SCRIPTA SCIENTIA
ISSN: 3134-5824 | Vol. 1 (2026)

Publicado por
ChauxLab Institute

ARTÍCULO ORIGINAL

# Educación en cuidados post alta y reingresos hospitalarios: Análisis de relevancia socioeconómica en un hospital de referencia paraguayo

Nelson Santander[1]

[1]Universidad Autónoma de Encarnación, Encarnación, Paraguay

**Recibido:** 20 jun 2026
**Aceptado:** 13 ago 2026
**Publicado:** 14 ago 2026

**DOI:** 10.66201/ss.v1.39

Licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0 (CC-BY)

## RESUMEN

**Introducción:** Los reingresos hospitalarios no planificados son un indicador crítico de calidad asistencial y una carga económica relevante en contextos de recursos limitados. Esta investigación examina la relevancia socioeconómica de la educación en cuidados post alta como estrategia para reducir reingresos y optimizar recursos sanitarios en el Hospital Regional de Ciudad del Este, Paraguay. El objetivo es analizar esa relevancia socioeconómica en ese hospital de referencia.

**Materiales y métodos:** Diseño metodológico mixto secuencial explicativo, con un componente cuantitativo cuasi-experimental con grupo control no equivalente y un componente cualitativo fenomenológico interpretativo. Los resultados presentados corresponden a un análisis intermedio, dado que la recolección del componente cuantitativo (n = 120 por grupo planificado) continúa en curso.

**Resultados:** Los hallazgos preliminares, derivados sobre todo del componente cualitativo y de datos institucionales basales previos a la intervención, identifican barreras multinivel para una educación post alta efectiva —individuales, familiares e institucionales—, heterogeneidad en las competencias pedagógicas del personal de enfermería, y una tasa basal de reingreso a 30 días del 22,7 % para las patologías crónicas estudiadas.

**Conclusiones:** Las barreras identificadas operan en múltiples niveles y no derivan de falta de motivación del personal, sino de limitaciones formativas, de recursos y de tiempo. La dimensión intercultural, particularmente el bilingüismo guaraní-español, es transversal a estas barreras. El efecto real de una intervención educativa estructurada sobre los reingresos queda pendiente de determinar en las fases subsiguientes del estudio.

*Palabras clave:* educación del paciente, readmisión del paciente, alfabetización en salud, competencia cultural, Paraguay.

**Correspondencia:** Nelson Santander. Universidad Autónoma de Encarnación, Encarnación, Paraguay.
✉ santandernelson_231@hotmail.com.

**Financiación:** El autor declara que no recibió fondos externos para la realización de este estudio.

**Conflictos de interés:** El autor declara vinculación profesional con la institución estudiada (Hospital Regional de Ciudad del Este), lo que constituye un conflicto de interés potencial; no declara conflictos comerciales.

## INTRODUCCIÓN

Los reingresos hospitalarios no planificados constituyen un indicador crítico de la calidad asistencial y representan una carga económica significativa para los sistemas de salud, con una penalización creciente en las políticas de pago por desempeño que ha situado la alfabetización en salud como un factor de riesgo modificable directamente vinculado a este desenlace [1]. Más allá de las implicaciones económicas, los reingresos frecuentes generan sufrimiento evitable en pacientes y familias y reflejan con frecuencia deficiencias en la continuidad del cuidado durante la transición entre el hospital y el domicilio.

En Paraguay, particularmente en la región del Alto Paraná, esta problemática adquiere dimensiones específicas. El Hospital Regional de Ciudad del Este funciona como centro de referencia para una población estimada en más de 800 000 habitantes, caracterizada por elevados niveles de vulnerabilidad socioeconómica, diversidad cultural y lingüística —incluido un bilingüismo guaraní-español oficial cuya implementación institucional efectiva sigue siendo desigual [2]— y acceso limitado a servicios de atención primaria. Los datos institucionales basales de este estudio, presentados en la sección de Resultados, sugieren oportunidades significativas de mejora en la preparación del alta hospitalaria para esta población.

Este manuscrito articula tres conceptos que, aunque relacionados, requieren delimitación explícita para evitar su uso intercambiable. La «educación post alta» se entiende aquí como el proceso pedagógico e interpersonal mediante el cual el personal de salud prepara al paciente y su cuidador para el autocuidado tras el egreso hospitalario. La «alfabetización en salud» —siguiendo el modelo de Nutbeam, que distingue niveles funcional, interactivo y crítico de competencias en salud [3,4]— describe la capacidad del paciente para acceder, comprender y aplicar esa información, y constituye por tanto la variable centrada en el receptor del proceso educativo. La «competencia cultural» —siguiendo a Betancourt, cuyo modelo describe la adaptación de las intervenciones de salud a nivel clínico, organizacional y estructural para reducir disparidades por origen étnico o cultural [5]— describe, en cambio, la capacidad del proveedor y de la institución para adecuar esa educación a las cosmovisiones y prácticas culturales del paciente. Los «reingresos hospitalarios» funcionan como la variable de desenlace que permite operacionalizar si la articulación entre ambas capacidades —del paciente y del sistema— resultó efectiva.

Estos dos modelos son complementarios, no intercambiables: uno describe una capacidad del paciente, el otro una responsabilidad del proveedor y la institución, y ambos convergen en un mismo acto concreto —la sesión educativa de preparación para el alta— sin el cual ninguno produce por sí solo el efecto esperado sobre la continuidad del cuidado. La evidencia disponible muestra efectos positivos de las intervenciones de competencia cultural en personal de salud, sobre todo en el dominio del conocimiento [6], y mejoras en la adherencia al seguimiento post-hospitalario cuando la educación al alta se guía por principios de alfabetización en salud [7]. Sin embargo, la producción académica que articula ambos modelos en un esquema conceptual único aplicado al momento del alta sigue siendo escasa, y prácticamente inexistente en contextos latinoamericanos bilingües como el paraguayo [8].

Existe además una notable escasez de investigaciones publicadas que examinen empíricamente las dimensiones educativas del alta hospitalaria en el contexto paraguayo: los estudios institucionales disponibles tienden a centrarse en aspectos clínicos o administrativos de los reingresos, sin profundizar en las dinámicas comunicacionales que median entre las instrucciones médicas y su comprensión, retención y aplicación por parte de pacientes y cuidadores. Esta laguna es, en sí misma, parte de la justificación de este estudio.

El problema de investigación se articula en torno a la necesidad de comprender la relevancia socioeconómica de la educación en cuidados post alta como mecanismo para reducir reingresos hospitalarios en un contexto de múltiples desafíos estructurales y socioculturales. La pregunta central es: ¿cuál es la relevancia socioeconómica de la educación en cuidados post alta para reducir los reingresos hospitalarios y optimizar los recursos sanitarios en el Hospital Regional de Ciudad del Este? Esta interrogante se desagrega en cuatro preguntas específicas: ¿cuál es la relevancia de la educación post alta culturalmente adaptada en la reducción de reingresos?; ¿cuáles son las principales barreras socioculturales y estructurales que afectan su efectividad en pacientes de bajos recursos y hablantes de guaraní?; ¿qué competencias pedagógicas específicas requiere el personal de enfermería para mejorar la adherencia en contextos interculturales?; y ¿cuál es la trascendencia económica de implementar un modelo educativo adaptado?

El objetivo general de esta investigación es analizar la relevancia socioeconómica de la educación en cuidados post alta para reducir los reingresos hospitalarios y optimizar los recursos sanitarios en el Hospital Regional de Ciudad del Este. Los objetivos específicos son: identificar las barreras socioculturales y estructurales que inciden en la efectividad de la educación post

alta; evaluar las competencias pedagógicas del personal de enfermería en el contexto hospitalario intercultural; determinar el efecto de la educación post alta en la reducción de reingresos y en la optimización de los recursos sanitarios; y proponer e implementar un modelo educativo adaptado a las características socioculturales de la población.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación adopta un diseño metodológico mixto secuencial explicativo, que integra un componente cuantitativo cuasi-experimental con grupo control no equivalente y un componente cualitativo fenomenológico interpretativo, orientado a comprender las experiencias vividas de pacientes, cuidadores familiares y personal de enfermería en relación con el proceso de educación post alta. El componente cuasi-experimental compara desenlaces entre pacientes que reciben una intervención educativa estructurada y aquellos que reciben el cuidado habitual; la asignación a los grupos no es aleatoria, sino que se realiza por servicio clínico de internación (medicina interna, cardiología o unidades de cuidados intermedios), de modo que cada servicio implementa de forma consistente uno de los dos esquemas de cuidado. Esta asignación por conglomerados naturales, propia de un diseño con grupo control no equivalente, introduce un riesgo de sesgo de selección que no puede eliminarse por completo mediante el ajuste estadístico; este punto se retoma como limitación explícita en la Discusión y condiciona la interpretación causal del componente cuantitativo mientras este no haya concluido.

El caso de estudio es el Hospital Regional de Ciudad del Este, institución que atiende una población culturalmente diversa y socioeconómicamente vulnerable en un contexto de recursos limitados. El investigador principal mantiene vinculación profesional con la institución estudiada; esta vinculación constituye un conflicto de interés potencial, más allá de representar una ventaja de viabilidad práctica, y debe considerarse al interpretar los hallazgos, particularmente los de carácter cualitativo obtenidos dentro de la propia institución.

La investigación involucra tres grupos de participantes. El primero está constituido por pacientes adultos dados de alta con enfermedades crónicas (insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad renal crónica), mayores de 18 años y con firma de consentimiento informado; se excluye a pacientes con hospitalización índice de causa quirúrgica electiva, con expectativa de vida limitada bajo cuidados paliativos, o trasladados a otra institución antes de completar el seguimiento a 30 días, criterios coherentes con la definición del outcome primario centrado en el reingreso no planificado.

Para el componente cuantitativo se calculó una muestra mínima de 120 pacientes por grupo mediante análisis de poder estadístico (diferencia esperada de 15 puntos porcentuales en la tasa de reingreso a 30 días, poder del 80 % y significancia del 5 %), mientras que para el componente cualitativo se seleccionaron intencionalmente 20 pacientes y 15 cuidadores familiares mediante muestreo de máxima variación. El segundo grupo está conformado por personal de enfermería de los servicios de medicina interna, cardiología y unidades de cuidados intermedios: 12 enfermeras para el componente cualitativo, y la totalidad del personal de esos servicios —aproximadamente 45 enfermeras— invitada a participar en el componente cuantitativo. El tercer grupo incluye informantes clave del ámbito institucional y comunitario: médicos jefes de servicio, trabajadores sociales, personal de farmacia hospitalaria y agentes comunitarios de salud.

La recolección de datos cuantitativos utiliza instrumentos validados internacionalmente y adaptados al contexto local. El outcome primario es la tasa de reingreso hospitalario no planificado a 30 días —definición que excluye por construcción los reingresos programados o electivos—. Los outcomes secundarios incluyen conocimiento del paciente sobre su condición y autocuidado, adherencia terapéutica mediante el Morisky Medication Adherence Scale adaptado al español y al guaraní, preparación percibida para el alta mediante el Care Transitions Measure —instrumento cuya validez para evaluar la preparación del binomio paciente-cuidador está respaldada en intervenciones de transición de cuidados [9]— y calidad de vida mediante el EQ-5D-5L.

Las competencias pedagógicas del personal de enfermería se evalúan mediante cuestionario *ad hoc* y observación estructurada de sesiones educativas reales. La adaptación al guaraní del Morisky Medication Adherence Scale y del Care Transitions Measure siguió el procedimiento estándar de adaptación transcultural de escalas de salud: traducción directa por dos traductores bilingües independientes, síntesis de ambas versiones, retrotraducción al español por un tercer traductor ciego a la versión original, revisión por un comité de expertos en salud intercultural y prueba piloto con verificación de comprensión en una submuestra no incluida en el estudio principal. El reporte psicométrico completo de esa adaptación (consistencia interna, equivalencia semántica ítem por ítem) se publicará junto con el protocolo detallado del estudio.

La recolección de datos cualitativos utiliza entrevistas

semiestructuradas en profundidad con los tres grupos de participantes, conducidas en el domicilio o telefónicamente, en el idioma preferido del participante, con duración de 45 a 60 minutos y grabación previo consentimiento. Adicionalmente se realizan dos grupos focales con personal de enfermería de 6 a 8 participantes cada uno.

El análisis cuantitativo aplica estadística descriptiva, pruebas de chi-cuadrado, regresión logística multivariada y análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier y regresión de Cox; el análisis de costo-efectividad compara costos de implementación con ahorros derivados de la reducción de reingresos, expresado como costo por reingreso evitado. Ninguno de estos análisis inferenciales se ha ejecutado todavía sobre datos completos: los resultados cuantitativos presentados en este manuscrito son descriptivos y basales, no efectos estimados de la intervención.

El análisis cualitativo sigue principios de análisis temático interpretativo (familiarización, codificación inicial, agrupación en temas preliminares, revisión y refinamiento, elaboración de narrativas interpretativas). La integración de ambos componentes se realiza mediante triangulación convergente: los hallazgos cuantitativos descriptivos y los temas cualitativos se comparan de forma sistemática buscando coincidencias, discrepancias y complementariedad explicativa, antes de derivar una interpretación conjunta —procedimiento que en esta fase preliminar se limita a contrastar patrones descriptivos, dado que el componente inferencial cuantitativo aún no está disponible.

La investigación cuenta con aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ciudad del Este y del Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Encarnación. Todos los participantes proporcionan consentimiento informado en el idioma de su elección, se enfatiza el carácter voluntario de la participación y el derecho a retirarse sin consecuencias sobre la atención recibida, y la confidencialidad se protege mediante códigos de identificación y anonimización de transcripciones.

## RESULTADOS

Dado que la investigación se encuentra en curso, los resultados presentados tienen carácter preliminar y corresponden a análisis parciales de la información recolectada hasta el momento. Los hallazgos provienen principalmente del componente cualitativo (entrevistas y grupos focales) y de datos institucionales descriptivos; el componente cuasi-experimental cuantitativo (n = 120 por grupo planificado) no está completo, por lo que no se reportan aquí estimaciones de efecto de la intervención.

### Barreras socioculturales y estructurales

El análisis cualitativo identifica barreras en distintos niveles del sistema. A nivel individual: analfabetismo funcional, monolingüismo guaraní —particularmente prevalente entre personas mayores y de áreas rurales —, concepciones tradicionales sobre causalidad de enfermedades y sobrecarga cognitiva durante la hospitalización. A título ilustrativo, una paciente de 67 años con insuficiencia cardíaca relató que el médico le explicó todo en español, que ella solo entiende bien en guaraní, y que su hija tuvo que retransmitirle la información sin estar tampoco completamente segura del contenido recibido. A nivel familiar, un cuidador relató haber recibido solo una demostración rápida para aplicar insulina, sin experiencia previa, llegando al domicilio con temor de ejecutar el procedimiento incorrectamente. A nivel institucional emergen barreras estructurales: sobrecarga asistencial con ratios paciente-enfermera que exceden recomendaciones internacionales, ausencia de materiales educativos en guaraní y deficiencias en la coordinación con servicios ambulatorios; una enfermera describió, con frustración, que aunque el personal reconoce la necesidad de dedicar más tiempo a cada paciente, la carga simultánea de medicación, documentación y atención a los internados no lo permite en la práctica.

### Competencias pedagógicas del personal de enfermería

La evaluación cualitativa preliminar describe heterogeneidad: un grupo de enfermeras demuestra sensibilidad pedagógica intuitiva, y otro mantiene un abordaje puramente informativo sin verificación de comprensión. Las observaciones documentan que la mayoría del personal utiliza transmisión unidireccional de información, con verificación limitada a preguntas cerradas de tipo sí/no; la técnica *teach-back*, considerada un estándar deseable de verificación de comprensión [10], resulta prácticamente ausente en las sesiones observadas. El personal reconoce, sin embargo, la importancia de la educación del paciente y expresa deseo de mejorar sus prácticas, lo que sugiere que las deficiencias observadas se explican por limitaciones de formación, recursos y tiempo, no por falta de motivación.

### Datos institucionales basales

Los siguientes valores corresponden a datos institucionales del semestre previo al inicio de la intervención educativa —es decir, describen la situación basal del hospital, no un efecto medido de la intervención—. La tasa global de reingreso a 30 días para las patologías objetivo fue del 22,7 %: insuficiencia cardíaca 28,3 %, diabetes con complicaciones 19,4 %, EPOC 24,1 % y

enfermedad renal crónica 20,6 %. El costo promedio de un reingreso relacionado se estima en aproximadamente 2 850 000 guaraníes, y el costo agregado de reingresos evitables en aproximadamente 850 millones de guaraníes anuales. El costo estimado de implementación de un programa educativo estructurado se sitúa en torno a 180 millones de guaraníes anuales; una eventual reducción de la tasa de reingresos generaría, según esta estimación basal, ahorros netos superiores al costo de implementación, aunque esta proyección económica no ha sido todavía contrastada con un efecto real medido de la intervención.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos preliminares de este estudio describen, en el Hospital Regional de Ciudad del Este, una situación consistente con lo documentado internacionalmente sobre la relación entre alfabetización en salud y reingresos: una alfabetización en salud limitada se asocia en la literatura con mayor riesgo de reingreso no planificado [11] —concepto que integra dimensiones funcionales, interactivas y de salud pública [12]—, agravada aquí por el monolingüismo guaraní de una parte relevante de la población estimado en fuentes demográficas nacionales [13], y las barreras identificadas —individuales, familiares e institucionales— convergen precisamente en el punto donde alfabetización del paciente y competencia cultural del proveedor deberían encontrarse: la sesión educativa de preparación para el alta. Las tasas de reingreso basales descritas en los resultados son, además, consistentes con la magnitud del problema documentada a nivel nacional por las estadísticas hospitalarias oficiales [14].

En respuesta directa a la primera pregunta específica de investigación —la relevancia de la educación post alta culturalmente adaptada—, los hallazgos cualitativos sugieren que esa relevancia es percibida como alta tanto por pacientes como por personal de enfermería, pero no puede todavía cuantificarse: el componente cuasi-experimental que permitiría estimar su efecto real sobre la tasa de reingreso sigue en curso.

Respecto de la segunda pregunta, sobre barreras socioculturales y estructurales, los hallazgos son más concluyentes en esta fase: la ausencia de materiales en guaraní, la sobrecarga asistencial —que limita el tiempo disponible para la educación individualizada, un factor cuya relación con la experiencia comunicativa del paciente ha sido estudiada en atención primaria [15]— y la falta de formación específica en pedagogía sanitaria intercultural aparecen de forma consistente en los tres grupos de participantes entrevistados. La barrera familiar identificada —cuidadores que llegan al domicilio sin preparación suficiente— es igualmente consistente con evidencia reciente sobre el rol del cuidador familiar en la preparación para el alta [16] y sobre la asociación entre la sobrecarga del cuidador y las reconsultas o reingresos posteriores al alta [17].

La heterogeneidad de competencias pedagógicas del personal de enfermería, y la ausencia casi total de la técnica *teach-back* pese a su reconocimiento como estándar deseable [10], responde a la tercera pregunta de investigación: las competencias específicas que requiere el personal —verificación activa de comprensión, adecuación cultural y lingüística de las explicaciones, manejo de recursos visuales o demostrativos — coinciden con los dominios que la literatura sobre intervenciones de competencia cultural en personal de salud ha mostrado que pueden mejorarse mediante formación estructurada, particularmente en el dominio del conocimiento [6], incluso cuando esa formación se evalúa con diseños experimentales rigurosos [18].

Sobre la cuarta pregunta —la trascendencia económica de un modelo educativo adaptado—, los datos basales de este estudio (tasa de reingreso del 22,7 %, costo agregado estimado de reingresos evitables de aproximadamente 850 millones de guaraníes anuales frente a un costo de implementación estimado de 180 millones) sugieren viabilidad económica. Es necesario matizar esta lectura: se trata de una proyección basada en datos institucionales previos a la intervención, no de un efecto medido; la estimación es coherente con lo reportado en intervenciones de educación al alta guiadas por alfabetización en salud en otros contextos [7], y con los desafíos de costo y calidad que enfrentan los sistemas de salud de la región en contextos de recursos limitados [19], pero su magnitud específica para el Hospital Regional de Ciudad del Este solo podrá confirmarse cuando el componente cuasi-experimental concluya.

Este estudio tiene limitaciones metodológicas que deben señalarse explícitamente. Primero, el componente cuasi-experimental no emplea asignación aleatoria de pacientes a los grupos intervención y control, lo que introduce riesgo de sesgo de selección, y los resultados comparativos entre grupos —cuando estén disponibles— deberán interpretarse con esa reserva. Segundo, el investigador principal mantiene vinculación profesional con la institución estudiada, lo que constituye un conflicto de interés potencial que pudo influir, particularmente, en el acceso y la interpretación de los datos cualitativos obtenidos dentro de la propia institución. Tercero, el reporte detallado del proceso de adaptación cultural y lingüística al guaraní de los instrumentos cuantitativos (Morisky Medication Adherence Scale, Care Transitions Measure) queda pendiente para la publicación del protocolo completo, lo que limita

por ahora la confianza en su equivalencia de medición. Cuarto, los resultados cuantitativos y económicos presentados son datos basales previos a la intervención, no estimaciones de su efecto; el diseño se declara cuasi-experimental, pero el componente comparativo entre grupos aún no se ha ejecutado. Quinto, el testimonio de la paciente de 67 años y el del cuidador familiar son ilustrativos de patrones descriptivos identificados en el conjunto de entrevistas, no representativos por sí solos del total de participantes.

En conclusión, los hallazgos preliminares de este estudio describen, en el Hospital Regional de Ciudad del Este, un patrón de barreras multinivel —individuales, familiares e institucionales— para una educación post alta efectiva, agravadas por la dimensión intercultural del bilingüismo guaraní-español, y un personal de enfermería que reconoce la importancia de esta función educativa pero carece de formación pedagógica intercultural específica para ejercerla de forma sistemática. La proyección económica basal sugiere que invertir en educación post alta estructurada podría ser costo-efectiva, pero esa conclusión sigue siendo preliminar hasta que el componente cuasi-experimental aporte una estimación real del efecto de la intervención sobre la tasa de reingresos. Las fases subsiguientes del estudio completarán la implementación de la intervención educativa, ejecutarán el análisis comparativo y de costo-efectividad pendiente, y desarrollarán con diseño participativo los lineamientos de un modelo educativo adaptado a las características socioculturales de la población atendida.

## REFERENCIAS


1. Bailey SC, Fang G, Annis IE, O'Conor R, Paasche-Orlow MK, Wolf MS. Health literacy and 30-day hospital readmission after acute myocardial infarction. BMJ Open. 2015;5(6):e006975. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006975
2. Ito H. With Spanish, Guaraní lives: a sociolinguistic analysis of bilingual education in Paraguay. Multiling Educ. 2012;2(1):6. https://doi.org/10.1186/2191-5059-2-6
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259
4. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050
5. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Cultural competence and health care disparities: key perspectives and trends. Health Aff (Millwood). 2005;24(2):499-505. https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.2.499
6. McCalman J, Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):232. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3001-5
7. Marcantoni JR, Finney K, Lane M, Rezaie S, Yarbrough A, Reidy T, et al. Using health literacy guidelines to improve discharge education and the post-hospital transition. Am J Med Qual. 2013;29(1):86. DOI no disponible.
8. El-Messoudi Y, Lillo-Crespo M, Leyva-Moral JM. Exploring the education in cultural competence and transcultural care in Spanish for nurses and future nurses: a scoping review and gap analysis. BMC Nurs. 2023;22(1):1. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01483-7
9. Toles M, Colón-Emeric C, Naylor MD, Asafu-Adjei J, Hanson LC. Connect-Home: transitional care of skilled nursing facility patients and their caregivers. J Am Geriatr Soc. 2017;65(10):2322-2328. https://doi.org/10.1111/jgs.15015
10. Centrella-Nigro AM, Alexander C. Using the teach-back method in patient education to improve patient satisfaction. J Contin Educ Nurs. 2017;48(1):47-52. https://doi.org/10.3928/00220124-20170110-10
11. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011;155(2):97-107. DOI no disponible.
12. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(1):80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80
13. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). Censo nacional de población y viviendas 2022: características lingüísticas y sociodemográficas. Asunción: DGEEC; 2023. DOI no disponible.
14. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Estadísticas hospitalarias nacionales 2022: indicadores de reingresos y costos asociados. Asunción: MSPBS; 2023. DOI no disponible.
15. Elmore N, Burt J, Abel G, Maratos FA, Montague J, Campbell J, et al. Investigating the relationship between consultation length and patient experience: a cross-sectional study in primary care. Br J Gen Pract. 2016;66(653):e896-e903. https://doi.org/10.3399/bjgp16x687733
16. Rayan-Gharra N, Tonkikh O, Gur-Yaish N, Admi H, Shadmi E. Family caregiver role in care recipient preparedness for hospital discharge: a parallel mediation model. PLoS One. 2025;20(7):e0327758. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0327758
17. Germain N, Toulouse-Fournier A, Samb R, et al. Caregiver burden and 30-day emergency department revisits. JAMA Netw Open. 2025;8(9):e2531166. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.31166

18. Kula Y, Cohen O, Clempert N. Educating nursing students for cultural competence in emergencies: a randomized controlled trial. BMC Nurs. 2021;20(1):185. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00704-1
19. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud en contextos de recursos limitados: desafíos y oportunidades en América Latina. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. DOI no disponible.