

Resumen

Un corpus de evidencia cada vez más amplio revela que los pacientes más activados, es decir, aquellos con los conocimientos, las habilidades y la confianza necesarios para gestionar su salud, muestran más probabilidades de desarrollar hábitos saludables, utilizar los recursos del sistema sanitario de forma más efectiva y presentar mejores resultados de salud. En este artículo revisamos la evidencia que relaciona el grado de activación del paciente con los resultados e identificamos estrategias que consiguen aumentar la activación del paciente. En el apartado de conclusiones, repasamos las formas en que los sistemas de salud utilizan el conocimiento sobre el nivel de activación de los pacientes y sus historias clínicas para diseñar protocolos que satisfagan más eficazmente los requerimientos asistenciales de los pacientes y permitan un uso más eficiente de los recursos del sistema sanitario.

Palabras clave: activación del paciente, involucración del paciente, autogestión, resultados de salud.

Abstract

A growing evidence-base indicates that higher activated patients, those who have the knowledge, skill, and confidence to manage their health, are more likely to engage in positive health behaviors, to use health care resources more effectively, and to have better health outcomes. We review the evidence linking patient activation to outcomes and identify strategies that increase patient activation. We conclude with an overview of how health systems use knowledge about their patients' activation level along with clinical profiles to tailor care pathways that more effectively meet patients' needs, and are more efficient in their use of health care resources.

Key words: patient activation, patient engagement, self-management, health outcomes.

JEL classification: I10, I12, I14.

LA ACTIVACIÓN DEL PACIENTE COMO HERRAMIENTA PARA LA TRIPLE META

Judith HIBBARD, DrPH

Profesora emérita, Universidad de Oregón

I. INTRODUCCIÓN

La *Triple Meta* de mejor salud, mejores cuidados y menores costes de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria se ha convertido en el foco de atención de los sistemas de salud en todo el mundo, y las reformas en materia de sanidad se orientan cada vez más a alcanzar dichas metas (Dentzer, 2013). Las organizaciones sanitarias están explorando simultáneamente opciones para mejorar la salud y reducir los costes. La nueva realidad que afrontan las organizaciones que prestan servicios sanitarios es una continua presión para hacer más con menos recursos.

Una estrategia clave en algunos países desarrollados consiste en traspasar una parte del riesgo financiero del cuidado de la salud de determinados grupos de población a las organizaciones encargadas de proveer dicha atención. Con ello, lo que se persigue es aumentar la responsabilidad de la organización sobre los costes, mejorando a la vez la calidad de la asistencia prestada y los resultados terapéuticos. En Estados Unidos ha surgido una nueva figura jurídica, las Accountable Care Organizations (ACO), que desempeñan la función tanto de aseguradoras como de la prestación de servicios sanitarios (Fisher *et al.*, 2012). En Inglaterra, los nuevos Clinical Care Group (CCG) están asumiendo un papel similar. Tanto los CCG como las ACO están pensados para adoptar un

enfoque de gestión de la población asignada. En paralelo a este nuevo enfoque en la responsabilidad y la rendición de cuentas se observa un alto interés en nuevos modelos asistenciales que reconozcan y apoyen el papel central que juegan los pacientes en la determinación tanto de los resultados como de los costes.

Los estudios realizados demuestran que los sujetos más «activados», es decir, aquellos que cuentan con los conocimientos, las habilidades y la confianza necesarios para gestionar su salud y sus requerimientos médicos, obtienen mejores resultados terapéuticos e incurren en unos menores costes sanitarios. Un corpus de evidencia cada vez más abundante revela que los pacientes más proactivos son quienes muestran mayor probabilidad de desarrollar hábitos saludables y utilizar los recursos del sistema sanitario de forma más efectiva. Partiendo de la literatura disponible sobre este concepto, en este artículo revisamos la evidencia que relaciona el grado de activación del paciente y los resultados, y evaluamos críticamente los estudios diseñados para aumentar la activación del paciente, identificando las estrategias que parecen ser más eficaces. Por último, identificamos y describimos los programas innovadores que están implementándose en organizaciones de salud pioneras con el fin de motivar y activar a sus pacientes. Describimos de qué modo esos sistemas de salud

están combinando el conocimiento sobre la capacidad para autogestionarse de sus pacientes y sus perfiles clínicos a fin de diseñar vías que satisfagan más eficazmente las necesidades asistenciales de los pacientes y asignen más eficientemente los recursos sanitarios.

II. ¿POR QUÉ ENFOCARSE EN LA ACTIVACIÓN DEL PACIENTE?

Prácticamente existe consenso en que el comportamiento individual es un determinante clave del desarrollo de una enfermedad crónica, y en que la autogestión es un factor primordial en la determinación de los resultados y la capacidad para funcionar una vez que el paciente desarrolla la enfermedad crónica (Schroeder, 2007). Se estima que entre el 60 y el 70 por 100 de la mortalidad prematura, los determinantes de la salud están vinculados a pautas de conducta modificables (OMS, 2005).

La activación del paciente, es decir, los conocimientos, habilidades y confianza de los sujetos para gestionar su salud y sus requerimientos asistenciales, es una variable predictiva de la mayoría de prácticas sanitarias y relativas a la enfermedad, así como de muchos resultados de efectividad terapéutica (Hibbard *et al.*, 2004). La activación puede evaluarse utilizando el método de la Medición de la Activación del Paciente (*Patient Activation Measure*, PAM) (Hibbard *et al.*, 2005). Dicha medición se ha convertido en un indicador abreviado de la capacidad del paciente para autogestionarse.

El PAM se desarrolló mediante análisis Rasch, y consiste en una medición unidimensional según intervalos, con puntuaciones

comprendidas entre 0 y 100. Los trece ítems incluidos en el PAM están formados por afirmaciones sobre creencias, confianza en la gestión de tareas relacionadas con la salud y conocimientos autoevaluados. El PAM se ha revelado como un instrumento fiable y válido en diferentes idiomas, culturas, grupos demográficos y condiciones médicas (Hibbard *et al.*, 2004; Hibbard *et al.*, 2005; Fujita *et al.*, 2010; Rademakers *et al.*, 2012; Herrmann *et al.*, 2012; Maindal *et al.*, 2009; Steinsbekk, 2008; Ellins y Coulter, 2005).

Aunque la puntuación de activación está moderadamente correlacionada con factores sociodemográficos, no es un marcador de nivel socioeconómico. Los estudios revelan que la edad, la educación, los ingresos y el género representan en torno a un 5-6 por 100 de la variación de la activación del paciente. En contraste, dichas variables suponen un 25 por 100 de la variación en la alfabetización en salud del paciente (Greene *et al.*, 2005).

El PAM no es la única forma de medir el grado de compromiso o proactividad del paciente. Existen medidas de confianza y de interés en participar activamente en el cuidado de la propia salud. Sin embargo, el PAM es el parámetro que cuenta con las mayores propiedades psicométricas y la mayor base empírica para validarlo y ligarlo a múltiples resultados.

III. LA ACTIVACIÓN DEL PACIENTE COMO VARIABLE PREDICTIVA DEL COMPORTAMIENTO Y LOS RESULTADOS EN MATERIA DE SALUD

Estudios empíricos indican que las personas más activadas tienen

significativamente más probabilidades de adoptar prácticas preventivas, como exámenes, chequeos regulares y vacunaciones, que las personas que obtuvieron una puntuación más baja en la escala de activación. Además, quienes están más activados tienen significativamente más probabilidades de desarrollar hábitos saludables, como llevar una dieta sana o realizar ejercicio regularmente (Hibbard *et al.*, 2004; Hibbard *et al.*, 2005; Greene e Hibbard, 2012; Hibbard *et al.*, 2007; Fowles *et al.*, 2009; Mosen *et al.*, 2007; Becker y Roblin, 2008; Hibbard y Cunningham, 2008; Hibbard y Tusler, 2007; Tabrizi *et al.*, 2010; Salyers *et al.*, 2009).

1. Comportamientos en materia de salud

Los pacientes menos activados parecen ser más pasivos en la búsqueda y utilización de cuidados médicos. Por ejemplo, los pacientes menos activados tienen significativamente menos probabilidades de preparar preguntas antes de acudir a la consulta del médico, conocer las pautas de tratamiento para su enfermedad o ser persistentes a la hora de solicitar aclaraciones en caso de no entender las explicaciones del médico (Fowles *et al.*, 2009; Hibbard, 2009). Los pacientes menos activados también tienen entre el doble y el triple de probabilidades de presentar necesidades médicas no atendidas y retrasar la obtención de cuidados respecto a los pacientes más activados, incluso una vez tenidas en cuenta las diferencias de ingresos, educación y situación de seguro médico (Hibbard y Cunningham, 2008).

La activación también está correlacionada con la autogestión en enfermedades crónicas: pun-

tuaciones de activación más altas están positivamente relacionadas con el cumplimiento del tratamiento, el seguimiento de la enfermedad y la obtención de cuidados regulares para enfermedades crónicas (Hibbard *et al.*, 2004; Hibbard *et al.*, 2005; Greene y Hibbard, 2012; Mosen *et al.*, 2007; Rogvi *et al.*, 2012; Lorig *et al.*, 2010; Rask *et al.*, 2009; Ellins y Coulter, 2005; Druss *et al.*, 2010; Remmers *et al.*, 2009; Becker y Roblin, 2008; Hibbard y Tusler, 2007; Schiøtz *et al.*, 2012; Skolasky *et al.*, 2008). Aunque estos estudios se basan en la gravedad de la enfermedad y en factores sociodemográficos, los hallazgos parecen ser aplicables a pacientes con un amplio abanico de enfermedades y distintos entornos económicos, al incluirse entre los sujetos de estudio a grupos desfavorecidos, poblaciones étnicamente diversas y personas sin atención de ayuda médica (Rask *et al.*, 2009; Lubetkin *et al.*, 2010; Kansagara *et al.*, 2011; Gerber *et al.*, 2011; Alegría *et al.*, 2009; Hibbard *et al.*, 2008; Ryvicker *et al.*, 2012).

Los estudios muestran que cuando las puntuaciones de PAM cambian, las conductas varían en la misma dirección. Hibbard *et al.* siguieron a pacientes enfermos crónicos durante un periodo de seis meses (Hibbard *et al.*, 2007) y observaron que a incrementos de la puntuación PAM les correspondieron mejoras en 11 de las 18 conductas, entre ellas realizar ejercicio regularmente y llevar un diario del nivel de glucosa en sangre. Harvey *et al.* obtuvieron resultados similares en una población de empleados: cuando las puntuaciones PAM aumentaban, se evidenciaban mejoras en múltiples conductas, con independencia de cuál fuera el nivel de activación de base.

2. Resultados de efectividad terapéutica

Varios estudios han revelado que los pacientes más activados tienen más probabilidades de presentar indicadores clínicos en el rango normal, incluidos el índice de masa corporal y los niveles de azúcar en sangre (A1c), presión arterial y colesterol (Greene y Hibbard, 2012; Rogvi *et al.*, 2012; Remmers *et al.*, 2009; Skolasky *et al.*, 2011; Terry *et al.*, 2011; Saft *et al.*, 2008). Un estudio centrado en pacientes con VIH concluyó, utilizando modelos multivariantes, que a mejoras incrementales de 5 puntos en la puntuación PAM les correspondió una mejora significativa del recuento de CD4 (linfocitos), el cumplimiento de los regímenes farmacológicos y la supresión del virus (Marshall *et al.*, 2013).

Un estudio reciente de panel longitudinal observó a lo largo del tiempo a los pacientes en un gran centro de salud, y los resultados obtenidos mostraron que cuando las puntuaciones PAM variaban, muchos de los resultados cambiaban en la dirección esperada. En este estudio se observó durante un año a más de 10.000 pacientes con puntuaciones en PAM de, al menos, 2. Los resultados multivariantes muestran que los pacientes cuyas puntuaciones PAM aumentaron o se mantuvieron elevadas presentaron resultados significativamente mejores en 8 de los 13 parámetros examinados —incluidos menor número de hospitalizaciones y de consultas a urgencias— que los pacientes cuya clasificación PAM disminuyó o se mantuvo baja tras el periodo de observación (Hibbard, 2014). Otro estudio de panel sobre más de 5.000 enfermos crónicos durante un

periodo de cuatro años concluyó que la puntuación de base en PAM predecía los resultados cuatro años más tarde, incluido el cumplimiento de los regímenes, las hospitalizaciones y el uso del servicio de urgencias (Hibbard, 2014b). Estos hallazgos indican que las ventajas asociadas al hecho de ser un paciente más activado subsisten durante varios años, reportando beneficios duraderos en forma de un mejor autocuidado, una mejor capacidad para funcionar y un menor uso de los costosos servicios sanitarios a lo largo del tiempo.

3. Utilización de la asistencia médica

Los pacientes más activados tienen aparentemente menos probabilidades de ser hospitalizados o de acudir al servicio de urgencias, y esto es así incluso si se controla por la gravedad de la enfermedad y los factores demográficos (Greene y Hibbard, 2012; Remmers *et al.*, 2009; Begum *et al.*, 2011; Shively *et al.*, 2012). Los resultados también evidencian que los pacientes menos activados muestran casi el doble de probabilidad de volver a ser ingresados en el hospital dentro de los treinta días siguientes a recibir el alta médica (AARP, 2009; Begum *et al.*, 2011; Kirby, 2012).

Dada la relación inversa entre activación del paciente y utilización de los costosos cuidados médicos, no debe sorprender que los costes de asistencia sanitaria estén también significativamente asociados al nivel de activación del paciente. Hibbard y Greene encontraron que las puntuaciones PAM predecían eficazmente los costes sanitarios facturados

en el mismo año y el siguiente; así, los pacientes menos activados presentaban costes en el año base alrededor de un 8 por 100 superiores a los pacientes más activados, y un 21 por 100 superiores en el año siguiente (Hibbard *et al.*, 2013).

En resumen, la activación del paciente parece ser relevante con independencia de la enfermedad considerada. Los resultados obtenidos para muchas enfermedades diferentes —entre ellas diabetes, asma, esclerosis múltiple, EPOC, insuficiencia cardíaca, VIH, enfermedad cardiovascular y cáncer (Marshall *et al.*, 2013; Saft *et al.*, 2008; Remmers *et al.*, 2009; Rogvi *et al.*, 2012; Mosen *et al.*, 2007; Stepleman *et al.*, 2010)— han demostrado estar vinculados a la activación del paciente. La activación del paciente también es relevante para pacientes con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, la depresión y el desorden por estrés postraumático. Los estudios revelan que puntuaciones de activación más altas se relacionan significativamente con actitudes sobre recuperación positivas, mayores niveles de esperanza, menores síntomas de enfermedad mental, conductas de autogestión de la enfermedad, estrategias más sanas para encarar la enfermedad, menor abuso de sustancias y una pauta de medicación más consistente (Kukla *et al.*, 2013; Green *et al.*, 2010; Salyers *et al.*, 2009). Por último, muchos de los hallazgos han sido reproducidos en estudios realizados en otros países, como Dinamarca, Alemania, Reino Unido, Japón, Noruega, Canadá, Países Bajos y Australia (Rademakers *et al.*, 2012; Fujita *et al.*, 2010; Maindal *et al.*, 2009; Herrmann, 2012; Ellins y Coulter, 2005; Begum *et al.*, 2011).

IV. INTERVENCIONES ORIENTADAS A AUMENTAR EL NIVEL DE ACTIVACIÓN DEL PACIENTE

Los programas dirigidos a aumentar la activación del paciente se han llevado a cabo con poblaciones que contaban con seguros médicos tanto públicos como privados, y se han implementado en centros de trabajo (Terry *et al.*, 2011); hospitales (Richmond *et al.*, 2010); programas de gestión de enfermedades (Lawson *et al.*, 2013; Hibbard *et al.*, 2009); la comunidad (Druss *et al.*, 2010; Lorig y Alvarez, 2011; Lorig *et al.*, 2009 y 2010; Frosch *et al.*, 2010); centros de atención primaria (Deen *et al.*, 2011; Parchman *et al.*, 2010) y *online* (Solomon *et al.*, 2012; Lorig *et al.*, 2010).

Los estudios revelan que es posible aumentar las puntuaciones de activación mediante una intervención enfocada. Varios de dichos estudios también han constatado mejoras en los resultados de efectividad terapéutica, entre ellos la calidad de vida relacionada con la salud, los indicadores clínicos (como el colesterol «malo» o la presión arterial), el grado de cumplimiento, estilos de vida más saludables, menor sintomatología, mayor formulación de preguntas durante las consultas clínicas y menor utilización del servicio de urgencias y hospitalizaciones (Druss *et al.*, 2010; Terry *et al.*, 2011; Richmond *et al.*, 2010; Hibbard *et al.*, 2009, 2009; Lorig *et al.*, 2009; Lorig *et al.*, 2010; Lorig y Alvarez, 2011; Frosch *et al.*, 2010b; Deen *et al.*, 2011b; Mitchell, 2013; Kirby, 2012).

Un incremento de la activación del sujeto se traduce en una mayor sensación de control

sobre su salud y de empoderamiento. Las estrategias que respaldan esto parecen ser aquellas que estimulan la motivación autónoma. Son las que asumen la perspectiva del individuo, le estimulan a tomar decisiones y fomentan la autonomía personal. Dichas intervenciones favorecen el desarrollo de habilidades de resolución de problemas y el dominio de la autogestión (Ryan y Deci, 2000).

El programa Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) de la Universidad de Stanford forma a líderes legos en medicina de entornos locales para conducir talleres en los que se enseña a enfermos crónicos a resolver sus problemas, realizar un ejercicio adecuado y comunicarse mejor con su familia y los profesionales sanitarios. Los participantes en el CDSMP han mostrado mejoras de activación, que han perdurado durante plazos de hasta dieciocho meses tras la participación (Lorig *et al.*, 2010). Un ensayo aleatorio que utilizó una adaptación del CDSMP para pacientes con enfermedades mentales graves reveló que, al efectuar el seguimiento al cabo de seis meses, los participantes del grupo de intervención presentaban una mejora de la activación del paciente significativamente superior a la de los incluidos en el grupo de asistencia habitual, así como mejoras más importantes en cumplimiento, actividad física y calidad de vida relacionada con la salud (Druss *et al.*, 2010).

Los programas aplicados en clínicas para personas con ingresos bajos que se centraron en el desarrollo de habilidades, como la formulación de preguntas, evidenciaron un aumento de la participación en el cuidado médico y

un aumento de los niveles de activación del paciente (Deen *et al.*, 2011; Alegría *et al.*, 2009). Por ejemplo, en el trabajo de Deen *et al.*, se asignó aleatoriamente a los pacientes con bajo nivel socioeconómico bien a la asistencia habitual bien a un grupo de intervención dirigido expresamente a incrementar la participación en el cuidado de su propia salud y a aumentar la activación. La intervención se centró en instruir a los pacientes para que fueran capaces de generar y priorizar sus preguntas relacionadas con decisiones sobre temas de salud y tratamiento médico. Los resultados mostraron unas mayores puntuaciones PAM y un incremento en la utilización de herramientas de ayuda en la decisión (Deen *et al.*, 2011). Kangovi *et al.* descubrieron que utilizando personal sanitario comunitario bien formado, y trabajando directamente con pacientes en la comunidad, se conseguía aumentar la activación y reducir el índice de reingresos recurrentes (Kangovi *et al.*, 2014).

Uno de los enfoques más prometedores es aquel en el que las intervenciones se diseñan «a la medida» del nivel de activación del sujeto. Dos estudios evalúan el impacto que este *coaching* personalizado tiene en la activación del paciente: los resultados terapéuticos y la utilización de los servicios sanitarios. El objetivo del *coaching* personalizado es estimular actuaciones que eleven las probabilidades de éxito del individuo. Se anima a los pacientes menos activados a dar un paso cada vez y a marcarse pequeñas metas que puedan conseguir, inclusive acciones «previas al cambio de comportamiento» (como reducir en dos el número de comidas rápidas consumidas durante la siguiente semana). A los pacientes más acti-

vados se les impulsa a adoptar cambios de conducta significativos clínicamente (como ejercitarse durante treinta minutos cinco días por semana) (Hibbard y Tusler, 2007). Ambos estudios demuestran que personalizar el *coaching* en función del nivel de activación de los pacientes eleva la activación y mejora los resultados, reduciendo, por ejemplo, el número de hospitalizaciones (Hibbard *et al.*, 2009; Shively *et al.*, 2012).

Un hallazgo importante que pusieron de manifiesto los estudios de intervención es que aquellos pacientes que partían desde niveles de activación más bajos tendieron a aumentarlos en mayor proporción. Si bien esto puede achacarse en parte al efecto «techo», es alentador comprobar que una intervención efectiva puede ayudar a que quienes están menos involucrados y muestran mayor pasividad se conviertan en gestores activos (Hibbard *et al.*, 2009; Frosch *et al.*, 2010; Deen *et al.*, 2011).

En síntesis, el grueso de evidencias sugiere que los pacientes activados cuentan con una ventaja en todos los planos del estudio: tienen más probabilidades de adoptar hábitos saludables y de registrar mejores experiencias asistenciales, obtienen mejores resultados terapéuticos e incurrir en una menor utilización. Además, parece que la activación es modificable y que existen intervenciones efectivas que consiguen aumentar la activación en los pacientes, incluso entre aquellos que parten desde niveles de activación más bajos. Por último, parece que las ventajas de ser un paciente más activado perduran en el tiempo, surtiendo efectos a lo largo de varios años.

V. UTILIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS TEÓRICOS SOBRE ACTIVACIÓN DE LOS PACIENTES PARA MEJORAR LA ASISTENCIA PRESTADA

Un número creciente de organizaciones innovadoras que prestan servicios de salud en Estados Unidos están midiendo la activación de los pacientes y utilizando dicha información para gestionar de manera más eficaz las necesidades asistenciales de los pacientes, tanto individuales como en conjunto. Los ejemplos que se citan en esta sección provienen de sistemas sanitarios, los programas estatales desarrollados por Medicaid (el programa de seguros de salud del gobierno de Estados Unidos para la gente necesitada), planes de seguros médicos, las comunidades y un empleador público.

Algunas de las estrategias se dirigen a promover un aumento de la activación de los pacientes. El *coaching* personalizado es un buen ejemplo de este tipo de estrategias. Otras pretenden garantizar que los pacientes con menores niveles de activación, es decir, aquellos más pasivos, obtengan vías o apoyos especializados para mejorar sus probabilidades de recibir la asistencia clínica requerida. Dichas estrategias establecen un triaje de recursos a los pacientes, atendiendo, en parte, a su nivel de activación. Este enfoque optimiza los recursos privilegiando el apoyo hacia los pacientes más necesitados de ayuda, mientras que aplica actuaciones menos intensivas en personal con pacientes que muestran una mayor capacidad de autogestión.

1. Segmentando la población de pacientes para optimizar los recursos

El objetivo de estos enfoques es afinar la forma de gestionar los distintos segmentos de pacientes a fin de satisfacer más estrechamente sus necesidades, tanto desde un punto de vista clínico como conductual. La estrategia primaria consiste en identificar segmentos de pacientes que podrían beneficiarse de distintos tipos de apoyo, diferenciando según la mayor o menor intensidad del apoyo recibido o según el mayor o menor grado de cualificación del personal sanitario. Los siguientes ejemplos comparten este punto de partida, si bien podrían diferir en su enfoque y en las estrategias concretas aplicadas.

Utilizando un enfoque basado en el equipo, el Peace Health Patient Centered Medical Home (PCMH) observó que se obtenían resultados más eficaces si los recursos se asignaban en función de las necesidades concretas de los diferentes segmentos de pacientes en lugar de aplicar un enfoque de «talla única». Como los enfermos a largo plazo con baja activación suelen ser más pasivos, se utilizó personal sanitario para tratarlos proactivamente con un enfoque intensivo en «factor humano». En cambio, los pacientes más activados con el mismo nivel de enfermedad recibieron recursos electrónicos o de comunidad y apoyo por parte de otros pacientes. Los pacientes más activados muestran mayor motivación y disposición a utilizar los recursos de información relevantes y a seguir las indicaciones adecuadas. El gráfico 1 ofrece una representación de este enfoque de segmentación. Muestra cómo se asignan los recursos de manera

GRÁFICO 1
SEGMENTANDO LA POBLACIÓN

Nivel PAM	Carga por enfermedad	
	Baja	Alta
Alto	RECURSOS ELECTRÓNICOS Miembros de equipo habitual Enfoque en prevención	APOYO DE OTROS PACIENTES Equipo de cuidado habitual Enfoque en gestión de la enfermedad
Bajo	EQUIPO DE ALTA CUALIFICACIÓN Enfoque en prevención	EQUIPO DE ALTA CUALIFICACIÓN Más extensión Enfoque en desarrollo de habilidades para gestionar la enfermedad

más intensa a aquellos pacientes con una carga por enfermedad mayor y menores habilidades de autogestión (baja activación). El PCMH observó que, al estratificar la población de pacientes tanto en función de su nivel de activación como de carga por enfermedad, pueden alcanzarse mejores resultados con la misma cantidad de recursos (Blash *et al.*, 2011). El Stanford Coordinated Care Clinic, que atiende a pacientes con múltiples enfermedades de larga duración, también aplica este enfoque de segmentos en sus pacientes.

Las organizaciones sanitarias definen de modos diferentes sus estrategias de segmentación y las dirigen a distintos subgrupos de pacientes. Por ejemplo, una importante empresa nacional de seguros de salud de Estados Unidos utiliza el sistema RIV (respuesta interactiva por voz) para contactar por teléfono con los pacientes y pedirles que realicen la encuesta PAM. Utilizan este enfoque con pacientes a los que recientemente se les ha diagnos-

ticado un cáncer. Reconocen que estos pacientes podrían necesitar ayuda extra para tomar decisiones sobre tratamiento, asumir las emociones y/o afrontar su atención médica. Los pacientes cuya puntuación se encuentra en uno de los dos niveles más bajos de PAM son inmediatamente transferidos a un *coach* para que les empiece a atender. Los pacientes clasificados en los dos niveles más altos de PAM pueden elegir entre las opciones a través del sistema RIV: o bien recibir la llamada de un *coach* si desean ayuda, o bien optar entre un menú de otros recursos a su alcance. Esta empresa de seguros de salud descubrió que el enfoque no solo generó ahorros de costes operativos, sino que aumentó la satisfacción general de los clientes de forma significativa. Este es un ejemplo de estrategia básicamente dirigida a ayudar a que los pacientes menos activados reciban la atención requerida, en lugar de marcarse la meta específica de aumentar el nivel de activación de los pacientes.

Otro ejemplo consiste en el programa de gestión de beneficios de fármacos entre funcionarios jubilados en el estado de Ohio. Para la parte clínica de su enfoque de segmentación, el programa selecciona a participantes con múltiples recetas de medicamentos (alto riesgo), se pone en contacto con ellos y les solicita que realicen la encuesta PAM *online*. A continuación, modula la prestación de apoyo entre los usuarios frecuentes de medicamentos, facilitando *coaching* sobre gestión de la medicación únicamente a aquellos jubilados menos activados del grupo. Se decide en cada caso el modo en que se desea interactuar con los jubilados y prestarles apoyo de forma congruente con su menor grado de activación, subdividiendo cada acción en pequeños pasos y ayudándoles a desarrollar hábitos que promuevan el cumplimiento de la medicación.

Fairview Health Services orienta de diferentes formas el apoyo a los pacientes menos activados (Hibbard y Greene, 2013). Se han desarrollado una serie de protocolos de asistencia concretos en función de los niveles de activación. He aquí algunos ejemplos.

Cuando, durante el transcurso de una consulta, se determina que a un paciente se le debe realizar una mamografía, el procedimiento habitual es programar una visita separada para practicar dicha actuación. Pero si el paciente tiene una baja clasificación en PAM, se le practica la mamografía ese mismo día y en ese mismo centro. El razonamiento es que, si bien no es posible hacerlo para todos los pacientes, en el caso de los pacientes menos activados existe un mayor riesgo de que no regresen para la prueba y, al dar cabida al paciente en el mismo momento, los recursos se están

asignando de manera adecuada en aras de una mejor salud de la población.

Debido a que los pacientes menos activados son más pasivos en sus encuentros con el personal sanitario, una organización de salud asigna un auxiliar sanitario especialmente formado que trabaja con los pacientes menos activados durante la estancia en el centro clínico. El auxiliar ayuda al paciente a formular sus preguntas antes de que el médico llegue a la sala. El auxiliar también se vuelve a reunir con el paciente una vez que el médico se ha marchado y juntos repasan el contenido de la visita y revisan la medicación prescrita (Hibbard y Greene, 2013). Esta forma de apoyo es de gran ayuda para los pacientes menos activados; en cambio, resultaría un esfuerzo superfluo o inapropiado si se utilizase con los pacientes más activados.

Hospitales de más de treinta estados en Estados Unidos utilizan el PAM para diseñar el apoyo a los pacientes una vez que su estancia en el hospital termina y reciben el alta médica, como una herramienta para evitar los reingresos. Los estudios revelan que los pacientes menos activados muestran casi el doble de riesgo de reingreso durante el periodo post-hospitalario que los pacientes más activados (Mitchell, 2013).

Los programas de prevención del reingreso suelen comprender una evaluación del nivel de activación y, a continuación, el diseño personalizado tanto de la forma de prestar apoyo al paciente una vez que recibe el alta del hospital como de la cantidad de apoyo prestado. Algunos programas utilizan personal especialmente formado para apoyar a los pacientes menos activados du-

rante los periodos de alta y posteriores al alta médica. Un programa de Humboldt County en California utiliza un equipo especialmente formado para apoyar a los pacientes menos activados durante el periodo post-hospitalario. Así, se recurre a enfermeros voluntarios en prácticas para prestar apoyo a los pacientes más activados (Quality Coalition, 2012). La utilización de personal más especializado y costoso para aquellos con mayores probabilidades de reingreso, en contraste con personal voluntario para los pacientes con menor riesgo de reingreso, supone una forma de optimización de los recursos en aras de mejores resultados. Este programa ha permitido reducir los reingresos en un 20 por 100 (Quality Coalition, 2012).

2. Coaching personalizado

Los médicos y los *coaches* sanitarios han observado que medir los niveles de activación de los pacientes les proporciona tres ventajas clave a la hora de prestar apoyo a los pacientes. En primer lugar, brinda una evaluación que ayuda a los clínicos a personalizar la clase y la cantidad de apoyo necesario. Al informar de dónde se sitúa cada paciente a lo largo de este proceso, les permite atender al paciente sin quedarse ni cortos ni largos. En segundo lugar, la puntuación sirve de guía sobre la clase y la cantidad de apoyo que probablemente sea útil para el paciente. Y en tercer lugar, aporta una métrica con la que seguir el progreso de cada paciente o de un grupo de ellos.

Los especialistas que utilizan actualmente el PAM para evaluar a los pacientes lo consideran una señal vital adicional que les aporta información esencial para tra-

CUADRO N.º 1

PERSONALIZACIÓN DEL COACHING EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ACTIVACIÓN DEL PACIENTE

Niveles de activación de los pacientes

- Nivel 1: El paciente tiende a ser pasivo y sentirse abrumado por la gestión de su propia salud.
- Nivel 2: El paciente puede carecer de conocimientos y confianza para gestionar personalmente su salud.
- Nivel 3: El paciente parece ir pasando a la acción pero podría carecer de confianza y habilidades con las que apoyar su comportamiento.
- Nivel 4: El paciente ha adoptado muchas de las conductas recomendadas para su salud, pero podría no ser capaz de mantenerlas frente a factores estresantes en la vida.

Adaptación del apoyo a los niveles de activación

- En el **nivel 1**, enfocarse en crear autoconciencia y comprensión de las pautas de conducta, para ir ganando confianza a través de pequeños pasos.
- En el **nivel 2**, dar continuidad a pequeños pasos previos al cambio de conducta, como añadir fruta o verdura a la dieta semanal; reducir el tamaño de las porciones en dos comidas al día; y empezar a acumular conocimientos básicos.
- En el **nivel 3**, procurar adoptar nuevas conductas y garantizar cierto nivel de conocimientos y habilidades específicos a la enfermedad. Apoyar el inicio de nuevos comportamientos «completos» (por ejemplo, treinta minutos de ejercicio tres días por semana) y las habilidades para la resolución de problemas.
- En el **nivel 4**, evitar la recaída y gestionar las situaciones nuevas o retos cuando surjan. La resolución de problemas y la planificación de situaciones difíciles ayudan a los pacientes a mantener las conductas adquiridas.

bajar eficazmente con el paciente (Blash, 2011).

Medir la activación del paciente y personalizar el *coaching* en función del nivel de activación del paciente (cuadro n.º 1) es la manera más frecuente en que las organizaciones sanitarias utilizan el PAM (Hibbard y Tusler, 2007). Por ejemplo, Medica, una empresa de seguros de salud de Minnesota, mide la activación con su programa de *coaching* telefónico y *online*. El apoyo se diseña a medida del nivel de activación del paciente. Además, utilizan el mismo parámetro para evaluar el progreso del paciente, empleando el PAM como métrica de resultados a la vez que como herramienta evaluadora. Medica ha constatado una mejora de la satisfacción de sus socios con el programa de *coaching*, y estima que les ahorra unos 19-22 dólares/mes por

socio en costes de utilización (Medica, 2012).

3. Evolución de la activación del paciente como métrica de rendimiento

Si realmente se aspira a la *Triple Meta* de mejorar los resultados de efectividad terapéutica, mejorar la calidad y reducir los costes, el aumento de la activación de los pacientes probablemente sea un paso necesario. Algunas organizaciones están planteándose el aumento de la activación de los pacientes como un resultado intermedio del cuidado que deberían marcarse como objetivo. Las Coordinated Care Organizations (CCO, una versión de las ya citadas ACO), de Oregon Medicaid, utilizarán la mejora de la activación de los pacientes como una métrica de rendimiento para determinar la efec-

tividad de la CCO. Esta es un área nueva que está empezando a despuntar, no disponiéndose aún de demasiada experiencia en lo que respecta a la observación de las mejoras de la activación a lo largo del tiempo y su validez como métrica de rendimiento para realizar comparaciones entre proveedores.

VI. CONSECUENCIAS PARA LAS POLÍTICAS

La activación de los pacientes tal vez sea uno de los factores más importantes y modificables para determinar los resultados en las enfermedades crónicas. Históricamente, los enfoques políticos se han caracterizado por actuar únicamente sobre los diferentes elementos de la organización responsable de la prestación de servicios sanitarios. No obstante, si se pretende avanzar hacia la *Triple Meta*, será importante añadir como objeto del enfoque lo que los pacientes aportan al proceso. Conseguir pacientes más activados puede ser un activo de enorme valor para los sistemas sanitarios. Ayudar a los pacientes a dotarse de las destrezas y la confianza necesarias para autogestionar su enfermedad se antoja como una inversión inteligente, cuyos frutos se pondrán de manifiesto con el tiempo.

Una conclusión clave de los estudios es que los pacientes más activados son los que asisten a los programas disponibles en su comunidad, los que utilizan los recursos sobre salud accesibles en la web o quienes utilizan el portal de historias clínicas electrónicas para pacientes (Hibbard, 2011). Este hallazgo es relevante, pues sugiere que la mayoría de los esfuerzos realizados actualmente para involucrar y activar a los pa-

cientes probablemente están surtiendo efectos en los pacientes más activados, y no están llegando a aquellos otros más pasivos. Una importante medida de política sería evaluar todas las inversiones realizadas en involucración de pacientes en términos de qué segmentos de paciente reciben y se benefician de los programas. En concreto, hemos de evaluar la eficacia con la que los actuales esfuerzos dirigidos a promover la involucración de los pacientes están llegando de hecho a sus destinatarios y ayudando a los individuos menos activados de la población.

Los responsables de las políticas pueden potenciar el énfasis en el apoyo a los pacientes incluyendo la activación de los pacientes (o el aumento de la activación de los pacientes) como métrica de rendimiento de las organizaciones sanitarias, y premiar con mayores remuneraciones y reconocimiento a los proveedores y sistemas que implanten con éxito dicho objetivo. Las autoridades sanitarias también pueden utilizar la medición de la activación de los pacientes para hacer un seguimiento del progreso y evaluar la efectividad de los distintos programas.

Los esfuerzos para incentivar a los sistemas de salud a que apoyen la activación y la involucración de los pacientes aún están en su inicio. Aplicando las enseñanzas de la dilatada experiencia acumulada en el campo de la mejora de la calidad industrial, sabemos que incorporar la medición y la responsabilización de los proveedores son pilares esenciales para avanzar. La mejora del apoyo a la activación de los pacientes dentro del proceso clínico no es en esencia diferente, y la utilización de mediciones para ello será crucial.

BIBLIOGRAFÍA

- AARP (2009), «Beyond 50.09 Chronic Care: A call to Action for Health Care Reform». Institute A.P.P. (Ed.), http://assets.aarp.org/rgcenter/health/beyond_50_hcr.pdf (<http://assets.aarp.org>).
- ALEGRIA, M.; SRIBNEY, W.; PÉREZ, D.; LADERMAN, M., y KEEFE, K. (2009), «The role of patient activation on patient-provider communication and quality of care for US and foreign born Latino patients», *Journal of General Internal Medicine*, 24(3): 534-541.
- BECKER, E.R., y ROBLIN, D.W. (2008), «Translating Primary Care Practice Climate into Patient Activation: The Role of Patient Trust in Physician».
- BEGUM, N.; DONALD, M.; OZOLINS, I.Z., y DOWER, J. (2011), «Hospital admissions, emergency department utilisation and patient activation for self-management among people with diabetes», *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93: 260-267.
- BLASH, L.; DOWER, C., y CHAPMAN, S. (2011), «PeaceHealth's Team Fillingame Uses Patient Activation Measure to Customize the Medical Home». Center for the Health Professions [Online]. *Chronic Care Management Evaluation Study* (2009). Washington State, <http://www.adsa.dshs.wa.gov/profession/hcs/CCM>.
- COALITION, H.C.C. (2012), «Building the healthiest communities».
- DEEN, D.; LU, W.-H.; ROTHSTEIN, D.; SANTANA, L., y GOLD, M.R. (2011), «Asking questions: The effect of a brief intervention in community health centers on patient activation», *Patient Education and Counseling*, 84(2): 257-260.
- DENTZER, S. (2013), «The 'triple aim' goes global, and not a minute too soon», *Health Aff (Millwood)*, 32: 638.
- DRUSS, B.G.; ZHAO, L.; VON ESENWEIN, S.A.; BONA, J.R.; FRICKS, L.; JENKINS-TUCKER, S.; STERLING, E.; DICLEMENTE, R., y LORIG, K. (2010), «The Health and Recovery Peer (HARP) Program: a peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness», *Schizophrenia Research*, 118: 264-270.
- ELLINS, J., y COULTER, A. (2005), *Measuring patient activation: Validating a tool for improving quality of care in the UK*, Picker Institute Europe.
- FISHER, E.S.; SHORTELL, S.M.; KREINDLER, S.A.; VAN CITTERS, A.D., y LARSON, B.K. (2012), «A framework for evaluating the formation, implementation, and performance of accountable care organizations», *Health Aff (Millwood)*, 31: 2368-2378.
- FOWLES, J.B.; TERRY, P.; XI, M.; HIBBARD, J.; BLOOM, C.T., y HARVEY, L. (2009), «Measuring self-management of patients' and employees' health: Further validation of the Patient Activation Measure (PAM) based on its relation to employee characteristics», *Patient Education and Counseling*, 77: 116-122.
- FROSCH, D.L.; RINCÓN, D.; OCHOA, S., y MANGIONE, C.M. (2010), «Activating Seniors to Improve Chronic Disease Care: Results from a Pilot Intervention Study», *Journal of the American Geriatrics Society*, 58: 1496-1503.
- FUJITA, E.; KUNO, E.; KATO, D.; KOKOCHI, M.; UEHARA, K., e HIRAYASU, Y. (2010), «Development and Validation of the Japanese Version of the Patient Activation Measure 13 for Mental Health», *Seishinaku (Clinical Psychiatry)*, 52: 765-772.
- GERBER, L.M.; BARRÓN, Y.; MONGOVEN, J.; MCDONALD, M.; HENRIQUEZ, E.; ANDREPOULOS, E., y FELDMAN, P.H. (2011), «Activation among chronically ill older adults with complex medical needs: challenges to supporting effective self-management», *Journal of Ambulatory Care Management*, 34: 292-303.
- GREEN, C.A.; PERRIN, N.A.; POLEN, M.R.; LEO, M.C.; HIBBARD, J.H., y TUSLER, M. (2010), «Development of the Patient Activation Measure for mental health», *Administration and Policy in Mental Health*, 37: 327-333.
- GREENE, J., e HIBBARD, J. (2012), «Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes», *Journal of General Internal Medicine*, 27: 520-526.
- GREENE, J.; HIBBARD, J.H., y TUSLER, M. (2005), «How Much Do Health Literacy and Patient Activation Contribute to Older Adults' Ability to Manage their Health?». Institute, A.P.P. (Ed.).
- HARVEY, L.; FOWLES, J.B.; XI, M., y TERRY, P. (2012), «When activation changes, what else changes? the relationship between change in patient activation measure (PAM) and employees' health status and health behaviors», *Patient Education and Counseling*, 88: 338-343.
- HERRMANN, W.; BRENN-FRANZ, K.; HIBBARD, J.H.; FREUND, T.; DJALALI, S.; STEURER-STEY, C.; SONNICHSEN, A.; STORCH, M.; SCHNEIDER, N., y GENISCHEN, J. (2012), «Evaluation of the German version of the Patient Activation Measure (PAM-13D) in the primary care setting». WONCA Europe. Viena, Austria.
- HIBBARD, J.H. (2009), «Using systematic measurement to target consumer activation strategies», *Medical Care Research and Review*, 66: 9S-27S.

<p>HIBBARD, J.H., y CUNNINGHAM, P.J. (2008), «How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter?», <i>Res Briefs</i>, 1-9.</p> <p>HIBBARD, J.H., y GREENE, J. (2011), «Who are we reaching through the patient portal: Engaging the already engaged», <i>Journal of Person Centered Medicine</i>.</p> <p>— (2013), «What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs», <i>Health Aff (Millwood)</i>, 32: 207-214.</p> <p>HIBBARD, J.H., y TUSLER, M. (2007), «Assessing activation stage and employing a 'next steps' approach to supporting patient self-management», <i>Journal of Ambulatory Care Management</i>, 30: 2-8.</p> <p>HIBBARD, J.H.; GREENE, J., y OVERTON, V. (2013), «Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients' 'scores'», <i>Health Aff (Millwood)</i>, 32: 216-222.</p> <p>HIBBARD, J.H.; GREENE, J., y TUSLER, M. (2009), «Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient's level of activation», <i>The American Journal of Managed Care</i>, 15: 353-360.</p> <p>— (2009a), «Improving the Outcomes of Disease-Management by Tailoring Care to the Patient's Level of Activation», <i>The American Journal of Managed Care</i>, 15: 353-360.</p> <p>HIBBARD, J.H.; GREENE, J.; BECKER, E.R.; ROBLIN, D.; PAINTER, M.W.; PÉREZ, D.J.; BURBANK-SCHMITT, E., y TUSLER, M. (2008), «Racial/ethnic disparities and consumer activation in health», <i>Health Aff (Millwood)</i>, 27: 1442-1453.</p> <p>HIBBARD, J.H.; GREENE, J.; OVERTON, V., y SACKS, R. (2014a), «Changes in Patient Activation and Changes in Outcomes: A Longitudinal Examination». Presented at the Annual Research Meeting of Academy Health. San Diego, CA. Junio.</p> <p>HIBBARD, J.H.; GREENE, J.; SHI, Y.; MITTLER, J., y SCANLON, D. (2014b), «Taking the Long View: How well do patient activation scores predict outcomes 4 years later?». Presented at the Annual Research Meeting of Academy Health. San Diego, CA. Junio.</p> <p>HIBBARD, J.H.; MAHONEY, E.R.; STOCK, R., y TUSLER, M. (2005), «Development and Testing of a Short Form of the Patient Activation Measure», <i>Health Services Research</i>, 40: 1918-1930.</p> <p>— (2007), «Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors?», <i>Health Services Research</i>, 42: 1443-1463.</p>	<p>HIBBARD, J.H.; STOCKARD, J.; MAHONEY, E.R., y TUSLER, M. (2004), «Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers», <i>Health Services Research</i>, 39(4), Pt 1: 1005-1026.</p> <p>KANGOVI, S.; MITRA, N.; GRANDE, D.; WHITE, M.L.; MCCOLLUM, S.; SELLMAN, J.; SHANNON, R.P., y LONG, J.A. (2014), «Patient-Centered Community Health Worker Intervention to Improve Posthospital Outcomes: A Randomized Clinical Trial», <i>JAMA Internal Medicine</i>.</p> <p>KANSAGARA, D.; RAMSEY, R.; LABBY, D., y SAHA, S. (2011), «Post-discharge Intervention in Vulnerable Chronically Ill Patients», <i>Journal of Hospital Medicine</i>.</p> <p>KIRBY, S.E. (2012), <i>An exploration of the reasons for frequent readmissions in patients with chronic disease: activation from frequent flyers to self-management</i>. Ph.D., University of New South Wales.</p> <p>KUKLA, M.; SALYERS, M.P., y LYSAKER, P.H. (2013), «Levels of Patient Activation Among Adults With Schizophrenia: Associations With Hope, Symptoms, Medication Adherence, and Recovery Attitudes», <i>Journal of Nervous and Mental Disease</i>, 201: 339-344.</p> <p>LAWSON, K.L.; JONK, Y.; O'CONNOR, H.; RIISE, K.S.; EISENBERG, D.M., y KREITZER, M.J. (2013), «The impact of Telephonic Health Coaching on Health Outcomes in a High-risk Population», <i>Global Advances in Health and Medicine</i>, 2: 40-7.</p> <p>LORIG, K., y ÁLVAREZ, S. (2011), «Re: Community-based diabetes education for Latinos», <i>Diabetes Educator</i>, 37: 128.</p> <p>LORIG, K.; RITTER, P.L.; LAURENT, D.D.; PLANT, K.; GREEN, M.; JERNIGAN, V.B., y CASE, S. (2010), «Online diabetes self-management program: a randomized study», <i>Diabetes Care</i>, 33: 1275-1281.</p> <p>LORIG, K.; RITTER, P.L.; VILLA, F.J., y ARMAS, J. (2009), «Community-based peer-led diabetes self-management: a randomized trial», <i>Diabetes Educator</i>, 35: 641-651.</p> <p>LUBETKIN, E.I.; LU, W.H., y GOLD, M.R. (2010), «Levels and correlates of patient activation in health center settings: building strategies for improving health outcomes», <i>Journal of Health Care for the Poor and Underserved</i>, 21: 796-808.</p> <p>MAINDAL, H.T.; SOKOLOWSKI, I., y VEDSTED, P. (2009), «Translation, adaptation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13) in a Danish version», <i>BMC Public Health</i>, 9: 209.</p> <p>MARSHALL, R.; BEACH, M.C.; SAHA, S.; MORI, T.; LOVELESS, M.O.; HIBBARD, J.H.; COHN, J.A.; SHARP, V.L., y KORTHUIS, P.T. (2013),</p>	<p>«Patient Activation and Improved Outcomes in HIV-Infected Patients», <i>Journal of General Internal Medicine</i>.</p> <p>MEDICA (2012), «Medical Health and Wellness Coaching Program Improves Health, Reduces Costs».</p> <p>MITCHELL, S.; GARDINER, P.; SADIKOVA, B.A.; MARTIN, J.M.; JACK, B.W.; HIBBARD, J.H., y PAASCHE-ORLOW, M.K. (2013), «Patient Activation and 30-day Post-discharge Hospital Utilization», <i>Journal of General Internal Medicine</i>.</p> <p>MOSEN, D.M.; SCHMITTDIEL, J.; HIBBARD, J.; SOBEL, D.; REMMERS, C., y BELLOWES, J. (2007), «Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions?», <i>Journal of Ambulatory Care Management</i>, 30: 21-29.</p> <p>OMS (2005), <i>Preventing chronic diseases: a vital statement</i>.</p> <p>PARCHMAN, M.L.; ZEBER, J.E., y PALMER, R.F. (2010), «Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: a STARNet study», <i>Annals of Family Medicine</i>, 8: 410-417.</p> <p>QUALITY COALITION A.F.F., «Humboldt Counties' Care Transitions Program Sees Results».</p> <p>RADEMAKERS, J.; NIJMAN, J.; VAN DER HOEK, L.; HEIJMANS, M., y RIJKEN, M. (2012), «Measuring patient activation in the Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13)».</p> <p>RASK, K.J.; ZIEMER, D.C.; KOHLER, S.A.; HAWLEY, J.N.; ARINDE, F.J., y BARNES, C.S. (2009), «Patient Activation Is Associated With Healthy Behaviors and Ease in Managing Diabetes in an Indigent Population», <i>The Diabetes Educator</i>, 35: 622-630.</p> <p>REMMERS, C.; HIBBARD, J.; MOSEN, D.M.; WAGENFIELD, M.; HOYE, R.E., y JONES, C. (2009), «Is patient activation associated with future health outcomes and healthcare utilization among patients with diabetes?», <i>Journal of Ambulatory Care Management</i>, 32: 320-327.</p> <p>RICHMOND, D.; BELL-JOHNSON, E.; RICHIETTO, P., y GADSON, S. (2010), «The Race is On: Beneficiary 400 IM PAM-Led Coaching Results: Measure, Categorize, Coach, Remeasure». QualityNet Conference. Baltimore, MD.</p> <p>ROGVI, S.; TAPAGER, I.; ALMDAL, T.P.; SCHIØTZ, M.L., y WILLAING, I. (2012), «Patient factors and glycaemic control – associations and explanatory power», <i>Diabetic Medicine</i>.</p> <p>RYAN, R.M., y DECI, E.L. (2000), «Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being», <i>American Psychologist</i>, 55: 68-78.</p>
---	---	--

<p>RYVICKER, M.; PENG, T.R., y FELDMAN, P.H. (2012), «Patient Activation and Disparate Health Care Outcomes in a Racially Diverse Sample of Chronically Ill Older Adults», <i>Journal of Health Care for the Poor and Underserved</i>, 23: 1577-1589.</p> <p>SAFT, H.; KILARU, S.; MOORE, E.; ENRÍQUEZ, M., y GROSS, R. (2008), «The Impact of a Patient Activation Measure on Asthma Outcomes: A Pilot Study», <i>Chest</i>.</p> <p>SALYERS, M.P.; MATTHIAS, M.S.; SPANN, C.L.; LYDICK, J.M.; ROLLINS, A.L., y FRANKEL, R.M. (2009), «The role of patient activation in psychiatric visits», <i>Psychiatric Services</i>, 60: 1535-1539.</p> <p>SCHIØTZ, M.L.; BØGELUND, M.; ALMDAL, T.; JENSEN, B.B., y WILLAING, I. (2012), «Social support and self-management behaviour among patients with Type 2 diabetes», <i>Diabetic Medicine</i>, 29: 654-661.</p> <p>SCHROEDER, S.A. (2007), «Shattuck Lecture. We can do better –improving the health</p>	<p>of the American people», <i>The New England Journal of Medicine</i>, 357: 1221-1228.</p> <p>SHIVELY, M.J.; GARDETTO, N.J.; KODIATH, M.F.; KELLY, A.; SMITH, T.L.; STEPNOWSKY, C.; MAYNARD, C., y LARSON, C.B. (2012), «Effect of Patient Activation on Self-Management in Patients With Heart Failure», <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i>.</p> <p>SKOLASKY, R.L.; MACKENZIE, E.J.; WEGENER, S.T., y RILEY, L.H. (2008), «Patient activation and adherence to physical therapy in persons undergoing spine surgery», <i>Spine (Phila Pa 1976)</i>, 33: E784-91.</p> <p>— (2011), «Patient activation and functional recovery in persons undergoing spine surgery», <i>Journal of Bone and Joint Surgery</i>, 93: 1665-1671.</p> <p>SOLOMON, M.; WAGNER, S.L., y GOES, J. (2012), «Effects of a Web-based intervention for adults with chronic conditions on patient activation: online randomized controlled</p>	<p>trial», <i>Journal of Medical Internet Research</i>, 14: e32.</p> <p>STEINSBEKK, A. (2008), «[Patient Activation Measure]», <i>Tidsskr Nor Laegeforen</i>, 128: 2316-2318.</p> <p>STEPLEMAN, L.; RUTTER, M.C.; HIBBARD, J.; JOHNS, L.; WRIGHT, D., y HUGHES, M. (2010), «Validation of the patient activation measure in a multiple sclerosis clinic sample and implications for care», <i>Disability and Rehabilitation</i>, 32: 1558-1567.</p> <p>TABRIZI, J.; WILSON, A., y O'ROURKE, P. (2010), «Customer Quality and Type 2 Diabetes from the Patients' Perspective: A Cross-Sectional Study», <i>Journal of Research in Health Sciences</i>, 10: 69-76.</p> <p>TERRY, P.E.; FOWLES, J.B.; XI, M., y HARVEY, L. (2011), «The ACTIVATE study: results from a group-randomized controlled trial comparing a traditional worksite health promotion program with an activated consumer program», <i>American Journal of Health Promotion</i>, 26: 64-73.</p>
--	---	--