



**Diseño de una propuesta de ampliación del servicio de urgencias del Hospital
Universitario San José de Popayán ESE orientada a la planeación estratégica del talento
humano en salud.**

Jorge Alberto López Dorado

Yina Andrea Romero Imbachí

Universidad Ean

Facultad de Administración

Maestría en Administración de Empresas de Salud

Popayán, Colombia

01/junio/2026

**Diseño de una propuesta de ampliación del servicio de urgencias del Hospital
Universitario San José de Popayán ESE orientada a la planeación estratégica del talento
humano en salud.**

Jorge Alberto López Dorado

Yina Andrea Romero Imbachí

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

Magister en Administración de Empresas de Salud

Director (a):

Fabian Gerardo Díaz Garzón

Modalidad:

Monografía

Universidad Ean

Facultad de Administración

Maestría en Administración de Empresas de Salud

Popayán, Colombia

01/junio/2026

Nota de aceptación:

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del director del trabajo de grado

Popayán, junio 2026

A Dios, por permitirme culminar esta etapa de formación y alcanzar una meta más en mi desarrollo profesional. A mi familia y, de manera especial, a mi esposa, por su permanente apoyo durante este proceso. A mis amigos, por su compañía y aportes brindados a lo largo de este camino. A todos ellos, mi sincero agradecimiento por haber contribuido al logro de este importante objetivo profesional y personal.

Jorge Alberto López Dorado

Este logro representa mucho más que la culminación de una etapa académica; es el reflejo de los valores, el apoyo y la confianza de quienes han acompañado mi camino. A mis padres, por enseñarme con su ejemplo que la disciplina, la perseverancia y la integridad son la base de cualquier meta alcanzada. A mi hermana, con la esperanza de que cada uno de mis pasos le recuerde que los sueños se construyen con esfuerzo y determinación. Y a mis amigos, por su presencia constante, su apoyo sincero y por hacer más llevadero este recorrido, compartiendo tanto los desafíos como las satisfacciones de este proceso. A todos ellos, mi más profunda gratitud.

Yina Andrea Romero Imbachi

1 Resumen

El Hospital Universitario San José de Popayán ESE, institución de referencia para el departamento del Cauca, enfrenta una creciente presión asistencial derivada del aumento de la demanda de servicios de urgencias, la complejidad clínica de los pacientes y las limitaciones en capacidad instalada y talento humano. El objetivo de esta investigación fue diseñar una propuesta de ampliación del servicio de urgencias orientada a la planeación estratégica del talento humano en salud y al fortalecimiento de la capacidad operativa institucional. Se desarrolló un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal, mediante la aplicación de una encuesta estructurada a 423 usuarios entre pacientes y acompañantes, complementada con el análisis temático de respuestas abiertas. Los resultados evidenciaron una percepción favorable de la calidad de la atención; sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con tiempos de espera, congestión del servicio, insuficiencia de personal, limitaciones de infraestructura y procesos de comunicación con los usuarios. Asimismo, se encontraron asociaciones significativas entre las dimensiones de calidad evaluadas y la satisfacción general, lo que confirma la importancia de fortalecer integralmente los procesos asistenciales. Con base en los hallazgos, se formuló una propuesta de ampliación estructurada en cuatro ejes estratégicos: planeación del talento humano, optimización de infraestructura, fortalecimiento de la gestión operativa y humanización de la atención. Se concluye que la sostenibilidad y capacidad resolutive del servicio de urgencias requieren intervenciones integrales que articulen recursos humanos, infraestructura, tecnología y gestión de la calidad para responder de manera efectiva a las necesidades de la población atendida.

Palabras clave (DeCS): Servicios Médicos de Urgencia; Administración Hospitalaria; Recursos Humanos en Salud; Calidad de la Atención de Salud; Satisfacción del Paciente.

Abstract

Hospital Universitario San José de Popayán ESE, a referral institution for the Department of Cauca, faces increasing healthcare pressure due to growing demand for emergency services, patient clinical complexity, and limitations in infrastructure and health workforce capacity. The objective of this study was to design a proposal for expanding the emergency department focused on strategic health workforce planning and the strengthening of institutional operational capacity. A quantitative, descriptive, and cross-sectional study was conducted using a structured survey administered to 423 users, including patients and caregivers, complemented by thematic analysis of open-ended responses. The findings revealed a favorable perception of service quality; however, opportunities for improvement were identified regarding waiting times, overcrowding, workforce shortages, infrastructure limitations, and communication processes with users. Significant associations were also found between quality dimensions and overall satisfaction, highlighting the importance of strengthening healthcare processes comprehensively. Based on the findings, an expansion proposal was developed around four strategic axes: workforce planning, infrastructure optimization, operational management improvement, and humanization of care. It is concluded that the sustainability and problem-solving capacity of emergency services require integrated interventions that combine human resources, infrastructure, technology, and quality management to effectively respond to the healthcare needs of the population served.

Keywords (MeSH): Emergency Medical Services; Hospital Administration; Health Workforce; Quality of Health Care; Patient Satisfaction.

Tabla de contenido

1	Resumen.....	6
2	Introducción	12
3	Objetivos.....	14
3.1	<i>Objetivo general.....</i>	<i>14</i>
3.2	<i>Objetivos específicos</i>	<i>14</i>
4	Justificación	15
5	Marco Teórico	17
5.1	<i>Hipótesis</i>	<i>22</i>
5.2	<i>Variables.....</i>	<i>22</i>
5.2.1	<i>Definición conceptual y operacional de las variables</i>	<i>22</i>
6	Metodología	31
6.1	<i>Población:</i>	<i>32</i>
6.2	<i>Muestra:.....</i>	<i>33</i>
7	Trabajo de Campo	34
7.1	<i>Procedimientos y técnicas de análisis.....</i>	<i>34</i>
7.2	<i>Contribuciones originales esperadas</i>	<i>34</i>
7.3	<i>Análisis de resultados.....</i>	<i>35</i>
7.4	<i>Motivo de consulta, triage y razón de preferencia del HUSJ</i>	<i>37</i>
7.5	<i>Estadísticos descriptivos de las variables de calidad</i>	<i>38</i>
7.6	<i>Consistencia interna del instrumento</i>	<i>39</i>
7.7	<i>Distribución de la satisfacción general con el servicio de urgencias</i>	<i>40</i>
7.8	<i>Seguridad, participación en decisiones y problemas reportados.....</i>	<i>42</i>
7.9	<i>Análisis de correlación entre variables de calidad</i>	<i>42</i>
7.10	<i>Medias de calidad por nivel de satisfacción general.....</i>	<i>44</i>
7.11	<i>Comprobación de la hipótesis de investigación</i>	<i>45</i>

7.12	<i>Análisis cualitativo: análisis temático de respuestas abiertas</i>	46
7.12.1	Paso 1. Familiarización con los datos	46
7.12.2	Paso 2. Generación de códigos.....	47
7.12.3	Paso 3. Combinación de códigos en temas	47
7.12.4	Paso 4. Revisión de temas	49
7.12.5	Paso 5. Determinación de la importancia de los temas	50
7.12.6	Paso 6. Informe de los hallazgos.....	50
8	Propuesta de ampliación del servicio de urgencias como resultado aplicado ..	52
8.1	<i>Diagnóstico institucional</i>	52
8.1.1	Contexto institucional	52
8.2	<i>Objetivos de la propuesta</i>	53
8.2.1	Objetivo General	53
8.2.2	Objetivos Específicos.....	54
8.3	<i>Marco estratégico</i>	54
8.3.1	Principios Orientadores	54
8.4	<i>Alineación con la Normatividad Vigente</i>	55
9	Ejes estratégicos de la propuesta	56
9.1	<i>EJE ESTRATÉGICO 1: Planeación Estratégica del Talento Humano</i>	56
9.1.1	Fundamento empírico.....	56
9.1.2	Diagnóstico y Dimensionamiento del Talento Humano	56
9.2	<i>EJE ESTRATÉGICO 2: Ampliación y Optimización de Infraestructura</i>	58
9.2.1	Fundamento empírico.....	58
9.2.2	Plan de Ampliación Física del Servicio de Urgencias	58
9.3	<i>EJE ESTRATÉGICO 3: Gestión Operativa y Reducción de Tiempos de Espera</i> 60	
9.3.1	Fundamento empírico.....	60
9.3.2	Optimización del Sistema de Triage	61

9.4	<i>EJE ESTRATÉGICO 4: Humanización y Comunicación Efectiva con el Usuario</i>	62
9.4.1	Fundamento empírico.....	62
10	Plan de implementación de la propuesta de ampliación.....	65
11	Discusión	68
11.1	<i>Confrontación de hallazgos con referentes recientes</i>	<i>68</i>
11.2	<i>Verificación de fuentes indexadas</i>	<i>73</i>

Tabla de Figuras

FIGURA 1	DIMENSIONES DE LA CALIDAD.....	20
FIGURA 2	ÁRBOL DE PROBLEMAS SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN ESE.....	53

Tabla de tablas

TABLA 1 CRITERIOS DE FACTIBILIDAD DEL PROYECTO	16
TABLA 2 RELACIÓN ENTRE ESCALAS Y NIVELES DE GRAVEDAD EN EL SET	17
TABLA 3 NIVELES DE CLASIFICACIÓN DE LA MTS	18
TABLA 4 MARCO NORMATIVO PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS	20
TABLA 5 ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS DE LAS VARIABLES.....	23
TABLA 6 CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES.....	26
TABLA 7 FICHA TÉCNICA	33
TABLA 8 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES	35
TABLA 9 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN (ESCALA 1–5).....	38
TABLA 10 ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD PERCIBIDA	39
TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN GENERAL CON EL SERVICIO DE URGENCIAS	40
TABLA 12 MATRIZ DE CORRELACIONES DE PEARSON ENTRE LAS VARIABLES DE CALIDAD ($N \approx 417-420$).....	43
TABLA 13 MEDIAS DE LAS VARIABLES DE CALIDAD SEGÚN NIVEL DE SATISFACCIÓN GENERAL	44
TABLA 14 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS MEDIANTE ANÁLISIS DE CORRELACIÓN.....	45
TABLA 15 TEMAS EMERGENTES DEL ANÁLISIS TEMÁTICO INDUCTIVO	47
TABLA 16 CITAS CUALITATIVAS REPRESENTATIVAS DE RESPUESTAS ABIERTAS POR CÓDIGO DE INFORMANTE	48
TABLA 17 PRINCIPIOS ORIENTADORES	54
TABLA 18 PROPUESTA DE DIMENSIONAMIENTO DEL TALENTO HUMANO EN URGENCIAS HUSJ.....	56
TABLA 19 ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	57
TABLA 20 PLAN DE AMPLIACIÓN FÍSICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS — HUSJ.....	59
TABLA 21 DOTACIÓN Y EQUIPAMIENTO	59
TABLA 22 METAS DE TIEMPOS DE ATENCIÓN POR NIVEL DE TRIAGE	61
TABLA 23 REDISEÑO DEL FLUJO DE PACIENTES.....	61
TABLA 24 PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS	63
TABLA 25 PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS (24 MESES).....	65
TABLA 26 FUENTES VERIFICADAS EN BASES DE INDEXACIÓN ACADÉMICA.....	73

2 Introducción

Los servicios de urgencias constituyen una de las puertas de entrada más sensibles del sistema hospitalario, debido a que concentran eventos agudos, descompensaciones de enfermedades crónicas, accidentes, remisiones y necesidades de atención inmediata. En hospitales públicos de referencia, esta presión se expresa en tiempos de espera prolongados, sobreocupación de áreas, carga laboral elevada y dificultades para sostener estándares homogéneos de calidad. Por ello, la ampliación de urgencias no puede limitarse a la infraestructura, sino que exige una lectura gerencial del talento humano, los procesos y la capacidad instalada.

El Hospital Universitario San José de Popayán ESE cumple una función estratégica en la red departamental del Cauca, al atender población local y pacientes remitidos desde municipios con menor capacidad resolutive. Esta condición incrementa la complejidad del servicio, porque la institución recibe usuarios con necesidades clínicas diversas, distintos niveles de prioridad y expectativas asociadas con oportunidad, seguridad y trato humanizado. En consecuencia, el diagnóstico de la experiencia del usuario permite identificar brechas operativas que deben ser consideradas en cualquier propuesta de ampliación institucional.

La planeación estratégica del talento humano en salud se convierte en un componente central del análisis, dado que los tiempos de respuesta, la continuidad del cuidado, la comunicación con el paciente y la seguridad clínica dependen de la disponibilidad, distribución y competencia del personal. La insuficiencia de médicos, enfermería, auxiliares, admisiones, orientación al usuario y apoyo operativo puede aumentar la congestión y disminuir la satisfacción percibida. Por tanto, una propuesta de ampliación debe definir perfiles, turnos, cargas laborales y mecanismos de seguimiento institucional.

Desde la perspectiva de calidad, el estudio se articula con dimensiones como oportunidad, eficiencia, seguridad, equidad, aceptabilidad y experiencia del paciente. Estas dimensiones permiten comprender que la satisfacción no depende únicamente del resultado

clínico, sino también de la forma en que el usuario transita por el servicio, recibe información, espera atención, entiende su clasificación de triage y percibe el trato del equipo asistencial. Así, el análisis de resultados cuantitativos y respuestas abiertas aporta evidencia para priorizar acciones de mejora.

Metodológicamente, el trabajo se orientó mediante un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, con aplicación de encuesta a 423 usuarios del servicio de urgencias. Aunque inicialmente se contempló una fase de entrevistas a profesionales, esta no fue ejecutada por restricciones institucionales y de tiempo; por ello, las respuestas abiertas de la encuesta fueron utilizadas como complemento cualitativo de apoyo, sin configurar una fase mixta independiente. Esta aclaración permite mantener coherencia entre el objetivo, el instrumento aplicado y los resultados presentados.

El documento se estructura en el planteamiento del problema, objetivos, justificación, viabilidad, marco teórico, marco legal, variables, diseño metodológico, análisis de resultados, propuesta de ampliación, discusión, conclusiones, trabajo futuro y referencias. Con esta organización se busca presentar una ruta lógica que conecte el diagnóstico de las condiciones actuales con el diseño de una propuesta aplicable, orientada a fortalecer la capacidad institucional del servicio de urgencias y la planeación del talento humano requerido para su sostenibilidad.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Diseñar una propuesta de ampliación del servicio de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán ESE, orientada a la planeación estratégica del talento humano en salud y a la optimización de la capacidad operativa, con el fin de fortalecer la oportunidad, la seguridad, la calidad percibida y la eficiencia del servicio a partir del análisis de la demanda asistencial, la capacidad instalada, los recursos disponibles y las necesidades expresadas por los usuarios.

3.2 Objetivos específicos

1. Analizar las condiciones actuales del servicio de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán ESE, considerando la demanda asistencial, la capacidad instalada, la infraestructura, la percepción de los usuarios y los procesos operativos que afectan la oportunidad y eficiencia en la atención.

2. Determinar los requerimientos de talento humano necesarios para la ampliación del servicio de urgencias, considerando perfiles profesionales, competencias, cargas laborales y organización de turnos, en coherencia con la demanda real y el nivel de complejidad institucional.

3. Diseñar estrategias de ampliación del servicio de urgencias que integren la planeación estratégica del talento humano con la optimización de infraestructura, tecnología, triage, humanización y seguimiento.

4 Justificación

La presente investigación se justifica por la necesidad de diseñar una propuesta de ampliación del servicio de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán ESE orientada a la planeación estratégica del talento humano en salud, con el propósito de fortalecer la oportunidad, la calidad y la eficiencia en la atención. La creciente demanda asistencial y la complejidad de los pacientes hacen necesario abordar la ampliación del servicio desde una perspectiva integral que articule infraestructura, tecnología, procesos y gestión del recurso humano.

La importancia de este estudio radica en que el servicio de urgencias constituye un componente esencial para garantizar una atención segura y oportuna, especialmente en situaciones que comprometen la vida y la salud de los pacientes. En este sentido, la identificación de fortalezas y oportunidades de mejora permitirá formular estrategias orientadas a optimizar la distribución del talento humano, adecuar los perfiles profesionales y fortalecer la organización de los procesos asistenciales, contribuyendo al mejoramiento de la calidad percibida por los usuarios.

Asimismo, la investigación reconoce el papel del talento humano como un factor determinante para la sostenibilidad y el desempeño institucional. Una adecuada planeación del personal favorece la optimización de las cargas laborales, fortalece las competencias de los profesionales de la salud y contribuye a disminuir el agotamiento y la rotación del personal, generando beneficios tanto para los trabajadores como para los pacientes y sus familias.

Desde el punto de vista institucional, los resultados del estudio aportan información útil para la toma de decisiones relacionadas con la ampliación del servicio de urgencias y el cumplimiento de la normatividad vigente, permitiendo identificar brechas y definir estrategias orientadas al fortalecimiento de la calidad y la eficiencia operativa. Además, la propuesta busca contribuir al mejoramiento de los indicadores asistenciales y a la adecuada

atención de la población proveniente de los municipios que conforman la red de servicios del departamento del Cauca.

Finalmente, esta investigación constituye un referente para futuros estudios sobre gestión del talento humano y servicios de urgencias, al aportar evidencia que puede favorecer el desarrollo de estrategias orientadas al fortalecimiento de la capacidad institucional y a la mejora continua de la atención en salud.

Tabla 1 Criterios de factibilidad del proyecto

<i>Criterio</i>	<i>Factibilidad</i>
Acceso a la información	4
Apoyo e interés de colaboradores o aliados	4
Disponibilidad de recursos requeridos	5
Probabilidad de avance en el tiempo establecido	4
Probabilidad de continuidad o implementación de la propuesta de investigación	3
Promedio	4

Nota. Elaboración Propia

5 Marco Teórico

Los servicios de urgencias constituyen uno de los componentes más críticos de los sistemas de salud, debido a que representan la principal puerta de entrada para la atención de pacientes con condiciones agudas que requieren intervención inmediata. La creciente demanda asistencial, el envejecimiento poblacional, la complejidad de las enfermedades y las limitaciones en la capacidad instalada han convertido la gestión de los servicios de urgencias en un desafío para las instituciones hospitalarias, haciendo necesario implementar estrategias orientadas al fortalecimiento de la oportunidad, la seguridad y la calidad de la atención.

La atención de urgencias comprende la respuesta organizada ante situaciones que ponen en riesgo la vida o la integridad de las personas y requiere una adecuada articulación entre infraestructura, tecnología, procesos y talento humano. En este contexto, la regulación colombiana establece criterios de clasificación, oportunidad y acceso que obligan a las instituciones prestadoras de servicios de salud a garantizar una atención segura y eficiente, mediante una adecuada organización de los recursos disponibles.

Uno de los procesos fundamentales en los servicios de urgencias es el triage, entendido como un sistema de clasificación que permite priorizar la atención de los pacientes de acuerdo con la gravedad de su condición clínica y la necesidad de intervención inmediata. Modelos como el Sistema Español de Triage (SET) y el Manchester Triage System (MTS) han demostrado ser herramientas eficaces para optimizar los tiempos de atención, mejorar la seguridad del paciente y favorecer una utilización más eficiente de los recursos hospitalarios.

Tabla 2 Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
II	Rojo	Emergencia	Inmediato por enfermería y valoración médica en ≤ 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

Nota. Elaboración Propia

Tabla 3 Niveles de clasificación de la MTS

Número	Nombre	Color	Tiempo máximo (minutos)
1	Atención inmediata	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10
3	Urgente	Amarillo	60
4	Normal	Verde	120
5	No urgente	Azul	240

Nota. Elaboración Propia

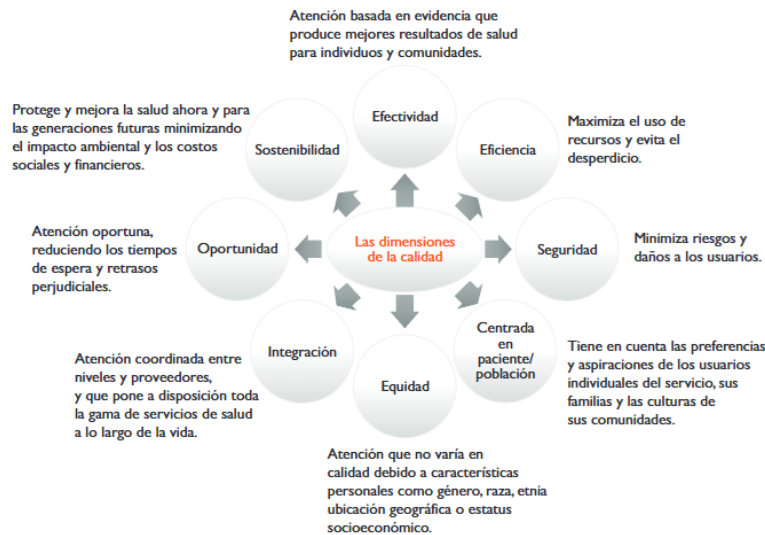
Desde la perspectiva de la calidad de la atención, Donabedian (1988) plantea que esta puede analizarse a partir de tres dimensiones fundamentales: estructura, proceso y resultados. La estructura comprende los recursos físicos, tecnológicos y humanos disponibles; el proceso se relaciona con la forma en que se presta la atención, y los resultados corresponden al impacto generado sobre la salud y la satisfacción de los usuarios. Este enfoque permite comprender que la calidad no depende exclusivamente de la infraestructura, sino también de la organización de los procesos y del desempeño del talento humano.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud reconocen al talento humano como un elemento estratégico para garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. La disponibilidad, distribución, competencias y bienestar de los profesionales de la salud influyen directamente en la oportunidad de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia operativa de las instituciones. En consecuencia, la planeación estratégica del talento humano constituye un componente esencial para responder adecuadamente a las necesidades de la población y asegurar la continuidad de los servicios.

Por otra parte, la teoría de gestión de la calidad en salud establece que las organizaciones deben orientarse hacia la mejora continua, el uso de indicadores y la satisfacción de los usuarios. Desde esta perspectiva, dimensiones como oportunidad, seguridad, eficiencia, accesibilidad, continuidad y humanización son determinantes para evaluar el desempeño de los servicios de urgencias. La percepción de los usuarios constituye un indicador relevante de calidad, debido a que refleja la experiencia del paciente y permite identificar oportunidades de mejora en los procesos asistenciales.

Adicionalmente, la incorporación de tecnologías de información y comunicación en el ámbito hospitalario facilita el seguimiento de indicadores, la gestión de recursos y la toma de decisiones basadas en evidencia. Estos sistemas contribuyen a optimizar los procesos, fortalecer la coordinación entre las diferentes áreas y mejorar la eficiencia operativa de los servicios de urgencias.

Figura 1 Dimensiones de la calidad



Nota. Tomada de Saturno, 2024, Salud Pública de México.

Tabla 4 Marco normativo para la atención de urgencias.

Normatividad	Año	Descripción
Constitución política de Colombia	1991	Art 49: Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
Ley 100	1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia. Este sistema está compuesto por los regímenes de salud, pensiones, riesgos laborales y servicios sociales.
Decreto 412	1992	Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.
Decreto 2309	2002	Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1438	2011	tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención

		Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. las personas tienen derecho a recibir atención de urgencias, cuyos tiempos de atención se determinan a partir de la gravedad del suceso y el
Ley 1751	2015	nivel de riesgo para la vida del paciente. Adicionalmente, todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios de promoción, protección y rehabilitación de la salud. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de
Resolución 256	2016	Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud Se establece el Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGCS), que es el “conjunto de instituciones, normas, requisitos,
Resolución 780	2016	mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país Tiene por objeto establecer los criterios técnicos para el Sistema de
Resolución 5596	2015	Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage", para ser aplicado en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de
Resolución 3100	2019	inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud

		Establece los lineamientos para garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, mediante la implementación de la operación de la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, contemplando las
Decreto 1599	2022	áreas geográficas para la gestión en salud como un instrumento necesario para reducir las brechas de inequidad existentes frente al acceso, atendiendo las realidades diferenciales que existen en el territorio colombiano.

Nota. Elaboración Propia

5.1 Hipótesis

Para el desarrollo de este trabajo se comprobarán las siguientes hipótesis nula y alternativa:

Ho: La ampliación del servicio de urgencias en el Hospital Universitario San José de Popayán ESE no garantiza una atención oportuna y eficiente ni una mejora en la calidad del servicio.

Ha: La ampliación del servicio de urgencias en el Hospital Universitario San José de Popayán ESE garantiza una atención oportuna, eficiente y una mejora en la calidad del servicio

5.2 Variables

5.2.1 Definición conceptual y operacional de las variables

Según Hernández Sampieri, en su obra fundamental "Metodología de la Investigación", una variable se define como aquel elemento, característica o factor susceptible de variación, que se convierte en objeto de estudio y análisis. La importancia de las variables en la investigación radica en su capacidad para establecer relaciones, analizar datos y validar hipótesis. Dentro del espectro de variables, se distinguen principalmente:

Variable Dependiente: Aquella cuyo comportamiento se busca explicar o predecir, y que, por ende, está influenciada por otras variables.

Variable Independiente: Aquella que se manipula o controla deliberadamente para observar su efecto sobre la variable dependiente.

Variables Intervinientes: Aquellas que, aunque no son el foco principal del estudio, pueden influir indirectamente en la relación entre las variables independiente y dependiente.

En consonancia con esta perspectiva, la plataforma en línea ATLAS.ti Research Hub, en su artículo sobre variables de investigación, las conceptualiza como "una característica, número o cantidad que puede medirse o cuantificarse, y que puede variar o cambiar". Esta definición abarca desde conceptos simples, como la edad o la altura, hasta nociones más complejas, resaltando su rol crucial en el análisis de relaciones y efectos dentro del proceso investigativo.

En resumen, las variables constituyen la base del análisis en la investigación, permitiendo la exploración sistemática de fenómenos y la construcción de conocimiento sólido.

Tabla 5 Estructura de la unidad de análisis de las variables.

Variable	Definición conceptual	VARIABLE		
		Definición operacional	Indicadores	Instrumento de Recolección
1 Tiempo de triage.	El tiempo de triage es el periodo que transcurre entre la llegada del paciente y la realización del triage para determinar la gravedad de su estado.	Se medirá en minutos desde que el paciente se presenta en urgencias hasta que es evaluado por el personal de triage.	Número de Historias Clínicas clasificadas adecuadamente en triage/ Total Historias Clínicas atendidas en el servicio de urgencias.	Registro temporal por parte del personal de triage.

2	Tiempo de atención en el servicio de urgencias	El tiempo de atención en el servicio de urgencias se refiere al intervalo transcurrido desde que un paciente ingresa al área de urgencias hasta que recibe la atención médica inicial por parte de un profesional de la salud. Este concepto está vinculado a la capacidad del servicio para responder de manera oportuna y eficiente, reduciendo demoras que puedan comprometer la salud del paciente. La satisfacción del paciente con la atención recibida en urgencias se refiere a la percepción y valoración que los pacientes tienen sobre la calidad y eficiencia del servicio de urgencias.	Es el tiempo medido en minutos que transcurre desde el registro de ingreso del paciente en el sistema de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán ESE hasta el momento en que un médico o personal calificado realiza la primera evaluación clínica. Esta variable se cuantifica para evaluar la eficiencia y oportunidad del servicio actual y proponer mejoras en su ampliación.	Tiempo promedio de espera: Promedio en minutos que los pacientes esperan antes de ser atendidos.	Hoja de registro cronometrado: Formulario o sistema digital donde se anota la hora exacta de ingreso del paciente (basada en el registro administrativo) y la hora de inicio de la atención médica (reportada por el personal de salud).
3	Satisfacción del paciente con la atención recibida		Se mide mediante encuestas de satisfacción aplicadas a los pacientes después de recibir atención en urgencias. Las encuestas incluyen preguntas sobre la calidad de la atención, el trato recibido, y la eficiencia del servicio.	Nivel de satisfacción general: Promedio de puntuación en una escala de 1 a 5, donde 1 es muy insatisfecho y 5 es muy satisfecho.	Encuestas de satisfacción: Cuestionarios aplicados a los pacientes después de recibir atención en urgencias, utilizando una escala de Likert para medir diferentes aspectos de la atención.
4	Recursos humanos capacitados	Hace referencia al número y calidad del personal médico, paramédico y administrativo disponible para atender urgencias	Número de profesionales contratados y capacitados en atención de urgencias dentro del periodo de evaluación.	Número de profesionales adicionales contratados/ total de profesional contratado en el servicio de urgencia	Encuestas al personal, revisión de nóminas y registros de formación.
5	Infraestructura del servicio de urgencias	Se refiere a la capacidad física del área de urgencias para satisfacer la demanda de atención médica oportuna y	Cantidad de áreas físicas disponibles, metros cuadrados del servicio, número de quirófanos y áreas complementarias funcionales	Metros cuadrados adicionales construidos en el servicio de urgencia.	Entrevistas al personal administrativo, observación directa y análisis de planos arquitectónicos o reportes de construcción

		eficiente. Incluye quirófanos, salas de espera y espacios complementarios			
6	Disponibilidad de transporte asistencial	Se refiere a la cantidad y adecuación de vehículos disponibles para trasladar pacientes a otros niveles de atención.	Número de ambulancias operativas y tiempo promedio empleado en los traslados.	Número de ambulancias en funcionamiento	Registros de transporte y reportes logísticos.
7	Cumplimiento normativo	Es el grado en que el servicio de urgencias se ajusta a las regulaciones legales y estándares de calidad vigentes.	Porcentaje de normativas implementadas con éxito en la operación del servicio de urgencias	Porcentaje de normativas aplicadas correctamente en el servicio de urgencia.	Análisis de auditorías externas, informes de control de calidad y revisiones documentales.
8	Capacidad de atención del servicio de urgencias	La capacidad de atención del servicio de urgencias se refiere a la cantidad de pacientes que el servicio de urgencias puede atender de manera eficiente en un periodo determinado.	Se mide en términos de número de pacientes atendidos por día y la relación entre el número de pacientes y el personal disponible. También se considera la infraestructura y los recursos disponibles.	Número de pacientes atendidos por día: Total de la capacidad de atención de pacientes en el servicio de urgencias cada día.	Registro de atención diaria: Utilización de una hoja de cálculo o software de gestión hospitalaria para registrar el número de pacientes atendidos y el personal disponible cada día.
9	Calidad de la atención médica en urgencias	La calidad de la atención médica en urgencias se refiere a la capacidad del personal de salud para proporcionar atención efectiva, segura y centrada en el paciente	Se medirá a través de encuestas a pacientes que evalúen su satisfacción con la atención, así como la conformidad con los protocolos establecidos	Porcentaje de pacientes que reportan satisfacción con la atención recibida.	Encuestas de satisfacción y registros de complicaciones médicas
10	Disponibilidad de camas en urgencias.	La disponibilidad de camas en urgencias se refiere al número de camas disponibles para atender a pacientes críticos en el	Se medirá contando el número de camas ocupadas y el número de pacientes presentes en el área de urgencias.	Porcentaje de ocupación de camas en urgencias.	Registro diario del estado de ocupación de camas

servicio de
urgencias.

11	Capacitación del personal médico.	La capacitación del personal médico se refiere al nivel de formación y actualización que tiene el equipo de salud que atiende en urgencias.	Se evaluará mediante registros de formación, talleres y cursos realizados por el personal en un periodo determinado.	Porcentaje de personal que ha completado formación continua en el servicio de urgencias.	Registros de capacitación.
----	-----------------------------------	---	--	--	----------------------------

Nota. Elaboración Propia

Tabla 6 Categorización de variables.

Unidad de Estudio/Unidad Temática	Categoría de análisis	Enunciado	Subcategoría de análisis	Enunciado
Propuesta para la Ampliación del Servicio de Urgencias en el Hospital Universitario San José de Popayán ESE con Enfoque en Atención Oportuna y eficiente	Causas de una mala atención médica en urgencia	La atención médica es el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance de las personas y sus familias, los recursos de diagnóstico temprano, de tratamiento oportuno y de rehabilitación, de prevención médica y de fomento de la salud (OMS, 2024)	Triage	Sistema de selección y clasificación de pacientes en servicios de urgencia y emergencia, que determina la prioridad de atención basada en la gravedad de la condición clínica y los recursos disponibles
			Tiempo de atención en servicio de urgencias	El tiempo de atención en urgencias médicas puede variar dependiendo de la gravedad de la condición del paciente medido a través del triaje: Nivel de triaje Tiempo de espera aproximado Triage I Atención inmediata Triage II 30 minutos, ya que compromete la vida Triage III

	3 horas, su situación amerita atención rápida Triage IV 24 horas, consulta prioritaria Triage V 72 horas, consulta externa
Satisfacción del paciente con la atención recibida	La satisfacción del paciente se refiere a la percepción que tienen los usuarios sobre la atención recibida, la accesibilidad a los servicios, la comunicación con los profesionales de la salud y la empatía mostrada durante el proceso de atención. Es un indicador clave para medir la calidad de la atención médica y promover la participación activa de los pacientes en su propio cuidado (OMS, 2023).
Cumplimiento normativo	Se refiere al proceso mediante el cual una organización asegura que sus actividades se ajustan a las leyes, regulaciones, normas y estándares éticos aplicables a su sector y actividad. Esto incluye la identificación de las normas aplicables, la implementación de políticas y procedimientos, la capacitación del personal y la supervisión regular del cumplimiento
Calidad de la atención médica en urgencias	De acuerdo a la OMS (2025), la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal. La atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras, pero hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad deben ser: Eficaz: proporcionar servicios de salud basados en evidencia a quienes los necesitan.

Seguro: evitar daños a las personas para las que el cuidado está destinado.

Centrado en las personas: proporcionar atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales.

Para aprovechar los beneficios de una atención médica de calidad, los servicios de salud deben cumplir con las siguientes características:

Oportuno: reducción de los tiempos de espera y a veces de retrasos dañinos;

Equitativo: proporcionar atención que no varía en calidad debido al género, la etnia, la ubicación geográfica y la situación socioeconómica.

Integrado: proporcionar atención que pone a disposición toda la gama de servicios de salud a lo largo del curso de la vida.

Eficiente: maximiza el beneficio de los recursos disponibles y evita el desperdicio.

Ampliación del servicio de urgencias	La ampliación del servicio de urgencias se refiere a la mejora y expansión de la capacidad del sistema de salud para atender a pacientes en situaciones de emergencia. Esto puede implicar aumentar la cantidad de camas disponibles, el número de personal capacitado, la infraestructura, o incluso la incorporación de nuevas tecnologías	Infraestructura del servicio de urgencias	Conjunto de instalaciones y servicios esenciales que permiten el funcionamiento de una sociedad, una organización o un sistema
		Disponibilidad de transporte asistencial básico	Se define como el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento.
		Capacidad de atención del servicio de urgencias	capacidad de un hospital o centro de salud para brindar atención médica urgente a pacientes que requieren atención inmediata debido a una situación clínica que pone en riesgo su salud o bienestar. Esta capacidad se define por diversos factores, incluyendo recursos humanos,
		Disponibilidad de camas	

y estrategias de
atención.

recursos materiales, infraestructura,
protocolos de atención y la gestión
eficiente del flujo de pacientes.

Recursos humanos
capacitados

Es el número de camas realmente
instaladas en el hospital en
condiciones de uso para la atención
de pacientes internados,
independientemente que estén o no
ocupadas.

El recurso humano de un servicio de
urgencias está compuesto por una
variedad de profesionales de la
salud, incluyendo médicos,
enfermeras, técnicos, auxiliares, y
personal administrativo, todos
trabajando en conjunto para brindar
una atención oportuna y eficaz a los
pacientes.

El equipo de un servicio de
urgencias incluye:

Médicos: Responsables de la
evaluación, diagnóstico y
tratamiento de los pacientes que
llegan al servicio de urgencias.

Enfermeras: Proporcionan cuidados
directos a los pacientes, incluyendo
la toma de signos vitales,
administración de medicamentos, y
apoyo emocional.

Capacitación del
personal medico

Técnicos de salud: Realizan pruebas
diagnósticas, como radiografías,
electrocardiogramas, y análisis de
laboratorio, bajo la supervisión de
médicos.

Auxiliares de enfermería: Asisten a
las enfermeras en las tareas de
cuidado de los pacientes.

Personal administrativo: Gestiona la
recepción de pacientes, la
documentación, y las citas.

Celadores: Mantienen el orden y la
limpieza en el servicio de urgencias

Hace referencia a la formación
continua permite a los profesionales

de la salud adquirir nuevas técnicas,
protocolos y conocimientos, así
como mejorar sus habilidades
técnicas y su adaptación a nuevas
tecnologías

Nota. Elaboración Propia

6 Metodología

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo y finalidad aplicada. La fuente primaria fue una encuesta estructurada aplicada a 423 usuarios del servicio de urgencias, entre pacientes y acompañantes, orientada a medir percepción de calidad, oportunidad, satisfacción, seguridad, comunicación y necesidades de mejora. Las respuestas abiertas incluidas en el mismo instrumento fueron utilizadas como complemento interpretativo, pero no constituyeron una fase cualitativa independiente ni un diseño mixto pleno.

Esta delimitación metodológica permite corregir la coherencia del estudio, dado que el trabajo no ejecutó entrevistas a profesionales ni trianguló dos fuentes primarias equivalentes. Por tanto, el análisis se concentra en la percepción del usuario como insumo diagnóstico para sustentar la propuesta de ampliación del servicio, especialmente en aspectos relacionados con tiempos de espera, disponibilidad de personal, infraestructura, trato humanizado y continuidad del proceso asistencial.

El enfoque cuantitativo resulta pertinente porque permite organizar, tabular e interpretar las respuestas de una muestra amplia de usuarios, estimar tendencias de satisfacción y analizar asociaciones entre dimensiones de calidad. A su vez, el tratamiento temático de las respuestas abiertas complementa la lectura estadística al identificar expresiones recurrentes sobre déficit de personal, comodidad, comunicación y tiempos de atención, sin modificar la naturaleza principal del estudio.

El estudio es descriptivo y transversal. Es descriptivo porque caracteriza las condiciones percibidas del servicio de urgencias en relación con oportunidad, calidad, seguridad, satisfacción, comunicación y necesidades de ampliación; y es transversal porque la información fue recolectada en un único momento del proceso investigativo, sin seguimiento longitudinal ni manipulación de variables. Este alcance permite construir una línea base para orientar decisiones gerenciales aplicables al servicio.

La investigación no pretende demostrar causalidad entre variables, sino identificar patrones de percepción y necesidades prioritarias que justifiquen una propuesta de ampliación. De este modo, los resultados obtenidos permiten relacionar la experiencia de los

usuarios con dimensiones de gestión hospitalaria como talento humano, capacidad instalada, organización del triage, infraestructura, comunicación y humanización, aspectos directamente vinculados con el título y el objetivo general del trabajo.

La investigación se desarrolló en cinco fases articuladas entre sí. En la primera fase se delimitó el problema de investigación y se revisaron antecedentes sobre calidad, oportunidad, triage, satisfacción del usuario y gestión hospitalaria en servicios de urgencias. En la segunda fase se construyó el marco teórico, conceptual y normativo, seleccionando fuentes institucionales, normativas y académicas relacionadas con la ampliación de servicios de salud y la planeación del talento humano.

En la tercera fase se diseñó y validó el instrumento de encuesta dirigido a usuarios del servicio de urgencias. En la cuarta fase se aplicó el instrumento y se consolidó la base de datos con 423 respuestas válidas. En la quinta fase se analizaron los resultados cuantitativos, se codificaron las respuestas abiertas de la encuesta y se formuló la propuesta de ampliación del servicio. La fase inicialmente prevista con entrevistas a 14 profesionales no se ejecutó; fue sustituida por respuestas abiertas de usuarios y se declara como limitación metodológica.

6.1 Población:

La población objeto de estudio estuvo conformada por usuarios del servicio de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán ESE, incluidos pacientes y acompañantes o familiares que tuvieron contacto directo con el proceso asistencial. Esta delimitación se adoptó porque la encuesta aplicada evaluó la experiencia del usuario frente a oportunidad, calidad, satisfacción, información recibida, trato humanizado, percepción de seguridad y necesidades de mejora del servicio.

Aunque el talento humano en salud constituye un eje central del título y de la propuesta, no fue encuestado ni entrevistado en la fase de campo. Su análisis se abordó a partir de la revisión documental, la interpretación de la demanda asistencial, los resultados de percepción de usuarios y la formulación de estrategias de dimensionamiento del personal requerido. Esta decisión evita presentar como ejecutada una fase cualitativa que no se desarrolló.

6.2 Muestra:

La muestra final estuvo integrada por 423 encuestas válidas aplicadas a usuarios del servicio de urgencias. El tamaño muestral superó el mínimo inicialmente calculado para una población de referencia de 38.892 usuarios, con nivel de confianza del 95% y margen de error aproximado del 5%. La unidad de análisis correspondió a cada encuesta diligenciada por paciente, acompañante o familiar, siempre que hubiera tenido experiencia directa con el servicio.

La fase de entrevistas semiestructuradas a 14 profesionales sanitarios fue retirada del diseño ejecutado. En su lugar, las respuestas abiertas de la encuesta permitieron identificar temas recurrentes desde la experiencia del usuario. Esta sustitución metodológica se informa de manera explícita en el documento y se reconoce como una limitación, dado que no recoge de forma directa la perspectiva del personal médico, de enfermería ni administrativo del servicio.

Tabla 7 Ficha técnica

Ámbito	Local
Universo	Pacientes: personas que buscan atención de emergencia en el hospital los cuales de acuerdo a información suministrada por el Hospital Universitario San José de Popayán ESE ascendieron en el año 2023 a 38.892. Personal sanitario: para el año 2025 es de 28 personas distribuido en 7 médicos generales, 7 enfermeros y 14 auxiliares de enfermería.
Tamaño de muestra	423 encuestas válidas a usuarios del servicio de urgencias. La fase de entrevistas a 14 profesionales no se ejecutó y fue sustituida por respuestas abiertas de la encuesta.
Afijación	Proporcional
Puntos de muestreo	Hospital Universitario San José de Popayán ESE
Procedimiento de muestreo	Para el desarrollo del estudio se empleó un muestreo orientado a usuarios del servicio de urgencias, consolidando 423 encuestas válidas de pacientes, acompañantes y familiares. La fase cualitativa con profesionales sanitarios prevista en el diseño inicial no se ejecutó; por ello, el componente cualitativo se desarrolló mediante respuestas abiertas de la encuesta, codificadas por temas emergentes.
Error muestral	5%
Fecha de realización	1 -20 de junio de 2025
Diseño de cuestionario y realización de trabajo de campo	Yina Andrea Romero Imbachí Jorge Alberto López Dorado

Tratamiento de la
información, análisis de
los datos y redacción de
informe

Yina Andrea Romero Imbachí
Jorge Alberto López Dorado

Nota. Elaboración Propia

7 Trabajo de Campo

7.1 Procedimientos y técnicas de análisis

El análisis de datos se realizó mediante procedimientos estadísticos descriptivos y de asociación. Inicialmente, se depuró la base de 423 encuestas, se verificaron valores válidos por variable y se organizaron frecuencias absolutas y porcentajes para las preguntas categóricas. Posteriormente, se calcularon medias, desviaciones estándar, mínimos y máximos para las variables de calidad medidas en escala Likert de 1 a 5.

La consistencia interna del instrumento de calidad percibida se estimó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, calculado sobre cinco ítems de calidad con N de referencia de 423 encuestas y valores válidos por ítem entre 417 y 420. El resultado obtenido fue $\alpha = 0,853$, interpretado como una consistencia interna alta, suficiente para respaldar la lectura agregada de las dimensiones evaluadas.

Para explorar la relación entre las dimensiones de calidad se aplicó una matriz de correlaciones de Pearson, con énfasis en precisión diagnóstica, eficacia del tratamiento, claridad de explicaciones, cuidado durante procedimientos y seguimiento posterior. Finalmente, las respuestas abiertas se analizaron mediante codificación temática inductiva, agrupando expresiones recurrentes en temas como déficit de personal, infraestructura y confort, tiempos de espera, trato humanizado, información al usuario y continuidad del cuidado.

7.2 Contribuciones originales esperadas

Esta propuesta contribuye al área de las ciencias de la salud y de la economía, porque lo que busca es promover el bienestar y mejorar la calidad de vida de los usuarios de estas

instituciones, entendiendo que los cambios en la gestión hospitalaria y la atención en salud se traducen en eficiencia en la prestación de los servicios; en este sentido, este proyecto prioriza la atención oportuna y eficiente, reduciendo tiempos de espera y mejorando la calidad del servicio en un contexto de alta demanda.

En términos de aporte a la sociedad, el proyecto fortalecerá el acceso equitativo a servicios de urgencias de calidad, beneficiando a la población de Popayán y zonas aledañas, especialmente a grupos vulnerables, estableciendo un referente de innovación en la gestión de servicios de urgencias en hospitales públicos, promoviendo la sostenibilidad operativa mediante la optimización de recursos humanos y materiales, y contribuyendo a la sostenibilidad al reducir el desperdicio de recursos mediante procesos más eficientes y al fomentar un entorno laboral mejorado para el personal médico.

Finalmente, se espera que los resultados obtenidos validen los hallazgos de los estudios referentes y aporte conocimiento sobre nuevos modelos versátiles que mejoren la satisfacción de los pacientes en las áreas de urgencias de los hospitales, en base a los recursos físicos, de infraestructura y humanos con los que cuenta cada institución, entendiendo que son diferentes por naturaleza, logrando de esta manera enriquecer la literatura sobre gestión hospitalaria en contextos de recursos limitados, para Colombia y América Latina.

7.3 Análisis de resultados

La encuesta de satisfacción fue respondida por un total de 423 participantes entre pacientes y acompañantes/familiares del servicio de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán (HUSJ). La distribución de las variables sociodemográficas se presenta a continuación.

Tabla 8 Caracterización sociodemográfica de los participantes

Variable	Categoría	n	%
sociodemográfica			
Edad	Menores de 18	27	6,4
Edad	18-30 años	81	19,1
Edad	31-45 años	111	26,2

Edad	46-60 años	120	28,4
Edad	Más de 60 años	81	19,1
Edad	No responde	3	0,7
Edad	Total	423	100,0
Género	Masculino	210	49,6
Género	Femenino	186	44,0
Género	Otro / no especifica	22	5,2
Género	No responde	5	1,2
Género	Total	423	100,0
Régimen de afiliación	Subsidiado	248	58,6
Régimen de afiliación	Contributivo	172	40,7
Régimen de afiliación	No responde	3	0,7
Régimen de afiliación	Total	423	100,0
Respondiente	Paciente	310	73,3
Respondiente	Familiar/representante	110	26,0
Respondiente	No responde	3	0,7
Respondiente	Total	423	100,0
Nivel educativo	Ninguno	68	16,1
Nivel educativo	Primaria	97	22,9
Nivel educativo	Secundaria	135	31,9
Nivel educativo	Universitario	97	22,9
Nivel educativo	Posgrado	18	4,3
Nivel educativo	No responde	8	1,9

Nivel educativo	Total	423	100,0
-----------------	-------	-----	-------

Nota. Los porcentajes se presentan sobre el total de encuestas válidas (N = 423) e incluyen la categoría “No responde” cuando aplica. Fuente: elaboración propia. 2026.

En relación con la distribución por grupo etario, el segmento más representado corresponde al rango de 46 a 60 años, con 120 participantes (28.4%), seguido del grupo de 31 a 45 años con 111 (26.2%). Los pacientes menores de 18 años son el grupo menos frecuente (n = 27, 6.4%), lo que es consistente con el perfil de una institución de mediana y alta complejidad. En cuanto al género, el 49.6% se identificó como masculino y el 44.0% como femenino, con un 5.2% que optó por otras categorías o prefirió no especificarlo.

Respecto al régimen de afiliación en salud, la mayoría de usuarios pertenecen al régimen subsidiado (58.6%), lo que refleja el perfil poblacional de referencia del HUSJ como hospital público de la red departamental del Cauca. En cuanto al nivel educativo, el nivel de secundaria es el predominante (31.9%), seguido de educación primaria y universitaria con igual proporción (22.9% cada una), en tanto que el 16.1% no tiene ningún nivel educativo formal, aspecto relevante para el diseño de estrategias de comunicación y humanización en la atención.

El 73.3% de las respuestas fueron provistas directamente por los pacientes, mientras que el 26.0% fue diligenciado por un familiar o representante, lo cual implica que la mayoría de percepciones recogidas corresponden a la experiencia directa del usuario.

7.4 Motivo de consulta, triage y razón de preferencia del HUSJ

En relación con el motivo principal de consulta, la enfermedad aguda fue la causa más frecuente (n = 172, 40.7%), seguida de la enfermedad crónica (n = 130, 30.7%) y las lesiones traumáticas (n = 90, 21.3%). Esta distribución evidencia que el servicio de urgencias del HUSJ atiende una combinación significativa de patologías agudas y crónicas descompensadas, lo que justifica la necesidad de perfiles de personal diversificados y de procesos de triage robustos.

Respecto al nivel de triage asignado, el Nivel III (Moderado) fue el más frecuente ($n = 154$, 36.4%), seguido de la categoría 'Desconocido' ($n = 141$, 33.3%), lo cual sugiere que un número importante de participantes no fue informado sobre su clasificación de triage. Esta situación es relevante desde la perspectiva de la humanización de la atención, pues el conocimiento del propio nivel de prioridad contribuye a la gestión de expectativas y a la reducción de la percepción de tiempos de espera injustificados.

Frente a la pregunta de por qué consultar específicamente en el HUSJ y no en otra institución, las respuestas se distribuyeron entre: cercanía geográfica ($n = 102$, 24.1%), calidad del personal médico ($n = 101$, 23.9%), otra razón no especificada ($n = 96$, 22.7%), calidad institucional ($n = 60$, 14.2%) y servicios ofrecidos ($n = 51$, 12.1%). Esto indica que la percepción de calidad y la confianza en el personal médico son factores determinantes para la elección del HUSJ, más allá de la simple accesibilidad geográfica.

7.5 Estadísticos descriptivos de las variables de calidad

El instrumento incluye cinco preguntas de calificación en escala Likert de 1 a 5 (donde 1 = Muy deficiente y 5 = Excelente) sobre dimensiones específicas de la calidad de la atención recibida en urgencias. La Tabla 9 presenta los estadísticos descriptivos obtenidos para estas variables, incluyendo el número de respuestas válidas (N), la media aritmética (M), la desviación estándar (DE), y los valores mínimo y máximo observados.

Tabla 9 Estadísticos descriptivos de las variables de calidad de la atención (escala 1–5)

Variable	N válido	Media	D.E.	Mín.	Máx.
Precisión del diagnóstico	420	3.81	1.07	1	5
Eficacia del tratamiento	419	3.78	1.09	1	5
Claridad de explicaciones	418	3.82	1.08	1	5
Cuidado durante procedimientos	419	3.84	1.09	1	5

Información para seguimiento	417	3.77	1.16	1	5
---------------------------------	-----	------	------	---	---

Nota. DE = Desviación Estándar. Escala: 1 = Muy deficiente, 5 = Excelente. Los valores faltantes corresponden a preguntas no respondidas.

Los resultados indican que todas las dimensiones de calidad evaluadas presentan medias superiores a 3.70 en una escala de 1 a 5, lo que refleja una percepción mayoritariamente positiva de la atención recibida. La dimensión con mayor puntuación media fue 'Cuidado y atención durante procedimientos' ($M = 3.84$; $DE = 1.09$), seguida de 'Claridad de las explicaciones brindadas' ($M = 3.82$; $DE = 1.08$) y 'Precisión del diagnóstico' ($M = 3.81$; $DE = 1.07$). La dimensión con la puntuación más baja fue 'Información para el seguimiento post-atención' ($M = 3.77$; $DE = 1.16$), siendo también la de mayor variabilidad, lo que sugiere mayor heterogeneidad en la experiencia de los usuarios respecto a este aspecto.

Las desviaciones estándar oscilan entre 1.07 y 1.16, lo que indica dispersión moderada alrededor de la media, con presencia tanto de valoraciones muy positivas (puntaje 5) como muy críticas (puntaje 1) en todos los ítems. Esto es consistente con los valores mínimos y máximos iguales a 1 y 5 respectivamente en todas las variables, lo que evidencia heterogeneidad en las experiencias de atención reportadas por los usuarios.

7.6 Consistencia interna del instrumento

Con el fin de fortalecer la validez estadística del instrumento aplicado, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach sobre los cinco ítems tipo Likert asociados a calidad de la atención: precisión del diagnóstico, eficacia del tratamiento, claridad de las explicaciones, cuidado durante los procedimientos e información para el seguimiento. El cálculo se realizó a partir de la matriz de correlaciones y las desviaciones estándar disponibles, manteniendo el criterio de consistencia interna exigido para instrumentos de percepción en salud.

Tabla 10 Estadísticos de fiabilidad del instrumento de calidad percibida

Indicador	Resultado	Interpretación
-----------	-----------	----------------

Número de ítems analizados	5	Dimensiones de calidad en escala Likert de 1 a 5
N de referencia	423 encuestas; N válido por ítem entre 417 y 420	Existieron valores perdidos mínimos por pregunta
Alfa de Cronbach	0.853	Consistencia interna alta del instrumento
Alfa estandarizada	0.853	Resultado equivalente al cálculo sobre correlaciones
Correlación interítem promedio	0.537	Asociación positiva y consistente entre dimensiones

Nota. El coeficiente se calculó con base en la matriz de correlaciones y las desviaciones estándar reportadas para las cinco variables de calidad. Fuente: elaboración propia. 2026.

El valor obtenido permite afirmar que los ítems de calidad percibida presentan una estructura interna coherente y miden un constructo común relacionado con la experiencia de atención en urgencias. En términos metodológicos, este resultado respalda el uso agregado de las dimensiones de calidad para interpretar la satisfacción general, aunque no reemplaza la necesidad de evaluar la validez de contenido, la pertinencia contextual y la estabilidad del instrumento en futuras aplicaciones institucionales.

7.7 Distribución de la satisfacción general con el servicio de urgencias

La satisfacción general con la atención recibida fue evaluada mediante una pregunta de escala ordinal con cinco categorías. La Tabla 11 presenta la distribución de frecuencias obtenida.

Tabla 11 Distribución de la satisfacción general con el servicio de urgencias

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Interpretación
-----------	------------	------------	----------------

Excelente	68	16.5%	Supera expectativas
Buena	217	52.7%	Cumple expectativas
Aceptable	97	23.6%	Expectativas parciales
Deficiente	10	2.4%	No cumple expectativas
Muy deficiente	27	6.6%	Expectativas muy bajas
No responde	4	1.0%	—
Total	423	100%	

Nota. Elaboración propia. Los porcentajes se calculan sobre el total de respuestas válidas (N = 419).

Los resultados muestran que la mayoría de los usuarios (52.7%) calificó la atención como Buena, y un 16.5% la valoró como Excelente, lo que implica que cerca del 69.2% de los participantes expresa una percepción positiva de la atención recibida en urgencias. No obstante, existe un porcentaje no despreciable de usuarios con percepciones negativas: el 6.6% calificó la atención como Muy deficiente y el 2.4% como Deficiente. Aunque la categoría Aceptable (23.6%) corresponde a una percepción intermedia, no necesariamente indica satisfacción plena.

Estos resultados son coherentes con los planteamientos del Marco Teórico del presente anteproyecto, que identifican la percepción de los usuarios como una dimensión clave de la calidad en salud y de la eficiencia operativa del servicio (Saturno-Hernández, 2024). Asimismo, los hallazgos confirman que, aunque la institución presenta una tendencia

favorable en satisfacción global, persisten brechas que justifican el diseño de una propuesta de ampliación y mejoramiento del servicio, incluyendo la planeación estratégica del talento humano.

7.8 Seguridad, participación en decisiones y problemas reportados

En cuanto a la percepción de seguridad en la capacidad del equipo médico, el 30.0% de los usuarios declaró sentirse 'Completamente seguro', el 33.1% 'En gran medida', el 32.2% 'Parcialmente', y únicamente el 3.3% expresó poca o ninguna seguridad. Esto implica que aproximadamente el 63.1% percibe un alto grado de confianza en el equipo de salud, lo que constituye un activo institucional relevante.

Respecto a la participación del usuario en las decisiones sobre su tratamiento, el 34.5% reportó haber sido involucrado 'Completamente', el 31.7% 'Parcialmente', el 27.9% 'En gran medida', y solo el 5.2% indicó no haber sido involucrado o haber tenido muy poca participación. Esta distribución sugiere que, si bien la mayoría de los usuarios percibe algún grado de participación, existe margen de mejora en la práctica de toma de decisiones compartida, aspecto fundamental del modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP).

En cuanto a los problemas experimentados durante la atención, el 42.6% de los participantes indicó no haber tenido ningún problema, el 42.6% reportó problemas menores, y el 16.8% señaló haber enfrentado problemas principales o significativos. La presencia de problemas en más de la mitad de los casos —entre menores y principales— es un hallazgo que refuerza la necesidad de fortalecer los procesos operativos del servicio de urgencias.

Respecto al conocimiento de derechos y deberes como usuario, el 50.6% respondió afirmativamente, mientras que el 48.5% declaró no conocerlos, lo que evidencia una brecha en la estrategia de comunicación y educación en derechos de los pacientes. Este hallazgo tiene implicaciones directas para el diseño de programas de humanización y pedagogía en salud.

7.9 Análisis de correlación entre variables de calidad

Con el propósito de verificar la hipótesis central de la investigación según la cual existe una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de calidad evaluadas

y la satisfacción general de los usuarios se procedió a calcular los coeficientes de correlación de Pearson entre las cinco variables de calificación (escala 1–5). La Tabla 12 presenta la matriz de correlaciones obtenida.

Tabla 12 Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables de calidad (N ≈ 417–420)

Variable	P1	P2	P3	P4	P5
	Diagnóstico	Tratamiento	Claridad	Cuidado	Seguimiento
P1	1.000	0.480**	0.524**	0.530**	0.473**
Diagnóstico					
P2	0.480**	1.000	0.568**	0.527**	0.476**
Tratamiento					
P3 Claridad	0.524**	0.568**	1.000	0.595**	0.579**
P4 Cuidado	0.530**	0.527**	0.595**	1.000	0.615**
P5	0.473**	0.476**	0.579**	0.615**	1.000
Seguimiento					

Nota. La correlación es significativa al nivel 0.001 (bilateral). P1 = Precisión diagnóstico, P2 = Eficacia tratamiento, P3 = Claridad explicaciones, P4 = Cuidado procedimientos, P5 = Información seguimiento.

Todos los coeficientes de correlación de Pearson son positivos y estadísticamente significativos ($p < .001$), lo que indica que las dimensiones de calidad evaluadas se relacionan de manera directa y consistente entre sí. Los valores oscilan entre $r = 0.473$ (par P1–P5) y $r = 0.615$ (par P4–P5), lo que corresponde a correlaciones positivas de moderadas a altas.

La correlación más elevada se presenta entre 'Cuidado durante procedimientos' (P4) e 'Información para el seguimiento' (P5) con $r = 0.615$, lo que sugiere que la percepción de calidad en el cuidado clínico y la calidad de la información post-atención son los aspectos más interdependientes desde la perspectiva del usuario. En segundo lugar, la correlación entre

'Claridad de explicaciones' (P3) y 'Cuidado durante procedimientos' (P4) con $r = 0.595$ indica que la comunicación clara es un predictor relevante de la percepción de cuidado.

Estos resultados aportan evidencia empírica en apoyo de la hipótesis de investigación planteada en el anteproyecto, que postula que existe una relación positiva y significativa entre la calidad técnica y comunicativa de la atención y la satisfacción del paciente en el servicio de urgencias del HUSJ.

7.10 Medias de calidad por nivel de satisfacción general

Para profundizar en la relación entre las dimensiones de calidad y la satisfacción global, se calcularon las medias de cada variable numérica discriminadas por categoría de satisfacción general, tal como se presenta en la Tabla 13

Tabla 13 Medias de las variables de calidad según nivel de satisfacción general

Satisfacción general	P1 Diag.	P2 Trat.	P3 Clar.	P4 Cuid.	P5 Seg.
Excelente (n=68)	4.32	4.25	4.24	4.35	4.35
Buena (n=217)	4.00	3.87	3.96	3.98	3.93
Aceptable (n=97)	3.55	3.71	3.67	3.59	3.53
Muy deficiente (n=27)	2.78	2.96	2.96	3.15	2.73
Deficiente (n=10)	1.80	1.80	2.00	2.10	1.70

Nota. P1 = Precisión diagnóstico; P2 = Eficacia tratamiento; P3 = Claridad; P4 = Cuidado; P5 = Seguimiento.

Los resultados muestran un patrón claro y coherente: a medida que aumenta el nivel de satisfacción general, las puntuaciones promedio en todas las dimensiones de calidad también aumentan de manera progresiva. Los usuarios que calificaron la atención como 'Excelente' obtuvieron medias entre 4.24 y 4.35 en todas las dimensiones, mientras que los que la calificaron como 'Deficiente' presentaron medias entre 1.70 y 2.10.

Este patrón gradual confirma que las cinco dimensiones de calidad evaluadas son predictoras significativas de la satisfacción general del usuario, siendo la información para el seguimiento (P5) y la precisión del diagnóstico (P1) las que presentan mayor variación entre los grupos extremos. Estos hallazgos tienen implicaciones directas para la priorización de las acciones de mejora que deberá incluir la propuesta de ampliación del servicio.

7.11 Comprobación de la hipótesis de investigación

La hipótesis de investigación establece que: 'Las dimensiones de calidad en la atención médica de urgencias (precisión del diagnóstico, eficacia del tratamiento, claridad de la comunicación, cuidado en los procedimientos e información para el seguimiento) se correlacionan positiva y significativamente con el grado de satisfacción general de los pacientes del Hospital Universitario San José de Popayán'. La Tabla 14 resume los pares de variables con mayor relevancia correlacional para la comprobación de esta hipótesis.

Tabla 14 Comprobación de hipótesis mediante análisis de correlación

Par de variables	r de Pearson	p-valor estimado	Decisión
P4 Cuidado ↔ P5 Seguimiento	0.615	< 0.001	Se confirma relación
P3 Claridad ↔ P4 Cuidado	0.595	< 0.001	Se confirma relación
P3 Claridad ↔ P5 Seguimiento	0.579	< 0.001	Se confirma relación
P2 Tratamiento ↔ P3 Claridad	0.568	< 0.001	Se confirma relación

P1 Diagnóstico ↔ P4			Se confirma
Cuidado	0.530	< 0.001	relación
P1 Diagnóstico ↔ P3			Se confirma
Claridad	0.524	< 0.001	relación

Nota. Todos los coeficientes son significativos al nivel $p < .001$ (bilateral). ** = correlación

significativa.

Con base en los resultados presentados, se confirma la hipótesis de investigación: existe una relación positiva, directa y estadísticamente significativa entre todas las dimensiones de calidad evaluadas. En consecuencia, las estrategias de ampliación y mejoramiento del servicio de urgencias deben abordar de manera integral las dimensiones técnicas (diagnóstico y tratamiento) y comunicativas (claridad de información y orientaciones de seguimiento), dado que son mutuamente influyentes en la construcción de la satisfacción del usuario.

7.12 Análisis cualitativo: análisis temático de respuestas abiertas

Complementariamente al análisis estadístico, se realizó un análisis temático de las respuestas abiertas de la encuesta, específicamente de las preguntas: (a) “¿Cuál fue la mejor parte de la atención médica que recibió?” y (b) “¿Qué podría mejorar la calidad de la atención por parte del personal de salud en urgencias?”. Es importante precisar que esta fase no corresponde a entrevistas al personal sanitario, debido a que las entrevistas inicialmente previstas no se ejecutaron; por tanto, los hallazgos cualitativos proceden de la voz de usuarios, familiares y acompañantes.

7.12.1 Paso 1. Familiarización con los datos

Se revisaron la totalidad de las respuestas abiertas disponibles en el instrumento ($N \approx 419$ respuestas en 'mejoras'; $N \approx 419$ en 'mejor parte'). Este proceso permitió identificar los patrones recurrentes en el lenguaje utilizado por los participantes, así como las narrativas implícitas sobre las expectativas y experiencias de atención. La lectura repetida de los datos permitió identificar que las respuestas tendían a organizarse en torno a dos ejes: las fortalezas percibidas (dimensión positiva) y los déficits identificados (dimensión de mejora).

7.12.2 Paso 2. Generación de códigos

A partir de la lectura sistemática de las respuestas abiertas, se generaron los siguientes códigos inductivos en la dimensión de mejoras: 'más personal médico', 'más camillas', 'tiempos de espera más cortos', 'más empatía y calidez', 'mejor trato', 'más especialistas', 'más rápidos los exámenes', 'más infraestructura', 'mejor comunicación', 'más humanización', 'más orden administrativo', 'más organización'. En la dimensión positiva, los códigos más frecuentes fueron: 'manejo del dolor', 'tratamiento eficaz', 'diagnóstico preciso', 'comunicación clara', 'sentirse seguro', 'instrucciones de seguimiento'.

7.12.3 Paso 3. Combinación de códigos en temas

Los códigos fueron agrupados temáticamente en función de su proximidad conceptual. La Tabla 15 presenta los temas emergentes identificados, los códigos que los conforman y la estimación de frecuencia de mención.

Tabla 15 Temas emergentes del análisis temático inductivo

Tema emergente	Códigos asociados	Frecuencia aprox.
	Más personal, falta	
1. Déficit de personal y recursos	personal, más especialistas, más médicos	Alta (>60 menciones)
2. Infraestructura y confort	Más camillas, espacio, calor, sillas, instalaciones	Alta (>50 menciones)
3. Tiempos de espera	Demora, espera larga, atención rápida, exámenes rápidos	Alta (>45 menciones)
4. Trato humanizado	Empatía, calidez, humanización, amabilidad, buen trato	Moderada (~30 menciones)

5. Calidad técnica percibida	Diagnóstico preciso, tratamiento eficaz, buen servicio	Moderada (~25 menciones)
6. Comunicación y claridad	Explicación clara, comunicación, información del diagnóstico	Moderada (~20 menciones)

Nota. Frecuencias estimadas a partir de la lectura sistemática de respuestas abiertas. Clarke & Braun (2013).

Tabla 16 Citas cualitativas representativas de respuestas abiertas por código de informante

Código de informante	Tema asociado	Fragmento representativo codificado
INF-001	Déficit de personal y recursos	“Hace falta más personal médico y de enfermería para que la atención sea más rápida, sobre todo cuando la sala está llena.”
INF-014	Infraestructura y confort	“Se necesitan más camillas, sillas y espacios cómodos para esperar sin sentirse hacinado.”
INF-037	Tiempos de espera	“La demora para pasar a valoración y para recibir resultados de exámenes es lo que más afecta la atención.”

INF-052	Trato humanizado	“El personal sabe atender, pero sería mejor que explicaran con más calma y trataran con más empatía.”
INF-088	Calidad técnica percibida	“El diagnóstico fue claro y el tratamiento ayudó, por eso la atención médica fue buena.”
INF-126	Comunicación y claridad	“Deberían informar mejor el nivel de triage, los derechos del paciente y los pasos que siguen después de la consulta.”

Nota. Los códigos de informante preservan la confidencialidad de los participantes y agrupan fragmentos breves de respuestas abiertas por tema emergente. Fuente: elaboración propia. 2026.

La incorporación de fragmentos cualitativos permite observar que las categorías emergentes no se reducen a frecuencias, sino que expresan experiencias concretas de espera, congestión, comunicación insuficiente y necesidad de trato humanizado. Estos elementos complementan los resultados cuantitativos y orientan la propuesta hacia intervenciones operativas, formativas e informativas que respondan a las condiciones percibidas por los usuarios durante el proceso de atención.

7.12.4 Paso 4. Revisión de temas

Los temas identificados fueron revisados en función de su coherencia interna y su distinción entre sí. Se verificó que cada tema agrupara códigos con suficiente similitud semántica y que no existiera solapamiento entre ellos. El tema 'Déficit de personal y recursos' fue el de mayor consistencia interna, agrupando referencias directas a la insuficiencia de médicos, especialistas y auxiliares. El tema 'Infraestructura y confort' se separó claramente

del anterior al referirse a condiciones físicas del servicio (camillas, espacio, temperatura, sillas), y no a la dotación de personal.

7.12.5 Paso 5. Determinación de la importancia de los temas

En función de la frecuencia de mención y su relevancia para los objetivos del anteproyecto, se establece que los temas de mayor peso para la formulación de la propuesta de mejora son: (1) Déficit de personal y recursos, que es transversal a la hipótesis central del estudio y se vincula directamente con la planeación estratégica del talento humano; (2) Infraestructura y confort, que tiene implicaciones directas en la propuesta de ampliación física del servicio; y (3) Tiempos de espera, como indicador de eficiencia operativa cuya mejora depende en gran medida de la disponibilidad y organización del personal.

Los temas de 'Trato humanizado' y 'Comunicación y claridad' son menos frecuentes en términos de volumen de menciones, pero de alta relevancia normativa y estratégica, dado que se alinean con la política de humanización del HUSJ y con los lineamientos de la Atención Centrada en la Persona (ACP). En cuanto a la dimensión positiva, el tema de 'Calidad técnica percibida' (manejo del dolor, tratamiento eficaz, diagnóstico preciso) fue el más frecuente como fortaleza institucional, lo que constituye un activo sobre el cual se puede construir la propuesta de mejora.

7.12.6 Paso 6. Informe de los hallazgos

Los hallazgos del análisis temático permiten concluir que la voz de los usuarios del servicio de urgencias del HUSJ es consistente en señalar dos dimensiones críticas de mejora: la suficiencia y organización del talento humano, y las condiciones físicas del servicio. Estas dos dimensiones son precisamente las que el presente anteproyecto busca abordar a través del diseño de una propuesta de ampliación del servicio orientada a la planeación estratégica del recurso humano en salud.

Adicionalmente, los usuarios valoran positivamente la competencia técnica del personal médico (diagnóstico preciso, manejo del dolor, tratamiento eficaz), lo que representa un punto de partida favorable para el fortalecimiento institucional. Sin embargo, la percepción de deshumanización en el trato aunque menos frecuente que las quejas de

infraestructura y personal es un indicador sensible que requiere atención, dado su impacto en la satisfacción global y en la reputación de la institución.

8 Propuesta de ampliación del servicio de urgencias como resultado aplicado

La presente propuesta de ampliación del servicio de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán ESE (HUSJ) se fundamenta en los hallazgos empíricos obtenidos de la encuesta de satisfacción aplicada a 423 usuarios, complementados con un análisis temático de respuestas abiertas. Los resultados evidencian que, si bien el 69.2% de los usuarios califica la atención entre buena y excelente, persisten brechas críticas asociadas al déficit de talento humano, la insuficiencia de infraestructura física y los prolongados tiempos de espera.

La propuesta se articula en torno a cuatro ejes estratégicos: (1) Dimensionamiento y planeación del talento humano en salud; (2) Ampliación y optimización de la infraestructura del servicio; (3) Gestión operativa y reducción de tiempos de espera; y (4) Humanización y comunicación efectiva con el usuario. Para cada eje se definen objetivos, estrategias, actividades, indicadores de seguimiento y responsables, con un horizonte de implementación de 24 meses.

La propuesta está concebida como un instrumento de gestión hospitalaria alineado con la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), las políticas de calidad del Ministerio de Salud y Protección Social y los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en materia de talento humano y atención de urgencias.

8.1 Diagnóstico institucional

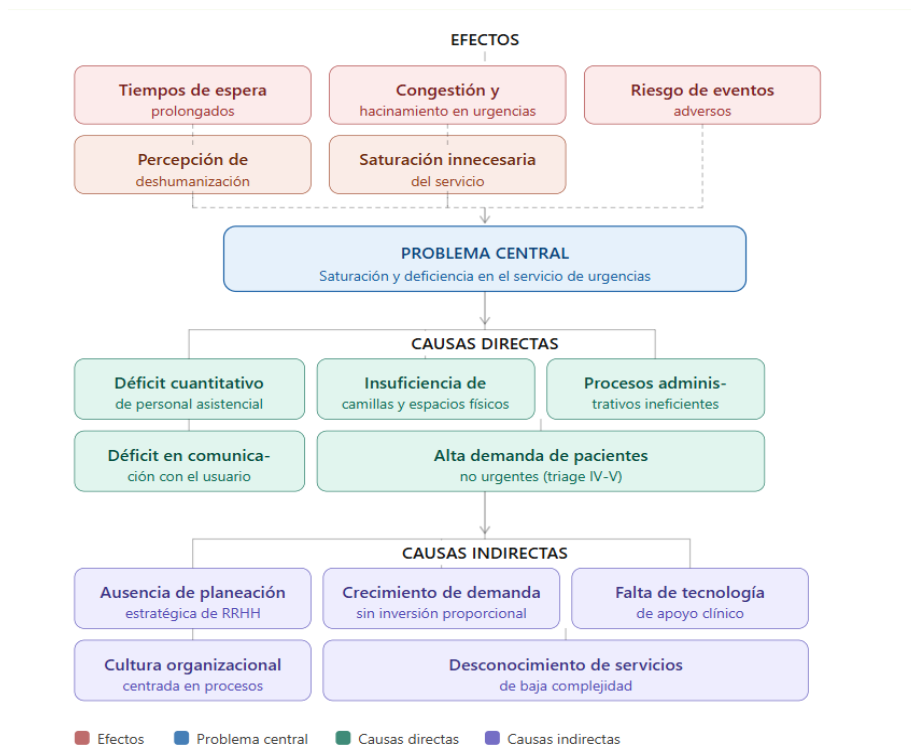
8.1.1 Contexto institucional

El Hospital Universitario San José de Popayán ESE es la institución de mayor complejidad en el departamento del Cauca, funcionando como centro de referencia para los 41 municipios que conforman la red departamental. Su servicio de urgencias opera de manera continua (24/7), atendiendo tanto pacientes por demanda espontánea como pacientes remitidos desde hospitales de nivel I y II del departamento.

La institución enfrenta una presión asistencial creciente derivada del aumento sostenido de la demanda, la complejidad clínica de los casos y las limitaciones históricas de

su capacidad instalada. Estos factores confluyen en un escenario de congestión crónica que impacta la calidad, la oportunidad y la seguridad de la atención.

Figura 2 Árbol de problemas servicio de urgencias Hospital Universitario San José de Popayán ESE.



Nota. Elaboración propia

8.2 Objetivos de la propuesta

8.2.1 Objetivo General

Diseñar e implementar una propuesta integral de ampliación del servicio de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán ESE, que incorpore la planeación estratégica del talento humano en salud, la optimización de la infraestructura física y la mejora de los procesos operativos y comunicativos, con el fin de garantizar una atención oportuna, segura y de calidad a la población del departamento del Cauca.

8.2.2 *Objetivos Específicos*

Diagnosticar el estado actual del talento humano disponible en el servicio de urgencias, identificando brechas cuantitativas y cualitativas respecto a la demanda real del servicio.

Diseñar un modelo de dimensionamiento estratégico del recurso humano que responda a la distribución de la demanda por turnos, niveles de triage y perfil epidemiológico de la población atendida.

Proponer estrategias de gestión operativa para la reducción de tiempos de espera, incluyendo la reorganización del flujo de pacientes y el uso de herramientas tecnológicas de apoyo.

Establecer lineamientos de humanización y comunicación efectiva con el usuario que fortalezcan la percepción de calidad y la experiencia del paciente en urgencias.

Definir un sistema de indicadores y seguimiento que permita evaluar el impacto de la propuesta en la calidad del servicio, la satisfacción del usuario y el desempeño del talento humano.

8.3 **Marco estratégico**

8.3.1 *Principios Orientadores*

La propuesta se fundamenta en los siguientes principios, alineados con la política pública de salud y los estándares internacionales de calidad:

Tabla 17 Principios Orientadores

Principio	Definición operacional en el contexto del HUSJ
Centrado en el paciente	Las decisiones de ampliación parten de las necesidades y expectativas de los usuarios, evidenciadas en la encuesta.
Eficiencia operativa	Optimización del flujo de pacientes, reducción de tiempos muertos y uso racional de los recursos disponibles.

Equidad	Garantizar acceso oportuno independientemente del régimen de afiliación (58.6% subsidiado según la encuesta).
Seguridad clínica	Implementación de protocolos que minimicen el riesgo de eventos adversos en el servicio de urgencias.
Humanización	Reconocimiento del usuario como sujeto de derechos con necesidades físicas, emocionales y de información.
Sostenibilidad	Diseño de estrategias viables en el marco financiero y normativo de las ESE en Colombia.

Nota. Elaboración propia

8.4 Alineación con la Normatividad Vigente

La propuesta se enmarca en el cumplimiento de las siguientes disposiciones normativas:

- Ley 100 de 1993 y sus reformas (Leyes 1122/2007 y 1438/2011): Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Decreto 780 de 2016: Decreto Único Reglamentario del Sector Salud.
- Resolución 2003 de 2014: Condiciones habilitación para servicios de salud.
- Resolución 5596 de 2015: Criterios para la clasificación de triage en urgencias.
- Política Nacional de Talento Humano en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).
- Política de Humanización de los Servicios de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).
- OPS/OMS (2021): Marco para el fortalecimiento del talento humano en salud en América Latina.

9 Ejes estratégicos de la propuesta

La propuesta se estructura en cuatro ejes estratégicos interrelacionados, cada uno con objetivos específicos, estrategias, actividades y metas medibles. Estos ejes abordan de manera integral los hallazgos del diagnóstico situacional.

9.1 EJE ESTRATÉGICO 1: Planeación Estratégica del Talento Humano

9.1.1 Fundamento empírico

El déficit de personal fue el tema cualitativo más frecuente (>60 menciones). La variable P5 'Información para el seguimiento' obtuvo la media más baja ($M=3.77$), correlacionada con P4 'Cuidado' ($r=0.615$, $p<.001$). El análisis de correlaciones confirma que el cuidado integral y la comunicación son los ejes más interdependientes en la satisfacción del usuario.

9.1.2 Diagnóstico y Dimensionamiento del Talento Humano

Se propone realizar un estudio de carga de trabajo y necesidades de personal basado en la demanda real del servicio de urgencias, utilizando metodologías estandarizadas como el método de necesidades de salud (OPS/OMS) y el análisis de carga de trabajo en atención en salud (WISN — Workload Indicators of Staffing Need).

Tabla 18 Propuesta de dimensionamiento del talento humano en urgencias HUSJ

Perfil de cargo	Situación actual	Propuesta de	Justificación
	estimada	ampliación	
Médico	Cobertura	+4 médicos	Reducir cuellos de
urgenciólogo /	deficitaria en turnos	generales urgencias	botella en valoración
general	nocturnos		inicial
	Tiempos de	+2 especialistas de	Disminuir espera
Médico especialista	espera >4 horas para	guardia (turnos)	para atención
(internista/cirujano)	especialidad		especializada

Ratio			
Enfermero(a) jefe	enfermera/paciente	+6 enfermeras jefe	Garantizar ratio
	por encima del	en rotación	seguro 1:6 en urgencias
	estándar		
Auxiliar de enfermería	Insuficiente para	+10 auxiliares de	Apoyo a
	demandas actuales	enfermería	procedimientos y triage
Camillero / auxiliar administrativo	Reportado como	+4 camilleros y +2	Fluidez en
	insuficiente	aux. administrativos	movilización y procesos
	Sin cobertura		
Trabajador(a) social	permanente en	+1 trabajadora	Atención a usuarios
	urgencias	social por turno	con dificultades sociales
Psicólogo(a) clínico	Sin cobertura en	+1 psicólogo en	Atención en crisis y
	urgencias	horario extendido	humanización

Nota. Las cifras son orientativas y deben ser validadas con el estudio WISN y el análisis de la planta actual de personal. Fuente: Elaboración propia a partir de hallazgos de la encuesta y estándares OPS/OMS.

Tabla 19 Estrategias de Gestión del Talento Humano

Estrategia	Actividades clave	Indicador	Meta a 24 meses
Rediseño de turnos y cargas laborales	Análisis de distribución	Ratio	Ratio ≤ 8
	de demanda por hora y día;	paciente/médico por turno	pac./médico en horas pico
	ajuste de turnos a picos		
	identificados		
Programa de formación continua	Capacitación en triage,	% personal	$\geq 90\%$ del
	manejo de urgencias,	capacitado/año	personal capacitado

	comunicación asertiva y		
	humanización		
Evaluación del desempeño	Implementar sistema de evaluación 360° semestral con retroalimentación	% evaluaciones aplicadas	100% del personal evaluado anualmente
Bienestar laboral y prevención del burnout	Programa de salud mental para el personal; rotación planificada de cargos de alta presión	Índice de ausentismo; rotación de personal	Reducción del 20% en ausentismo
Programa de inducción reforzada	Protocolo de inducción de 40 horas para nuevo personal de urgencias	% personal nuevo capacitado antes del 1er turno	100% cumplimiento

Nota. Elaboración propia

9.2 EJE ESTRATÉGICO 2: Ampliación y Optimización de Infraestructura

9.2.1 Fundamento empírico

La insuficiencia de camillas, el hacinamiento y las condiciones ambientales (calor, ruido, falta de espacio) fueron las quejas físicas más frecuentes en el análisis temático (>50 menciones). El 16.8% de los usuarios reportó problemas principales durante la atención, en parte atribuibles a condiciones de la infraestructura.

9.2.2 Plan de Ampliación Física del Servicio de Urgencias

Se propone un plan de ampliación física estructurado en tres fases que permita incrementar la capacidad instalada del servicio de manera progresiva y sostenible, sin interrumpir la operación del servicio durante el proceso:

Tabla 20 Plan de ampliación física del servicio de urgencias — HUSJ

Fase	Plazo	Intervención	Impacto esperado
Fase 1 Adecuación inmediata	Meses 1-6	Reorganización del layout actual; delimitación de zonas de espera diferenciadas por triage; mejora del sistema de ventilación y climatización	Reducción de hacinamiento percibido; mejora de confort ambiental
		Habilitación de 15 camillas adicionales; creación de	Incremento de capacidad operativa
Fase 2 Expansión modular	Meses 7-18	cubículos de atención diferenciados; sala de observación ampliada con 10 nuevas camas	en 30%; reducción de tiempos de espera en cama
Fase 3 Nuevas áreas especializadas	Meses 19-24	Sala de procedimientos menor independiente; área de hidratación y medicación	Descongestión del área de urgencias;
		ambulatoria; zona de atención prioritaria para adultos mayores y personas con discapacidad	atención diferenciada por perfil del usuario

Nota. Elaboración propia

Tabla 21 Dotación y Equipamiento

Elemento	Necesidad	Especificación técnica	Cantidad
	identificada	sugerida	
	Déficit crítico reportado	Camilla con barandas, frenos y colchón anti-escaras	15 unidades

Camillas			
hospitalarias			
articuladas			
Monitores de signos vitales	Insuficiencia para nueva capacidad	Monitor multiparámetro portátil con registro digital	8 unidades
Equipo de climatización	Calor reportado como problema frecuente	Sistema de aire acondicionado split o central según área	Según estudio arquitectónico
Sistema de llamado de enfermería	No reportado como disponible	Sistema inalámbrico con panel centralizado	1 sistema completo
Sillas de espera ergonómicas	Falta de espacios cómodos	Sillas con apoyabrazos, resistentes, fáciles de limpiar	40 unidades
Equipos de cómputo para triage digital	Soporte al triage informatizado	Equipos con conectividad al HIS institucional	4 equipos

Nota. Elaboración propia

9.3 EJE ESTRATÉGICO 3: Gestión Operativa y Reducción de Tiempos de Espera

9.3.1 Fundamento empírico

El 42.6% de los usuarios reportó problemas de atención (menores o principales). Los tiempos de espera fueron el tercer tema cualitativo más frecuente (>45 menciones), con referencia específica a demoras en exámenes diagnósticos y valoración médica. El 33.3% de usuarios desconoce su nivel de triage asignado.

9.3.2 Optimización del Sistema de Triage

Se propone la adopción del Sistema Español de Triage (SET) o el Sistema Manchester (MTS) con soporte informático, incorporando un módulo de triage digital integrado al sistema de información hospitalaria (HIS). Esta medida permitirá estandarizar los tiempos de primera valoración, registrar la clasificación y comunicarla proactivamente al usuario.

Tabla 22 Metas de tiempos de atención por nivel de triage

Nivel de Triage	Descripción	Tiempo de atención actual (est.)	Meta propuesta
Nivel I Crítico	Riesgo vital inmediato	Inmediato	Inmediato (< 1 min)
Nivel II Urgente	Situación urgente de alto riesgo	> 30 minutos (est.)	< 15 minutos
Nivel III Moderado	Situación urgente de menor riesgo	> 60 minutos (est.)	< 30 minutos
Nivel IV-V — No urgente	Situación de baja urgencia	> 120 minutos (est.)	< 60 minutos

Nota. Los tiempos actuales son estimados con base en las percepciones reportadas por los usuarios y la literatura revisada. Deben ser validados con los registros clínicos institucionales.

Tabla 23 Rediseño del Flujo de Pacientes

Estrategia	Descripción	Impacto esperado
Fast-track (vía rápida) para niveles IV-V	Canal de atención ágil para urgencias de baja complejidad, atendidas por médico general o	Descongestión del 25-30% del flujo principal de urgencias

	enfermera practicante, con alta en	
	máx. 2 horas	
Gestión de camas en tiempo real	Panel digital de disponibilidad de camas visible para todo el equipo; asignación por protocolos definidos	Reducción de tiempo de espera para asignación de cama en 40%
Protocolo de referencia y contrarreferencia ágil	Protocolo con tiempos máximos de respuesta para remisiones internas y externas; coordinación con unidad de referencia	Reducción de pacientes retenidos por espera de traslado
Gestión de resultados de exámenes	Sistema de alerta para resultados críticos y flujograma de respuesta médica en < 15 min para resultados alterados	Reducción de tiempo entre examen y decisión clínica
Área de medicación ambulatoria	Zona diferenciada para pacientes que requieren solo hidratación o medicamentos IV sin necesidad de cama de observación	Liberación del 15-20% de camas de observación

Nota. Elaboración propia

9.4 EJE ESTRATÉGICO 4: Humanización y Comunicación Efectiva con el Usuario

9.4.1 Fundamento empírico

El 48.5% de los usuarios no conoce sus derechos como paciente. El trato humanizado fue el cuarto tema cualitativo más frecuente (~30 menciones de empatía, calidez y humanización). El 30% reportó participación solo parcial en las decisiones de su tratamiento, indicando necesidad de fortalecer la toma de decisiones compartida.

Tabla 24 Programa de Humanización del Servicio de Urgencias

Plan de			
implementación de la propuesta de ampliación	Descripción	Responsable	Indicador
Escuela de trato humanizado	Talleres trimestrales sobre comunicación asertiva, empatía y manejo de situaciones difíciles para todo el personal de urgencias	Gestión Humana / Calidad	% personal formado / año
	Saludo estandarizado, explicación del proceso de atención y entrega de información sobre derechos al ingreso al servicio	Enfermería Triage	% usuarios que reciben información al ingreso
	Comunicación verbal y por señalización del nivel de triage asignado y tiempo estimado de espera	Médico / Enfermera de triage	% usuarios informados sobre su clasificación
Acompañante permanente	Revisión de la política de acompañante; implementación de figura de acompañante permanente	Dirección Médica	% pacientes con acompañante garantizado

para adultos mayores y

menores

Canal de atención a

Gestión de la	quejas en el servicio con	Atención al	% quejas
queja en tiempo real	resolución < 24 horas; buzón	Usuario	resueltas en < 24 h
	físico y digital en urgencias		

Nota. Elaboración propia

10 Plan de implementación de la propuesta de ampliación

El cronograma se presenta como plan de implementación de la propuesta de ampliación del servicio de urgencias, con horizonte de 24 meses. Su estructura organiza actividades por fase, responsables, indicadores y periodos de ejecución, de manera que la institución pueda convertir los hallazgos del diagnóstico en acciones progresivas, medibles y sostenibles.

Tabla 25 Plan de implementación de la propuesta de ampliación del servicio de urgencias (24 meses)

Fase	Periodo	Actividades principales	Responsables	Indicadores de seguimiento	Producto esperado
1. Preparación y gobierno del proyecto	Meses 1–3	Conformar comité de ampliación; validar línea base; aprobar alcance técnico y presupuesto preliminar.	Gerencia, Subgerencia Científica, Planeación, Calidad	Comité instalado; acta de aprobación; línea base validada	Plan operativo inicial aprobado
2. Dimensionamiento del talento humano	Meses 4–6	Aplicar análisis de carga laboral; definir perfiles, turnos, brechas de cobertura y necesidades de contratación.	Gestión Humana, Coordinación de Urgencias, Planeación	Matriz de brechas; ratio paciente/profesional; turnos críticos identificados	Plan de talento humano para urgencias
3. Adecuación de infraestructura prioritaria	Meses 7–10	Reorganizar flujos, zonas de espera, consultorios,	Infraestructura, Coordinación de Urgencias,	Avance físico; número de camillas habilitadas; flujo rediseñado	Áreas críticas optimizadas

4. Fortalecimiento tecnológico y de información	Meses 11–14	camillas, señalización y áreas diferenciadas por triage. Implementar tablero de tiempos, registro de triage, alertas de seguimiento y reportes de oportunidad. Desarrollar formación en triage, comunicación, derechos y deberes, trato humanizado y manejo de usuarios.	Seguridad del Paciente Sistemas, Calidad, Coordinación de Urgencias	Tablero activo; reportes mensuales; oportunidad registrada	Sistema de monitoreo operativo
5. Capacitación y humanización	Meses 15–17	Poner en marcha fast-track para baja complejidad, rutas de seguimiento y comunicación activa con usuarios.	Gestión Humana, Calidad, Seguridad del Paciente	Personal capacitado; evaluación de aprendizaje; quejas por trato	Equipo asistencial fortalecido
6. Implementación operativa de rutas	Meses 18–20	Comparar indicadores de línea base; ajustar turnos,	Coordinación de Urgencias, Enfermería, Admisiones	Tiempo de espera por triage; uso de ruta rápida; satisfacción	Rutas operativas implementadas
7. Evaluación, ajuste y sostenibilidad	Meses 21–24		Gerencia, Planeación, Calidad,	Cumplimiento de metas; informe de impacto; plan de mejora	Modelo de ampliación evaluado y ajustado

recursos y
procesos;
consolidar
informe final de
impacto.

Coordinación de
Urgencias

Nota. El plan se propone como ruta de implementación gradual y debe ajustarse a la disponibilidad presupuestal, contractual y operativa del

HUSJ. Fuente: elaboración propia. 2026.

11 Discusión

11.1 Confrontación de hallazgos con referentes recientes

Los hallazgos del estudio muestran que la percepción general del servicio de urgencias del HUSJ es mayoritariamente favorable, pero no suficiente para descartar brechas operativas relevantes. La satisfacción general se concentra en las categorías buena y aceptable, mientras las respuestas abiertas evidencian dificultades relacionadas con tiempos de espera, disponibilidad de personal, comodidad física y claridad de la comunicación. Esta tensión entre valoración positiva y demandas de mejora coincide con los estudios de calidad percibida en urgencias, donde el usuario puede reconocer esfuerzos asistenciales y, al mismo tiempo, señalar fallas estructurales del proceso (Saturno-Hernández, 2024).

En relación con Mora-Romero (2024), los resultados son convergentes en la identificación del tiempo de espera como uno de los factores que más afecta la percepción de calidad. En el estudio realizado en un hospital de tercer nivel de Arauca, la valoración y revaloración médica aparecieron como puntos críticos de oportunidad. En el HUSJ, aunque no se midieron cronómetros clínicos institucionales, las respuestas abiertas reiteraron la necesidad de reducir demoras para valoración, exámenes, entrega de resultados y definición de conducta, lo cual justifica estrategias de rediseño del flujo asistencial.

La comparación con Jaimes et al. (2023) permite profundizar en la lógica de los cuellos de botella. Ese trabajo, basado en simulación de eventos discretos, ubicó el triage como un punto crítico capaz de generar acumulación de pacientes y prolongación del tiempo total de atención. En el presente estudio, el triage también aparece como un componente relevante, no solo por su función clínica, sino porque el usuario requiere información clara sobre su prioridad, el tiempo estimado de espera y la ruta de atención. Por ello, la propuesta incorpora triage informatizado, metas por nivel y comunicación activa al ingreso.

Los hallazgos también se relacionan con Trujillo Solís (2024), quien asocia la saturación del área de triage con la alta demanda, el uso inadecuado de urgencias y el bajo conocimiento de los usuarios sobre las prioridades de atención. En el HUSJ, la presencia de pacientes con diferentes motivos de consulta y niveles de complejidad sugiere la necesidad de fortalecer la educación al usuario, la orientación inicial y los mecanismos de derivación

interna. Esta comparación respalda la inclusión de estrategias de humanización y pedagogía del triage dentro de la ampliación propuesta.

Frente a Brathelotti Álvarez et al. (2024), existe una coincidencia importante en la lectura multidimensional de la calidad. Dicho estudio, apoyado en SERVQUAL, identificó diferencias entre dimensiones mejor valoradas y dimensiones con brechas, especialmente en tangibles, seguridad y empatía. En el HUSJ, las variables de diagnóstico, tratamiento, claridad, cuidado y seguimiento obtuvieron medias cercanas a una valoración favorable, pero las respuestas abiertas indicaron deficiencias en infraestructura, confort y oportunidad. Esto demuestra que la calidad percibida no depende de un único atributo, sino de la interacción entre recursos físicos, talento humano y comunicación.

La referencia de Manterola Álvarez (2024) resulta útil para interpretar la capacidad de respuesta como una dimensión sensible en urgencias. Su estudio reportó que esta dimensión podía ser la de menor percepción de satisfacción, aun cuando otras dimensiones fueran mejor evaluadas. En el HUSJ, el alfa de Cronbach de 0,853 indica que los ítems de calidad presentan consistencia interna alta, pero la consistencia del instrumento no elimina la necesidad de intervenir la oportunidad de respuesta. Por el contrario, refuerza que las dimensiones evaluadas se comportan de manera articulada y deben abordarse integralmente.

Desde el enfoque de Saturno-Hernández (2024), la calidad de la atención debe entenderse como eje del sistema y no como resultado accesorio. Esta perspectiva es relevante para el HUSJ porque la ampliación del servicio no puede concebirse únicamente como aumento de camillas o consultorios; requiere un sistema de gestión que incluya liderazgo, información para la calidad, participación de usuarios, estándares, capacidad organizacional y mejora continua. En ese sentido, la propuesta formulada articula talento humano, infraestructura, tecnología, indicadores y humanización como componentes de un mismo sistema.

Los datos institucionales refuerzan la pertinencia de la propuesta. El informe SIHO 2024 reportó 135.655 consultas urgentes entre medicina general y especializada, 14.889 pacientes en observación, 167.625 días cama ocupados y 154.512 días cama disponibles, cifras que permiten estimar una ocupación hospitalaria superior al 100% (Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., 2025). Esta información propia del hospital

explica por qué la congestión de urgencias no se resuelve exclusivamente dentro del área de triage, sino que depende también de la disponibilidad de camas, egresos, flujo diagnóstico y coordinación interservicios.

La propuesta de dimensionamiento del talento humano responde a la necesidad de transformar la percepción de déficit de personal en acciones gerenciales. Las respuestas abiertas expresaron solicitudes de más médicos, enfermeras, auxiliares, camillas y orientación, lo cual se tradujo en estrategias de rediseño de turnos, fortalecimiento de perfiles, capacitación continua, bienestar laboral y seguimiento de cargas. Esta lectura es coherente con el objetivo del trabajo, porque la ampliación del servicio se vincula con la planeación estratégica del talento humano y no solo con la expansión física.

En términos de infraestructura, los hallazgos cualitativos revelaron incomodidad, hacinamiento percibido, necesidad de camillas y mejores zonas de espera. Estas percepciones guardan relación con los planteamientos de Brathelotti Álvarez et al. (2024), en los que los elementos tangibles influyen en la satisfacción del usuario. Por ello, la propuesta incluye fases de adecuación inmediata, expansión modular y nuevas áreas especializadas, con el propósito de aumentar la capacidad operativa y reducir la presión sobre observación, procedimientos, espera y atención diferenciada por nivel de complejidad.

La discusión también evidencia que la comunicación es una brecha transversal. Una proporción importante de usuarios no conoce sus derechos como paciente y las respuestas abiertas sugieren que la información sobre tiempos, clasificación, exámenes y evolución puede ser insuficiente. Esta situación no solo afecta la satisfacción, sino que aumenta la ansiedad, la percepción de abandono y las quejas. Por tanto, el plan de humanización y comunicación efectiva se justifica como una intervención de calidad, seguridad y gestión del usuario, no como un componente accesorio.

Limitaciones del estudio

Una limitación central del estudio es que la fase cualitativa inicialmente prevista con 14 profesionales no fue ejecutada. En consecuencia, el análisis cualitativo se basó exclusivamente en respuestas abiertas de usuarios, lo cual permitió identificar temas recurrentes desde la experiencia del paciente, pero no incorporó de forma directa la percepción del talento humano asistencial ni administrativo. Esta limitación afecta

especialmente la profundidad del análisis sobre cargas laborales, turnos, rotación, competencias y barreras internas de gestión.

Otra limitación se relaciona con el uso de percepciones de usuarios para formular una propuesta de ampliación. Aunque la muestra de 423 encuestas ofrece una base amplia para valorar satisfacción y necesidades, no sustituye mediciones institucionales detalladas de tiempos reales por etapa, flujos de pacientes, tiempos de laboratorio, disponibilidad de camas, productividad por turno ni costos de implementación. Por esta razón, las metas propuestas deben ser validadas por la institución mediante línea base operativa antes de su ejecución definitiva.

También se reconoce como limitación que los indicadores de capacidad instalada, ocupación y giro cama fueron calculados a partir de información institucional agregada de producción hospitalaria. Dichos indicadores son relevantes porque urgencias depende de la disponibilidad general de camas y egresos; sin embargo, no equivalen a una medición específica de camas exclusivas de urgencias ni de tiempos reales de permanencia en observación. En consecuencia, el estudio debe ser entendido como una propuesta gerencial sustentada en diagnóstico preliminar y no como una auditoría operativa exhaustiva.

Finalmente, los resultados permiten sostener que la ampliación del servicio de urgencias del HUSJ requiere una intervención progresiva, medible y articulada. La evidencia recolectada converge con los referentes analizados al señalar que la calidad en urgencias depende de oportunidad, capacidad de respuesta, infraestructura, información al usuario y talento humano suficiente. Por ello, el aporte principal del trabajo consiste en convertir los hallazgos de percepción y producción institucional en una propuesta de ampliación con horizonte de implementación, indicadores y ejes estratégicos coherentes con las necesidades del hospital.

Conclusiones

El análisis de las condiciones actuales del servicio de urgencias permitió establecer que el HUSJ enfrenta una presión asistencial significativa, explicada por el alto volumen de consultas urgentes, la ocupación hospitalaria superior al 100% y la diversidad de pacientes atendidos como institución de referencia departamental. La percepción de los usuarios

confirma que las principales brechas se relacionan con tiempos de espera, disponibilidad de personal, infraestructura, confort y comunicación durante el proceso asistencial.

La determinación de requerimientos de talento humano evidenció que la ampliación del servicio debe incorporar perfiles asistenciales, administrativos y de apoyo suficientes para responder a la demanda real. Las respuestas abiertas de los usuarios reiteraron la necesidad de más médicos, enfermeras, auxiliares, orientación y seguimiento, lo cual justifica una planeación basada en cargas laborales, turnos críticos, competencias, bienestar del personal y reducción de cuellos de botella en valoración, triage y continuidad del cuidado.

El diseño de estrategias de ampliación permitió integrar talento humano, infraestructura, tecnología, triage y humanización en una propuesta aplicada con horizonte de implementación. La propuesta no se limita a aumentar espacios físicos, sino que organiza fases de adecuación, expansión modular, fortalecimiento tecnológico, rediseño de flujos, comunicación efectiva y seguimiento de indicadores. Esta articulación responde al carácter gerencial del trabajo y fortalece la coherencia entre diagnóstico, resultados y propuesta institucional.

En conjunto, el estudio demuestra que la calidad del servicio de urgencias depende de la interacción entre capacidad instalada, oportunidad, seguridad, trato humanizado y gestión del talento humano. El alfa de Cronbach de 0,853 respalda la consistencia interna del instrumento aplicado, mientras que las respuestas abiertas complementan la interpretación de las brechas percibidas. No obstante, la ausencia de entrevistas a profesionales limita la comprensión directa de las condiciones laborales internas y debe ser considerada en futuras fases de validación.

Trabajo futuro

Como trabajo futuro se recomienda ejecutar una validación institucional de la propuesta mediante mesas técnicas con gerencia, coordinación de urgencias, talento humano, enfermería, calidad, seguridad del paciente, sistemas de información e infraestructura. Esta fase debe permitir ajustar el dimensionamiento de personal, las metas de oportunidad, el alcance físico de la ampliación y el presupuesto requerido, tomando como

punto de partida los datos reales de producción, tiempos de atención y disponibilidad de camas.

También se sugiere desarrollar una segunda fase de investigación con entrevistas o grupos focales a profesionales del servicio de urgencias, con el fin de complementar la perspectiva de los usuarios y comprender barreras internas relacionadas con turnos, agotamiento, rotación, coordinación interservicios, gestión de insumos y oportunidad diagnóstica. Esta información permitiría fortalecer el componente de talento humano y reducir la limitación metodológica derivada de no haber ejecutado las entrevistas inicialmente previstas.

Finalmente, se recomienda implementar un tablero de indicadores para monitorear tiempos por nivel de triage, ocupación de observación, giro cama, satisfacción del usuario, quejas por oportunidad, disponibilidad de talento humano por turno, ausentismo y cumplimiento del plan de ampliación. La medición periódica de estos indicadores facilitará evaluar la efectividad de la propuesta, realizar ajustes progresivos y consolidar un modelo sostenible de mejora continua en el servicio de urgencias del HUSJ.

11.2 Verificación de fuentes indexadas

Para fortalecer la trazabilidad académica de las fuentes utilizadas, se verificó la indexación de al menos tres referencias empleadas en la discusión y el marco de calidad. La verificación se reporta a nivel de revista o fuente de publicación, dado que las bases Scopus y Web of Science registran principalmente revistas y documentos según cobertura editorial.

Tabla 26 Fuentes verificadas en bases de indexación académica

Referencia utilizada	Revista o fuente	Indexación declarada
Saturno-Hernández (2024)	Salud Pública de México	Web of Science / Social
		Sciences Citation Index,
		MEDLINE, LILACS y
Litewka y Heitman (2020)	BMJ Global Health	Scopus-SJR
		Scopus,
		MEDLINE/PubMed y Web of

		Science según cobertura
		editorial del journal
Arbelaez y Patiño (2015)	International Journal of	Scopus-SJR y base
	Emergency Medicine	editorial Springer Nature
Brathelotti Álvarez et al. (2024)	Revista Cubana de	Scopus-SJR, Latindex y
	Investigaciones Biomédicas	directorios regionales de visibilidad científica

Nota. La verificación se realizó sobre la cobertura de las revistas o fuentes, no sobre métricas de citación del artículo individual. Fuente: elaboración propia. 2026.

Referencias

Alcaldía de Popayán. (2023, 4 de septiembre). Autoridades analizan soluciones para la congestión hospitalaria del Hospital Universitario San José. <https://www.popayan.gov.co/SecretariasyEntidades/secsalud/SaladePrensa/Paginas/Autoridades-analizan-soluciones-para-la-congesti%C3%B3n-hospitalaria-del-Hospital-Universitario-San-Jos%C3%A9.aspx>

Arbelaez, C., & Patiño, A. (2015). State of emergency medicine in Colombia. *International Journal of Emergency Medicine*, 8, Article 9. <https://doi.org/10.1186/s12245-015-0057-4>

Asenjo, S. (2006). *Gestión diaria del hospital*. Elsevier.

Brathelotti Álvarez, A. F., Álvarez Montalvo, A. del C., Montenegro Cueva, E. G., & Cárdenas, M. M. (2024). Calidad y satisfacción de servicios de salud pública mediante el método SERVQUAL en Latacunga, Ecuador. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 43. <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3711>

Celis, F. (2024). *TriageMobile App: Comprender el modelo de atención de urgencias en Bogotá mediante la innovación tecnológica para el uso de los servicios médicos* [Trabajo académico, Universidad Ean]. Repositorio Universidad Ean. <https://repository.universidadean.edu.co/>

Cirrus. (2021, 18 de enero). La importancia de los sistemas HIS en los hospitales. <https://www.getcirrus.com/page/la-importancia-de-los-sistemas-his-en-los-hospitales>

Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26(2), 120–123.

Congreso de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. *Diario Oficial*.

Congreso de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud. *Diario Oficial*.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>

Departamento Administrativo de la Función Pública. (1992). Decreto 412 de 1992. Por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=168564>

Fernández, A. (2015). Teoría de Orem y el proceso enfermero en las salas de urgencias. *Revista EHI*, 2(2), 8–20.

Global Health Security Index. (2021). 2021 Global Health Security Index: Building collective action and accountability. Nuclear Threat Initiative, Johns Hopkins Center for Health Security y Economist Impact. <https://www.ghsindex.org/>

Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. (2025). Informe de producción 2024: Sistema de Información Hospitalaria (SIHO). <https://hospitalsanjose.gov.co/wp-content/uploads/Documentos/Planeaci%C3%B3n%20presupuesto%20e%20informes/Metas%2C%20objetivos%20e%20indicadores%20de%20gesti%C3%B3n%20y%20desempe%C3%B1o/Metas%2C%20objetivos%20e%20indicadores%20de%20gesti%C3%B3n%20y%20desempe%C3%B1o/2024/INFORME%20SIHO%20PRODUCCION%202024.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.

James Jaimes, A., Cortes León, Y. F., & Narváez Sanabria, J. M. (2023). Modelo de mejoramiento para atención en sala de urgencias de Bogotá [Trabajo de grado, Universidad Ean]. Repositorio Universidad Ean. <http://hdl.handle.net/10882/13271>

Koehler, U., & Conradt, R. (2022). The inventor of the “triage”: Dominique-Jean Larrey (1766–1842), Napoleon’s chief military doctor. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35213925/>

Litewka, S. G., & Heitman, E. (2020). Latin American healthcare systems in times of pandemic. *Developing World Bioethics*, 20(2), 69–73. <https://doi.org/10.1111/dewb.12262>

Manterola Álvarez, D. (2024). Evaluación de la calidad de la atención en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 30 [Proyecto terminal, Universidad Abierta y a Distancia de México]. Repositorio Institucional UnADM. <https://repositoriointerno.unadmexico.mx/xmlui/handle/RepIntUnADM/2435>

Matsumoto, R. (2014). Desarrollo del modelo SERVQUAL para la medición de la calidad del servicio en la empresa de publicidad Ayuda Experto. *Perspectivas*, 34, 181–209. <https://www.redalyc.org/pdf/4259/425941264005.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Resolución 5596 de 2015. Por la cual se definen los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “triage”. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205596%20de%202015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. *Diario Oficial*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Decreto 780 de 2016. Decreto Único Reglamentario del Sector Salud. *Diario Oficial*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud. *Diario Oficial*.

Mora-Romero, A. C. (2024). Propuesta de mejoramiento en la oportunidad de la atención en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel del departamento de Arauca [Trabajo de grado, Universidad de Santander]. Repositorio UDES. <https://repositorio.udes.edu.co/entities/publication/5a053a75-0149-43c4-afab-f7bcf9a3f276>

Moreno, A., Jiménez, L., Márquez, M., & Jiménez, J. (2024). Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. *Revista Ciencias Básicas en Salud*, 2(4), 50–77. <https://ojs.unipamplona.edu.co/index.php/cbs/article/view/3290>

Novoa, C., & Morocho, S. (2024). Calidad de la atención y satisfacción de los usuarios en los servicios de emergencia del sistema de salud ecuatoriano: implicaciones para la sostenibilidad y la sociedad. *Ibero-American Journal of Education & Society Research*, 4(1), 9–15. <https://doi.org/10.56183/iberoeds.v4i1.651>

Organización Mundial de la Salud. (2023a). Patient safety.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Organización Mundial de la Salud. (2023b). WHO's response to health emergencies: Annual report 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097452>

Organización Mundial de la Salud. (2023c). Emergency care.
https://www.who.int/health-topics/emergency-care#tab=tab_1

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Colombia: Perfil de país. Salud en las Américas. <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-colombia>

Organización Panamericana de la Salud. (2024a). Avances hacia la salud universal en la región de las Américas: abordar necesidades insatisfechas de atención. <https://www.paho.org/es/documentos/avances-hacia-salud-universal-region-americas-abordar-necesidades-insatisfechas-atencion>

Organización Panamericana de la Salud. (2024b). Países de las Américas acuerdan mejorar atención quirúrgica y cuidados intensivos. <https://www.paho.org/es/noticias/3-10-2024-paises-americas-acuerdan-mejorar-atencion-quirurgica-cuidados-intensivos>

Plazzotta, F., Luna, D., & González, F. (2015). Sistemas de información en salud: integrando datos clínicos en diferentes escenarios y usuarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), 343–351.

Saturno-Hernández, P. J. (2024). La calidad de la atención como eje de los sistemas de salud. *Salud Pública de México*, 66(5), 644–652. <https://doi.org/10.21149/15725>

Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(Supl. 1), 55–68.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008

Stewart, L. (2025). Variables en la investigación. ATLAS.ti Research Hub. <https://atlasti.com/es/research-hub/variables-investigacion>

Trujillo Solís, M. A. (2024). El tiempo de espera en el área de triaje del servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Implementación de un plan de mejora

[Tesis de maestría, Universidad de las Américas]. Repositorio Digital Universidad de Las Américas. <https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/15784>

12 Anexos

Carta de aceptación de la Institución objeto de estudio

Popayán, marzo 26 del 2024

Señores,

Universidad EAN

Maestría en Administración de Empresas de
Salud Facultad de Ciencias de La Salud Bogotá
D.C.

Ciudad

Respetados señores,

Por medio de la presente nos permitimos autorizar a Jorge Alberto López Dorado, identificado con la cedula de ciudadanía Nro. 1061692633- Édison Enrique Quintero, identificado con la cedula de ciudadanía Nro. 76.327.026 – Martha Isabel Andrade Penagos, identificada con la cedula de ciudadanía Nro. 25,683,211- Yina Andrea Romero Imbachi - identificada con la cedula de ciudadanía Nro. 1061698880 , estudiantes del programa de la Maestría en Administración de Empresas de Salud Facultad de Ciencias de La Salud de la Universidad EAN, para que realice en nuestra organización HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN, su trabajo de grado titulado. Ampliación del Servicio de Urgencias en el Hospital Universitario San José de Popayán ESE con Enfoque en Atención Oportuna y eficiente, **bajo la modalidad de Monografía.**

Como empresa nos comprometemos a brindar la información requerida para adelantar este proyecto académico, así mismo, autorizamos que el documento resultado de este trabajo sea publicado en el repositorio documental Minerva de la Universidad EAN.

A continuación, relacionamos los datos de la persona que será el contacto designado por la empresa. NOMBRE DEL CONTACTO: Leonor Milena Bambagüe Meneses CARGO QUE OCUPA: Coordinadora TELÉFONO: 3203203019 CORREO ELECTRÓNICO: gestiondeproyectos@hospitalsan jose.gov.co

Cordialmente,



Leonor Milena Bambagüe Meneses

Coordinadora

Oficina Gestión de Proyectos

Hospital Universitario San José De Popayán



Encuesta de satisfacción de los pacientes del Hospital Universitario San Jose de Popayán

En el **Hospital Universitario San José de Popayán** queremos conocer su experiencia en el servicio de urgencias para seguir fortaleciendo la calidad de nuestra atención. Esta encuesta le tomará **entre 5 y 10 minutos**. Sus respuestas son **anónimas** y su participación es **voluntaria**; puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su atención. Si tiene alguna dificultad para comprender las preguntas, puede solicitar apoyo al **asistente de investigación**.

Información demográfica

Responda las siguientes preguntas sobre usted. Esta información nos permitirá comprender mejor las distintas experiencias. Sus respuestas serán tratadas de manera confidencial.

1

¿De acuerdo con los siguientes grupos de edad se encuentra?

- ☐ Menores de 18 años
- ☐ 18-30
- ☐ 31-45
- ☐ 46-60
- ☐ Más de 60

2

¿Cuál es su género?

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ Otro
- ☐ Prefiero no especificarlo

3

Nivel Educativo

- ☐ No tiene
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Universitario
- ☐ Posgrado

4

Régimen de salud

- ☐ Contributivo
- ☐ Subsidiado

5

¿Quién está respondiendo esta encuesta?

- ☐ Paciente
- ☐ Familiar o representante (en nombre del paciente)

6

¿Cuál fue el motivo principal de su visita a urgencias?

¿Cuál fue el motivo principal de su visita a urgencias

☐ Lesión (por ejemplo, fractura, corte)

☐ Enfermedad (por ejemplo, fiebre, dolor)

☐ Enfermedad crónica (por ejemplo, brote de diabetes)

☐ Otro

- ☐ Lesion
- ☐ Enfermedad
- ☐ Enfermedad cronica

https://forms.cloud.microsoft/Pages/DesignPageV2.aspx?prevo...1_0D6bojC9Jo5cQUmXyFi5UOFRQWExNQ0pKQVZSMFc3VTawWjZXOFY3WC4u

Página 3 de 9

☐ Otro

7

¿Qué nivel de prioridad en la atención (triaje) le asignaron? **(Pregunte al personal si no está seguro)**

- ☐ Nivel I (Crítico)
- ☐ Nivel II (Urgente)
- ☐ Nivel III (Moderado)
- ☐ Nivel IV-V (No urgente)
- ☐ Desconocido

Calidad de la Atención Médica

Objetivo: Evaluar la percepción de la calidad del servicio en cuanto a efectividad clínica, comunicación y seguimiento.

Instrucciones: Por favor, califique la atención médica que recibió durante su visita a urgencias.

8

¿Por qué consulto en el HUSJ y no en otros que brindan servicios en la ciudad?

- ☐ Calidad
- ☐ Servicio
- ☐ Cercanía
- ☐ Infraestructura
- ☐ Personal medico
- ☐ Otro

9

¿Considera usted que el problema de salud por el que usted consulto, es de alta complejidad o se podía atender en otro hospital?

- ☐ Alta complejidad
- ☐ Se Podria atender en otro Hospital

10

¿Cómo calificaría usted los aspectos a continuación en la prestación de servicios por parte del personal médico ?

Instrucciones: califique cada aspecto de la atención recibida utilizando la siguiente escala:

Valor	Significado
1	Muy deficiente
2	Deficiente
3	Aceptable
4	Buena
5	Excelente

1

2

3

4

5

¿Cómo calificaría la precisión del diagnóstico realizado por el médico?

☐☐☐☐☐

¿Cómo calificaría la eficacia del tratamiento recibido (por ejemplo, alivio de los síntomas o estabilización de su condición)?

☐☐☐☐☐

¿Cómo calificaría la claridad de las explicaciones brindadas por el personal de salud sobre su diagnóstico o tratamiento?

☐☐☐☐☐

¿Cómo calificaría el cuidado y la atención recibida por parte del personal de

☐☐☐☐☐

salud durante
los
procedimientos
realizados?

¿Cómo
calificaría la
información y
orientaciones
brindadas para
el seguimiento
de su caso
después de la
atención en
urgencias?



11

En general, ¿cómo calificaría la atención recibida en el servicio de urgencias en relación con sus expectativas?

☐ *Muydeficiente*

☐ *Deficiente*

☐ Aceptable

☐ Buena

☐ Excelente

12

¿Conoce usted los derechos y deberes que tiene como usuario de los servicios de salud?

☐ SI

☐ NO

Experiencia del paciente

Objetivo: identificar factores que influyen en la experiencia del paciente durante la atención en urgencias.

13

Objetivo: Identificar los factores que afectan la calidad de la atención para identificar áreas de mejora.
Instrucciones: Responda estas preguntas sobre su visita para ayudarnos a comprender mejor su experiencia deacuerdo a la escala de valoración

Escala de Valoración	
Seleccione el nivel que mejor describa la situación actual:	
Nivel	
1	No
2	No, muy poco
3	Si, parcialmente
4	Si, en gran medida
5	Si, completamente
N/A	No aplica

NoNo, Muy pocoSi, parcialmenteSi, en gran medidaSi completamente

¿Se sintió seguro de la capacidad del equipo médico para atender su condición de salud?

☐

☐

☐

☐

☐

¿Fue usted involucrado en las decisiones relacionadas con su tratamiento (por ejemplo, se le pidió su opinión o consentimiento) ?

☐

☐

☐

☐

☐

14

¿Experimentó algún problema con la atención (por ejemplo, retrasos en el tratamiento, instrucciones poco claras, errores)?

- ☐ No hay Problemas
- ☐ Problemas menores
- ☐ Problemas principales

15

¿Cuál fue la **mejor parte** de la atención médica que recibió?

- ☐ Diagnóstico preciso
- ☐ Tratamiento eficaz
- ☐ Comunicación clara
- ☐ Manejo del dolor
- ☐ Sentirse seguro
- ☐ Instrucciones de seguimiento

16

¿Qué podría **mejorar la calidad** de la atención por parte del personal de salud en urgencias?

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.

 Microsoft Forms