

Artículo Original

Integración del sistema público de salud y la seguridad social en

Paraguay: percepción de proveedores y usuarios

Integration of the public health system and social security in Paraguay: provider and user perceptions

Jorge Daniel Sosa Franco¹ 

Julieta Méndez-Romero^{1, 2} 

Cristina Raquel Caballero García¹ 

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , Instituto Nacional de Salud. Asunción, Paraguay.

²Universidad Nacional de Caaguazú , Instituto Regional de Investigación en Salud. Coronel Oviedo, Paraguay.

Editor responsable: Ángel Ricardo Rolón Ruiz Díaz , Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional- Hospital Nacional , Departamento de Docencia e Investigación. Itauguá, Paraguay.

Revisor 1: Juan Edgar Tullo Gómez , Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , Dirección General de Información Estratégica en Salud. Asunción, Paraguay

Revisor 2: Luis Clemente López Ocampos , Universidad María Auxiliadora , Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: los sistemas de salud de América Latina presentan segmentación estructural, lo que favorece fragmentación, discontinuidad asistencial y barreras de acceso. En Paraguay, el sistema público de salud y la seguridad social presentan limitada coordinación interinstitucional, pese al marco normativo para redes integradas e integrales de servicios.

Autor de Correspondencia: Cristina Raquel Caballero García. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , Instituto Nacional de Salud. Asunción, Paraguay. Correo electrónico: criscaballero@gmail.com

Artículo recibido: 20 de junio de 2026. **Artículo aprobado:** 24 de julio de 2026.

 Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de [Licencia de Atribución Creative Commons](#), que permite uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se acredite el origen y la fuente originales.

Como citar este artículo: Sosa Franco JD, Méndez-Romero J, Caballero García CR. Integración del sistema público de salud y la seguridad social en Paraguay: percepción de proveedores y usuarios. Rev. Nac. (Itauguá). 2026;18:e1800109.

Objetivo: describir el grado de integración de servicios entre el sistema público de salud y el Instituto de Previsión Social en el Hospital Distrital de Coronel Bogado, Paraguay, durante 2022, y caracterizar la percepción de proveedores y usuarios sobre la calidad de la atención.

Metodología: estudio observacional, descriptivo y transversal, con enfoque cuantitativo. Se incluyeron 122 proveedores de salud mediante inclusión censal de la población accesible y 176 usuarios mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicaron listas de verificación y cuestionarios tipo Likert para evaluar dimensiones de integración y percepción de calidad.

Resultados: el 80 % de las áreas presentó integración en amplitud (12/15) y el 67 % integración total en profundidad (10/15). La integración clínica mediante protocolos compartidos alcanzó el 50 % (3/6) y el 92,3 % de las acciones de integración del personal médico y de enfermería estaban consolidadas. El acuerdo total sobre el impacto positivo de la integración fue 47,5 % en proveedores y 51,2 % en usuarios. Más del 85 % calificó el servicio general como bueno o excelente.

Conclusión: se observaron avances en la integración de áreas hospitalarias y del personal médico y de enfermería, con percepciones positivas. Persistieron brechas en protocolos clínicos, admisión, farmacia y ambulancia.

Palabras clave: sistemas de salud; servicios de salud; fuerza laboral en salud; calidad de la atención de salud; Paraguay.

ABSTRACT

Introduction: latin American health systems exhibit structural segmentation, which favors fragmentation, discontinuity of care, and barriers to access. In Paraguay, the public health system and social security present limited interinstitutional coordination, despite the regulatory framework for integrated and comprehensive service networks.

Objective: to describe the degree of service integration between the public health system and the Instituto de Previsión Social at the Coronel Bogado District Hospital, Paraguay, during 2022, and to characterize providers' and users' perceptions of the quality of care.

Methodology: observational, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. A total of 122 health providers were included through census-based inclusion of the accessible population, and 176 users were included through non-probabilistic convenience sampling. Checklists and Likert-type questionnaires were applied to assess dimensions of integration and perceived quality.

Results: eighty percent of the areas showed integration in breadth (12/15), and 67 % showed full integration in depth (10/15). Clinical integration through shared protocols reached 50 % (3/6), and 92.3 % of the integration actions among medical and nursing staff were consolidated. Full agreement on the positive impact of integration was 47.5 % among providers and 51.2 % among users. More than 85 % rated the overall service as good or excellent.

Conclusion: advances were observed in the integration of hospital areas and of medical and nursing staff, with positive perceptions. Gaps persisted in clinical protocols, admissions, pharmacy, and ambulance services.

Keywords: health services; health systems; health workforce; quality of health care; Paraguay.

INTRODUCCIÓN

En América Latina persiste una marcada segmentación estructural de los sistemas de salud. Esta segmentación, conceptualmente diferente de la fragmentación institucional, financiera y organizacional de los servicios^(1,2), favorece la discontinuidad asistencial, la duplicación de recursos y las barreras de acceso^(1,3). En Paraguay, esta configuración es estructuralmente pronunciada: coexisten el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), el Instituto de Previsión Social (IPS), las sanidades militar y policial y el sector privado, con fuentes de financiamiento y redes de prestación diferenciadas⁽⁴⁻⁶⁾. El MSPBS, rector del sistema según la Ley N.º 1032/1996, atiende a la población general, con énfasis en los grupos de menor ingreso, mientras que el IPS cubre a los trabajadores formales y sus dependientes^(7, 8).

En términos de cobertura, el IPS cubre entre 19,4 % y 21 % de la población; las sanidades militar y policial, cerca del 2 %; y el sector privado, alrededor del 7,5 %. Más del 70 % depende únicamente de los servicios gratuitos del MSPBS, en un contexto de baja cobertura de seguro médico y brechas territoriales de acceso entre áreas urbanas y rurales^(4, 9, 10). En el plano regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), mediante la Resolución CD49.R22 de 2009, instó a los Estados Miembros a elaborar planes nacionales de redes integradas e integrales de servicios de salud (RIISS) basadas en atención primaria: organizaciones que proveen servicios coordinados y continuos a una población definida^(3, 11). Esta estrategia no elimina la segmentación estructural, pero puede reducir la fragmentación operativa entre subsistemas.

La integración de servicios de salud, en línea con la política de atención integrada de la OPS, supone articular organizaciones, procesos clínicos, equipos y sistemas de información para ofrecer

atención continua, coordinada y centrada en las personas⁽¹²⁻¹⁴⁾. El *Rainbow Model of Integrated Care* distingue dimensiones clínica, profesional, organizacional, sistémica, funcional y normativa de dicha integración^(15, 16).

En este estudio, por tratarse de una experiencia interinstitucional entre el MSPBS y el IPS, la integración se abordó mediante cuatro componentes observables a nivel hospitalario: amplitud y profundidad, adaptadas operativamente del marco de organizaciones sanitarias integradas de Vázquez Navarrete *et al.*⁽¹⁷⁾, e integración clínica e integración del personal, tomando como referencia la taxonomía del *Rainbow Model of Integrated Care*^(15,16). La amplitud correspondió a los servicios integrados; la profundidad, al grado de integración por área; la integración clínica, a la existencia de protocolos o criterios asistenciales compartidos. La integración del personal, entendida como aproximación operativa a la integración profesional, se refirió a las acciones de coordinación y colaboración entre equipos de ambas instituciones.

Paraguay avanzó en esta línea mediante el Decreto N.º 7833/2011, que implementa la RIISS entre el MSPBS y el IPS, y el Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional de 2016^(8, 18). Sin embargo, los antecedentes nacionales se concentran principalmente en marcos normativos, lineamientos técnicos y experiencias institucionales documentadas, como la sistematización del proceso de integración de servicios de salud en el Hospital de Ayolas, publicada en la Memoria Institucional 2019 del MSPBS⁽¹⁹⁾. Son aún escasos los estudios empíricos que evalúan cómo estos acuerdos se operacionalizan a nivel hospitalario y cómo son percibidos por proveedores y usuarios. En este contexto, el Hospital Distrital de Coronel Bogado, departamento de Itapúa, constituye una experiencia local de implementación sostenida del convenio interinstitucional⁽¹⁸⁾. Este estudio tuvo como objetivo describir el grado de integración de servicios entre el MSPBS y el IPS en dicho hospital durante 2022, y caracterizar la percepción de proveedores y usuarios sobre la calidad de la atención.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y de enfoque cuantitativo en el Hospital Distrital de Coronel Bogado, departamento de Itapúa, Paraguay, durante 2022. Se incluyeron 122 proveedores de salud del MSPBS y del IPS con funciones directivas, asistenciales o administrativas en el hospital, y 176 usuarios que concurrieron al establecimiento durante el periodo de recolección de datos y aceptaron participar.

Los proveedores fueron incluidos mediante abordaje censal de la población accesible, y los usuarios mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Fueron elegibles los proveedores vinculados a la atención o gestión de servicios del MSPBS y/o del IPS en el hospital, así como los usuarios

atendidos durante el periodo de estudio. Se excluyeron directivos o jefes con incorporación reciente al cargo y sin experiencia suficiente sobre los procesos de integración evaluados.

Se evaluaron cuatro componentes de integración, adaptados operativamente de marcos sobre integración de servicios, organizaciones sanitarias integradas y RIISS^(9,15-17): amplitud, como número de áreas hospitalarias con funcionamiento compartido; profundidad, como grado de integración por área —total, parcial o nulo—; integración clínica, como existencia de protocolos, guías o criterios asistenciales compartidos; e integración del personal, como aproximación operativa a la integración profesional, expresada en acciones de coordinación, trabajo conjunto y comunicación operativa entre equipos. La integración se clasificó como total cuando el área funcionaba de forma compartida y regular; parcial, cuando la coordinación se limitaba a determinados turnos, prestaciones o etapas; y nula, cuando el área funcionaba separada, sin mecanismos operativos comunes.

Los instrumentos fueron elaborados para este estudio a partir del convenio interinstitucional MSPBS-IPS, documentos normativos sobre RIISS y literatura sobre integración de servicios^(9, 15-18). Se aplicaron listas de verificación a directivos, jefes o encargados de área, y cuestionarios estructurados autoadministrados con escala Likert de cinco categorías a proveedores y usuarios. Se realizó una prueba piloto para evaluar comprensión, pertinencia, secuencia, tiempo de respuesta y carga de datos, tras lo cual se ajustaron la redacción y el orden de las preguntas. No se realizó juicio formal de expertos ni validación psicométrica formal. La consistencia interna de las escalas de percepción se estimó de forma exploratoria mediante alfa de Cronbach.

Los instrumentos se administraron en el predio hospitalario. Se utilizaron fuentes primarias, mediante encuestas a proveedores y usuarios, y secundarias, mediante revisión del convenio interinstitucional y documentos vinculados al proceso de integración. Los datos fueron ingresados en formularios de Google y originalmente procesados en *Microsoft Excel* 2007; durante la revisión, las frecuencias, porcentajes y análisis complementarios fueron verificados en R. El análisis fue descriptivo y exploratorio, mediante frecuencias absolutas, porcentajes y medidas resumen.

Antes del análisis, la base fue revisada para identificar registros duplicados o incompletos, valores fuera de rango, errores de carga e inconsistencias lógicas; se trabajó sobre una versión depurada, conservando la base original sin sobreescritura⁽²⁰⁾. Para las cinco premisas sobre beneficios percibidos de la integración, se calculó la proporción de respuestas por categoría sobre el total de respuestas posibles en cada grupo: 610 en proveedores y 880 en usuarios. Las categorías “en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo” se agruparon como respuestas negativas; en calidad percibida, “malo” y “muy malo” se presentaron conjuntamente.

Como análisis complementario, las respuestas tipo Likert se codificaron de 1 a 5 y se calcularon puntajes promedio de percepción de integración y calidad, resumidos mediante media, desviación estándar, mediana, rango intercuartílico y proporción con promedio ≥ 4 . Los resultados estratificados se analizaron con finalidad descriptiva y exploratoria.

Aspectos éticos

El estudio contó con autorización institucional del Hospital Distrital de Coronel Bogado, dependiente del MSPBS, y se realizó en el marco del Programa de Maestría en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud. Los participantes firmaron consentimiento informado; la participación fue voluntaria y la información se manejó de forma confidencial mediante codificación numérica. Se respetaron los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia⁽²¹⁾, así como los lineamientos de la Declaración de Helsinki⁽²²⁾. La beneficencia se materializó mediante la generación de información agregada, sin identificación individual, útil para reconocer brechas de integración y orientar mejoras de la gestión hospitalaria.

RESULTADOS

De los 122 proveedores, 86 (70,5 %) fueron mujeres, con predominio de medicina (39,3 %) y enfermería (30,3 %). El grupo etario más frecuente fue 30-34 años (31,1 %). El vínculo institucional correspondió principalmente al MSPBS (70,5 %); 13,1 % trabajaba en ambas instituciones (Tabla 1).

Tabla 1: Perfil sociodemográfico y laboral de proveedores de salud (n=122).
Hospital Distrital de Coronel Bogado, Paraguay, 2022.

Variable	Categoría	n (%)
Sexo	Femenino	86 (70,5 %)
Sexo	Masculino	36 (29,5 %)
Grupo de edad	20-29 años	17 (13,9 %)
Grupo de edad	30-34 años	38 (31,1 %)
Grupo de edad	35-39 años	30 (24,6 %)
Grupo de edad	40-44 años	22 (18,0 %)
Grupo de edad	45 años o más	15 (12,3 %)
Profesión	Medicina	48 (39,3 %)
Profesión	Enfermería	37 (30,3 %)
Profesión	Administrativo	9 (7,4 %)
Profesión	Laboratorio	7 (5,7 %)
Profesión	Otros	21 (17,2 %)
Área de desempeño	Urgencias	37 (30,3 %)
Área de desempeño	Otros servicios	37 (30,3 %)
Área de desempeño	Internación	25 (20,5 %)
Área de desempeño	Consultorios	23 (18,9 %)
Vínculo institucional	Solo MSPBS	86 (70,5 %)
Vínculo institucional	Ambas instituciones	16 (13,1 %)
Vínculo institucional	Solo IPS	15 (12,3 %)
Vínculo institucional	Otros vínculos	5 (4,1 %)
Años de servicio	1 a 5 años	69 (56,6 %)
Años de servicio	Más de 6 años	41 (33,6 %)
Años de servicio	Menos de 1 año	12 (9,8 %)
Residencia	Coronel Bogado	79 (64,8 %)
Residencia	Encarnación	29 (23,8 %)
Residencia	Otras localidades	14 (11,5 %)

MSPBS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; **IPS:** Instituto de Previsión Social.
Fuente: elaboración propia a partir de la base del estudio.

De los 176 usuarios, 137 (77,8 %) fueron mujeres. La mayoría residía en Coronel Bogado (90,3 %) y tardaba ≤ 30 minutos en llegar (88,7 %); el 54,0 % declaró contar con seguro médico (Tabla 2).

Tabla 2: Perfil sociodemográfico y accesibilidad de usuarios (n = 176). Hospital Distrital de Coronel Bogado, Paraguay, 2022.

Variable	Categoría	n (%)
Sexo	Femenino	137 (77,8%)
Sexo	Masculino	39 (22,2%)
Grupo de edad	30-39 años	41 (23,3%)
Grupo de edad	40-44 años	41 (23,3%)
Grupo de edad	45-54 años	48 (27,3%)
Grupo de edad	Otras edades	46 (26,1%)
Lugar de residencia	Coronel Bogado	159 (90,3%)
Lugar de residencia	Dpto. Itapúa (otras localidades)	15 (8,5%)
Lugar de residencia	Otros departamentos	2 (1,1%)
Tiempo de traslado	1-15 minutos	117 (66,5%)
Tiempo de traslado	15-30 minutos	39 (22,2%)
Tiempo de traslado	30 min-1 hora	10 (5,7%)
Tiempo de traslado	Más de 1 hora	10 (5,7%)
Medio de transporte	Automóvil/camioneta	73 (41,5%)
Medio de transporte	Motocicleta	60 (34,1%)
Medio de transporte	A pie	37 (21,0%)
Medio de transporte	Ómnibus u otro	6 (3,4%)
Seguro médico	Con seguro	95 (54,0%)
Seguro médico	Sin seguro	81 (46,0%)

Fuente: elaboración propia a partir de la base del estudio.

El motivo de asistencia más frecuente fue la consulta de seguimiento (95; 54,0 %). El servicio más utilizado fue urgencias (92; 52,3 %), seguido de clínica médica (48; 27,3 %). En relación con el tiempo de espera, 111 usuarios (63,1 %) fueron atendidos en 30 minutos o menos, mientras que 65 (36,9 %) aguardaron más de 30 minutos. El tiempo de espera de 1 a 3 horas fue referido por 38 usuarios (21,6 %) (Tabla 3).

Tabla 3: Motivo de asistencia, servicio utilizado y tiempo de espera de los usuarios (n = 176). Hospital Distrital de Coronel Bogado, Paraguay, 2022.

Variable	Categoría	n (%)
Motivo de asistencia	Consulta de seguimiento	95 (54,0 %)
Motivo de asistencia	Otro motivo	43 (24,4 %)
Motivo de asistencia	Acompañamiento	26 (14,8 %)
Motivo de asistencia	Primera consulta	12 (6,8 %)
Servicio utilizado	Urgencias	92 (52,3 %)
Servicio utilizado	Clínica médica	48 (27,3 %)
Servicio utilizado	Pediatría	12 (6,8 %)
Servicio utilizado	Ginecología/Obstetricia	9 (5,1 %)
Servicio utilizado	Cirugía	4 (2,3 %)
Servicio utilizado	Otro servicio	11 (6,2 %)
Tiempo de espera	Hasta 15 minutos	72 (40,9 %)
Tiempo de espera	15-30 minutos	39 (22,2 %)
Tiempo de espera	30 min-1 hora	27 (15,3 %)
Tiempo de espera	1-3 horas	38 (21,6 %)
Resumen de espera	≤30 minutos	111 (63,1 %)
Resumen de espera	>30 minutos	65 (36,9 %)

Fuente: elaboración propia a partir de la base del estudio.

Dimensiones de integración

El 80,0 % (12/15) de las áreas del hospital presentó integración en amplitud; los servicios no integrados fueron admisión, farmacia y ambulancia. En profundidad, 10 de 15 áreas (66,7 %) estaban totalmente integradas, tres (20,0 %) parcialmente integradas y dos (13,3 %) sin integración. La integración clínica, evaluada mediante protocolos compartidos en seis componentes, alcanzó el 50,0 % (3/6). De las 13 acciones de integración del personal evaluadas, 12 estaban consolidadas (92,3 %) y una no integrada (7,7 %) (Tabla 4).

Tabla 4: Amplitud, profundidad, integración clínica e integración del personal. Hospital Distrital de Coronel Bogado, Paraguay, 2022.

Dimensión / categoría	Evaluados	Integrados n (%)	Parciales n (%)	Sin integración n (%)
Amplitud (áreas del hospital)	15	12 (80,0 %)	—	3 (20,0 %)
Servicios no integrados: admisión, farmacia y ambulancia				
Profundidad (grado por área)	15	10 (66,7 %)	3 (20,0 %)	2 (13,3 %)
Integración clínica (protocolos compartidos)	6	3 (50,0 %)	—	3 (50,0%)
Admisión	2	0	—	2
Tratamiento	2	2*	—	0
Alta	2	1	—	1
Integración del personal (acciones consolidadas)	13	12 (92,3 %)	—	1 (7,7 %)

* Los dos componentes de tratamiento se contabilizaron como integrados por contar con protocolo vigente, aunque de aplicación parcial. Bajo criterio de integración total únicamente, el resultado de integración clínica sería 1/6 (16,7 %). Fuente: elaboración propia a partir de la base del estudio.

Percepción sobre integración y calidad del servicio

El promedio de respuestas “totalmente de acuerdo” sobre los beneficios percibidos de la integración fue de 47,5 % en proveedores y 51,2 % en usuarios. Las respuestas “de acuerdo” representaron 35,4% y 35,9 %, respectivamente. El servicio general fue calificado como bueno o excelente por 108 proveedores (88,5 %) y 151 usuarios (85,8 %). Las mayores proporciones de respuestas regulares o negativas se observaron en el estado de las instalaciones entre proveedores (40,2 %) y usuarios (38,1 %), y en la limpieza del hospital entre usuarios (40,9 %) (Tabla 5).

Tabla 5: Percepción sobre el impacto de la integración y calidad del servicio, según proveedores y usuarios. Hospital Distrital de Coronel Bogado, Paraguay, 2022.

Dimensión / ítem	Grupo	n	Totalmente de acuerdo / Excelente (%)	De acuerdo / Bueno (%)	Neutral / Regular (%)	Desacuerdo / Malo (%)
Impacto de la integración: promedio de 5 premisas	Proveedores	610 respuestas	47,5	35,4	12,6	4,4
Impacto de la integración: promedio de 5 premisas	Usuarios	880 respuestas	51,2	35,9	7,4	5,5
Rapidez en asignación de turno	Proveedores	122	32,8	57,4	8,2	1,6
Horario de atención	Proveedores	122	30,3	58,2	10,7	0,8
Limpieza del hospital	Proveedores	122	28,7	50,8	16,4	4,1
Estado de instalaciones	Proveedores	122	9,0	50,8	33,6	6,6
Servicio general	Proveedores	122	23,8	64,8	10,7	0,8
Servicio general	Usuarios	176	46,6	39,2	13,6	0,6
Rapidez en asignación de turno	Usuarios	176	34,7	40,9	21,0	3,4
Horario de atención	Usuarios	176	32,4	46,6	19,9	1,1
Limpieza del hospital	Usuarios	176	22,7	36,4	33,5	7,4
Estado de instalaciones	Usuarios	176	28,4	33,5	31,3	6,8

En las dos primeras filas, n corresponde al total de respuestas posibles a las cinco premisas de integración: 610 en proveedores (122 x 5) y 880 en usuarios (176 x 5). La columna "Desacuerdo / Malo" agrupa "en desacuerdo" y "totalmente en desacuerdo" para integración, y "malo" y "muy malo" para calidad del servicio. Fuente: elaboración propia.

Análisis complementario de percepción de integración y calidad

Se construyeron puntajes promedio simples para las escalas de percepción de integración y calidad percibida, considerando valores de 1 a 5, donde los valores más altos indicaron una valoración más favorable. En proveedores, el puntaje promedio de integración percibida fue 4,25 sobre 5 y el 75,4 % presentó un promedio ≥ 4 ; en usuarios, el puntaje promedio fue 4,32 y el 77,8 % presentó un promedio ≥ 4 . Para calidad percibida, el puntaje promedio fue 4,03 en proveedores y 4,01 en usuarios, con proporciones de puntaje ≥ 4 de 65,6 % y 58,0 %, respectivamente. Estos resultados refuerzan la tendencia favorable observada en las distribuciones por ítem, aunque deben interpretarse como indicadores descriptivos de percepción y no como medidas de efectividad de la integración.

La consistencia interna exploratoria fue adecuada para las escalas de calidad percibida e integración percibida en ambos grupos. El alfa de Cronbach fue 0,823 para calidad percibida en proveedores, 0,860 para calidad percibida en usuarios, 0,931 para integración percibida en proveedores y 0,924 para integración percibida en usuarios. Estos valores se presentan como estimaciones exploratorias y no reemplazan un proceso formal de validación psicométrica.

En el análisis estratificado descriptivo, los usuarios atendidos en 30 minutos o menos presentaron mayor puntaje promedio de integración percibida que quienes esperaron más de 30 minutos (4,52 frente a 3,98). La misma tendencia se observó para calidad percibida, con puntajes promedio de 4,16 y 3,74, respectivamente. También se observó una percepción de integración más favorable entre usuarios sin seguro médico. En proveedores, las diferencias descriptivas por vínculo institucional, profesión, área de desempeño y sexo fueron menores y sin un patrón consistente que justifique inferencias adicionales.

La distribución completa por ítem, la consistencia interna exploratoria y el análisis estratificado descriptivo se presentan en las Tablas suplementarias S1-S3 y en las Figuras suplementarias S1-S2.

DISCUSIÓN

Este estudio aporta una de las primeras descripciones empíricas sobre el grado de integración interinstitucional entre el sistema público de salud y la seguridad social en un hospital distrital paraguayo. Los hallazgos muestran avances en integración de áreas hospitalarias y del personal, brechas en la dimensión clínica y percepciones positivas en proveedores y usuarios.

La integración en amplitud (80 %) y profundidad (67 %) puede interpretarse a la luz del marco de organizaciones sanitarias integradas, que concibe la integración como estrategia para mejorar la coordinación asistencial sin modificar necesariamente la segmentación estructural del sistema⁽¹⁷⁾. En Coronel Bogado, el convenio interinstitucional parece cumplir una función local de coordinación, al compartir capacidad instalada y ampliar el continuo de atención.

Las brechas observadas en admisión, farmacia, ambulancia y protocolos compartidos muestran que la integración operativa de áreas no garantiza por sí sola la integración clínica, profesional ni funcional. La fragmentación en el punto de entrada al sistema puede erosionar los beneficios percibidos en el resto del circuito asistencial, y la discontinuidad en la admisión ha sido descrita como un factor relevante de insatisfacción en experiencias de integración^(3,11,23). Como antecedente nacional, la sistematización de la experiencia de Ayolas, publicada en la Memoria Institucional 2019 del MSPBS, identificó que la integración permitió maximizar recursos, fortalecer la capacidad instalada y ampliar la capacidad resolutive, aunque persistieron obstáculos relacionados con las políticas institucionales y la resistencia de la población⁽¹⁹⁾. En Coronel Bogado, estas brechas podrían relacionarse, de manera similar, con circuitos administrativos diferenciados, falta de interoperabilidad de los sistemas de información y gobernanza conjunta aún insuficiente, hipótesis que requiere verificación en estudios específicos. Esta interpretación es coherente con el *Rainbow*

Model of Integrated Care, que distingue dimensiones clínicas, profesionales, organizacionales, funcionales, normativas y sistémicas de la integración, y con el marco de organizaciones sanitarias integradas, que permite diferenciar la amplitud y profundidad de la integración de los mecanismos efectivos de coordinación⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

En este estudio, la integración clínica alcanzó 50,0 % bajo el criterio de existencia de protocolos compartidos, pero descendería a 16,7 % si se considerara únicamente integración total. En contraste, la integración del personal, analizada como aproximación operativa a la integración profesional, fue alta, lo que podría relacionarse con la interacción cotidiana entre equipos, la existencia de algunos vínculos laborales compartidos y factores organizacionales descritos en la literatura como facilitadores de coordinación, familiarización cruzada y actitudes colaborativas del personal^(24,25). Los marcos regionales recientes de atención integrada y RIISS enfatizan la necesidad de gobernanza, continuidad asistencial, sistemas de información interoperables y coordinación centrada en las personas⁽¹²⁻¹⁴⁾; por tanto, el principal desafío de la experiencia analizada no parece ser únicamente ampliar áreas integradas, sino avanzar desde acuerdos operativos hacia mecanismos clínicos y administrativos compartidos.

Estos hallazgos deben interpretarse dentro de un sistema nacional históricamente segmentado, en el cual la coordinación entre subsistemas puede reducir la fragmentación operativa sin resolver por sí misma la separación financiera y poblacional. Esta distinción es relevante a la luz de la literatura reciente sobre segmentación, fragmentación y cobertura universal, así como de la evidencia paraguaya sobre baja cobertura de seguro médico y brechas territoriales de acceso^(1,2,4,10). Los resultados también se vinculan con políticas sanitarias paraguayas recientes. La Política Nacional de Salud 2015-2030 propone fortalecer la atención primaria en redes integradas e integrales y modelos de gestión centrados en las personas⁽²⁶⁾, en línea con el Manual RIISS⁽⁹⁾. Asimismo, la Estrategia de Cooperación de País OPS/OMS–Paraguay 2024-2028, las prioridades recientes del MSPBS y el programa BID PR-L1167 mantienen la reducción de brechas de acceso y el fortalecimiento de RIISS basadas en atención primaria como temas vigentes de la agenda sanitaria⁽²⁷⁻²⁹⁾.

La convergencia de percepciones positivas entre proveedores y usuarios, consistente con puntajes promedio superiores a 4/5 en ambos grupos, sugiere una valoración favorable del proceso de integración. El predominio de tiempos de espera ≤ 30 minutos (63,1 %) es coherente con la relevancia del tiempo de atención para la satisfacción usuaria⁽³⁰⁾, mientras que la alta accesibilidad geográfica puede actuar como facilitador estructural de la utilización del servicio⁽¹⁰⁾. Las valoraciones menos favorables se concentraron en el entorno físico, especialmente en el estado de las instalaciones y la limpieza del hospital. Esto sugiere que la integración operativa no elimina necesidades persistentes de mejora en infraestructura y condiciones físicas.

En conjunto, los resultados ofrecen evidencia local útil para la gestión hospitalaria y futuras evaluaciones en contextos similares. La experiencia sugiere que la integración interinstitucional requiere no solo convenios formales, sino también avanzar desde acuerdos operativos hacia mecanismos clínicos, administrativos y de información compartidos. Por su diseño descriptivo, alcance local y predominio de mediciones operativas y percepciones, estos hallazgos no permiten establecer efectividad ni justificar extrapolación nacional.

Limitaciones y fortalezas

El diseño transversal impide establecer causalidad o tendencias temporales. El muestreo no probabilístico de usuarios y el alcance a un único hospital limitan la representatividad, por lo que no se realizaron inferencias poblacionales ni extrapolaciones a otros hospitales o regiones sanitarias. La percepción autoinformada está sujeta a sesgo de deseabilidad social y gratitud. No se incluyeron indicadores objetivos de desempeño clínico, continuidad asistencial, resultados en salud, costos ni interoperabilidad de los sistemas de información. No se realizó juicio formal de expertos ni validación psicométrica formal de los instrumentos; la consistencia interna fue exploratoria, por lo que los instrumentos deben interpretarse como herramientas descriptivas de gestión y no como escalas validadas. Los análisis estratificados tuvieron finalidad descriptiva y exploratoria. La edad se registró y analizó por categorías, sin medidas de tendencia central ni dispersión.

Entre las fortalezas, el estudio aborda un tema escasamente investigado en Paraguay. La articulación de cuatro dimensiones de integración con la perspectiva de proveedores y usuarios ofrece una visión integral del proceso, con potencial utilidad para la gestión y organización de servicios, así como insumo metodológico para el análisis de experiencias de integración en sistemas segmentados de América Latina.

CONCLUSIÓN

En el Hospital Distrital de Coronel Bogado se observaron avances en la integración de áreas hospitalarias y del personal médico y de enfermería, con percepciones positivas de proveedores y usuarios sobre la calidad de la atención. Persistieron brechas en protocolos clínicos compartidos, admisión, farmacia y ambulancia. Para consolidar el proceso, se requiere fortalecer la gobernanza clínica conjunta, desarrollar protocolos compartidos, integrar los servicios aún no incorporados, armonizar circuitos administrativos e implementar indicadores de desempeño como tiempos de espera, giro de camas y continuidad de registros, así como sistemas de información interoperables. Debido al diseño descriptivo, el alcance local, el muestreo no probabilístico y el predominio de mediciones operativas y percepciones, los hallazgos constituyen evidencia local útil para la gestión y futuras evaluaciones, sin demostrar efectividad ni justificar extrapolación nacional.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a las autoridades, proveedores de salud y usuarios del Hospital Distrital de Coronel Bogado por su disposición y participación, y al Instituto Nacional de Salud del MSPBS por el marco institucional de la investigación.

Declaración de contribución de autores:

Sosa Franco JD: conceptualización, investigación, recolección de datos, análisis formal, redacción del borrador original, revisión y aprobación de la versión final.

Méndez-Romero J: supervisión académica, metodología, validación, revisión crítica del contenido intelectual, interpretación de resultados, edición y aprobación de la versión final.

Caballero García C: supervisión académica, fortalecimiento del enfoque de salud pública, revisión crítica, edición científica, adecuación a normas de la revista, correspondencia editorial, aprobación de la versión final.

Los autores están en pleno conocimiento del contenido final del manuscrito y autorizan su publicación en la Revista del Nacional (Itaiguá).

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros. El primer autor se desempeñaba laboralmente en instituciones vinculadas al objeto de estudio durante la realización de la investigación; esta situación fue considerada en el análisis y no condicionó la presentación de los resultados.

Fuente de financiamiento

El estudio no recibió financiamiento externo.

Disponibilidad de datos y materiales

El conjunto de datos subyacente a este artículo está disponible en el repositorio abierto Zenodo: <https://zenodo.org/records/21511091>; bajo los términos de [Licencia Creative Commons Atribución 4.0](#) Internacional (CC-BY 4.0).

Uso de inteligencia artificial

Se utilizó asistencia de inteligencia artificial exclusivamente como apoyo para edición lingüística, organización del manuscrito y adecuación formal a las normas de la revista. Los autores verificaron la exactitud de los datos, revisaron críticamente el contenido y asumen plena responsabilidad por la versión final.

Nota del editor jefe

Todas las afirmaciones expresadas, en este manuscrito, son exclusivamente las de los autores y no representan necesariamente las de sus organizaciones afiliadas, ni las del editor, los editores responsables y los revisores. Cualquier producto que pueda ser evaluado en este artículo, o afirmación que pueda hacer su fabricante, no está garantizado ni respaldado por el editor.

REFERENCIAS

1. Organización Internacional del Trabajo. Protección social en salud en América Latina: hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2026. doi: 10.54394/BXCD9708
2. Becerril-Montekio V, Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte BE, Serván-Mori E. Segmentation and fragmentation of health systems and the quest for universal health coverage: conceptual clarifications from the Mexican case. J Public Health Policy. 2024;45(1):164-74. doi: 10.1057/s41271-024-00470-9
3. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 28 de septiembre al 2 de octubre de 2009; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2009. Resolución CD49.R22. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/749c571c-7759-4eb1-b314-7c0697c36201>.
4. OCDE. Estudio multidimensional de Paraguay: Volumen I. Evaluación inicial. Caminos de Desarrollo. París: OECD Publishing; 2018. doi:10.1787/9789264301924-es
5. Ríos-González CM. El Sistema de Salud en Paraguay: estructura, funcionamiento y desafíos actuales. Rev salud publica Parag. 2025;15(2):29-41. doi:10.18004/rspp.2025.ago.06
6. Duarte-Zoilan DGA. Protección constitucional del derecho a la salud en la República del Paraguay. Rev cient cienc salud. 2024;6:e6601. doi: 10.53732/rccsalud/2024.e6601

7. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Ley N.º 1032/1996, que crea el Sistema Nacional de Salud. Asunción: El Ministerio; 1996. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/dnvs/adjunto/975a86-LEYN10321996QUECREAELSISTEMANACIONALDESALUD.pdf>
8. Paraguay. Poder Ejecutivo. Decreto N.º 7833/2011, por el cual se autoriza la implementación de la Red Integrada de Servicios de Salud mediante las redes sanitarias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y del Instituto de Previsión Social. Asunción: Poder Ejecutivo; 2011. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/ef5ddf-20117833DECRETO78332011.pdf>
9. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de las RIIS - Paraguay. Asunción: El Ministerio; 2019. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/regsanitaria/adjunto/f19ffa-MANUALORG.DELOSSERVICIOSENELMARCODELASRIISV19.pdf>
10. Ríos-González CM, Aguilar-Rabito AC, Araújo Pino SS. Evolución de la cobertura médica y accesos a servicios de salud en Paraguay (1997-2024). Rev cient cienc salud. 2026;8:e8822. doi: 10.53732/rccsalud/e8822
11. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: OPS; 2010. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>
12. Pan American Health Organization. World Health Organization. Policy on Integrated Care for Improved Health Outcomes. 170th Session of the Executive Committee. Washington, DC: PAHO/WHO; 2022. Document CE170/16. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/62739/CE170-16-eng.pdf>.
13. Organización Panamericana de la Salud; Banco Interamericano de Desarrollo; Banco Mundial. Actualización del marco conceptual y operacional para las redes integradas de servicios de salud en las Américas: consenso técnico del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud para fortalecer las redes integradas de servicios de salud en la Región de las Américas. Washington, DC: OPS; 2025. doi: 10.37774/9789275330692
14. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: actualización del marco conceptual y operacional para la Región de las Américas. Washington, DC: OPS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/redes-integradas-servicios-salud-actualizacion-marco-conceptual-operacional-para-region>

15. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013;13:e010. doi: 10.5334/ijic.886
16. Valentijn PP, Boesveld IC, van der Klauw DM, Ruwaard D, Struijs JN, Molema JJW, *et al*. Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *Int J Integr Care*. 2015;15:e003. doi: 10.5334/ijic.1513
17. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I, Farré Calpe J, Terraza Núñez R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Publica*. 2005;79(6):633-43. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n6/colaboracion3.pdf>
18. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Instituto de Previsión Social. Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Instituto de Previsión Social. Asunción: MSPBS/IPS; 2016.
19. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Memoria Institucional 2019. Sistematización de la experiencia: proceso de integración de servicios de salud “Hospital de Ayolas”. 2020. Asunción: MSPBS-IPS; p. 128. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/8247ab-MEMORIAINSTITUCIONALAO2019.pdf>.
20. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med*. 2007;4(10):e296. doi: 10.1371/journal.pmed.0040296
21. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*. 2010;(22):121-57. doi: 10.4067/s0718-92732010000100006
22. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza: 64.^a Asamblea General; 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm/>
23. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralised public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan*. 2016;31(6):736-48. doi: 10.1093/heapol/czv126

24. Jacondino MB, Martins CL, Thofehrn MB, Garcia BL, Fernandes HN, Joner LR. Vínculos profesionales en el trabajo de enfermería: elemento importante para el cuidado. eGlobal. 2014;13(2):148-71. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200007
25. Vera de Corbalán M, Samudio M. Clima organizacional de enfermería en los hospitales regionales del Instituto de Previsión Social. Mem Inst Investig Cienc Salud. 2013;11(2):41-54. Disponible en: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282013000200006
26. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política Nacional de Salud 2015-2030: avanzando hacia el acceso y cobertura universal de la salud en Paraguay. Asunción: MSPBS; 2015. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/9753ad-POLITICANACIONALDESALUD.pdf>
27. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Cooperación del País 2024-2028: Paraguay. Washington, DC: OPS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-cooperacion-pais-2024-2028>
28. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Reunión de Alto Nivel impulsa la Atención Primaria y las redes integradas como ejes de transformación del sistema de salud. Asunción: MSPBS; 2026. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/35661/reunion-de-alto-nivel-impulsa-la-atencion-primaria-y-las-redes-integradas-como-ejes-de-transformacion-del-sistema-de-salud.html>
29. Banco Interamericano de Desarrollo. Programa de Fortalecimiento de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de la Salud: PR-L1167. Washington, DC: BID; 2019. Disponible en: <https://www.iadb.org/es/proyecto/PR-L1167>.
30. Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Rev Med Chile. 2013;141(3):361-6. doi: 10.4067/s0034-98872013000300012