



REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA
I CIÈNCIES AFINS
DE LA COMUNITAT VALENCIANA



**“El reto del envejecimiento y cronicidad.
El *empowerment* y otros conceptos básicos”**

4 octubre 2016



Jose M. Martín Moreno

Académico de número de la RAMCV
Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina y Hospital Clínico Universitario
Universitat de València

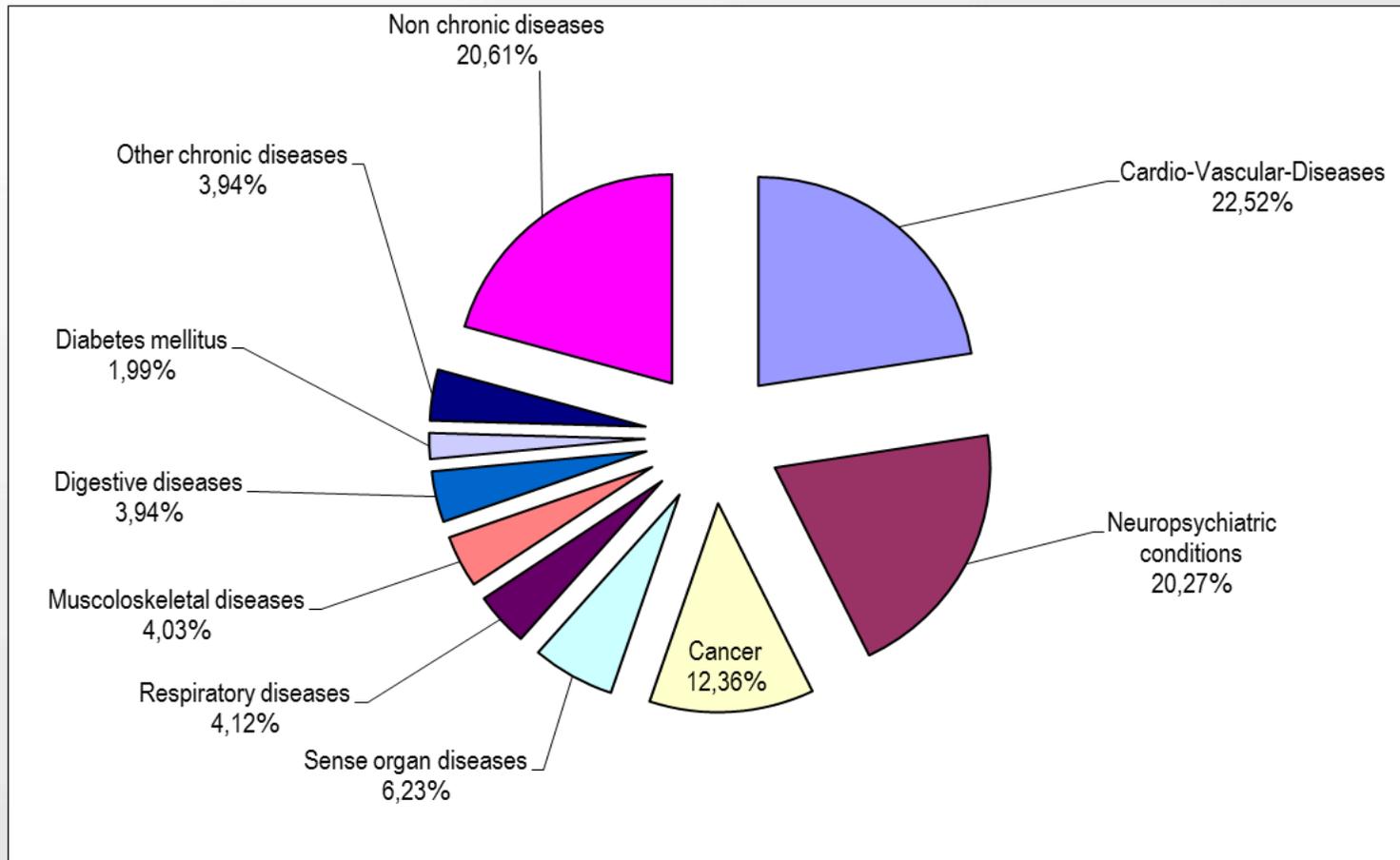
**Pese a la espectacularidad de las enfermedades infecciosas
(que generan epidemias de miedo...)
actualmente más del 80% de la morbimortalidad a nivel
internacional es atribuible a las NCDs
(ENFERMEDADES CRÓNICAS, mal llamadas NO TRANSMISIBLES)**

➤ **Además del sufrimiento y discapacidad que generan** (las enfs crónicas tienden a ser aquellas que no se curan pero se pueden controlar...), **matan a unos 40 millones de personas cada año:**

- **Afecciones cardiovasculares (18 millones: 48%)**
- **Cáncer (8 millones: 21%)**
- **Enfermedades respiratorias crónicas (4.5 millones: 12%)**
- **Diabetes (1.5 millones: 3%)**

Años de vida ajustados a discapacidad en Europa

AVADs-DALYs*: WHO-EURO (estimaciones 2015)



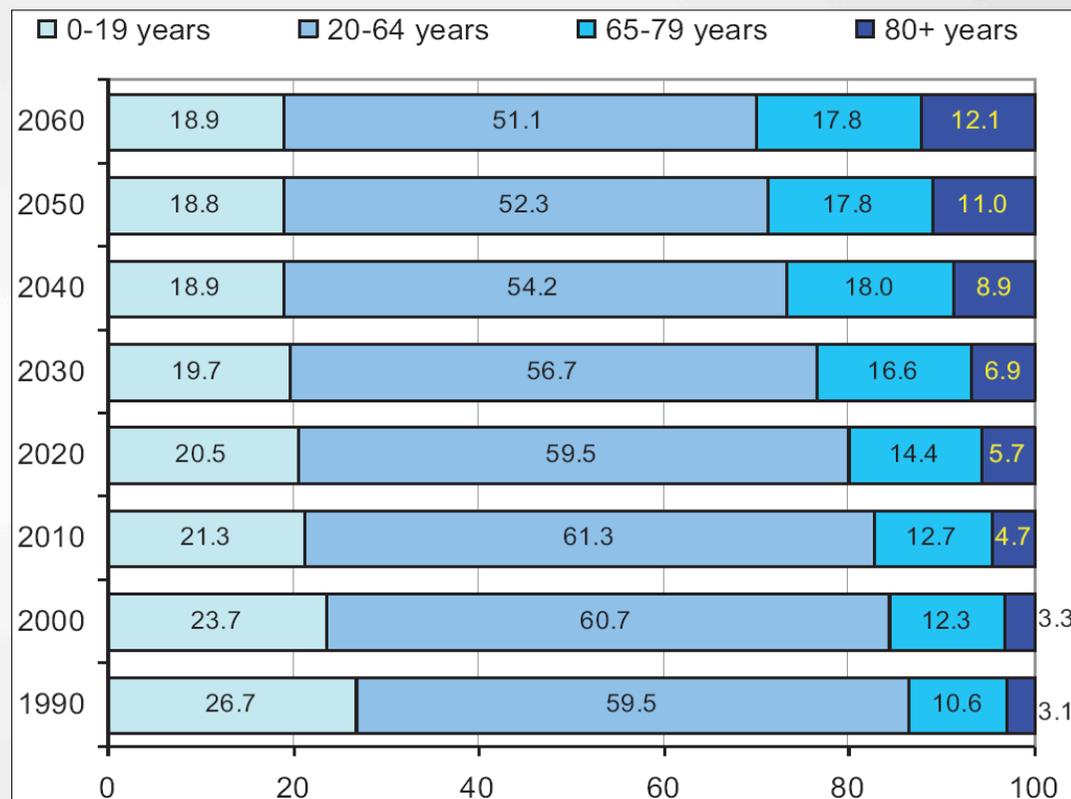
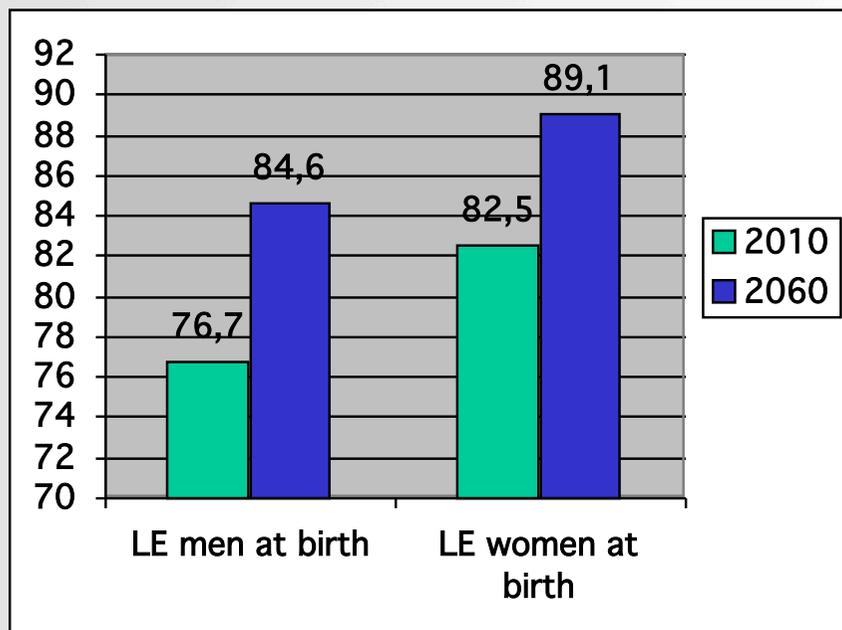
- The disability-adjusted life year (*DALY*) is a measure of overall disease burden, expressed as the number of years lost due to ill-health, disability or early death

Tendencias demográficas en la Unión Europea

Population age structure 2010-2060 (EU27)

*65+: increase of 71.8 %
80+: increase of 157.4 %*

Life expectancy at birth 2010-2060

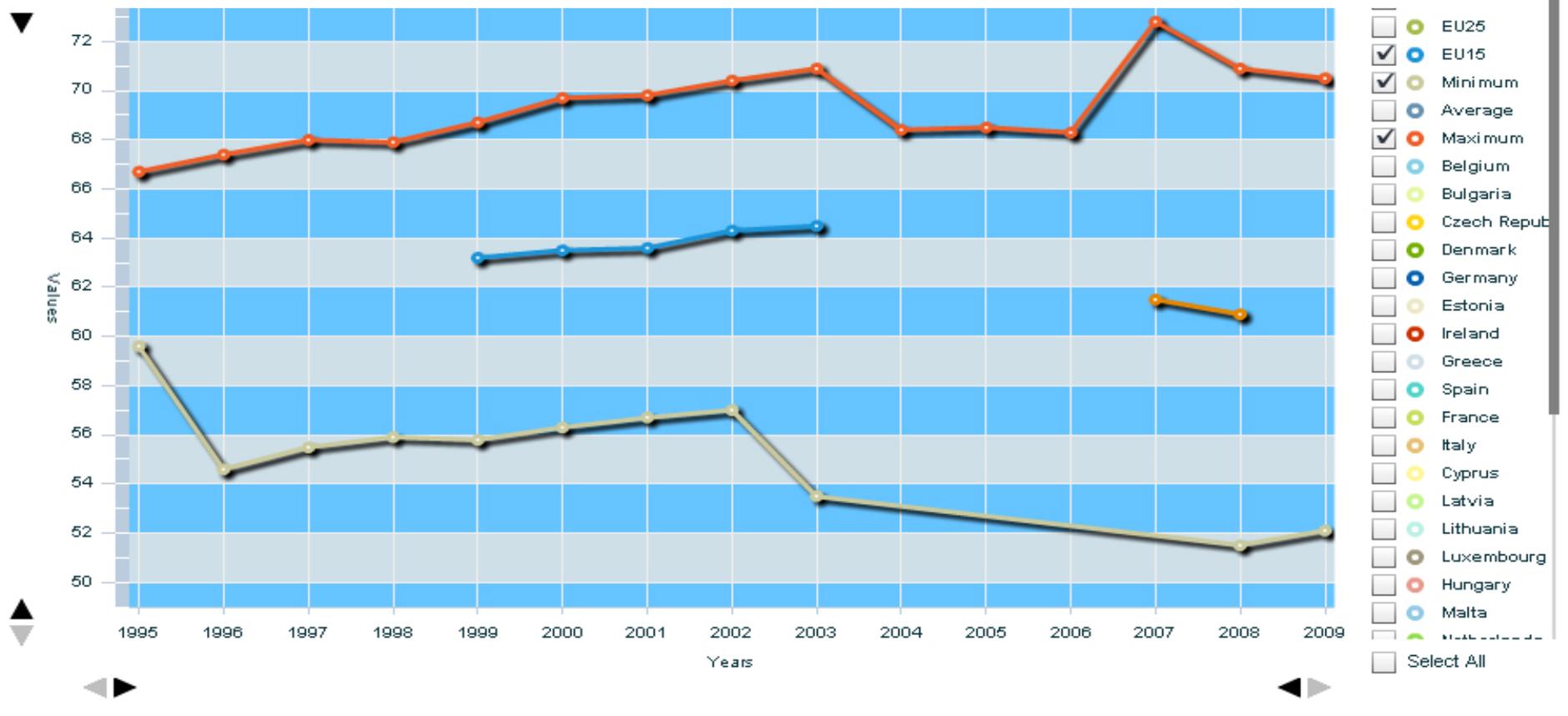


Source: Demography report 2010.

Source: Data based on Ageing Report 2012.

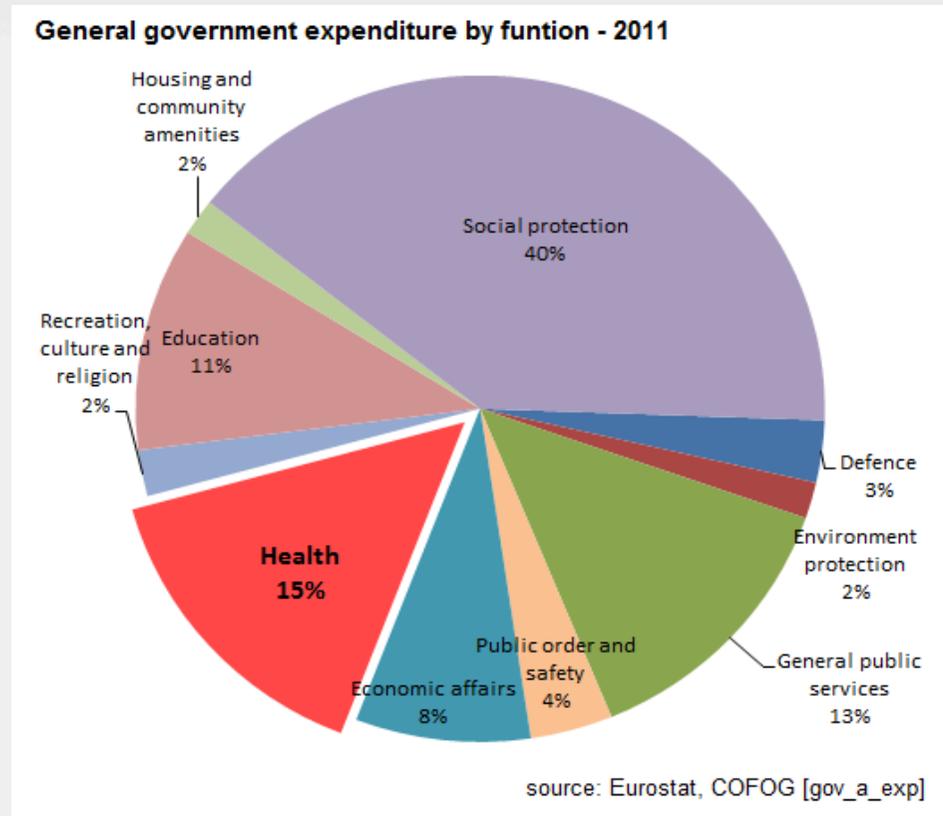
Pero preocupante: estamos añadiendo años a la vida... pero no necesariamente vida a los años

Healthy life years are not increasing in line with life expectancy



EU Healthy life years at birth, males - Eurostat

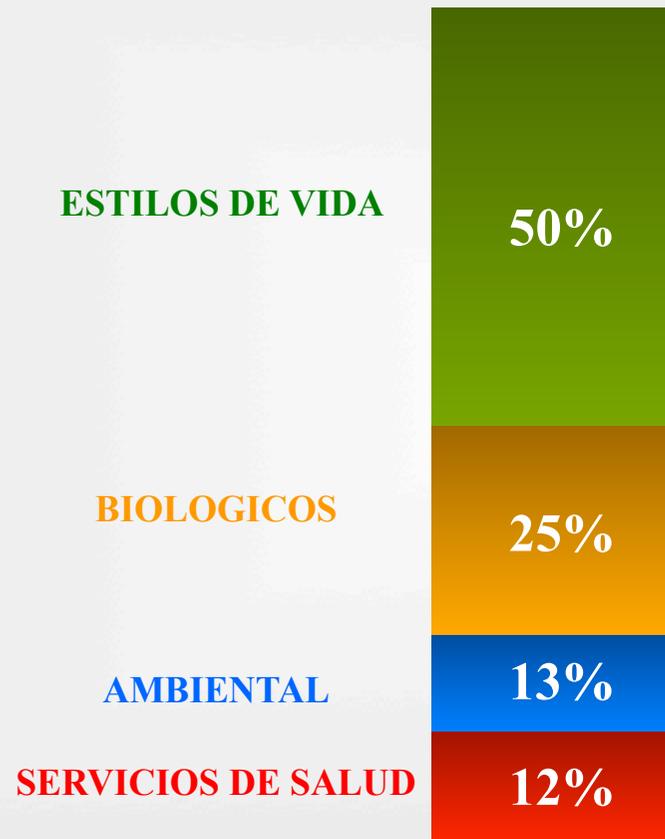
añadiendo trascendencia...: todo esto viene asociando con un tremendo impacto económico



In 2011, healthcare expenditure amounted to 15% of total government expenditure, according to Eurostat data. Health is the second biggest sector of spending after Social protection (which includes pensions, unemployment and other social benefits), and before General public services

Chronic diseases are responsible for **80%** of health care expenditure in Europe. To give an example, the management of **diabetes** and related complications accounted for **90 billion Euros** only in 2012 across Europe.

Factores que contribuyen a una mortalidad prematura o una morbilidad por enfermedades crónicas: modelo aplicable a la problemática objeto de estudio



Modelo de
Laframboise, 1973

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.



Son de responsabilidad individual familiar y colectiva

**ES LA MANERA COMO LA GENTE SE COMPORTA FRENTE A LA EXPOSICION
A FACTORES QUE PUEDEN DAÑAR LA SALUD**

**Pero... ¿LA PERSONA ES “LIBRE” DE ELEGIR LA FORMA
EN QUE LE GUSTE VIVIR ?...**

**Responsabilidad social crear ambientes que fomenten hábitos
saludables**

FACTORES DE RIESGO MAS IMPORTANTES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS GRAVES

➤ Las enfermedades crónicas graves tienen por causa factores de riesgo comunes y modificables. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades. Entre ellos destacan:

- una alimentación poco sana;
- la inactividad física/sedentarismo;
- la ingesta de alcohol;
- el consumo de tabaco

Cada año, como mínimo:

- >5 millones de personas mueren por enfs. relacionadas directamente con el consumo de tabaco;
- 2,6 millones de personas mueren como consecuencia de su sobrepeso u obesidad;
- . . .

Aproximaciones conceptuales

- Modelo médico tradicional: los factores biológicos son condiciones necesarias y suficientes en el inicio de una enfermedad.
- Modelo biopsicosocial: cualquier enfermedad es el resultado de complejas interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales.
- OMS: *“La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social”*
- Actualmente las principales causas que amenazan la salud son las enfermedades crónicas. Los principales factores de riesgo son de tipo conductual y tenemos capacidad para actuar sobre ellos...

1986

E
v
o
l
u
c
i
ó
n

OMS (+Asoc. Canadiense de Salud Pública): Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (112 participantes de 38 países).

Fundamentos de promoción de la salud a partir de Carta de Ottawa

definida para

Proporcionar a la comunidad (y a las personas que las componen) los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma

Conferencias sucesivas

- 1988 Recomendaciones de Adelaide
- 1991 Declaración de Sudsvall
- 1997 Declaración de Yakarta
- 2000 Declaración de México
- 2005 Declaración de Bangkok (mundo globalizado)
- 2009 Declaración de Nairobi
- 2013 Declaración de Helsinki

2014

Consenso a partir de conferencias internacionales

Estrategias para orientar las acciones de Promoción de la Salud

1. Desarrollar aptitudes personales (competencias) para la salud



2. Impulsar y reforzar la participación-acción comunitaria



3. Desarrollar entornos favorables



4. Reorientar los servicios de salud



5. Impulsar acciones públicas saludables en todas las políticas

Paradigma de *salutogénesis*

"Salutogénesis" como paradigma contrapuesto a Patogénesis

(fue propuesto por el médico y sociólogo Aarón Antonovsky)

- Se centra en aquello que constituye el potencial curativo de cada uno, sus fuerzas de salud, es decir la propia capacidad salutogénica (frente a la visión que solo se concentra en la búsqueda de aquello capaz de enfermar al hombre, sea esto de origen viral, bacteriano, inmunológico, genético, congénito, adquirido, etc.)

Antonovsky, A. "Health, Stress and Coping" San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979

Empowerment / Capacitación-"Empoderamiento"

Schmukler (1996) incluye en concepto los siguientes aspectos:

- sentido de comunidad entre los que participan en un proyecto;
- reducción del aislamiento y soledad de los participantes;
- aprendizaje de capacidades para tomar decisiones;
- un aumento de la autoridad y confianza;
- comprensión de las propias situaciones personales, de grupo y sociales que marginan y subordinan;
- creatividad para llevar a cabo actividades que resuelvan sus necesidades,
- desarrollo de valores y actitudes para resolución de problemas

“Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud” (desde 1997)... y más recientemente "Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos"

Sanidad crea la primera Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos

Pretende agrupar a los diferentes centros que promueven el autocuidado de la salud y el uso racional de los medicamentos

8 de julio de 2012



El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha puesto en marcha la primera Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos, con la que pretende agrupar y coordinar a los diferentes centros repartidos por las comunidades autónomas que se dedican a promover el [autocuidado de la salud](#) y el [uso racional de los medicamentos](#) entre los ciudadanos.

Lo anunció así esta semana la secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas, en el marco de una jornada organizada por la Fundación Anefy y el Instituto Europeo de la Salud y Bienestar Social, que informó de que el Ministerio y las comunidades dieron luz verde a su creación en el último Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). El objetivo, según explicó, es agrupar y coordinar todos los centros de las comunidades dedicados a promover el autocuidado, mejorar la formación en salud y trabajar de forma cooperativa con las asociaciones.

"Abarca todos los ámbitos de conocimiento de la enfermedad, optimizar el seguimiento y la fidelización a los tratamientos, un mejor uso de los recursos sanitarios o la búsqueda de soluciones a través de circuitos asistenciales preferentes para determinados colectivos", detalló Farjas. El número de centros todavía no está cerrado, pero Farjas ya confirmó que en ella estarán algunos de Andalucía, Galicia y Murcia, como la Escuela Gallega de Salud para ciudadanos o la Fundación para la Formación e Investigación de la Región de Murcia.



OBJETIVO GENERAL

Promover, compartir y desarrollar instrumentos que faciliten el empoderamiento de la ciudadanía mediante la mejora de la capacitación en salud y la autogestión en la enfermedad.

**Red de Escuelas
de Salud**



NODOS ABIERTOS



1. Alfabetización sanitaria
2. Herramientas de ayuda a la toma de decisiones.
3. Autocuidados.
4. Seguridad del paciente.
5. Redes sociales.
6. Capacitación de profesionales sanitarios.



Red de Escuelas de Salud



Pacientes

Representante Estrategia de crónicos

Universidad de Pacientes.
Fundació Josep Laporte

Programa Paciente Activo-Paziente Bizia del País Vasco

Escuela de Pacientes de Andalucía

Programa Paciente Experto Cataluña

Fundación para la formación y la investigación sanitaria de la Región de Murcia.



Red ciudadana de formadores en seguridad del paciente

Escuela Gallega de salud para ciudadanos

COMITÉ DE GESTIÓN

NHS médicos generales (GPs)

Acerca de las prácticas de GP

GP referencias

llegada fuera del horario de los servicios

Preguntas para hacerle al médico

[especialistas y servicios referidos a su médico de cabecera puede recomendar](#) | [a los pacientes Expertos del Programa \(EPP\)](#)

El Programa de Pacientes Expertos (EPP)

El Programa de Pacientes Expertos (EPP) es un programa de auto-manejo para las personas que viven con una enfermedad crónica (a largo plazo). El objetivo es apoyar a las personas a través de:

- incrementando su confianza
- mejorar su calidad de vida
- ayudarles a controlar su enfermedad con mayor eficacia



¿Qué es un paciente experto?

Muchos médicos que atienden a las personas con enfermedades crónicas dicen que el paciente comprenda mejor la condición de que ellos. Esto no es sorprendente, ya que muchos pacientes se convierten en expertos a medida que aprenden a lidiar con sus enfermedades crónicas.

Hay pruebas de que, con el apoyo adecuado, las personas con una enfermedad crónica puede tomar la iniciativa en la gestión de su condición. Esto ayuda a mejorar su salud y calidad de vida, y reduce su incapacidad (falta de fuerza o habilidad).

Un paciente experto es alguien que:

- se siente confiado y en control de su vida



¿Qué es una enfermedad crónica

Las condiciones crónicas de salud son aquellas que se pueden controlar pero no curar. Una enfermedad crónica puede tener un impacto significativo en la calidad de una persona y en sus familias y cuidadores.

Afecciones crónicas comunes

- › Artritis
- › Asma
- › Diabetes
- › Epilepsia
- › Enfermedad del corazón
- › La esclerosis múltiple

El Programa Paciente Experto

NHS choices





PATIENT EDUCATION

Home

Meet Our Staff

Training

Licensing

Materials

Organizations Offering
Our Programs

Self-Management Programs
(English)

Chronic Disease

Internet Chronic Disease

HIV/AIDS

Arthritis

Internet Arthritis

Diabetes

Internet Diabetes

Chronic Pain

Self-Management Programs
(Spanish)

Internet Self-Management
Programs

Evaluation Tools

Bibliography

Chronic Disease Self-Management Program

The Chronic Disease Self-Management Program is a workshop given two and a half hours, once a week, for six weeks, in community settings such as senior centers, churches, libraries and hospitals. People with different chronic health problems attend together. Workshops are facilitated by two trained leaders, one or both of whom are non-health professionals with chronic diseases themselves.

Subjects covered include: 1) techniques to deal with problems such as frustration, fatigue, pain and isolation, 2) appropriate exercise for maintaining and improving strength, flexibility, and endurance, 3) appropriate use of medications, 4) communicating effectively with family, friends, and health professionals, 5) nutrition, 6) decision making, and, 7) how to evaluate new treatments.

Each participant in the workshop receives a copy of the companion book, *Living a Healthy Life With Chronic Conditions, 4th Edition*, and an audio relaxation CD, *Relaxation for Mind and Body*.*

It is the process in which the program is taught that makes it effective. Classes are highly participative, where mutual support and success build the participants' confidence in their ability to manage their health and maintain active and fulfilling lives.

Does the Program replace existing programs and treatments?

The Self-Management Program will not conflict with existing programs or treatment. It is designed

related info

- ▶ [2012 *Living a Healthy Life with Chronic Conditions 4th Edition* now available](#)
- ▶ [2012 CDSMP workshop released - update trainings scheduled](#)
- ▶ [2006 CDSMP *Leader's Manual* available in Arabic, Bengali, Chinese, Dutch, French, German, Greek, Hindi, Italian, Japanese, Korean, Khmer, Norwegian, Punjabi, Russian, Somali, Swedish, Tagalog, Tamil, Turkish, Vietnamese](#)
- ▶ [Surgeon General's office endorses CDSMP](#)
- ▶ [Licensing information](#)
- ▶ [Organizations licensed to offer the CDSMP](#)
- ▶ [Spanish language CDSMP information](#)

Performing your original search, *Patients as partners in managing chronic diseases: Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care*, in PMC will retrieve [51 records](#).

BMJ. 2000 February 26; 320(7234): 526–527.

PMCID: PMC1117581

Patients as partners in managing chronic disease

Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care

[Halsted Holman](#), professor of medicine

[Kate Lorig](#), associate professor of medicine

[Author information](#) ► [Copyright and License information](#) ►

See the article "[Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care](#)" on page 550.

See the article "[The role of patient care teams in chronic disease management](#)" on page 569.

This article has been [cited by](#) other articles in PMC.

When acute disease was the primary cause of illness patients were generally inexperienced and passive recipients of medical care. Now that chronic disease has become the principal medical problem the patient must become a partner in the process, contributing at almost every decision or action level. This is not just because patients deserve to be partners in their own health care (which, of course, they do) but also because health care can be delivered more effectively and efficiently if patients are full partners in the process.

Today in the United States chronic disease is the major cause of disability, is the main reason why people seek health care, and consumes 70% of healthcare spending. The differences between acute and chronic diseases are seen in the box on the *BMJ*'s website. With acute disease, the treatment aims at return to normal. With chronic disease, the patient's life is irreversibly changed. Neither the disease nor its consequences are static. They interact to create illness patterns requiring continuous and complex management. Furthermore, variations in patterns of illness and treatments with uncertain outcomes

Answering questions.
Questioning answers.
thebmj.com



Realizar su búsqueda original, *paciente experto* , en PMC recuperará [114.506 registros](#) .

BMJ. 14 de junio 2003; 326 (7402): 1279-1280.
doi: [10.1136 / bmj.326.7402.1279](https://doi.org/10.1136/bmj.326.7402.1279)

PMCID: PMC1126164

Pacientes expertos comienzo de una nueva era de oportunidades para el SNS

[Liam Donaldson](#) , director médico

[Datos del autor](#) ► [Información de copyright y licencia](#) ►

Este artículo ha sido [citado por](#) otros artículos de PMC.

Breve resumen

Ir a:

El programa paciente experto mejorará la duración y la calidad de vida

"Este paciente sabe más acerca de su enfermedad que yo." Esta observación que pasa se hizo hace más de 30 años a un grupo de nuevos estudiantes de medicina ya que nos quedamos alrededor de la cama de una mujer con diabetes mellitus de larga data. Es un sentimiento que probablemente se ha expresado o que sienten los médicos muchos miles de veces desde entonces.

Sin embargo, hasta hace poco la sabiduría y la experiencia de la paciente ha sido sólo una forma tácita de conocimiento cuyo potencial para mejorar el resultado de la atención y la calidad de vida ha sido en gran parte sin explotar. Sólo en Inglaterra, en la actualidad hay cerca de 10 millones de personas con una enfermedad crónica. Se ha estimado que las enfermedades no transmisibles representan casi el 40% de las muertes en los países en desarrollo y el 75% en los países industrializados.

Gestión de enfermedades



**Cuidados
profesionales
20%**

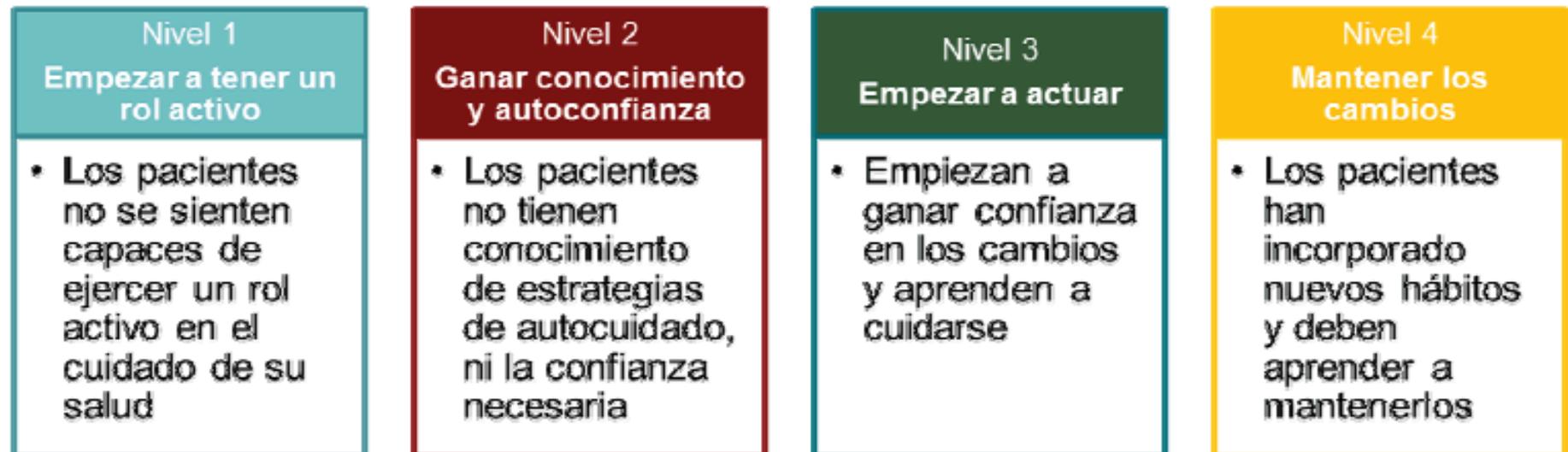
**Autocuidados
80%**

- El **80%** de los síntomas pueden ser **autodiagnosticados y autotratados** sin ayuda profesional.

- Los pacientes **son los auténticos proveedores** de cuidados médicos para sí mismos y sus familias.

**PACIENTE INFORMADO Y
ACTIVADO**

Niveles de ACTIVACIÓN DEL PACIENTE



Aumento del nivel de activación 



Reducir la inadecuada utilización de los servicios sanitarios



Aumentar el autocuidado y mejorar de los resultados en salud

Greene and Hibbard (2011) "Why Does Patient Activation Matter? An Examination of the Relationships Between Patient Activation and Health-Related Outcomes,"

[Ajustes de lectura:](#) Resumen[Enviar a:](#) [. Med Care 1999 Ene; 37 \(1\): 5-14.](#)

La evidencia sugiere que un programa de autocontrol de enfermedades crónicas puede mejorar el estado de salud, mientras que la reducción de la hospitalización: un ensayo aleatorio.

[Lorig KR](#) ¹ , [Sobel DS](#) , [Stewart AL](#) , [Marrón BW Jr](#) , [Bandura A](#) , [Ritter P](#) , [González VM](#) , [Laurent DD](#) , [Holman HR](#) .

Datos del autor

Resumen

OBJETIVOS: Este estudio evaluó la eficacia (cambios en los comportamientos de salud, el estado de salud y utilización de servicios de salud) de un programa de autocontrol de enfermedades crónicas diseñado para su uso con un grupo heterogéneo de pacientes con enfermedades crónicas. También exploró la eficacia diferencial de la intervención para los sujetos con enfermedades y comorbilidades específicas.

MÉTODOS: El estudio fue un ensayo de seis meses, aleatorizado, controlado en los sitios basados en la comunidad que comparan sujetos de tratamiento con los sujetos de control de lista de espera. Los participantes fueron 952 pacientes de 40 años de edad o mayores con un diagnóstico médico confirmado de la enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, accidente cerebrovascular, o la artritis. Conductas de salud, el estado de salud y utilización de servicios de salud, según lo determinado por enviadas por correo, cuestionarios auto-administrados, se midieron.

RESULTADOS: Temas de tratamiento, en comparación con los sujetos control, demostraron mejoras a los 6 meses en cuestión de minutos semanales de ejercicio, la frecuencia de control de los síntomas cognitivos, de comunicación con los médicos, la salud auto-reportada, la angustia de la salud, la fatiga, la discapacidad y sociales / rol Actividades limitaciones. También tenían un menor número de hospitalizaciones y días en el hospital. No se encontraron diferencias en el dolor / malestar físico, falta de aliento, o el bienestar psicológico.

CONCLUSIONES: Una intervención diseñada específicamente para satisfacer las necesidades de un grupo heterogéneo de pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo aquellos con condiciones de comorbilidad, era factible y beneficioso más allá de la atención habitual en términos de mejora de los comportamientos de salud y el estado de salud. También dio lugar a un menor número de hospitalizaciones y días de hospitalización.

Paciente activo vs. Paciente menos activo



Adaptado de AARP & You Public Policy Institute (2009), "Beyond 50.09" Chronic Care

ABORDAJE DE LA CRONICIDAD EN EUROPA ¿CUÁL HA SIDO LA RESPUESTA DE 12 PAÍSES?



La respuesta de 12 países: políticas implantadas

COORDINACIÓN ASISTENCIAL

MANEJO DE LA CARGA ASISTENCIAL

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

COORDINACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

CONTROL Y SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

PARTICIPACIÓN COMPLEMENTARIA DE OTROS PROFESIONALES
(COMO ASISTENTES SOCIALES Y AUXILIARES DE
ENFERMERÍA): AYUDA EN REHAB Y SOPORTE GENERAL AL
PACIENTE

4 componentes clave del modelo
de atención a la cronicidad

Políticas de apoyo en autocuidado y
perspectiva del paciente

Modelo asistencial: identificación y
estratificación del riesgo

Herramientas de apoyo a las
decisiones clínicas (guías,
protocolos)

Sistemas de información clínica /
TICS/ Acceso a la innovación
terapéutica

ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD EN EL SNS

Estrategia para
el Abordaje
de la Cronicidad
en el Sistema Nacional
de Salud

ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD EN LA CV

- “La Estrategia de Cronicidad de la Comunitat Valenciana”

<http://www.san.gva.es/web/dgas/estrategia-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-en-la-comunitat-valenciana>

- “Apoyo al autocuidado en pacientes crónicos: programa Pacient Actiu”

http://www.lafe.san.gva.es/home/-/asset_publisher/Gv2P/content/la-fe-desarrolla-“pacient-actiu”-un-programa-para-la-formacion-de-pacientes/maximized

Atención a cronicidad: modelos

Una solución que se basa en un nuevo modelo de atención a la patología crónica o dependencia, que integra todos los recursos existentes en el territorio en el que interactúan en la atención a este perfil de usuario

AYER: “CURAR”

- El paciente aparece
- ... es tratado
- ... es dado de alta
- ... desaparece de la pantalla del radar

MAÑANA: “CURAR Y CUIDAR”

- El paciente aparece
- ... es tratado por equipo multidisciplinario
- ... es dado de alta con un plan preventivo y de tratamiento
- ... continúa “en la pantalla” con monitorización remota e historia clínica electrónica
- ... es activo, recibe apoyo continuo del sistema y es “socio sanitario”

El enfoque de activos de salud

- ¿Qué nos hace **mas saludables**?
- ¿Qué nos hace **mas fuertes**?
- ¿Qué recursos nos hacen **afrentar más fácilmente situaciones de estrés**?
- ¿Qué hace que este **lugar sea más adecuado** para sobrevivir?
- ¿Qué aporta la comunidad para **mejorar la salud**?

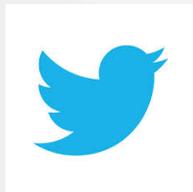
Hacia el nuevo paradigma de atención sanitaria

*El nuevo paradigma propone reorientar los modelos de servicios de atención sanitaria para mejorar la atención de los pacientes crónicos, mediante un **abordaje integral, continuado y longitudinal**, (prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y cuidados paliativos, cuando proceda) todo ello pivotando en torno a la **atención primaria** de salud adecuadamente interconectada con la atención especializada. Y complementando lo anterior con la **capacitación** del propio paciente (que es proactivo en el manejo de su propia enfermedad) y la **coordinación con la atención social** de manera que el espacio socio-sanitario sea efectivo para optimizar la calidad de vida de las personas.*

Gracias



jose.martin-moreno@uv.es



@JMMartinMoreno