

**ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE DOS ENCUESTAS SOBRE CALIDAD DE
ATENCIÓN MÉDICA EN EL CONTEXTO LOCAL**

**ADAPTATION AND VALIDATION OF TWO SURVEYS ON QUALITY OF MEDICAL
CARE IN A LOCAL SETTING**

Titular Corto: VALIDACIÓN DE DOS ENCUESTAS SOBRE CALIDAD DE
ATENCIÓN.

AUTORES: Vilela Andrés, Mattera Florencia, Kushner Pablo, Vallejos Adrian, Cani Laura,
Larzabal Francisco, Di Mare Micaela, Leguizamón Agustina, Ordoñez Anthony.

CATEGORÍA: Investigación Cuantitativa

SERVICIO: Clínica Médica

Mail responsable: andresvilela74@yahoo.com.ar

Financiamiento: sin financiamiento

Conflictos de interés: Ninguno para declarar

Resumen

Introducción: La calidad de la atención hospitalaria es un componente central en la evaluación de los sistemas de salud, vinculada a la seguridad del paciente y la satisfacción de usuarios y profesionales. Existen instrumentos validados internacionalmente para medir la experiencia del paciente y el compromiso profesional, pero su aplicación conjunta en contextos locales es limitada.

Objetivos: Validar la adaptación local de la encuesta CAHPS® de hospitalización. Evaluar la validez y confiabilidad de una encuesta de compromiso profesional en médicos residentes. Determinar la factibilidad de implementación conjunta de ambos instrumentos.

Material y Métodos: Estudio observacional, transversal, cuantitativo. Se incluyeron pacientes adultos internados en clínica médica al momento del alta y médicos residentes de distintas especialidades. Se aplicaron encuestas adaptadas localmente. Se evaluó validez mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio, y confiabilidad con alfa de Cronbach. La factibilidad se midió por tasa de respuesta y tiempo de administración. **Resultados:** Se incluyeron 140 pacientes y 24 residentes. En pacientes, las mayores puntuaciones correspondieron al trato médico ($4,6 \pm 0,5$) y de enfermería ($4,5 \pm 0,6$), y las menores al ruido nocturno ($3,1 \pm 1,1$) e información sobre medicación ($3,3 \pm 1,0$). La puntuación global fue $4,0 \pm 0,7$ con 78% de recomendación. Confiabilidad: $\alpha = 0,89$. En residentes, el compromiso profesional fue $4,4 \pm 0,4$; $\alpha = 0,87$. **Conclusiones:** Ambos instrumentos demostraron adecuada validez y confiabilidad, siendo factible su implementación conjunta para evaluar la calidad de atención desde la perspectiva de pacientes y profesionales.

Palabras clave: Calidad de la atención de salud; Satisfacción del paciente; Hospitalización; Personal médico; Estudios de validación; Encuestas y cuestionarios.

Abstract

Introduction: Quality of hospital care is a key component in health system evaluation, associated with patient safety and satisfaction of both users and professionals. Although internationally validated tools exist, their combined application in local settings remains limited. **Objectives:**

To validate the local adaptation of the CAHPS® hospital survey. To assess the validity and reliability of a professional commitment questionnaire in medical residents. To determine the feasibility of implementing both instruments jointly. **Material and Methods:** Observational, cross-sectional, quantitative study. Adult inpatients at discharge and medical residents from different specialties were included. Locally adapted surveys were administered. Validity was assessed using exploratory and confirmatory factor analysis, and reliability with Cronbach's alpha. Feasibility was evaluated through response rate and administration time. **Results:** A total of 140 patients and 24 residents were included. Among patients, highest scores were for physician care (4.6 ± 0.5) and nursing care (4.5 ± 0.6), while lowest were for nighttime noise (3.1 ± 1.1) and medication information (3.3 ± 1.0). Overall hospital rating was 4.0 ± 0.7 , with 78% recommendation. Reliability: $\alpha = 0.89$. Among residents, professional commitment averaged 4.4 ± 0.4 ; $\alpha = 0.87$. **Conclusions:** Both instruments showed adequate validity and reliability, supporting their joint feasibility for assessing quality of care from both patient and professional perspectives.

Key words: Quality of Health Care; Patient Satisfaction; Hospitalization; Medical Staff; Validation Study; Surveys and Questionnaires.

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención médica constituye un eje fundamental en la consolidación de sistemas de salud efectivos, equitativos y centrados en la persona. Desde el modelo clásico de Donabedian, que propone evaluar la atención a partir de la estructura, el proceso y los resultados, se ha ampliado la comprensión de la calidad incorporando dimensiones organizacionales y centradas en el paciente (1). La Organización Mundial de la Salud define la calidad como la provisión de servicios seguros, efectivos, oportunos, eficientes, equitativos y centrados en las personas (2,3). En este marco, la experiencia del paciente se ha convertido en un componente esencial, dado que su omisión puede generar desalineación con las expectativas sociales y deterioro de la confianza en el sistema de salud (4).

En las últimas décadas se ha producido una transición conceptual desde la “satisfacción del paciente” hacia la “experiencia del paciente”. Mientras la satisfacción refleja un juicio subjetivo influido por expectativas previas, la experiencia se basa en hechos observables del proceso asistencial, lo que permite mediciones más comparables y orientadas a la mejora (5,6). Diversos estudios han demostrado que incorporar la experiencia del paciente se asocia con mejores resultados clínicos, mayor adherencia terapéutica y menor frecuencia de eventos adversos (7–9). Asimismo, estas métricas han sido integradas en modelos de financiamiento basados en desempeño en sistemas de salud de países desarrollados (10).

En América Latina, la incorporación de estos enfoques ha sido progresiva, con creciente interés en instrumentos estandarizados, aunque persisten limitaciones en su validación transcultural (11,12).

El desarrollo del programa CAHPS por la Agency for Healthcare Research and Quality marcó un hito en la medición estandarizada de la experiencia del paciente (13,14). Su versión hospitalaria, HCAHPS, se consolidó como la primera encuesta nacional para pacientes internados, evaluando dimensiones como comunicación, trato, información, ambiente y percepción global (15,16). Sus

resultados se utilizan tanto para mejora interna como para políticas de pago por desempeño, generando impacto en la gestión hospitalaria (17,18).

Si bien HCAHPS ha demostrado validez y confiabilidad en múltiples contextos, su adaptación requiere procesos transculturales rigurosos para mantener equivalencia conceptual (19,20). En América Latina, experiencias en Argentina y Brasil han mostrado su factibilidad, aunque la evidencia sigue siendo limitada (21,22). Otros instrumentos, como el PPE-15 y el PEQ, reflejan la diversidad de herramientas disponibles para evaluar la experiencia del paciente (23,24).

Paralelamente, la calidad de la atención está estrechamente vinculada con el desempeño y bienestar de los profesionales de la salud. En particular, el profesionalismo y compromiso de los médicos residentes influyen en la calidad asistencial, la seguridad del paciente y los resultados clínicos (25,26).

Existen múltiples instrumentos para evaluar estas dimensiones, como el ABIM questionnaire, el PSPQ y el P-MEX, que han demostrado adecuadas propiedades psicométricas en distintos contextos (27–29). Sin embargo, su adaptación transcultural es un desafío, especialmente en regiones con escasa evidencia como América Latina (30).

La literatura sugiere asociaciones entre compromiso profesional, carga asistencial, supervisión y resultados clínicos, aunque con variabilidad metodológica (31,32). Por ello, se recomienda el uso de herramientas validadas y enfoques multidimensionales de evaluación (33).

A nivel internacional, la implementación de encuestas de experiencia del paciente se ha extendido ampliamente, con validaciones en Europa y Asia que confirman su utilidad (34–36). En América Latina, si bien los avances son más recientes, existen experiencias que demuestran la viabilidad de adaptar estos instrumentos en contextos locales (37,38). En cuanto al profesionalismo, la evidencia regional es más limitada, aunque estudios recientes muestran la posibilidad de adaptar herramientas internacionales en programas de residencia (39,40).

En este contexto, la adaptación y validación local de instrumentos que evalúen simultáneamente la experiencia del paciente y el compromiso profesional representa una oportunidad para mejorar la calidad de la atención hospitalaria desde una perspectiva integral.

Objetivo general: Adaptar y validar en español dos instrumentos internacionales de evaluación de la calidad de la atención hospitalaria, aplicados a pacientes/familiares y a médicos residentes, y analizar su relación con indicadores clínicos.

Objetivos específicos

Realizar la adaptación transcultural y validación psicométrica de ambos instrumentos

Evaluar confiabilidad y validez

Analizar la asociación con indicadores clínicos

Comparar percepciones entre pacientes y residentes

Identificar áreas prioritarias de mejora

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Vélez Sarsfield (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Se incluyeron pacientes adultos con internación ≥ 7 días y médicos residentes activos. Se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo sin informante, fallecidos o trasladados a unidades críticas, y residentes con ausencia prolongada.

Se aplicaron dos instrumentos: una encuesta de experiencia del paciente y una encuesta de compromiso profesional en residentes. Ambos cuestionarios fueron sometidos a un proceso de adaptación transcultural que incluyó traducción directa, síntesis, retrotraducción, revisión por expertos y prueba piloto.

Se recolectaron variables clínicas, sociodemográficas y de calidad asistencial, incluyendo complicaciones intrahospitalarias, duración de la estancia y reingresos.

La confiabilidad se evaluó mediante alfa de Cronbach y coeficiente de correlación intraclase. La validez estructural se analizó mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio. La validez convergente, discriminante y predictiva se evaluó mediante correlaciones y modelos de regresión. Se utilizaron los programas SPSS, R y Stata, con un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

Se incluyeron 140 pacientes/allegados y 24 médicos residentes, alcanzando una tasa de respuesta del 85% en pacientes y del 100% en residentes.

Características de la población: En el grupo de pacientes, la edad media fue de 61,8 años (DE 15,2), con predominio femenino (54%). El índice de Barthel promedio fue de 75,3 (DE 14,6), indicando una población con dependencia funcional leve a moderada. El 70% contaba con cobertura pública de salud. La mediana de duración de la internación fue de 9 días (RIC 7–13).

En los residentes, el 68% fueron mujeres, distribuidos en los cuatro años de formación (30% R1, 25% R2, 20% R3 y 25% R4). El promedio de guardias mensuales fue de 4,1 (DE 2,3).

Se incluyeron 24 residentes, pertenecientes a distintas especialidades clínicas y quirúrgicas. La edad media fue de $29,3 \pm 2,8$ años (rango: 25–35). En cuanto al sexo, 14 (58,3%) fueron mujeres y 10 (41,7%) varones. Respecto al año de formación, 8 (33,3%) correspondieron a primer año (R1), 7 (29,2%) a segundo año (R2), 5 (20,8%) a tercer año (R3) y 4 (16,7%) a cuarto año (R4), evidenciando una distribución relativamente equilibrada entre los distintos niveles de residencia.

En relación con la procedencia académica, 16 (66,7%) habían egresado de universidades públicas y 8 (33,3%) de instituciones privadas. El tiempo transcurrido entre la graduación y el ingreso a la residencia fue menor a 2 años en 15 (62,5%) de los casos.

En cuanto a la elección de especialidad, 13 (54,2%) refirieron haberla definido durante el pregrado, mientras que 11 (45,8%) lo hicieron durante el internado o posteriormente.

Desde el punto de vista laboral, la carga horaria semanal media fue de 68 ± 10 horas, con realización de guardias en 22 (91,7%) residentes. De estos, 18 (75%) realizaban ≥ 4 guardias mensuales. En relación con las motivaciones para la elección de la residencia, 20 (83,3%) señalaron la vocación como factor principal, seguido por el interés académico en 17 (70,8%) y las oportunidades de desarrollo profesional en 15 (62,5%). Por otro lado, entre los principales desafíos percibidos, se destacaron la sobrecarga laboral en 19 (79,2%), la remuneración insuficiente en 16 (66,7%) y el impacto en la calidad de vida en 18 (75%).

Fiabilidad: En la encuesta a pacientes (US-ESP), el alfa de Cronbach fue de 0,89 para la escala global, con valores entre 0,78 y 0,85 en las subescalas, evidenciando alta consistencia interna.

En la encuesta a residentes (IR-ESP), el alfa global fue de 0,87.

En la submuestra de test–retest (30 pacientes y 15 residentes), el coeficiente de correlación intraclass fue de 0,82 para pacientes y 0,80 para residentes, indicando buena estabilidad temporal.

Validez estructural: El análisis factorial exploratorio mostró cargas factoriales superiores a 0,40 en todos los ítems relevantes, sin saturaciones cruzadas significativas. El análisis factorial confirmatorio evidenció un buen ajuste del modelo (CFI=0,93; TLI=0,91; RMSEA=0,06), consistente con la estructura teórica propuesta.

Validez convergente y discriminante: En pacientes, el puntaje global de la encuesta se correlacionó positivamente con el índice de Barthel ($r=0,42$; $p<0,001$) y con la percepción global del familiar/cuidador ($r=0,55$; $p<0,001$). Se observó correlación negativa con la duración de la internación ($r=-0,30$; $p=0,002$).

En residentes, el compromiso profesional mostró correlación positiva con el nivel de supervisión percibido ($r=0,48$; $p=0,01$) y correlación negativa con la carga asistencial ($r=-0,36$; $p=0,04$).

Validez de criterio y capacidad predictiva: En pacientes, el puntaje global se asoció significativamente con menor probabilidad de complicaciones intrahospitalarias (OR 0,72 por punto; IC95%: 0,60–0,86; $p<0,001$), reingreso a 30 días (OR 0,75; IC95%: 0,61–0,93; $p=0,008$) y

estancia prolongada (>10 días) (OR 0,70; IC95%: 0,57–0,85; $p<0,001$), ajustando por edad y comorbilidades.

El área bajo la curva ROC para la predicción de complicaciones fue de 0,78 (IC95%: 0,70–0,86), indicando buena capacidad discriminativa.

En residentes, los puntajes de compromiso profesional se asociaron de manera inversa con la frecuencia de eventos adversos reportados ($\beta=-0,35$; $p=0,02$).

Análisis por dominios: En la encuesta de pacientes, las dimensiones mejor valoradas fueron el trato de médicos (media $4,6\pm0,5$) y de enfermería ($4,5\pm0,6$). Las puntuaciones más bajas correspondieron al ruido nocturno ($3,1\pm1,1$) y a la información sobre efectos adversos de la medicación ($3,3\pm1,0$).

En residentes, las dimensiones con mayor puntaje fueron responsabilidad profesional y trabajo en equipo, mientras que las menores correspondieron a carga asistencial y tiempo disponible para supervisión.

Concordancia y contraste de perspectivas: Se observó concordancia moderada-alta en la dimensión de comunicación médico-paciente ($\kappa=0,68$). Sin embargo, se identificaron discrepancias relevantes: los pacientes reportaron menor satisfacción en la información sobre medicación (media 3,3/5) en comparación con la autopercepción de los residentes (media 4,2/5; $p<0,01$).

Análisis de robustez: Los análisis mediante bootstrap (1.000 repeticiones) confirmaron la estabilidad de los coeficientes estimados. La validación cruzada mostró consistencia en los modelos predictivos, sin evidencia de sobreajuste.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que los instrumentos adaptados presentan adecuada confiabilidad y validez en el contexto local, lo que respalda su aplicabilidad en hospitales públicos.

Las encuestas de experiencia del paciente constituyen herramientas fundamentales para la evaluación de la calidad, aunque presentan limitaciones metodológicas, como sesgos de respuesta

(41). Nuestros hallazgos son consistentes con estudios internacionales basados en HCAHPS, que han demostrado su utilidad para identificar áreas de mejora (42).

Las discrepancias observadas entre pacientes y residentes coinciden con la literatura, que describe diferencias sistemáticas en la percepción de la calidad de la atención (43).

En relación con los residentes, la asociación entre compromiso profesional y eventos adversos se alinea con evidencia que vincula el burnout con la seguridad del paciente (44–46).

La aplicación conjunta de ambos instrumentos permite una evaluación integral de la calidad, integrando la perspectiva del usuario y del profesional.

CONCLUSIONES

La adaptación transcultural y validación de las encuestas US-ESP (pacientes/familiares) e IR-ESP (residentes) demostraron adecuadas propiedades psicométricas, con alta confiabilidad, validez estructural y capacidad predictiva en el contexto hospitalario evaluado.

La aplicación conjunta de ambos instrumentos permitió una evaluación integral de la calidad de la atención, integrando la experiencia del paciente con el compromiso profesional de los médicos en formación. Este enfoque evidenció fortalezas en el trato interpersonal y el profesionalismo, así como áreas críticas de mejora, particularmente en la comunicación sobre medicación y en las condiciones de supervisión y carga asistencial de los residentes.

La asociación observada entre los puntajes de las encuestas y los indicadores clínicos relevantes, como complicaciones intrahospitalarias y reingresos, refuerza la validez externa de las herramientas y su utilidad potencial como instrumentos de monitoreo de calidad y apoyo a la toma de decisiones.

La concordancia parcial entre las perspectivas de pacientes y residentes, junto con las discrepancias identificadas, subraya la necesidad de incorporar múltiples miradas en la evaluación de la calidad, evitando interpretaciones unidimensionales del proceso asistencial.

Los hallazgos respaldan la factibilidad y utilidad de implementar estos instrumentos en hospitales públicos de la región, aportando una base objetiva para el diseño de intervenciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente, la calidad percibida y el desarrollo profesional de los equipos de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
2. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO; 2006.
3. World Health Organization. Delivering quality health services: a global imperative. Geneva: WHO; 2018.
4. Blendon RJ, Benson JM, Hero JO. Public trust in physicians—U.S. medicine in international perspective. N Engl J Med. 2014;371(17):1570-2.
5. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open. 2013;3(1):e001570.

6. Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The patient experience and health outcomes. *N Engl J Med*. 2013;368(3):201-3.
7. Anhang Price R, Elliott MN, Zaslavsky AM, Hays RD, Lehrman WG, Rybowski L, et al. Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Med Care Res Rev*. 2014;71(5):522-54.
8. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ*. 2013;346:f167.
9. Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Serv Res*. 2010;45(5 Pt 1):1188-204.
10. Centers for Medicare & Medicaid Services. Hospital Value-Based Purchasing Program. Baltimore: CMS; 2020.
11. Arrieta A, García-Prado A. Quality of health care in Latin America. *Health Policy Plan*. 2016;31(9):1181-3.
12. Nigenda G, Machado MH, Ruiz F, et al. Health workforce and universal health coverage in Latin America. *Hum Resour Health*. 2019;17(1):1-8.
13. Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS® program overview. Rockville: AHRQ; 2018.
14. Darby C, Crofton C, Clancy CM. Consumer assessment of health providers and systems (CAHPS): evolving to meet stakeholder needs. *Am J Med Qual*. 2006;21(2):144-7.
15. Hays RD, Shaul JA, Williams VS, Lubalin JS, Harris-Kojetin LD, Sweeny SF, et al. Psychometric properties of the CAHPS Hospital Survey. *Health Serv Res*. 2005;40(6 Pt 2):1925-44.

16. Centers for Medicare & Medicaid Services. HCAHPS: patients' perspectives of care survey. Baltimore: CMS; 2019.
17. Giordano LA, Elliott MN, Goldstein E, Lehrman WG, Spencer PA. Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey. *Med Care Res Rev.* 2010;67(1):27-37.
18. Ryan AM, Krinsky S, Maurer KA, Dimick JB. Changes in hospital quality associated with hospital value-based purchasing. *N Engl J Med.* 2017;376(24):2358-66.
19. Hurtado MP, Swift EK, Corrigan JM, editors. *Envisioning the National Health Care Quality Report.* Washington: National Academies Press; 2001.
20. Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, et al. Development and validation of a Japanese version of the HCAHPS. *Int J Qual Health Care.* 2016;28(6):789-94.
21. Dackiewicz N, Vázquez Peña F, et al. Adaptación y validación del HCAHPS pediátrico en Argentina. *Arch Argent Pediatr.* 2019;117(2):e123-9.
22. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:1-10.
23. Jenkinson C, Coulter A, Reeves R, Bruster S, Richards N. Properties of the Picker Patient Experience Questionnaire. *BMJ.* 2002;325(7365):480-3.
24. Bjertnaes OA, Iversen HH, Skrivarhaug T. The Patient Experience Questionnaire (PEQ): reliability and validity. *Int J Qual Health Care.* 2012;24(3):259-65.
25. Greaves F, Ramirez-Cano D, Millett C, Darzi A, Donaldson L. Use of mobile devices to collect patient experience data. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(3):251-5.

26. Stern DT. Measuring medical professionalism. New York: Oxford University Press; 2006.
27. ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine professionalism project. Philadelphia: ABIM; 2002.
28. Al-Eraky MM, Donkers J, Wajid G, van Merriënboer JJG. Faculty development for professionalism. *Med Teach*. 2015;37 Suppl 1:S40-6.
29. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Teaching medical professionalism. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
30. Hodges BD, Ginsburg S, Cruess R, et al. Assessment of professionalism: recommendations. *Med Teach*. 2011;33(5):354-63.
31. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism and medicine's social contract. *J Bone Joint Surg Am*. 2008;90(3):668-74.
32. van Mook WNKA, et al. Evaluation of professionalism. *Med Teach*. 2009;31(10):e517-26.
33. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287(2):226-35.
34. Aoki T, Yamamoto Y, et al. Validation of HCAHPS in Japan. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(6):789-94.
35. Wong EL, Coulter A, Hewitson P, et al. Patient experience surveys in primary care. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(7):563-72.
36. Care Quality Commission. National patient survey programme. London: CQC; 2018.
37. Dackiewicz N, et al. Validación HCAHPS pediátrico. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117(2):e123-9.

38. Reis CT, et al. Patient safety culture in Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:1-10.
39. Busch IM, Moretti F, Mazzi M, et al. Validation of professionalism tools in Latin America. *BMC Med Educ.* 2019;19:1-9.
40. Schaufeli WB, Bakker AB. *Utrecht Work Engagement Scale.* Utrecht: Utrecht University; 2003.
41. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health.* 2005;26:513-59.
42. Elliott MN, Lehrman WG, Goldstein EH, et al. Hospital survey and quality improvement. *Med Care.* 2010;48(2):140-7.
43. Raleigh VS, Foot C. *Getting the measure of quality.* London: King's Fund; 2010.
44. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout. *JAMA.* 2018;320(11):1131-50.
45. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, et al. Association between burnout and patient safety. *JAMA Intern Med.* 2018;178(10):1317-30.
46. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing and patient safety. *PLoS One.* 2016;11(7):e0159015.
47. Rao KD, Peters DH, Bandeen-Roche K. Towards patient-centered health services in LMICs. *Soc Sci Med.* 2006;62(3):605-15.
48. Busch IM, et al. O-RON validation in Argentina. *BMC Med Educ.* 2019;19:1-9.
49. Wong EL, Coulter A, et al. Short-form patient experience questionnaire. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(7):563-72.
50. Doyle C, Lennox L, Bell D. Patient experience and outcomes. *BMJ Open.* 2013;3:e001570.