de un hospital es la seguridad, absolutamente todos deben estar entrenados en la ciencia de la seguridad, sus metas y estrategias. Muchos Jefes de Servicio de instituciones acreditadas por Joint Commission, por ejemplo, desconocen cuáles son las seis metas internacionales de seguridad. Todos los empleados pueden tener impacto sobre la seguridad del paciente. Para un cirujano será asegurarse de cumplir con el listado de verificación de la seguridad de la OMS; para una enfermera será el doble chequeo de alguna medicación de alto riesgo, para el personal de cocina será verificar que el paciente recibe la dieta correcta, para el personal de limpieza, que la habitación esté limpia para evitar infecciones intrahospitalarias y caídas. Todos tienen un rol individual importante, pero también un rol colectivo: están ahí por y para los pacientes.

5. Alinear a todo el personal detrás del objetivo

Pese a los esfuerzos iniciales por mejorar la experiencia de los pacientes, los resultados de las encuestas de satisfacción continuaban siendo terribles. Los pacientes se quejaban permanentemente de cosas simples como descortesías, ninguneos, no conocer qué es lo que estaba pasando con su atención y falta de comunicación entre los prestadores. Estaba claro que con un eslogan, con la creación del puesto de Chief Experience Office y con la renovación de la visión, misión y valores de la clínica no alcanzaba. El personal no estaba alineado. Si bien escuchaban las clases sobre este tema, no “vivían” la visión. Necesitaban hacer algo para que absolutamente todos comprendieran la importancia que la organización le asignaba a este tema. Necesitaban generar un shock. Tenían que desarrollar un plan de entrenamiento más efectivo.

Lo primero que hizo James Merlino, el Chief Experience Officer de la Cleveland fue aprender de empresas de otras industrias caracterizadas por la excelencia de sus servicios al cliente. Fue así que se pasó un día con los líderes del Hotel Intercontinental de Cleveland. Allí pudo ver el detrás de la escena de cómo desarrollaban a sus empleados y mantenían su cultura de excelencia. Las autoridades del hotel destacaban la necesidad de un entrenamiento continuo y el permanente reconocimiento individual a un gran trabajo. También vio cómo toda la actividad se alineaba alrededor del cliente y cómo hacían responsables al personal de mantener vivos y visibles los valores de la organización.

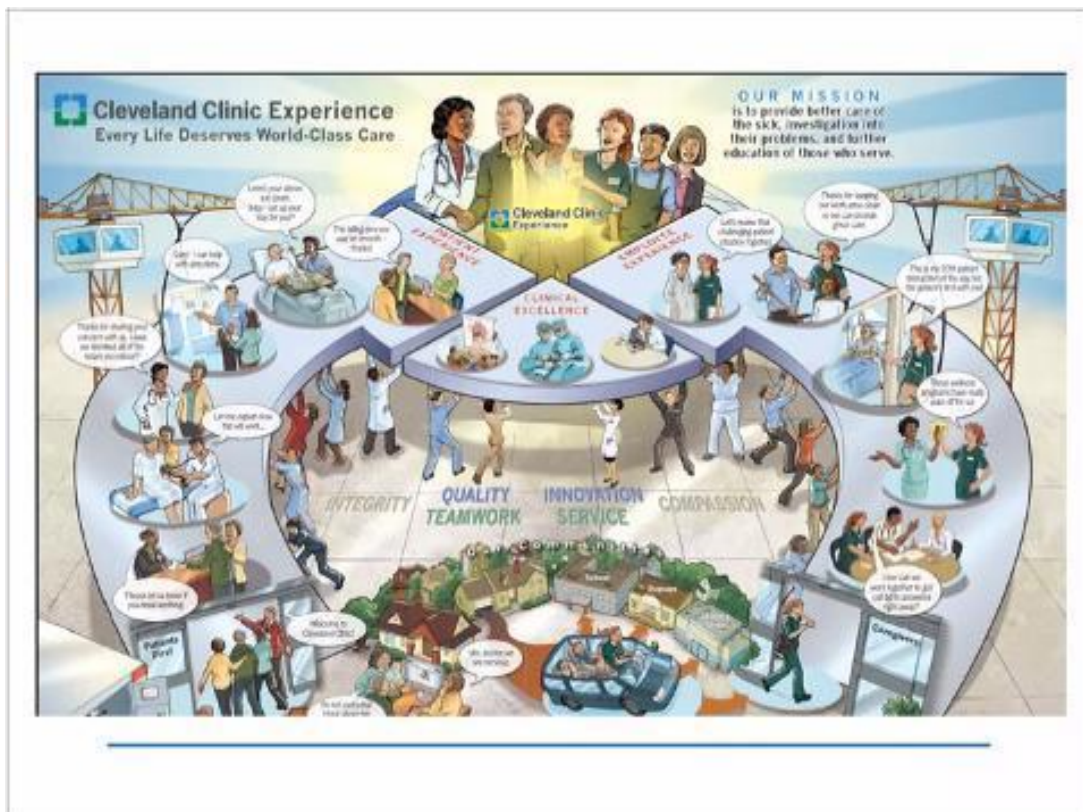
Del benchmarking y las discusiones que Merlino y su equipo tuvieron con líderes del sector servicios de todo el país, quedó claro que la cultura organizacional es un activo clave de las empresas de servicio. Y este activo debe desarrollarse, mantenerse y servir de palanca para alcanzar los objetivos organizacionales. Las organizaciones que hacían esto bien habían creado ese “sentido de pertenencia” que la Cleveland estaba buscando. También encontraron que la adherencia a un conjunto de valores era un tema recurrente y que los esfuerzos de alineación cultural fracasan si el tema de la sostenibilidad en el tiempo no es abordado de manera temprana y pasa a ser parte de la estrategia de mejora.

El equipo de experiencia del paciente ya había probado con presentaciones PowerPoint, boletines, afiches, material de lectura, etc. con modesto resultado. Resultaba imperativo entregar información y bajar el mensaje de una forma que fuera recordada por los empleados y cambiara sus conductas. La investigación en educación y aprendizaje demuestra que las personas retienen apenas el 10% de lo que leen; la instrucción

didáctica tradicional puede llegar a aumentar esta retención hasta un 50%. Pero si hay una verdadera interacción con el alumno y se lo hace participar en actividades de pequeños grupos – utilizando imágenes, permitiendo intercambios uno a uno, compartiendo historias, y divirtiéndose sin perder relevancia-, la gente retiene el 95% y adopta las conductas que se buscan. Por lo tanto, el programa de entrenamiento de la Cleveland Clinic debía ser significativo e interactivo; el objetivo no era sólo que aprendieran nuevos conceptos, sino que adoptaran una nueva forma de hacer las cosas.

El instrumento que Merlino y su gente eligieron para lograr esto fue la utilización de la herramienta denominada "Learning Map" (Mapa de Aprendizaje). Un Learning Map consiste en una representación visual de las oportunidades, desafíos y complejidades de la organización. Este mapa (que suele parecerse al tablero de un juego de mesa), es desarrollado por los líderes de la organización con la ayuda de facilitadores especializados en esta tecnología de enseñanza. El ejercicio consiste en reunir grupos de no más de 10 personas de distinta función y rango dentro de la organización para que, guiados, entablen diálogos en torno a los temas que se les presentan en el mapa. Todos pueden tener puntos de entrada y caminos diferentes pero el objetivo es uno sólo: en el caso de la Cleveland, mejorar la experiencia de los pacientes. Al visualizar y discutir los mensajes clave y el panorama global de la organización, se les permite que piensen como "dueños" y que asuman su responsabilidad personal en el éxito de la visión y misión. Este enfoque global aprovecha el potencial de todos los que trabajan en la organización conectándolos con los motores de cambio subyacentes. (Ver figura). El Learning Map ha sido utilizado con éxito por varias compañías exitosas que rankean dentro del Fortune 500.

Figura: The Learning Map of the Cleveland Clinic



Al principio, Merlino dudaba de esta tecnología. Después de todo, tenía que convencer al Directorio de que los 43.000 empleados de la Cleveland de entonces perdieran medio día de trabajo para realizar un ejercicio grupal. Luego de varias reuniones con especialistas en Learning Map que habían trabajado con importantes empresas, "compró" la idea. Varias cosas resultaban claves: la primera era la importancia de que la herramienta visual gatillara la discusión en pequeños grupos. De hecho, la interactividad del ejercicio es una de las razones de su éxito. Segundo, la misma gente de la Cleveland Clinic era la que tenía que crear el contenido y las ideas fuerza del mapa y, tercero, absolutamente todos los empleados debían participar, independientemente de su jerarquía en la organización; la participación de los médicos era un imperativo.

Los especialistas externos y los líderes de la Cleveland se reunieron para decidir qué temas estratégicos serían incluidos dentro del mapa y cuáles serían los "nodos" de discusión. Cosgrove inmediatamente destacó la importancia de que todos entendieran por qué los pacientes estaban primero. También quisieron incluir capacitación sobre excelencia en el servicio y algunas habilidades prácticas básicas. Una vez definidos los elementos esenciales, se realizaron a lo largo y ancho de la organización distintos "focus groups", donde personas de distintas áreas discutían los mensajes. Mientras lo hacían, los especialistas en la tecnología de Learning Map dibujaban el mapa que

serviría de base para el ejercicio final. La pasión con la que altos líderes, jefes y empleados rasos discutían sobre los distintos temas y las ganas de que el ejercicio realmente saliera bien fueron un gran aliciente para Merlino y su equipo.

Se designó un grupo de 10 médicos para que revisaran el mapa y probaran el proceso. Cosgrove insistió que fueran los más escépticos, para garantizar un feedback honesto y duro. Para sorpresa de Merlino, este grupo resultó de gran ayuda. Todos insistieron en que la organización necesitaba algo así y destacaron la importancia de destacar muy bien por qué lo hacían.

Si bien la consultora de Learning Map ofreció facilitadores propios, la Cleveland Clinic decidió que los ejercicios debían ser dirigidos por su propia gente. Fue así que se entrenó especialmente a más de 400 trabajadores de distintas áreas y disciplinas para que ejercieran de facilitadores.

Antes de tomar la decisión final acerca de la conveniencia o no de realizar este ejercicio masivo, hubo muchas discusiones acerca de los costos y de la forma de evaluar la efectividad del programa. Había temores acerca de la pérdida de productividad. Luego de acaloradas discusiones, apareció el liderazgo de Cosgrove: *"Suficiente, señores. Nunca sabremos bien el costo de esto; pero ¿cuál sería el costo de no hacerlo?"* Cualquiera que se embarca en un programa de cambio cultural como este querrá saber el retorno sobre la inversión. Lo cierto es que no hay ningún número que permita defender el gasto en el corto plazo. Se trata un poco de un "acto de fe" en base a experiencias de otros cuyos resultados se ven en el largo plazo.

Por otra parte, también resultaba un desafío medir el "cambio cultural". La evaluación del impacto del ejercicio sobre la experiencia del paciente, quejas y compromiso del personal requeriría de un año o más para ver cambios. Por eso decidieron definir el éxito del ejercicio en base a la calificación que los participantes le daban al mismo luego de haberlo realizado.

Otro de los puntos que surgieron de los grupos focales y de las reuniones con los gerentes de distintas áreas fue cuál era la mejor forma de comunicar el programa "Pacientes Primero" dentro de la organización. Se prepararon mensajes para tres grupos de "cuidadores" (según la nueva filosofía): médicos, gerentes y el resto del personal. Se les enviaron cartas a los tres grupos. A los médicos, se les explicó por qué querían hacer el ejercicio y se les remarcó que el resto de los empleados los veían como líderes. A los gerentes, que su participación era esencial para el éxito futuro de la organización. Para el resto del personal, con ayuda del departamento de marketing y de

comunicación de la Cleveland se diseñó un "Brand Book" (Libro de Marca), que explicaba el rol de los cuidadores y cuán importantes eran todos para la organización.

El paso final antes de embarcarse en el ejercicio, fue entrenar a los más de 2.200 gerentes de la Cleveland. Si se quería llegar efectivamente a todos y cada uno de los empleados, resultaba primordial que todos conocieran los fundamentos del programa "PatientsFirst". Se diseñó una jornada de medio día con el nombre "Leading the Way" (Liderando el Camino), donde se les explicó qué era lo que se buscaba con el Learning Map, se establecieron expectativas y se les pidió su ayuda para transformar la organización.

Luego de varias pruebas piloto, a fines del 2010, James Merlino y su equipo introdujeron el programa "Pacientes Primero" a la organización. Se le envió por adelantado a todo el personal el "Brand Book" (Libro de Marca), reconociéndoles la importancia de su trabajo y garantizando que comprendieran el por qué. Todos los gerentes asistieron a la sesión "Leading the Way". Finalmente, en grupos de 10 personas, cada empleado asistió a un ejercicio de cuatro horas destinado a alinear a toda la población con los objetivos organizacionales de la Cleveland Clinic. En estos grupos no había jerarquías, y el Jefe de Cirugía Cardiovascular podía estar sentado al lado de un cadete. Se realizaron en estas horas ejercicios en donde, por ejemplo, se les pedía a los participantes que eligieran algunos de los valores de la organización y explicaran por qué ese valor era importante para su rol dentro de la clínica.

Luego del ejercicio se realizaron encuestas y cerca del 90% de los asistentes sostuvo que la experiencia los iba a ayudar a mejorar su desempeño en pos de la misión de brindar una atención de primera clase. Muchos de los que previamente se habían manifestado escépticos se transformaron en "creyentes". Para garantizar la sostenibilidad en el tiempo, luego del ejercicio se volvió a reunir a los 2.200 gerentes en un nuevo curso de entrenamiento: "Coaching para un Desempeño Sobresaliente". Aún hoy, cada cuatro meses todos los gerentes se reúnen medio día en un foro de liderazgo diseñado para desarrollar competencias organizacionales. Absolutamente todos tienen que estar familiarizados con las competencias organizacionales y deben transmitirla a los empleados bajo su cargo. En estos foros, se cubren temas como participación y compromiso, inteligencia emocional, cultura de seguridad, mejora continua y psicología del cambio.

Este ejercicio de alineamiento alrededor de la experiencia del paciente y sus tácticas de sustentabilidad fue para Merlino tal vez la contribución más importante para mejorar la cultura de su organización.

6. Garantizar el compromiso y la participación de los médicos

La cultura de las organizaciones de salud se encuentra dominada por los médicos. Poco sucede en un hospital sin que esta "tribu" esté de acuerdo. Casi todas las acciones vinculadas a la atención se originan en las decisiones y recomendaciones de los médicos asistenciales, quienes tienen una autonomía técnica, científica y legal mucho más amplia que la de cualquier otro actor del sistema de salud. Por ello, cualquier cambio en la forma de brindar la atención requiere la aceptación de los médicos, ya sea como individuos o como cuerpo profesional. Su involucramiento en el programa "Patients First" resultaba vital.

Los médicos se forman de una manera extremadamente individualista, y se les inculca desde el principio de sus carreras un fuerte sentido de la autonomía y de responsabilidad individual por la calidad de la atención que brindan. Este elemento cultural pone a los médicos en conflicto con uno de los principios básicos de la mejora continua: la visión sistémica sobre la calidad y la seguridad.

Este modelo médico-hegemónico ha llevado a que a los médicos desconozcan y subestimen a veces el trabajo de los cientos de otras personas que trabajan en la organización que no son médicos, independientemente del lugar que ocupen en el organigrama. Esto desemboca no pocas veces en conductas disruptivas, malos tratos, ninguneos, boicots a cualquier proyecto, etc. Estas conductas hostiles e intimidatorias entre profesionales del equipo de salud van mucho más allá de situaciones incómodas. Son una verdadera amenaza para la seguridad de los pacientes. Son conductas no profesionales que no deben ser toleradas. Por eso cualquier programa de cambio debe abordar este tema como una pre-condición.

Cuando se quiere cambiar algo a nivel organizacional, el colectivo de los médicos suele ser el más reacio a participar y comprometerse. La Cleveland Clinic no era la excepción. Cuando Merlino les presentaba los componentes del programa "Patient First" solían poner la cara, pero no se los veía comprometidos ni entusiasmados en liderar el proyecto. Y quienes no son médicos suelen ser indulgentes: *"...los médicos están demasiado ocupados y tienen cosas más importantes de que preocuparse..."* *"...su tiempo es valioso y no debemos agobiarlos con este trabajo."* Estas excusas son

inaceptables. No se puede mejorar la seguridad, la calidad y la experiencia del paciente, ni transformar y desarrollar la cultura de la organización dejando a los médicos fuera del barco. Así como no se puede mejorar la experiencia del paciente sin el compromiso y liderazgo del CEO, tampoco puede mejorarse sin la activa participación de los médicos. Ellos tienen una tremenda influencia, tanto sobre los pacientes como sobre el resto del personal y son vistos como líderes. La percepción del servicio depende en gran parte de ellos.

Habiendo definido la importancia del liderazgo de los médicos para mejorar la experiencia de los pacientes, queda preguntarse cuáles son las mejores estrategias para lograr que se involucren. Merlino y su equipo comenzaron a reunirse con pequeños grupos de médicos, servicio por servicio, explicándoles por qué la experiencia de los pacientes era importante y las formas en que se podía mejorar. Un componente crítico era reconocerles su importancia y pedirles su ayuda para llevar el proyecto adelante. Estas primeras presentaciones no fueron realmente efectivas. Merlino reconoció que le faltaba "carne" (estrategias y tácticas puntuales). Allí aprendió que si quería involucrar a los médicos, tenía que ir con información detallada y transmitirles exactamente qué era lo que querían que hicieran, un concepto básico de la gestión del cambio.

Una de las estrategias que utilizó consistió en ilustrar a los médicos de los cambios que estaban ocurriendo en el sistema de salud de los EE.UU. (y en casi todos los sistemas de salud del mundo). El modelo de pago por prestaciones, en el cual los médicos ganan más cuanto más pacientes ven y más procedimientos realizan, está virando hacia un modelo centrado en el valor, donde los médicos y hospitales son remunerados en base a la forma en la que manejan a sus pacientes. En este proceso de cambio, el monitoreo y los resultados de los prestadores son críticos. Todavía se tienen muy pocos datos sobre el desempeño individual de cada médico, pero es de esperar que cada vez se exijan y recojan más datos (ej: tasas de reinternación, opinión de los pacientes, etc). Como resultado, los médicos serán cada vez más responsabilizados por la forma en la que brindan la atención. Aquellos que tengan malos indicadores (y la experiencia de los pacientes es uno de ellos), perderán dinero, afectarán su reputación y serán pasibles de sanciones por parte de las organizaciones donde trabajan, ya que los hospitales deben responder por la seguridad y calidad de los servicios. La mayoría de los médicos no tenía ni idea que Medicare, por ejemplo, retenía el 2% de los reintegros sujetos a la presentación voluntaria de las encuestas de satisfacción HCAHPS. Tampoco que la comunicación de los médicos era uno de los principales ítems que evaluaban los pacientes en estas encuestas, ni que su desempeño individual podía eventualmente ser reportada en internet y potencialmente afectar sus ingresos. La descripción de este

nuevo panorama y de cómo será juzgado en un futuro no muy lejano su accionar sirvió de estímulo para que también les interesara la experiencia del paciente.

Si bien no fue fácil comprometer a los médicos del staff propio, mucho más difícil resultó convencer a los médicos externos. Muchos se quejaban de que los competidores de la Cleveland no sólo no les ponían tantas exigencias, sino que les agradecían por llevarles pacientes. Para Merlino resultaba absurdo sugerir que la Cleveland debía preocuparse primero por hacer felices a los médicos que por monitorear los resultados de calidad de los pacientes. Pero ese tipo de comentarios resumía bastante bien la magnitud del desafío.

La política de transparencia que la Cleveland Clinic había definido desde hacía ya algunos años fue otra de las herramientas que ayudó a garantizar la participación de los médicos. La organización venía aprovechando en gran medida la transparencia de los datos para impulsar mejoras. Hasta el día de hoy, los 3.200 médicos de staff de la clínica reciben trimestralmente datos específicos sobre la forma en que sus pacientes perciben la comunicación, el número y naturaleza de las quejas, incluyendo declaraciones textuales y calificaciones. No sólo pueden ver sus datos, sino también los de sus colegas. Esta completa transparencia es inusual para un grupo de médicos tan grande, pero resulta fundamental para impulsar el mejoramiento personal y preparar a los médicos para lo que claramente se avecina en el horizonte: mayor escrutinio de los financiadores y reguladores de los resultados finales y de las opiniones de los pacientes (con Medicare a la cabeza en los Estados Unidos).

Si se quiere que los médicos estén alineados y se comprometan con los programas de calidad y seguridad, es necesario reafirmar continuamente su importancia. Sus opiniones son esenciales y sus voces deben ser oídas; pero también tienen la responsabilidad de participar, escuchar y de ajustar sus acciones, cuando sea necesario, en beneficio de la organización. Es cierto que sin médicos no podría haber atención, pero tampoco sin enfermeros, sin técnicos o sin farmacéuticos. Ser protagonistas principales no les da derecho a decir o hacer lo que les ocurra. El título de médico no los transforma en expertos en gestión hospitalaria. El liderazgo de la organización no debería permitir que un grupo predominara sobre otro. Cada uno trae una perspectiva distinta a la discusión.

Otra estrategia que utilizó la Cleveland Clinic para aumentar el compromiso de los médicos con el programa "Patients First" fue identificar a los profesionales que rápidamente compraban la idea ("early adopters") y también aquellos que eran

especialmente respetados por sus colegas. El compromiso de estos "líderes médicos" con el proyecto tiene una gran influencia sobre el resto del plantel profesional.

Hoy, cuando Merlino se reúne con médicos para estimular su participación en el programa, siempre termina de la misma forma, dando cinco razones por las que la buena experiencia del paciente debería importarles:

1. Porque es lo correcto
2. Porque es como a ustedes y a sus familias les gustaría ser tratados
3. Porque es la forma en la que los pacientes perciben la calidad
4. Porque es la piedra angular de la atención centrada en la persona
5. Porque los reguladores la están monitoreando

7. Saber qué quieren los pacientes

En general, los médicos (y el resto de las personas que trabajan en salud) asumimos que sabemos exactamente lo que es importante para los pacientes. Nos paramos al pie de sus camas diciéndoles lo que necesitan saber y lo que creemos que quieren escuchar. Esto no quiere decir que no haya interacción, pero es claramente el médico quien domina el ambiente, y los pacientes están pobremente equipados para discutir lo que les decimos.

El personal de salud realiza diariamente sus tareas con un marcado sentido de determinación y precisión. No deja de ser asombroso, por ejemplo, contemplar durante unas horas el trabajo de los enfermeros y enfermeras: entran y salen constantemente de las habitaciones tomando signos vitales, recogiendo muestras, administrando medicación, etc. Son eficientes, rápidos y minuciosos.

De hecho, los médicos y enfermeros estamos entrenados para actuar así, y el requisito de ser eficientes y de recabar un sinfín de información nos hace olvidar que estamos interactuando con *personas* que la están pasando mal. Detrás del objetivo supremo de restablecer su salud física, no le prestamos demasiada atención a lo que realmente quieren o a lo que para ellos es importante. Frecuentemente olvidamos que la atención médica no es sólo diagnosticar y tratar; comprende también los cuidados espirituales y emocionales. Una atención verdaderamente centrada en el paciente debe incorporar los dones de la compasión, la empatía y la respuesta a los valores y necesidades expresadas de los pacientes. Consiste en abordar sus necesidades de una manera más holística.

Si queremos saber si lo estamos haciendo bien, tenemos que preguntarles directamente a los pacientes y sus familias. La Cleveland Clinic recoge el feedback de sus pacientes de una variedad de encuestas generales realizadas en seis ámbitos críticos: internación, ambulatorio, guardia de emergencias, psiquiatría, pediatría e internación domiciliaria. Tres de estas encuestas son instrumentos estandarizados desarrollados por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): la encuesta HCAHPS para internación hospitalaria, para internación domiciliaria y para el ámbito ambulatorio. Estas encuestas, desarrolladas luego de mucho estudio y pruebas piloto, fueron validadas en 2005 por Rand Corporation y adoptadas luego por el National Quality Forum y por Medicare & Medicaid. Los tres grandes objetivos de estas encuestas, cuyos resultados se publican y comparten son:

1. Producir datos acerca de las perspectivas de los pacientes sobre su atención, de tal forma que permitan comparaciones objetivas entre hospitales en tópicos que son importantes para los consumidores.
2. Crear, mediante el reporte público de los resultados de las encuestas, nuevos incentivos para que los hospitales mejoren su calidad de atención.
3. Aumentar la transparencia y el sentido de responsabilidad acerca de la calidad de la atención, permitiendo que el público acceda libremente a los resultados.

Con estos objetivos en mente, Medicare y el equipo de HCAHPS trataron de garantizar que la encuesta fuera creíble, útil y práctica.

Las encuestas HCAHPS no son perfectas, y han generado ciertas críticas porque no tendrían el nivel de detalle suficiente como para impulsar procesos de mejora. Además, la experiencia es evaluada a través de percepciones, sin profundizar demasiado en lo que realmente les importa a los pacientes. También se han visto sesgos vinculados a la gravedad de los pacientes que se atienden. Aquellos con enfermedades más severas tienden a brindar peores calificaciones en las encuestas. Esto determina que los hospitales de alta complejidad, que atienden pacientes más graves, tengan un peor puntaje, haciéndoles más difícil determinar qué es lo que impacta en las percepciones de los pacientes. Algo similar ocurre cuando se comparan las calificaciones otorgadas por pacientes con exacerbación de enfermedades crónicas (peores puntajes) con las brindadas por pacientes quirúrgicos electivos (mejores puntajes). No obstante, estas limitaciones, esta herramienta se encuentra en constante desarrollo y los datos que brindan pueden servir para impulsar y monitorear mejoras, como en el caso de la Cleveland.

Cuando un paciente nos aborda y nos dice que tal o cual profesional es un *"buen médico"*, ¿realmente valoramos su opinión? Después de todo, ¿qué herramientas tiene para poder evaluarlo? Tenemos que entender que los pacientes juzgan su experiencia en base a su personalidad, valores y expectativas. Como no tienen forma de evaluar la calidad de su atención en forma directa y precisa, acuden a atributos que puedan entender, a medidas indirectas tales como la calidad de sus interacciones, la capacidad de comunicación (con ellos y entre sí) y la limpieza de las instalaciones. Si, por ejemplo, un médico visita al paciente a las 7:30 y le informa sobre el plan de estudios del día, el paciente espera que la enfermera que lo ve a las 8:00 también esté enterada... si se da cuenta que no puede responder preguntas sobre su atención de las próximas horas,

encontrará esto inaceptable y pensará que es imposible que la institución brinde una atención de calidad si los enfermeros no hablan con los médicos... El paciente utiliza entonces a la comunicación como una medida indirecta del funcionamiento del hospital. Otro ejemplo de medida indirecta es la limpieza del ambiente. Si la habitación aparece sucia o con poco mantenimiento, también cuestionarán la calidad de atención: *"si no pueden mantener en condiciones una habitación, ¿cómo pueden realizar una buena cirugía?"* Lo que los pacientes y sus familias ven o escuchan en su ámbito de atención es procesado contra lo que ellos creen que es importante –en algunos casos sus valores- y esto impacta directamente en cómo evalúan a la institución.

Para comprender mejor estas "medidas indirectas" de los pacientes, la Cleveland Clinic realizó dos estudios cuali-cuantitativos, profundizando sobre el porqué de sus respuestas en las encuestas CAHPS. Estos estudios permitieron no sólo un análisis cuantitativo de las percepciones y calificaciones de la organización, sino también un detallado análisis cualitativo del ambiente que llevó a esas percepciones y calificaciones. De los mismos se desprenden los hallazgos que discutiremos a continuación.

Los pacientes quieren más respeto

No sólo por parte de los médicos y enfermeros, sino también de todas las personas que interactúan con ellos en el hospital. Y, siendo un poco más precisos, no se trata sólo de respeto. Lo que realmente quieren es ser reconocidos como personas y no como "pacientes". Durante su internación, los pacientes son bombardeados por interacciones con gente que no conocen. Todos son extraños, con la probable excepción de su médico (cuando lo tienen). Y este número de personas se incrementa cuando tienen que compartir habitación, obligados a interactuar con sus "vecinos" y sus familias. Los pacientes quieren que todas estas personas los respeten como seres humanos.

Los pacientes quieren cuidadores alegres

Este fue uno de los hallazgos que dejó más perplejos a Merlino y su gente. Y muchos críticos del movimiento por mejorar la experiencia del paciente suelen tomar esta afirmación como una validación de que tienen razón. *"Al final de cuentas, tenemos que someternos a un estándar ridículo de "alegría" sólo para que los pacientes estén contentos... Están haciendo foco en cosas que no son importantes. El hecho de que luzca o no feliz no tiene nada que ver con la calidad de mi trabajo."* Sin embargo, para el CXO de la Cleveland, estos críticos no tienen razón. No se trata de que los médicos, enfermeros y resto del personal se encuentren literalmente contentos; se trata de cómo se conducen delante de los pacientes y de cómo ellos perciben sus acciones. Si uno

entra en la habitación de un paciente y parece estar molesto por algo, triste o despliega emociones negativas, los pacientes pueden tener distintas respuestas. Pueden preguntarse, por ejemplo, si hicieron algo mal: *"¿Hice algo para ofender al doctor? ¿Está enojado conmigo?"*. En muchas relaciones la posición del paciente es muy sumisa, y tienen miedo de desafiar a sus médicos y enfermeras. Temen que si dicen o hacen algo negativo, los calificarán como pacientes "difíciles" y los tratarán de manera distinta.

Una expresión facial negativa por parte de un cuidador también puede llevar a los pacientes a preguntarse por la gravedad de su condición: *"¿Hay algo que el doctor no me está diciendo?" "¿Debería preocuparme?"*. Cuanto más seria aparezca la situación, mayor será el escrutinio sobre las claves gestuales y verbales.

Los pacientes quieren saber qué está pasando

Y lo quieren saber lo más rápido posible. Una hora sentado en la cama de un hospital o en una camilla de guardia puede ser una eternidad para un paciente lógicamente ansioso y asustado. Debemos reconocer que cada minuto de su pensamiento está dedicado a lo que le está pasando y al impacto que puede tener sobre su vida de todos los días. Si el médico indicó una tomografía a las 8:00 hs y la misma se realiza a las 10:00, el paciente quiere saber los resultados cuanto antes. Si el médico no aparece hasta las últimas horas de la tarde con la noticia, los pacientes se pasarán todo el día especulando: *"¿Se habrá olvidado de retirar los resultados?" "¿Tendré algo malo y por eso no viene todavía?"*. Si no brindamos información a tiempo ni manejamos sus percepciones, ellos rellenarán los espacios en blanco.

Los pacientes no quieren ser pacientes

Este hallazgo de las encuestas aparece como obvio. Nadie quiere ser "cliente" de un hospital. Pese a ello, raramente nos detenemos a pensar en lo que esto significa. El desafío de una organización de salud –su responsabilidad– es garantizar que todas y cada una de las personas que trabajan allí comprendan lo que significa estar del otro lado. Muchas instituciones no se toman tiempo para comprender realmente a los pacientes y sus familias. Pero cuando lo hacen, cuando se ponen en sus zapatos y les preguntan lo que piensan de las cosas, se consigue una información muy valiosa que sirve para guiar el trabajo. Para comprender mejor la perspectiva de los pacientes, la Cleveland, como otros grandes hospitales de Estados Unidos, cuenta con un consejo asesor de pacientes (Voice of the Patient Advisory Councils VPCA) para recibir feedback y programar mejoras.

Y no hay necesidad de contratar, como hizo la Cleveland Clinic, consultoras y encuestas externas para comprender a los pacientes. Ellos nos hablan todos los días, pero a menudo no le ponemos la oreja a lo que nos dicen y desaprovechamos esta inteligencia para mejorar su experiencia. Así como los datos de las encuestas son importantes, también lo son las quejas, cartas, declaraciones textuales y anécdotas. Si nos tomamos unos minutos para conocer a la persona detrás del paciente no sólo estableceremos una mejor relación, seremos también mejores cuidadores.

La mejor forma de descubrir qué es lo importante para los pacientes es preguntarles sin tener miedo a las respuestas. Cada sugerencia o comentario puede llevar a mejoras significativas en la organización.

¿El paciente siempre tiene razón? Por supuesto que no. Sin dejar de entender lo que ellos quieren, se debe ser pragmático acerca de los desafíos que enfrentan las organizaciones de salud: no siempre es posible no hacer ruido, ni esperar que puedan dormir como en un spa (sobre todo cuando comparten habitación), ni darles todos los opiáceos que quieran, ni hacerles resonancias magnéticas sólo para mantenerlos "contentos". De allí la importancia de manejar las expectativas desde un principio de la relación.

8. La ejecución lo es todo

A poco de andar, Merlino pudo comprobar de primera mano que una cosa es hablar de estrategia y otra muy distinta es ejecutarla. Pese al reconocimiento de marca, a la creación de una gerencia especial, al material de difusión y a las buenas ideas, los puntajes de las encuestas de satisfacción HCAHPS seguían siendo muy bajos. Tampoco parecía ser muy efectivo haber desarrollado un sentido de urgencia (“plataforma en llamas”), contar con gente apasionada y acuerdo sobre lo que era importante; él y su equipo estaban estancados y no sabían por dónde empezar. Merlino no tenía mentores, ni coach, ni un modelo a seguir. Tampoco abundaban los libros de texto o artículos que abordaran en profundidad temas de táctica y ejecución. ¿Qué hacer?, ¿por dónde empezar?

La ejecución de estrategias tendientes a mejorar la seguridad, la calidad y la experiencia de los pacientes resulta un verdadero desafío para las personas a cargo de estos departamentos. Se trata en general de especialistas en estos temas que no tienen experiencia ni control sobre las operaciones. Suelen ser figuras altas en la jerarquía, a las que se les ha dado una importante responsabilidad, pero que carecen de “tropas” y mando directo. Por eso, su efectividad está determinada en gran parte por su habilidad para establecer alianzas con los líderes operativos (mandos medios, jefes de servicio, supervisores de enfermería, etc.). La capacidad de comenzar y llevar adelante los proyectos depende de que estas personas los “compren” y de que exista consenso. Esto suena difícil, y realmente lo es. Claro que sumar a las personas a los proyectos es más fácil cuando el objetivo es mejorar la forma en la que se cuida a las personas.

Pensemos en lo que habrá sentido James Merlino cuando le pidieron que él y un grupo de gente que se podía contar los dedos de la mano, cambiaran la cultura de una organización de casi 100 años y 43 mil empleados, con grupos poderosos y consolidados de médicos, enfermeros y de recursos humanos. Si quería cambiar algo al pie de la cama, tenía que negociar con los líderes de enfermería; si quería abordar capacitaciones o temas de cultura, tenía que consultar con recursos humanos y docencia; si algo afectaba al área de operaciones (ej: limpieza, comida, estacionamiento), se las tenía que ver con los gerentes de operaciones... Cada líder tenía sus propias prioridades e ideas acerca de cómo enmarcar el problema. La presión para hacer algo nuevo, sin controlar realmente nada y teniendo que negociar con colegas

poderosos y con ideas rígidas acerca de lo que era importante fue una receta para el desastre...

Los primeros meses fueron muy desmoralizadores y el proyecto sólo pudo mantenerse por la convicción y el liderazgo del CEO, Toby Cosgrove. Ante el fracaso de una estrategia ambiciosa y de aplicación a toda la organización, Merlino decidió probar con "bocados más pequeños", testeando proyectos modestos que no tuvieran implicancias generalizadas. Si lograban que algo funcionara a nivel micro (una sola unidad o departamento), podrían luego escalar a toda la institución. Y, como la experiencia del paciente depende de lo que se haga a nivel local, él y su equipo tenían que comprender mejor qué era lo que estaba pasando a nivel de las unidades. Comenzaron entonces eligiendo la unidad de enfermedades digestivas, que era la que tenía peores puntajes en las encuestas HCAPHS. Para el proyecto de mejora se conformó un grupo constituido por una supervisora de enfermería, un médico con peso y respeto en el servicio (la figura del "campeón"), un representante del equipo de Merlino (oficina de experiencia del paciente), un supervisor de servicios ambientales y otras personas involucradas en la atención (trabajador social y case manager). Este equipo de reunió semanalmente durante una hora para identificar los problemas que contribuían a la insatisfacción de los pacientes. Rápidamente, luego de hablar con los pacientes y de revisar las encuestas, detectaron varias áreas de mejora. Se trataba de una unidad donde se realizaban muchas endoscopías, las cuales requieren varias horas de ayuno. El equipo observó que los retrasos en la realización del procedimiento se daban con demasiada frecuencia, obligando a los pacientes a esperar sin comer durante muchas horas sin mayores especificaciones acerca de cuándo se realizaría finalmente el procedimiento. Peor aún, muchas veces la endoscopia era reprogramada para el próximo día, obligando a más ayuno y causando muchos más disgustos a los pacientes y sus familias. Disgusto que se acentuaba cuando debido al retraso se demoraban también las altas programadas. Había aquí una oportunidad de mejorar las operaciones a la par de la satisfacción del paciente. Como los pacientes de la unidad de enfermedades digestivas tenían típicamente múltiples problemas, se requería de una significativa coordinación entre distintas personas para que todo fluyera y pudiera darse el alta a tiempo. El equipo notó que muchas de estas personas apenas se hablaban (ej: trabajadora social y case manager) y los médicos raramente hablaban con las enfermeras acerca del plan. Enfermeras que por otra parte estaban plagadas de papeleos y trámites administrativos que las distraían de su atención directa sobre los pacientes. Algunos de estos problemas pudieron, gracias a las reuniones semanales, ser resueltas relativamente rápido y otras requirieron más tiempo y esfuerzo. Hacer que las enfermeras pasaran más tiempo con los pacientes requirió de la comprensión y reorganización del trabajo de sus supervisoras; hacer que la trabajadora social y el médico de cabecera trabajaran

de manera coordinada y se hicieran ambas responsables del cumplimiento de los plazos como equipo, la mejora en la planificación de endoscopías entre el piso y la sala de procedimientos requirió de un cambio de proceso, pero sin duda la identificación del problema fue un gran primer paso.

Este modesto proyecto a nivel de una unidad fue la primera "victoria rápida" del equipo de Merlino. Tan sólo un mes después de juntarse para abordar los problemas, los puntajes HCAHPS mejoraron dramáticamente; ¡de hecho, la unidad de enfermedades digestivas pasó a ser una de las mejor calificadas! El equipo de experiencia del paciente de la Cleveland se sentía como si hubiera descubierto un filón de oro. Este proyecto piloto demostraba que se podía impactar de manera rápida y significativa sobre la experiencia del paciente mediante soluciones simples aportadas por el personal de la primera línea de atención.

Este temprano proyecto piloto también brindó lecciones acerca de los procesos y tácticas hospitalarias. El funcionamiento de las organizaciones de salud está llena de procesos y sistemas interconectados; para poder pensar en cualquier "solución" que mejore la experiencia de los pacientes, se debe garantizar antes que estos procesos y sistemas funcionen correctamente. Generalmente los procesos funcionan bien y se obtiene el producto buscado. Sin embargo muchas cosas son manejadas en compartimientos estancos, y el personal a cargo de un proceso no tiene idea de los que se está haciendo en otro silo. Sus sistemas no se comunican efectivamente y no están preparados para trabajar de manera coordinada y conjunta. Una endoscopia que se retrasa sin informar al equipo de enfermería o al paciente es tan sólo un ejemplo. En este caso, muchas enfermeras se quejaron porque no tenían poder sobre lo que pasaba en la sala de endoscopías, y sin embargo, eran las que tenían que poner la cara dando las malas noticias del retraso a los pacientes. Los hospitales dependen de que sus procesos básicos funcionen eficientemente. La falla sistémica se produce cuando un proceso (la programación de turnos de endoscopías) no funciona efectivamente, o cuando hay problemas en la interfase con otros procesos (coordinación entre la sala de endoscopia y la estación de enfermería). Cuando las cosas no funcionan, no hay sonrisas ni pedidos de disculpas que alcancen... hay que corregir los procesos. Y no basta con "curitas"; hay que ir a fondo.

Otra lección que aprendieron es que no resulta fácil aplicar a toda la organización proyectos que funcionaron bien localmente cuando no hay acuerdo en cuanto lo que se considera una "best practice" (la mejor práctica). Por ejemplo, en el caso que vimos, los distintos servicios consideraban que las reuniones semanales para hablar de los problemas eran una opción, pero no una obligación. A muchos les costaba reunir un

equipo como el que se había armado para este proyecto. Tampoco podían forzar su implementación.

Una "best practice" se define como un método o técnica que ha mostrado consistentemente resultados superiores a los logrados con otros medios y que se utiliza como punto de referencia. Además, una best practice puede evolucionar para ser aún mejor a medida que se descubren nuevas formas de practicarla. Para merecer consideración, una "mejor práctica" debe ser escalable y ayudar a cumplir con los objetivos. Ejemplo: Cuando esta "mejor practica" fue probada a nivel local, ¿la mejora observada se sostuvo en el tiempo? ¿Cuál fue la duración del proyecto? Existen distintas opiniones acerca del tiempo que algo debe funcionar antes de ser considerado como una "mejor práctica". Merlino aconseja un plazo de entre tres y seis meses. Por supuesto que las mejores prácticas deben tener siempre una métrica asociada para saber si realmente está marcando una diferencia.

Al momento de elegir mejores prácticas para mejorar la experiencia del paciente (definida como la Cleveland Clinic), debe optarse por aquellas que tengan un impacto más generalizado. Un ejemplo "mejor práctica" que tuvo gran éxito fue la visita horaria de los enfermeros. La misma consiste en que una vez por hora, la enfermera o enfermero ingrese a la habitación del paciente y le haga las siguientes preguntas (checklist):

1. ¿Necesita ir al baño?
2. ¿Tiene dolor?
3. ¿Necesita ayuda para cambiar de posición?
4. ¿Necesita que le acerquemos alguna pertenencia?
5. ¿Hay algo más en lo que lo pueda ayudar?

Se demostró que esta práctica no sólo mejoraba la satisfacción de los pacientes, sino que también reducía el uso de llamadores a enfermería, disminuía las caídas y úlceras por presión y reducía los errores de medicación. Claramente, esta "mejor práctica" afectaba la seguridad, la calidad y la satisfacción. Su utilización a gran escala en la organización podía tener un gran impacto. En la Cleveland Clinic, esta visita horaria se realizaba sólo en algunas unidades. Cuando se evaluaban los puntajes HCAHPS, los pisos en donde se realizaban obtenían mejores puntajes que aquellos en los que no se hacían.

Luego de realizar proyectos piloto con el apoyo de los líderes de enfermería, los resultados fueron tan sorprendentes que Cosgrove, CEO de la Cleveland ordenó que se

hicieran recorridas horarias en todas las unidades, una movida sin precedentes en la organización. Este es un buen ejemplo de cómo una “mejor práctica”, una vez probada su efectividad en ámbitos locales, puede masificarse a todo el hospital.

Otra estrategia que les resultó de utilidad para avanzar con el programa “Patients First” fue segmentar los proyectos de mejora en línea con las 8 dimensiones que explora la encuesta HCAHPS. Estas son:

1. Comunicación de las enfermeras
2. Comunicación de los médicos
3. Nivel de respuesta del personal del hospital
4. Manejo del dolor
5. Comunicación acerca de los medicamentos
6. Información al alta
7. Limpieza y tranquilidad del ambiente hospitalario
8. Medidas relacionadas con la reputación

La propuesta de alinear los equipos de trabajo con los dominios de la encuesta HCAHPS tenía además un objetivo estratégico: se acercaba el año 2013 y sabían que a partir de allí parte de los reembolsos de Medicare/Medicaid iban a estar ligados a los puntajes de las encuestas. Estos puntajes se transformaron entonces en la métrica primaria para medir la experiencia de los pacientes (recordemos que en la definición de “experiencia” de la Cleveland primero estaba la seguridad, segundo la calidad y recién tercero y cuarto la satisfacción de los pacientes y el valor agregado).

Para cada dominio se formaron equipos de mejora que abarcaran cualquier proyecto o actividad que afectara ese dominio en particular. Cada equipo tenía un líder y amplia representación del personal del hospital. Merlino dejó bien en claro que estos equipos representaban a la empresa y que si un proyecto no tenía el visto bueno de estos equipos no sería considerado un proyecto oficial y no contaría con recursos.

El equipo responsable de mejorar la tranquilidad del ambiente hospitalario (sobre todo de noche), estableció un protocolo al que bautizaron con el acrónimo HUSH (Help Us Sustain Healing). La palabra “HUSH” en español significa silencio, quietud, y la frase puede traducirse como “Ayúdenos a sostener la curación”. Este protocolo, que también fue muy efectivo, constaba de cinco elementos:

1. Posters/afiches en las unidades de enfermería recordando guardar silencio,

2. Anuncio a las 20:00 hs notificando a pacientes y acompañantes que era hora de dormir y que debían ser respetuosos de las necesidades de descanso de las otras personas.
3. Atenuación de las luces en las unidades de enfermería
4. Cerrar las puertas de algunas habitaciones de pacientes
5. Entregar material educativo a pacientes y familiares solicitándoles que fueran respetuosos de los otros pacientes hablando en voz baja y apagando la televisión luego de una hora determinada.

La división del trabajo en los dominios HCAHPS también permitió distribuir responsabilidades en todas las unidades operativas. Un buen ejemplo de esto es la limpieza. Los responsables de la limpieza e higiene del hospital se hicieron cargo de los puntajes que se obtenían en este rubro en las encuestas. Cada empleado de limpieza fue entrenado acerca del impacto de su trabajo sobre la experiencia de los pacientes y sus familias. Este sentido de "misión" ayudó a mejorar espectacularmente las calificaciones en este dominio.

Otra lección que aprendieron es que muchos proyectos que prometen mucho finalmente no terminan obteniendo los resultados esperados (de acuerdo a métricas objetivas) A veces las cosas simplemente no funcionan. Es allí donde hay que tener el coraje de abandonar una buena idea que no estuvo a la altura. Es duro tener que cerrar un programa: los líderes y gerentes suelen estar apegados emocionalmente a "su bebé", los empleados contratados para el proyecto pueden perder sus trabajos, y cerrar algo es a veces más difícil que construirlo. Es posible incluso que algunos partidarios de la resistencia manipulen datos para demostrar éxitos cuando solo hay fracaso. Los distintos programas deben ser evaluados de manera crítica y objetiva. Cuando está claro que algo no es efectivo, la decisión de terminarlo debe ser firme.

Por último, una ejecución efectiva requiere de métricas adecuadas. Si un proyecto tiene prioridad estratégica, deben desarrollarse indicadores que los apoyen y lo sostengan. Al principio, pocos en la organización le prestaban atención a los datos de experiencia del paciente. Hubo que difundir estos indicadores a todos los mandos para que ellos a su vez lo hicieran con el personal de primera línea. Cuando los jefes de servicio y gerentes reciben una planilla con sus resultados en experiencia del paciente se les está además bajando un mensaje claro acerca de lo que es importante para la organización y de cómo será evaluado su desempeño.

9. Excelencia en el servicio

Probablemente todos hemos tenido la experiencia de entrar a un negocio y que el personal ignore nuestra presencia. Esto tampoco es infrecuente en muchas instituciones de salud. Por eso, es absolutamente crítico que todas las personas de la organización reconozcan y ayuden cuando sea necesario a los pacientes y sus familias. Estas interacciones crean una importante primera impresión, y la suma de impresiones positivas demuestran que estamos atentos a sus necesidades. Según la filosofía del programa "Patients First", no se necesita ser un profesional de la salud para ser un cuidador. Tampoco hay que ser médico o enfermero para ayudar a una persona a encontrar los distintos lugares a los que deben dirigirse dentro del hospital. Estar enfermo ya es de por sí bastante estresante como para agregar problemas generados por una mala interacción con las personas del hospital.

Navegar por los pasillos de un centro universitario grande como la Cleveland Clinic puede ser muy difícil. Por eso, en el año 2008 la organización creó un programa denominado "Red Coats" ("Sacos Rojos"). El mismo consistía en desplegar por los principales pasillos del hospital a personas con una fuerte predilección y entrenamiento en atención al cliente, con el objetivo de orientar a las personas que parecían perdidas. Si alguien estaba perdido o tenía dudas acerca de dónde ir para encontrar algo, los "Sacos Rojos" estaban allí para ayudarlo. El programa ha sido inmensamente popular con los pacientes y empleados de la clínica y frecuentemente se reciben comentarios acerca de cómo los "Sacos Rojos" han establecido relaciones duraderas con los pacientes.

No hay dudas de que contar con este grupo de personas especialmente entrenadas para reconocer y ayudar a personas que parecen desorientadas es efectivo, pero uno de los objetivos del programa "Patients First" es conseguir que todos y cada uno de los empleados también lo hagan. Sólo puede disponerse de un puñado de "sacos rojos" en el hospital, por lo que resulta necesario alinear a todos para que ayuden. Cada persona que trabaja en la organización tiene la oportunidad de crear en los pacientes una impresión positiva y duradera.

No se trata sólo de sonreír

James Merlino, Chief Experience Officer de la Cleveland, odia cuando la gente dice que los hospitales deberían parecerse más a los hoteles. Los hospitales *no son hoteles*. "En

ningún hotel entran a tu habitación a las tres de la mañana para hacerte cosas que te van a doler, como sacarte sangre. Cuando se está en un hotel de vacaciones, por ejemplo, uno suele estar contento. Nadie está contento en un hospital. Y tampoco se trata de agregar más y más amenities para que los pacientes estén contentos cuando a menudo tenemos que hacer cosas que les desagradan". Pero, como puntualiza Michael Solomon - un consultor en experiencia del paciente-, el objetivo de las organizaciones de salud debería ser "cuidar con hospitalidad". Ahora bien, ¿dónde aprender hospitalidad? La industria de la salud es de naturaleza insular, lo que ayuda a reforzar el "status quo"... En otras palabras, los profesionales e instituciones de salud suelen compararse sólo entre ellas. Es raro que miren o traten de aprender algo de otras industrias. Sin embargo, no hay razón para no aprender de aquellas empresas que hacen de la hospitalidad su eje (ej: empresas hoteleras). Para cambiar la cabeza de la Cleveland Clinic, Merlino se inspiró mucho en su experiencia como pasajero de los hoteles Ritz-Carlton. Le gustaba que todos los empleados con los que se cruzaba en el pasillo le sonrieran y saludaran. Si lo veían perdido o parado solo, siempre alguien detenía su camino para preguntarle si necesitaba ayuda. En esa cadena, nunca se sintió perdido y nunca tuvo que preguntar nada. Considerando que él no es ningún millonario, la experiencia siempre le resulta muy reconfortante.

El Ritz Carlton, como otras grandes organizaciones de servicio, sobresale porque todos los empleados reconocen y ayudan a los clientes. Esto es lo que suele denominarse un "servicio de excelencia". Se trata de un concepto difícil de definir, pero un buen comienzo es la definición que intenta Robert Johnston, Profesor de Gestión de Operaciones en Warwick Business School en el Reino Unido: *"La excelencia en el servicio es tan evidente como elusiva. Sabemos cuándo la hemos recibido, pero más frecuentemente cuando no"*.

Aplicada a la atención de la salud, esta definición de "excelencia en el servicio", se alineaba con el concepto de servicio que tenían en la Cleveland: "la capacidad del prestador de cumplir de manera consistente con las expectativas del paciente." La excelencia clínica debe ser la prioridad número uno de cualquier sistema de salud. Sin embargo, las mejores organizaciones sanitarias combinan esta excelencia profesional (clínica), con un servicio personal sobresaliente.

La Cleveland Clinic ya tenía "excelencia clínica". Ahora necesitaba desarrollar y mantener un "servicio de excelencia" (en el sentido de mejorar muchísimo su hospitalidad). Para ser exitoso, un programa de servicio de excelencia no requiere un guion de frases hechas o de conductas automatizadas en cada punto de contacto. Lo que se requiere es un marco para que todos en la organización comprendan y cumplan

con cierto estándar de conducta en cada interacción. Por ejemplo, en la Cleveland no resulta necesario que todos los empleados les pregunten a los pacientes si están perdidos o si necesitan ayuda. Pero sí se los entrena para estar atentos a las conductas de los pacientes y sus familias. Si, por ejemplo, los observan perdidos, deben ofrecer siempre asistencia. Se busca que esta ayuda surja como algo natural; ese es el marco.

Una adecuada estrategia de excelencia en el servicio también es fundamental para cumplir con las expectativas de los pacientes. Ellos ingresan al hospital con temores, ansiedades, y con la expectativa de que los vamos a cuidar. Cuando una falla en el servicio permite que los pacientes se formen la impresión de que no nos importan, o de que no somos compasivos, hemos fallado para brindar el estándar que el paciente estaba esperando. Estas interacciones terminan definiendo a la organización. Lo que se brindó fue una experiencia que no estuvo a la altura de las expectativas.

Parte de estas expectativas es que los traten con respeto. Muchas veces basta con ponerle al paciente una bata de hospital para empezar a tutearlo o a decirle "mamá" "gordito" "abuela", "dulce" etc. La situación de asimetría es tal, que muchas veces los pacientes terminan sometiéndose a estos tratos. Muchas palabras o gestos no intencionales, aun buscando agradar, pueden poner incómodos a muchos pacientes y generarles una mala experiencia. Ciertamente no podemos predecir cómo quieren las personas que las abordemos, y tampoco podemos leer sus mentes para saber cuáles son las palabras que pueden irritarlos. Pero eso tampoco es necesario si se entrena a las personas a utilizar de manera consistente un marco de comunicación que evite estos inconvenientes. Si no se conoce el nombre del paciente o la forma en la que quiere ser abordado, la mejor forma de hacerlo es diciendo "señor" o "señora". La utilización de estos genéricos garantizará cumplir con esta simple expectativa. Si se conoce el nombre del paciente o la forma en la que prefiere que lo llamen, éste debe ser el estándar. Tampoco está mal preguntarle directamente cómo quiere que se lo llame.

Cómo nos disculpamos también es importante

El reconocimiento de los errores, el pedido de disculpas y las acciones para solucionar o compensar una mala experiencia, son componentes esenciales de cualquier servicio de atención al cliente. Un típico ejemplo es cuando los restaurantes ofrecen una copa si la espera de mesa se hace muy larga, o el pedido de disculpas y un postre sin cargo si el cliente encuentra un pelo en la sopa. Sin embargo, en el sector salud, la teoría y mecánica de la recuperación del servicio es mucho más sofisticada. No podemos "sobornar" a la gente para que mejore. Nuestro único recurso es tratar de corregir el problema y demostrarle a la gente voluntad de hacerlo. No basta con pedir perdón.

Cuando cualquiera de nosotros experimenta un mal servicio, nos enojamos. El grado de enojo suele ser proporcional al evento. Estaremos más enojados si estamos sentados en el aeropuerto esperando la salida de nuestro vuelo y súbitamente se cancela, y menos enojados si el café cortado no lo trajeron como pedimos (apenas con leche). Pero en ambos casos experimentamos cierto nivel de descontento. Ese descontento o enojo se eleva bruscamente y, a medida que pasa el tiempo, comienza a nivelarse; alcanza luego una meseta y eventualmente se apacigua. Esto no es una sugerencia para que nos olvidemos del evento al estilo "lo pasado, pisado". Sólo quiere graficar que la ira inicial no suele sostenerse en el tiempo. La evidencia sugiere que si nos disculpamos cuando el descontento y la ira están en su pico máximo (inmediatamente después del incidente) es muy probable que la disculpa no sea aceptada. Si alguien se disculpa muy rápido puede dar la sensación de que no está escuchando activamente el problema. Sin embargo, si la disculpa sobreviene durante la "meseta de hostilidad", si se reconoce el error y se pide disculpas de manera empática la respuesta suele ser mucho mejor.

Tener una robusta estrategia de recuperación luego de una falla no sólo es lo correcto; también ayuda a proteger la marca (sobre todo en la era de las redes sociales). Cuando la respuesta luego de un cortocircuito es apropiada, los clientes suelen reportar un mayor nivel de satisfacción. Como vimos, la recuperación no consiste sólo en disculparse, sino también en las acciones que se toman para resolver el problema o tratar de compensar las molestias. Cuando nos cancelan un vuelo a minutos de partir, no es lo mismo que sólo nos pidan disculpas a que nos pidan disculpas, nos paguen una noche en un hotel cuatro estrellas y nos otorguen millas para futuros viajes...

Muchas organizaciones cuentan con un servicio formal de manejo de quejas. Sin embargo, es de sentido común que la gente de la primera línea de atención tenga la oportunidad de abordarlas inmediatamente en el punto de contacto. El reconocimiento y la resolución de la queja en esa instancia eliminan la necesidad de elevarla a instancias superiores.

Comunicarse con el corazón ("Communicate with H.E.A.R.T.")

La legendaria cultura de servicio que se encuentra en organizaciones como la cadena de hoteles Ritz-Carlton o Disney Company es producto de una decisión estratégica y de tácticas integrales, que incluyen un programa de entrenamiento y desarrollo obligatorio y regular para todos los empleados. Merlino sabía que si la Cleveland Clinic aspiraba a tener un servicio de excelencia (más allá de los resultados clínicos), debía desarrollar una estrategia, tácticas y un plan de entrenamiento. Sin embargo, los requisitos para

poder hacer esto resultaban un enorme desafío. Primero, porque quería que el programa fuera hecho "a la medida" de la atención sanitaria, que ostenta la particularidad de que no siempre el "cliente tiene razón". Segundo, porque la clínica había tenido programas similares en el pasado que no habían podido sostenerse; quería rectificar esto. Tercero, porque quería un programa "de la Cleveland Clinic" desarrollado por su propia gente (*"por nosotros, para nosotros"*). Por último, se necesitaba un abordaje muy sólido sobre la recuperación del servicio para evitar que problemas menores escalaran a quejas formales.

Como parte de los esfuerzos para crear la "Experiencia Cleveland Clinic", un focus group de empleados de distintas áreas discutió mejores prácticas de conducta para abordar a los pacientes. Este grupo también considero normas de civilidad que deberían utilizarse durante sus propias interacciones. La fórmula resultante reflejó 11 importantes elementos de un servicio de excelencia:

1. Preséntese y explique su rol cuando se encuentre con alguien.
2. Utilice la Regla 10/4: A 10 pies (tres metros), haga contacto visual y sonría. A 4 pies (1 metro) mantenga contacto visual y salude cordialmente.
3. Utilice los términos "Señor" o "Señora" cuando no conoce el nombre del paciente.
4. Utilice el nombre preferido de la persona cuando lo conoce.
5. Comunique claramente las expectativas: *"Estoy aquí para..."*
6. Ofrézcase para resolver preocupaciones o para transmitir las a la persona apropiada.
7. Escuche activamente. Preste plena atención a la persona que está hablando. Repita en voz alta el mensaje para demostrar que comprendió.
8. Demuestre empatía. Trate de ponerse en el lugar del paciente.
9. Aplique reglas de cortesía básicas. Diga por favor y gracias y abra la puerta a los demás.
10. Anticípese a las necesidades, y ofrezca ayuda sin que le pregunten.

11. Agradezca a las personas.

Estos once puntos identificados por el grupo focal no eran muy originales ni privativos de la Cleveland Clinic, pero sintetizaban muy bien lo que sus empleados pensaban que era importante cuando trataban con los pacientes o entre ellos. Se trataba en definitiva de normas de sentido común y de reglas universales de civilidad. Nadie podía estar en desacuerdo con generalizarlas para todas las interacciones dentro de la clínica.

Se realizó entonces un módulo de capacitación para los 43.000 empleados ("cuidadores") sobre las conductas esperadas en un servicio de excelencia. Sintetizaron estos conceptos en un acrónimo algo largo pero muy elocuente: S.T.A.R.T with H.E.A.R.T (Comience con el corazón")

S (Smile) Sonría y salude cordialmente (utilce "Sr", "Sra" o el nombre preferido)

T (Tell) Diga su nombre, rol y a qué viene (que esperar)

A (Active listening) Escuche activamente, demuestre empatía y ayude.

R (Rapport) Establezca rapport y construya una relación

T (Thank) Agradezca a la persona With

H (Hear) Escuche la historia

E (Empathize) Empatice

A (Apologize) Discúlpese

R (Respond) Responda

T (Thank) Agradezca al paciente

Todos los empleados son entrenados en estas conductas, y el programa de excelencia en el servicio se auto-sustenta. Uno no puede dar simplemente un curso y esperar que estas reglas de cortesía se mantengan para siempre. Más que brindar cursos de refuerzo, Merlino prefirió que fueran los propios empleados quienes apoyaran y vigilaran entre sí el cumplimiento de estas premisas. El programa contempla la participación de

personas seleccionadas que establecen un “coaching” de las conductas esperadas y que felicitan a los que están haciendo un buen trabajo y tratan de ayudar a quienes les cuesta. Cualquiera puede ser coach, no necesariamente un gerente, jefe o líder. Sólo se necesita de un compañero o colega con interés en hacer lo correcto y en ayudar a desarrollar la cultura de un servicio de excelencia.

Un elemento importante del programa H.E.A.R.T consiste en brindar apoyo para fortalecer estos comportamientos sin ser negativos o degradantes. Tampoco querían crear un ambiente en donde la no realización de estas prácticas deviniera en castigos. Un servicio de excelencia requiere entrenamiento/mantenimiento y el programa de coaching fue creado para ayudar a que los empleados de la organización digan y hagan lo correcto. Querían que la gente de la Cleveland Clinic utilizara su entusiasmo y compromiso natural con su trabajo y que toda la organización estuviera envuelta en este marco de trabajo. Sancionar inmediatamente a un empleado por no utilizar estos estándares de servicio no era un curso de acción aceptable. Cualquiera puede tener ocasionalmente un mal día, puede no sentirse bien o ser provocado por las palabras o acciones de un paciente o familiar mal educado. Merlino buscaba crear un ambiente donde las personas pudieran aprender y ayudarse unas a otras. El programa H.E.A.R.T, que incluyó tanto a empleados en relación de dependencia como a contratados y servicios tercerizados, ayudó a crear ese ambiente.

El programa de excelencia en el servicio de la Cleveland no busca que sus empleados estén “guionados”. Los consumidores no se dejan engañar por respuestas mecanizadas; estas interacciones son robóticas y poco sinceras. En cambio, busca crear en el personal un marco dentro del cual desarrollar sus interacciones. Cuando se les presenta el programa H.E.A.R.T se les pide que se imaginen cómo les gustaría ser tratados.

La excelencia en el servicio no ocurre en el vacío. Requiere de gente apasionada, compasiva y resuelta a ayudar a los demás, incluyendo pacientes, familias y compañeros de trabajo. Seleccionar a las personas correctas, con estos valores y hacerlos responsables de sostener estas banderas es una condición *sine qua non*.

Para ayudar con el entrenamiento cruzado y la evaluación de la efectividad del programa, se utilizaron “mystery shoppers” (personas de la propia organización, pero desconocidas para el personal de la primera línea que se hacen pasar por pacientes o familiares). Estas personas, especialmente entrenadas, evalúan la calidad de las interacciones humanas en distintos ambientes del hospital utilizando un checklist.

Luego asignan un puntaje y brindan una devolución de lo experimentado, lo bueno y lo malo, a los responsables de área o servicio.

El servicio de excelencia debe ser consistente

Una estrategia robusta de excelencia en el servicio debe contener no sólo un marco táctico para orientar la conducta de los cuidadores sino también un sistema de entrenamiento y de evaluación encubierta ("mystery shopping") para garantizar consistencia y confiabilidad. Cuando uno viaja seguido en una misma línea aérea, por ejemplo, nota la variación en el trato entre las distintas tripulaciones. Algunas son cordiales y saludan, otras no; en algunas habla el piloto sobre las características del vuelo, en otras no. Y esto es independiente del esfuerzo de la aerolínea por brindar un servicio de excelencia. No basta con entrenar a la gente; se deben desarrollar tácticas para garantizar que todos los cuidadores, en todas las circunstancias se comporten como se pretende.

Las fallas en el servicio (que los médicos solemos subestimar), pueden tener un impacto muy negativo y de largo efecto. Las fallas repetidas en cuestiones aparentemente menores pueden llevar a los pacientes a pensar que la organización no puede o no quiere mejorar. Las estrategias de excelencia en "atención al cliente" no son utilizadas típicamente por el sector salud. Sin embargo, las mismas son de bajo costo y pueden tener un impacto muy significativo en la forma en la que los pacientes ven a la organización.

Los pacientes no siempre tienen razón

Una estrategia de excelencia en el servicio también debe estar preparada y aceptar la circunstancia de que no siempre se puede dejar "contentos" a los pacientes, sobre todo a aquellos que no cumplen con premisas básicas de respeto por los profesionales y el personal de la organización. En la atención de la salud, el "cliente" no siempre tiene razón. Así como hay "médicos difíciles", también hay "pacientes difíciles": aquellos que no cumplen con las indicaciones, que faltan a las consultas y luego quieren que se los vea de inmediato, que retacean información, que amenazan verbal, física o legalmente a quienes están tratando de ayudarlos, que rompen instalaciones, etc.

Siempre es muy difícil dar por terminada la relación médico-paciente o limitar el acceso de este tipo de pacientes a la organización. En la Cleveland Clinic, estas acciones sólo pueden ser realizadas por el Ombudsman/ Departamento de Relaciones con los Pacientes, y existen guías muy estrictas para proteger tanto al paciente como a la organización. Si bien la organización se esfuerza por hacer siempre lo correcto, muchas

veces estos pacientes se vuelven violentos y amenazantes. Por eso, el programa de entrenamiento debe enseñar al personal a mantenerse calmos en situaciones extremas y abordar siempre a estos pacientes con dignidad, respeto y una comunicación consistente.

Debemos hablar de empatía

Enseñar excelencia en el servicio puede ser fácil, pero sostener las conductas resulta un desafío para cualquier organización. Dadas las complejidades de la atención moderna, puede ser muy difícil para los trabajadores ser consistentes. Una forma de ayudarlos consiste en hablar más de empatía. Al final del día, todos los trabajadores de la salud fuimos, somos o seremos pacientes. No somos distintos.

Desde el comienzo de los esfuerzos de la Cleveland por mejorar la experiencia del paciente, siempre se trató de expresar mayor empatía dentro de la organización. El concepto de empatía puede ser difícil de comprender, pero casi todos quienes trabajamos en salud sabemos que es importante. El término puede significar cosas distintas para diferente gente y, si bien existen definiciones estándar desarrolladas por quienes estudian este tema, la palabra no termina de ser comprendida de manera universal. La empatía es un ejemplo de una construcción latente, en el sentido de que se sabe que existe y la gente la reconoce cuando la encuentra, pero a menudo tiene dificultad para describir exactamente qué es o lo que significa. También hay un debate permanente acerca de si es innata, si puede aprenderse o si es una combinación de las dos cosas.

La empatía es probablemente uno de los términos más incomprendidos en el mundo de la salud. También uno de los más utilizados. Como líder de la organización, Merlino quería que absolutamente todo el personal de la Cleveland ("cuidadores"), tuvieran y expresaran empatía en sus interacciones. El desafío consistía en encontrar la mejor manera de bajar este mensaje, de enseñar empatía y de conseguir que efectivamente todos fueran más empáticos.

Para ser empáticas, las personas deben primero realizar un ejercicio de introspección que les permita tener una visión de su propia personalidad. Esto está muy vinculado al concepto de inteligencia emocional acuñado por Daniel Goleman. Para extender los esfuerzos en pos de la empatía en toda la organización, todos los cuidadores tenían que comprender los fundamentos de la inteligencia emocional y de cómo aplicaban a sus interacciones con pacientes y colegas.

Decidieron entonces que uno de sus seminarios anuales de capacitación de gerentes estaría destinado a este tema. Dos o tres veces por año reúnen en un solo lugar a estas 2.200 personas. Las sesiones suelen comenzar con un video que gatille la discusión. Merlino quería un video que movilizara conciencias y estimulara a la acción. Había visto varios videos de empatía de otras industrias, pero uno en particular sirvió de fuente inspiradora. Se trataba del video *"Every Life Has a Story"*, de la cadena de comidas rápidas en base a pollo Chick-fil-A, reputada por una atención al cliente de excelencia y un fuerte compromiso con los valores (de hecho, los locales no abren los domingos para que los empleados puedan pasar ese día con sus familias). El video se grabó en uno de sus locales y muestra, mediante frases que aparecen mientras los clientes interactúan con los empleados, distintas situaciones personales que afectan a ambos. Busca demostrar a los empleados que así como ellos pueden tener problemas, también los clientes y sus colegas pueden estar luchando sus batallas y que en cada interacción existe la oportunidad de dejar una experiencia superior.

Merlino quedó atrapado por la fuerza del mensaje y solicitó al equipo de producción de contenidos de la Cleveland que realizaran un video similar, pero adaptado a las realidades que solían vivir los pacientes, sus familias, los profesionales y el resto del personal. El resultado fue el famoso video *"Empathy: The Human Connection to Patient Care"* que tan bien conocemos quienes nos dedicamos a seguridad del paciente y atención centrada en la persona, pero que es desconocido para la gran mayoría del personal de primera línea. Puede accederse al video, que incluye una versión subtitulada al español, libremente desde internet. Cuando Merlino presentó el video en el foro de gerentes, la llegada a sus corazones fue inmediata; al ver las luchas de las personas en pantalla (ej; *"visitando a su papá por última vez"* o *"le acaban de decir que su tumor fue maligno"*), muchos gerentes se identificaban y literalmente sentían lo que sentían los personajes del video. Es que en realidad es prácticamente imposible mirar el video y no sentir un nudo en la garganta...

Hoy el video de empatía de la Cleveland Clinic, ganador de varios premios, es mundialmente famoso y se ha transformado en una referencia ineludible en cualquier foro que busque enseñar empatía y compasión. El poder del video reside en la simplicidad del mensaje: hay muchísimas cosas en nuestra vida y en la de nuestros pacientes y compañeros de trabajo que impactan sobre lo que hacemos. Reconocer nuestro impacto personal y tener empatía por el otro nos permite cuidar mejor a los pacientes.

El video tuvo una secuela, denominada oficialmente "*Patients: Afraid and Vulnerable*". El mismo buscó llevar la empatía a un nivel más profundo, compartiendo historias del personal de la Cleveland Clinic que tuvieron serios problemas de salud

La excelencia en el servicio y la empatía son aplicables a cualquier negocio con clientes. Toma tiempo comprender la perspectiva de los pacientes y garantizar que las interacciones sean profesionales, respetuosas y cordiales. Se trata de una habilidad que debería brotar de manera natural en todas las personas de la organización. La enseñanza de inteligencia emocional y empatía no es una opción. Es un requisito de cualquier programa tendiente a mejorar la experiencia del paciente.

10. Los médicos tienen que comunicarse mejor

La capacidad de comunicación de los médicos con los pacientes es uno de los dominios de la encuesta de satisfacción HCAHPS del Medicare. Esta encuesta es la más validada de los Estados Unidos y en base a ella se establecen premios y castigos; también es utilizada para evaluar comparativamente a las organizaciones (benchmarking). Cuando Merlino asumió como Chief Experience Officer (CXO), las calificaciones de los médicos de la Cleveland en este punto eran pésimas. Los médicos de su hospital central se encontraban en el percentilo 14 de todos los hospitales de los EE.UU, dentro de las más bajas del país. El desempeño de médicos privados en centros satélites era aún peor. Mejorar este panorama se volvió un imperativo. Estaban tan abajo que sólo cabía mejorar.

Existe una desconexión muy grande entre la forma en que los médicos piensan que se comunican y la forma en la cual los pacientes perciben y califican esa comunicación. En general, los médicos hacen un pobre trabajo al comunicarse con los pacientes y familias. Cuando se les pide que se auto-califiquen en esta competencia, la mayoría suele contestar que no tiene problemas en este rubro y que tienen excelentes relaciones con sus pacientes. Si bien esto puede ser cierto para muchos, incluso para la mayoría, ciertamente estamos lejos de que se trate de una afirmación universal.

Lo primero que Merlino y su equipo hicieron fue evaluar durante tres meses los comentarios escritos de los pacientes de su hospital central. Cerca de los 540 comentarios que hacían referencia a médicos eran negativos, y dentro de estos, casi tres cuartos tenían que ver con su forma de comunicación. Los problemas recurrentes eran su falta de compasión, las explicaciones inadecuadas, su pobre capacidad de escucha y la pobre coordinación/comunicación con las enfermeras y otros prestadores. Lo más preocupante era que el 17% de las quejas hacían referencia a una "mala actitud".

¿Cómo es posible que, teniendo la mitad de comentarios negativos en forma sistemática, los médicos piensen que son grandes comunicadores? Esto se debe a que los médicos rara vez reciben el feedback directo de los pacientes acerca de la experiencia con ellos. La mayoría de los hospitales y centros de salud no recogen estos datos y las que lo hacen no devuelven esta información de manera personalizada a cada médico. Otra razón es que generalmente los médicos dudan que las habilidades de

comunicación sean una parte importante de su trabajo o responsabilidad. Por una variedad de otras razones, incluyendo el temor a sufrir represalias o a herir los sentimientos del profesional, los pacientes no suelen brindar feedback negativo a sus médicos. Sin embargo, cuando están en el anonimato y tranquilidad de su hogar con sus seres queridos, esa renuencia desaparece y son francos.

La observación del accionar de los médicos en los consultorios ayuda a brindar un panorama de los desafíos de comunicación. Cuando un paciente entra por primera vez al consultorio de un médico, generalmente se encuentran ansiosos por describir su condición. Cuando un médico le permite a los pacientes hablar de manera abierta sobre su problema principal u otras preocupaciones, éstos se sienten más empoderados y creen que el médico les presta más atención. Un estudio publicado en el *Journal of the American Medical Association* mostró parte del problema. Los autores revisaron 264 entrevistas de consultorio de 29 médicos certificados en atención primaria. En sólo el 75% de las entrevistas los médicos preguntaron a sus pacientes cuál era su principal preocupación, y los pacientes sólo pudieron completar la respuesta a una pregunta abierta en el 28% de las interacciones. Dentro de este grupo que no pudo completar su respuesta, los médicos los interrumpieron, en promedio, a los 23 segundos. Se estableció que estos pacientes hubieran necesitado en promedio sólo seis segundos adicionales para completar su respuesta. Según sostienen los autores del trabajo, pedirle al paciente que exprese su problema principal (o su agenda de problemas), es el primer paso crucial en la relación médico-paciente. Si estos hallazgos se daban en médicos de atención primaria, una de las especialidades más centradas en el paciente, ¡que quedaba para la comunicación de los cirujanos!

Culpar exclusivamente a los médicos de esto puede ser injusto. Algunos de los problemas de comunicación probablemente provengan de una mala interpretación de sus actos por parte de pacientes con problemas de memoria, excesiva ansiedad o afectados por drogas o alguna condición médica. La renuencia/timidez de los pacientes para realizar preguntas o el deseo de no contrariar al médico también termina afectando su capacidad de comprensión. Para graficar esto, Merlino cuenta una anécdota del Jefe de Clínica Médica de la Cleveland, el Dr. David Longworth, a quien le gusta demostrarle a sus residentes que a los pacientes les cuesta recordar y que los médicos deben comunicarse con claridad. Durante las recorridas, Longworth comienza siempre presentándose con los pacientes, brindándoles su nombre completo. Luego de terminar la visita a esa cama y una vez discutidos los problemas y el plan, les pregunta a los pacientes si recuerdan su nombre. En general, menos de la mitad lo recuerdan...

Volviendo a la encuesta HCAHPS, una de las primeras tácticas de Merlino fue mostrarle a un grupo de médicos los puntajes de la Cleveland para que se familiarizaran con el proceso de medición y con los datos. Compartieron en los distintos servicios las calificaciones generales como hospital, explicándoles la forma en que las preguntas eran realizadas, la forma de responder de los pacientes y la metodología que Medicare utilizaba para calificar las encuestas y distribuir los resultados. Aprendieron que sus médicos no tenían ni idea acerca de las métricas con las que se los juzgaban. Pocos sabían de qué se trataba la encuesta HCAHPS y menos aún que la misma contenía preguntas que evaluaban cómo se comunicaban los médicos con los pacientes internados. Esto no es de extrañar. De hecho, Merlino antes de ser CXO tampoco sabía que los pacientes calificaban la capacidad de comunicación de sus médicos.

Resulta esencial que estos datos lleguen a los médicos. Recordemos que Toby Cosgrove ya había tenido experiencia en transparentar entre colegas datos del desempeño de los cardiócirujanos del programa que él dirigía en Ohio, antes de transformarse en el CEO de la Cleveland. En su experiencia, la naturaleza competitiva de los cirujanos hizo que muchos, al ver que otros tenían mejores resultados, quisieran mejorar, y lo hicieron. En su nueva posición de liderazgo en la Cleveland, Cosgrove percibía que si los médicos conocían los datos sobre su propio desempeño en comunicación, se acortaría la curva de aprendizaje. De forma tal que decidieron entregar las calificaciones individuales a cada médico del hospital. Eligieron convertir todos los puntajes HCAHPS a rankings de percentilo, para que los médicos pudieran saber cómo estaban parados en relación a sus colegas de todo el país. Como el programa de Pago por Valor del Medicare (*Hospital Value-Based Purchasing*) también utiliza percentilos para medir el desempeño, la consistencia de la idea sería mayor.

Se discutió bastante la mejor forma de presentar estos datos a los médicos. Cosgrove quería que se publicaran de manera absolutamente transparente y pública las calificaciones de todos los médicos (Merlino recuerda que le oyó decir "*Ponelos en todas las salas*"). Sin embargo, a sugerencia del CXO, decidieron un abordaje más gradual. A pesar de las sesiones de capacitación, la mayoría de los médicos todavía tenía poca comprensión de los que era el HCAHPS y de cómo se evaluaba individualmente su comunicación con los pacientes. Procedieron entonces a entregar a cada médico su propio puntaje y el de sus colegas (pero estos últimos de manera ciega, para que no se pudieran identificar). En simultáneo, se lanzó una gran campaña para capacitar a los médicos en el proceso de medición.

La distribución individual de los datos a los médicos también les enseñó mucho acerca del proceso que estaban utilizando para medir su comunicación. Querían saber los que

los médicos opinaban del proceso y de la metodología HCAHPS. Como anticipaban, en cuanto se brindaron los primeros resultados individuales, comenzaron las llamadas y los correos electrónicos criticando el método. Los médicos están altamente entrenados para interpretar datos, ya que los utilizan como evidencia para guiar sus prácticas. Las quejas más comunes eran:

1. No puedo conseguir los datos
2. No hay datos comparativos
3. El estándar es demasiado alto
4. La muestra es muy pequeña
5. No tengo el apoyo que necesito
6. Otras personas impactan sobre la calificación
7. Mis puntajes son bajos porque tengo un alto volumen de pacientes
8. Nadie me ayuda a mejorar

Si bien el primer impulso de Merlino fue cortar por lo sano y decirles que no se podía cambiar un proceso impuesto por el gobierno, decidió en cambio preparar respuestas para cada una de estas críticas. Le parecía importante tomárselas en serio; necesitaba que los médicos “compraran” la idea, y esto no se iba a lograr si se ignoraban sus preocupaciones.

Las primeras dos quejas eran muy discutibles, ya que los datos estaban siendo compartidos de manera ciega. En cuanto a la tercera, habían elegido el percentilo 90 como el estándar porque era el benchmark del Medicare para compararse con el resto de médicos y hospitales norteamericanos. Además, el percentilo 90 traducido a nota es una “A” (9-10), que es donde debería estar una organización de primer nivel como la Cleveland.

Que el tamaño de la muestra era muy chico resultaba una crítica absolutamente válida. Incluso el número de encuestas HCAHPS que Medicare le exige a los hospitales no resulta estadísticamente válida. Se les aconsejó a los médicos y a sus jefes que se focalizaran en tendencias y que trataran de ver la película y no una sola foto. Si un médico está en el percentilo 10 un trimestre, es posible que su puntaje en comunicación sea inválido. Pero si se mantiene en el percentilo 10 durante tres o cuatro trimestres, es altamente probable que ese médico necesite mejorar sus habilidades de comunicación.

El comentario acerca de que “otras personas impactan sobre mi calificación” también es importante. El dominio de comunicación del HCAHPS está ligado al médico que figura a cargo en la historia clínica. Si es un solo médico que atiende al paciente durante

su internación, entonces es más fácil atribuir responsabilidad. Pero los pacientes hospitalarios suelen ser atendidos por varios médicos: residentes, especialistas, etc. Un paciente con alguna patología compleja puede ser atendido por varios miembros del staff. Por lo tanto, es evidente que todas estas personas impactan en el puntaje final del médico. Pero para alcanzar un alto puntaje en el ítem comunicación con los pacientes se requiere no sólo que el desempeño individual sea bueno, sino que haya un buen trabajo de equipo. Merlino explicó a sus médicos que ellos no podían cambiar el sistema de evaluación del Medicare, pero sí podían hacerse cargo de las personas que elegían para ayudarlos; tenían por lo tanto la obligación de supervisar a los interconsultores y al resto de los médicos. Si un consultor o residente no se comunicaba bien con su paciente, esa interacción negativa quedaría reflejada en las encuestas. El cuidado de los pacientes hospitalarios es un deporte de equipo, y los profesionales debían aprender a trabajar juntos y controlar la conducta del equipo entre todos.

Muchos médicos también argumentaban que tenían bajos puntajes porque debían atender un alto volumen de pacientes. Sostenían legítimamente que la presión de producción conspiraba contra una buena comunicación. Merlino puso a prueba este argumento examinando detalladamente los datos de desempeño de un grupo de médicos relativamente homogéneo. La Cleveland Clinic es el lugar de los EE.UU donde se realizan más cirugías cardiovasculares (el competidor más cercano tiene apenas la mitad de su volumen). Cada uno de sus cirujanos cardíacos es extremadamente productivo. Se trata en esencia de un grupo de 10 cirujanos "top" en sus respectivos campos, que ven un perfil y volumen de pacientes muy parecidos, que tienen altísimos estándares de calidad y que cuentan con una estructura de apoyo similar. La mayoría de estos profesionales tenían altos puntajes en comunicación, pero un par no. Si bien se trataba de una muestra muy pequeña, este ejercicio ayudó a demostrar que médicos muy ocupados y productivos también podían tener excelentes habilidades de comunicación. De hecho, los cirujanos cardiovasculares y sus líderes habían sido de los primeros en "engancharse" ("early adopters") con las iniciativas tendientes a mejorar la experiencia de los pacientes. Merlino fue invitado por el Jefe de Servicio, Bruce Lytle, a presentar de manera ciega los diez puntajes en un ateneo interno en el que se trató el tema de comunicación. Ocho estaban por arriba del percentilo 90 y dos estaban muy por debajo. Al final de la presentación, el Jefe remarcó: *"Todos aquí sabemos quiénes son los de bajo puntaje y por qué. ¡Esto se termina hoy!"* Los dos cirujanos no visitaban regularmente a sus pacientes, y esto se veía reflejado en sus puntajes. Comenzaron a hacerlo entonces de manera rutinaria, y sus calificaciones subieron. Este es un gran ejemplo de cómo el liderazgo de un jefe a nivel local y una simple estrategia (ver más seguido a los pacientes), pueden tener un enorme impacto sobre cómo percibe el paciente la comunicación de sus médicos.

La última queja expresada por los médicos acerca de los puntajes del HCAHPS era que nadie los estaba ayudando realmente a mejorar en este tema. Se trataba de un feedback muy importante. Desde que se comenzaron a distribuir los resultados de las encuestas, los médicos venían solicitando ejemplos de tácticas y herramientas que pudieran usar para mejorar. Si bien Merlino y su equipo recogieron algunas tácticas previamente analizadas en cursos especiales de comunicación, la mayoría de las recomendaciones de mejora provino de preguntarle a los médicos de mejor puntaje cuál creían que era la receta de su éxito. Algunas de sus sugerencias eran de sentido común y ya estaban siendo utilizadas por muchos médicos. El secreto residía en utilizarlas de manera consistente en todas las interacciones con los pacientes. Entre las mismas se incluían:

1. Preséntese. Dígale al paciente y a su familia quién está a cargo de su atención.
2. Diríjase al paciente por su nombre si lo conoce; si no, abórdelo como "Sr." o "Sra."
3. Realice recorridas conjuntas con enfermería y discuta el plan de cuidado con los pacientes.
4. Asegúrese de que el paciente y su familia comprendan el plan de cuidado.
5. Establezca y maneje las expectativas del paciente.
6. Responda las preguntas del paciente.
7. Involucre a otras personas que pueden influir en la percepción del paciente, como ayudantes o residentes.
8. Respete la privacidad del paciente
9. Reconozca que el paciente lo va a juzgar por cómo luce y por lo que dice.
10. Cuando sea posible, incluya a la familia del paciente en las discusiones.
11. Pregúnteles a los pacientes y a quienes los visitan cómo los están tratando y si puede ayudarlos en algo.
12. Discuta el plan para el manejo del dolor.

A partir de estas recomendaciones y de abundante material bibliográfico, el equipo de experiencia del paciente de la Cleveland desarrolló una guía práctica de comunicación. Recibieron la colaboración de más de 50 médicos de distintos servicios de la Cleveland (querían hacer algo "de ellos" "para ellos"). La guía contiene abundante material y un checklist de comunicación muy fácil de usar. Hacer que la información fuera práctica y útil les dio credibilidad entre sus médicos, generalmente con poco tiempo para leer este tipo de cosas.

Las habilidades de comunicación deben ser desarrolladas

La distribución de los resultados de la encuesta HCAHPS, la capacitación de los médicos acerca de su metodología y la elaboración de una guía escrita de comunicación no resultaba suficiente. Los médicos son los motores de cualquier organización de salud, activos fundamentales sobre los cuales hay que invertir permanentemente. Merlino sentía que tenía la obligación de ayudarlos a comunicarse mejor. Necesitaban un nuevo programa que les permitiera mejorar sus habilidades en este terreno. Y entrenar a comunicarse mejor a médicos con trayectoria no iba a ser fácil.

Durante su primer año como CXO, Merlino tuvo numerosos encuentros con el Jefe de Personal de la Cleveland, Joseph Hahn, acerca de cuál sería la mejor forma de encarar este entrenamiento. El éxito del proyecto iba a requerir no sólo de un fuerte compromiso sino también de recursos sustanciales. Los médicos tendrían que "comprar el proyecto" y percibir su valor. Debían estar preparados para resistencias y críticas. Después de todo, el programa iba a impactar de lleno en la sagrada "relación médico-paciente", algo muy personal para cada profesional. Se trataba tal vez del mayor desafío que habían tenido en su lucha por mejorar la experiencia de los pacientes.

Merlino y Hahn establecieron finalmente ciertas reglas de juego. El esfuerzo debía ser liderado por médicos de planta de la primera línea que fueran respetados por sus colegas. No podían ser ni jefes, ni médicos que recién empezaban, ni médicos que estaban por jubilarse y buscaban algo para hacer. El grupo de planificación debía estar conformado tanto por creyentes como por médicos no del todo convencidos. Una dosis sana de realismo y escepticismo garantizaría un programa mucho más robusto y exitoso.

El programa necesitaba además ser práctico e interactivo, para que interpelara y pudiera servir a médicos muy renombrados de fama mundial. El entrenamiento debía ser

altamente relevante para profesionales muy ocupados y debía ayudarlos no sólo a comunicarse mejor con los pacientes sino también a ejercer mejor su profesión. La capacitación tenía que ser tanto para mejorar su eficiencia, efectividad y experiencia como para reforzar las percepciones de los pacientes acerca de su comunicación. Si bien tenían poca idea acerca de cómo terminaría siendo el programa de entrenamiento, de algo estaban seguros: no serviría de nada reunir a los médicos en una sala y darles una clase magistral de cómo mejorar sus habilidades de comunicación. Eso definitivamente no iba a funcionar.

Merlino y Hahn tomaron entonces importantes lecciones del mundo de formación de los enfermeros. Aquellos que no son enfermeros (ej: médicos, kinesiólogos, nutricionistas, etc.) pueden enseñar a los enfermeros cualquier tópico, excepto estándares de práctica. Sólo los enfermeros pueden enseñar a enfermeros estos estándares. ¿Por qué habría de ser distinto con los médicos? El programa debía ser liderado y enseñado por médicos activos que tuvieran credibilidad frente a sus colegas. Si bien hay en muchos hospitales de EE.UU programas de enseñanza de comunicación brindados por profesionales de la comunicación, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), Merlino sentía que los entrenadores debían ser médicos. Él mismo no se veía siendo "coucheado" por alguien que no fuera un colega, alguien que compartiera la experiencia y responsabilidad de tener que hacerse cargo de un paciente.

Encontraron en Adrienn Boissy, una neuróloga y eticista del centro de la Cleveland Clinic dedicado a la esclerosis múltiple a la persona ideal para hacerse cargo de esta responsabilidad. Como líder de experiencia del paciente del Servicio de Neurología, Boissy había conducido varios proyectos exitosos, incluyendo algunos para mejorar la comunicación de los residentes y médicos de planta. Se trataba de una médica que, a la par de ser muy respetada en su especialidad, era una apasionada de la comunicación y de la participación de los pacientes en el proceso de atención. En el verano de 2010, Merlino y Hahn le pidieron a Boissy que formara y liderara un equipo de médicos de otras especialidades para investigar, comparar, diseñar, desarrollar y conducir un programa que mejorara las habilidades de comunicación del personal médico. Ella aceptó pero con una sola condición: que no se utilizara a la encuesta HCAHPS como indicador del resultado de la capacitación. Sostenía que las preguntas de la encuesta no capturaban la esencia de la relación médico-paciente y que los médicos no se iban a ver inspirados a cambiar conductas a partir de un modelo de encuesta que consideraban falible. Quería que la currícula de capacitación no se basara en el imperativo organizacional de mejorar los puntajes sino en el extraordinario trabajo diario de los médicos, capitalizando sus perspectivas y experiencia. Se trataba tanto de mejorar la práctica como la percepción de los pacientes. Merlino y Hahn estuvieron de acuerdo.

El entrenamiento en comunicación debe ser práctico

Al momento de pensar la capacitación, las premisas eran muy específicas. El programa debía tener fundamentos teóricos sólidos pero tenía que ser práctico y enseñado de manera interactiva, de forma tal que los médicos pudieran practicar las nuevas habilidades; el programa también necesitaba ser aplicable a todo tipo de médico y de encuentros con pacientes y debía ser relevante para médicos muy ocupados; debía servirle tanto a profesionales naturalmente dotados para la comunicación como a aquellos con problemas, sin que estos últimos pensarán que se los quería cambiar. La credibilidad y utilidad del curso resultaba fundamental, porque muchos médicos no sentían la necesidad de esta capacitación.

Boissy formó un equipo de seis médicos de distintas especialidades clínicas y quirúrgicas para conducir el entrenamiento. Su rango de ejercicio de la profesión iba de los 7 a los 30 años. Todos los miembros del equipo eran personas muy ocupadas y no todos creían que esta capacitación fuese necesaria o efectiva. De hecho, el principal criterio que aplicó Boissy al reclutarlos no fue que creyeran en la comunicación, sino que se tratara de profesionales respetados por sus colegas. Sus aportes eran críticos para comprender cómo recibirían y responderían al programa tanto los "creyentes" como los escépticos.

Luego de examinar varios modelos y programas de comunicación, el equipo eligió el "Four Habits Model" (Modelo de los cuatro hábitos), desarrollado por Richard Frankel y Harry Stein. Se trata de un modelo empíricamente validado que crea un marco de trabajo para los encuentros clínicos, sobre todo en el ámbito ambulatorio. La Cleveland contrató luego a un médico-entrenador de la American Association for Communication in Healthcare (AACH) para que preparara a estos seis médicos para ser facilitadores capaces de entrenar a otros médicos. Cada uno de los miembros del equipo recibió una capacitación intensiva equivalente a una semana de trabajo, lo que fue muy útil para consolidar el grupo y lanzar el programa.

Ya con facilitadores propios a bordo, a partir del Modelo de los Cuatro Hábitos crearon un modelo propio que se adaptara más a su organización y pudiera ser enseñado a futuros facilitadores y médicos de la institución. El resultado fue un curso de un día al que llamaron "Foundations of Healthcare Communication" (FHC). En este modelo, dos facilitadores entrenan a grupos de 8 a 10 médicos. El curso FHC es muy interactivo y utiliza técnicas de simulación con pacientes estandarizados que deben ser

interpretados por los propios médicos; también videos sobre los cuales se debate. La complejidad de las situaciones avanza durante el día, y los facilitadores ajustan el entrenamiento a las necesidades de cada médico en particular. Todos quienes completan el curso remarcan que es muy aplicable a la práctica de todos los días, y aún los más escépticos se van con nuevas habilidades.

Con el tiempo, la organización fue formando más facilitadores seleccionándolos cuidadosamente (no cualquiera puede serlo) y asignándoles nuevos alumnos según las características del grupo a entrenar: algunos médicos están acostumbrados a un abordaje más autoritario, mientras que otros prefieren algo más contenedor. Los facilitadores con más años de profesión suelen imponer más respeto, mientras que los más jóvenes suelen tener más entusiasmo y flexibilidad. En lo posible, se trata de que los cirujanos entrenen a los cirujanos, los clínicos a clínicos, etc. Jamás seleccionarían a un pediatra que acaba de terminar su residencia para que le enseñe comunicación a un cirujano cardiovascular con 20 años de experiencia...

El programa FHC de la Cleveland fue evolucionando hacia modelos más completos que enseñaran empatía y se extendió a los médicos privados con privilegios para ejercer en centros de la Cleveland Clinic. Más allá de que el objetivo principal del programa no era mejorar los scores del HCAHPS, todos los médicos que lo realizaron mejoraron de manera significativa y sostenida sus calificaciones.

11. Debemos hacer socios a los pacientes

En el año 2012, Merlino compartió un panel en un evento TED con Dave deBronkart, uno de los líderes norteamericanos del movimiento que aboga por una mayor participación de los pacientes y sus familias en el proceso de atención. DeBronkart es sobreviviente de un cáncer de riñón estadio IV que se le presentó en 2007. La enfermedad había hecho metástasis en sus pulmones y huesos y le habían pronosticado una supervivencia de 24 semanas. Cuenta su increíble historia en un libro. Cinco años después, se había transformado en un cruzado, trabajando para empoderar a los pacientes a lo largo y ancho de los Estados Unidos. De Bronkart cree que los pacientes deben tomar más control de su salud y aboga por un cambio en la balanza de poder entre prestadores y pacientes. Utiliza en todas sus publicaciones y apariciones el sobrenombre de "e-Dave", donde la "e" significa *"empowered, equipped, educated, engaged, and expert"* (empoderado, equipado, capacitado, comprometido y experto). e-Dave sostiene que estas características son fundamentales para que los pacientes puedan navegar con éxito por el sistema de salud.

La pregunta gatillo de la entrevista que compartieron DeBronkart y Merlino en TED era: *"What makes a Doctor-Patient Partnership Flourish. Is it you, the patient or the doctor?"* (¿Qué es lo que hace que la Sociedad Médico-Paciente florezca. Es usted, el paciente, o su médico?). Según DeBronkart, *"la gran mayoría de las cosas que hacemos por nuestra salud las hacemos nosotros mismos, pero de tanto en tanto nos faltan información o habilidades; es entonces cuando recurrimos a los médicos. Por lo tanto se trata de una sociedad."* Merlino no pudo menos que coincidir, afirmando que la responsabilidad de una atención exitosa reside tanto en el médico como en el paciente.

Sólo cuando esta sociedad es sólida se puede garantizar que los médicos brinden una atención de alta calidad que colme las expectativas de los pacientes y los deje realmente satisfechos. Los pacientes necesitan involucrarse más, hacer más preguntas, y comprender qué pueden esperar. Necesitan ser sus propios defensores y, si no pueden o no quieren, deberían ser sus familias o amigos los que asumieran este rol.

Para algunos, esta idea es controvertida; para otros es directamente una locura. Argumentan que es responsabilidad de los médicos brindar conocimiento, protección, comunicación y capacitación a los pacientes, porque estos últimos simplemente no están ni estarán nunca preparados para ser términos equivalentes en la relación. Uno no podría estar totalmente en desacuerdo con esta visión; después de todo el trabajo de

los médicos y enfermeros es el de promover, proteger y restaurar la salud, y todos de alguna manera cuidan y educan. Pero así como los pacientes están en desventaja por no tener los conocimientos, experiencia y habilidades de un médico, nadie conoce mejor su historia personal, su cuerpo y sus deseos que el propio paciente, y eso no deja de ser una desventaja para el médico.

Sin embargo, la atención de la salud ha sido tradicionalmente unidireccional, en un ambiente en donde se les hace muy difícil a los pacientes y a sus familias funcionar como defensores exitosos. A lo largo de la historia, en las distintas sociedades, los médicos han ocupado posiciones de privilegio o poder, donde nadie se atrevía a cuestionar o desafiar su conocimiento. Más aún, los hospitales son lugares intimidantes y poco familiares. Los pacientes están ansiosos, preocupados, y en algunos casos aterrorizados por su condición, sin saber si sobrevivirán. Caen entonces en una sumisión generalizada y temen que su atención se vea alterada si se atreven a cuestionar al médico o al equipo a cargo. La Cleveland Clinic entrevistó al azar a 1000 pacientes de todos los Estados Unidos y encontró que menos de la mitad realizaban preguntas o discutían lo que sus médicos decían. Un tercio de los pacientes confiaban absolutamente en lo que sus médicos les habían dicho. Ocho por ciento contestaron que si no estaban de acuerdo con lo que les decía el médico, en vez de discutirle, preferían buscar uno nuevo.

Las familias no se sienten cómodas como defensoras de sus seres queridos

Merlino ilustra este punto mediante una auto-referencia. Recuerda que durante los meses y días previos a la muerte de su padre en la Cleveland Clinic, se sentía intimidado para discutir cosas con las que no estaba de acuerdo con el médico de cabecera de su padre, a quien había acudido a partir de un cuadro de hematuria. Luego de recibir el análisis de orina, arribó al diagnóstico de cistitis (infección de vejiga), le recetó antibióticos y lo envió a su casa. Cuando Merlino recibió la llamada de su padre contándole esta situación, su corazón dio un vuelco: en su experiencia de urólogo, la presencia de sangre en la orina de un hombre de 77 años era cáncer hasta que se demostrara lo contrario. Lamentándose porque no hubiera decidido consultarle a él primero, Merlino le sugirió encarecidamente a su padre que fuera a ver a un urólogo para "confirmar el diagnóstico". Su papá se negaba rotundamente a hacer esta consulta que consideraba innecesaria. Confiaba en su médico y ni se le ocurría cuestionar su diagnóstico. La ansiedad personal de Merlino era aún mayor porque conocía a este médico y confiaba en él; se preguntaba por qué no había descartado la probabilidad de un cáncer con otros estudios complementarios. Merlino lo llamó entonces para plantear

sus inquietudes. Recuerda que no le fue nada fácil y que se sentía realmente incómodo. No quería ofenderlo cuestionando su juicio clínico o sugiriendo que había hecho algo mal. Temía a su vez generar un problema innecesario si su propia presunción no era acertada. Estando del otro lado del mostrador por primera vez en su vida, casi no podía discernir cuál era la mejor forma de ayudar a su padre... a quién llamar o a qué especialista consultar. ¿Debía empujar decididamente para que su padre viera de inmediato a un especialista o lo dejaba pasar? Después de todo, tal vez se tratará de una infección. Su personalidad tipo A y todos sus años de educación médica y de entrenamiento quirúrgico no parecían servirle y comenzaba a sentir y razonar como el "hijo de un papá con un potencial cáncer." Se había convertido en una víctima sumisa del sistema de atención.

Si bien de manera no intencional, el ambiente que solemos crear - en el cual los pacientes y sus familias se sienten sumisos y sin poder para cuestionarnos- es peligroso, tanto para ellos como para nosotros, porque estamos ignorando un recurso importante que puede ayudarnos a tomar las decisiones correctas y a garantizar una atención segura y de alta calidad. La atención médica de nuestros días es muy compleja y requiere de equipos de cuidadores muy entrenados que sepan colaborar unos con otros para obtener buenos resultados. Los pacientes y sus familias son tan parte de este equipo como los cirujanos y anesthesiólogos que realizan los procedimientos.

Los pacientes deben ser nuestros socios

El concepto de participación del paciente ha tenido diferentes definiciones en los últimos años, y muchos líderes de organizaciones están buscando la mejor forma de involucrar, capacitar, empoderar y comprometer a los pacientes; Hoy está de moda unificar estos términos en uno solo que llama a "activar" a los pacientes. Si bien puede haber sutiles diferencias en el significado de cada una de estas palabras y de cómo deben aplicarse a la atención médica, todas buscan lo mismo: una mayor participación de los pacientes en sus cuidados de salud.

Merlino prefiere caracterizar esta mayor participación de los pacientes como una "sociedad". Un socio es una persona que se une o asocia a otras en una esfera o actividad de común interés. Y probablemente no haya mejor ejemplo de esta necesidad de sociedad que en la relación médico-paciente. Como cirujano, cuando examina a sus pacientes y ve que tienen cicatrices de cirugías previas, Merlino les pregunta de qué los operaron. A menudo se sorprende cuando sus pacientes no recuerden o le dicen: "*Mi anterior cirujano me sacó una parte del intestino, pero no sé exactamente por qué lo hizo*". Todavía le sigue resultando inadmisibles que una persona sea internada en un

hospital, sea sometida a una anestesia general y le saquen algo de su cuerpo, sin que pueda referir qué fue lo que se le hizo y por qué.

Si bien el grado de alfabetización en salud de los pacientes varía según el nivel de educación y la edad, generalmente es bajo. Aún en niveles de educación altos, tener una comprensión acabada de problemas médicos complejos es difícil, como lo es también la toma de algunas decisiones. Incluso a los médicos, dada la alta sofisticación y super sub-especialización de la medicina actual les resulta imposible ser expertos en todos los temas. Sobre estas premisas, tenemos como médicos la responsabilidad de nivelar el campo de juego entregando información e interactuando con nuestros pacientes.

Los pacientes pueden ayudarse a sí mismos y ayudar a sus médicos estando capacitados para saber qué es lo que pasó o está pasando con su propia salud. Y esto no significa que deban ser expertos en temas médicos o bien leídos sobre sus problemas en particular. Sin embargo, sí son expertos en ellos mismos. Puede ser muy útil para los pacientes comprender lo básico de sus enfermedades o tratamientos, llevando un inventario de lo que les pasó, cómo los trataron y cómo respondieron, así como también de lo que les "dice su cuerpo".

Los pacientes y sus familias también pueden ser útiles de muchas otras formas. Imaginemos, por ejemplo, si antes de entrar al hospital todos comprendieran la importancia del lavado de manos para prevenir infecciones. Podríamos entonces asociarnos a ellos y trabajar juntos para prevenir estas complicaciones. Entonces, si un médico o enfermera ingresa a la habitación y no se lava las manos, el paciente o su familia le podrán pedir sin ninguna vergüenza que por favor lo haga antes de tocar a su ser querido. Pensemos qué poderoso y útil podría ser este simple "empoderamiento". Si bien muchos prestadores se sentirían molestos por el cuestionamiento, deberían agradecerlo.

El mismo tipo de sociedad interactiva es posible con el manejo de la medicación. La Cleveland Clinic tiene instituido un programa denominado "Ask 3/Teach 3" ("Pregunte 3/Enseñe 3). Mediante el mismo, se les pide a los pacientes que realicen tres preguntas muy simples cuando reciben cualquier medicación en el hospital: ¿Qué es?, ¿Para qué es?, y ¿Cuáles son sus efectos adversos? De la misma manera, se instruye a las enfermeras para que brinden esta información cada vez que administran la medicación. Se busca mediante este método empoderar a los pacientes para que ayuden a las enfermeras a generar seguridad durante el proceso de administración.

Merlino recuerda que cuando él era residente, le molestaba cuando los pacientes y sus familias hacían muchas preguntas. Los residentes suelen tener agendas muy apretadas, están generalmente exhaustos y son muy orientados a la tarea. Quieren tener su trabajo hecho e irse a descansar a sus casas. Como cuidadores, muchas veces nos cuesta reconocer que al preguntarnos un montón de cosas los pacientes y sus familias nos están ayudando. Deberíamos recibir este regalo gustosamente, ya que permiten asegurarnos de que estamos haciendo todo lo posible para brindar una atención efectiva y segura. Además, al escuchar las preguntas de los pacientes y sus familias también estamos evaluando nuestra capacidad de comunicarnos con efectividad. Las preguntas que nos hacen también pueden ayudarnos a recordar cosas. Deberíamos querer que todos nuestros pacientes fueran “molestos y preguntones”. Nos ayuda a ser mejores y a comprender mejor su caso.

Debemos manejar las expectativas de los pacientes

Los sistemas de salud de todo el mundo se encuentran bajo la triple presión de tener que reducir el costo per cápita, cumplir con regulaciones cada vez más exigentes y estar a la altura las crecientes expectativas de los pacientes. Esta mayor expectativa está determinada por el gran consumismo de la medicina de hoy en día. El manejo de las expectativas de los pacientes mediante el establecimiento de sociedades puede ayudar a manejar los recursos siempre escasos y a cumplir con los requisitos de los reguladores. Para manejar con éxito las expectativas de los pacientes, tanto los prestadores como los hospitales deben hacer dos cambios críticos en la forma de interactuar con los pacientes y sus familias. En primer lugar, deben poder alinear las expectativas con la realidad y, segundo, deben lograr que los pacientes asuman mayor responsabilidad en sus propios cuidados.

El alineamiento de las expectativas de los pacientes con la realidad es fundamental. Los pacientes entran a los hospitales con ciertas nociones preconcebidas de lo que ocurrirá en ese ambiente, y a menudo se retiran habiendo experimentado algo muy distinto a lo que esperaban. Las nociones preconcebidas son el resultado de conversaciones con familiares y amigos, del bombardeo de los medios, de internet y de una enorme variedad de otras fuentes. El gran desafío consiste en alinear estas expectativas con su experiencia; pero a menos que la persona haya estado internada alguna vez, es posible que no tenga una acabada comprensión de lo que significa estar internado en un hospital.

La experiencia del paciente depende entonces fundamentalmente del adecuado balance entre lo que éste espera y lo que recibe. Una experimentada líder de la Cleveland Clinic,

Joanne Zeroske, presidenta de uno de sus hospitales comunitarios, trabajó bastante con sus médicos y enfermeras para mejorar la satisfacción de los pacientes con el manejo del dolor. Zeromske pasó un tiempo observando la forma de comunicación de dos cirujanos ortopédicos de su hospital. Uno de los cirujanos siempre les decía a sus pacientes que tendrían bastante dolor en el post-operatorio, y que iban a tratar de hacer lo imposible para calmarlos, pero que no podía prometerles nada. El otro cirujano les decía que él era un experto en esa técnica y que no tendrían prácticamente dolor en el post-operatorio. No hay que ser adivino para saber cómo calificaron los pacientes la habilidad de estos médicos para tratar el dolor. Aquel que estableció con honestidad el nivel de expectativas tuvo mejores puntajes en el ítem "manejo del dolor" que el médico que minimizó en la entrevista previa el dolor post-operatorio. No hay nada que pueda preparar realmente a los pacientes para el dolor luego de sus cirugías. Pero cuando los pacientes no están advertidos, o peor aún, esperan no sentir dolor, frecuentemente se sorprenden y molestan. Es importante que los médicos expliquen a sus pacientes exactamente lo que pueden experimentar y cómo piensan manejar el dolor.

Otro gran ejemplo que demuestra la importancia de manejar las expectativas es el timbre de llamado a enfermería de la cama de los pacientes. Estos a menudo asumen que una enfermera se presentará de inmediato apenas tocan el llamador, una expectativa poco realista que marca un gran desconocimiento del funcionamiento de un piso de internación. Es probable que en una sala una enfermera esté a cargo de cuatro o cinco pacientes; a pesar de las mejores intenciones y de las tácticas que se utilicen para responder rápidamente, generalmente la respuesta dista de ser inmediata. Los administradores hospitalarios generalmente creen que la razón de los bajos puntajes de las encuestas en este ítem es el enojo de los pacientes por no acudir inmediatamente. Pero no es eso lo que suele pasar. Imagine que usted es un paciente que aprieta el timbre de llamado para que lo ayuden con algo relativamente simple y no urgente, como tomar un vaso de agua. Si nadie acude rápido usted no se enoja por la falla en el servicio o porque tenga sed. Se preocupa y se vuelve ansioso imaginando qué pasaría si hubiera apretado el timbre por una urgencia real; ¡tal vez nadie hubiera venido y podría haber muerto! Aun cuando la secretaria del servicio hubiera contestado inmediatamente por el intercomunicador diciéndole que la enfermera iría pronto, si pasan más de 20 minutos y no aparece, usted seguirá ansioso por no saber qué es lo que está pasando que la enfermera no viene: ¿le habrán avisado? ¿se habrá olvidado? ¿me asignarán poca importancia? Es ahí, cuando usted se siente ignorado, que realmente se enoja.

En ningún lugar hay mayor desfase potencial entre las expectativas y las experiencias que en aquellos hospitales que gastan decenas de miles de dólares en "amenities" para brindar una experiencia equiparable a un hotel de cinco estrellas. Sus planes de

marketing alientan incluso esta expectativa. Esto es poco realista y casi imposible de cumplir, dado el ámbito en el cual se brinda la atención. Los pacientes que creen que vienen al hospital a descansar se enojan cuando las enfermeras los despiertan a mitad de la noche para tomarles los signos vitales, o cuando muy temprano aparece el extraccionista en su habitación para sacarle sangre a fin de que los resultados de laboratorio estén disponibles durante el pase de la mañana. Los hospitales no son hoteles, y debemos ser muy cuidadosos en establecer esto de entrada. Es cierto que podemos hacer un mejor trabajo en cuanto al momento o necesidad de registrar los signos vitales o retrasar los horarios de extracción, permitiendo que los pacientes duerman un poco más, pero siempre debemos balancear estas consideraciones con lo que es realmente importante para una atención segura y de calidad.

Una situación similar se da con el ítem *“tranquilidad y silencio durante la noche”* de la encuesta HCAHPS. Muchos pacientes esperan que los hospitales sean lugares tranquilos y silenciosos. Si bien esto podía ser cierto hace algunas décadas, hoy no lo es. Los hospitales son ruidosos y pasan infinidad de cosas. Hace cuarenta años los hospitales no tenían tanta tecnología y los pacientes estaban mucho menos enfermos. Hoy, los hospitales tienen internados pacientes más agudos y que demandan muchos más cuidados. La atención es compleja, el ratio enfermera-cama cada vez más justo y hay muchísima actividad en los office de enfermería. ¡No son para nada tranquilos! Necesitamos informarles a los pacientes que no esperen un silencio absoluto para que no nos juzguen demasiado ruidosos cuando esperaban algo distinto.

Cuando se revisan las quejas escritas sobre ruidos molestos de la Cleveland Clinic, la mayoría están relacionadas con tener un compañero de cuarto, con el ingreso de enfermeras en la mitad de la noche y con conversaciones en voz alta en las estaciones de enfermería. Si bien se pueden cambiar algunas cosas, los pacientes deben comprender que -en la mayoría de las circunstancias- se supone que las enfermeras entren a tomar los signos vitales a las 3 de la mañana. Están en un hospital y es su trabajo controlar la condición de los pacientes.

Los pacientes y sus familias también deben ser razonables

Como la mayoría de los hospitales de los Estados Unidos, la Cleveland Clinic ha eliminado prácticamente los horarios de visita. Esto significa que los familiares y amigos pueden visitar a los pacientes en cualquier momento sin restricciones, una política que es consistente con los estándares nacionales de la Joint Commission, de Medicare & Medicaid y las recomendaciones de varias asociaciones profesionales. Eliminar los horarios restrictivos de visitas es lo mejor para los pacientes. El objetivo es

que los familiares y amigos estén cerca para brindarles confort y apoyo. Merlino estaba de acuerdo con la declaración del Institute for Patient –and Family- Centered Care que pide que *“la familia sea respetada como parte del equipo de atención –nunca como solo visitantes- en todas las áreas del hospital, incluyendo el departamento de emergencias y la unidad de terapia intensiva.”*

Ahora que las restricciones horarias a las visitas se han levantado, los familiares y amigos tienen, sin embargo, la responsabilidad de ser “socios responsables” del equipo de atención y atenerse ellos mismos a los estándares apropiados para un hospital. Si imaginamos una habitación compartida, hay ciertos comportamientos y acciones que no pasan un test de razonabilidad.

1. ¿Es razonable que un paciente reciba muchas visitas a la noche, alterando potencialmente el sueño de su compañero de cuarto?
2. ¿Es razonable que una paciente joven tenga durante la noche a su novio durmiendo en el mismo cuarto alterando la privacidad de su vecina?
3. ¿Es razonable que los miembros de la familia traigan a sus hijos pequeños y les permitan jugar durante horas en el cuarto?
4. ¿Es razonable que un paciente le permita a sus familiares comer en la habitación cuando su compañero de cuarto está en ayuno estricto?

Cualquiera que haya leído esto seguramente estará de acuerdo en que ninguna de estas acciones es razonable. Si bien no se conocen estadísticas exactas sobre el número de habitaciones compartidas en los Estados Unidos, la figura más comúnmente citada es de aproximadamente el 60 al 70%. Esto significa que la mayoría de las habitaciones hospitalarias del país son compartidas y los pacientes deben convivir sus días de internación con un vecino. Como no se puede reconstruir toda la infraestructura hospitalaria para que todas las habitaciones sean individuales, se necesitan ciertas normas sobre las visitas.

Los hospitales tienen la responsabilidad de proteger la privacidad de todos sus pacientes. La responsabilidad final de hacer cumplir estándares razonables de visita suele recaer de manera algo injusta sobre el personal de enfermería, y las acciones que limitan o restringen ciertas conductas de los visitantes pueden llevar a que los pacientes califiquen negativamente su experiencia. Esto es injusto para el hospital. Los

pacientes y sus familias tienen la responsabilidad de ser considerados. Deberían aplicar el mismo estándar que aplica a los médicos y enfermeras: ¿cómo les gustaría a ellos ser tratados? Se puede en este punto hacer una analogía con las líneas aéreas, que piden a los pasajeros que ocupen los compartimientos superiores con una sola pieza de equipaje. Si bien se predica, este estándar raramente se cumple; es común ver a las personas sobrecargar los compartimientos con infinidad de cosas quitándoles lugar a los que vienen después. Los pacientes, como los pasajeros, también deben ser razonables.

Debemos enseñarles a las personas lo que significa ser pacientes

Como profesionales de la salud, solemos pasar mucho tiempo capacitando a los pacientes sobre su enfermedad y las opciones de tratamiento. Pero dedicamos poco o nada de tiempo a explicarles lo que significa ser pacientes y lo que deben esperar durante su internación. La ansiedad, el temor y la confusión inherente a cualquier hospitalización se exacerban cuando los pacientes no saben lo que está pasando ni lo que pueden esperar.

Para abordar este problema de comunicación, en 2011 la Cleveland Clinic trabajó con una compañía externa de tecnología para desarrollar un módulo informático de participación online destinado a enseñarles a los pacientes lo que pueden esperar durante su hospitalización. El programa ayuda a que los pacientes comprendan los procesos e interacciones claves que definirán su experiencia, incluyendo cómo asociarse al equipo de atención para que su estadía hospitalaria sea más satisfactoria. La hipótesis de la Cleveland era que si discutían con los pacientes lo que podían esperar durante su hospitalización, podrían alinear sus expectativas con la realidad, aumentar su nivel de confort en cada encuentro y mejorar los puntajes en las encuestas de satisfacción.

Estructurando la información en torno a los dominios de la encuesta HCAHPS, se capacitó a los pacientes sobre lo que podían esperar durante su internación, sugiriendo tácticas que podrían mejorar sus experiencias. El programa informaba a los pacientes que la enfermera promedio tiene a su cargo cuatro o cinco pacientes y que era probable que esto hiciera imposible que acudiera inmediatamente al llamado, pero que el equipo respondería en segundos si se trataba de una emergencia. También se les informaba que los hospitales no son lugares tranquilos, y si bien la clínica hacía todo lo posible para generar un clima apacible, podían cada tanto sufrir ruidos o interrupciones. Mediante el programa, los pacientes aprendían además que el dolor puede ser difícil de

erradicar del todo, y que podía ser una parte muy real de su experiencia. Se les hacía saber que los profesionales de la clínica harían todo lo que estuviera a su alcance para que se sintieran cómodos y que les hicieran saber si no lo estaban consiguiendo, pero que era posible que no pudieran sacarles totalmente el dolor.

En cuanto a la parte más importante del ámbito hospitalario, la comunicación, se les pedía a los pacientes que se hicieran socios de sus equipos de atención anotando sus preguntas para que estuvieran bien preparados cuando los visitaran los médicos y enfermeras. También se les pedía que empoderaran a sus familiares y amigos para que actuaran como comunicadores subrogantes y defensores.

Merlino y su equipo probaron la efectividad del programa comparando dos grupos de pacientes; uno que había recibido la capacitación sobre “lo que se puede esperar” y otro que no. Cuando a los pacientes se les informaba que las enfermeras irían apenas pudieran luego de que apretaran el timbre de llamada, los puntajes del ítem “velocidad de respuesta” eran mayores. Cuando se estimulaba a los pacientes a realizar preguntas sobre su atención, la satisfacción con la comunicación también era mejor. Y cuando se educaba a los pacientes sobre las características del ámbito y trabajo hospitalario, solían perdonar más las interrupciones y sus percepciones sobre la tranquilidad del ambiente eran mejores. Encontraron que las expectativas de los pacientes podían nivelarse para que fueran más realistas.

La Cleveland Clinic también hace otras cosas para tratar de emparejar las expectativas de los pacientes con sus experiencias. El programa de excelencia en el servicio “*Communicate with Heart*” ya descrito incluye módulos de entrenamiento para todo el personal que interactúa con pacientes, sean profesionales de la salud o no, destinados a que conozcan su rol y el impacto de su trabajo sobre las expectativas de los pacientes. Cada encuentro de un empleado de la clínica con un paciente debe incluir una conversación acerca de lo que este último puede esperar, comenzando por su acceso en el hospital, pasando por admisión y siguiendo por los pasillos y áreas clínicas. Incluso la información que se les brinda a los pacientes antes de su ingreso, tal como las instrucciones para llegar al hospital o los estacionamientos cercanos influyen sobre su percepción. También impacta sobre sus experiencias la información acerca de cómo navegar los servicios o sobre la filosofía de la organización.

Un viejo adagio de la atención médica dice que la planificación del alta comienza en el momento de internar al paciente. Si bien repetimos esto, raramente diseñamos nuestros procesos para sostener esta afirmación. La atención de la salud es un viaje longitudinal. Cuando en 2013 la Cleveland rediseñó su guía de internación, trabajó con sus equipos

de atención para garantizar que siempre se entregara a los pacientes y sus familias información que los ayudara a hacer los arreglos para el momento del alta. A todos se les entregaba un checklist que incluía recordatorios para que pensarán cosas tales como quién asistiría a los pacientes cuando se fueran del hospital, quién se encargaría de confirmar y agendar las consultas de seguimiento, etc. Esto ayuda a que los pacientes y sus familias estén mejor preparados para la transición de cuidados entre el hospital y sus hogares.

Las organizaciones de salud estarán cada vez más presionadas para manejar los escasos recursos de manera más efectiva. Una de las estrategias de los financiadores para reducir el gasto y mejorar la atención médica consiste en modificar el sistema de pagos, cambiando el modelo de pago por prestaciones por otro de pago por valor. En otras palabras, en vez de pagar por "hacer más", pagar por "hacer mejor". La incorporación de tácticas para comprometer o "activar" a los pacientes es inherente a esta estrategia. Las organizaciones de salud están desarrollando programas para que los pacientes hagan cada vez más; sin embargo, el foco no puede ser unidireccional. El riesgo y la responsabilidad no pueden recaer sólo sobre los prestadores; los pacientes también deben hacer su parte. Podemos llamarlos para recordarles que tomen su medicación o asegurarnos que no pierdan turnos programados. Podemos incluso ir a controlarlos a sus casas o coordinar sus traslados para las consultas de seguimiento. Pero no podemos forzarlos a que coman sano, tomen sus medicamentos o abandonen el hábito de fumar. La promoción del bienestar, el mantenimiento de la salud y la cura de enfermedades requiere un esfuerzo del 100%, no sólo de parte de los prestadores, sino también de los pacientes y sus familias.

Los pacientes tienen hoy acceso a una increíble cantidad de información. Internet y las redes sociales les permiten acceder al instante a los nuevos hallazgos científicos, al ranking de médicos y hospitales, a contenidos de marketing y -cada vez más-, a datos sobre costos. Esta gran disponibilidad de información los transforma en actores mucho más importantes a la hora de tomar decisiones.

Los pacientes ya no son más sólo pacientes, consumidores o clientes; se han transformado en nuestros socios. Necesitamos que nos ayuden cuidándose ellos mismos y comprendiendo no sólo su enfermedad sino también el ambiente en el cual son tratados. Necesitamos que defiendan mejor sus intereses y nos desafíen. Nunca ha habido un tiempo mejor o más herramientas para ayudar a cumplir el sueño de DeBronkart de crear pacientes empoderados, equipados, educados, comprometidos y expertos. Nunca hemos estado tan cerca de asegurarnos que la voz de los pacientes sea oída

12. Lecciones aprendidas

El mayor logro de la Cleveland en cuanto a experiencia del paciente ha sido su capacidad para ejecutar el trabajo, algo que Merlino le atribuye a su mentor y amigo Annath Raman, de la Escuela de Negocios de Harvard. Él lo ayudó a entender la importancia de saber cómo hacer operativos los cambios.

La ejecución ha sido la que ha llevado a la experiencia del paciente en la Cleveland de un objetivo aspiracional a una realidad operativa que se ha ganado el respeto de los líderes de la organización y llamado la atención de instituciones de salud de todo el mundo. El éxito de su ejecución es palpable. Las métricas de la organización han mejorado, sus prestadores viven la experiencia del paciente, sus líderes la conducen y, más importante aún, sus pacientes la sienten. El desafío hacia adelante es sostener lo que se ha hecho y mejorar. Es fácil arreglar algo que está roto; es mucho más difícil tomar algo exitoso y hacerlo aún mejor. Si bien las estrategias de la Cleveland evolucionarán y las tácticas podrán cambiar, el foco sobre los pacientes como verdadero norte de navegación y el alineamiento en torno a su experiencia nunca debería cambiar.

En enero de 2014, Merlino fue invitado a presentar el programa de experiencia del paciente a un centro médico de Oklahoma. Ante los comentarios de las autoridades de que *"no todos pueden ser la Cleveland Clinic"*, Merlino respondió: *¡Sí, ustedes pueden!* Todo se trata de la postura mental de los líderes y de cómo la organización se alinea alrededor de esta filosofía, haciendo que la experiencia del paciente sea una prioridad estratégica. Y, si bien es cierto que al principio hubo que invertir materialmente en la iniciativa, hoy la Cleveland sabe mejor cómo alcanzar el éxito sin gastar mucho. El establecimiento de una estrategia en experiencia del paciente, el desarrollo y la ejecución de las tácticas necesarias no necesita ser costosa. La implementación de recorridas horarias de enfermería no requiere de ninguna infraestructura o tecnología especial; sí de liderazgo, entrenamiento y responsabilidad. La distribución de calificaciones a los médicos y la enseñanza de técnicas de comunicación requieren coraje. Las recorridas ejecutivas son otro gran ejemplo: cada Director Ejecutivo de cualquier hospital del mundo podría comenzar mañana, a un bajo costo y con una alta tasa de retorno.

Al momento de reflexionar sobre las lecciones aprendidas en estos últimos años, Merlino sostiene que si bien leyó muchos libros y artículos científicos sobre cambio

organizacional y liderazgo, pocos describen los pasos en falso o las oportunidades de aprendizaje durante la lucha por ser exitosos. Él no estudió Medicina para ser un líder de una organización de salud pero el destino lo puso allí. La información volcada en su libro *"Service Fanatics"* representa el trabajo de mucha gente inteligente y capaz. Los resultados están claramente organizados y presentados, lo que no le hace justicia al enorme proceso de prueba y error. A veces se disfruta una exquisita comida sin conocer la caótica cocina en la que se generó. Aún con toda la gente dedicada en la Cleveland Clinic a esta iniciativa, es un trabajo duro y que lleva tiempo. Su propia experiencia en este viaje le ha enseñado, a veces con dolor, importantes lecciones:

No espere resultados de la noche a la mañana.

Piense a largo plazo. Al principio uno quiere cambiar el mundo y dar vuelta la organización en la que trabaja. Sin embargo, esto no pasa rápido. El entusiasmo y la excitación son importantes, pero la toma de decisiones meditadas con una visión de largo plazo resulta un factor crítico. Siempre hay que considerar el impacto de las decisiones sobre el sistema. Una pequeña mejora en un área, cuando no se tiene una visión holística, puede tener consecuencias indeseadas en otras áreas de la organización. La búsqueda de la gratificación inmediata en este trabajo puede llevar a errores importantes que terminen afectando negativamente a las personas y a la organización. Reconozca que está buscando un cambio cultural que transforme a su organización y que eso lleva tiempo. El sector salud no está acostumbrado a esta visión centrada en el paciente. La propuesta de mejorar la experiencia del paciente debe ser un proyecto plurianual. Sea paciente, pero persistente.

Sea flexible. Hay muchas formas de hacer las cosas bien

Sea flexible en cuanto a la forma de hacer lo que usted piensa que es correcto. Desde una posición de autoridad, es muy tentador establecer una norma que obligue a todos a hacer algo como usted piensa. Pero la atención de la salud tiene mucha variabilidad según el contexto; es muy distinta a una línea de montaje y no hay "talles únicos". Dentro del Sistema de Salud de la Cleveland, por ejemplo, se incluyen tanto el hospital central de 1.200 camas de alta complejidad como distintos centros comunitarios de atención primaria. Bajo el concepto *"One Cleveland Clinic"*, se busca garantizar que las estrategias y tácticas críticas de la organización se encuentren estandarizadas. Pero la falla para reconocer y aceptar que cada institución tiene sus propias necesidades y cultura local puede dar lugar a fracasos. Los proyectos funcionan mejor cuando los gerentes y líderes locales gozan de cierta flexibilidad para que, al momento de implementar, los puedan adaptar a las realidades de su entorno. Esta sensación de propiedad local del proyecto permite una ejecución más efectiva, porque se está

depositando la confianza en las personas del lugar. Las recorridas horarias de enfermería, por ejemplo, son una "best practice" que debería ser implementada en todos los hospitales del mundo, pero su forma de instrumentación debería ser decidida a nivel local. No todas las habitaciones deben tener un checklist para medir el cumplimiento de normas. Otro buen ejemplo es el plan de mejora de la comunicación entre los médicos y el personal de enfermería, también una "mejor práctica" que todos deberían implementar. Pero la decisión de si esta comunicación debe hacerse al pie de la cama, en las estaciones de enfermería o vía reportes debe ser tomada a nivel local, según las particularidades del trabajo de la unidad. Asumir que se sabe cómo debería realizarse todo en los distintos ámbitos es un error que se suele cometer cuando no se considera a toda la organización.

Reconozca que algunos se van a enojar con usted

Al día de hoy, Merlino está seguro de que hay personas dentro de su organización a las que les gustaría ver volar por el aire a su posición, su departamento y todos los esfuerzos por mejorar la experiencia de los pacientes. No todos se suben a este tren y no todos apreciarán lo que usted está tratando de conseguir. Algunos estarán en contra del concepto, otros en contra de quien lo dirige y otros en contra de las dos cosas. El desafío es lograr convencer y transformar al 10% de las personas que no muestran mucho entusiasmo y librarse del 5% de aquellas que jamás deberían trabajar en un hospital. La determinación por mejorar la experiencia del paciente es importante, pero la resiliencia es crítica. La sugerencia más sabia sería "hacer lo correcto, que lo demás se acomodará solo". Cuando aparecen resistencias, es importante ser respetuoso y actuar con integridad, pero al final del día, cuando planteamos el asunto desde la perspectiva de qué nos gustaría a nosotros como pacientes, nunca podemos perder.

Los comités son importantes, pero no los utilice como un sustituto del liderazgo

Muchos hospitales, y la Cleveland Clinic no es la excepción, se quedan empantanados en una forma de pensar de comité. A veces pareciera que cada iniciativa mayor y cada decisión debería ser analizada y aprobada por un comité, subcomité o grupo de trabajo. Este es un fenómeno más común en salud que en otras industrias porque hay muchas partes interesadas y estructuras de administración heredadas. Sin embargo, muchas de las decisiones más acertadas y de mayor éxito del programa "Patients First" fueron tomadas por el CEO o por alguna autoridad que asumió la responsabilidad de liderar. Merlino ha sido a veces criticado por este abordaje, pero piensa que sus resultados hablan mucho de sus métodos. No se trata de tomar decisiones sin consultar y sin ponerlas bajo el escrutinio de otros, pero a veces hay que tomar decisiones. Podemos

hacerle ahorrar a las personas un montón de tiempo y a las organizaciones un montón de dinero no utilizando un comité para cada iniciativa. La Cleveland Clinic no tiene un "Comité Asesor en Experiencia del Paciente", tiene un líder, Merlino, y un fuerte aliado el Director Ejecutivo de Enfermería, que lidera la mayoría de los esfuerzos en el campo. Ambos se consultan permanentemente entre ellos y realizan consultas con los responsables de las distintas áreas sobre las que deben operar, pero son en definitiva los responsables del trabajo. Por lo tanto, toman decisiones y las hacen operativas.

Hay muchos cuidadores muy entusiastas en su organización que querrán involucrarse en la experiencia del paciente, pero necesita encontrar a gente calificada y con talento para ayudarlo.

A veces las organizaciones tienden a contratar líderes por sus relaciones o personalidad. Se los debe buscar por capacidad y logros. De manera similar, las ideas que vienen de afuera, particularmente las que potencialmente pueden impactar sobre la cultura organizacional, suelen ser rechazadas y destruidas. Lo mismo pasa cuando se recurre a demasiados consultores externos. Cuando se reconoce el talento interno y se ayuda a los empleados a que desarrollen su potencial para impulsar cambios, las organizaciones pueden decir: "Lo hicimos nosotros". Sin embargo, a menudo minimizamos la magnitud del desafío pensando que podemos hacer todo solos. El campo de la experiencia del paciente ha evolucionado, y hay por ahí buenas estrategias, tácticas y, más importante, gente que puede ayudarnos a hacer operativas las mejoras. Debemos encontrar y canalizar estos recursos para que nos ayuden a que el cambio sea más efectivo y rápido. Hay que sacarse de encima el preconcepto de que tenemos todas las respuestas y que sólo nuestra propia gente puede hacer las cosas. ¡Aprenda de otros!

En nuestra actividad, el cliente no siempre tiene razón

Cuando se trata de manejar las percepciones de los pacientes respecto a su cuidado, generalmente hay mucha emoción y poca ciencia. La empatía tiene dos vías: así como debemos cuidar a los pacientes, también tenemos la responsabilidad de cuidar a nuestra gente, porque la atención de nuestros días no es tarea sencilla. Como dijimos, cuando los pacientes se quejan, la historia siempre tiene tres lados: lo que el paciente dice que pasó, lo que nuestros cuidadores piensan que pasó y lo que realmente pasó. Es fácil dejarse llevar por anécdotas y saltar a conclusiones rápidas. Pero es nuestra responsabilidad asegurarnos de que comprendemos los hechos antes de actuar, ya que tenemos tanta responsabilidad con nuestros empleados como con nuestros pacientes.

¿Fabrican a veces algunos pacientes información para manipular el sistema a su favor? Tal vez sus explicaciones acerca de lo que pasó no se ajustan exactamente a la realidad. Hay que ser muy cuidadosos y no tomar una anécdota como la base de un cambio. Tenemos la obligación de asegurarnos de que comprendemos el contexto de la anécdota y no asumir de movida que nuestro prestador hizo algo mal. En algunas organizaciones, una anécdota cuidadosamente plantada puede terminar con una carrera. Tenemos la responsabilidad como líderes de asegurarnos que nuestros juicios sobre las personas estén basados en evidencias y tendencias, no en historias o incidentes aislados.

Experimentará fracasos; no los lamente

Merlino se siente afortunado de tener un jefe (Cosgrove) que no se flagela con los fracasos y que siempre quiere conocer la próxima buena idea. El estilo de liderazgo es importante. En la Cleveland Clinic, la falla administrativa es esperada, la innovación es estimulada, y el no intentar o darse por vencido es inaceptable. Cuando Merlino estaba escribiendo un artículo sobre experiencia del paciente para el *Harvard Business Review*, el editor le preguntó qué cambiaría si pudiera volver en el tiempo. ¡Nada!, contestó Merlino, agregando que el progreso fue el resultado neto de éxitos y fracasos; todo lo que hicieron, incluyendo estos últimos, contribuyó de alguna u otra manera a conseguir los logros. No todo lo que intentaron funcionó, pero persistieron y se levantaron para encontrar nuevas formas. Por cada par de fracasos hubo también muchos goles que los energizaron para seguir adelante, incluyendo el Programa de Experiencia del Paciente, el video de empatía, las reuniones de capacitación gerencial y el programa de comunicación de los médicos. Aprenda de los fracasos, pero celebre los éxitos.

Todos deben subirse al tren

Así como todos son importantes, nadie puede quedar exento de este compromiso, especialmente los médicos. Se suele argumentar que los médicos están muy ocupados, que entienden el concepto y que no es necesario molestarlos mucho con estas cosas. ¡Error! No basta con que los médicos "entiendan"; tienen que asumir el liderazgo y gestionar todos los días la experiencia del paciente en sus servicios. Si no adoptan programa y participan, se fracasará.

Cuide a su gente

Nuestra gente, todos cuidadores, son el activo más importante. Atender a los pacientes es un trabajo duro, y debemos garantizar la protección de nuestros empleados. Los hospitales son lugares peligrosos, donde todos los días, sin quererlo, se producen errores. Las muertes y eventos adversos durante la atención sanitaria están bien

documentados, y todos en el frente de batalla conocen los riesgos. Nuestros empleados deben venir a trabajar todos los días sabiendo que seremos justos al juzgarlos. Debemos evitar exponerlos a un ambiente de inseguridad psicológica, acoso o bullying, adoptando una política de tolerancia 0 a las conductas disruptivas y maltratos. La mayoría de nosotros apenas puede imaginar lo que debe ser ir a trabajar todos los días y tener que soportar a un compañero de trabajo abusivo o un ambiente de trabajo tóxico. Sin embargo, muchos de los que están leyendo estas líneas saben de lo que estamos hablando. Tenemos que hacerlo mejor; nuestra gente lo merece y nuestros pacientes lo necesitan.

Intente las cosas, aunque le digan que no va a funcionar

“Si hubiera juntado un peso cada vez que alguien me dijo “no va a funcionar” ahora estaría retirado contando el dinero en una playa”, afirma Merlino. “Y si los hubiera escuchado, no habríamos hecho nada”. Una gran parte de los proyectos de experiencia del paciente que encararon en la Cleveland estuvieron en peligro porque la gente hablaba en contra de ellos. Los instintos en este negocio son importantes. Tómese su tiempo para aprender sobre su organización y conozca a su gente y a sus líderes. Trate de entender qué es importante para ellos y transfórmelos en aliados de sus esfuerzos. Una vez identificados sus apoyos y pisando terreno más firme, involúcrelos para que lo ayuden a llevar adelante las nuevas ideas. Habrá veces en las que una fuerte personalidad se opondrá a una nueva idea. Nunca falta el experimentado administrador que ha visto y hecho todo, que le diga que lo que usted plantea está condenado al fracaso. No tenga miedo de desafiar la sabiduría convencional. Se necesita coraje y una voluntad firme para ocasionalmente ganarse enemigos. Pero, si se quieren cambiar las cosas, a veces el riesgo vale la pena.

Muévase rápido

Si bien la mayoría de los esfuerzos de mejora toman tiempo y las decisiones deben ser tomadas a conciencia, a veces una buena idea sólo necesita ser ejecutada. No debe malinterpretarse este concepto. Un adecuado liderazgo y una eficiente gestión operativa requieren –casi siempre– de una cuidadosa planificación y ejecución. Pero uno no debería quedarse atascado en el pensamiento de que toda buena idea o proyecto necesita un plan completo de negocio o un diagrama de PERT. Algunos de los mayores éxitos del equipo de Merlino surgieron de buenas ideas que simplemente comenzaron a ejecutarse. Mientras que uno no se salga de escala tratando de avanzar demasiado rápido con algo demasiado grande, es bueno comenzar a plasmar rápido las ideas en

proyectos piloto y ver adónde llevan. En el ambiente sanitario actual, donde los cambios son muy rápidos y el futuro incierto, la velocidad de adopción es crítica.

Tome riesgos, abrace su vulnerabilidad y tenga un poco de coraje

Uno de los mejores elogios que Merlino recibió fue cuando le pidió a un colega de la Cleveland que describiera su estilo de liderazgo. La respuesta fue: "corajudo". No estaba muy seguro de qué le quería decir con esto, pero su colega aclaró: *"Te metiste en algo de lo que no sabías nada, como mejorar la experiencia del paciente. Desafiaste el pensamiento convencional y no tuviste miedo de ofrecer algo disruptivo: el "Programa de Experiencia del Paciente de la Cleveland", ¡y nunca te rendiste!* En retrospectiva, Merlino entiende un poco mejor lo que su colega le quiso decir. La atención de la salud y las operaciones hospitalarias están encerradas en su propio legado y tradición. A veces es necesario sacudir un poco la estructura. La implementación de mejoras en la experiencia del paciente requiere coraje y de un esfuerzo inculdicable para seguir intentando y probando mejoras cuando las cosas parecen salirse de carril.

También hay que saberse vulnerable, en el sentido de estar dispuesto a sentirse incómodo. Muchas personas se atrincheran en el status quo. Se preocupan más por preservar su trabajo y la armonía con sus colegas que por intentar cambiar algo. Si uno no está dispuesto a tomar riesgos (incluyendo la propia estabilidad laboral) será muy difícil que pueda liderar una transformación organizacional. Y tomar riesgos requiere de coraje y de la disposición a aceptar la propia vulnerabilidad.

Nunca se olvide de dónde viene ni de quienes lo ayudaron a llegar a donde está

Esto no necesita mayor explicación. Sin embargo, algunas personas, cuando acceden a posiciones de liderazgo tienden a olvidarse del equipo que los ayudó a llegar.

Epílogo. La responsabilidad de liderar

Muchas de las mejores ideas de la Cleveland Clinic surgieron de estudiar las mejores prácticas de otros, por lo que uno de sus primeros objetivos fue ayudar a otros a modelar el emergente campo de la experiencia del paciente compartiendo lo que iban haciendo y aprendiendo en el camino. Escuchaban activamente y compartían

información. Merlino cree en el valor de unir a las personas en redes para intercambiar ideas, aprender y ayudar a otros a mejorar lo que están haciendo sus los pacientes. Pero es más que eso, se trata de un movimiento.

Hace años que Merlino recorre su país y parte del mundo predicando este evangelio en seminarios y congresos que reúnen miles de personas. Cada una de estas reuniones cuenta con oradores que presentan historias increíbles y de gran impacto. El éxito del mensaje va más allá de lo que hubiera podido imaginar. El hambre por aprender y compartir conocimientos lo llevó a fundar, junto con otros apasionados por este tema, la Association for Patient Experience (AfPE), www.patient-experience.org/Home.aspx . Se trata de una organización independiente y sin fines de lucro cuya misión consiste en "mejorar la experiencia del paciente brindando a los prestadores de salud, pacientes, familias y otros, información, capacitación, oportunidades de networking y recursos relacionados con mejores prácticas.". La asociación está libre de sesgos comerciales y no tiene conflictos de intereses económicos, para que las personas puedan sentirse libres intercambiando ideas e información. La membresía es gratis, y miles de personas reciben su newsletter, en el cual está representado el trabajo de muchas organizaciones de salud alineadas bajo esta bandera.

Así como el juramento hipocrático une a los médicos de todo el mundo en un compromiso ético y moral con los pacientes, el foco en la experiencia del paciente –la obligación de mantenerlo en el centro de todo lo que se hace-, debería unir a las organizaciones y líderes de salud de todo el mundo. En todo el globo, médicos, enfermeros y administradores experimentan los mismos desafíos, alegrías y oportunidades que se vivieron en la Cleveland. No sorprende que ellos también quieran brindarles a sus pacientes una atención segura y de calidad, en un marco de empatía, compasión y humanidad.

El video de empatía de la Cleveland Clinic ha sido presentado formalmente en más de 200 países. Las caras y reacciones del auditorio son muy similares en todos lados: silencio y emoción visible, que incluye en muchos casos lágrimas. Estas reacciones universales no son coincidencia. El video tiene un significado real; permite una conexión tangible con nuestro llamado vocacional.

La necesidad de avanzar hacia una atención más centrada en el paciente y de implementar estrategias que mejoren su experiencia no es única de la Cleveland Clinic, ni de las organizaciones con muchos recursos económicos. Resuena en todo el mundo porque es lo que se debe hacer, y porque impacta la efectividad en distintas áreas,

incluyendo las de calidad y seguridad. Se trata también de nosotros, nuestros padres, hijos y hermanos.

Esta es su oportunidad de liderar. Este movimiento es crítico para la forma de brindar salud. ¡Únase a nosotros!