

Desarrollo de un instrumento para medir la percepción de los pacientes sobre la integración en la atención de la ruta cardio cerebrovascular*

Sandra Marcela Camacho-Rojas¹, Diana Margarita Pinto-Masis², Steffany Lorena Villate-Soto³, Ricardo Sánchez-Pedraza⁴, María José Hoyos-Bedoya⁵,

- ¹ Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Colombia. sandramcamachor@gmail.com
- ² Doctora en Ciencias en Población y Salud Internacional. Universidad Nacional de Colombia. Colombia. dmpinto@gmail.com
- ³ Magíster en Epidemiología Clínica. Universidad Nacional de Colombia. Colombia. svillates@unal.edu.co
- ⁴ Magister en Epidemiología Clínica. Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Colombia. rsanchezpe@unal.edu.co
- ⁵ Estudiante Maestría en Epidemiología Clínica. Universidad Nacional de Colombia. Colombia. mjhoyosb@unal.edu.co

Título: Escaleras
Autor: Juan Fernando Ospina - Fotógrafo
Medellín, 2016

Volumen 43, 2025
DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e357617>

Recibido: 06/08/2024
Aprobado: 17/02/2025
Publicado: 11/03/2025

Cita:
Camacho-Rojas SM, Pinto-Masis DM, Villate-Soto S, Sánchez-Pedraza R, Hoyos-Bedoya MJ. Desarrollo de un instrumento para medir la percepción de los pacientes sobre la integración en la atención de la ruta cardio cerebrovascular. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2025;43:e357617. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e357617>

Resumen

Objetivo: Desarrollar un instrumento para medir la percepción de los pacientes sobre la integración en la atención de la ruta cardio cerebrovascular.

Métodos: Se diseñó un instrumento a partir de una búsqueda sistemática y una búsqueda libre en la literatura para identificar escalas y encuestas que miden la percepción de los pacientes sobre la integración en el cuidado en salud. Se seleccionaron ítems que evaluaran el constructo de integración, aplicables para el contexto colombiano y útiles para acciones de mejora de la calidad, y posteriormente, se desarrolló un instrumento. Un panel de expertos evaluó la primera versión para analizar la validez de contenido. Se efectuaron ajustes y al final se hizo una prueba piloto con 14 pacientes para evaluar la claridad y la idoneidad de los ítems.

Resultados: El instrumento inicial incluyó 18 ítems de 7 encuestas y 10 nuevos ítems desarrollados por los investigadores. Los expertos confirmaron la validez del instrumento y sugirieron ajustes en redacción y en opciones de respuesta para adecuar al contexto local. La prueba piloto llevó a cambios menores de redacción y aclaraciones en opciones de respuesta. El instrumento final incluyó 28 ítems tipo Likert.

Conclusión: Se desarrolló un instrumento para medir la percepción que los pacientes tienen de la integración en la ruta cardiocerebrovascular a partir de la literatura internacional y adaptado al contexto local.

-----*Palabras clave:* atención dirigida al paciente, continuidad de la atención al paciente, prestación integrada de atención de salud, ruta cardio cerebrovascular, validación de instrumentos y pruebas



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-Compartirlgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

* Este estudio hace parte del proyecto de investigación “Fragmentación de la atención para hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. Análisis longitudinal desde la perspectiva de los pacientes en Bogotá”, estudio que fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia, el día 10 de agosto de 2023, código V.FM.1.002-CE-139-23, y el Comité de Ética del Imperial College of London. Aún se encuentra en curso

Development of an instrument for the measurement of patients' perception of care integration within the cardio-cerebrovascular services pathway

Abstract

Objective: To develop an instrument to measure patient perceptions about integrated care in the cardio-cerebrovascular care pathway.

Methods: An instrument was designed after carrying out a systematic search and a free search in the literature to identify scales and surveys measuring patient perceptions about integrated health care. We selected items evaluating the construct of integration, applicable to the Colombian context and useful for quality improvement actions; and subsequently, an instrument was developed. An expert panel assessed the first version to analyze the validity of its contents. Some adjustments were made and a pilot test was carried out with 14 patients in order to assess the clarity and suitability of the items.

Results: The initial instrument included 18 items from 7 surveys and 10 new items developed by the researchers. The experts confirmed the validity of the instrument and suggested adjustments to the wording and response options to adapt it to the local context. The pilot test led to minor changes in the explanations and wording in response options. The final instrument included 28 Likert-type items.

Conclusion: An instrument was developed according to the international literature and adapted to the local context in order to measure patient perception about integrated care in the cardio-cerebrovascular care pathway.

-----*Keywords:* patient-directed care, continuity of patient care, integrated health care delivery, cardio-cerebrovascular care pathway, instrument validation and testing

Desenvolvimento de um instrumento para a medição da percepção dos pacientes sobre a integração da atenção da rota cardio cerebro vascular

Resumo

Objetivo: desenvolver um instrumento para medir a integração dos cuidados da rota cardio-cerebrovascular na perspectiva dos pacientes.

Métodos: Escalas que medem a percepção dos pacientes sobre a integração em saúde foram identificadas por meio de uma busca sistemática na literatura e uma busca livre da literatura. Foram selecionados itens que avaliam o construto integração, aplicados ao contexto colombiano e que continham ações de melhoria da qualidade da atenção e um instrumento foi desenvolvido. Um painel de especialistas avaliou a primeira versão do instrumento para avaliar a validade de conteúdo. Foram feitos ajustes e posteriormente um teste piloto com quatorze pacientes para avaliar a clareza e relevância dos itens.

Resultados: O instrumento inicial incluiu 18 itens de 7 escalas e 10 novos itens desenvolvidos pelos pesquisadores. Os especialistas confirmaram a validade do instrumento e sugeriram ajustes na redação e nas opções de resposta para melhor representar o contexto local. O teste piloto levou a pequenas alterações no instrumento e esclarecimentos sobre algumas opções de resposta. O instrumento final incluiu 28 itens do tipo Likert.

Conclusão: Foi desenvolvido um instrumento para medir a percepção dos pacientes sobre a integração na via cardiocerebrovascular baseado na literatura internacional e adaptado ao contexto local.

-----*Palavras-chave:* assistência centrada no paciente, prestação integrada de cuidados de saúde, continuidade da assistência ao paciente; rota cardio-cerebrovascular, estudo de validação

Introducción

La atención cardiovascular requiere un enfoque de servicios de integración que permita lograr un mejor control de las condiciones de los pacientes a un costo sostenible para los sistemas de salud [1]. Este enfoque toma importancia en patologías como la enfermedad coronaria, los eventos cerebrovasculares y la diabetes, que han permanecido como tres de las primeras diez causas principales de carga de enfermedad en 2021 [2]. En ese mismo año, en Colombia, el 22 % de la mortalidad se explicó por causas relacionadas con el sistema circulatorio [3].

La *fragmentación* en la prestación de servicios de salud puede ser definida como el concepto opuesto a la *continuidad* en la atención médica [4] y también a la *integración* de los servicios de salud [5], o más ampliamente, la fragmentación es la división sin coordinación de las funciones o agentes que componen la atención médica, y repercute sobre los resultados en salud que requieren prestación de servicios coordinada y continua.

En este estudio adoptamos la definición de Singer *et al.* de *cuidado integrado*, que consiste en la “atención al paciente coordinada entre profesionales, instalaciones y sistemas de apoyo; [es] continua a lo largo del tiempo y entre visitas; adaptada a las necesidades y preferencias de los pacientes; y basada en la responsabilidad compartida entre el paciente y sus cuidadores para optimizar la salud” [6]. El constructo de integración planteado por Singer incluye cuatro dominios [6]: 1) la continuidad de la relación paciente-equipo de cuidado a lo largo del tiempo y entre visitas; 2) la coordinación entre profesionales, instalaciones y sistemas de apoyo; 3) la atención centrada en el paciente, en la cual el cuidado está diseñado para responder a sus necesidades y preferencias; y 4) el acceso a servicios y medicamentos incluidos en el plan de manejo del paciente.

La fragmentación en la prestación de servicios de salud puede generar inefficiencias relacionadas con la duplicación de servicios, mayores costos administrativos, falta de continuidad y deficiencias en la calidad de la atención [7] y, en consecuencia, es un impedimento para obtener buenos desenlaces en salud [8].

El sistema de salud colombiano cuenta, desde 2016, con la Política de Atención Integral de Salud [9] y un modelo de atención integral, los cuales pretenden abordar la fragmentación de los servicios de salud. Esta política define varias estrategias, entre otras, la implementación de *rutas integrales de atención en salud* (RIAS) [10]. Bogotá, Distrito Capital, adopta la RIA cardio cerebrovascular y metabólica (RIA-CCV), dirigida a la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio cerebrovasculares o metabólicas, incluyendo la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus tipo II (DMII) [10].

El adecuado funcionamiento de la RIA-CCV es clave para impactar la carga de enfermedad por enfermedades no transmisibles [11]. En 2020, un estudio documentó experiencias de atención a lo largo de la RIA-CCV de 30 adultos con diagnóstico de HTA y DMII en Bogotá, sugiriendo la existencia de fragmentación de la atención a lo largo de la ruta [12]. Para el periodo 2021-2023 existe evidencia a nivel nacional de brechas en el control de la DMII y la HTA, y del índice de masa corporal [13, 14]. Asimismo, se evidenciaron limitaciones en el acceso a medicamentos y servicios médicos que no son parte de la red de prestadores, dificultades para el agendamiento de citas y para el acceso a servicios complementarios e inoportunidad de las citas con especialistas [15]. Esta evidencia amerita indagar qué factores, dentro de la RIA-CCV implementada en la ciudad de Bogotá, pueden estar llevando a que la efectividad de este modelo no sea mayor.

Actualmente, las medidas disponibles en Colombia acerca de los resultados de los modelos de prestación de servicios se centran en la mortalidad, la incidencia y la prevalencia de la enfermedad, y en indicadores trazadores de la gestión del riesgo con base en datos reportados tanto de prestadores como de aseguradores (empresas promotoras de salud). Los datos sobre la calidad de la atención son de tipo transversal, retrospectivo y administrativo (no incluyen la experiencia de los pacientes). Cuando se recogen datos de la experiencia de los pacientes, usualmente no se controla por el sesgo de recuerdo y no permiten generar evaluaciones sobre la integración de la atención para diagnosticar posibles fallas del sistema de salud [12]. No existe una definición operativa de la atención integrada ni indicadores que lo midan, como tampoco si los pacientes experimentan una atención integrada/no fragmentada que satisfaga sus necesidades.

Así las cosas, falta un componente esencial para comprender el panorama de la atención de la salud y el desempeño del sistema de salud colombiano. Se requiere contar con una definición de *atención integrada*, datos para medir la integración de la atención en la RIA-CCV e involucrar la experiencia de los pacientes en esta valoración.

En respuesta a esta necesidad, teniendo en cuenta que otros instrumentos disponibles en la literatura [6,16,17] no se adaptan a las particularidades del contexto colombiano y que el uso de un instrumento para evaluar la integración de la atención requiere incluir las características locales de la atención en salud, se propuso desarrollar un nuevo instrumento para medir la integración en la atención desde la perspectiva del paciente, adaptando constructos de integración disponibles en la literatura internacional.

Este artículo presenta el trabajo de desarrollo del instrumento y las lecciones aprendidas en cada una de las etapas de su construcción.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio de desarrollo de una escala de medición en salud, para el cual propusimos cuatro etapas, siguiendo la metodología realizada en otras validaciones [18]: 1) búsqueda de literatura, 2) selección y adaptación de preguntas, 3) validación de contenido con expertos y 4) prueba piloto con pacientes.

Al instrumento se incorporaron preguntas de contexto para caracterizar al paciente, su riesgo y condición de salud, así como sus patrones de utilización de los servicios. Esta estrategia de anidamiento en otra estructura no correlacionada con el constructo a evaluar se usa para reducir sesgos potenciales y mejorar la separación de factores subyacentes [19].

El nuevo instrumento podrá ser aplicado en pacientes con HTA y DMII, usuarios de una ruta de atención y seguimiento para su patología crónica, para valorar su percepción de la integración de los servicios que reciben en su red de prestación.

La búsqueda de la literatura tuvo el objetivo de identificar encuestas y escalas (EE) que evaluaran el constructo de integración y los dominios planteados por Singer, desde la perspectiva del paciente. Se realizó con dos métodos paralelos: una búsqueda estructurada de revisiones sistemáticas (RS) y una búsqueda libre de EE en español, utilizados en el contexto latinoamericano o colombiano, o encuestas de referencia en los ámbitos nacional y mundial.

La búsqueda sistemática de la literatura fue llevada a cabo el día 2 de diciembre del 2023, en Medline, a través de PubMed. Se utilizaron los términos: “continuidad de la atención”, “integración de la atención en salud”, “atención centrada en el paciente”, “fragmentación”, “coordinación en salud” y “encuestas y cuestionarios”. Se incluyó el filtro de RS de PubMed, seleccionando estudios agrupados de EE para medir la integración o la fragmentación en la salud (véase Anexo 1). Se incluyeron las RS publicadas después del 2010, se eliminaron los artículos duplicados y se tamizaron por título y resumen, según los siguientes criterios de inclusión: que comprendieran EE que valoraran la experiencia de los pacientes con enfermedades crónicas (especialmente HTA y DMII) en la integración en salud. Se hizo una lectura completa de los artículos para determinar si cumplían estos criterios.

De dichos artículos se obtuvieron las EE a evaluar. Se eliminaron duplicados y se efectuó una tamización según la población objetivo y los criterios de inclusión; se excluyeron las EE publicadas antes del año 2010, escogiendo este año como punto de corte para evitar escalas desactualizadas para medir los sistemas de salud actuales. Se realizó una búsqueda de la publicación original de las EE seleccionadas de las revisiones sistemáticas y se seleccionaron

naron EE según su título, resumen y población objetivo, utilizando los mismos criterios mencionados previamente (véase Figura 1).

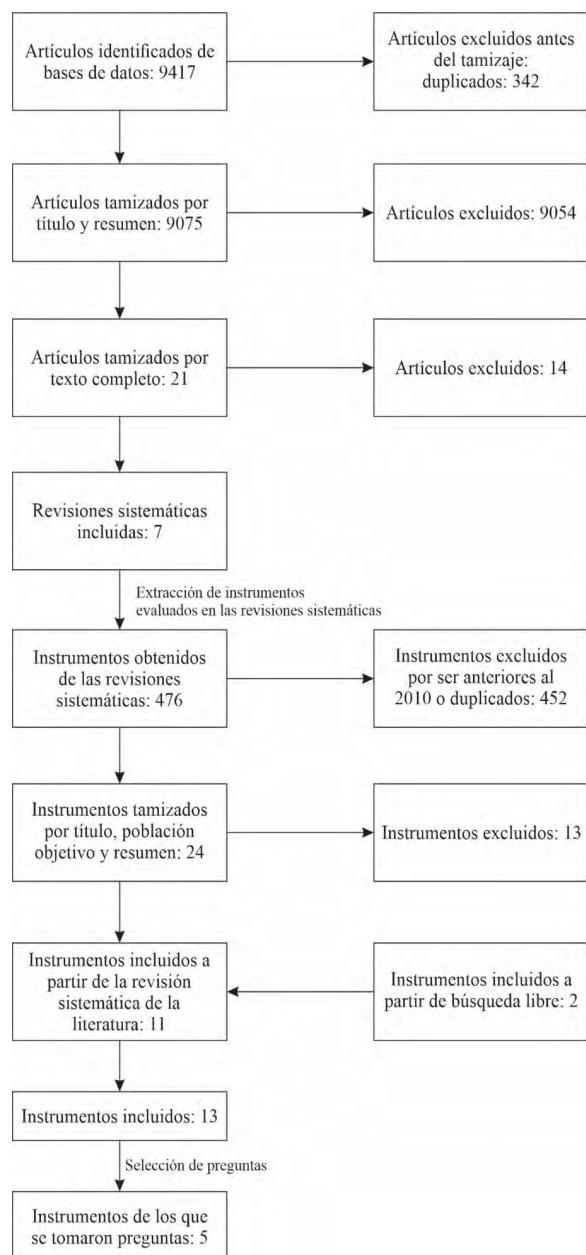


Figura 1. Diagrama de resultados de la búsqueda

Para construir las preguntas a partir de las EE seleccionadas, se realizó una discusión entre tres de los investigadores para elegir las que se consideraron más apropiadas para el contexto del país, el contexto de la RIA-CCV, aquellas que pudieran generar una acción de mejora y las que reflejaran la experiencia de los pacientes, clasificándolas en los dominios establecidos. Los

investigadores crearon o adaptaron preguntas cuando las interrogantes de las EE no medían algún aspecto de los dominios. Posteriormente, se planteó una propuesta inicial de escala de medición de los ítems, ajustando un formato tipo Likert. Este tipo de formato capture la medición de cada ítem en una escala ordinal, lo que permite utilizar diferentes formatos de medición, como frecuencia, grado de extensión, similaridad y acuerdo [20].

Para determinar la validez de contenido del instrumento se efectuó una evaluación por expertos, siguiendo los lineamientos de Boateng, para lo cual se les solicitó evaluar la pertinencia del contenido de los ítems, su representatividad dentro de los dominios teóricos y la calidad técnica de cada uno de ellos [21]. Los expertos eran profesionales con conocimiento tanto del sistema de salud colombiano como de los procesos de atención al paciente crónico, con participación en la generación de indicadores de gestión del riesgo de la ruta de atención, o con experticia clínica en las patologías crónicas relacionadas con las rutas de atención.

Los expertos fueron invitados a una reunión, en la cual se presentó el proyecto, su marco teórico, la estructura de dominios propuesta, se efectuó una lectura del instrumento completo y se propuso la metodología para realizar el consenso, la cual fue aprobada por los asistentes. Los participantes votaron individualmente si cada una de las preguntas del instrumento cumplían con los criterios de pertenecer al constructo de integración, pertenecían al dominio propuesto y si consideraban que la pregunta debía ser reformulada.

Para obtener un consenso no formal, se discutieron las modificaciones propuestas para aquellas preguntas en que el 80 % o menos de los participantes hubieran votado a favor de los criterios de pertenencia y todas las preguntas para las que se planteó una reformulación. La reunión de consenso fue grabada en video y audio, con la aprobación de los asistentes. A partir de la grabación y las observaciones de los investigadores, se extrajeron las recomendaciones y se realizaron las modificaciones en el instrumento, las cuales fueron discutidas con todo el equipo investigador.

Para la prueba piloto se invitó y citó a 14 pacientes de una institución prestadora de servicios de salud (IPS) en Bogotá; se seleccionó esta institución por tener una ruta cardio cerebrovascular establecida para el seguimiento de los pacientes con HTA y DMII, y por estar en funcionamiento; además, por el interés de la institución en la participación en el estudio y apoyo logístico al mismo. En esta institución, alrededor de nueve mil pacientes se encuentran inscritos en la RIA-CCV y la mayoría se halla afiliada al régimen contributivo.

Los objetivos de la prueba piloto fueron determinar si existían dificultades para responder el instrumento y asegurar que la formulación de las preguntas fuera clara y precisa. Los criterios de selección de los participantes

fueron: pacientes con diagnóstico de HTA o DMII, ser mayor de 30 años y estar en seguimiento por el programa de crónicos de la IPS. Se excluyeron de la prueba preliminar mujeres en embarazo, pacientes con deterioro cognitivo y personas con discapacidad auditiva o dificultades para la comunicación verbal. Los pacientes se seleccionaron mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, eligiendo los primeros que aceptaron participar del estudio.

Cada paciente firmó un consentimiento informado antes de su participación. El entrevistador, profesional médico con experiencia en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, leyó a cada participante cada pregunta y las opciones de respuesta, documentando el tiempo que a cada uno le tomaba contestar el instrumento, las dificultades que observó y las que manifestó el paciente.

Una vez aplicado el instrumento, se exploró con cada paciente si cada una de las preguntas le pareció difícil de responder, confusa, ofensiva o si tenía palabras difíciles; además, se le solicitó al participante reformular en sus palabras la pregunta en caso de una respuesta afirmativa. Lo anterior se hizo mediante la aplicación de la metodología de la European Organisation for Research and Treatment of Cancer [22]. A partir de los resultados del piloto, se modificó el instrumento para permitir su mejor comprensión.

El proceso de desarrollo del instrumento se dio dentro del contexto del proyecto de investigación “Fragmentación de la atención para hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. Análisis longitudinal desde la perspectiva de los pacientes en Bogotá”. Para medir esta fragmentación de la atención se consideró que la etapa inicial fuera el diseño de un instrumento ajustado a las particularidades socioculturales y del sistema de salud colombiano, y en la segunda etapa se realizará la validación del instrumento. El presente artículo reporta los resultados de la etapa de diseño del instrumento.

Esta investigación se trata de un estudio sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia [23] y cumple los lineamientos de investigación con seres humanos según la declaración de Helsinki [24].

Resultados

De la búsqueda de literatura se obtuvieron 21 RS, de las cuales solo 7 cumplieron los criterios de inclusión [25-31]. En ellas se identificaron 476 EE, que fueron talmizadas según su población objetivo, año de publicación y según los criterios de inclusión definidos previamente. Se obtuvieron 10 EE [6,16,32-40], a las que se les adicionaron otras tres identificadas en la búsqueda libre [17,41,42].

La selección y adaptación de preguntas partieron de 13 EE seleccionadas, las cuales contenían 335 preguntas en total. Muchas interrogantes de diferentes EE eran similares. Como se presenta en la Tabla 1, se seleccionaron 38 preguntas de 5 de las EE, 18 preguntas como parte del instrumento y 20 adicionales para complementarlo, ya sea para dar una secuencia a las preguntas del instrumento o para identificar un ancla objetiva para formular recomendaciones de mejora. Algunas interrogantes tuvieron que ser adaptadas o complementadas para ajustarse al contexto de la RIA-CCV y su imple-

mentación, lo que llevó a los investigadores a proponer 20 adicionales. Se construyó un cuestionario con 58 preguntas, 4 del dominio de acceso, 5 del de continuidad, 11 de coordinación y 8 de atención centrada en el paciente, complementadas por 30 interrogantes relacionadas con aspectos generales.

En la validación de expertos participaron 10 de los 15 invitados, 9 de forma presencial y 1 de modo virtual, de las siguientes disciplinas: medicina general, medicina interna, geriatría, enfermería, odontología y administración en salud ocupacional. Algunos expertos adicional-

Tabla 1. Encuestas y escalas base para la construcción del instrumento y preguntas seleccionadas según dominio

Encuesta o escala [fuente] – tipo de búsqueda	Alcance geográfico	Objetivo	Dominio y pregunta seleccionada adaptada para el instrumento
Cuestionario de Continuidad Asistencial entre Niveles de Atención (CCAENA) [16] - BS	España; tiene una versión validada para Colombia y Brasil	Medir la continuidad entre niveles asistenciales desde la perspectiva de los usuarios	Continuidad: Cuando pide cita con medicina general, ¿es atendido por el mismo médico? Acceso: ¿Qué le pareció ese tiempo?
Patient Perceptions of Integrated Care (PPIC) [6] - BS	Estados Unidos	Medir la integración de la atención desde la perspectiva de los pacientes	Coordinación: ¿Con qué frecuencia el médico general parece estar informado y actualizado sobre la atención que recibió de los especialistas que usted ha visitado? ¿Con qué frecuencia este proveedor parecía conocer la información importante sobre su historial médico? ¿Considera que en algún momento el médico desconoció información importante de su estado de salud porque no estaba escrito en su historia clínica? Atención centrada en el paciente: En los últimos 6 meses, ¿habló este proveedor con usted acerca de establecer metas para su salud? En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este proveedor o alguien de su consultorio habló con usted sobre cómo debía tomar su medicamento? Continuidad: Cuando faltó a una cita o no reclamó los medicamentos ordenados por el médico, ¿con qué frecuencia alguien del consultorio se comunicó con usted para programar de nuevo el servicio?
Patients' Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) [36] - BS	Países Bajos	Evaluar la perspectiva de los pacientes acerca del funcionamiento de un modelo de cuidado crónico	Coordinación: Considero que la atención en salud recibida para el manejo de mi hipertensión arterial o diabetes estuvo correctamente organizada
Encuesta de calidad de vida (ECV) [42] - BL	Colombia	Conocer información sobre diferentes aspectos y dimensiones del bienestar de los hogares, incluyendo: acceso a bienes y servicios, salud, educación, cuidado de menores de 5 años, entre otros. Es un referente colombiano de barreras de acceso	Acceso: Cuando usted necesita una cita, un examen o un medicamento para su hipertensión y diabetes, ¿qué tan fácil es obtener el servicio?

Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) [17] - BL	Colaboración internacional - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico	Desarrollar indicadores que midan los resultados y las experiencias de la atención sanitaria que más importan a los ciudadanos	Coordinación: ¿En qué medida todas las personas del equipo que maneja su hipertensión o diabetes parecen estar siguiendo el mismo plan de atención? ¿Con qué frecuencia su proveedor habitual revisa con usted todos los medicamentos que le han recetado? ¿Con qué frecuencia el equipo que maneja su hipertensión o diabetes ayuda a coordinar los servicios de otros profesionales o exámenes que usted necesita? Atención centrada en el paciente: ¿Qué tanto el equipo que maneja su hipertensión y diabetes toma en cuenta lo que es más importante para usted en el manejo de su propia salud y bienestar? ¿En qué medida has encontrado útil tu plan de atención (o plan de cuidado) para manejar tu salud y bienestar? ¿Estás involucrado(a) tanto como quieras en las decisiones sobre tu atención? ¿Recibes suficiente apoyo de los profesionales de la salud para ayudarte a manejar tu propia salud y bienestar? Acceso: ¿Qué tan fácil le resulta usar el sitio web de su centro de atención primaria para buscar información o acceder a servicios?
--	--	--	---

BS: Búsqueda sistemática; BL: Búsqueda libre.

mente contaban con subespecialidades en salud pública, bioestadística y epidemiología.

En la votación de los expertos, todas las preguntas obtuvieron un consenso del 80 % o más respecto a su pertenencia para el constructo. En el caso de la pertenencia en torno al dominio, dos preguntas obtuvieron puntaje menor que el 80 %; estas fueron: ¿El recordatorio le sirve para no faltar a sus citas? —del dominio de continuidad de la atención— y ¿Recibe suficiente apoyo de los profesionales de la salud para ayudarle a manejar su propia salud y bienestar? —del dominio de atención centrada en el paciente—.

Por lo que se refiere a los ajustes de la redacción, siete preguntas obtuvieron un puntaje menor al 80 %. La discusión realizada con los expertos enfatizó en que la prestación de servicios en el sistema de salud colombiano no está organizada para garantizar la continuidad de la atención con un solo profesional, sino con un equipo de profesionales. Teniendo en cuenta esta particularidad del sistema de salud, se modificaron algunas preguntas en las que se indagaba por la atención brindada por el equipo de salud y se agregaron las siguientes dos interrogantes:

1. Teniendo en cuenta todo en relación con la atención que ha recibido, en general, ¿cómo calificaría la atención médica que ha recibido de su equipo de salud en los últimos 12 meses?
2. Cuándo no lo atiende el mismo equipo, ¿cómo califica la atención que usted recibe?
3. Por otro lado, se planteó que aunque el equipo de salud podría hablar con los pacientes sobre cómo

debían tomar sus medicamentos, era importante verificar que el paciente entendiera cómo debía tomarlos, por lo que se creó una nueva pregunta:

4. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia alguien del equipo que maneja su hipertensión o diabetes verificó que usted entendiera cómo debía tomar su medicamento?

Finalmente, se eliminó una pregunta que indagaba si alguna vez lo habían remitido a un educador en salud, dietista o consejero, bajo el criterio de que estos son puntos de atención de la ruta donde la probabilidad de fragmentación es baja.

Luego, se identificaron y modificaron palabras que podrían no ser entendidas por los pacientes. Por ejemplo, en las preguntas en donde se indagaba por el “número de encuentros”, se cambió la palabra “encuentros” por “contactos”, y en las preguntas que menciona un profesional de salud o al proveedor de salud, se reemplazó por la expresión “el equipo que maneja su hipertensión o diabetes”. La expresión “hablar” de las metas de salud se cambió por “concertar”, para sugerir la interacción con el paciente. Asimismo, se sugirieron cambios de redacción tendientes a evitar sesgos en la calificación de las preguntas del instrumento. Algunas utilizaban el enunciado “qué tan fácil” y fue ajustado a “qué tan fácil o difícil”. En otro caso, la opción de calificación intermedia figuraba como “justo” y fue reemplazada por adecuada(o), buscando eliminar una posible influencia del estilo de la pregunta sobre la respuesta del paciente. El instrumento resultante contenía 28 preguntas, 4 para

el dominio de acceso, 6 para valorar la continuidad, 11 para medir la coordinación y 7 para evaluar la atención centrada en el paciente.

Adicionalmente, se definió una plantilla de calificación de cada uno de los ítems, utilizando un formato Likert con 5 niveles, tomando en cuenta que aunque un número alto de niveles se asocia con mayor consistencia interna y confiabilidad test-retest, el uso de más de 6 categorías no representa ningún beneficio adicional [43].

Una vez realizados los cambios, se organizó el instrumento según el flujo del paciente en la ruta, embebido en las otras preguntas, y se agregó la sección que indagaba por la información demográfica del paciente. Este fue el instrumento con 28 preguntas que fue aplicado en la prueba piloto.

En esta prueba participaron 14 personas, con edades entre los 43 y 69 años, con una media de edad de 59,92 años, 70 % provenientes de Bogotá, Boyacá y Cundinamarca. En la Tabla 2 se resumen las características de los participantes. El tiempo requerido para resolver el cuestionario osciló entre 12 y 28 minutos, con una media de 17,85 minutos.

Seis pacientes manifestaron alguna dificultad con la respuesta de las preguntas y ninguno afirmó que alguna de las preguntas fuese ofensiva o confusa. De los 6 pacientes, 4 eran hombres, 1 no tenía ningún tipo de escolaridad, 2 habían estudiado hasta primaria, 2 hasta secundaria y 1 persona era universitaria. Todos los participantes que manifestaron dificultades con algu-

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes que participaron en la prueba piloto

Característica	Categoría	N	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	6	42,86
	Masculino	8	57,14
Departamento de nacimiento	Bogotá	3	21,43
	Boyacá	4	28,57
	Cundinamarca	3	21,43
	Otros	4	28,57
Último nivel educativo aprobado	Primaria o menor	7	50,00
	Secundaria o mayor	7	50,00
Ingreso mensual del hogar	Menor a \$800 000	4	28,57
	\$800 000 o más	9	64,29
	Sin respuesta	1	7,14
Tipo de seguridad social	Subsidiado	4	28,57
	Contributivo	9	64,29
	Otro	1	7,14
Diagnóstico	Hipertensión arterial	7	50,00
	Diabetes tipo II	3	21,43
	Ambas	4	28,57

na de las preguntas tenían un ingreso familiar mayor a \$600 000 mensuales.

Se evidenciaron dificultades en cuatro interrogantes, en la comprensión de los términos “equipo”, “metas” y “plan de atención”. Un paciente encontró dificultad para responder las preguntas relacionadas con la atención de especialistas, puesto que no le habían indicado atenciones por especialistas previamente. Se abordaron estas dificultades, que también fueron observadas por el encuestador, mediante la definición de los términos, la identificación de los profesionales que hacían parte del equipo de salud y agregando una pregunta que permite

saber quién ha recibido atención por especialista. Asimismo, se ajustó la escala Likert para que sus puntos de medición correspondieran con los enunciados de las preguntas y se definió el cálculo del puntaje total de la escala como la sumatoria del puntaje entre 1 y 5 de cada uno de los ítems; así, el puntaje final del instrumento puede tomar valores entre 28 y 140. De esta manera, mayores puntajes en la escala representan mayores niveles de integración percibida por los pacientes.

La prueba piloto obtuvo una muestra de pacientes con un balance adecuado en cuanto a sus características sociodemográficas. No se encontró ningún patrón par-

ticular de características de los participantes que manifestaron alguna dificultad con las preguntas del instrumento. Se consideró que las dificultades manifestadas por los participantes podían ser ajustadas sin necesidad de efectuar algún cambio sustancial al instrumento, por lo que se decidió no hacer una segunda prueba piloto. A partir de los cambios realizados en este proceso, se elaboró la versión final del instrumento, que será posteriormente sometida a un proceso de validación en el que se incorporarán metodologías de la teoría clásica de medición y de teoría de respuestas al ítem, garantizando muestras de tamaño suficiente (véase Anexo 2).

Discusión

En Colombia, el sistema de salud brinda a sus habitantes una cobertura de aseguramiento poblacional, de tecnologías en salud y económica, prácticamente universal [44]. El acceso a los servicios de salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado, y para definir las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención de las personas con riesgo cardio cerebrovascular por parte de los agentes del sistema de salud, se elaboró la RIA-CCV [45]. Asimismo, se definió que los servicios de salud deben estar centrados en las personas. Por lo tanto, la medición del grado de integración (ausencia de fragmentación) de los servicios de salud es una necesidad y una oportunidad para garantizar los compromisos del sistema de salud y potenciar el logro de los objetivos del mismo.

Las características de la RIA-CCV y la evolución de la organización de los servicios requirieron de un nuevo instrumento, basado en las experiencias anteriores, que enfatizara en los puntos críticos de los cambios de profesional o de institución. Este artículo muestra el proceso de elaboración del instrumento, para medir la percepción de los pacientes sobre la integración de la atención de la RIA-CCV en Bogotá.

La búsqueda sistemática de la literatura mostró que hay una masa crítica de literatura alrededor de los dominios propuestos por Singer *et al.* [6] adoptada en este estudio; sin embargo, estos no siempre se denominan de la misma manera, ni se evalúan con las mismas preguntas. Las más de 300 EE disponibles muestran el interés global de incorporar esas mediciones en las evaluaciones para mejorar la calidad de los servicios de salud, incluyendo la voz de los pacientes.

¿Por qué si los dominios y conceptos son muy similares, hay tantas EE diferentes? La respuesta que identificamos en el proceso de revisar las preguntas de las 13 EE seleccionadas tiene al menos tres aspectos: el primero, es necesario adaptar la medición en cada contexto a las particularidades locales de la organización de los servicios de salud. El segundo, la prioridad

del momento y lugar para trabajar mejoras; por ejemplo, en algunos países, se puede querer privilegiar el acceso dada una cobertura económica limitada, mientras que en otros, se prefiere dar prioridad a la coordinación, debido a una organización menos integral con más puntos de contacto. El tercer aspecto es la necesidad de tener, al menos en algunos asuntos, un referente nacional o internacional. La búsqueda libre incluyó la encuesta ECV [42], validada para Colombia y que es referente en el país, y la encuesta PaRIS [17], que se aplica actualmente en varios países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. La primera es referente nacional para la exploración de barreras de acceso a los servicios de salud y la segunda brinda comparabilidad internacional.

La validación con expertos permitió adaptar el instrumento a la realidad del sistema de salud colombiano. Dicha validación aportó mejoras a la redacción para mejorar la comprensión de las preguntas y evitar sesgos, hacer ajustes a las opciones de calificación con el fin de ganar coherencia en la redacción de las mismas y planteó un cuestionamiento acerca de la factibilidad del sistema de salud de ofrecer continuidad con el mismo profesional.

Como resultado, se detectó que el sistema debería garantizar la continuidad de la atención a través de las instituciones, y no por medio de los individuos, por lo que el paciente no debía ser seguido por el mismo profesional en todas sus atenciones, sino por el mismo equipo. Para efectos de la evaluación de continuidad, este cuestionamiento puede ser válido más allá de las fronteras colombianas, dada la crisis actual de suficiencia y calidad de la formación del talento humano en salud.

Finalmente, la prueba piloto con pacientes permitió conocer y corregir las dificultades que estos tuvieron al responder el instrumento. Dicha prueba generó la necesidad de definir algunos términos y hacer una revisión de las preguntas para la evaluación de integración.

A pesar de que puede parecer un instrumento extenso, la estructura de este en secciones, con una pregunta tamizada, permite aplicar solo las preguntas relevantes a la experiencia de cada paciente y, por lo tanto, aplicar el instrumento en un tiempo razonable.

La descripción de los pasos en la construcción del instrumento de manera detallada tiene como objetivo proporcionar referencias y consideraciones que aporten a investigadores que trabajen en este campo. Asimismo, permite identificar la necesidad de seguir estos pasos metodológicos, que brindan mayor aceptabilidad a la hora de aplicar el instrumento.

La medición de los niveles de integración en los servicios de salud desde la perspectiva de los pacientes es de gran importancia, ya que proporciona insumos valiosos para la toma de decisiones informadas. Esto cobra

mayor relevancia en enfermedades crónicas, en las cuales existe un alto riesgo de fragmentación.

Para garantizar la validez y confiabilidad de estas mediciones deben utilizarse instrumentos que incorporen en su diseño las particularidades de los pacientes y de la estructura de los sistemas de salud. En el área de la salud pública es importante tener en cuenta estas propiedades de los instrumentos de medición, al momento de utilizarlos para acopiar información provechosa para la evaluación e implementación de políticas de cuidado integrado en salud.

Como limitación del presente estudio, consideramos que, dado que el proceso de elaboración del instrumento fue guiado por una particularidad del sistema de salud en Bogotá, la utilidad de la escala puede verse afectada si se usa en escenarios que no comparten condiciones similares a las de la ruta de atención en salud como la que se tuvo en cuenta para el diseño de la escala. Una vez validado del instrumento en Bogotá, podría explorarse su validez en otros contextos del país y de países con sistemas de salud parecidos al colombiano.

En últimas, se diseñó un instrumento para medir la integración de los servicios prestados a pacientes con HTA y DMII en el contexto de una RIA en la ciudad de Bogotá, basado en el contexto local y vigente en 2023 para el sistema de salud colombiano. Este instrumento será sometido a un proceso de validación en una siguiente etapa. Esta permitirá establecer sus propiedades clínicas a través de enfoques de la teoría clásica de la medición y la teoría de respuesta al ítem durante la implementación de una investigación sobre fragmentación en la prestación de servicios para los pacientes con HTA y DMII en Colombia.

Agradecimientos

Agradecemos a Diana Paola Corredor Cortés, quien participó en la logística de la prueba piloto. Además, a los expertos que participaron en el consenso: Diana Paola Corredor Cortés, Jairo Alberto Morantes Caballero, Mónica Patricia Romero Marín, Cindy Consuelo Romero Méndez, Francy Cecilia Perdomo Alarcón, César A. Casiblanco, Heider Bautista-Mier e Iván Darío González.

Fuente de financiación

Este proyecto se encuentra enmarcado en la investigación “Fragmentación de la atención para hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. Análisis longitudinal desde la perspectiva de los pacientes en Bogotá”. Esta, a su vez, se encuentra dentro del megaproyecto “Health Financing Fragmentation and Universal Health Coverage in Brazil, Colombia, Mexico and India: NIHR GHP-

SR Project”, que es financiado por el National Institute for Health and Care Research (NIHR), utilizando la ayuda del Gobierno del Reino Unido para apoyar la investigación sobre salud global (NIHR150067).

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés para la concepción, el desarrollo y la publicación de esta investigación.

Contribución de los autores

Todos los autores de este manuscrito contribuyeron a la concepción del estudio, análisis e interpretación de los datos; han participado en la construcción del manuscrito y han aprobado la versión final del mismo.

Declaración de responsabilidad

Este artículo es producto de un trabajo original. Sus contenidos representan los puntos de vista de los autores y los hallazgos encontrados por los mismos en la investigación realizada.

Referencias

1. Ski CF, Cartledge S, Foldager D, et al. Integrated care in cardiovascular disease: A statement of the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions of the European Society of Cardiology. Eur J Cardiovasc Nurs. 2023;22(5):e39-46. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurjen/zvad009>
2. Ferrari AJ, Santomauro DF, Aali A, et al. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet [internet]. 2024 [citado 2024 may. 5]; 403(10440):2133-61. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00757-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00757-8/fulltext)
3. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de situación de salud Colombia 2022 [internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2023 [citado 2024 may. 5]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2022.pdf>
4. Kern LM, Bynum JPW, Pincus HA. Care fragmentation, care continuity, and care coordination-how they differ and why it matters. JAMA Intern Med. 2024;184(3):236-7. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.7628>
5. Bossert T, Bärnighausen T, Bowser D, et al. Assessing financing, education, management and policy context for strategic planning of human resources for health [internet]. 2007 [citado 2023 jul. 28]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/43780>

6. Singer SJ, Friedberg MW, Kiang MV, et al. Development and preliminary validation of the Patient Perceptions of Integrated Care survey. *Med Care Res Rev*. 2013;70(2):143-64. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077558712465654>
7. Prior A, Vestergaard CH, Vedsted P, et al. Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: A Danish nationwide cohort study. *BMC Med*. 2023;21(1):305. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03021-3>
8. Snow K, Galaviz K, Turbow S. Patient outcomes following interhospital care fragmentation: A systematic review. *J Gen Intern Med*. 2020;35(5):1550-8. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05366-z>
9. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente” [internet]; 2016 [citado 2024 jul. 28]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
10. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202, por la cual se adopta el Manual metodológico para la elaboración e implementación de las rutas integrales de atención en salud — RIAS, se adopta un grupo de rutas integrales de atención en salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud — PAIS y se dictan otras disposiciones [internet]. (2016 jul. 25) [citado 2024 jul. 28]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
11. Vergara M, Caballero A, Saavedra A, et al. Condiciones de salud para ajuste de riesgo de la UPC y mecanismo de incentivos para el mejoramiento de la calidad y los resultados en salud. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud [internet]; 2022 [citado 2023 jul. 31]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/condiciones-salud-upc-incentivos-calidad-resultados-salud-2022.pdf>
12. Díaz del Castillo A, Martínez L, Palacio D. Percepciones y experiencias de acceso a la ruta de atención integral cardio-cerebrovascular (RIA-CCV) por parte de pacientes con hipertensión arterial y diabetes afiliados a Capital Salud-EPS's entre enero de 2019 y julio de 2020 en Bogotá: un estudio cualitativo exploratorio. Convenio interadministrativo 737-2019 entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Universidad Nacional de Colombia. Noviembre 20, 2020.
13. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2019. [internet]. 2019 [citado 2023 jul. 28]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2020/06/CAC.Co_2020_06_24_Libro_Sit_ERC_2019V7.pdf
14. Cuenta de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022 [internet]; 2023 [citado 2023 jul. 31]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/situacion-de-la-enfermedad-reenal-cronica-la-hipertension-arterial-y-la-diabetes-mellitus-en-colombia-2022/>
15. Lin X, Xu Y, Pan X, et al. Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: An analysis from 1990 to 2025. *Sci Rep*. 2020;10(1):14790. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-71908-9>
16. García-Subirats I, Aller MB, et al. Adaptación y validación de la escala CCAENA® para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. *Gac Sanit*. 2015;29(2):88-96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.009>
17. Valderas JM, Porter I, Martin-Delgado J, et al. Development of the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) conceptual framework to monitor and improve the performance of primary care for people living with chronic conditions. *BMJ Qual Saf*. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-017301>
18. Parra-Vega I, Marqués-Sánchez P, et al. Development and validation of a questionnaire for assessing patients' perceptions of interprofessional integration in health care. *J Interprof Care*. 2022;36(4):538-44. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1900803>
19. Podsakoff PM, MacKenzie SB, et al. Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *J Appl Psychol*. 2003;88(5):879-903. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
20. Clark LA y Watson D. Constructing validity: New developments in creating objective measuring instruments. *Psychol Assess*. 2019;31(12):1412-27. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pas0000626>
21. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, et al. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Front Public Health*. 2018;6:149. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
22. EORTC Quality of Life. Module Development Guidelines (2021) [internet]; 2021 [citado 2024 nov. 11]. Disponible en: <https://qol-eortc.org/manual/the-module-development-guidelines-2021/>
23. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [internet]. (1993 oct. 4) [citado 2024 jul. 17]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/rde/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
24. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [internet]. 2024 [citado 2024 sep. 8]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
25. Schultz EM, Pineda N, Lonhart J, et al. A systematic review of the care coordination measurement landscape. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):119. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-119>
26. Bautista MAC, Nurjono M, Lim YW, et al. Instruments measuring integrated care: A systematic review of measurement properties. *Milbank Q*. 2016;94(4):862-917. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12233>
27. Uijen AA, Heinst CW, Schellevis FG, van den Bosch WJHM, van de Laar FA, Terwee CB, et al. Measurement properties of questionnaires measuring continuity of care: a systematic review. *PLoS One*. 2012;7(7):e42256.
28. Black D, Held ML, et al. Measures evaluating patient satisfaction in integrated health care settings: A systematic review. *Community Ment Health J*. 2021;57(8):1464-77. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00760-y>
29. Pascual López JA, Gil Pérez T, et al. Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria. Una revisión sistemática. *Aten Primaria*. 2020;52(10):738-49. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.004>
30. Ball LE, Barnes KA, Crossland L, et al. Questionnaires that measure the quality of relationships between patients and primary care providers: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):866. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3687-4>
31. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, et al. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: A systematic review of tools for

- family medicine. *Ann Fam Med.* 2011;9(2):155-64. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1226>
32. Haggerty JL, Burge F, Pineault R, et al. Management Continuity from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. *Healthc Policy [internet].* 2011 [citado 2024 may. 6]; 7(Spec Issue):139-53. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3399442/>
33. Burge F, Haggerty JL, Pineault R, et al. Relational continuity from the patient perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Healthc Policy [internet].* 2011 [citado 2024 may. 6]; 7(Spec Issue):124-38. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3399435/>
34. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, et al. Validation of a generic measure of continuity of care: When patients encounter several clinicians. *Ann Fam Med.* 2012;10(5):443-51. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1378>
35. Lyratzopoulos G, Elliott MN, Barbiere JM, et al. How can health care organizations be reliably compared?: Lessons from a national survey of patient experience. *Med Care.* 2011;49(8):724-33. DOI: <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e31821b3482>
36. Törő V, Kósa Z, Takács P, et al. Patients' Assessment of Chronic Illness Care (PACIC): Validation and evaluation of PACIC Scale among Patients with Type 2 Diabetes in Hungary. *Int J Integr Care.* 2022;22(3):5. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.6010>
37. Ryan BL, Brown JB, et al. Measuring Patients' perceptions of health care encounters: Examining the factor structure of the revised Patient Perception of Patient-Centeredness (PPPC-R) questionnaire. *J Patient-Centered Res Rev.* 2019;6(3):192-202. DOI: <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1696>
38. Benachi Sandoval N, Castillo Martínez A, Vilaseca Llobet JM, et al. Validación de la versión en español del cuestionario PCAS para evaluar la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Pública [internet].* 2012 [citado 2024 may. 6]; 31(1):32-9. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9395>
39. Gulliford M, Cowie L, Morgan M. Relational and management continuity survey in patients with multiple long-term conditions. *J Health Serv Res Policy.* 2011;16(2):67-74. DOI: <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.010015>
40. Beaulieu MD, Haggerty JL, Beaulieu C, et al. Interpersonal communication from the patient perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Healthc Policy [internet].* 2011 [citado 2024 may. 6]; 7(Spec Issue):108-23. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3399440/>
41. Kruk ME, Lewis TP. Introduction to The Lancet Global Health's Series on the People's Voice Survey on Health System Performance. *Lancet Glob Health.* 2024;12(1):e14-e15. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(23\)00512-0](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00512-0)
42. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Metodología general Encuesta Nacional de Calidad de Vida [internet]. 2024 [citado 2024 may. 6]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/ECV/met-ECV-2024.pdf>
43. Jebb AT, Ng V y Tay L. A Review of Key Likert Scale Development Advances: 1995-2019. *Front Psychol.* 2021;12:637547. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.637547>
44. Colombia, Ministerio de Salud. Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6 %. *Boletín de Prensa* 373 [internet]. 2022 [citado 2024 may. 6]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx>
45. Colombia, Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [internet]; (2015 feb. 16) [citado 2024 may. 6]. Disponible en: http://www.secretariosenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Anexos

Anexo 1. Ecuación de búsqueda

Tema	Ecuación	Operador booleano
Continuidad de la atención	((("continuity of patient care"[Mesh]) OR (patient care continuity) OR (continu* ADJ5 care) OR (care continu*)))	OR
Integración de la atención	((("delivery of health care, integrated"[Mesh]) OR (integrated ADJ5 system*) OR (delivery system*, integrated) OR (system*, integrated delivery)))	OR
Atención centrada en el paciente	((("Patient-Centered Care"[Mesh]) OR (Care, Patient-Centered) OR (Patient Centered Care*) OR (Person-Centered Care) OR (Care*, Person-Centered) OR (Person Centered Care*) OR (Patient Focused Care)))	OR
Fragmentación en salud y coordinación de salud	((health care fragmentation) OR (fragmentation ADJ3 care) OR (fragmentation) OR (care integration) OR (care coordination) OR (integrated care) OR (coordination ADJ5 care)))	AND
Encuestas y cuestionarios	((("surveys and questionnaires"[Mesh]) OR (questionnaire*) OR (survey*)) OR (respondent*)) OR ((("weights and measures"[Mesh]) OR (measure*) OR (scale*)))	AND
Filtro PubMed de revisiones sistemáticas	((((systematic review[ti] OR systematic literature review[ti] OR systematic scoping review[ti] OR systematic narrative review[ti] OR systematic qualitative review[ti] OR systematic evidence review[ti] OR systematic quantitative review[ti] OR systematic meta-review[ti] OR systematic critical review[ti] OR systematic mixed studies review[ti] OR systematic mapping review[ti] OR systematic cochrane review[ti] OR systematic search and review[ti] OR systematic integrative review[ti]) NOT comment[pt] NOT (protocol[ti] OR protocols[ti])) NOT MEDLINE [subset]) OR (Cochrane Database Syst Rev[ta] AND review[pt]) OR systematic review[pt]))	

Anexo 2. Instrumento para la medición de la percepción de la integración en la atención de la ruta cardio cerebrovascular en los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus

Pregunta	Respuestas
1. Teniendo en cuenta el número de contactos con los servicios de salud para su hipertensión o diabetes, ese número de contactos, ¿cómo le parece?	Muy pocos Pocos Adecuados Muchos Demasiados
2. Para los profesionales que lo atienden más frecuentemente, ¿en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con que este número de contactos es suficiente para atender sus necesidades?	En total desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo
3. Cuando pide cita para el manejo de su hipertensión o diabetes, ¿con qué frecuencia es atendido(a) por el mismo equipo de salud?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
4. Teniendo en cuenta todos los aspectos relacionados con la atención que ha recibido, en general, ¿cómo calificaría la atención médica que ha recibido de su equipo de salud en los últimos 12 meses?	Mala Regular Buena Muy buena Excelente

	Mala Regular Buena Muy buena Excelente
5. Cuándo no lo(a) atiende el mismo equipo, ¿cómo califica la atención que usted recibe?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
6. El recordatorio que recibió antes de su última cita, ¿le sirve para no faltar a sus citas?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
7. ¿Considera que la atención en salud recibida para el manejo de su hipertensión arterial o diabetes ha sido organizada?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
8. ¿Está involucrado(a) tanto como usted quiere en las decisiones sobre su atención?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
9. ¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con que su plan de atención le ha sido útil para cuidar su salud y bienestar?	En total desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo
10. ¿En qué medida todas las personas del equipo que maneja su hipertensión o diabetes parecen estar siguiendo el mismo plan de atención?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
11. En los últimos 12 meses, ¿el equipo que maneja su hipertensión o diabetes concertó con usted metas para su salud?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
12. ¿En qué medida está usted de acuerdo o en desacuerdo con que el equipo que maneja su hipertensión o diabetes toma en cuenta lo que es más importante para usted para cuidar su salud y bienestar?	En total desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo
13. ¿Recibe suficiente apoyo del equipo de salud para ayudarle a manejar su propia salud y bienestar?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
14. ¿Con qué frecuencia las personas del equipo que manejan su hipertensión o diabetes parecían conocer la información importante sobre su historial médico?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
15. ¿Con qué frecuencia recibe información contradictoria de diferentes personas del equipo de salud que atiende su hipertensión o diabetes?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre

16. ¿Considera que en algún momento las personas del equipo que manejan su hipertensión o diabetes no tuvieron en cuenta información importante de su estado de salud porque no estaba escrita en su historia clínica?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
17. ¿Con qué frecuencia el equipo que maneja su hipertensión o diabetes ayuda a coordinar la programación de los servicios con otros profesionales o de exámenes que usted necesita?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
18. Cuando usted necesita una cita, un examen o un medicamento para su hipertensión o diabetes, ¿qué tan fácil o difícil es obtener este servicio?	Muy difícil Difícil Ni fácil ni difícil Fácil Muy fácil
19. ¿Con qué frecuencia el equipo que maneja su hipertensión o diabetes revisa con usted todos los medicamentos que le han recetado?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
20. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia alguien del equipo que maneja su hipertensión o diabetes habló con usted sobre cómo debía tomar su(s) medicamento(s)?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
21. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia alguien del equipo que maneja su hipertensión o diabetes verificó que usted entendiera cómo debía tomar su(s) medicamento(s)?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
22. Cuando faltó a una cita o no reclamó los medicamentos ordenados por el médico, ¿con qué frecuencia alguien del equipo que regularmente atiende su hipertensión o diabetes se comunicó con usted para programar de nuevo el servicio?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
23. ¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con que el tiempo para obtener una cita con el especialista fue razonable para atender sus necesidades en salud?	En total desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo
24. Cuando usted fue a consulta especializada, ¿con qué frecuencia le pareció que el especialista tenía la información que necesitaba para resolver su problema?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
25. ¿Con qué frecuencia el médico general parece estar informado y actualizado sobre la atención que recibió de los especialistas que usted ha visitado?	Nunca Casi nunca A veces La mayoría de las veces Siempre
26. ¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con que haber recibido ese contacto luego de salir de urgencias le ayudó a continuar con el manejo de su hipertensión o diabetes?	En total desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

	En total desacuerdo
27. ¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con que haber recibido ese contacto luego de salir de hospitalización le ayudó a continuar con el manejo de su hipertensión o diabetes?	En desacuerdo
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
	De acuerdo
	Totalmente de acuerdo
28. ¿Qué tan fácil o difícil le resulta usar los servicios en línea del sitio donde le atienden su hipertensión o diabetes?	Muy difícil
	Difícil
	Ni fácil ni difícil
	Fácil
	Muy fácil