



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO () DE 2025

Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera – MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas en numerales, 2, 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, 42.3 y 42.5 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, 2 y 8 del artículo 2 del Decreto 4107 de 2011 y los artículos 107 y 108 de la Ley 1438 de 2011, 124 del Decreto-Ley 019 de 2012, y

CONSIDERANDO

Que de conformidad con lo establecido en los artículos 48, 49 y 365 de la Constitución Política de Colombia, la atención en salud es un servicio público cuya prestación se organiza en forma descentralizada y por niveles de atención y se encuentra a cargo del Estado, a quien corresponde establecer las políticas para garantizar a todas las personas el acceso al servicio, a través del cual se garantiza la realización del derecho fundamental a la salud, instituido mediante la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.

Que el artículo 20 de la mencionada Ley Estatutaria establece que el *"Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud"*, la cual se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que su detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Que, dentro de la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme al artículo 14 de la ley 1122 de 2007, las Empresas Promotoras de Salud-EPS, son aquellas entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones; cuya función se relaciona con la organización y garantía de la prestación del ahora Plan de Beneficios en Salud – PBS a sus afiliados a través de Prestadores de Servicios de Salud.

Que, la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, en su artículo 5 estableció como responsabilidad del Estado el formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho, realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, señalando en el artículo 7 que el Ministerio de Salud y Protección Social divulgaría evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad,

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

disponibilidad, aceptabilidad y calidad, y que con base en los resultados de dicha evaluación se deberían diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

Que el Decreto Ley 019 de 2012 modificado por el Decreto 2106 de 2019 en su artículo 123 establece que “*Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), deberán garantizar la asignación de citas de medicina general u odontología general, sin necesidad de hacer la solicitud de forma presencial y sin exigir requisitos no previstos en la ley*” y que “*La asignación de estas citas no podrá exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud. De igual forma, las EPS contarán con sistemas de evaluación y seguimiento a los tiempos de otorgamiento de citas que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación*”.

Que por su parte, el artículo 124 *ibidem*, señala que: “*La asignación de citas médicas con especialistas deberá ser otorgada por las Empresas Promotoras de Salud en el término que señale el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual será adoptada en forma gradual, atendiendo la disponibilidad de oferta por especialidades en cada región del país, la carga de la enfermedad de la población, la condición médica del paciente, los perfiles epidemiológicos y demás factores que incidan en la demanda de prestación del servicio de salud por parte de la población colombiana. (...)*”.

Que, con el fin de reglamentar parcialmente el mencionado Decreto Ley, este Ministerio profirió la Resolución 1552 de 2013, que estableció, entre otras, que las Entidades Promotoras de Salud-EPS, directamente o a través de la red de prestadores que definan, deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada, la totalidad de días hábiles del año y que dichas entidades en el momento en que reciban la solicitud, informarán al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida.

Que mediante la Resolución 256 de 2016, “*Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud*” se estableció que las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, deberán reportar conforme lo señala el Anexo Técnico 2 de dicha resolución, con el fin de realizar un seguimiento a los tiempos promedio de espera para la asignación de citas y así a futuro lograr reducirlos.

Que, el numeral 4.2 del artículo 4 de la Resolución 229 de 2020, al referirse al contenido mínimo de derechos para la elaboración de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema de Seguridad Social en Salud, mencionó entre otros el de “*Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y eficiencia y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamento que no estén expresamente excluidos del plan de beneficios financiados con la UPC*” y “*Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad, así como a los elementos y principios previstos en el artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015*”.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

Que, la Resolución 2335 de 2023, establece los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades suscritos entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud; y reglamenta la autorización de servicios programables, buscando simplificar trámites y evitar trasladar cargas administrativas a los pacientes, siendo indispensable la actualización de la información de contacto de la población atendida estableciendo mecanismos para garantizar canales eficientes y seguros de relacionamiento e intercambio de información entre las partes involucradas, priorizando medios digitales.

Que la Honorable Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760 de 2008 identificó como una de las fallas estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud los prolongados tiempos de espera y ordenó tomar las acciones pertinentes para corregir las fallas de regulación en esta materia.

Que el Auto de Seguimiento No. 584 de 2022 de la citada Corte, analizó el grado de acceso a los servicios de salud y la atención en la población sin dilaciones, encontrando que “*No obstante, echa de menos la existencia de un registro que mida el tiempo de espera de los pacientes desde que (i) ingresan a urgencia hasta que son valorados en el triage y, (ii) se cataloguen con triage I hasta que sean atendidos. Lo anterior para efectos de corroborar que la clasificación y la atención se hace de manera inmediata y así determinar si la prestación del servicio de salud es oportuna y efectiva. Tampoco se encontró que hubiera un monitoreo referente al tiempo de espera de los pacientes categorizados con triage III, IV y V, esto es, usuarios cuyo estado de salud no representa una alta gravedad o de extrema urgencia, pero que la falta de atención oportuna puede conllevar a desmejora en su condición*”, impartiendo la directriz de regular e iniciar un registro que permita recaudar información sobre el tiempo que se tarda el paciente en: “(a) ser clasificado en un nivel de triage. El reporte deberá hacerse respecto de cada uno de los cinco niveles establecidos en la Resolución 5596 de 2015; (b) ser atendido en urgencias. La medición deberá hacerse desde su ingreso y no solo a partir de su valoración en triage; (c) asignársele una cita de medicina especializada; (d) la realización y dispensación de cada uno de los procedimientos, tecnologías y medicamentos que se le han ordenado y; (e) la asignación de citas de medicina y odontología general, y especializada, así como el suministro de procedimientos y medicamentos, respecto de quienes hicieron uso del mecanismo de portabilidad; de manera que se identifiquen las dificultades que enfrentan estos usuarios una vez han hecho uso del mecanismo.”

Que, atendiendo al marco normativo y jurisprudencial descrito, se hace necesario adoptar un Modelo de Gestión de Tiempos de Espera basado en registros, que midan tiempos de espera específicos para acceder a la atención integral en el servicio de urgencias, asignación de citas con especialistas, realización de procedimientos, provisión de tecnologías en salud y dispensación de medicamentos, que incluya a los usuarios en portabilidad.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto y Alcance. La presente resolución tiene como objeto adoptar el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera – MGTE para el acceso a la atención y a las tecnologías

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

en salud. El MGTE, contenido en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución, describe elementos conceptuales para su aplicación, y está integrado por componentes que se operativizarán a través de las herramientas tecnológicas que posteriormente regulará e implementará este Ministerio para la gestión de la información.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones de que trata la presente resolución se aplicarán a:

- 2.1. Entidades Promotoras de Salud – EPS, del régimen subsidiado y contributivo.
- 2.2. Secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o la entidad que haga sus veces.
- 2.3. Prestadores de Servicios de Salud.
- 2.4. Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 3. Del registro de información para el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera. Las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud deberán usar el módulo de prescripción de tecnologías en salud del aplicativo MIPRES, o el que defina este Ministerio, según lo descrito en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución. El modelo, permite registrar, en tiempo real, la información correspondiente al ordenamiento de las consultas especializadas y tecnologías en salud que priorice este Ministerio, y realizar su seguimiento.

Artículo 4. Componentes del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera. El Modelo de Gestión de Tiempos de Espera - MGTE, tendrá los siguientes componentes:

- 4.1. Componente de gobernanza:** son todas las actuaciones, procedimientos y prácticas de gobierno y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante los que se decide y regula el funcionamiento del MGTE. La gobernanza del MGTE se rige por los principios de i) capacidad de respuesta a las necesidades de la población ii) participación, iii) responsabilidad y rendición de cuentas y vi) transparencia.
- 4.2. Componente de herramienta de monitoreo y evaluación:** Corresponde a las herramientas para registrar la información que permita monitorear cada proceso que se presenta en el SGSSS relativos a los tiempos de espera, con el fin de garantizar el acceso en términos de oportunidad. El monitoreo y el seguimiento son acciones continuas sobre indicadores del MGTE, que proporcionan información a los tomadores de decisión sobre el avance y el logro de objetivos. La evaluación, es la valoración rigurosa e independiente de actividades finalizadas o en curso para determinar el avance y logro de los objetivos.
- 4.3. Componente de sistemas de información:** corresponde a los datos e información derivados del registro de ordenamientos y prescripciones de las actividades, procedimientos o intervenciones priorizadas a través del aplicativo MIPRES y demás herramientas tecnológicas que defina este Ministerio para el seguimiento, monitoreo y evaluación del MGTE, con esta información se podrán realizar los respectivos informes

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

y la analítica de datos y visualizaciones que facilitan la toma de decisiones en la gestión de los tiempos de espera.

Artículo 5. Indicadores de medida del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera. El Modelo de Gestión de Tiempos de Espera – MGTE utilizará, indicadores de monitoreo, seguimiento y evaluación para medir el logro de sus objetivos, los cuales se incluyen en el Anexo Técnico de la presente resolución, sin perjuicio de que los actores utilicen indicadores adicionales que se consideren pertinentes.

Artículo 6. Salidas de información a partir del reporte de indicadores. Este Ministerio elaborará y dispondrá de salidas de información estadística predefinidas para comportamientos, tendencias e indicadores contenidos en el Anexo Técnico, y los pondrá a disposición de los destinatarios de la presente resolución y de la ciudadanía en general, mediante los mecanismos que se definan.

Artículo 7. Indicadores adicionales generados a partir del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera. El Ministerio de Salud y Protección Social, actualizará los indicadores definidos en el Anexo Técnico de la presente resolución, a partir de la información gestionada.

Artículo 8. Integración de datos al SISPRO. Los datos consolidados a partir del MGTE y registrados a través del aplicativo MIPRES, RIPS, y demás sistemas que conforman el SISPRO, podrán constituir fuente de información, en lo que respecta a indicadores para el seguimiento a los tiempos de espera para las consultas médicas especializadas y demás atenciones priorizadas, se integrarán por medio de las herramientas, estructuras y procesos que para tal fin disponga la Oficina de Tecnología, Información y Comunicación del Ministerio de Salud y Protección Social -OTIC, para estar almacenados en la Bodega de Datos del SISPRO, donde se integrarán, complementarán y dispondrán para los análisis y estudios que requiera el país.

Artículo 9. Propiedad intelectual. El Ministerio de Salud y Protección Social será el propietario intelectual de la información disponible en los medios digitales y electrónicos de que trata el artículo octavo de la presente resolución y deberá reconocerse como fuente al SISPRO en todo producto que use la información y al canal de este Ministerio por medio del cual se accedió a los datos, información o documentos.

Artículo 10. Monitoreo y evaluación. El comité a que hace referencia el Artículo 12 del MGTE, realizará el monitoreo y evaluación de la información reportada y propondrá recomendaciones de política, lineamientos u otras orientaciones que en el ejercicio de sus funciones considere pertinentes para el mejoramiento de la oportunidad de la atención relacionada con los tiempos de espera para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.

Artículo 11. Seguridad, responsabilidad y tratamiento de la información. Las entidades que participen en el acceso, registro, consulta, flujo y consolidación de la información, serán

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información, que le sea aplicable en el marco de las Leyes 1581 de 2012, 1712 de 2014, el Capítulo 25 del Título 2 del Libro 2 de la Parte 2 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que las modifiquen o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada sobre los datos a los cuales tienen acceso.

Artículo 12. Comité del Modelo de Gestión del Tiempos de Espera: Crease el Comité del MGTE, como responsable del componente de gobernanza del MGTE, el cual estará conformado por:

- 12.1. El Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios o su delegado.
- 12.2. El Viceministro de Protección Social o su delegado.
- 12.3. El Superintendente Nacional de Salud o su delegado.
- 12.4. El Jefe de la Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicación – OTIC del Ministerio de Salud y Protección Social o su delegado.
- 12.5. El Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social o su delegado.
- 12.6. El Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones o su delegado.
- 12.7. El Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud o su delegado.
- 12.8. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud – EPS
- 12.9. Un representante de los prestadores de servicios de salud.
- 12.10 El jefe de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, quien ejercerá la Secretaría Técnica del comité.

Artículo 13. Funciones del Comité de gestión del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera. Serán funciones del Comité de gestión del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera, las siguientes:

- 13.1. Diseñar planes de acción para reducir los tiempos de espera.
- 13.2. Realizar seguimiento al comportamiento de datos e indicadores de tiempos de espera que el sistema de información reporte.
- 13.3. Supervisar y coordinar las actividades de planeación, dirección, control y comunicación de la gestión del MGTE para garantizar la coherencia y eficacia en la dirección del modelo.
- 13.4. Asesorar al Comité de Gobernanza de Datos en el Sector Salud y Protección Social de que trata la Resolución 410 de 2024, o la norma que la modifique o sustituya, en lo referente a las funciones de dicho comité en el área de tiempos y listas de espera.
- 13.5. Definir cursos de acción de acuerdo con el seguimiento y evaluación de los datos.
- 13.6. Establecer metas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en materia de tiempos de espera para cada especialidad médica.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

13.7. Articular espacios de diálogo entre diferentes actores sectoriales e intersectoriales para el logro de acciones encaminadas a la reducción de los tiempos de espera, por ejemplo, con el sector de educación superior (formación de especialistas médicos).

13.8. Apoyar los procesos de información a pacientes frente a su responsabilidad en el sistema de salud y el impacto de la no asistencia de citas asignadas.

13.9. Definir su propio reglamento.

13.10 Las demás que le sean asignadas al interior de la instancia o que sean necesarias para su adecuado funcionamiento.

Artículo 14. Funciones de la Secretaría Técnica del Comité de gestión del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera: Serán funciones de la secretaría técnica del Comité de gestión del MGTE, las siguientes:

13.1. Convocar a los miembros del Comité.

13.2. Coordinar las actividades de apoyo necesarias para sesionar.

13.3. Administrar, archivar y custodiar la información, documentos y actas de las sesiones.

13.4. Citar y realizar sesiones ordinarias una vez cada cuatro meses. Se garantizarán tres sesiones por año.

13.5. Las demás que el Comité le asigne para el adecuado funcionamiento de la gobernanza del modelo.

Artículo 15. Progresividad del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera. El Modelo de Gestión de Tiempos de Espera tendrá una implementación progresiva para permitir la adaptación de los diversos actores del sistema; el establecimiento de la progresividad en la implementación del MGTE, se dará una vez puesto en marcha, de acuerdo con los siguientes criterios y los demás que determine necesarios el Comité de gestión del MGTE:

15.1 Establecimiento de estándares de desempeño y de oportunidad en cuanto a los tiempos de espera límite y metas para la atención en salud y la provisión de tecnologías en salud definidas por la instancia de gobernanza del MGTE.

15.2 Implementación de Listas de Espera Centralizadas para atenciones y tecnologías en salud priorizadas para las EPS.

15.3 Diversificación de Modalidades de Prestación de servicios de salud en territorios priorizados, como resultado de la gestión del MGTE.

15.4 Incremento en el alcance de actividades, procedimientos o intervenciones en salud para ser incluidas en el componente de información o ser objeto de Monitoreo y la Evaluación del MGTE.

Artículo 16. Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará la adecuada implementación del modelo de que trata la presente resolución. Las secretarías de salud departamentales y distritales de salud o la entidad que haga sus veces, harán el seguimiento y vigilancia a la operación del Modelo de Gestión Tiempos de Espera – MGTE, en el marco de sus competencias.

Artículo 17. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”*

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó:
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
Dirección de Aseguramiento en Salud
Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

ANEXO TÉCNICO

MODELO DE GESTIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA-MGTE

Introducción

Es necesario adoptar un Modelo de Gestión Tiempos de Espera - MGTE, para abordar las problemáticas identificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como las señaladas por la Corte Constitucional, de manera que se cuente con el registro que mida tiempos de espera específicos, como los relacionados con la atención integral en urgencias, la asignación y atención de citas con especialistas, y el tiempo para la realización de procedimientos, provisión de tecnologías en salud y dispensación de medicamentos, entre otros, así como el acceso a servicios para usuarios en portabilidad, para a través del seguimiento y la evaluación técnica se cuente con los aspectos de tallados a corregir u optimizar y así se corrijan las fallas estructurales del SGSSS.

Para cumplir con la directriz específica de la Corte Constitucional de regular e iniciar dicho registro, el MGTE se enfocará en el registro detallado que permita recaudar información precisa sobre el tiempo que tarda el paciente en cada una de estas etapas clave, lo cual es indispensable para monitorear y evaluar la oportunidad en la prestación del servicio de salud tal como la Corte lo requiere, para lo cual se establecen indicadores adicionales, además de los existentes, con el fin de medir el acceso efectivo a la prestación del servicio, y de esta forma establecer de manera gradual unos tiempos límite para dichos efectos, por lo cual se adoptará el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera – MGTE, dando cumplimiento a lo ordenado por la Sentencia T-760 de 2008.

En razón a que la implementación del MGTE presenta desafíos significativos y requiere la adaptación de diversos actores del sistema, cuyas fuentes de información requieren un despliegue de competencias y tecnológico de manera escalonada, con el fin de asegurar su efectividad y sostenibilidad, la implementación del MGTE se dará la progresividad en de manera progresiva.

Generalidades

Se considera el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera-MGTE, como el marco para dirigir, formular políticas, implementar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de los tiempos de espera de las atenciones en salud en el sistema de salud colombiano, encaminado a dotar al SGSSS de los medios para administrar y tramitar las demoras y listas de espera que se suceden en la atención de servicios de salud como consecuencia del rezago en la respuesta de la oferta en la prestación de esos servicios en relación con la demanda, de manera complementaria a las acciones que desarrolla el SOGCS.

Desde esta perspectiva, en lo relacionado con la gestión el MGTE, se complementa con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), en particular el Sistema de Información para la Calidad en Salud y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC,) a través de los lineamientos establecidos en el Marco General del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIGP) (2). En lo relacionado con el enfoque de política pública en salud, el MGTE pretende contribuir a mejorar los resultados en salud, de acuerdo con las directrices generales del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026, del Plan Decenal de Salud 2022-2031 y el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (3).

Objetivo

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

Favorecer el acceso oportuno, equitativo y eficiente a la atención médica especializada y otras intervenciones en salud a través de la gestión de los tiempos de espera, reconociendo las diversidades territoriales, los recursos disponibles y las experiencias acumuladas en el sistema de salud colombiano.

Definiciones

La siguiente tabla presenta las definiciones correspondientes al MGTE.

Tabla 1. Lista de definiciones de conceptos utilizados en el MGTE

Concepto	Definición
Prestación de servicios de salud:	Son los procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, y en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad).
Remisión:	Corresponde al envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las IPS a otras IPS para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el grado de complejidad que requiera la atención, dan respuesta a las necesidades de salud.
Autorización:	Es el documento o registro emitido por la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.
Agendamiento:	Es la programación de citas o intervenciones para el acceso a los servicios de salud ordenados durante el proceso de atención.
Área sanitaria	Delimitación dentro de un sistema de salud que agrupa recursos humanos, físicos y financieros destinados a satisfacer las necesidades de salud de una población específica, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria en función de las características demográficas y epidemiológicas de una población.
Demanda asistencial	El volumen total de necesidades y solicitudes de servicios de salud formuladas por una población en un período determinado. Puede estar influenciada por factores como la morbilidad, accesibilidad, campañas de salud pública y percepción de necesidad por parte de los usuarios.
Indicadores	Constructo de datos o información que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad con que se ha alcanzado un objetivo, el grado de desarrollo de las actividades y procesos, para determinar su evolución futura.
Lista de espera	El registro sistemático de pacientes que han solicitado un servicio de salud, pero que no han sido atendidos debido a limitaciones en la capacidad del sistema, se crea al priorizar y gestionar la asignación de recursos disponibles en función de criterios médicos, sociales y administrativos.
Modelo de gestión	Un marco organizativo y estratégico que guía cómo se administran y optimizan los recursos y procesos en un sistema de salud para reducir tiempos de

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

		espera. Puede incluir estrategias como la optimización de agendas, telemedicina, uso de triage, o implementación de tecnologías de información.
Oferta capacidad instalada	o	La cantidad de servicios de salud que un sistema puede proveer con los recursos disponibles en un período de tiempo específico. Esto incluye instalaciones físicas, personal médico, equipamiento y financiamiento, y se mide en términos de citas, camas hospitalarias, procedimientos o consultas disponibles.
Paciente espera	en	Un usuario del sistema de salud que ha solicitado atención médica o servicios de salud, cuya necesidad ha sido identificada pero que aún no ha recibido la intervención requerida. Los pacientes en espera pueden clasificarse según la gravedad o urgencia médica, tipo de servicio requerido o tiempo desde la solicitud inicial.
Priorización de pacientes		El proceso de clasificar y ordenar a los pacientes en listas de espera según la urgencia clínica o gravedad, el impacto en su calidad de vida, la disponibilidad de recursos y otros factores relevantes. La priorización es una elección consciente que asegura que los casos más críticos sean atendidos primero, que los recursos sean utilizados eficientemente, y que los casos no urgentes se gestionan eficazmente.
Tiempo de espera	de	El período comprendido entre la fecha en la que un paciente solicita un servicio de salud y la fecha en que efectivamente lo recibe. Este tiempo puede variar dependiendo de la demanda, oferta, urgencia del caso y eficiencia del sistema.
Tiempo Medio de Espera (TME)		Un indicador que refleja el promedio del tiempo que los pacientes esperan para acceder a un servicio de salud en un período determinado. Se calcula dividiendo la suma de todos los tiempos de espera de los pacientes entre el número total de pacientes atendidos en ese período. El TME es una medida clave para evaluar la eficiencia de un sistema de salud.

Principios del Modelo

El MGTE se orienta por los principios de:

- Acceso: a los servicios de salud por parte de la población, de acuerdo con los marcos normativos que rigen el SGSSS
- Equidad: en el acceso, permitiendo a los usuarios y pacientes obtener las prestaciones prescritas de acuerdo con la necesidad clínica y social y de utilización a partir de criterios claros de priorización de áreas y de pacientes.
- Oportunidad: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios de salud que requiere sin que se presenten retrasos que puedan poner en riesgo su vida o su salud.

Componentes del MGTE

El MGTE se organiza a partir de tres componentes o pilares que, de manera integrada, permitirán una mejor administración y trámite de las demoras y listas de espera que se suceden en la atención de salud en Colombia.

Gráfico 1. Componentes del MGTE

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud."

MODELO DE GESTIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA



- Componente 1. Gobernanza

Entendiendo que la gobernanza son todas las actuaciones, procedimientos y prácticas de gobierno y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante los que se decide y regula el funcionamiento del MGTE, para el ejercicio de ésta, se crea el Comité de gestión del MGTE, como responsable del componente de gobernanza del MGTE. La gobernanza desempeña un papel crucial en la formulación y ejecución de políticas de salud y se refiere a cómo se toman y se llevan a cabo las decisiones, desde la capacidad de los responsables políticos para tomar decisiones informadas en evidencia, hasta su habilidad para implementar políticas y alinear a diversos actores.

El componente de gobernanza en cabeza del comité de gestión del MGTE, se desarrolla a través del cuerpo colegiado, como instancia de representatividad para los diferentes actores involucrados, que desarrolle las funciones descritas en el artículo 13 de la presente resolución, teniendo en cuenta lo siguiente:

-Condiciones que configuran la Gobernanza (1):

1. **Capacidad de respuesta a las necesidades de la población:** es la aptitud para transformar las ideas en políticas viables y bien diseñadas, por medio de la formulación, supervisión y evaluación de las políticas y de gestión de los cambios requeridos en ellas cuando sea necesario. Implica la habilidad para desarrollar una política que esté alineada con los recursos en pro de los objetivos, en función de la consistencia de medios afines. Conlleva la capacidad de emplear los conocimientos necesarios para ayudar a los responsables políticos a evitar, diagnosticar o remediar los fallos y las consecuencias imprevistas de las políticas públicas.
2. **Participación:** es garantizar que las partes interesadas, afectadas por una decisión puedan expresar su opinión al respecto de forma que, al menos, se les escuche. Las partes interesadas afectadas por decisiones de política pública, tienen el derecho y la oportunidad de contribuir a las deliberaciones y decisiones pertinentes sin temor a represalias.
3. **Responsabilidad o rendición de cuentas:** es garantizar que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de cuenta de sus acciones a sus usuarios y entes de

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

control, ofrezca explicaciones y asuma las consecuencias que se deriven si las acciones no son adecuadas.

4. **Transparencia:** es un modelo en el que las organizaciones definen de manera clara y explícita, los procesos de representación, toma de decisiones y ejecución de funciones, actividades y tareas; los individuos y las organizaciones tienen una asignación clara de funciones y responsabilidades; y se informa a las partes interesadas y al público en general, sobre las decisiones, los procesos mediante los cuales estas se toman, sus motivaciones y los responsables de tomarlas.

-Metodología de medición de la Gobernanza:

La metodología de Chanturidze y Obermann para evaluar la gobernanza en sistemas de salud se basa en la agrupación de indicadores en cinco dimensiones clave: estructuras de toma de decisiones, participación de actores, transparencia e información, supervisión y regulación, y consistencia y estabilidad. Este enfoque permite analizar de manera sistemática y comparativa la calidad de la gobernanza, identificando fortalezas y debilidades en cada dimensión, y proporcionando una base sólida para la formulación de políticas y la mejora de los sistemas de salud.

Tabla 2. Medición de la gobernanza

Ejes temáticos	No.	Nombre de la línea estratégica	Temas que aborda
1. Estructuras de toma de decisiones	Línea 1	Fortalecimiento de la Gestión Institucional	Conocimiento del modelo
	Línea 2	Desarrollo del conocimiento y la información para la toma de decisiones.	Registros de solicitudes, listas de espera por especialidad y análisis de la información
2. Participación de actores	Línea 1	Identificación de actores	Actores involucrados y funciones
	Línea 2	La inclusión y la participación social para potenciar la calidad de vida.	Personas familias y red de apoyo social hacia un trabajo y articulación intersectorial.
	Línea 3	Sostenibilidad financiera del SGSSS	Alternativas de financiamiento
3. Transparencia e información	Línea 1	Sistemas de Información en Salud: Datos (datos maestros, datos de referencia, datos transaccionales y abiertos).	Entidades responsables e infraestructuras de datos
	Línea 2	Cumplimiento de guías, estándares y lineamientos en términos de transparencia.	Normatividad, lineamientos técnicos y teóricos
4. Supervisión y regulación	Línea 1	Seguimiento al cumplimiento de indicadores	Metas e indicadores por cumplir
	Línea 2	Rendición de cuentas	Normatividad, lineamientos técnicos y teóricos

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

	Línea 3	Efectividad del gobierno	Rectoría clara, coordinación pública
5. Consistencia y estabilidad	Línea 1	Directrices propias de las instancias participativas lideradas por el Comité	Reglamentos
	Línea 2	Capacitación permanente y fortalecimiento de capacidades	Lineamientos, normatividad, lecciones aprendidas
	Línea 3	Seguimiento a aspectos financieros	Rectoría clara, coordinación pública

Fuente: elaboración IETS

- **Componente 2. Herramientas de gestión, monitoreo y evaluación:**

El objetivo específico de este componente es el de otorgar herramientas informadas en la evidencia para la gestión de los tiempos de espera a nivel de la prestación de servicios de salud y la definición de métricas para el monitoreo, seguimiento y evaluación del modelo.

Este componente maneja dos subcomponentes estratégicos para la gestión de los tiempos de espera en el sistema de salud, el primero hace referencia a las herramientas que direccionan la gestión y el segundo se relaciona con un sistemas de monitoreo global para seguimiento, evaluación y control que permite: identificar los efectos de las políticas por medio de información confiable, veraz, oportuna y objetiva; establecer mediciones efectivas, periódicas y representativas del proceso de prestación de servicios en cuanto a atención especializada y otras atenciones en salud priorizadas, y en general, favorecer el acceso y la oportunidad desde una perspectiva de necesidades en salud.

-Subcomponente Herramienta de gestión de los tiempos de espera

Las herramientas de gestión con mayores impactos en los tiempos de atención, que se utilizaran en el MGTE que garantizan una gestión integral y multifacética de los tiempos de espera corresponden a las siguientes.

Herramientas desde la oferta:

- **Listas de espera centralizadas (LEC):** las LEC organizan a los pacientes en una cola a través de un punto de entrada central, asignándolos al próximo servicio disponible de un grupo de prestadores. Estas listas consolidan las listas de espera individuales de diversos proveedores de servicios u organizaciones en una “lista de espera centralizada” unificada, con el propósito de mejorar la gestión y eficiencia del acceso a los servicios (1). Para el caso del sistema colombiano, la LEC se debe conformar por la EPS a partir de las listas de su red de prestadores por territorio con la posibilidad de interoperar con las LEC de otros territorios de acuerdo con la capacidad instalada de éste para la prestación del servicio de salud solicitado.

Este registro se conforma a partir de la información registrada en MIPRES y demás herramientas determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para este fin (ver componente 3), el cual se usará una vez desarrollada la prescripción u ordenamiento por parte del prestador de servicios de salud.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

La lista se configura atendiendo a los criterios de priorización explícitos definidos en el apartado de mecanismo explícito de priorización de pacientes o los criterios que determine de manera específica el Comité de gestión del MGTE, que permitirá la asignación de los pacientes en un lugar de la lista (registro) de acuerdo con dicha priorización, antigüedad de la solicitud y con seguimiento en el proceso de atención.

En este sentido el tiempo de asignación de la consulta por primera vez por especialista no deberá exceder los términos que determina la normatividad vigente, teniendo en cuenta que para las áreas sanitarias priorizadas (por ejemplo, las especialidades relacionadas con salud materno-perinatal, pediatría u oncología) estos tiempos de asignación deben responder a las metas de los planes específicos de dichas áreas. Este tiempo de espera para la asignación será revalorado periódicamente por la instancia de gobernanza quién podrá fijar nuevos tiempos máximos de acuerdo con el comportamiento, las medidas implementadas y en general la evaluación del modelo. Las EPS podrán basar la gestión de sus LEC en experiencias exitosas que vengán desarrollando pero que garanticen listas dinámicas y actualizaciones permanentes, las cuales se implementarán de manera progresiva y en atención a las necesidades definidas por el Comité de gestión del MGTE.

- **Mecanismos e incentivos por desempeño para el primer nivel/equipos básicos:** Las EPS podrán valorar la implementación de incentivos financieros basados en la calidad y resultados de la atención proporcionada con relación a la resolutivez en el nivel primario. El modelo de compensación busca incentivar y recompensar a los prestadores de servicios, especialmente en el ámbito de la atención médica, en función de la calidad, eficiencia y resultados de la atención proporcionada a los pacientes. En este sistema, los proveedores de servicios reciben incentivos financieros adicionales basados en el logro de ciertos objetivos de desempeño predefinidos, como la mejora en la calidad de la atención, la reducción de readmisiones hospitalarias, el control de enfermedades crónicas, entre otros indicadores de resultados de salud. El pago por desempeño se basa en la idea de que, al recompensar a los proveedores por el cumplimiento de objetivos específicos de calidad y eficiencia, se puede mejorar la atención médica y los resultados para los pacientes, al tiempo que se controlan los costos. Estos programas podrán adoptar diferentes formas, desde incentivos financieros directos hasta bonificaciones, pagos adicionales por alcanzar ciertos resultados o incluso penalizaciones por no cumplir con los estándares de oportunidad establecidos.
- **Diversificación de modalidades de prestación:** como resultado de la gestión del MGTE se pretende la implementación de estrategias de modernización progresivas de la atención en función de la utilización de la telesalud en general, y la telemedicina en particular, así como la implementación de estrategias como monitoreos remotos, para el impacto en los tiempos de espera en contextos de alta centralización de servicios de salud y de existencia de barreras geográficas. En este sentido, se espera la amplificación de estas modalidades de prestación en áreas críticas, como una estrategia de apoyo fundamental para favorecer la prestación oportuna.
- **Fortalecimiento de la resolutivez en el nivel primario de atención:** con la gestión del MGTE se espera el fortalecimiento del nivel primario del sistema de salud con la intervención de los Equipos Interdisciplinarios y sus perfiles como el del médico de familia, entre otros, que robustece la toma de decisiones clínicas en este nivel de atención, así mismo, el fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia que permiten

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

una mejor coordinación entre niveles para posibilitar un impacto positivo en la reducción de los tiempos de espera.

- **Aumento de la capacidad instalada:** Una consecuencia del seguimiento al acceso a los servicios de salud mediante la medición del desempeño de los tiempos de espera permite la identificación de necesidades relacionadas con la gestión y ajuste de la oferta de servicios de salud en su capacidad instalada a nivel nacional desagregada por región, departamento o municipio, prestador de servicios de salud. Lo anterior de acuerdo con la disponibilidad de recursos de infraestructura tanto públicos como privados de consultorios, camas, camillas, salas de cirugías y salas de procedimientos, sillas, ambulancias y unidades móviles que permite cuantificar el potencial de oferta de servicios en las dimensiones de atención de procedimientos quirúrgicos, consulta especializada, traslados de ambulancia, estancias en unidades de cuidado intensivo e intermedio neonatal, pediátrico, adulto, estancias en unidades de quemados, cuidado básico, de salud mental, atención oncológica, quimioterapias, diálisis y hemodiálisis, incluso de atención de urgencias. En general la información de gestión del MGTE determina en cierto grado la capacidad de respuesta a nivel nacional para atención médica según la demanda insatisfecha y necesidades de la población, que permita una adecuada organización y planificación en la prestación asistencial, asignación de recursos, gestión y atención médica y consecuente abordaje en el objetivo de optimización de tiempos y listas de espera.

Herramientas desde la demanda:

- **Mecanismo explícito de priorización de pacientes:** para la priorización de pacientes en el marco de la configuración de la lista de espera, se aplicará el mecanismo explícito de priorización que seguirá esta regla de priorización que combina criterios clínicos y antigüedad de solicitud. El criterio clínico será establecido directamente por el prescriptor que solicita la remisión a la consulta especializada o realiza el ordenamiento de la intervención en salud, con base en su juicio clínico. Los niveles de prioridad habituales son:
 - Emergencia/Inmediato: pacientes con afecciones potencialmente mortales o emergencias médicas graves que requieren atención inmediata.
 - Urgente: pacientes con afecciones graves que exigen una atención rápida pero que no ponen en peligro su vida de forma inmediata.
 - Semi-urgente: pacientes con afecciones que requieren atención médica en un plazo razonable.
 - No urgente/rutinario: pacientes con afecciones que no ponen en peligro la vida y que pueden esperar a ser atendidos sin riesgo significativo.

Los gestores de la LEC, para ubicar un paciente en la lista, tendrán en cuenta tanto los criterios clínicos como los recursos locales, la antigüedad de la solicitud. La prioridad del paciente podrá modificarse de acuerdo con el seguimiento que desde el primer nivel se realice, esto implica una mayor coordinación entre niveles y prestadores que hacen parte de la red con gestión de la EPS respectiva.

- **Educación y corresponsabilidad/Información para pacientes:** tanto la evidencia como el diálogo con actores del sistema de salud muestran la preocupación por el impacto de las inasistencias a las citas asignadas, si bien esta proporción no se ha estimado, se

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

busca que con el control de la LEC se logre conocer dicho impacto, pero sobre todo, realizar una gestión eficiente de las no asistencias de modo que la propia lista posibilite agendamientos para nuevos pacientes en el caso de las inasistencias de otros. Esto va acompañado de un trabajo de corresponsabilidad y de formación en deberes para los usuarios del sistema de salud, acción que se desarrolla con el trabajo articulado de las organizaciones de pacientes y de la sociedad civil.

Desde la intersectorialidad

- **Educación médica:** se propende el trabajo articulado para la formación médica en especialidades de áreas sanitarias priorizadas o críticas de modo que se favorezca la capacidad instalada y la disponibilidad de profesionales especializados. De manera que los resultados de la gestión de MGTE permita ayudar en la evaluación del impacto del programa nacional de residencias médicas, así como la generación de información que permita la toma de decisiones en la formación del talento humano en salud.

-Subcomponente Sistema para el monitoreo y la evaluación

Este subcomponente será operado e implementado de manera progresiva por el Ministerio de Salud y Protección Social y define las métricas requeridas para una adecuada monitorización y evaluación de los tiempos de espera. Las métricas establecidas se dan de acuerdo con el siguiente cuadro:

Tabla 3. Métricas para la medición de los tiempos de espera

Dimensión	Nombre	Métricas
Tiempo de espera 1	Remisión al especialista por parte de un no especialista	Momento en que usuario/paciente recibe una remisión a una especialidad por parte de un prescriptor no especialista hasta el momento en el que se le asigna la cita con el especialista requerido. Unidad de medida: días calendario
	Espera para autorización	Tiempo que transcurre entre la remisión, la autorización y la asignación de la cita
Tiempo de espera 2	Cita con especialista de primera vez	Momento en que usuario/paciente se le asigna una cita para especialista hasta el momento en el que recibe de manera efectiva la primera atención por parte del médico especialista. Unidad de medida: días calendario Incluye una submétrica que permita medir los vencimientos de autorización
Tiempo de espera 3	Tecnologías prescritas	Momento en que al usuario/paciente se le prescribe

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud."

		una tecnología por parte del prescriptor especialista y el momento en el que se realiza efectivamente el acceso a dicha tecnología. Unidad de medida: días calendario
Tiempo de espera 4	Remisión al especialista por parte de un especialista	Momento en que usuario/paciente recibe una remisión a una especialidad por parte de un prescriptor especialista hasta el momento en el que se le asigna la primera atención por parte de un segundo especialista. Unidad de medida: días calendario
Tiempo de espera 5	Atención por segundo especialista	Momento en que usuario/paciente recibe una asignación de cita a una especialidad por parte de un prescriptor especialista hasta el momento en el que se da efectivamente la primera atención por parte de un segundo especialista. Unidad de medida: días calendario

- **Componente 3. Sistema de información**

Este componente será operado e implementado de manera progresiva por el Ministerio de Salud y Protección Social y corresponde al pilar que asegura la información necesaria y confiable que permite obtener un diagnóstico adecuado por el MGTE y la posibilidad de encontrar las oportunidades de mejora. El sistema de información se asegura de recopilar la información completa y suficiente para desarrollar a cabalidad cada índice involucrado en las medidas de desempeño.

Una utilidad entre otras de las LEC ayudar a predecir el tiempo de espera de los pacientes de tal manera que ayuda a la gestión de políticas preventivas que se adelanten a posibles cambios y demoras en las listas de espera (2).

El sistema de información además de la recolección de la información, desarrolla los procesos de analítica de datos requerido para que dicha información pueda evidenciar el desempeño de los tiempos de espera. De otra parte, el conjunto de acciones que incluyen la recolección, el procesamiento, el análisis, la categorización y aprovechamiento de la información corresponde a la analítica de datos del MGTE. El ejercicio requerido para la analítica de la información a nivel nacional se apoyará en las últimas tecnologías de Inteligencia Artificial y Big Data para su gestión y el cumplimiento de su propósito principal que corresponde al logro de una atención en salud más oportuna y fundamentada en la toma de decisiones, que se traduce en una mayor eficiencia y calidad en la atención en salud que conduce a la atención en plazos razonables con la reducción los retrasos innecesarios.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

Dentro del MGTE el propósito del sistema de información es posibilitar el acceso a datos que permitan la medición, seguimiento y monitoreo permanente de los tiempos de espera, a través de herramientas TIC efectivas, para generar información estratégica en beneficio de la gestión de los tiempos y listas de espera en el sistema de salud. De manera específica este componente busca:

1. Recolectar datos e información necesaria y suficiente, transparente, medible, y confiable y actualizada para el estudio del sistema de gestión de tiempos de espera.
2. Garantizar la seguridad y protección de información privada y clasificada de cada individuo y entidad relacionada.
3. Recopilar información que sea transversal y comparable entre individuos y entidades al igual que comparable a través del tiempo.
4. Utilizar datos para identificar y disminuir los tiempos de espera.
5. Aplicar análisis de datos para asignar recursos de manera eficiente y planificar citas de manera efectiva.
6. Utilizar datos para evaluar y mejorar constantemente los procesos de gestión de listas de espera en el sistema de salud.

-Sistema de información y variables

Teniendo en cuenta que el desarrollo MIPRES corresponde a una herramienta tecnológica implementada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que permitió inicialmente a los profesionales de la salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) o servicios complementarios. Esta plataforma facilita la gestión integral de las prescripciones, optimizando procesos, asegurando la trazabilidad y transparencia en la prestación de servicios de salud (4).

Adicionalmente, a partir de la Circular Externa 007 de 2023, la versión del MIPRES 3.0 (en pilotaje) también incluye algunas tecnologías y servicios financiados con la UPC. A su vez, el artículo 3, numeral 3.22 de la Resolución 740 de 2024, modificado por el artículo 1 de la Resolución 2622 de 2024, define que las tecnologías en salud financiadas con la UPC que se prescriben a través de MIPRES corresponden a “medicamentos de control especial, medicamentos monopolio del Estado y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC definidas para monitorización”. Estas últimas corresponden, según el artículo 37 de la Resolución 740 de 2024, modificado por el artículo 4 de la Resolución 2622 del 23 de diciembre de 2024, a aquellos “que el Ministerio de Salud y Protección Social determine monitorear, en procura de la protección del derecho fundamental a la salud, el acceso oportuno y efectivo, y la continuidad de la prestación de los servicios de salud”.

Por su parte, el artículo 36 de la precitada Resolución 740 indica que a través de MIPRES también “podrán prescribirse medicamentos de control especial y de monopolio del Estado, financiados o no con recursos de la Unidad de Pago por Capitación — UPC, mediante la implementación del Recetario Oficial Electrónico — ROE como parte de la herramienta tecnológica” sujetando el inicio de la operación del módulo del ROE a la expedición de la regulación correspondiente. La Resolución 740 de 2024 también expresa que la gestión y actualización de MIPRES para incluir tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC hace parte de lo indicado en la orden vigesimotercera de la Sentencia T-760 de 2008.

En el marco de la implementación del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera-MGTE, es esencial contar con un estándar de datos robusto que permita el seguimiento y control eficiente de los tiempos de espera, por lo cual las funcionalidades del desarrollo MIPRES, se utilizarán para el registro de los datos requeridos para el análisis y gestión de los tiempos de espera, específicamente a partir del Módulo de Prescripción, sumado a los desarrollos tecnológicos que determine el Ministerio de Salud

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud."

y Protección Social, lo que implica la implementación del catálogos de procedimiento CUPS existentes que corresponderán a las actividades, procedimientos o intervenciones de interés para determinar los tiempos del espera dentro del MGTE.

El alcance actual de las intervenciones objeto de seguimiento, evaluación y monitoreo se realizará para los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se incluirán para su aprobación ante el Comité Coordinador de MIPRES del Ministerio de Salud y Protección Social.

-Procesos

Desde cada uno de los actuales roles y funcionalidades dentro del MIPRES, de los agentes del sistema involucrados en la gestión y monitoreo de los tiempos de espera en particular EPS y prestadores de servicios de salud, se podrá realizar el diligenciamiento de la información requerida para la adecuada implementación del modelo. Teniendo en cuenta la estructura actual, se espera de cada agente las siguientes acciones en función de los roles y funcionalidades que determina MIPRES:

- Prescriptor:

Desde el módulo de prescripciones, solicitar la consulta especializada de acuerdo con el contenido del catálogo de los procedimientos y su respectivo código e incluir el nivel de priorización de la solicitud de consulta de acuerdo con su criterio clínico siguiendo las categorías de MIPRES: Emergencia/Inmediato, Urgente, Semiurgente, o No urgente/rutinario. Los demás datos son los datos ya existentes y rutinarios del módulo de prescripción.

- EPS:

Teniendo en cuenta su rol en la gestión del riesgo y la representación del usuario ante el prestador y el sistema, una vez se active la solicitud, la EPS contará con la información necesaria para la configuración y gestión de su Listas de Espera Centralizadas y, a partir del criterio de prioridad, designará al proveedor correspondiente de acuerdo con su red y odónde se garantice el servicio de consulta médica especializada.

- Prestador:

Una vez se cuente con la autorización o designación, prestará y registrará la atención del paciente.

-Implementación progresiva y control de calidad de datos

La incorporación de actividades, procedimientos o intervenciones para el monitoreo de gestión tiempos de espera se llevará a cabo de manera progresiva, lo cual permitirá evaluar la calidad de la información, la eficiencia del proceso y la facilidad con que los actores se adaptan a los nuevos lineamientos, antes de extender el alcance a un número mayor de intervenciones en salud.

- Características de la información

- a. **Transparencia:** cada usuario y cada entidad deben tener total conocimiento del uso que se le dará a la información que provean, de forma que esta sea usada exclusivamente para los objetivos previamente informados. De igual forma, la información que provea cada usuario y cada entidad debe contener datos confiables que puedan ser

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

- corroborados con la información presentada por los demás participantes del estudio. Los resultados deben ser públicos y visibles de una forma amigable y comprensible a usuarios de múltiples contextos (7,6).
- b. **Medible:** la información obtenida debe tener una clara escala de medición, que permita hacer un análisis tanto cuantitativo como cualitativo y así mismo un adecuado diagnóstico de cada entidad y el sistema en su totalidad (8). Las escalas también permiten a cada entidad y parte interesada comprender la metodología de evaluación. De igual forma, el usuario final entenderá con mayor claridad el desempeño de las entidades basándose en métricas observables con un sistema de referencia explícito.
 - c. **Confiabilidad:** la información diligenciada tiene que ser verificada en su calidad, de forma que el análisis sea completo y certero. Se debe tener una validación adecuada de los registros obtenidos(9). La validación de los registros hará que aquellas entidades cuyos datos no cumplan con las condiciones de validación de MIPRES, SISPRO o el sistema de información que se utilice, no sean considerados para el análisis nacional.
 - d. **Privacidad:** el sistema y el proceso deben proteger la privacidad tanto de usuarios como entidades, asegurando que la información no pueda ser usada por terceras partes o en intereses ajenos al estudio y a los intereses de las partes involucradas. Toda la información debe estar protegida y amparada bajo una regulación clara y transparente de habeas data (10).

Estas condiciones están sujetas a las reglas de negocio que garantizan la integridad y confiabilidad de la información registrada y que hacen parte del funcionamiento propio de la herramienta MIPRES, incluyen definir longitudes máximas para cada campo (por ejemplo, limitar los dígitos en el consecutivo de registro), formatos obligatorios (fechas, códigos, identificaciones) y listas de selección para variables categóricas, además de la restricción de valores a los catálogos autorizados (p. ej., CUPS, CIE-10).

-Análítica de datos

La analítica se enfoca en el estudio de datos a través de métodos científicos y herramientas automáticas. Su propósito es descubrir hechos, interacciones, patrones no evidentes, relaciones entre variables y tendencias que ofrecen una comprensión profunda de sucesos previamente escondidos debido a su difícil medición y análisis. Según su finalidad, la analítica será descriptiva, diagnóstica, predictiva o prescriptiva (11).

En este contexto, se utilizará para este fin la metodología del enfoque de proceso estándar intersectorial para la minería de datos CRIPS DM, por sus siglas en inglés (12). Este enfoque, estructurado y altamente eficiente, consta de seis etapas fundamentales que abarcan desde la investigación y la ideación, pasando por la exploración de datos, la preparación de datos, la modelación, la evaluación y, finalmente, el despliegue. Esta metodología proporciona una sólida estructura para analizar y mejorar los tiempos de espera en el sistema de salud. La implementación de la analítica de datos es un proceso continuo, que realizará una evaluación continua para medir los resultados y ajustar las estrategias según sea necesario, esto garantizará que la gestión de tiempos de espera sea eficiente y eficaz a lo largo del tiempo.

La analítica de datos tiene un papel crucial en la gestión de tiempos de espera en salud, con un enfoque en el análisis cuantitativo. Este análisis se divide en categorías que incluyen análisis descriptivo, diagnóstico, exploratorio, predictivo y prescriptivo. Cada uno de estos tipos de análisis cuenta con un papel único en la comprensión de los tiempos de espera y la toma de decisiones.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

El modelo abarca la analítica descriptiva (estadísticas de los tiempos de espera), diagnóstica (causas de demoras), predictiva (estimación de volúmenes y anticipación de la demanda), prescriptiva (optimización de recursos y reducción de cuellos de botella) y adaptativa (ajustes en tiempo real ante cambios en la oferta y la demanda). Estas categorías representan tipos de aplicaciones potenciales que se revisará y ajustará en función de los resultados obtenidos, en busca fortalecer la toma de decisiones y propiciar la mejora continua en la gestión de los tiempos de espera.

Indicadores de medida del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera

-Indicadores de monitoreo

Los indicadores que se presentan, buscan permitir la realización diferentes cruces de la línea base, con el objetivo que las diferentes partes interesadas del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera-MGTE, puedan acceder y crear consultas con la información básica a voluntad de sus necesidades de investigación esto mediante los mecanismos de disposición y visualización de la información que defina el Ministerio de salud y Protección Social.

Se consideran estos indicadores para un seguimiento mensual en una primera etapa.

- Tiempo promedio de espera de servicio

Sirve para conocer la media de atención. Esta dada tanto por especialidad o servicio solicitado. Incluye la asignación de la cita y la atención efectiva, es decir, que se preste la atención por el especialista o se provea el servicio de salud.

- Homogeneidad de tiempos de atención del servicio

Es la desviación estándar obtenida de los datos de tiempos de espera, la cual sirve para conocer como es la dispersión de los tiempos por especialidad.

- Cercanía de tiempos de atención por especialidad médica

Es la curtosis o medida estadística que describe la forma de una distribución de probabilidad, que se obtiene a partir de la media y la desviación estándar de los tiempos de espera. Esto permite conocer si los tiempos de espera son similares o están en un rango muy cercano a las medias de servicio por especialidad.

- Promedio de personas en espera de servicio

Es la media de personas en espera del servicio.

- Distribución de pacientes por tiempos de espera.

Es un conjunto de rangos para agrupar el número de pacientes según el tiempo por el que han esperado, a partir de la prestación del servicio. Esta clasificación es la siguiente (2):

- Hasta 90 días.
- 91-180 días.
- 181-365 días
- >365 días

Una segunda etapa del monitoreo se presenta mediante un informe semestral en el que se mostrará:

- Tiempo promedio de espera de servicio por sexo (según documento categoría legal)

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

- Tiempo promedio de espera de servicio por entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal región.
- Tiempo promedio de espera de servicio por grupo etario¹
- Tiempo promedio de espera de servicio por entidad
- Ordenamiento de tiempos promedios de espera por entidad (lista de entidades de menor tiempo de espera a mayor)
- Homogeneidad de tiempos de atención del servicio por sexo
- Homogeneidad de tiempos de atención del servicio por región
- Homogeneidad de tiempos de atención del servicio por grupo etario
- Homogeneidad de tiempos de atención del servicio por entidad
- Promedio personas en espera de servicio por sexo (según documento categoría legal)
- Promedio personas en espera de servicio por región
- Promedio personas en espera de servicio por grupo etario
- Promedio personas en espera de servicio por entidad

-Indicadores de seguimiento

Para esta parte de la gestión, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá el mecanismo de presentación y visualización de esta información para lo cual el Comité del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera, realizará un informe anual en el cual se realizará una comparación de los distintos indicadores con el año inmediatamente anterior. En la implementación del primer año del MGTE, este informe anual corresponde al punto de partida o línea de base para que desde el segundo año se realice la comparación y de esta manera el seguimiento.

Dentro del marco de seguimiento, se aplicarán estos indicadores cuyo objetivo es medir el cambio porcentual del sobre los tiempos de espera y personas en espera de atención desagregados por especialidades o intervenciones. Esto con el fin de realizar el seguimiento al monitoreo. A continuación, se presentan dichos indicadores:

1. Porcentaje de cambio en tiempo promedio de espera de servicio
2. Porcentaje de cambio en tiempo promedio de espera de servicio por departamento
3. Porcentaje de cambio en tiempo promedio de espera de servicio por sexo (según documento categoría legal)
4. Porcentaje de cambio en tiempo promedio de espera de servicio por región
5. Porcentaje de cambio en tiempo promedio de espera de servicio por grupo etario
6. Porcentaje de cambio en tiempo promedio de espera de servicio por entidad
7. Porcentaje de cambio en promedio de personas en espera de servicio
8. Porcentaje de cambio en promedio personas en espera de servicio por departamento
9. Porcentaje de cambio en promedio personas en espera de servicio por sexo (según documento categoría legal)
10. Porcentaje de cambio en promedio personas en espera de servicio por región
11. Porcentaje de cambio en promedio personas en espera de servicio por grupo etario
12. Porcentaje de cambio en Promedio personas en espera de servicio por entidad

-Indicadores de evaluación

¹ Clasificación de acuerdo con la Resolución 3280 del 2008 por cursos de vida: primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y vejez (60 años y más) (25).

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

Para este indicador se establece un umbral estadístico para la evaluación del seguimiento y el monitoreo.

1. Calificación del servicio por tiempo promedio de espera

Este indicador se realiza mediante el desarrollo del siguiente intervalo de confianza:

$$-Z_{\frac{\alpha}{2}} \frac{\sigma}{\sqrt{n}} \leq \underline{X} \leq Z_{\frac{\alpha}{2}} \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Donde: \underline{X} es el promedio de tiempo de espera por especialidades, σ la desviación estándar y $Z_{\frac{\alpha}{2}}$ valor de función normal a dos colas con 90% de confianza.

Es de aclarar que esta es una solución a la evaluación desde un punto de vista netamente estadístico, cuyo respaldo se basa en metodologías de estimaciones de datos. Este indicador se presenta dentro del informe anual y será comparativo año a año de la siguiente manera: aquellos tiempos de espera por cada una de las especialidades que estén por fuera del rango presentado en el año inmediatamente anterior, son susceptibles de tener una alerta ya sea por aumento o reducción en su valor.

En términos operativos, los datos requeridos para el cálculo de estos indicadores provienen de la información registrada en el aplicativo MIPRES o por el mecanismo que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con los indicadores aquí presentados.

La instancia de gobernanza analizará la información respectiva para la toma de decisiones sobre los tiempos de espera para consulta especializada o de acceso a otros servicios de salud en el sistema de salud.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión Tiempos de Espera-MGTE, para el acceso a la atención y las tecnologías en Salud.”

Referencias

1. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud I. Tiempos de oportunidad - gestión del acceso con oportunidad (“gestión de listas de espera” relacionado con la Orden 16 de la Sentencia T-760/2008). Informe de revisión normativa. Bogotá; 2023 Dec.
2. Banco Interamericano de Desarrollo, Ministerio de Salud de Chile. Como-acortar-las-listas-de-espera-en-los-sistemas-publicos-de-salud-aprendizajes-de-tres-pilotos-implementados-en-Chile. 2023. Report No.: Nota técnica del BID; 2852.
3. Powers J, McGree JM, Grieve D, Aseervatham R, Ryan S, Corry P. Managing surgical waiting lists through dynamic priority scoring. *Health Care Manag Sci.* 2023 Sep 28;26(3):533–57.
4. Siciliani L, Borowitz M, Moran V, editors. *Waiting Time Policies in the Health Sector.* OECD; 2013.
5. Williamson A PP. *Waiting for prosperity: Modelling the economic benefits of reducing elective waiting lists in the NHS.* 1st ed. IPPR, editor. Vol. 1. 2023.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. [cited 2024 Nov 24]. MIPRES: Central de prestadores de servicios. Available from: <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx>
7. Department of Health. *Waiting List Action Plan* [Internet]. 2023.
8. Hanning M M de PCMJOM van RP. *Waiting Lists and Waiting Times in Health Care - Managing Demand and Supply.* 2001.
9. Powers J, McGree JM, Grieve D, Aseervatham R, Ryan S, Corry P. Managing surgical waiting lists through dynamic priority scoring. *Health Care Manag Sci.* 2023 Sep 28;26(3):533–57.
10. SEDISA. *Gestión de las listas de espera desde la perspectiva de la gestión sanitaria profesionalizada.* Madrid; 2016.
11. DNP. *Política nacional de explotación de datos (Big Data).* 2018. 12. IBM. *Manual CRISP-DM de IBM SPSS Modeler.* 2012.
12. Instituto de Evaluación de Tecnológica en Salud. *Modelo de Gestión de los Tiempos de Espera.* 2023.