

El Control Social como Catalizador de la Calidad Percibida en la Salud Pública: Un Estudio Empírico en Bolivia.

José Armando López Rosse Sivautt

2010

Resumen

En el contexto boliviano, marcado por la ineficacia de los mecanismos de control tradicionales en el sistema de seguridad social, este estudio examina el impacto del control social como un enfoque innovador. La investigación se centra en un análisis empírico realizado en 2010 en el Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud de La Paz, Bolivia, con el fin de determinar si esta estrategia había mejorado la calidad de la atención percibida por los pacientes de consulta externa desde su implementación en 2004. La investigación siguió un diseño no experimental y transversal, con valoración retrospectiva del cambio percibido y un enfoque mixto que integró una fase cuantitativa —una encuesta a 57 asegurados afiliados a la Caja Nacional de Salud y atendidos en el Hospital Materno Infantil antes de 2004— y una fase cualitativa —una entrevista en dos sesiones con un representante del mecanismo—. El estudio contrastó la hipótesis de que la calidad percibida había mejorado significativamente desde 2004. Para ello, la calidad percibida se modeló en dos componentes —médico y no médico/administrativo—, cada uno con sus respectivas dimensiones, tomando como referencias conceptuales principales los modelos de Avedis Donabedian (1987) y Parasuraman et al. (1985). Esta aproximación y la definición de las dimensiones de la calidad asistencial se alinean con las recomendaciones del Consejo de Europa para la Calidad Asistencial (1997). La evaluación se realizó mediante la medición y ponderación de estas dimensiones, cuyos resultados se contrastaron con una pregunta de control. Los resultados cuantitativos revelaron mejoras notables y estadísticamente significativas en dimensiones como el trato personal, la equidad y el respeto. No obstante, se identificó un deterioro en la percepción de la eficiencia y la adecuación, atribuido a la sobrecarga del sistema. La diferencia entre el valor negativo de la sumatoria ponderada de las dimensiones y el resultado positivo de la pregunta de control refuerza los hallazgos de la literatura sobre la calidad del servicio como una construcción subjetiva y priorizada, en la que los usuarios no valoran todos los atributos por igual. La entrevista cualitativa permitió contextualizar los patrones observados y relacionarlos con las actividades desarrolladas por el Mecanismo de Control Social en el hospital. El mecanismo puede contribuir a mejorar la calidad en entornos complejos al actuar como puente de comunicación y catalizador de la corresponsabilidad, favoreciendo información oportuna, retroalimentación y soluciones concertadas.

Introducción

La complejidad inherente a las organizaciones modernas exige la implementación de mecanismos de control rigurosos que aseguren la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios. La calidad del servicio ha sido reconocida como un factor crítico para la competitividad y la sostenibilidad de cualquier organización.

En el contexto de la salud pública, su importancia se acentúa en Bolivia, particularmente en instituciones con un impacto social significativo como la Caja Nacional de Salud (CNS). En este ámbito, la calidad asistencial trasciende la mera gestión; la percepción del valor está intrínsecamente ligada al bienestar y la integridad de la vida de los asegurados, ya que cualquier deficiencia puede tener consecuencias directas y fatales.

Históricamente, los mecanismos de control administrativo tradicionales implementados en el Hospital Materno Infantil de la CNS han demostrado ser ineficaces para solventar las deficiencias sistémicas. Estos sistemas, a menudo percibidos como arbitrarios y no representativos, fallan en sectores de servicios con múltiples involucrados, donde la información clave no se comparte de manera efectiva, perpetuando un ciclo de insatisfacción y deficiencias sistémicas.

En este contexto, la Nueva Constitución Política del Estado (CPE) de 2009 reconoce un enfoque innovador: el control social. Este mecanismo busca empoderar a la sociedad civil organizada para que participe activamente en la fiscalización de la gestión pública y la calidad de los servicios. El presente estudio se centra en analizar la eficacia del control social en el Hospital Materno Infantil de La Paz - Bolivia, con el objetivo de determinar si este nuevo enfoque ha logrado mejorar de manera tangible la calidad de la atención percibida por los pacientes de consulta externa en 2010 desde su implementación en 2004.

El principal aporte de esta investigación es la evaluación empírica de este mecanismo en un entorno crítico y sensible. A diferencia de los estudios puramente teóricos, este trabajo ofrece una evaluación práctica de un cambio constitucional en la gestión de salud pública. El análisis busca determinar si la participación ciudadana, institucionalizada bajo el modelo de control social, se traduce en una mejora real y medible, proporcionando una perspectiva crucial sobre la viabilidad y el impacto de la gobernanza participativa en la optimización de servicios esenciales para la población.

Metodología

La presente investigación se llevó a cabo bajo un enfoque mixto, estructurado en dos fases interdependientes: una cuantitativa y otra cualitativa. El estudio adoptó un diseño no experimental y transversal, con medición retrospectiva del cambio percibido y alcance exploratorio-descriptivo, además de un componente analítico orientado al contraste de la hipótesis. La unidad de análisis cuantitativa estuvo constituida por los asegurados atendidos en consulta externa; la fase cualitativa incorporó como informante clave a un representante del Mecanismo de Control Social. La hipótesis principal planteó que, según la valoración retrospectiva realizada en 2010, la calidad percibida por los pacientes había mejorado significativamente desde la implementación del mecanismo en 2004.

Fase Cuantitativa

Modelado de la Calidad

Para facilitar su estudio y comprensión, la calidad percibida fue modelada en dos componentes: médico y no médico/administrativo, resumidos en los Cuadros n.º 1 y 2, respectivamente. La selección y organización de las dimensiones se sustentaron en una revisión amplia de modelos generales de calidad y de calidad asistencial, tomando como referencias conceptuales principales las contribuciones de Donabedian (1987) y Parasuraman et al. (1985).

- **Componente médico:** Se refiere al contacto directo del médico con el paciente, abarcando aspectos como la competencia profesional, la empatía y la calidad del diagnóstico y tratamiento.
- **Componente no médico/administrativo:** Se refiere al contacto del paciente con los factores no médicos de la organización, denominados también administrativos,

debido a que la mayoría de sus componentes dependen de la administración del hospital. Esto incluye la infraestructura, tiempos de espera, comunicación con el personal administrativo, y la eficiencia del sistema.

Dimensión	Descripción
Efectividad	El médico realiza procedimientos o tratamientos médicos para resolver los problemas del paciente.
Eficiencia	El médico presta atención médica a un máximo de pacientes comparables de cuidados.
Competencia técnica	Capacidad del médico para utilizar de sus conocimientos a fin de proporcionar soluciones a los problemas del paciente.
Equidad	Eliminación de diferencias con respecto al acceso en sala.
Adecuación	Los beneficios recibidos en la atención superan a los riesgos, inconvenientes y costes
Aceptabilidad	Atención provista para dar satisfacción a las expectativas de los pacientes
Disponibilidad y calidad de la información	Proveer acceso a la información solicitada por el paciente de una manera clara y entendible.
Respeto	Capacidad para delegar autodeterminación al paciente en determinadas opciones individuales además de la consideración de que el paciente tiene un valor por sí mismo.
Tolerancia	Consideración del médico a la diversidad social, étnica, cultural y religiosa del paciente.
Empatía	Capacidad del médico de ponerse en la situación del paciente
Seguridad	Evitar daños a los pacientes derivados de la atención y/o tratamiento.

Cuadro n° 1: Componente Médico

Dimensión	Descripción
Efectividad	Los procedimientos realizados por la administración para cubrir las necesidades del paciente.
Eficiencia	Atención adecuada de la mayor cantidad de pacientes al menor coste posible.
Accesibilidad	Facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos por los pacientes.
Competencia técnica	Capacidad de la administración para proveer atención médica adecuada.
Equidad	Eliminación de diferencias con respecto al acceso a cita.
Adecuación	Capacidad de los ambientes físicos y recurso de personal aptos para la atención a los pacientes.
Respeto	Capacidad del personal no médico para delegar autodeterminación al paciente en determinadas opciones individuales además de la consideración de que el paciente tiene un valor por sí mismo.
Tolerancia	Consideración del personal no médico a la diversidad social, étnica, cultural y religiosa del paciente.
Información	Capacidad del personal para brindar información clara y oportuna.

Cuadro n° 2: Componente Administrativo

Instrumento y Procedimiento

Encuesta

En 2010 se empleó una muestra no probabilística de asegurados atendidos en consulta externa. Para reducir el sesgo de selección, la captación se planificó con base en los horarios de atención y se realizó a la salida de las distintas especialidades; el orden de visita se definió al azar y cada especialidad fue cubierta al menos una vez. Como criterios de inclusión, los participantes debían declarar que estaban afiliados a la Caja Nacional de Salud y que habían recibido atención en el Hospital Materno Infantil antes de 2004, de modo que pudieran valorar retrospectivamente los cambios percibidos. El cuestionario se administró personalmente a la salida de la consulta a los pacientes que declararon cumplir estos criterios y aceptaron verbalmente responderlo.

El tamaño objetivo se calculó para una población finita de 313 pacientes atendidos en un día promedio, con un nivel de confianza del 90 %, un margen de error del 10 % y máxima heterogeneidad ($p = q = 0,50$). El cálculo produjo un tamaño objetivo de 57 participantes, que fue alcanzado. Debido al carácter no probabilístico del reclutamiento, estos parámetros se utilizaron como referencia para la planificación y no como una estimación de la precisión efectiva de la muestra. La participación fue voluntaria y el cuestionario fue completamente anónimo; no se recopilaron identificadores, historias clínicas, datos clínicos individuales ni información sensible.

Para medir la percepción de la calidad, se diseñó un cuestionario de opinión en formato de escala Likert de cinco puntos. El cuestionario operacionalizó las dimensiones descritas en los Cuadros n.º 1 y 2 mediante 50 enunciados derivados de la matriz construida a partir de la revisión teórica. Adicionalmente, incluyó una pregunta de control directa para contrastar la coherencia de los resultados obtenidos.

Ponderación

Cada opción de respuesta en la escala de Likert se ponderó con un valor numérico como se puede observar el Cuadro n°3; para cuantificar el cambio en la calidad percibida. Se asignó el valor "0" como punto de origen para "No hubo cambio", mientras que las respuestas positivas y negativas se ponderaron con valores de 0.5 y 1, y -0.5 y -1, respectivamente, para reflejar la magnitud del cambio percibido.

Valoración del Cambio	Valor Numérico
Empeoró significativamente	-1
Empeoró relativamente	-0.5
No hubo cambio	0
Mejóro relativamente	0.5
Mejóro significativamente	1

Cuadro n° 3: Ponderación

Diferencial

Se utilizó un método de diferencial ponderado. El cálculo se expresa mediante la siguiente identidad, donde Δ representa el diferencial del cambio percibido:

$$\Delta = \Sigma \text{ de valoraciones ponderadas del cambio}$$

Donde:

- $\Delta > 0$ indica que la calidad percibida mejoró.
- $\Delta = 0$ indica que no hubo cambio.
- $\Delta < 0$ indica que la calidad percibida empeoró.

Análisis Estadístico

Posteriormente, se utilizó estadística descriptiva para obtener la media y la desviación estándar de las respuestas para cada uno de los 50 enunciados, calculados mediante un promedio ponderado. A continuación, se aplicó un análisis estadístico inferencial para probar la hipótesis. Se empleó una Prueba T para una sola muestra (One-Sample T-test) para comparar la media de cada enunciado con un valor de referencia (μ) de 0, que representa la hipótesis nula de "no hubo cambio". Se estableció un nivel de significancia de $p < 0,05$, con 56 grados de libertad. Un enunciado se consideró estadísticamente significativo si el valor absoluto de su valor t era mayor que el valor crítico de 2.003, lo que indicaría que el cambio percibido era significativamente diferente de cero.

Fase Cualitativa

En la fase cualitativa se invitó a representantes de los sectores médico, administrativo y del Mecanismo de Control Social. No se obtuvo respuesta formal de los dos primeros sectores y únicamente participó un representante del mecanismo. Con este informante clave se realizó una entrevista en dos sesiones. En la primera, antes de introducir los resultados cuantitativos, se documentaron el origen, el funcionamiento, las funciones y las actividades del mecanismo. En la segunda, una vez procesados los resultados de la encuesta, se plantearon preguntas dirigidas a explorar la relación entre esas actividades y los patrones observados. Ambas sesiones fueron transcritas en la investigación original y se utilizaron para contextualizar e interpretar los hallazgos cuantitativos.

Resultados

Los resultados demuestran, mejoras estadísticamente significativas en ciertos aspectos y un deterioro en otros, tanto en los componentes médicos como en los administrativos.

Calidad Percibida en el Componente Médico

La evaluación de la calidad percibida por los pacientes de consulta externa del Hospital Materno Infantil evidenció un cambio positivo y estadísticamente significativo en la percepción de los pacientes en la mayoría de los enunciados.

Los hallazgos más notables son cambios positivos en:

- **Efectividad y Competencia Técnica:** Se percibió una mejora en la orientación de la consulta, la capacidad de los médicos para proporcionar soluciones y el conocimiento del personal sobre su trabajo.
- **Equidad:** Los pacientes percibieron un trato más justo, por parte de los médicos y mayor privacidad en la consulta.
- **Respeto:** Los pacientes notaron una mejora marcada en la relación de "par a par" con los médicos, en la privacidad de la consulta, así como una mayor tolerancia de los médicos hacia la cultura, creencias religiosas y posición social de los pacientes.

Sin embargo, a pesar de estas mejoras, la percepción de la calidad empeoró de manera estadísticamente significativa en las siguientes áreas:

- **Eficiencia:** El tiempo de espera para la consulta y el tiempo necesario para resolver problemas fueron percibidos como peores.
- **Adecuación:** La satisfacción de las necesidades en la consulta y la explicación detallada del tratamiento mostraron un deterioro significativo.
- **Respeto (Aspectos negativos):** La disposición del médico a escuchar al paciente y la capacidad de elección entre posibles tratamientos se percibieron como menos favorables.

Calidad Percibida en el Componente Administrativo

El análisis del componente administrativo, arrojó resultados mixtos, con cambios significativos tanto positivos como negativos. Los pacientes percibieron cambios positivos significativos en:

- **Equidad y Adecuación:** Se observó una mejora en el proceso de solicitud de citas, así como en la infraestructura del hospital y las condiciones de limpieza de los ambientes.
- **Accesibilidad y Respeto:** Se percibió una mejora en la relación con el personal no médico y en la información sobre la ubicación de los servicios.
- **Tolerancia:** Se constató una mejora estadísticamente significativa en la tolerancia del personal administrativo hacia la cultura y posición social de los pacientes.

Sin embargo, se identificaron cambios negativos significativos en áreas críticas de la gestión administrativa:

- **Efectividad y Eficiencia:** Los pacientes percibieron un deterioro en el manejo del hospital por parte de la administración para atender sus necesidades, la capacidad de ofrecer atención de calidad al mayor número de pacientes posible y la disponibilidad en las especialidades que necesitaban.
- **Accesibilidad y Capacidad Técnica:** La posibilidad de acceder a los horarios de atención y la capacidad general de la administración para manejar el hospital se percibieron como deficientes.

Hallazgo de la Pregunta de Control

A pesar de que la sumatoria ponderada de los hallazgos negativos en las variables médica y administrativa indica un deterioro general en la percepción de la calidad, este resultado contrasta con la pregunta de control, la cual mostro´ un valor positivo en el cambio percibido. El análisis de los datos de la encuesta reveló un panorama mixto sobre la calidad percibida por los pacientes tras la implementación del Mecanismo de Control Social. Los resultados, detallados, se presentan a continuación.

- El Cuadro n° 4 muestra el cambio total ponderado en la calidad percibida.
- El Cuadro n° 5 muestra el resultado de la pregunta de control para analizar la calidad percibida.
- El Cuadro n° 6 muestra los resultados del componente médico responsable de la calidad percibida.
- El Cuadro n° 7 expone el componente administrativo y sus respectivas dimensiones.

Cambio total ponderado del componente médico	4,13
Cambio total ponderado administrativo	-6,75
Cambio total ponderado	-2,63

Cuadro n° 4: Cambio Total Ponderado en la Calidad Percibida

Calidad percibida	Enunciado	Respuestas por opción										Total	$\bar{x}$	s	t	Significancia	Cambio Total
		-1		-0,5		0		0,5		1							
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total					
	La calidad de atención en el hospital.	4	7,02%	11	19,30%	13	22,81%	17	29,82%	12	21,05%	57					

Cuadro n° 5: Resultados Pregunta de Control.

Dimensión	Enunciado	Respuestas por opción										Total		$\bar{X}$	S	t	Significancia	Cambio Total	Σ por dimensión
		-1		-0,5		0		0,5		1									
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%						
Efectividad	La orientación de la consulta para resolver mi problema.	7	12,3%	4	7,0%	19	33,3%	11	19,3%	16	28,1%	57	100%	0,22	0,65	2,53	Significativo	12,5	8,50
	Tratar temas que no resuelven mi problema.	8	14,0%	5	8,8%	23	40,4%	12	21,1%	9	15,8%	57	100%	0,08	0,61	0,98	No significativo	4,5	
Eficiencia	Tiempo necesario para resolver mi problema.	28	49,1%	12	21,1%	14	24,6%	2	3,5%	1	1,8%	57	100%	-0,56	0,51	-8,32	Significativo	-32	-21,50
	La atención de los médicos a la mayor cantidad de pacientes posible.	17	29,8%	6	10,5%	20	35,1%	10	17,5%	4	7,0%	57	100%	-0,19	0,64	-2,28	Significativo	-11	
Competencia técnica	La capacidad de los médicos de proporcionar soluciones a mis problemas.	7	12,3%	5	8,8%	13	22,8%	11	19,3%	21	36,8%	57	100%	0,30	0,69	3,25	Significativo	17	13,67
	Los conocimientos de los médicos sobre el trabajo que realizan.	3	5,3%	6	10,5%	20	35,1%	2	3,5%	26	45,6%	57	100%	0,37	0,64	4,32	Significativo	21	
	Conocimiento suficiente de los médicos para identificar mi problema.	10	17,5%	7	12,3%	17	29,8%	13	22,8%	10	17,5%	57	100%	0,05	0,67	0,60	No significativo	3	
Equidad	El tiempo equitativo que dura cada consulta respecto a la mía.	4	7,0%	9	15,8%	27	47,4%	6	10,5%	11	19,3%	57	100%	0,10	0,57	1,28	No significativo	5,5	8,63
	La otorgación de privilegios a algunas personas de la sala de espera para ingresar a la consulta.	6	10,5%	9	15,8%	14	24,6%	7	12,3%	21	36,8%	57	100%	0,25	0,70	2,64	Significativo	14	
	El trato diferente en la consulta por los médicos.	12	21,1%	3	5,3%	8	14,0%	25	43,9%	9	15,8%	57	100%	0,14	0,69	1,53	No significativo	8	
	El cumplimiento el orden de las fichas para ingresar a la consulta.	12	21,1%	5	8,8%	13	22,8%	11	19,3%	16	28,1%	57	100%	0,12	0,75	1,24	No significativo	7	
Adecuación	Los gastos que hice para recibir los beneficios de la consulta.	32	56,1%	15	26,3%	5	8,8%	3	5,3%	2	3,5%	57	100%	-0,63	0,53	-8,99	Significativo	-36	-16,00
	El tiempo de la espera para recibir los beneficios de la consulta.	29	50,9%	7	12,3%	12	21,1%	6	10,5%	3	5,3%	57	100%	-0,46	0,64	-5,49	Significativo	-26,5	
	Los riesgos que corro al haceme atender para recibir la consulta.	6	10,5%	4	7,0%	21	36,8%	7	12,3%	19	33,3%	57	100%	0,25	0,66	2,93	Significativo	14,5	
Aceptabilidad	La satisfacción de mis necesidades en la consulta.	23	40,4%	9	15,8%	17	29,8%	5	8,8%	3	5,3%	57	100%	-0,39	0,61	-4,76	Significativo	-22	-9,50
Disponibilidad y calidad de la información	La explicación detallada por parte del médico del tratamiento que seguiré.	2	3,5%	19	33,3%	29	50,9%	4	7,0%	3	5,3%	57	100%	-0,11	0,42	-2,04	Significativo	-6,5	
	La mención de las opciones posibles que poseo para seguir mi tratamiento.	13	22,8%	4	7,0%	26	45,6%	8	14,0%	6	10,5%	57	100%	-0,09	0,62	-1,07	No significativo	-5	
	La explicación a través de términos comunes y sencillos por parte del médico para explicar mi estado de salud.	12	21,1%	2	3,5%	31	54,4%	7	12,3%	5	8,8%	57	100%	-0,08	0,58	-1,03	No significativo	-4,5	
Respeto	La disposición de los médicos a escuchar y responder las preguntas que le formulo.	12	21,1%	10	17,5%	17	29,8%	13	22,8%	5	8,8%	57	100%	-0,10	0,63	-1,16	No significativo	-5,5	-6,42
	La disposición de los médicos a escuchar mi punto de vista.	21	36,8%	16	28,1%	12	21,1%	3	5,3%	5	8,8%	57	100%	-0,39	0,62	-4,77	Significativo	-22,5	
	Mi elección entre los posibles tratamientos.	35	61,4%	9	15,8%	4	7,0%	6	10,5%	3	5,3%	57	100%	-0,59	0,63	-7,07	Significativo	-33,5	
	La relación de los médicos conmigo de par a par.	5	8,8%	3	5,3%	16	28,1%	9	15,8%	24	42,1%	57	100%	0,39	0,65	4,50	Significativo	22	
	El cumplimiento de los horarios de atención por parte de los médicos.	23	40,4%	8	14,0%	15	26,3%	2	3,5%	9	15,8%	57	100%	-0,30	0,72	-3,11	Significativo	-17	
	La privacidad en la consulta.	4	7,0%	5	8,8%	17	29,8%	13	22,8%	18	31,6%	57	100%	0,32	0,61	3,91	Significativo	18	
Tolerancia	La tolerancia de los médicos de mis hábitos y costumbres, creencias religiosas o clase social por parte de los médicos.	4	7,0%	7	12,3%	9	15,8%	17	29,8%	20	35,1%	57	100%	0,37	0,63	4,41	Significativo	21	21,00
Empatía	El interés de los médicos por los problemas que tiene mi salud.	10	17,5%	4	7,0%	23	40,4%	2	3,5%	18	31,6%	57	100%	0,12	0,72	1,30	No significativo	7	5,75
	La atención cuidadosa de los médicos sin provocar daños a mi salud.	9	15,8%	6	10,5%	19	33,3%	13	22,8%	10	17,5%	57	100%	0,08	0,65	0,92	No significativo	4,5	
Sumatoria Total																			4,125

Cuadro n° 6: Resultados Componente Médico

Dimensión	Enunciado	Respuestas por opción										Total		$\bar{x}$	s	t	Significancia	Cambio Total	Σ por dimensión
		-1		-0,5		0		0,5		1									
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%						
Efectividad	El manejo del hospital por parte de la administración para atender mis necesidades.	27	47,37%	11	19,30%	13	22,81%	2	3,51%	4	7,02%	57	100%	-0,48	0,61	-5,95	Significativo	-27,5	-27,50
Eficiencia	La atención de calidad del Hospital a la máxima cantidad de pacientes posible.	16	28,07%	2	3,51%	31	54,39%	5	8,77%	3	5,26%	57	100%	-0,20	0,57	-2,66	Significativo	-11,5	-11,50
Accesibilidad	La posibilidad de acceder a los horarios de atención.	33	57,89%	12	21,05%	6	10,53%	4	7,02%	2	3,51%	57	100%	-0,61	0,56	-8,29	Significativo	-35	-3,17
	El proceso de sacar ficha.	1	1,75%	2	3,51%	5	8,77%	18	31,58%	31	54,39%	57	100%	0,67	0,46	11,03	Significativo	38	
	La disponibilidad en la especialidad que necesito.	8	14,04%	22	38,60%	19	33,33%	3	5,26%	5	8,77%	57	100%	-0,22	0,54	-3,05	Significativo	-12,5	
Competencia Técnica	La capacidad de la administración para manejar el hospital.	27	47,37%	8	14,04%	4	7,02%	16	28,07%	2	3,51%	57	100%	-0,37	0,70	-3,99	Significativo	-21	-21,00
Equidad	La situación de otorgar privilegios injustificados al momento de sacar ficha.	3	5,26%	7	12,28%	31	54,39%	6	10,53%	10	17,54%	57	100%	0,11	0,53	1,64	No significativo	6,5	6,50
	La diferenciación en el trato el momento de sacar ficha.	10	17,54%	4	7,02%	19	33,33%	11	19,30%	13	22,81%	57	100%	0,11	0,68	1,26	No significativo	6,5	
Adecuación	La disposición en el consultorio de los materiales necesarios para que se me atienda.	3	5,26%	12	21,05%	20	35,09%	15	26,32%	7	12,28%	57	100%	0,10	0,54	1,35	No significativo	5,5	7,50
	Lo ambientes en los que se lleva cabo la atención médica.	2	3,51%	5	8,77%	17	29,82%	9	15,79%	24	42,11%	57	100%	0,42	0,59	5,40	Significativo	24	
	La capacidad física del hospital para recibir a los pacientes.	9	15,79%	6	10,53%	12	21,05%	17	29,82%	13	22,81%	57	100%	0,17	0,68	1,84	No significativo	9,5	
	Las condiciones generales de limpieza del Hospital.	12	21,05%	7	12,28%	5	8,77%	23	40,35%	10	17,54%	57	100%	0,11	0,72	1,11	No significativo	6	
	El número de médicos necesarios por especialidad de atención	5	8,77%	7	12,28%	38	66,67%	3	5,26%	4	7,02%	57	100%	-0,05	0,45	-0,88	No significativo	-3	
	La variedad de horarios para la atención médica.	7	12,28%	1	1,75%	33	57,89%	11	19,30%	5	8,77%	57	100%	0,05	0,51	0,77	No significativo	3	
Respeto	La relación del personal no médico conmigo.	3	5,26%	9	15,79%	26	45,61%	1	1,75%	18	31,58%	57	100%	0,19	0,62	2,36	Significativo	11	3,67
	La situación de cambios Injustificados de los turnos de atención.	13	22,81%	6	10,53%	22	38,60%	9	15,79%	7	12,28%	57	100%	-0,08	0,65	-0,92	No significativo	-4,5	
	El cumplimiento de los horarios de atención del hospital.	8	14,04%	5	8,77%	26	45,61%	6	10,53%	12	21,05%	57	100%	0,08	0,63	0,94	No significativo	4,5	
Tolerancia	La tolerancia de mis hábitos y costumbres, creencias religiosas o clase social por el personal del hospital.	3	5,26%	6	10,53%	22	38,60%	9	15,79%	17	29,82%	57	100%	0,27	0,59	3,48	Significativo	15,5	12,00
	La tolerancia el personal a mis hábitos y costumbres	4	7,02%	7	12,28%	29	50,88%	2	3,51%	15	26,32%	57	100%	0,15	0,60	1,88	No significativo	8,5	
Información	La información acerca dela ubicación de los servicios por el personal de información.	2	3,51%	9	15,79%	6	10,53%	8	14,04%	32	56,14%	57	100%	0,52	0,64	6,10	Significativo	29,5	26,75
	La respuesta ante mis dudas por el personal de información.	2	3,51%	3	5,26%	18	31,58%	13	22,81%	21	36,84%	57	100%	0,42	0,55	5,79	Significativo	24	
Sumatoria Total																			-6,75

Cuadro n° 7: Resultados Componente Administrativo.

Discusión

Los hallazgos de este estudio ofrecen una perspectiva multifacética y compleja sobre la percepción de la calidad en el servicio de salud, proporcionando una base empírica para analizar los efectos de los mecanismos de control social. Los resultados confirman la hipótesis de que la implementación de este mecanismo ha tenido un impacto positivo y estadísticamente significativo en la percepción general de la calidad por parte de los pacientes.

El valor p de los análisis demuestra que la mejora percibida es robusta y no se atribuye al azar. Este hallazgo se alinea con la teoría de la calidad de servicios, que postula que la gestión y los sistemas de control son factores determinantes en la experiencia del cliente. No obstante, surge un hallazgo paradójico al contrastar el cambio total producto de la sumatoria ponderada de las dimensiones con la percepción general de la calidad. Mientras el análisis ponderado indicaba un empeoramiento producto del sumatorio total de los valores de las dimensiones, la percepción directa del paciente respecto a la pregunta de control reveló una mejora general.

Esta aparente discrepancia no anula la dirección del cambio, sino que subraya la naturaleza subjetiva y priorizada de la calidad del servicio. El fenómeno sugiere que los pacientes otorgan un peso desproporcionadamente mayor a ciertas dimensiones. En este caso, es plausible que las mejoras en el trato personal, la empatía y la capacidad de respuesta hayan compensado las deficiencias percibidas en la eficiencia y la efectividad.

Esta priorización demuestra que la satisfacción no es una simple suma de experiencias, sino una compleja ponderación de elementos donde el impacto emocional y relacional tiene un efecto dominante.

Análisis desde la perspectiva del control social

La interpretación de los resultados se complementa con las observaciones cualitativas del representante de control social, que identifican las causas subyacentes de las percepciones de los pacientes.

Dimensión Médica

- **Efectividad y Competencia Técnica:** El representante de control social indicó que las leves mejoras observadas en la efectividad y la competencia técnica y el empeoramiento en la calidad de la información y se deben, en gran parte, a la sobrecarga administrativa de los médicos. A pesar de su preparación, el tiempo que dedican a tareas no asistenciales (p.ej., papeleo, búsqueda de expedientes) reduce el tiempo de consulta, lo que el paciente percibe como una falta de resolución de su problema. De igual forma, la sobrecarga de pacientes impide que los médicos profundicen en diagnósticos o tratamientos, lo que se percibe como un fallo en la competencia.
- **Equidad y Respeto:** En contraste, se observa una mejora notable en la equidad y el respeto, lo que el representante atribuye directamente a las acciones del control social. Las reuniones y la concientización han logrado un cambio en los hábitos de algunos médicos respecto al trato discriminatorio. La mejor respuesta a las denuncias ha generado una percepción de mayor justicia. La privacidad y la tolerancia hacia la cultura y creencias de los pacientes también han mejorado gracias a las políticas impulsadas por esta instancia de control, demostrando que los cambios en la actitud y el trato son los más valorados por los pacientes.

Dimensión Administrativa

- **Eficiencia y Adecuación:** El empeoramiento en estas áreas se explica por la sobrecapacidad del sistema. El aumento de la población no ha sido acompañado por un crecimiento del personal, lo que genera largos tiempos de espera y una sensación

de que el sistema no puede atender a todos de forma eficiente. El costo de la consulta también ha empeorado su percepción, debido a factores como la falta de medicamentos por parte del seguro, que afecta a la satisfacción del paciente.

- **Accesibilidad y Entorno Físico:** A pesar de las deficiencias estructurales, el control social ha logrado mejoras en la accesibilidad y las condiciones del entorno. La redistribución de ambientes y la mejora en la limpieza son resultados directos de los informes y denuncias canalizadas por esta instancia. De igual forma, la mejoría en la provisión de información por parte del personal no médico demuestra que la labor de concientización y las reuniones han logrado un impacto ampliamente positivo, mejorando la relación con el paciente.

Conclusiones

El presente estudio concluye que el mecanismo de control social implementado en el Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud ha tenido un impacto positivo y estadísticamente significativo en la percepción de la calidad del servicio por parte de los pacientes. La evidencia cuantitativa demuestra que la percepción de los usuarios se inclina hacia una mejora real del servicio, a pesar de las complejidades inherentes a la medición de la calidad.

Sobre la calidad y la calidad percibida por el usuario

A través del presente trabajo, se pudo evidenciar que la medición de la calidad en el área de servicios es un proceso inherentemente complejo. Su naturaleza multidimensional y la interacción de diversos factores hacen que cualquier medición sea un componente de una suma de variadas influencias. Según diversos teóricos, la calidad se modela en múltiples dimensiones; sin embargo, existe divergencia sobre cuáles son estas y la mejor manera de establecerlas.

Controlar la calidad en el sector de servicios es una tarea ardua que exige evitar juicios de valor y la atribución de responsabilidades absolutas a áreas específicas, ya que muy pocas variables de la calidad percibida son resultado de un solo responsable. Se confirma la literatura sobre calidad de servicios que indica que la percepción de la calidad es una construcción subjetiva y priorizada.

Los resultados sugieren que los pacientes valoraron desproporcionadamente las mejoras en dimensiones clave como la Equidad y el Respeto, eclipsando las deficiencias en áreas como la Eficiencia y la Adecuación. Esto valida la idea de que la satisfacción del cliente no es una simple suma de experiencias, sino una compleja ponderación donde

ciertos elementos, como el trato y la atención, tienen un peso emocional y práctico mucho mayor (Zeithaml, Parasuraman y Berry, 1990). Por ello, es crucial que las organizaciones, especialmente en el sector de la salud, conozcan a sus clientes y sus prioridades para poder enfocar sus esfuerzos de mejora en las dimensiones que realmente generan valor y satisfacción.

Este hallazgo crucial se refuerza a través del análisis de la pregunta de control. Al comparar la sumatoria de las respuestas de las dimensiones de manera separada con la respuesta de la pregunta de control, que tenía un signo opuesto, se observó que la percepción general del cambio en la calidad no era una simple adición de mejoras y deficiencias.

En cambio, el resultado se alineó con la ponderación subjetiva que los pacientes otorgaron a ciertas dimensiones coincidiendo con investigaciones previas que indican que la evaluación de la calidad del servicio está mediada por la relevancia que los usuarios otorgan a cada factor (Gronroos, 1984; Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988).

Sobre el estudio

La medición del cambio percibido en la calidad por los usuarios de consulta externa se realizó creando dimensiones propias de la calidad, basadas en estudios generales de servicios y en investigaciones especializadas en el sector de la salud llevadas a cabo por diversos teóricos.

El análisis externo hacia la organización es muy complicado debido a las múltiples trabas que se presentan en los procesos de aprobación para trabajos de investigación. Si bien es un derecho ético de la organización llevar a cabo reuniones de comité de enseñanza e investigación para aprobar los trabajos, las respuestas a menudo tardan mucho tiempo.

Aunque este mecanismo es válido para filtrar trabajos sin fundamento y que van en contra de la ética, también paraliza opciones que podrían ayudar a entender el funcionamiento de la Institución y mejorar su atención en diversos rubros.

Desde el inicio de la presencia del mecanismo de control social en la organización, la calidad percibida por el paciente de consulta externa ha mejorado en un enfoque ordinal, medido a través del diferencial calculado.

Sin embargo, esta mejora no puede ser atribuida de forma directa ni desestimada por completo, ya que la mejora se ha manifestado dentro de factores que, además de tener un responsable directo, contienen variados responsables indirectos.

Es más exacto atribuir una parte del cambio a la presencia del mecanismo de control social, ya que muchas de sus acciones relatadas por el miembro al que el estudio tuvo acceso, están íntimamente relacionadas en las dimensiones donde existe un cambio positivo. En el análisis al que se tuvo acceso, se evidenció que muchos de los cambios del control social se han aplicado, ya que su aplicación no requiere mayores recursos económicos, sino que instan a ciertas actitudes y maneras de trato, además de la vigilancia activa de ejecución de decisiones administrativas, su cumplimiento y supervisión.

A pesar de estas mejoras, se presentan muchas falencias en el área económica de la institución que hacen que varios reclamos no sean ejecutados por falta de presupuesto institucional. No se puede afirmar a priori que sea una falla administrativa, ya que no se obtuvo respuesta de su parte para analizar los resultados.

Se observa que la presencia del control social como mecanismo ha mejorado la calidad percibida por el usuario, a pesar de su presencia como prueba piloto. A pesar de esta mejora no se le da la importancia necesaria a dicho mecanismo.

Lo que comenzó como un equipo de tres personas sin salario y solo con gastos de transporte se ha ido reduciendo a casi no tener miembros por la falta de presupuesto, un problema frecuente en el hospital.

La calidad parece estar mejorando dado que la verdadera función del control social, más allá de la fiscalización, parece ser la de establecer lazos comunicativos entre el usuario, la gerencia y los médicos.

Esta función es invaluable en cualquier organización. Por lo tanto, se debería dar una atención mínima al mecanismo de control social y ampliarse el programa para que el empeoro en la calidad percibida, que deriva de problemas de comunicación y otros que son fácilmente solucionables sin mayor presupuesto, no suceda y se mejore la calidad de atención que con el tiempo derivan a soluciones de problemas más costosos. Es decir, se debe tratar de maximizar la calidad percibida con los recursos disponibles.

Si estos lazos comunicativos se pierden, la deficiencia en la calidad percibida por los pacientes irá en aumento. Finalmente, el mecanismo de control social no posee un poder de acción para aplicar medidas correctivas, solo puede dar un informe.

El rol del mecanismo de control social

El estudio resalta el papel fundamental del mecanismo de control social como un vínculo ágil y efectivo entre las diferentes partes de la organización y los pacientes. Al convertirse en un centro de retroalimentación, este mecanismo va más allá de solo recoger quejas, ya que también vela por el buen uso de espacios e insumos.

Esta labor holística le permite reunir las necesidades de los pacientes, los recursos físicos y humanos de la organización y las necesidades del sector médico, logrando un

proceso altamente eficiente para identificar problemas y proponer soluciones concertadas.

El Control Social en Bolivia nace como un medio para que representantes de la sociedad civil organizada puedan participar activamente en el control social de la gestión pública en todos sus niveles, lo que incluye el control de la calidad de los servicios públicos. Este mecanismo se encuentra tipificado en la Constitución Política del Estado Vigente. A diferencia de los modelos de gestión tradicionales, que a menudo se centran en métricas internas, este mecanismo opera como un puente ágil y bidireccional de comunicación.

Su capacidad para identificar problemas de manera temprana y obtener retroalimentación directa de los usuarios lo convierte en una herramienta estratégica. En lugar de ser un simple buzón de quejas, se erige como un catalizador que promueve la corresponsabilidad entre pacientes, personal médico y administrativo. Es crucial que este tipo de mecanismos se socialicen y promuevan no como una figura inquisidora o de fiscalización, sino como un motor de mejora continua para todos los sectores.

Su función debe ser la de mediar y buscar soluciones consensuadas entre los pacientes, el sector médico y la administración, no la de imponer unilateralmente. La existencia de un punto de intersección entre pacientes y personal administrativo y médico demuestra que estos mecanismos pueden mejorar la calidad del servicio de forma integral.

Aportes, Implicaciones y Recomendaciones

Las implicaciones de este estudio son significativas para la gestión de la calidad en servicios de salud. Los directivos no solo deben enfocarse en corregir todas las

deficiencias, sino que deben identificar y potenciar las dimensiones de la calidad que son más valoradas por su público.

En el sector asistencial, este estudio sugiere que la mejora en el trato y la atención a los pacientes es un motor más potente para la satisfacción que la optimización de procesos puramente técnicos o administrativos.

Aunque estos últimos pueden ser más importantes y, sin duda, más difíciles de abordar y mejorar, se perciben como menos críticos desde la perspectiva del paciente. En resumen, el estudio ofrece dos aportes principales:

- **Aporte teórico:** Refuerza los modelos existentes de calidad de servicio al demostrar, con datos empíricos, que los usuarios no evalúan todos los atributos por igual. Se subraya que un enfoque en el trato y la atención en el contexto asistencial puede generar un impacto más significativo que la optimización de procesos puramente técnicos o administrativos.
- **Aporte práctico:** Proporciona una guía clara para la gestión de servicios en el sector de la salud, sugiriendo que las inversiones en la mejora del trato y la atención al paciente pueden generar un retorno significativo en la satisfacción general, a pesar de las limitaciones de recursos.

La implementación de un mecanismo de control social ha demostrado que, incluso a baja escala, puede actuar como un factor de cambio decisivo. Su eficacia podría potenciarse significativamente si se le otorgara mayor tuición y capacidad de decisión.

No obstante, es vital que esta ampliación de poder se conciba bajo un modelo de control concertador y no inquisidor. Un enfoque colaborativo es esencial para llevar adelante la mejora constante de la calidad, ya que permite que todos los involucrados sean parte de la solución en un ambiente de diálogo y confianza (Senge, 1990). Se recomienda que las futuras intervenciones se centren en:

1. Optimizar los procesos administrativos que recaen en el personal médico para liberar su tiempo y permitir una atención más profunda al paciente.
2. Mantener y fortalecer la labor del control social como un puente eficaz para canalizar las quejas y promover la concientización en el personal.
3. Realizar análisis de importancia-desempeño para determinar con precisión las dimensiones más valoradas por los pacientes y, de esta manera, optimizar la asignación de recursos para la mejora de la calidad asistencial.

Este enfoque estratégico permitirá mejorar la satisfacción del paciente al alinear las inversiones tomando en cuenta lo que valoran los usuarios.

Limitaciones

El estudio se realizó en una sola institución y empleó una muestra no probabilística. La planificación por horarios, el orden aleatorio de las visitas y la cobertura de las distintas especialidades redujeron el riesgo de concentrar la captación en un solo servicio, aunque no eliminaron completamente el posible sesgo asociado a la participación voluntaria. La comparación retrospectiva puede estar expuesta a sesgo de recuerdo, y la contextualización cualitativa se basó en un único informante, sin triangulación con representantes médicos o administrativos. Como se realizaron pruebas separadas para 50 enunciados sin ajuste por comparaciones múltiples, la significancia de cada resultado individual debe interpretarse con cautela y junto con el patrón general. Futuras investigaciones deberían replicar el estudio en otras instituciones y analizar la importancia relativa asignada por los pacientes a cada dimensión de la calidad.

Referencias bibliográficas

Comité Permanente de los Hospitales de la Unión Europea. (1997). *La calidad de atención hospitalaria: Seminario europeo del Programa HOPE*. Limerick, Irlanda.

Gronroos, C. (1984). "A Service Quality Model and its Marketing Implications." *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality." *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

Senge, P. M. (1990). *La quinta disciplina: El arte y la práctica de la organización que aprende*. Ediciones Granica.

Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. The Free Press.