

LOS PACIENTES PRIMERO

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

Parte I

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Compañía de Seguros

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

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

* 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

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

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

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

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

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

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

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

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

generó un importante tema de conversación inicial y una declaración estratégica del porqué de la existencia de la organización.

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

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

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

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

lugar, y Cosgrove y su gente utilizaron este hecho para prender la plataforma en llamas. Era urgente hacer algo.

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

2. Liderar el cambio

El CEO al frente del proyecto

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

suficiente sobre un espectro tan amplio de áreas y servicios, es el CEO de la organización.

Creación de una estructura para gerenciar la experiencia de los pacientes

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

Si bien novedosa para el sector salud, la posición de un CXO "Chief Experience Officer" (Gerente de Experiencia del Paciente) no es desconocida por la mayoría de las industrias del sector servicios, que suelen denominarla "Gerencia de Atención al Cliente". Estas personas, responsables de que los clientes tengan buenas experiencias, reportan a los CEO's y suelen contar con un pequeño staff y un presupuesto no muy alto, pero por la posición que ocupan en sus compañías tienen una gran influencia sobre toda la organización y sus recursos.

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

Iniciativas mayores

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

- Reorganización de los Servicios:

La Cleveland Clinic fue el primer sistema de salud de los Estados Unidos que cambió su forma de organizar la atención médica. Tradicionalmente, los centros médicos universitarios se estructuran a través de grandes departamentos, como el Departamento de Cirugía o el Departamento de Medicina Interna. Todas las subespecialidades quirúrgicas y clínicas, se dividen entre estas dos grandes áreas. Si bien los cirujanos y los especialistas clínicos de los principales servicios de la Cleveland, como cardiología o gastroenterología ya estaban acostumbrados a trabajar bien juntos, Cosgrove sentía que formalizar este modelo y generalizarlo a todas las especialidades de la organización mejoraría sustancialmente la atención de los pacientes. Así nació la estructura novedosa que perdura aún hoy. Toda la empresa fue reorganizada alrededor de nuevos institutos, reestructurando significativamente la atención y la forma en la que los pacientes interactúan con el sistema. Ya no existen en la Cleveland departamentos de medicina o de cirugía; existen en cambio institutos organizados en base a enfermedades, aparatos y órganos. El Sydell and Arnold Miller Family Heart & Vascular Institute, por ejemplo, incluye a todas las especialidades clínicas y quirúrgicas necesarias para tratar cualquier condición cardíaca o vascular. Los médicos y servicios son ubicados de forma tal que los pacientes no tengan que viajar a distintos lugares. Cada instituto tiene un equipo gerencial compuesto por un médico como jefe, un líder de enfermería y un administrativo experto en operaciones. La idea fue reorientar toda la atención alrededor del paciente.

- Turnos en el día:

Los datos provenientes de las áreas de marketing y de manejo de quejas revelaban que los pacientes tenían problemas para acceder a los servicios de la Clínica, con turnos muy alejados. Un paciente, por ejemplo, comentó que la Cleveland sólo recibía gente muy rica o jeques árabes. Cosgrove quiso cortar de raíz esta percepción y en 2010

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

- Calificación de los médicos:

Antes de ser CEO, Cosgrove, como jefe del servicio de cardiocirugía había asumido la responsabilidad de consolidar una serie de buenas prácticas en su especialidad en el noreste de Ohio. Una de sus primeras acciones entonces fue difundir con absoluta transparencia los resultados de cada programa de cirugía cardiovascular y de cada cirujano en particular. Estaba convencido de que la comunicación de estos datos a todos los médicos los ayudaría a mejorar, ya que nadie quería estar en el fondo de la tabla. Así fue que una de sus primeras iniciativas para mejorar la experiencia de los pacientes fue establecer un sistema de calificación de los médicos en este tema en base a encuestas a los pacientes y luego hacer que todos conocieran su lugar en el ranking. Pensaba que si quería avanzar en este tema, los médicos tenían que conocer cómo eran juzgados y qué decían los pacientes de ellos.

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

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

Recorridas Ejecutivas

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

Las recorridas también sirven para que los líderes puedan agradecer en persona la contribución de muchas personas de la organización que no suelen tener acceso directo a las autoridades: personal de limpieza, de mantenimiento, de cocina, etc. Generalmente son los médicos y los enfermeros quienes se llevan las palmas, pero ayuda mucho el mensaje de que también hay personas muy valiosas en diferentes roles dentro de la organización y de que todos son importantes. Las recorridas ejecutivas han sido para la

Cleveland Clinic una gran herramienta para encontrar áreas de mejora, pero sin duda su mayor valor tuvo que ver con la visibilidad que ganaron los directivos.

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

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

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

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

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

La experiencia del paciente, la seguridad y la calidad están íntimamente ligadas, y las tácticas que mejoran la experiencia de los pacientes, como el cambio cultural, impactan

también sobre la calidad y la seguridad. Una definición efectiva debe alinear estas prioridades. Si adoptamos una definición de experiencia demasiado estrecha, vinculada solamente a las percepciones de los pacientes o a su satisfacción, corremos el riesgo de dejar al margen cuestiones mucho más importantes, como la seguridad. Gran parte del problema es que, para muchos, la "experiencia" del paciente es sinónimo de "satisfacción" del paciente. De hecho, muchas veces la función es delegada en el departamento de marketing o en un área de gestión de quejas. La definición parece haber sido secuestrada y la experiencia del paciente frecuentemente es considerada sinónimo de mantener a los pacientes "contentos"; que si no obtienen lo que quieren (ej: determinados estudios), no estarán felices y otorgarán a la institución un bajo puntaje en las encuestas de satisfacción.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para definir cómo querían que sus los empleados de la Cleveland Clinic pensarán acerca de la experiencia del paciente, James Merlino se inspiró en la aviación. En esa industria,

la satisfacción de los clientes, si bien es extremadamente valorada, no es lo más importante. La prioridad N° de los pilotos es la seguridad del vuelo, y si eso implica que tengan que esperar para hacer una última verificación, no dudan, aun sabiendo que el retraso impactará sobre la percepción del servicio de los pasajeros.

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

En la atención de la salud, a diferencia de otras empresas de servicio, el cliente no siempre tiene razón. Hay muchas cosas que deben hacerse por su bien que pueden molestarlos, como hacerlos caminar inmediatamente después de una cirugía, o tener que someterlos a un determinado procedimiento. La seguridad está por encima de la satisfacción siempre, y cuando se les pide a los pacientes que hagan cosas que pueden no gustarles o dejarlos insatisfechos, es importante que comprendan el por qué. En esta visión, es la organización quien establece las expectativas y trata de ayudar a los pacientes a que definan su experiencia en base a lo que todos hacen para que estén más seguros, a que prioricen lo que es más importante.

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

La forma en la que la Cleveland Clinic enseña a sus prestadores a definir y pensar acerca de la experiencia del paciente es por otra parte similar a lo que Medicare quiere de los pacientes cuando les pide que evalúen su experiencia. Si uno examina las encuestas de satisfacción HCAHPS, rápidamente se da cuenta que muchas de las

preguntas abordan cosas que van mucho más allá de evaluar si los pacientes estuvieron contentos o no. Nueve de ellas tienen que ver con la comunicación, incluyendo cómo se comunican las enfermeras, cómo lo hacen los médicos, cómo se comunica la medicación, etc. Si la medición de la seguridad del paciente fuera sólo acerca de si la pasaron bien, no se necesitarían nueve preguntas sobre comunicación. Eso es porque lo que busca la encuesta es saber cómo se presta la atención.

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

Además de arribar a una definición clara y concisa, se debe destinar tiempo para pensar en la ejecución. Para que todo fluya de manera armoniosa y que el paciente tenga una buena experiencia en los 360°, Merlino sostiene que hay que trabajar en "las tres P". La primera P son los procesos. Los hospitales están llenos de procesos, y la primera prioridad debe ser garantizar que los procesos básicos de la organización funcionen de manera efectiva y eficiente. Luego se podrá considerar qué procesos adicionales o tácticas pueden mejorar lo que ya se está haciendo. La segunda P hace referencia al personal de la organización, a todo lo que se hace e invierte para desarrollar prestadores dentro de una cultura de servicio focalizada y alineada alrededor de los pacientes. La última P es para los pacientes. Las organizaciones de salud, los médicos, enfermeros y resto del personal están para ayudar a las personas, pero para hacerlo bien necesitan que las personas también los ayuden. No pueden hacerlo solos, y la forma en la que educan, comprometen y activan a los pacientes y sus familias, así como el manejo de las expectativas, es fundamental para alcanzar el objetivo común de una gran

experiencia. Cuando se piensan las estrategias, tácticas y recursos necesarios para mejorar la experiencia del paciente debe comprenderse cómo afectará esa experiencia cada una de estas P.

4. Dar importancia a la cultura organizacional

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

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

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

La cultura de las empresas se compone de dos elementos críticos: el primero son las personas que trabajan en la organización y, el segundo es el grado de compromiso con lo que hacen. ¿Vienen sólo a trabajar, realizar una tarea y cobrar un sueldo, o creen que ser parte de algo especial, trabajando para una organización que tiene una visión consistente y dando lo mejor para hacerla cada vez mejor? Algunos llaman a esto último compromiso, otros, "sentido de pertenencia". Los empleados que tienen este sentido no sólo conocen la visión, misión y valores de la organización, sino que los encarnan. Estas

personas no sólo se preocupan y son apasionadas por lo que hacen, sino que van un poco más allá, preocupándose no sólo por su tarea sino por todo el entorno. Es el tipo de persona que si ve líquido derramado en el piso lo limpia personalmente o que si ve a alguien desorientado trata de ayudarlo. Desarrollar entonces este sentido de que los empleados también son "dueños" de la empresa es uno de los principales desafíos a los que se enfrentan las organizaciones de salud.

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

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

de la Cleveland Clinic ya era sólida. El Programa "Patients First" no buscaba cambiar quiénes eran sino determinar que más querían ser y cómo desarrollarse atrás de ese nuevo objetivo. La historia y tradición de la organización debe ser la luz que ilumine el camino del futuro.

La cultura comienza por tener a las personas correctas. Previo al desarrollo del concepto "Patients First", la política de Recursos Humanos de la Cleveland Clinic era meramente transaccional. Se necesitaba cubrir un puesto, se especificaban los requisitos, se describía la función, se evaluaba a los postulantes, se les asignaba una carga horaria y un sueldo. La gestión estratégica de talentos, popularizada por McKinsey en 1997 era prácticamente desconocida. La gestión de talentos transforma la función "transaccional" del Departamento de Recursos Humanos en una función "estratégica", que impacta sobre la forma en la cual las organizaciones buscan, atraen, seleccionan, capacitan, desarrollan, retienen, promueven y trasladan empleados. La gestión de talentos vincula los procesos del Dto. de Recursos Humanos con la estrategia de la organización, haciendo que se contraten personas predispuestas a alinearse con sus metas y objetivos. A partir de "Patients First", se comenzó a evaluar en los nuevos postulantes su predilección por el trabajo en equipo, el servicio, y otras competencias que les resultaban relevantes a la organización. Con esta sola táctica, cerca del 20% de los postulantes fueron rechazados. Algunos consejos útiles para la gestión de talentos son:

- Encuentre a las personas correctas. No cualquiera puede trabajar en salud. Se debe garantizar que su forma de ser se adecue a los objetivos de la organización
- Informe ampliamente a los empleados sobre su nuevo rol, los objetivos y las expectativas de la organización, no sólo para lo que se los contrata, sino también para el alineamiento cultural.
- Brinde oportunidades de desarrollo de forma tal que sus empleados tengan un plan de carrera.

- Mida la participación y el compromiso para seguir el “pulso” de la organización
- Reconozca y premie los logros de las personas destacando públicamente su valor para la organización. Es muy bueno que el personal sepa que las autoridades están prestando atención al buen trabajo que hacen.
- Deshágase de las personas sin compromiso y sentido de pertenencia. Una sola persona que no comulga con la visión y misión de la organización puede tener consecuencias negativas para todo un departamento.

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

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

5. Alinear a todo el personal detrás del objetivo

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

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

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

El equipo de experiencia del paciente ya había probado con presentaciones PowerPoint, boletines, afiches, material de lectura, etc. con modesto resultado. Resultaba imperativo entregar información y bajar el mensaje de una forma que fuera recordada por los empleados y cambiara sus conductas. La investigación en educación y aprendizaje demuestra que las personas retienen apenas el 10% de lo que leen; la instrucción didáctica tradicional puede llegar a aumentar esta retención hasta un 50%. Pero si hay una verdadera interacción con el alumno y se lo hace participar en actividades de pequeños grupos – utilizando imágenes, permitiendo intercambios uno a uno, compartiendo historias, y divirtiéndose sin perder relevancia-, la gente retiene el 95% y adopta las conductas que se buscan. Por lo tanto, el programa de entrenamiento de la Cleveland Clinic debía ser significativo e interactivo; el objetivo no era sólo que aprendieran nuevos conceptos, sino que adoptaran una nueva forma de hacer las cosas.

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

por qué los pacientes estaban primero. También quisieron incluir capacitación sobre excelencia en el servicio y algunas habilidades prácticas básicas. Una vez definidos los elementos esenciales, se realizaron a lo largo y ancho de la organización distintos "focus groups", donde personas de distintas áreas discutían los mensajes. Mientras lo hacían, los especialistas en la tecnología de Learning Map dibujaban el mapa que serviría de base para el ejercicio final. La pasión con la que altos líderes, jefes y empleados rasos discutían sobre los distintos temas y las ganas de que el ejercicio realmente saliera bien fueron un gran aliciente para Merlino y su equipo.

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

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

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

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

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

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

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

Luego del ejercicio se realizaron encuestas y cerca del 90% de los asistentes sostuvo que la experiencia los iba a ayudar a mejorar su desempeño en pos de la misión de brindar una atención de primera clase. Muchos de los que previamente se habían

manifestado escépticos se transformaron en "creyentes". Para garantizar la sostenibilidad en el tiempo, luego del ejercicio se volvió a reunir a los 2.200 gerentes en un nuevo curso de entrenamiento: "Coaching para un Desempeño Sobresaliente". Aún hoy, cada cuatro meses todos los gerentes se reúnen medio día en un foro de liderazgo diseñado para desarrollar competencias organizacionales. Absolutamente todos tienen que estar familiarizados con las competencias organizacionales y deben transmitirla a los empleados bajo su cargo. En estos foros, se cubren temas como participación y compromiso, inteligencia emocional, cultura de seguridad, mejora continua y psicología del cambio.

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

6. Garantizar el compromiso y la participación de los médicos

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

Los médicos se forman de una manera extremadamente individualista, y se les inculca desde el principio de sus carreras un fuerte sentido de la autonomía y de responsabilidad individual por la calidad de la atención que brindan. Este elemento

cultural pone a los médicos en conflicto con uno de los principios básicos de la mejora continua: la visión sistémica sobre la calidad y la seguridad.

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

Cuando se quiere cambiar algo a nivel organizacional, el colectivo de los médicos suele ser el más reacio a participar y comprometerse. La Cleveland Clinic no era la excepción. Cuando Merlino les presentaba los componentes del programa "Patient First" solían poner la cara, pero no se los veía comprometidos ni entusiasmados en liderar el proyecto. Y quienes no son médicos suelen ser indulgentes: *"...los médicos están demasiado ocupados y tienen cosas más importantes de que preocuparse..."* *"...su tiempo es valioso y no debemos agobiarlos con este trabajo."* Estas excusas son inaceptables. No se puede mejorar la seguridad, la calidad y la experiencia del paciente, ni transformar y desarrollar la cultura de la organización dejando a los médicos fuera del barco. Así como no se puede mejorar la experiencia del paciente sin el compromiso y liderazgo del CEO, tampoco puede mejorarse sin la activa participación de los médicos. Ellos tienen una tremenda influencia, tanto sobre los pacientes como sobre el resto del personal y son vistos como líderes. La percepción del servicio depende en gran parte de ellos.

Habiendo definido la importancia del liderazgo de los médicos para mejorar la experiencia de los pacientes, queda preguntarse cuáles son las mejores estrategias para lograr que se involucren. Merlino y su equipo comenzaron a reunirse con pequeños grupos de médicos, servicio por servicio, explicándoles por qué la experiencia de los pacientes era importante y las formas en que se podía mejorar. Un componente crítico era reconocerles su importancia y pedirles su ayuda para llevar el proyecto adelante.

Estas primeras presentaciones no fueron realmente efectivas. Merlino reconoció que le faltaba "carne" (estrategias y tácticas puntuales). Allí aprendió que si quería involucrar a los médicos, tenía que ir con información detallada y transmitirles exactamente qué era lo que querían que hicieran, un concepto básico de la gestión del cambio.

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

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

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

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

Otra estrategia que utilizó la Cleveland Clinic para aumentar el compromiso de los médicos con el programa "Patients First" fue identificar a los profesionales que rápidamente compraban la idea ("early adopters") y también aquellos que eran especialmente respetados por sus colegas. El compromiso de estos "líderes médicos" con el proyecto tiene una gran influencia sobre el resto del plantel profesional.

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

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

Continuará en el Boletín del mes de Febrero