



ANANTH RAMAN
ANITA L. TUCKER

Cleveland Clinic: introducción de mejoras en la experiencia del paciente

«El paciente es algo más que una enfermedad... También tiene alma»¹.

Doctor René Favaloro, cirujano de la Cleveland Clinic y responsable del primer *bypass* coronario, 1967

En septiembre de 2011, el doctor James Merlino, cirujano colorrectal y responsable de Experiencia del Usuario de la Oficina de Experiencia del Paciente (OPE, Office of Patient Experience) de la Cleveland Clinic (CC), situada en Cleveland (Ohio, Estados Unidos), estaba atendiendo a sus pacientes cuando recibió un mensaje urgente de su asistente:

«En recepción hay un hombre furioso que no para de gritar... Dice que la CC le ha tratado de forma pésima».

Merlino corrió hacia el vestíbulo, donde cinco policías y un alto ejecutivo de la clínica trataban de calmar a un paciente de mediana edad. El hombre, histérico, vociferaba que la CC lo había maltratado y descuidado, y que moriría si la inacción del hospital continuaba.

El paciente, cuyo nombre era Bob Jones², presentaba varias comorbilidades, como obesidad mórbida, y ciertos problemas de salud mental. Jones tenía razón en algo: si no lo operaban en las próximas semanas, podía fallecer a consecuencia de una enfermedad potencialmente mortal. Durante meses, la CC había intentado hacer frente al progresivo deterioro de la salud del enfermo. Por su parte, el paciente había abusado verbalmente del personal médico, dejado de acudir a sus citas y demandado la atención de enfermeros y facultativos de forma agresiva y poco razonable. Ese día en particular, Jones había llegado inesperadamente a la CC y exigía ver a su cirujano de inmediato. Se le pidió que concertase una cita para unos días más tarde, ya que el facultativo no se encontraba en el hospital y Jones no había acudido a la cita que tenía programada a principios de semana. El paciente comenzó una diatriba repleta de obscenidades. Aunque Merlino sabía que el paciente no estaba actuando de forma racional, recordaba lo siguiente: «Falta de atención, fracaso, rechazo,

El caso de LACC número 615-S02 es la versión en español del caso de HBS número 612-031. Los casos de HBS se desarrollan únicamente para su discusión en clase. No es el objetivo de los casos servir de avaluos, fuentes de datos primarios, o ejemplos de una administración buena o deficiente.

Copyright 2011, 2013 President and Fellows of Harvard College. No se permitirá la reproducción, almacenaje, uso en planilla de cálculo o transmisión en forma alguna: electrónica, mecánica, fotocopiado, grabación u otro procedimiento, sin permiso de Harvard Business School.

desatención... Son palabras duras para los que hemos prestado el juramento de hacer todo lo necesario para ayudar al resto de seres humanos».

Pocos días después del incidente ocurrido en el vestíbulo, el cirujano de Jones y Merlino mantuvieron una difícil conversación. ¿Debían «expulsar» al paciente Jones? Esto descargaría a la CC de todas sus obligaciones; el enfermo, por su parte, tendría que buscar atención médica en otro lugar. Sabían que dar tratamiento a Jones sería una tarea difícil e ingrata. Enojado y agitado, el cirujano expresó su preocupación: «No sigue nuestras instrucciones. ¿Y si algo sale mal? Yo seré el responsable».

Para Merlino, se trataba de un dilema que, como responsable de Experiencia, se le presentaba de forma desgraciadamente común. Debía tener en cuenta constantemente las perspectivas y las percepciones del cliente, incluso cuando éstas eran poco razonables o subjetivas. En el mejor de los casos, la cirugía a la que tenía que someterse Jones iría bien. Sin embargo, la obesidad y el incumplimiento terapéutico del paciente suponían un riesgo clínico. Además, lo irrazonable de sus expectativas aumentaba las posibilidades de que Jones percibiese su experiencia en la CC como muy desfavorable, en un reflejo potencialmente erróneo de la calidad de la atención que había recibido. Si era seleccionado al azar para una de las encuestas de satisfacción del paciente requeridas por el Gobierno, lo más probable es que sus respuestas empeorasen la puntuación de la CC. Mantener una elevada puntuación en satisfacción del paciente resultaba fundamental para atraer pacientes al hospital y pronto redundaría en un reembolso federal —ambos factores, vitales en un momento de notables dificultades financieras para el sector sanitario—. Cada vez que trataban a un Bob Jones, la CC, y especialmente la OPE, eran castigadas. Merlino sabía que, desde cualquier punto de vista racional, dejar de atender a Jones maximizaría el rendimiento de la clínica. También era consciente de que, si se hacía, existía la posibilidad de que Jones muriese pronto. Puede que los business intelligence y la atención centrada en el paciente no fuesen tan compatibles como siempre había creído.

Cleveland Clinic: el rendimiento a través de la innovación

Fundada en 1921, la CC era un centro médico académico sin ánimo de lucro que se había convertido en una de las instalaciones sanitarias privadas más grandes y prestigiosas del mundo. En 2012, la clínica admitió a 54.038 pacientes, y en ella se practicaron 27.142 cirugías a pacientes hospitalizados y 53.757 a pacientes ambulatorios³. El hospital principal tenía poco más de 1.200 camas, daba empleo a más de 1.700 médicos y dentistas, y contaba con casi 3.400 enfermeros registrados a tiempo completo. En 2009, los sueldos, las pagas y los beneficios de los 40.000 empleados de la CC ascendieron a 2.900 millones de dólares, que incluían los sueldos de 2.700 médicos y 11.000 enfermeros (véanse los **Anexos 1 y 2**, que recogen estados financieros seleccionados de la CC en 2009). Además, la clínica patrocinaba programas de investigación y académicos a gran escala. El Lerner Research Institute, que pertenecía a la entidad, era uno de los mayores centros de investigación privados de Estados Unidos, con un presupuesto anual de 258 millones de dólares en 2008. Su programa de posgrado en formación médica se encontraba entre los más importantes de la nación, y contaba con más de 800 residentes y becarios. En 2004, la CC abrió la Cleveland Clinic Lerner College of Medicine of Case Western University, una de las pocas facultades de medicina del país que no cobraba por la enseñanza.

U.S. News & World Report la había incluido sistemáticamente entre los mejores hospitales de Estados Unidos. Según el «2010-2011 Best Hospitals Honor Roll»⁴ de la revista, la CC era el cuarto mejor hospital del país, y su programa de atención cardíaca y cirugía fue considerado el mejor durante 16 años consecutivos⁵. Otras catorce especialidades de adultos se encontraban también entre los diez primeros puestos⁶. Los pacientes llegaban desde otros puntos de la región, de Estados

Unidos y de más de 100 países para acceder a la extraordinaria atención ofrecida por la CC⁷. Con el fin de ampliar la disponibilidad de su experiencia a los pacientes que vivían lejos de Cleveland, la clínica había abierto 10 hospitales comunitarios y 16 centros de salud en Ohio, además de otros centros en diferentes estados (Florida y Nevada) y a nivel internacional. En Abu Dabi (Emiratos Árabes Unidos), por ejemplo, la CC tenía previsto abrir un centro con 360 camas, cuyo valor ascendía a 2.500 millones de dólares.

La CC atribuía su éxito a un largo historial de innovaciones. En la clínica se habían realizado numerosos avances médicos importantes, como el primer aislamiento del neurotransmisor serotonina y la primera cirugía de *bypass* de la arteria coronaria (el **Anexo 3** recoge una lista parcial con otros avances médicos). Además, era muy innovadora en procesos de negocio. Debido a la extraordinaria atención que prestaba a la mejora continua del ciclo y el ajuste económico de las operaciones, un artículo de 2009 publicado en la revista *Newsweek* la describió como «un hospital que intenta ser como una fábrica de Toyota»⁸. La CC redujo de 30 a 15 minutos la visita estándar de los pacientes que recibían medicación anticoagulante realizando un seguimiento de cada fase de la visita e incluso creando un DVD para que los usuarios lo vieran y los médicos no tuvieran que dar la misma charla introductoria a todos los enfermos que llegaban a la clínica, por ejemplo. Además, para controlar los tiempos de espera, se adquirió un panel electrónico que mostraba en tiempo real los plazos de espera en las diversas áreas del hospital y actualizaba la información cada media hora, de modo que los pacientes supiesen en todo momento cuándo podrían ser atendidos. Según el Atlas Dartmouth de Asistencia Sanitaria de 2008, la CC era la más asequible de entre los cinco mejores centros médicos del país⁹.

La CC había implementado también una estructura organizativa no tradicional diseñada para lograr que el hospital fuese más cómodo para el paciente. El doctor Delos M. Cosgrove, presidente y CEO de la clínica, describía la transformación de este modo:

«[En 2006] cambiamos nuestra estructura organizativa, que pasó de la típica organización con orientación profesional diseñada en torno a competencias médicas como la cirugía a un enfoque dirigido a las necesidades del paciente, como en el caso del Heart and Vascular Institute. Somos el único hospital completamente organizado alrededor de las necesidades del paciente. Cada instituto se basa en un sistema orgánico o una enfermedad únicos. Los servicios médicos y quirúrgicos se combinan bajo un solo liderazgo en una localización común. El Heart and Vascular Institute cuenta con cirujanos cardiacos, cardiólogos y cirujanos vasculares que cohabitan en una misma instalación».

Esta iniciativa formaba parte de un espíritu más amplio y poco convencional, que ponía especial énfasis en la colaboración de todo el hospital y una atención al paciente coordinada. A diferencia de la mayoría de hospitales estadounidenses, en los que los facultativos trabajaban como profesionales independientes a los que se pagaba por sus servicios, la CC promovía la medicina de grupo. Los médicos eran contratados como asalariados por un año, y no recibían bonificaciones ni incentivos financieros por las intervenciones realizadas o los pacientes atendidos. En una audiencia celebrada en el Senado en 2009, Cosgrove afirmaba: «Nuestros médicos no reciben incentivos por solicitar dispositivos caros o pruebas y procedimientos innecesarios... El dinero no debe ser un factor a la hora de decidir si operar o no»¹⁰. En su lugar, cada médico estaba sujeto a una detallada evaluación anual del rendimiento que determinaba el ajuste de su salario. El modelo de medicina de grupo permitió llevar a cabo un cambio sistémico, lo que facilitó la introducción de mejoras en la prestación de cuidados avanzados que caracterizaba a la CC. Un profesor de la Facultad de Medicina de la University of Maryland explicaba lo siguiente: «Para un hospital comunitario, resulta mucho más complicado pedir a 100 médicos privados que empiecen a usar el ordenador para mantener un registro de datos electrónico. A los facultativos no les gusta que otros les digan lo que tienen que

hacer»¹¹. Sin embargo, la estrategia de la CC parecía reportar beneficios claros y cuantificables. El director de Operaciones de la CC señalaba que «el Atlas Dartmouth muestra la existencia de una relación entre el modelo de medicina de grupo y la reducción de costes —y no sólo en la CC, sino también en otras organizaciones con modelos de grupo—. Los organismos sanitarios cuentadantes, que realizan una fuerte integración de hospitales con médicos y otros cuidadores, son capaces de salvar las diferencias entre ellos y eliminar las redundancias». En junio de 2009, como parte de su campaña de reforma de la asistencia sanitaria, el presidente Obama afirmó que la CC proporcionaba «una atención sanitaria de primer nivel a costes muy inferiores a la media nacional»¹².

Una experiencia transformadora

Para Cosgrove, la idea de hacer especial hincapié en la experiencia del paciente, crear la OPE y contratar a un responsable de Experiencia cristalizó en otoño de 2006, tras asistir a una clase impartida en Boston (Massachusetts, Estados Unidos) por la Harvard Business School. Cosgrove recordaba lo siguiente: «Fui a dos clases. La primera estuvo bien. En la segunda, una estudiante levantó la mano y me preguntó: "Doctor Cosgrove, ¿cómo enseñan a sus médicos a ser empáticos?"».

La joven, llamada Kara Medoff Barnett (MBA 2007), le contó a Cosgrove que su padre —un facultativo de Carolina del Norte (Estados Unidos)— había requerido una reparación de la válvula mitral^a en el año 2000. Lo explicaba así: «Como médico y padre de seis hijos, mi padre prestó mucha atención a los resultados y las habilidades técnicas a la hora de seleccionar un hospital y un cirujano, pero hubo otros factores que tuvieron un peso importante en su decisión. Mis padres iban a viajar lejos de casa en busca de la mejor atención, y esperaban que hubiese una comunicación fluida antes y después de la operación a corazón abierto. Según tenían entendido, en Cleveland esta comunicación no siempre se daba». En última instancia, el padre de Barnett decidió operarse en la Mayo Clinic (Mayo) de Minnesota (Estados Unidos), a pesar de que su programa de atención cardiaca estaba peor clasificado que el de la CC. Barnett recordaba que su padre «tomó la decisión basándose en la reputación y la evidencia anecdótica». La operación fue un éxito, y la familia quedó muy satisfecha con la atención que el paciente recibió durante su recuperación.

Cuando asumió el cargo de CEO en 2004¹³, Cosgrove adoptó el lema «Los pacientes primero»; sin embargo, la historia de Barnett le dejó sin palabras. Cosgrove, que era un cirujano cardiaco de gran prestigio, había asumido durante mucho tiempo que lo que distinguía a los hospitales eran sus resultados clínicos. Sin embargo, el padre de Barnett había optado por operarse en un hospital con una tasa de mortalidad ligeramente superior basándose en un conjunto de criterios totalmente diferente (el **Anexo 4** incluye un gráfico con las tasas de mortalidad en intervenciones de válvula mitral en la CC, la Mayo Clinic y a nivel nacional). Más tarde, mientras reflexionaba sobre el incidente en un artículo de la *Cleveland Clinic Magazine*, Cosgrove escribió lo siguiente:

«En la Cleveland Clinic siempre hemos posicionado la calidad en términos de resultados. Pero me he dado cuenta de que la atención médica de calidad es algo más que buenos resultados. También importa la experiencia global de los pacientes: desde el momento en que piden cita hasta el instante en que se montan en el coche y se marchan, pasando por su llegada al hospital, marcada por el temor y la preocupación.

^a La válvula mitral es la válvula de entrada situada en el lado izquierdo del corazón. Se abre para permitir que la sangre fluya hacia el corazón y se cierra para que los pulmones no se llenen de sangre. La reparación de la válvula mitral es una operación a corazón abierto destinada a tratar el estrechamiento o la presencia de fugas. Adaptado de Encyclopedia of Surgery, www.surgeryencyclopedia.com, y Society of Thoracic Surgeons, www.sts.org, consultadas en octubre de 2010.

»La experiencia del paciente engloba muchos aspectos de la atención, desde el entorno físico hasta la parte emocional... Es una cuestión de comunicación y de manifestar atención y preocupación en los momentos en que más se necesita. Nuestro deber es recordar que la empatía es uno de los fundamentos de las profesiones sanitarias»¹⁴.

La experiencia del paciente en el contexto más amplio de la atención sanitaria

En 2007, la priorización de la experiencia del paciente era una idea relativamente novedosa. En general, se asumía que los pacientes acudían al hospital por necesidad y no por propia elección, por lo que los proveedores sanitarios podían ignorar la atención al cliente. Los modelos operativos solían centrarse en dos medidas de mejora: la contención de los costes y los resultados clínicos positivos. De hecho, los principales avances del sector de la atención sanitaria –tratamientos vanguardistas, métodos de asistencia de gran sofisticación tecnológica, protocolos altamente eficientes– se lograban a menudo a costa de la experiencia del paciente, lo que hacía que los sistemas de prestación de asistencia fuesen cada vez más impersonales y mecanizados.

En 2010, sin embargo, la mejora de la experiencia del paciente había pasado a formar parte de la agenda de los servicios de atención sanitaria generales, especialmente en instalaciones líderes como la CC y la Mayo Clinic. De hecho, en una encuesta realizada ese mismo año, un 37% de los ejecutivos del sector calificaba la «experiencia del paciente/satisfacción del paciente» como una de las tres prioridades principales, siendo la segunda respuesta más frecuente tras la reducción de costes (40%)¹⁵. Tal y como observaba Merlino, «por fortuna, la atención médica no suele ser el fallo de los mejores hospitales. Se trata más bien de pequeños deslices, como que los pacientes no reciban respuesta a sus preguntas». Con el aumento de la competencia entre los proveedores sanitarios, factores clínicos que anteriormente podían parecer triviales –como la amabilidad del personal o la facilidad para el registro– se convirtieron en importantes factores competitivos. Merlino advirtió, por ejemplo, que los pacientes sometidos a cirugías colorrectales no pasaban más que unas cuantas horas de su estancia de cinco días con los médicos, y que la mayoría del tiempo estaban con otros miembros del personal hospitalario o solos.

Los clientes disponían también de un mayor acceso a datos comparativos de los proveedores, lo que les permitía tomar decisiones mejor informadas sobre su atención sanitaria. La principal fuente de información al consumidor sobre satisfacción del paciente era la encuesta Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS). Introducida en octubre de 2006 por Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), una agencia federal, y por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)^b, la HCAHPS era una encuesta de 27 preguntas que se realizaba a pacientes dados de alta recientemente, y que había sido diseñada con el objetivo de proporcionar la primera evaluación nacional estandarizada de la experiencia del paciente. En ella se evaluaban diez dimensiones de la atención proporcionada por los hospitales, entre las que se incluían la limpieza de las habitaciones y la capacidad de respuesta del personal (el **Anexo 5** incluye una lista completa con las preguntas y categorías de la encuesta HCAHPS). En julio de 2007, la recogida y la presentación de datos de la HCAHPS se convirtieron, a todos los efectos y propósitos, en obligatorias para los hospitales que recibían fondos de Medicare y Medicaid¹⁶; si los hospitales no enviaban estos datos, corrían el riesgo de perder hasta un 2% de los pagos médicos anuales de la CMS^c. En marzo de 2008, las puntuaciones obtenidas por cada hospital que participaba en la HCAHPS se pusieron a

^b Tanto la CMS como la AHRQ estaban a cargo del Departamento de Salud y Servicios Humanos, de carácter federal.

^c La expresión técnica utilizada para designar estos pagos era Inpatient Prospective Patient System (IPPS).

disposición del público *online* (el **Anexo 6** incluye los datos obtenidos por la CC y la Mayo Clinic de Rochester —que la CC consideraba como competencia— en la HCAHPS durante 2008 y 2009, así como la media en Estados Unidos). El aumento de la transparencia convenció a los muchos hospitales que se habían esforzado poco en la gestión de la experiencia del paciente para cambiar rápidamente los recursos y las prioridades.

Al tiempo que se prestaba una atención renovada a la comprensión de la experiencia y la perspectiva del paciente, los hospitales estadounidenses se enfrentaban a importantes desafíos económicos derivados del continuo crecimiento de los costes sanitarios^d y el aumento de la atención infracomensurada. En un discurso pronunciado ante el City Club of Cleveland en agosto de 2010, Cosgrove afirmaba: «El reciente debate sobre la atención sanitaria estadounidense ha puesto de relieve su desorbitado coste. En 2010, los gastos sanitarios superaron el 17% del PIB». El número de pacientes con cobertura de Medicare o Medicaid creció hasta representar más del 60% de todos los ingresos, lo que suponía una exigencia aun mayor para los recursos hospitalarios. Medicare reembolsaba únicamente el 90,1% de los costes sanitarios; Medicaid, por su parte, reembolsaba el 89%¹⁷.

Para complicar aún más las cosas, las iniciativas exitosas de mejora de la calidad podían resultar perjudiciales para los resultados finales de los hospitales. Un artículo publicado en 2010 por la revista *Businessweek* observaba que «el alocado mundo de la economía hospitalaria no ofrece muchos incentivos para el cambio. Los reembolsos realizados por Medicare y los seguros privados se basan en el trabajo a destajo —el conocido como "pago por servicio"—, lo que fomenta que los hospitales realicen más tratamientos, hagan más prescripciones y lleven a cabo más pruebas... Como consecuencia, los hospitales carecen de motivación financiera para invertir en tecnología informática destinada a mejorar la productividad, en expertos en gestión o en investigaciones que aumenten la eficiencia, y, en general, no lo hacen»¹⁸.

Un artículo publicado en 2010 por *The New Yorker* servía para ilustrar el punto anterior:

«No hace mucho, los médicos del Children's Hospital de Boston adoptaron un enfoque más sistemático para el tratamiento de los niños de áreas marginales que padecían ataques de asma severos, e introdujeron una serie de medidas preventivas. El seguro sólo cubría la prescripción de un inhalador. El hospital se comprometió a pagar el resto: enfermeros que visitaban a los padres tras el alta del paciente y se aseguraban de que éstos disponían de los medicamentos que el niño necesitaba, sabían cómo administrárselos y habían concertado una cita de seguimiento con el pediatra; inspecciones para comprobar la presencia de moho y plagas en casa; y aspiradoras (más asequibles que la medicación) para las familias que carecieran de ellas. Tras un año, la tasa de reingresos de estos pacientes se redujo en más de un 80% y los costes se desplomaron. Sin embargo, una cama de hospital vacía equivale a una pérdida de beneficios, y el asma era una de las principales fuentes de ingresos hospitalarios del Children's Hospital. Con el sistema actual, un programa tan sensato como éste podría suponer una amenaza de quiebra»¹⁹.

Para la mayoría de proveedores de atención médica, el escenario descrito en el artículo resultaba muy familiar. Sin embargo, a pesar de los desafíos, existía una continua presión para avanzar hacia una atención más centrada en el paciente. En mayo de 2010, Donald M. Berwick, nuevo gerente de la CMS, pronunció un discurso de graduación en la Yale Medical School; en él, hacía especial hincapié

^d Teniendo en cuenta los ajustes correspondientes a la inflación, el coste de la atención hospitalaria aumentó un 55% entre 1997 y 2007 (fuente: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/factsandfigures/2007/highlightsV2.jsp>, consultada en febrero de 2013).

en la importancia de la experiencia del paciente. Habló a los graduandos de un correo electrónico en el que una desconocida le describía la atención recibida por su marido, antiguo psiquiatra, en sus últimos días de vida. Berwick extrajo la siguiente cita:

«Mi marido, el doctor William Paul Gruzenski, ejerció como psiquiatra durante 39 años. Tras sufrir una hemorragia cerebral acompañada por una crisis hipertensiva, ingresó en (un hospital de Pennsylvania). Mi problema es que se me negó todo acceso a él a excepción de un régimen de visitas muy estricto, cuatro veces al día durante 30 minutos, y mi marido estaba hospitalizado tras una puerta cerrada con llave. Mi esposo y yo rara vez nos separábamos, excepto para trabajar... Él quería que yo estuviese presente en la UCI, por lo que se enfrentó a la enfermera y el doctor diciéndoles: "No es una visita; es mi mujer". Pero nada cambió. Mi marido pasó ocho de sus últimos dieciséis días de vida en la UCI, y fueron muchas las oportunidades que perdimos en ese tiempo».

La señora Gruzenski continuó diciendo: «Me gustaría que la administración del hospital comprendiese que los cónyuges han de tener un horario de visitas especial... No creo que la atención se individualizase para satisfacer las necesidades de mi marido, ya que él quería que estuviese a su lado más tiempo del que me permitían. En mi opinión, lo que nos hicieron fue muy cruel»²⁰.

Tras leer el correo electrónico, Berwick recordó a los nuevos médicos que «lo que se pone en juego aquí puede parecer banal en comparación con el vasto mundo sanitario al que se acaban de unir. No es más que un centavo en un sector que mueve 2,6 billones de dólares. Pero ese pequeño detalle es lo realmente importante. Les diré algo: es lo *único* [cursiva del original] que importa. Lo único que importa es la persona. La persona»²¹.

El planteamiento de la Cleveland Clinic

La CC fue el primer gran centro médico académico en convertir la experiencia del paciente en un objetivo estratégico, y uno de los primeros en crear una OPE. La OPE trabajaba en la promoción y la sistematización de una atención de calidad en los diferentes departamentos de la clínica. Era responsable de velar por el bienestar físico de los pacientes de la CC, además de garantizar que se cubriesen sus necesidades formativas, emocionales y espirituales (el **Anexo 7** muestra una relación de sus principales programas). En 2010, la OPE gestionaba 12 programas distintos y contaba con 14 trabajadores, que se ocupaban de tareas diversas (en el **Anexo 8** puede verse un organigrama). En 2010, el presupuesto de la OPE ascendía a 6,4 millones de dólares.

Merlino fue nombrado responsable de Experiencia en julio de 2009 y, junto con Sarah Sinclair, encargada de Enfermería y presidenta del Instituto de Enfermería, codirigían la OPE. Merlino tenía un profundo compromiso personal con la mejora de la experiencia del paciente y, según sus estimaciones, dedicaba un 80% de su tiempo, aproximadamente, a la OPE, y el 20% restante a realizar intervenciones quirúrgicas.

Experiencia integrada del paciente

En general, el objetivo de Merlino era mostrar que la experiencia del paciente podía encajar en el objetivo organizativo a gran escala de la CC: proporcionar una atención de calidad a bajo coste. Durante su mandato, había observado que muchas de las iniciativas más eficaces eran medidas sencillas y económicas destinadas a hacer que los empleados se sintiesen partícipes de la experiencia del paciente. En su primer mes como encargada de Enfermería, por ejemplo, Sinclair se dio cuenta de que los enfermeros de la CC tenían muy poca información sobre las puntuaciones de la HCAHPS;

algunos desconocían que la clínica evaluaba la satisfacción del paciente o que la «comunicación con los enfermeros» estaba entre las categorías más importantes. Merlino explicaba lo siguiente: «Las puntuaciones que obteníamos en la HCAHPS no se publicaban en ningún sitio, ni se hablaba de ellas, así que uno de los primeros proyectos [de Sinclair] consistió en hacerlas públicas y formar a los enfermeros. Casi inmediatamente después de comenzar el programa básico, apreciamos un salto positivo en las puntuaciones sobre la comunicación con los enfermeros, acompañado por el consiguiente aumento de la reputación».

Merlino opinaba que, además de ser lo correcto, mejorar la experiencia del paciente constituía una necesidad comercial. Citó un estudio de McKinsey publicado en 2007; a la pregunta «¿Qué factores influyen cuando elige un hospital?», un 47% de los participantes escogió la respuesta «La experiencia del paciente», que se convirtió en la más popular, por delante de la ubicación, la reputación del hospital y la elección del médico²². La experiencia del paciente resultaba especialmente importante a la hora de atraer a personas de otros países, a empresas y a otros pacientes que realizaban desembolsos significativos, muy necesarios para que la CC pudiese compensar las pérdidas derivadas de los pacientes de Medicare y Medicaid. Merlino explicaba el modo en que la calidad de la experiencia podía determinar el volumen de pacientes:

«Este nivel de atención resulta especialmente determinante a la hora de tratar con compañías de seguros y pagadores privados. Podemos acudir a Lowe's, el gigante minorista (que, según hizo público, tiene un contrato con la CC), y garantizarles que haremos algo más que proporcionar atención sanitaria de calidad a sus empleados. Podemos asegurarles que sus empleados recibirán un mejor cuidado. Además, nuestro énfasis en la experiencia del enfermo redundará en la llegada de nuevos pacientes».

Una nueva iniciativa

La OPE desarrollaba numerosos programas de mejora de la experiencia del paciente que se centraban en perfeccionar las operaciones, los servicios o las instalaciones para satisfacer y superar las expectativas del paciente. Algunas de estas mejoras estaban relacionadas con las instalaciones; así, la OPE contrató a la famosa diseñadora Diane von Furstenberg para rediseñar las batas hospitalarias, y añadió camas plegables para los familiares en muchas de las habitaciones de los pacientes. Otras mejoras se diseñaron para fortalecer la relación entre empleados y pacientes. En un ejercicio de cambio cultural, por ejemplo, los 42.000 empleados de la CC recibieron formación relacionada con la misión, la visión, los valores, los estándares de servicio y la recuperación del coste de servicio en el hospital, además de la importancia de la experiencia del paciente. En las sesiones de formación, dirigidas por un orientador, se utilizaba un mapa de aprendizaje para guiar la discusión en grupos de 8 o 10 empleados seleccionados al azar. La OPE también creó consejos consultivos que reunían a pacientes y empleados.

Sin embargo, las quejas de los pacientes seguían estando presentes, algo que se reflejaba en las puntuaciones de la HCAHPS y que las mejoras en la prestación de atención y los paneles de pacientes eran incapaces de solucionar. Merlino describía una de las situaciones que se presentaron:

«Tomemos como ejemplo la tranquilidad durante las noches. Según los datos nacionales, obtenidos en clínicas de todo el país, es un área complicada para la mayoría de hospitales. Cuando uno piensa en ello, se pregunta "¿Por qué?" y visita el hospital por la noche y advierte rápidamente cuál es el motivo: no se trata de lugares tranquilos. Muchas de las quejas sobre falta de tranquilidad que presentan los pacientes se deben a las actividades que se desarrollan

con ellos durante la noche, y no necesariamente a que se trate de entornos ruidosos. [La planta VIP] acoge a jeques, reyes y multimillonarios, por ejemplo. De una planta VIP en la que se proporciona un nivel de asistencia [muy elevado] se espera una puntuación de tranquilidad nocturna muy alta. Pero no es así. Las puntuaciones son bajas. Y cuando se realiza un análisis detallado con los pacientes y se les pregunta el motivo, mencionan cosas como ésta: "Estaba intentando dormir algo, pero el enfermero entró a las tres de la mañana para medirme las constantes vitales". O "No pude dormir mucho porque, cada vez que mi corazón se aceleraba, el monitor cardiaco se disparaba y el enfermero me despertaba". Creen que estar aquí es como alojarse en el Ritz-Carlton».

Merlino advirtió que el grado de comprensión de los pacientes cambiaba cuando se sinceraba con ellos. Recuerda decirles lo siguiente: «Miren, están en un hospital. Se supone que el enfermero ha de entrar a las tres de la mañana y despertarles para asegurarse de que siguen vivos. No esperen venir aquí a dormir como si estuvieran en un hotel».

Merlino decidió crear un programa basado en el mismo principio de modificación de las expectativas. Sabía que otros sectores, como la industria minorista —especialmente los supermercados—, habían logrado satisfacer las necesidades de los clientes poniéndolos al cargo de algunas funciones. Las cajas de autoservicio de las tiendas de comestibles le tenían intrigado. Lo explicaba así: «He aquí un sector que ha logrado mantener un bajo nivel de costes a través de un cambio en las expectativas de sus clientes. Ha sido capaz de averiguar qué valora la gente y proporcionarle ese valor sin aumentar los gastos. ¿Qué podemos aprender de este tipo de industrias?».

Un nuevo programa, *What to Expect During Your Hospital Stay*, informaba a los pacientes sobre las implicaciones de su estancia en la CC. En concreto, el programa formaba a los pacientes en seis áreas: la comunicación con su equipo de atención sanitaria, la gestión del dolor, los medicamentos en el hospital, el entorno hospitalario, las preocupaciones sobre su cuidado y la vuelta a casa. Merlino mantenía la hipótesis de que la satisfacción de los pacientes aumentaría al tener una mayor comprensión de lo que podían esperar durante su visita al hospital. Para implementar el programa, la OPE elaboró un folleto y un vídeo *online* que explicaban a los pacientes cómo sería su experiencia y los sentimientos que podían experimentar durante la misma (el **Anexo 9** recoge un extracto del folleto).

A principios de 2011, la OPE llevó a cabo un pequeño experimento en el que ofreció el folleto y el enlace del vídeo a algunos pacientes de cirugías colorrectales, no proporcionándoselos al resto. Posteriormente, se compararon las puntuaciones de la HCAHPS de los dos grupos (el **Anexo 10** muestra las puntuaciones de la HCAHPS de ambos). Merlino se sintió alentado por los resultados. Comentaba lo siguiente: «A pesar de disponer de menos recursos, los pacientes nos exigen cada vez más. Tenemos que hacerles entender qué pueden esperar cuando llegan». Presuponía que el programa podía ser «revolucionario», ya que no sabía de ningún otro hospital que moldease de forma proactiva las expectativas de los pacientes.

Un nuevo análisis de la HCAHPS

Recientemente, la justificación económica de la mejora de la experiencia del paciente adquirió un protagonismo aun mayor. La CMS anunció que a principios de 2012 los requerimientos pasarían de «pago por informar» a «pago por rendimiento». Los proveedores sanitarios serían recompensados o penalizados económicamente en función de su rendimiento en varias medidas de calidad, que incluían las puntuaciones de la HCAHPS. Además de los incentivos directamente relacionados con ellas, la experiencia de los pacientes estaba correlacionada con muchas otras medidas de calidad incluidas en el plan. Por ejemplo, la CMS penalizaría a los hospitales por el exceso de reingresos en comparación con los reingresos esperados a 30 días en pacientes afectados por insuficiencias cardíacas, neumonía y

ataques al corazón. Era probable que la mejora en la información proporcionada cuando se les daba de alta y en la comunicación con los enfermeros —dos componentes fundamentales de la experiencia del paciente— mantuviesen los reingresos en valores mínimos.

Dar tal grado de importancia a las puntuaciones de la HCAHPS provocaba sentimientos encontrados en Merlino. Por un lado, la OPE las había utilizado habitualmente, y no sólo para evaluar su propio impacto, sino también para ayudar a los profesionales y a los organismos gestores a analizar el suyo de forma continua. Tal y como muestra el **Anexo 11**, la oficina había desarrollado el Panel de Experiencia del Paciente, que recogía mensualmente las opiniones de los usuarios y destacaba las tendencias^e. Además, los datos de la HCAHPS se utilizaban para dar prioridad a las iniciativas de mejora y supervisar de forma continua los nuevos programas. Gracias a su trabajo en la OPE, Merlino no tardó en darse cuenta de que una idea que pareciese buena no tenía por qué resultar exitosa. Las puntuaciones de la HCAHPS ayudaron a la OPE a determinar si las intervenciones estaban teniendo los resultados esperados. En 2007, por ejemplo, la OPE lanzó el programa Patient Service Navigator (PSN). Los coordinadores de servicios a pacientes trabajaban directamente con los enfermos, proporcionándoles orientación y asistencia a través del proceso de atención para mejorar su experiencia. A menudo, los coordinadores gozaban de experiencia en servicios de atención al cliente, y recibían formación relacionada con el proceso de prestación de atención de la CC. Merlino afirmaba que «en realidad, el PSN era el abogado del paciente, y proporcionaba atención y cuidados personalizados tanto al paciente como a su familia». A pesar de que el programa funcionó bien en la prueba piloto realizada en una de las clínicas, cuando la CC amplió el programa a dieciséis PSN distribuidos por todo el campus principal, las puntuaciones de los pacientes no experimentaron una mejoría significativa. Por fortuna, las puntuaciones en tiempo real de la HCAHPS revelaron rápidamente la falta de resultados, y la CC pospuso la ampliación del programa hasta ser capaz de evaluar si su funcionamiento se ajustaba a lo planeado.

A pesar de que la OPE utilizaba con éxito las mediciones de la HCAHPS como herramienta para el impulso de las mejoras, Merlino se mostraba cada vez más preocupado por el hecho de que los «indicadores de percepción» recogidos a través de la encuesta penalizaran de forma injusta a algunos hospitales —incluida la CC— por variables que escapaban a su control. En 2010, el hospital utilizó los datos de más de 100.000 pacientes para evaluar el posible impacto de algunas variables clínicas sobre las puntuaciones de la HCAHPS. Merlino apuntaba:

«Cuando las puntuaciones de la HCAHPS se ajustaban en función de la gravedad de la enfermedad, el aumento de ésta iba acompañado por un descenso estadísticamente significativo en áreas clave. Este descenso superaba los diez puntos porcentuales en las respuestas de nivel más alto de satisfacción (porcentaje de pacientes que responden de la forma más positiva, es decir, que responden "siempre") en las siguientes áreas clave: comunicación con los enfermeros y los doctores, capacidad de respuesta, tranquilidad durante la noche y gestión del dolor. Una reducción del 10% en las puntuaciones de la HCAHPS resulta significativa en cualquier ámbito, ya que corresponde a una caída de entre veinte y treinta puntos en la clasificación general».

^e La normativa gubernamental exigía a los hospitales que recopilaran y notificasen las puntuaciones de la HCAHPS sólo una vez al año.

Para la OPE, estas noticias resultaban preocupantes. En 2010, la CC tuvo un índice de casuística (CMI, *case mix index*)^f de 2,34, uno de los más altos del país. Esto indicaba que gran parte de sus pacientes estaba gravemente enferma. En comparación, la media nacional era de 1,42^g, mientras que en la Mayo Clinic-St. Marys era de 1,96, y en la Mayo Clinic-Rochester Methodist, de 1,87²³. Además, los análisis realizados por la CC mostraban que el aumento en la duración de la estancia y el nivel de depresión, íntimamente ligados a la gravedad de la enfermedad, tenían un impacto negativo significativo sobre la satisfacción manifestada. Por último, la CC determinó que los hospitales de gran tamaño tenían un peor rendimiento que los pequeños en la HCAHPS. Para Merlino, los resultados, que sugerían que las puntuaciones de la HCAHPS obtenidas por la CC estaban artificialmente lastradas, no eran del todo sorprendentes, pero, dada la reputación de la clínica y el hecho de que sus reembolsos no tardarían en estar ligados al rendimiento en la encuesta, creía que la capacidad de la CC se estaba distorsionando, en el mejor de los casos, y en el peor, castigando por ayudar a quienes necesitaban una mayor atención: los enfermos graves, las personas deprimidas y los pacientes que realizaban estancias largas. Esto era motivo suficiente para preguntarse lo siguiente: «Mejorar la experiencia del paciente es lo que debemos hacer por nuestros usuarios, pero ¿en qué momento la carga de la mejora supera la responsabilidad de los hospitales?».

De vuelta a Bob Jones

Merlino reflexionó sobre lo que debía hacer con Bob Jones. Tras consultar a un asesor legal, decidió que la CC estaba en su derecho de «expulsar» al paciente Jones, a pesar del probable deterioro que experimentaría su salud. Llamó al doctor Smith, cirujano de Jones, para discutir las opciones.

Recordaba lo siguiente: «Informé al cirujano sobre nuestro plan; él lo recibió con silencio y, finalmente, manifestó su desacuerdo. Me dijo: "No podemos expulsar a ese tipo. Si lo hacemos, morirá"». Merlino estaba orgulloso de su colega, que había decidido hacer lo más correcto para el paciente: «Fue una buena muestra del juramento de no hacer daño. La promesa de estar siempre ahí para el paciente, de mantener el compromiso de hacer lo correcto, de ayudar a un ser humano que lo necesitaba».

Creía que su colega tenía razón al insistir en que la clínica debía actuar de acuerdo con el interés del paciente, y no el del propio hospital. Estaban obligados a tratarlo con el respeto que toda vida humana merece, aunque supusiera un coste considerable para los cuidadores y el hospital. Al mismo tiempo, Merlino sabía que el pronóstico de Jones era malo, incluso sometiendo a cirugía. Además, a pesar de los esfuerzos realizados al respecto, era probable que Jones nunca pensase que los médicos y el resto del personal de la CC lo trataban de forma «cortés y respetuosa», un componente clave para obtener un resultado exitoso en la HCAHPS.

Merlino se preguntaba si era justo que el Gobierno responsabilizase a la clínica de los resultados obtenidos en estas circunstancias. Sin embargo, dado que tenían que informar públicamente sobre las puntuaciones obtenidas en la HCAHPS, ¿debía hacer responsables de estos parámetros de medición a los departamentos de la CC?

^f El CMI era una medida del coste relativo de los recursos necesarios para tratar todos los casos atendidos en un centro de salud. Solía utilizarse como indicador de la gravedad de las enfermedades padecidas por los pacientes. Un CMI más elevado indica una mayor gravedad de los enfermos.

^g Mín., 0,59; máx., 3,77; DE, 0,33. Datos de hospitales con un número de camas igual o mayor a 10.

Anexo 1 Balance consolidado (miles de dólares, cierre de ejercicio a 31 de diciembre)

Activos	2009	2008 (ajustado)
Activos a corto plazo		
Efectivo y equivalentes al efectivo	3.450\$	134.881\$
Cuentas por cobrar de los pacientes, neto de provisiones para cuentas incobrables de 125.273\$ y 128.209\$ en 2008	678.820	592.904
Inversiones para uso a corto plazo	153.228	91.186
Otros activos a corto plazo	233.039	235.363
Activos a corto plazo totales	1.068.537	1.054.334
Inversiones		
Inversiones a largo plazo	2.891.472	2.116.718
Fondos fiduciarios	354.008	249.098
Activos en propiedad de la filial de seguros cautiva	192.504	158.125
Activos restringidos de donantes	271.484	252.295
	3.709.468	2.776.236
Propiedad, instalaciones y equipo, neto	2.938.607	2.776.236
Otros activos:		
Pendientes de pago, neto	173.652	143.432
Fideicomisos y derechos de usufructo en fundaciones	114.063	98.048
Otros activos a largo plazo	105.509	63.499
	393.224	304.979
Activos totales	8.109.836\$	6.990.730\$
Pasivos y activos netos	2009	2008 (ajustado)
Pasivos a corto plazo:		
Cuentas por pagar	283.609\$	376.220\$
Compensación y retenciones sobre nóminas	188.001	190.981
Cantidades estimadas adeudadas a terceros pagadores	59.086	32.067
Préstamos a corto plazo	--	2.866
Porción corriente de deuda a largo plazo	12.618	17.689
Deuda a interés variable clasificada como corriente	495.815	797.840
Otros pasivos a corto plazo	332.531	321.386
Pasivos a corto plazo totales	1.371.660	1.739.049
Deuda a largo plazo:		
Bonos de ingresos del hospital	2.050.386	1.247.139
Pagarés pendientes y arrendamiento de capital	38.190	43.935
	2.088.576	1.291.074
Otros pasivos:		
Reservas de pasivos de seguros profesionales y generales	158.161	224.318
Beneficios de jubilación acumulados	581.342	717.587
Otros pasivos a largo plazo	249.500	303.233
	989.003	1.245.138
Pasivos totales	4.449.239	4.275.261
Activos netos:		
No restringidos	3.037.411	2.160.893
Temporalmente restringidos	417.457	359.898
Permanentemente restringidos	205.729	194.678
Activos netos totales	3.660.597	2.715.469
Pasivos y activos netos	8.109.836\$	6.990.730\$

Fuente: documentos proporcionados por la empresa.

Anexo 2 Cuenta de resultados consolidada (miles de dólares, cierre de ejercicio a 31 de diciembre)

Operaciones	2009 2008 (ajustado)	
Ingresos no restringidos		
Ingresos netos por servicio al paciente	5.056.265\$	4.687.777\$
Otros	524.344	494.094
Ingresos no restringidos totales	5.589.609	5.181.871
Gastos		
Sueldos, pagas y beneficios	2.935.898	2.737.190
Aprovisionamientos	601.958	583.052
Productos farmacéuticos	311.907	282.892
Servicios adquiridos	327.026	285.945
Servicios administrativos	145.257	177.887
Instalaciones	320.562	284.667
Seguro	7.354	84.065
Provisión para cuentas incobrables	194.020	187.011
	4.843.982	4.622.709
Ingresos operativos antes de intereses, depreciaciones y amortizaciones		
Intereses	745.627	559.162
Depreciación y amortización	71.237	61.117
Ingresos operativos	315.023	255.328
	359.367	242.717
Ganancias y pérdidas no operativas		
Rentabilidad de la inversión (pérdida)	291.057	-506.834
Beneficios derivados (pérdidas)	69.044	-132.198
Otros, neto	291	-19.524
Ganancias y pérdidas no operativas netas	360.392	-658.556
Exceso (déficit) de ingresos sobre gastos	719.759	-415.839

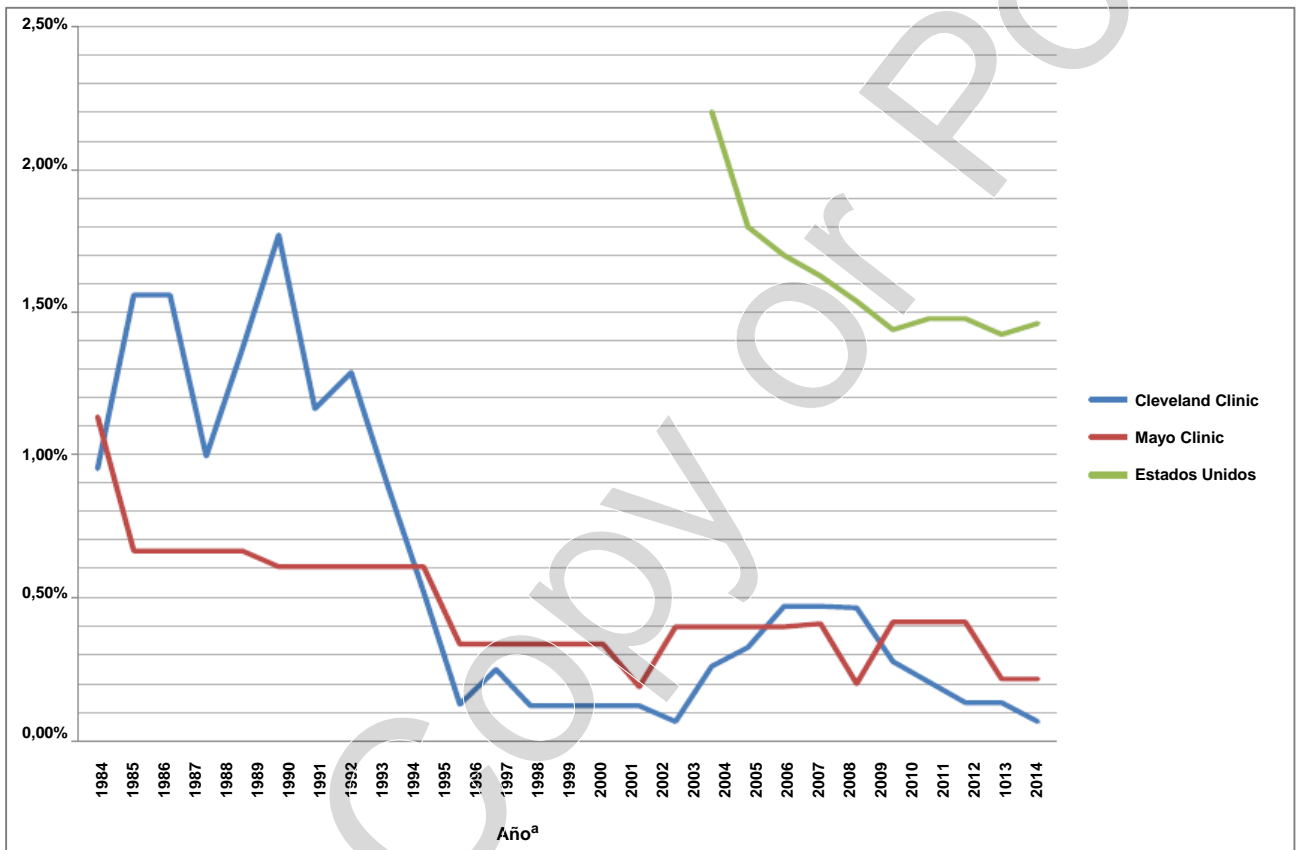
Fuente: documentos proporcionados por la empresa.

Anexo 3 Lista parcial de avances médicos realizados en la Cleveland Clinic (1940-2009)

- Aislamiento de la serotonina, un elemento clave en la hipertensión (1948)
- Primera operación a «corazón parado», en la que el movimiento de este órgano se interrumpe para poder someterlo a reparación quirúrgica (1951)
- Primera angiografía coronaria (1958)
- Desarrollo y perfeccionamiento de la cirugía de bypass coronario (1967)
- Primera cirugía de válvula aórtica mínimamente invasiva (1996)
- Primer trasplante exitoso de laringe (1998)
- Descubrimiento del primer gen ligado a la degeneración macular juvenil (2000)
- Descubrimiento del primer gen ligado a la cardiopatía isquémica (2003)
- Éxito sin precedentes en la estimulación cerebral profunda para trastornos psiquiátricos y estados de mínima conciencia (2006)
- Primera cirugía renal realizada a través del ombligo del paciente (2007)
- Primer trasplante de cara casi total en Estados Unidos (2008)
- Primer trasplante de corazón e hígado del mundo en un paciente con corazón totalmente artificial (2009)

Fuente: Cleveland Clinic, «Facts & Figures», http://my.clevelandclinic.org/Documents/Patients/facts_figures_08.pdf, consultado en septiembre de 2010.

Anexo 4 Tasa de mortalidad en reparaciones de válvulas mitrales aisladas (media móvil calculada en un periodo de cinco años)



Fuente: datos pertenecientes a la CC, la Mayo Clinic y la Society of Thoracic Surgeons.

^a Media móvil en un periodo de cinco años, calculada como tasa de mortalidad media en el año seleccionado y los cuatro anteriores; por ejemplo: los datos de 2005 corresponden a la tasa de mortalidad media de 2001, 2002, 2003, 2004 y 2005.

Anexo 5 Preguntas de la encuesta HCAHPS**ATENCIONES DE LOS ENFERMEROS**

1. Durante su estancia en el hospital, ¿con qué frecuencia recibió un trato cortés y amable de los enfermeros?
 - Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre
2. Durante su estancia en el hospital, ¿con qué frecuencia le escucharon con atención los enfermeros?
 - Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre
3. Durante su estancia en el hospital, ¿con qué frecuencia recibió explicaciones comprensibles por parte de los enfermeros?
 - Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre
4. Durante su estancia en el hospital, ¿con qué frecuencia recibió atención con la rapidez deseada tras pulsar el botón de llamada?
 - Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre

ATENCIONES DE LOS MÉDICOS

5. Durante su estancia en el hospital, ¿con qué frecuencia recibió un trato cortés y amable de los médicos?
 - Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre

6. Durante su estancia en el hospital, ¿con qué frecuencia le escucharon con atención los médicos?
 - Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre
7. Durante su estancia en el hospital, ¿con qué frecuencia recibió explicaciones comprensibles por parte de los médicos?
 - Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre

ENTORNO HOSPITALARIO

8. Durante su estancia en el hospital, ¿con qué frecuencia limpiaban su habitación y su baño?
 - Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre
9. Durante su estancia en el hospital, ¿con qué frecuencia había tranquilidad en la zona de su habitación durante la noche?
 - Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre

SU EXPERIENCIA EN ESTE HOSPITAL

10. Durante su estancia en el hospital, ¿necesitó ayuda de los enfermeros u otros miembros del personal hospitalario para llegar al baño o utilizar el orinal?
 - Sí
 - No → Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 12

11. ¿Con qué frecuencia le ayudaron a llegar al baño o usar el orinal con la rapidez deseada?
- Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre
12. Durante su estancia en el hospital, ¿necesitó medicamentos para aliviar el dolor?
- Sí
 - No → Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 15
13. Durante su estancia en el hospital, ¿con qué frecuencia se controló su dolor de forma adecuada?
- Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre
14. Durante su estancia en el hospital, ¿con qué frecuencia recibió toda la ayuda posible del personal hospitalario para aliviar su dolor?
- Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre
15. Durante su estancia en el hospital, ¿se le suministró algún medicamento que no hubiera tomado antes?
- Sí
 - No → Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 18
16. Antes de suministrarle un medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le comentaba el personal hospitalario su utilidad?
- Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre

17. Antes de suministrarle un medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le describía el personal hospitalario los posibles efectos secundarios de forma comprensible?
- Nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre

SALIDA DEL HOSPITAL

18. Tras abandonar el hospital, ¿fue directamente a casa, se dirigió a casa de otra persona o acudió a otra institución sanitaria?
- A casa
 - A casa de otra persona
 - A otra institución sanitaria → Si la respuesta es «A otra institución sanitaria», pase a la pregunta 21
19. Durante su estancia en el hospital, ¿le comentaron los médicos, los enfermeros u otros miembros del personal hospitalario si recibiría la ayuda que necesitase cuando abandonara el hospital?
- Sí
 - No
20. Durante su estancia en el hospital, ¿recibió por escrito información sobre los síntomas o problemas de salud que debía vigilar tras abandonar el hospital?
- Sí
 - No

CALIFICACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

21. Usando una cifra del 0 al 10, y siendo 0 el peor hospital posible y 10 el mejor hospital posible, ¿cómo calificaría al hospital durante su estancia en él?

22. ¿Lo recomendaría a sus amigos y familiares?

- En ningún caso
- Es poco probable
- Probablemente
- Sin duda

ACERCA DE USTED

Sólo faltan unas preguntas.

23. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud?

- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Adecuado
- Deficiente

24. ¿Cuál es su nivel educativo?

- 8.º grado o inferior
- Estudios secundarios no finalizados
- Estudios secundarios o GED
- Universidad no finalizada o título universitario de 2 años
- Título universitario de 4 años
- Título universitario de más de 4 años

25. ¿Es usted de ascendencia u origen español, hispano o latino?

- No, no soy español/hispano/latino
- Sí, puertorriqueño
- Sí, mexicano, mexicano-estadounidense, chicano
- Sí, cubano
- Sí, español/hispano/latino de otro origen/ascendencia

26. ¿Cuál es su raza? Elija la/s opción/opciones correspondiente/s.

- Blanco
- Negro o afroamericano
- Asiático
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Indio americano o nativo de Alaska

27. ¿Qué idioma utiliza habitualmente en casa?

- Inglés
- Español
- Chino
- Ruso
- Vietnamita
- Otro (indíquelo en letra de imprenta):

Fuente: página web de HCAHPS Online, <http://www.hcahpsonline.org/surveyinstrument.aspx>, consultada en julio de 2011.

Anexo 6 Datos de la HCAHPS correspondientes a la CC, la Mayo Clinic de Rochester y la media en Estados Unidos entre 2008 y 2010

	Cleveland Clinic		Mayo Clinic- St. Marys		Mayo Clinic- Methodist		Media en Estados Unidos	
	08-09	09-10	08-09	09-10	08-09	09-10	08-09	09-10
1 Buena comunicación de los enfermeros con el paciente (Q1, Q2, Q3)	71	75	80	79	78	81	75	76
2 Buena comunicación de los médicos con el paciente (Q5, Q6, Q7)	76	76	81	82	83	83	80	80
3 Capacidad de respuesta del personal (Q4, Q11)	53	58	66	70	64	68	63	64
4 El dolor del paciente estaba bien controlado (Q13, Q14)	64	68	73	73	69	69	69	69
5 El personal daba una explicación sobre los medicamentos antes de suministrarlos al paciente (Q16, Q17)	56	59	70	67	63	65	59	60
6 La habitación y el baño del hospital estaban limpios (Q8)	62	68	74	74	67	68	70	71
7 Tranquilidad durante la noche (Q9)	48	51	64	62	55	58	57	58
8 Se proporcionó información sobre qué hacer durante la recuperación en casa (Q19, Q20)	81	83	86	84	90	88	81	81
9 Calificación favorable del hospital (Q21)	72	76	79	81	72	80	66	67
10 Recomendaría el hospital a sus amigos y familiares (Q22)	79	82	85	85	83	83	68	69

Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, <http://www.hospitalcompare.hhs.gov>, consultado en 2010 y modificado por el autor del caso.

Notas: En las preguntas 1 a 7, el porcentaje corresponde a los pacientes que respondieron «Siempre». En la pregunta 8, el porcentaje corresponde a los pacientes que respondieron «Sí». En la pregunta 9, el porcentaje corresponde a los pacientes que respondieron «9» o «10» (0 = el peor, 10 = el mejor). En la pregunta 10, el porcentaje corresponde a los pacientes que respondieron «Sin duda».

Anexo 7 Programas y servicios de la OPE

Programa/servicio	Descripción
Prácticas recomendadas	El Departamento de Prácticas Recomendadas realiza un seguimiento de las tendencias mostradas por la HCAHPS a nivel regional y nacional para determinar cómo alcanzan y mantienen el éxito los mejores hospitales. Realizan consultas con los institutos y hospitales comunitarios de la CC para identificar, implementar y promover las prácticas recomendadas. También pueden llevar a cabo observaciones de unidades para mantener las prácticas recomendadas.
Administración y análisis de datos de encuestas al paciente	La OPE recopila y analiza opiniones de los pacientes procedentes de varias fuentes para conocer mejor su percepción de la experiencia. Dispone de un panel de experiencia del paciente que permite a los directivos del hospital supervisar en tiempo real los resultados de las encuestas y las tendencias de opinión en áreas específicas, así como priorizar las iniciativas de mejora.
Defensor del paciente	La Oficina del Defensor del Paciente sirve de enlace entre la CC y el paciente, y ayuda a resolver los problemas que puedan surgir durante el tratamiento. El defensor del paciente dispone de la autoridad necesaria para investigar las denuncias con independencia de los departamentos implicados y de la administración. Esta figura trabaja de forma proactiva para introducir mejoras junto con los médicos y enfermeros. Cada hospital comunitario de la CC cuenta, al menos, con un defensor del paciente.
Foros de experiencia del paciente	Gracias a los foros de experiencia del paciente, los empleados de la CC pueden discutir en profundidad sobre asuntos clave relacionados con dicha experiencia. Un evento celebrado en noviembre de 2010 atrajo a más de 300 participantes. Los asistentes pertenecen a diversos sectores clínicos y no clínicos, y entre ellos se encuentran representantes de los diferentes hospitales comunitarios de la CC, de los centros de salud familiar para pacientes ambulatorios y del campus principal.
Equipos de experiencia del paciente	Los equipos de experiencia del paciente son grupos multidisciplinares y colaborativos integrados por cuidadores de diversas unidades que se reúnen con regularidad para revisar los comentarios recogidos en las encuestas de satisfacción del paciente. Su objetivo es dar continuidad a los éxitos e identificar las oportunidades de mejora. Cuando es necesario, se desarrollan planes de acción dirigidos a revertir los comentarios negativos.
Exceptional Healing Partners	Exceptional Healing Partners es un programa de reconocimiento para empleados que distingue a aquellos trabajadores que, además de encarnar los valores de la CC, se anticipan y superan las expectativas del paciente y su familia. Cada año se seleccionan doce empleados nominados por sus compañeros y pacientes, a los que se da un reconocimiento honorífico a través de una recepción especial y durante todo el año.
Formación y soluciones en alfabetización sanitaria	La OPE proporciona a los pacientes formación e información sobre alfabetización sanitaria, ayudándoles a tomar mejores decisiones en relación con su salud. La alfabetización sanitaria incluye instrucciones verbales y escritas.
Communicate with H.E.A.R.T.	La OPE cuenta con dos programas de formación en atención al cliente dirigidos a empleados, a los que se conoce como Communicate with H.E.A.R.T. S.T.A.R.T. with Heart se centra en cinco componentes básicos del comportamiento en las relaciones entre pacientes, familias y cuidadores. Son los siguientes: Sonríe [Smile] y saluda cordialmente; Di [Tell] tu nombre, tu función y lo que se puede esperar de ti; Asiste y escucha activamente [Active]; Respaldar [Rapport] y desarrollar la relación; Da las gracias [Thank] a la persona. Respond with H.E.A.R.T. ayuda a los empleados a atender las inquietudes y preguntas del paciente y su familia en el punto de servicio. Sus componentes fundamentales son: Escuchar [Hear] la historia; Empatizar [Empathize]; Pedir disculpas [Apologize]; Responder [Respond] al problema; Dar las gracias [Thank].
Voice of the Patient Advisory Council	La CC cuenta con más de quince Voice of the Patient Advisory Councils (VPAC) que se reúnen con regularidad para discutir e influir de forma positiva en diversos problemas y desafíos que afectan a los pacientes y sus familiares. Los VPAC están compuestos por empleados y pacientes, y permiten al personal escuchar directamente a quienes atienden. Los VPAC han analizado varias de las políticas del hospital, como las de información sobre visitas y altas de pacientes; han ayudado a definir el comportamiento que se espera de los empleados en el servicio; han renovado las áreas familiares, y han desarrollado materiales educativos.
Cleveland Clinic Experience	Cleveland Clinic Experience es una iniciativa de la organización diseñada para integrar experiencias excepcionales de empleados y pacientes. Consta de tres sesiones formativas interactivas, en las que personal médico perteneciente a diferentes disciplinas y ubicaciones discute sobre la misión, los valores, el comportamiento que se espera en el servicio, la recuperación de servicios y el apoyo mutuo en la clínica.
Healing Services Program	El Healing Services Program proporciona atención integral a pacientes, familiares y empleados. Los pacientes pueden disfrutar de forma gratuita, e incluye sesiones de reiki, toque terapéutico, aromaterapia personal, visualización guiada y prácticas espirituales.
Code Lavender	Code Lavender es un servicio de atención integral personalizada de respuesta rápida proporcionado por los equipos de Servicios Curativos y Atención Espiritual. Se pone en marcha cuando un paciente, familiar, empleado o equipo de trabajo puede beneficiarse de un apoyo inmediato a su bienestar. El equipo de Code Lavender ofrece servicios de curación integrales que ayudan a los individuos que atraviesan un momento estresante o extremo.

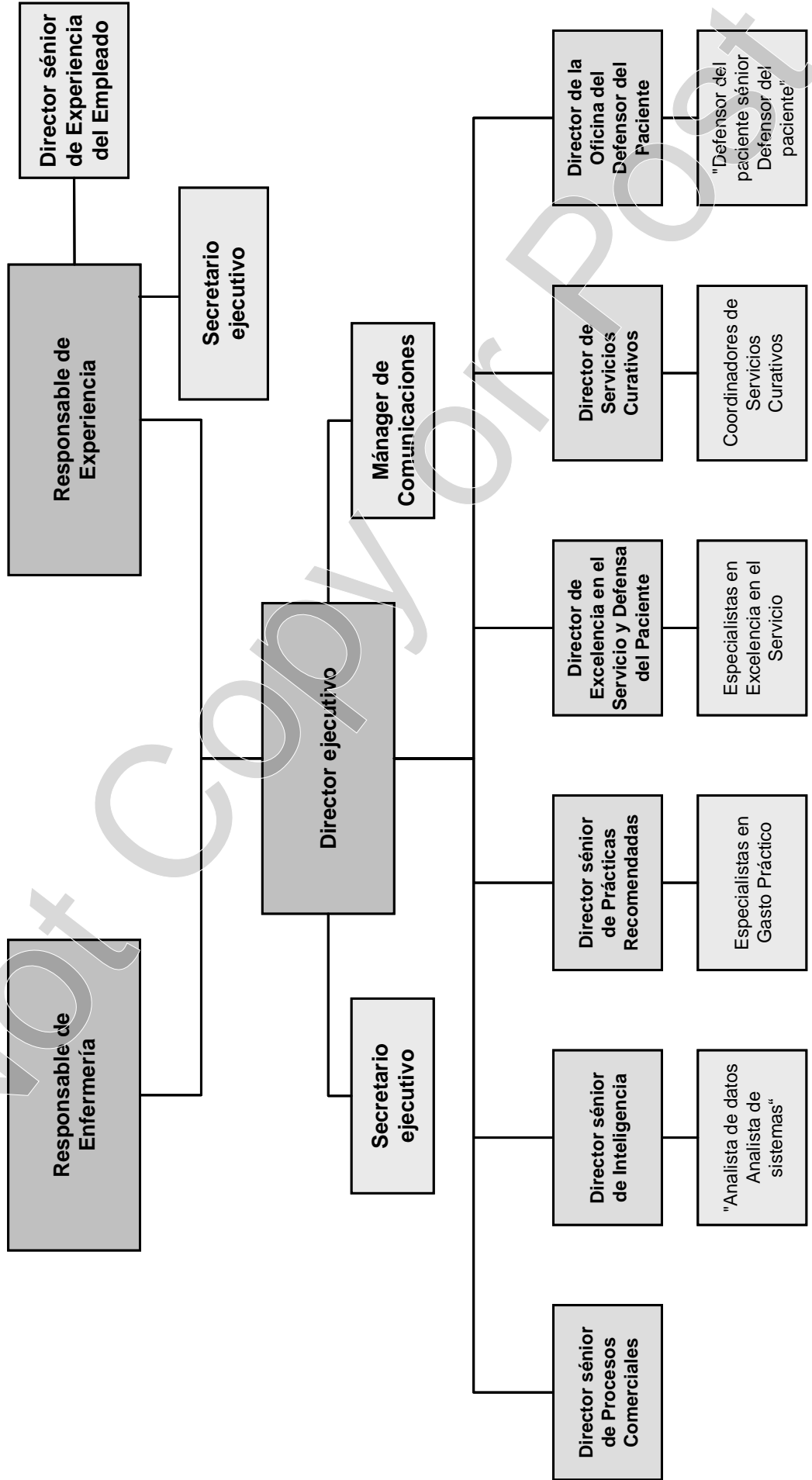
Fuente: documentos proporcionados por la empresa.

Anexo 8 Organigrama de la Oficina de Experiencia del Paciente

OFICINA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Organigrama

7 de marzo de 2011



Fuente: documentos proporcionados por la empresa.

Anexo 9 Extracto del folleto «What to Expect During Your Hospital Stay»

Medicamentos en el hospital

Su equipo de atención sanitaria le informará sobre los nuevos medicamentos que se le suministren en el hospital.

Le explicarán:

- Para qué se utilizan.
- Cómo y cuándo tomarlos.
- Posibles efectos secundarios.

Solicite información por escrito sobre su medicación; deberá recibir un prospecto similar al que acompaña a los fármacos que adquiere en la farmacia.

Si ha traído sus medicamentos de casa, pida a un familiar o amigo que se los lleve. Durante su estancia en el hospital, se le proporcionará la medicación necesaria.

Entorno hospitalario

Un entorno tranquilo

Muchas de nuestras habitaciones son semiprivadas y alojan únicamente a dos pacientes. Cada uno de ellos dispone de teléfono, televisión y armario individual. Hay una cortina que puede correrse para disfrutar de mayor privacidad.

El hospital puede convertirse en un entorno ajetreado y ruidoso. Durante el proceso de recuperación, su equipo tratará de limitar el ruido en la medida de lo posible, sobre todo por la noche.

Si el ruido es demasiado elevado para usted, comuníquese; harán todo lo posible para reducirlo al mínimo.

Para ayudarlo a descansar en un entorno tranquilo, entre las 21:00 y las 7:00 seguimos las directrices «HUSH» (help us support healing). El inicio de este horario se comunicará a través de un anuncio. Las luces se atenuarán y se cerrará la puerta con su permiso. Deberá tratar de no escuchar música o ver televisión a mucho volumen durante la noche, especialmente si comparte habitación con otro paciente. Pregunte si hay auriculares para la televisión.

Fuente: documentos proporcionados por la empresa.

Recuerde a los amigos o familiares que le visiten que no deben hacer demasiado ruido, ya que puede haber otras personas durmiendo. Evite las conversaciones y las llamadas telefónicas a altas horas de la madrugada. Gracias por ayudarnos a conseguir que usted y los demás pacientes puedan disfrutar del descanso que necesitan.

Aunque limitaremos al máximo las interrupciones nocturnas, debe entender que realizaremos supervisiones para comprobar su estado. En ocasiones tendremos que despertarlo temprano para realizar análisis de sangre y que su doctor tenga los resultados cuando los requiera. De este modo se podrán introducir cambios en su tratamiento si es necesario.

Entorno limpio



Todos los cuidadores se lavan las manos o utilizan limpiadores de manos sin agua cuando acaban con un paciente y entre las diferentes tareas que realizan con cada uno de ellos. Le animamos a preguntar a sus cuidadores si se han lavado las manos.

Un entorno limpio le ayudará a mantenerse seguro durante la recuperación. La habitación y el baño se limpiarán con regularidad, pero el personal tratará de no molestarlo. Si necesita que se recoja algo (algún líquido que se haya derramado, por ejemplo), pídale ayuda.

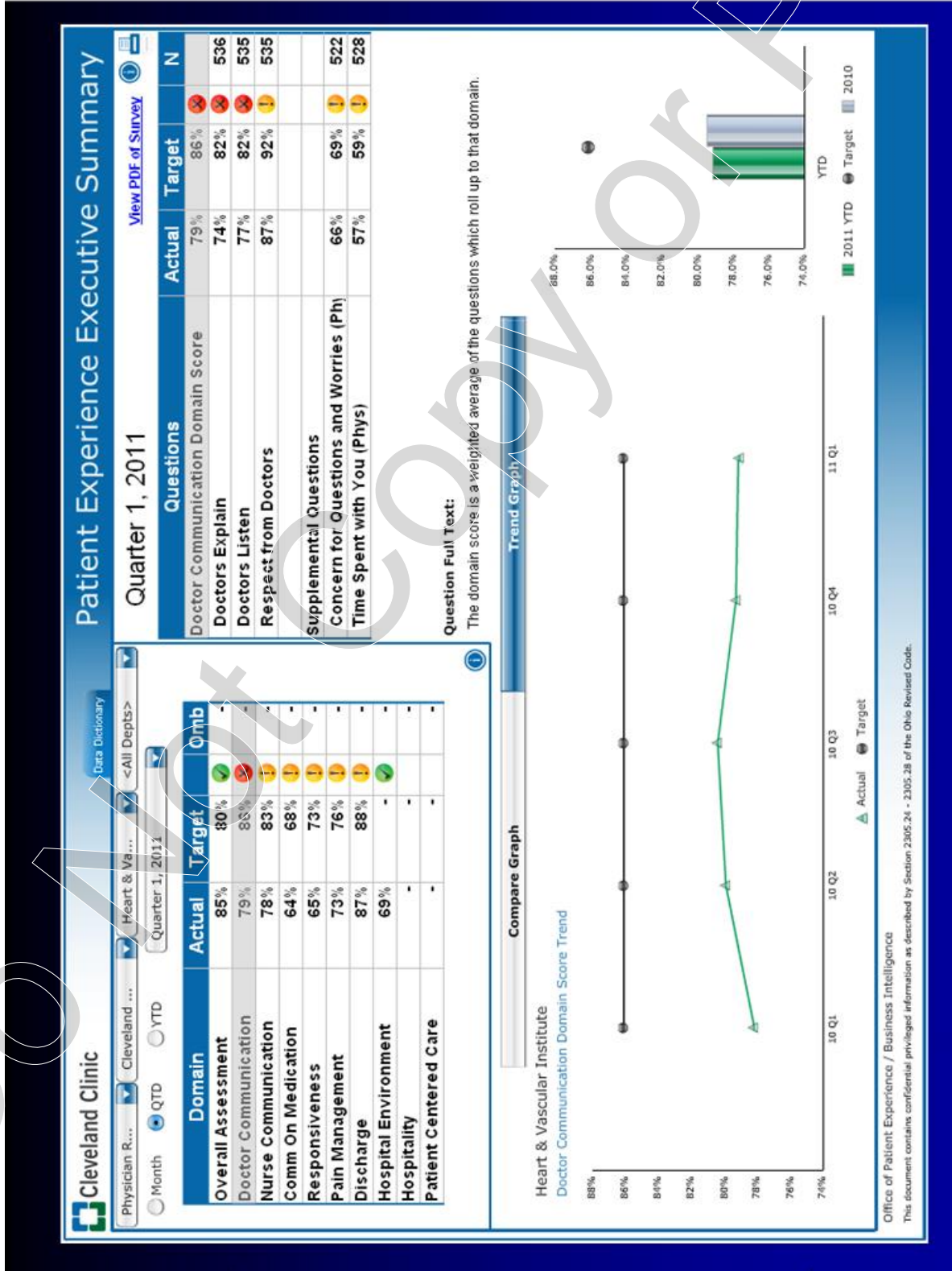
Anexo 10 Porcentaje de pacientes con puntuaciones elevadas en las preguntas de la HCAHPS, analizado en función de si recibieron o no formación relacionada con lo que podían esperar durante su hospitalización

	Pacientes que consultaron material destinado a la modificación de sus expectativas	Pacientes que no consultaron dicho material
	Principios de 2011	Principios de 2011
Número de pacientes	71	316
1 Buena comunicación de los enfermeros con el paciente (Q1, Q2, Q3)	85	82
2 Buena comunicación de los médicos con el paciente (Q5, Q6, Q7)	81	75
3 Capacidad de respuesta del personal (Q4, Q11)	67	56
4 El dolor del paciente estaba bien controlado (Q13, Q14)	72	72
5 El personal daba una explicación sobre los medicamentos antes de suministrárselos al paciente (Q16, Q17)	74	63
6 La habitación y el baño del hospital estaban limpios (Q8)	78	64
7 Tranquilidad durante la noche (Q9)	45	42
8 Se proporcionó información sobre qué hacer durante la recuperación en casa (Q19, Q20)	92	92
9 Calificación favorable del hospital (Q21)	80	82
10 Recomendaría el hospital a sus amigos y familiares (Q22)	92	85

Fuente: documentos proporcionados por la empresa.

Notas: En las preguntas 1 a 7, el porcentaje corresponde a los pacientes que respondieron «Siempre». En la pregunta 8, el porcentaje corresponde a los pacientes que respondieron «Sí». En la pregunta 9, el porcentaje corresponde a los pacientes que respondieron «9» o «10» (0 = el peor, 10 = el mejor). En la pregunta 10, el porcentaje corresponde a los pacientes que respondieron «Sin duda».

Anexo 11 Panel de Experiencia del Paciente



Fuente: documentos proporcionados por la empresa.

Notas Finales

¹ Cleveland Clinic, Informe anual de 2008.

² Con el fin de proteger su privacidad, no se ha utilizado el nombre real del paciente y se han modificado algunos detalles.

³ «Cleveland Clinic Details», *U.S. News and World Report*, <http://health.usnews.com/besthospitals/cleveland-clinic-foundation-6410670/details>, consultado en septiembre de 2010.

⁴ «Best Hospitals 2010-11, The Honor Roll», *U.S. News and World Report*, 14 de julio de 2010, <http://health.usnews.com/health-news/best-hospitals/articles/2010/07/14/best-hospitals-2010-11-the-honor-roll.html>, consultado en septiembre de 2010.

⁵ Cleveland Clinic Overview, <http://my.clevelandclinic.org/about/overview/default.aspx>, consultado en septiembre de 2010.

⁶ «Cleveland Clinic Overview», *U.S. News and World Report*, <http://health.usnews.com/besthospitals/cleveland-clinic-foundation-6410670>, consultado en septiembre de 2010.

⁷ Cleveland Clinic Overview, <http://my.clevelandclinic.org/about/overview/default.aspx>, consultado en septiembre de 2010.

⁸ Jerry Adler, «The Hospital That Could Cure Health Care», *Newsweek*, 26 de noviembre de 2009, <http://www.newsweek.com/2009/11/26/the-hospital-that-could-cure-health-care.html>, consultado en agosto de 2010.

⁹ En la CC, los gastos medios durante los dos últimos años de vida de una persona ascendían a 31.252 dólares, es decir, casi la mitad que en el hospital más caro. Fuente: *ibíd.*

¹⁰ Declaración del doctor Delos M. Cosgrove al Comité de Salud, Educación, Trabajo y Pensiones del Senado, 11 de junio de 2009, <http://help.senate.gov/imo/media/doc/Cosgrove.pdf>, consultado en marzo de 2011.

¹¹ V. Fuhrmans, «Replicating Cleveland Clinic's Success Poses Major Challenges», *The Wall Street Journal*, 23 de julio de 2009.

¹² Declaraciones del presidente Obama, citado por Mark Maymik y Sarah Jane Tribble en «President Obama will be at the Cleveland Clinic on Thursday on a campaign to reform the nation's health-care system», *The Cleveland Plain Dealer*, 21 de julio de 2009, <http://www.cleveland.com/news/plaindealer/index.ssf?base/news/124816515990620.xml&coll=2>, consultado en agosto de 2010.

¹³ Cleveland Clinic, informe anual de 2004.

¹⁴ «A Better Patient Experience: A Letter to Our Readers from Delos M. Cosgrove, M.D., CEO and President», Cleveland Clinic, agosto de 2007, <http://cchealth.clevelandclinic.org/first-word/better-patient-experience>, consultado en octubre de 2010.

¹⁵ HealthLeaders Media Council, Encuesta sectorial de 2011, http://www.healthleadersmedia.com/pdf/survey_project/2011/Mkt_press.pdf, consultado en marzo de 2011.

¹⁶ La información proporcionada en esta sección se extrajo de «HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey», Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, https://www.cms.gov/HospitalQualityInits/30_HospitalHCAHPS.asp, consultado en septiembre de 2010.

¹⁷ American Hospital Association, «Assessment of Cost Trends and Price Differences for U.S. Hospitals», marzo de 2011, <http://www.aha.org/aha/content/2011/pdf/11costtrendspricediffreport.pdf>, consultado en marzo de 2011.

¹⁸ C. Arnst, «Hospitals: Radical Cost Surgery», *Businessweek*, 7 de enero de 2010, http://www.businessweek.com/magazine/content/10_03/b4163040943750.htm, consultado en enero de 2011.

¹⁹ A. Gawande, «Now What?», *The New Yorker*, 86(7) (5 de abril de 2010), p. 21.

²⁰ Donald M. Berwick, «2010 Yale Medical School Graduation Address», 24 de mayo de 2010, New Haven, Connecticut (Estados Unidos), <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/0B7E1957-A466-4134-907D-F9E2B0F9BDE0/0/BerwickYaleMedicalSchoolGraduationAddressMay10.pdf>, consultado en septiembre de 2010.

²¹ *Ibid.*

²² K. D. Grote, J. R. S. Newman y S. S. Sutaria, «A Better Hospital Experience», *McKinsey Quarterly*, noviembre de 2007, https://www.mckinseyquarterly.com/Health_Care/Hospitals/A_better_hospital_experience_2081, consultado en febrero de 2011.

²³ «FY 2010 Final Rule Case Mix Index», Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, 2010, <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Acute-InpatientFiles-for-Download-Items/CMS1247873.html>, consultado en julio de 2011.