

LOS PACIENTES PRIMERO

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

Parte II

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Compañía de Seguros

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.

Basado en el libro: "Service Fanatics: How to Build Superior Patient Experience the Cleveland Clinic Way". James Merlino (2015). McGraw-Hill Education; 1st edition. Resumen y adaptación al español: Dr. Fabián Vítolo. NOBLE Cía de Seguros

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 (**H**elp **U**s **S**ustain **H**ealing). 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, ése 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 cardiocirujanos 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 sobrevida 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!