Artículo 11. *Evaluación.* El Ministerio de Salud y Protección Social, con el liderazgo de la Dirección de Promoción y Prevención y el apoyo metodológico de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales o quienes hagan sus veces, realizará una evaluación sobre los indicadores del Plan de Acción, a los cinco (5) años de expedida la presente política, y otra evaluación al finalizar la implementación de la misma, adoptando el procedimiento de Elaboración de Estudios Sectoriales y Política Pública del Ministerio de Salud y Protección Social dispuesto para tal fin.

Artículo 12. *Actualización.* La Política Pública para la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento integral de la Endometriosis, así como las condiciones para la operatividad del Registro de Pacientes con Endometriosis, se actualizarán conforme los avances y estudios científicos que se obtengan en la materia.

Artículo 13. *Vigencia y derogatoria*. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá D. C., a 6 de octubre de 2025.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002117 DE 2025

(octubre 16)

por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE), para el acceso a la atención y a los servicios y tecnologías en salud.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas en los 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 Ley 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, 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, *por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*.

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 el artículo 5° de la precitada ley estableció como responsabilidad del Estado el formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo de aquel derecho, así como de realizar evaluaciones sobre los resultados obtenidos de su cumplimiento. Seguidamente, su artículo 7° prescribe que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá divulgar evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, considerando los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, y con base en los resultados conseguidos se diseñarán e implementarán políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

Que, dentro de la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme al artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento.

Que, la Honorable Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760 de 2008 reconoce los prolongados tiempos de espera en la atención en salud y en el numeral décimo sexto ordenó adoptar las medidas necesarios para superar las fallas en la regulación en los planes de beneficios, asegurando que sus contenidos sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Que el Decreto Ley 019 de 2012, *por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública,* modificado por el Decreto número 2106 de 2019, establece en su artículo 123, la obligación a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de garantizar la asignación de citas de medicina general u odontología general sin exigencias adicionales y dentro de los tres días hábiles a su solicitud, previendo adicionalmente la necesidad de que estas cuenten con sistemas de evaluación y seguimiento a tales tiempos de otorgamiento, los que deben reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación.

Que, por su parte, el artículo 124 *ibidem*, respecto de la asignación de citas con especialista, determinó que estas deben ser otorgadas en el término que establezca esta Cartera Ministerial, lapso gradual que deberá atender, entre otros, a la disponibilidad de oferta por especialidades en cada región del país, la carga de la enfermedad de la población, la condición médica del paciente y los perfiles epidemiológicos.

Que, con el fin de reglamentar parcialmente el mencionado Decreto Ley, este Ministerio profirió la Resolución número 1552 de 2013, que estableció en su artículo 1º, entre otras disposiciones, 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 número 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 la información detallada en los anexos técnicos 2 y 3 del citada acto administrativo, con el fin de realizar un seguimiento a los tiempos promedio de espera para la asignación de citas y así a futuro lograr reducirlos, indicadores que contemplan mediciones de desempeño en el marco del Sistema de Información para la Calidad, definido mediante el Decreto número 1011 de 2006, *por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud,* como uno de sus componentes, cuyo contenido fue compilado en el Decreto Único 780 de 2016 reglamentario del sector salud.

Que el numeral 4.2 del artículo 4° de la Resolución número 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, incluyó, 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 en general, 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.

Que, mediante Auto número 584 de 2022, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, declaró un nivel bajo de cumplimiento respecto de la orden decimosexta (16) de la Sentencia T-760 de 2008, pronunciamiento que implica adoptar las medidas necesarias para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios, asegurando que sus contenidos sean precisados de manera clara, actualizados integralmente, unificados para ambos regímenes y oportuna y efectivamente suministrados por las EPS.

Que, la regulación a expedirse deberá incentivar a EPS y entidades territoriales a garantizar a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho y desincentivar la denegación de los servicios de salud, correspondiendo al Ministerio de Salud y Protección Social definir tiempos máximos para la asignación de citas y procedimientos, registrar en detalle los tiempos de espera en diversos servicios de salud (incluyendo urgencias, citas especializadas y generales, dispensación de medicamentos y portabilidad), y crear e implementar instrumentos para disminuir problemas de sobrecupo, traslado de pacientes y falta de agendas.

Que, de otra parte, la Resolución número 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, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, reglamentando la autorización de servicios programables, con el propósito de simplificar trámites y evitar trasladar cargas administrativas a los pacientes, resultando imprescindible 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 mediante la Resolución número 740 de 2024, *por la cual se actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la UPC y se dictan otras disposiciones* y su modificatoria, Resolución número 2622 de 2024, este Ministerio actualizó el procedimiento del uso de la herramienta tecnológica MIPRES, como instrumento para registrar, direccionar, suministrar y reportar estas tecnologías, determinando en su artículo 37 el uso de la citada herramienta para el monitoreo de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que este Ministerio determine explícitamente, con el fin de garantizar la protección del derecho fundamental a la salud, así como el acceso oportuno, efectivo y la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

Que, por su parte, el artículo 36 *ejusdem* previó 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.

Que, adicionalmente, en cumplimiento del mandato previsto en la orden décimo novena de la referida Sentencia T-760 de 2008, relativa a la obligación a cargo de las EPS de remitir informes trimestrales respecto de los servicios y tecnologías de salud ordenados por el médico tratante y negados a sus usuarios, este Ministerio expidió la Resolución número 1632 de 2025, a través de la cual estableció el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en ambos regímenes y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, entre otras disposiciones.

Que, la Corte Constitucional en su Auto número 1174 de 2025 de seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, al declarar un nivel de cumplimiento bajo del componente de oportunidad en la prestación de los servicios de salud de la orden décimo sexta (16) de la citada Sentencia T-760 sostuvo, entre otros aspectos, que, respecto de la prestación de los diferentes servicios de salud persiste la falta de parámetros técnicos claros para determinar la oportunidad o no en el servicio, situación que conlleva a que se mantenga la radicación de quejas, reclamos y acciones de amparo para acceder a ellos.

Que, por otra parte, el modelo de atención en salud adoptado mediante el Decreto número 858 de 2025, *por la cual se sustituye la parte 11, del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, relativo al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo,* tiene como propósito garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, fortaleciendo la gobernanza territorial, el cuidado integral en el contexto de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), promoviendo la coordinación intersectorial y fortaleciendo la atención primaria. La implementación del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE) debe armonizarse con las directrices generales de este Modelo.

Que, en el marco del citado Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, el Ministerio de Salud y Protección Social debía determinar la organización funcional para la gestión territorial integral en salud pública en regiones y subregiones, considerando criterios como tipologías de municipios, acceso, cobertura, capacidades territoriales e infraestructura sanitaria, argumentos a partir de los cuales expidió la Resolución número 1789 de 2025, *por la cual se determinan las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establece la metodología para su tipificación, organización y actualización en el marco del proceso de territorialización del Cuidado Integral de la salud en el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo*, organización funcional que resulta clave para la planificación, gestión y evaluación de las intervenciones del cuidado integral de la salud, garantizando una respuesta articulada, oportuna, equitativa y contextualizada, que en últimas guía también la presentación de los resultados y comportamientos del MGTE en estas regiones y subregiones funcionales.

Que, en atención al marco normativo y jurisprudencial descrito, se hace necesario adoptar un Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE), como herramienta de apoyo a la toma de decisiones, orientada a fortalecer el proceso de atención y el acceso oportuno a los servicios de salud, mediante la construcción gradual de estándares relacionados con tales tiempos de espera, basado en registros que midan tiempos de espera específicos para acceder, entre otros, a servicios como la atención integral de urgencias, la asignación de citas con especialistas, la realización de procedimientos, la provisión de tecnologías en salud y la dispensación de medicamentos, que incluya a los usuarios en portabilidad.

Que, el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera debe incluir procesos de seguimiento, evaluación e implementación progresiva, a partir de cuyos resultados sea posible identificar fallas estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud y precisar los aspectos que deben corregirse y optimizarse para mejorar el acceso y la atención.

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) contenido en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución, para el acceso a la atención y a las tecnologías en salud, el cual está integrado por componentes que se operativizarán en los términos establecidos en el artículo 8° de la presente resolución, a través de las herramientas tecnológicas que ponga a disposición el Ministerio de Salud y Protección Social, para la gestión de la información, en articulación con el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

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

2.1. Entidades promotoras de salud o las entidades que hagan sus veces y las entidades adaptadas.

2.2. Secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces.

2.3. Prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos.

2.4. Otros proveedores de tecnologías en salud.

2.5. Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

2.6. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres).

2.7. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Artículo 3°. *Del registro de información para el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE).* Las entidades promotoras de salud, los prestadores de servicios de salud y demás proveedores de tecnologías en salud, deberán usar el módulo de prescripción de tecnologías en salud del aplicativo MIPRES, o el que defina este Ministerio, en los términos descritos 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. Se incluyen las tecnologías en salud financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que el Ministerio determine monitorear, y los medicamentos de control especial y los de monopolio del Estado, de conformidad con las Resoluciones números 1478 de 2006, 318 de 2023, 740 de 2024 y 2622 de 2024 o las normas que las modifiquen o sustituyan, con las restricciones que procedan para las prescripciones exclusivas en recetario oficial.

Parágrafo. La información registrada del MGTE constituirá un insumo para la Superintendencia Nacional de Salud, en la identificación de posibles negaciones de servicios sin justa causa, conforme con lo dispuesto en la Resolución número 1632 de 2025 o la norma que la modifique o sustituya, en particular lo relativo a mecanismos de alarma, señalados en su artículo 6°.

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 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, iv) transparencia.

4.2. **Componente de herramientas de monitoreo, seguimiento y evaluación:** corresponde a las herramientas para registrar la información que permitan monitorear cada proceso que se presenta en el Sistema General de Seguridad Social en Salud relativos a los tiempos de espera. 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, logro de los objetivos y cumplimiento de metas y estándares.

4.3. **Componente de sistemas de información:** incluye los datos e información derivados del registro de prescripciones, reportes, ordenamientos y suministro de tecnologías en salud y servicios complementarios realizados a través del aplicativo MIPRES y otras herramientas tecnológicas definidas por el Ministerio. Esta información permitirá la elaboración de informes, análisis de datos y visualizaciones que faciliten la toma de decisiones en la gestión de los tiempos de espera. A través de este componente se reportarán los avances y resultados en la reducción de los tiempos de espera para acceder a servicios de salud a nivel nacional, reconociendo que el acceso oportuno es esencial para garantizar calidad y satisfacción en la atención. Se articulará con los mecanismos de reporte establecidos en el artículo 6° de la presente resolución.

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 otros adicionales que los actores utilicen por considerarlos pertinentes.

Los indicadores del MGTE deberán ser implementados y reportados por los actores responsables en el Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud SIAPS, como parte del seguimiento a la implementación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Parágrafo. Los umbrales específicos por especialidad y los algoritmos de cálculo se establecen en el Anexo Técnico y podrán ser ajustados por el Comité Técnico del MGTE según evidencia epidemiológica y capacidad instalada territorial.

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 el tablero de control que el Ministerio diseñará para este fin.

Artículo 7°. *Indicadores adicionales generados a partir del MGTE.* Este Ministerio, además de los indicadores definidos en el Anexo Técnico de la presente resolución, a partir de la información gestionada, podrá definir otros para la determinación de tiempos de espera y para el acceso efectivo a los servicios de salud, para lo cual publicará y mantendrá actualizado el catálogo y las fichas técnicas de sus indicadores y las estimaciones de otros indicadores disponibles, incluyendo aquellos orientados a la calidad en salud y los resultados clínicos, en articulación con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

Lo anterior constituirá fuente de información para la gestión de los tiempos de espera para las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los organismos de Inspección, Vigilancia y Control.

Artículo 8°. *Régimen de transición para la implementación del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE).* La implementación del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE) se desarrollará en tres fases sucesivas, con el fin de garantizar su adecuación técnica, operativa y normativa, así como su articulación efectiva con los sistemas de información y los procesos de inspección, vigilancia y control del sistema de salud, así como con el mecanismo de alarma establecido en la Resolución número 1632 de 2025, así:

8.1. **Fase I (meses 0–6):** comprende el análisis técnico de los resultados iniciales derivados de la aplicación referencial del MGTE, la validación de datos y metodologías de cálculo, y la consolidación de líneas base que orienten los procesos de priorización y ajuste de los tiempos de espera existentes propuestos.

8.2. **Fase II (meses 7–12):** corresponde a la implementación progresiva del modelo en servicios priorizados por condición clínica, ámbito de atención, por regiones y subregiones funcionales establecidas en la Resolución número 1789 de 2025, con el fin de validar operacionalmente los tiempos de referencia propuestos, fortalecer los mecanismos de reporte, y ajustar las herramientas tecnológicas de soporte y análisis. Se probará el sistema en territorios o servicios específicos antes de aplicar medidas vinculantes a todo el país y se validarán las fuentes de información y estructuras de datos que alimentarán la norma de registro de negaciones.

Para el caso de servicios o tecnologías de salud negados con mayor frecuencia, según reportes derivados de las Resoluciones números 3539 de 2019 y 1632 de 2025, o las que las modifiquen o sustituyan, en esta fase se definirán estándares normativos regionales o subregionales, que permitan avanzar en la gestión de alarmas según lo señalado en el artículo 6° de la precitada Resolución número 1632 de 2025.

8.3. **Fase III (a partir del mes 13):** consiste en la adopción de los tiempos de espera que se definan como estándares normativos, así como la activación progresiva de los sistemas de monitoreo, reporte y activación de alertas institucionales, incluyendo el mecanismo de alarma para negaciones de servicios sin justa causa.

Artículo 9°. *Integración de datos al SISPRO*. Los datos consolidados a partir del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera y registrados a través del aplicativo MIPRES, RIPS, y demás sistemas que conforman el Sistema Integrado de Información de la Protección Social -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, las que se integrarán por medio de las herramientas, estructuras y procesos que para tal fin disponga la Oficina de Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) de este Ministerio, 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.

Se garantizará la calidad, confiabilidad e interoperabilidad de los datos fundamentales para la toma de decisiones y la generación de alertas en el sistema de salud.

Artículo 10. *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 9º de la presente resolución y deberá reconocerse en todo producto que use esta información, al SISPRO y al Modelo de Gestión de Tiempos de Espera como fuentes, así como al canal de este Ministerio por medio del cual se accedió a los datos, información o documentos.

Artículo 11. *Monitoreo y evaluación.* El Comité Técnico del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera, de que trata el artículo 13 de la presente resolución, 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, así como para la activación oportuna de los mecanismos de alerta ante negaciones de servicios sin justa causa.

Artículo 12. Seguridad, responsabilidad y tratamiento de la información. Las entidades que participen en el acceso, registro, consulta, flujo y consolidación de la información, en el marco de sus competencias, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos personales y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el Decreto número 1377 de 2013, el Capítulo 25 del Título 2 del Libro 2 de la Parte 2 del Decreto número 1074 de 2015 y demás normas que las modifiquen o sustituyan.

En virtud de lo anterior, dichas entidades serán responsables de garantizar la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información y datos a los cuales tengan acceso, asegurando en todo momento los principios rectores del tratamiento de datos personales, tales como finalidad, libertad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad.

Cuando el tratamiento de la información involucre datos personales sensibles, las entidades deberán cumplir estrictamente con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, implementando las medidas técnicas, humanas y administrativas necesarias para prevenir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado, o para fines distintos a los autorizados en la presente resolución.

Artículo 13. *Comité Técnico del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera*. Créese el Comité Técnico del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera, como responsable del componente de gobernanza del modelo, el cual estará conformado por:

13.1. El(La) Viceministro(a) de Salud Pública y Prestación de Servicios o su delegado.

13.2. El(La) Viceministro(a) de Protección Social o su delegado.

13.3. El(La) Jefe de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC) o su delegado.

13.4. El(La) Director(a) de Prestación de Servicios y Atención Primaria o su delegado.

13.5. El(La) Director(a) de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones o su delegado.

13.6. El(La) Director(a) de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud o su delegado.

13.7. El(La) Director(a) de Promoción y Prevención de este Ministerio o su delegado.

13.8. El(La) Jefe de la Oficina de Calidad o su delegado.

13.9. El(La) Director(a) de Medicamentos y Tecnologías en Salud o su delegado.

13.10. El(La) Superintendente Nacional de Salud o su delegado.

13.11. El(La) Director(a) General de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) o su delegado.

13.12. El(La) Director(a) Ejecutivo(a) del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) o su delegado.

Parágrafo 1°. A las sesiones se podrán convocar técnicos o a quienes soliciten los miembros, quienes asistirán con voz, pero sin voto.

Parágrafo 2°. La Subdirección de Prestación de Servicios de esta cartera ministerial ejercerá las funciones de secretaría técnica.

Artículo 14. *Funciones del Comité Técnico del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera.* Serán funciones del Comité Técnico del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera, las siguientes:

14.1. Asesorar al Ministerio de Salud y Protección Social en materia de tiempos de espera.

14.2. Proponer planes de acción para reducir los tiempos de espera, incluyendo la definición de criterios específicos de priorización de patologías con alta incidencia, prevalencia, mortalidad o riesgo en salud pública.

14.3. Realizar seguimiento al comportamiento de datos e indicadores de tiempos de espera que el sistema de información provea.

14.4. Supervisar y coordinar las actividades de planeación, dirección, control y comunicación de la gestión del MGTE para garantizar la coherencia y eficacia en gestión del modelo.

14.5. Asesorar al Comité de Gobernanza de Datos en el Sector Salud y Protección Social en lo referente a los tiempos de espera y el flujo de información para la identificación de negaciones de servicios.

14.6. Sugerir cursos de acción de acuerdo con el seguimiento y evaluación de los datos.

14.7. Proponer metas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en materia de tiempos de espera para cada especialidad médica, procedimientos o provisión de tecnologías en salud priorizadas, considerando la disponibilidad real de oferta, la carga de la enfermedad de la población, los perfiles epidemiológicos, las diversidades territoriales y las capacidades instaladas, en concordancia con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo y la Resolución número 1789 de 2025.

14.8. Articular espacios de diálogo entre diferentes actores sectoriales e intersectoriales para el logro de acciones encaminadas a la reducción de los tiempos de espera, en especial con el sector de educación superior para la formación de especialistas médicos, en el marco de la Política Pública de Talento Humano en Salud establecida en la Resolución número 1444 de 2025.

14.9. Asesorar a este Ministerio en la gestión de procesos de información a los pacientes frente a sus responsabilidades en el sistema de salud, incluidas las relacionadas con la asistencia a las atenciones en salud y el impacto de la inasistencia a las citas asignadas.

14.10. Definir su propio reglamento.

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

Artículo 15. *Funciones de la Secretaría Técnica del Comité Técnico del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera.* Serán funciones de la Secretaría Técnica del Comité Técnico del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera, las siguientes:

15.1. Convocar a los miembros del Comité Técnico del MGTE.

15.2. Coordinar las actividades de apoyo necesarias para sesionar.

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

15.4. Citar y realizar sesiones ordinarias una vez cada tres meses. Se garantizarán cuatro sesiones por año, sin perjuicio de las sesiones extraordinarias que se consideren necesarias.

15.5. Consolidar y remitir los informes trimestrales de avance, monitoreo y evaluación para su publicación en la página web del MSPS.

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

Artículo 16. *Participación de actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. El Comité Técnico del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE), propondrá a este Ministerio un procedimiento participativo, público, colectivo y transparente para la elaboración, discusión y validación de los productos técnicos vinculados al Modelo de Gestión de Tiempos de Espera.

Este procedimiento garantizará la participación de diversos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo expertos clínicos, representantes de entidades promotoras de salud, prestadores de servicios, asociaciones de pacientes, veedurías ciudadanas y demás actores sociales relevantes.

Las actuaciones y resultados que se realicen en el marco de este procedimiento serán publicados en la página web oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, asegurando el acceso público y la transparencia de las discusiones.

Para participar en el proceso participativo, los interesados deberán registrarse previamente a través de la plataforma digital que habilite este Ministerio, donde podrán acceder a toda la documentación, aportar observaciones y solicitar su participación en sesiones técnicas o mesas de trabajo.

Artículo 17. *Articulación con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.* El Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE), se implementará en articulación con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo y con la organización funcional territorial para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública prevista en la Resolución número 1789 de 2025.

Los criterios de gestión y priorización de los tiempos de espera en las distintas atenciones se ajustarán a las regiones y subregiones funcionales determinadas por este Ministerio, reconociendo las diversidades territoriales, las particularidades epidemiológicas y la capacidad instalada en cada ámbito territorial.

Artículo 18. *Progresividad del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera.* El Modelo de Gestión de Tiempos de Espera tendrá una implementación progresiva que reconozca la diversidad de condiciones del sistema, permitiendo la adaptación de los diversos actores institucionales y territoriales, acorde con las fases del régimen de transición definidas en el artículo 8º de la presente resolución.

La progresividad en la implementación se dará en los siguientes aspectos y en los demás que determine este Ministerio, conforme con las recomendaciones que efectúe el Comité Técnico del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera:

18.1. Establecimiento de estándares de desempeño y oportunidad para los tiempos de espera límite y metas para atenciones y provisión de tecnologías en salud de acuerdo con la recomendación efectuada por el Comité Técnico del MGTE a este Ministerio.

18.2. Implementación de Listas de Espera Centralizadas (LEC) para atenciones, servicios y tecnologías en salud priorizadas por las EPS.

18.3. Diversificación de modalidades de prestación de servicios de salud en regiones o subregiones funcionales priorizadas, como resultado de la gestión del MGTE.

18.4. Despliegue de los componentes sistema para el monitoreo, seguimiento y la evaluación como el de información.

18.5. Incorporación de intervenciones y tecnologías en salud para Monitoreo, la aproximación inicial 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 ampliar el alcance.

18.6. Monitoreo y Seguimiento del sistema de indicadores del MGTE, en cuanto al alcance de las intervenciones y tecnologías a incluir, así como la periodicidad en la medición de estos.

Artículo 19. *Inspección, vigilancia y control*. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará la implementación del modelo de qué trata la presente resolución. Las secretarías de salud departamentales y distritales o las entidades 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, articulándose para tal fin con la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 20. *Vigencia y derogatorias.* La presente resolución rige a partir de su expedición.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 16 de octubre de 2025.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

(C. F.).

ANEXO TÉCNICO

MODELO DE GESTIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA-MGTE

Introducción

Con el propósito de abordar las problemáticas identificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como las señaladas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 en relación a la necesidad de que los planes de beneficios en salud sean suministrados por las EPS de forma oportuna y efectiva, resulta fundamental adoptar un Modelo de Gestión Tiempos de Espera - MGTE, 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 que a través del seguimiento y la evaluación técnica se cuente con los aspectos a corregir u optimizar y así se corrijan las fallas estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud-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 las etapas del ciclo de atención, información indispensable para monitorear y evaluar la oportunidad en la prestación del servicio de salud, 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 la atención, por lo cual se adopta el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera – MGTE, en ejercicio de la rectoría de este Ministerio y acatando la orden décimo sexta de la Sentencia T-760 de 2008. Este modelo se articula con la Resolución 1632 de 2025, o la norma que la adicione o sustituya, que establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud y el procedimiento para el reintegro de recursos; información necesaria para la identificación de inoportunidades que puedan configurar una negación sin justa causa y la activación de los mecanismos de alarma.

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 de acuerdo con las fases que define el régimen de transición determinado en la Resolución que adopta el presente anexo y su progresividad.

Generalidades

Se considera el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera-MGTE, como el marco que brindará la información necesaria para dirigir, formular políticas, implementar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de los tiempos de espera de las atenciones en salud en el SGSSS, encaminado a dotar al sistema de los medios para administrar y tramitar las demoras y listas de espera que 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 las necesidades en salud de la población, de manera complementaria a las acciones que desarrolla el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud-SOGCS.

Desde esta perspectiva, la gestión del MGTE se complementa con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud - SOGCS, en particular con el Sistema de Información para la Calidad en Salud y el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC. 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 adoptado por el Decreto 858 de 2025, en el marco de lo 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

Garantizar 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, por medio de la provisión de información confiable que permita apoyar la toma de decisiones que optimicen el proceso de atención, a través de la construcción progresiva de estándares a partir del seguimiento y evaluación del desempeño y la oportunidad en la provisión de servicios de salud en el sistema, reconociendo las diversidades territoriales, los recursos disponibles y las experiencias acumuladas.

Definiciones

Además de las definiciones previstas en el Decreto 858 de 2025 y las Resolución 1632 y 1789 de 2025, se tendrán en cuenta las siguientes:

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

Concepto	Definición
Agendamiento	Es la programación de citas o intervenciones para el acceso a los servicios de salud ordenados durante el proceso de atención.
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.
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, en atención a la capacidad de respuesta del sistema o 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 espera, buscando la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios.
Oferta o capacidad instalada	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 en espera	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.
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).
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.
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.
Tecnologías Estratégicas en Salud (TES)	Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro, medicinas y terapias alternativas y complementarias, servicios y procedimientos desarrollados mediante esquemas colaborativos públicos o mixtos, con el propósito de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y el cuidado integral de la salud, de acuerdo con las prioridades en salud pública del país y en concordancia con lo establecido en la Ley 2386 de 2024.
Tiempo de espera	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: permitir 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 el usuario tiene de obtener los servicios de salud que requiere sin que se presenten retrasos que puedan poner en riesgo su vida o su salud.
- Eficiencia: mejor utilización social y económica de los recursos, eliminando duplicidades y optimizando los procesos para lograr los objetivos del MGTE.

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

Componente 1. Gobernanza

La gobernanza se entiende como el conjunto de actuaciones, procedimientos y prácticas de gobierno y de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, mediante los cuales se toman decisiones y se regulan el funcionamiento y la gestión del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera -MGTE. La gobernanza del MGTE ejercida por este Ministerio se rige por las condiciones de: i) capacidad de respuesta a las necesidades de la población ii) participación, iii) responsabilidad y rendición de cuentas y, iv) transparencia. Para la instancia de asesoría técnica para la gobernanza del MGTE, se crea el Comité Técnico 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 Comité Técnico del MGTE, se desarrolla a través de un cuerpo colegiado, como instancia de asesoría técnica y de articulación con los diferentes actores involucrados, que desarrolla las funciones descritas en el artículo 14 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 formulación, supervisión y evaluación de las políticas y gestión de los cambios requeridos para ayudar a los responsables a evitar, diagnosticar o remediar los fallos y las consecuencias imprevistas de las políticas públicas; es la habilidad para desarrollar una política que esté alineada con los recursos en pro de los objetivos, en este caso los relacionados con la gestión de los tiempos de espera y las listas de espera, para la garantía de la oportunidad de acceso a la prestación de servicios de salud.
2. **Participación:** Se garantiza a las partes interesadas y afectadas por una decisión el derecho de ser escuchadas, permitiéndoles expresar sus opiniones de manera efectiva. Estas partes tienen el derecho y la oportunidad de participar activamente en las deliberaciones y en la adopción de decisiones relacionadas con la política pública, sin que exista temor a sufrir represalias o cualquier forma de perjuicio.
3. **Responsabilidad o rendición de cuentas:** Se garantiza que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud rindan cuentas ante sus usuarios y los entes de control, proporcionando explicaciones claras y oportunas, y asumiendo plenamente las responsabilidades y consecuencias derivadas de acciones inadecuadas o incumplimientos en el ejercicio de sus funciones.
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.

-Medición de la Gobernanza:

Para la evaluación de la gobernanza del MGTE, el Comité Técnico del mismo usará la metodología de Chanturidze y Obermann, que agrupan la medición en cinco dimensiones, cada una con líneas estratégicas que se determinan a continuación:

Tabla 2. Medición de la gobernanza

Ejes temáticos	No.	Nombre de la línea estratégica	Temas que aborda
1. Estructuras coherentes y 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 (de maestros, de referencia, 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. Seguimiento, monitoreo y evaluación	Línea 1	Seguimiento al cumplimiento de indicadores.	Metas e indicadores por cumplir.
	Línea 2	Rendición de cuentas.	Normatividad, lineamientos técnicos y teóricos.
	Línea 3	Efectividad del gobierno.	Rectoría clara, coordinación pública.
5. Estabilidad	Línea 1	Directrices propias de las instancias participativas lideradas por el Comité Técnico.	Reglamentos.
	Línea 2	Capacitación permanente y fortalecimiento de capacidades.	Lineamientos, normatividad, lecciones aprendidas.
	Línea 3	Seguimiento a aspectos financieros.	Rectoría clara, coordinación pública.

El Ministerio de Salud y Protección Social, atendiendo las recomendaciones del Comité Técnico progresivamente implementará los mecanismos de medición de Gobernanza definidos en esta metodología.

- **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, el primero hace referencia a las Herramientas de Gestión, que corresponde al direccionamiento de la gestión de los tiempos de espera; y el segundo se relaciona con un sistema para el monitoreo y la evaluación 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 Herramientas de gestión

Las herramientas de gestión con mayores impactos en los tiempos de atención que se utilizarán en el MGTE y que garantizan la integralidad en la medición 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).

  Las Entidades Promotoras de Salud -EPS conformarán y gestionarán LEC por territorio, acorde con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud -RIITS, que deben operar manteniendo la configuración territorial determinada en la Resolución 1789 de 2025, definidas en el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, a partir de la información registrada en MIPRES y otras herramientas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

  Estas listas organizarán a los pacientes por territorio, con posibilidad de interoperar entre territorios de acuerdo con la capacidad instalada de los mismos 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, el cual se usará una vez desarrollada la prescripción u ordenamiento por parte del prestador de servicios de salud.

  La lista se configurará atendiendo a los criterios de priorización explícitos definidos en el presente anexo o los criterios que determine el Ministerio por recomendación del Comité Técnico del MGTE, que permitirá la asignación de los pacientes en un lugar de la lista, de acuerdo con dicha priorización, antigüedad de la solicitud y con seguimiento en el proceso de atención. El tiempo de asignación de la consulta por primera vez por especialista no deberá exceder los términos descritos en el parágrafo 1 del artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013 o la norma que la modifique o sustituya, teniendo en cuenta que para las temáticas 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 temáticas. Este tiempo de espera para la asignación será revalorado periódicamente por Comité Técnico quien podrá sugerir 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 listas de espera centralizadas en experiencias exitosas que vengan desarrollando y que garanticen listas dinámicas y actualizaciones permanentes, las cuales se implementarán de manera progresiva y en atención a las necesidades definidas por el Ministerio previo concepto del Comité Técnico del MGTE.

- **Mecanismos e incentivos por desempeño para el primer nivel/equipos básicos:** Las entidades promotoras de salud o la entidad que haga sus veces podrán valorar la implementación de incentivos financieros basados en la calidad y resultados de la atención proporcionada con relación a la resolutividad en el nivel primario. El modelo de compensación busca incentivar y recompensar a los prestadores de servicios de salud, 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 resolutividad en el nivel primario de atención:** Con la gestión del MGTE se espera el fortalecimiento del nivel primario con la intervención de los Equipos de Salud Territoriales 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 una mejor coordinación entre niveles para posibilitar un impacto positivo en la reducción de los tiempos de espera. Esto se realizará en desarrollo con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo definido en el Decreto 858 de 2025 o la norma que lo modifique o sustituya, que promueve la apertura de centros y puestos de salud urbanos y rurales, la implementación de Equipos de Salud Territoriales, y la integración progresiva de especialidades en el nivel primario.

- **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 regiones, subregiones, departamento o municipio y prestador de servicios de salud. Lo anterior de acuerdo con la disponibilidad de recursos de infraestructura tanto públicos como privados o mixtos 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 asistencial de pacientes, 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. Esta identificación de necesidades deberá apoyar la orientación del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud - PMIDS, según lo dispuesto en el Decreto 858 de 2025 o la norma que lo modifique o sustituya, para el fortalecimiento de la oferta de servicios, priorizando las sedes de los prestadores de servicios de salud públicos.

Herramientas desde la identificación de necesidades en salud:

- **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 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 tendrán en cuenta estos criterios, junto con los recursos locales, para ubicar al paciente en la lista. Además, la prioridad del paciente podrá modificarse de acuerdo con el seguimiento que desde el primer nivel se realice, lo que implica una mayor coordinación entre niveles y prestadores que hacen parte de la red con gestión de la EPS respectiva. Este mecanismo será fundamental para la activación de alarmas de negación de servicios en el marco de la Resolución 1632 de 2025, o la norma que la modifique o sustituya.

- **Educación y corresponsabilidad/Información para pacientes:** Tanto la evidencia como el diálogo con actores del SGSSS muestran la preocupación por el impacto de las inasistencias a las citas asignadas, si bien esta proporción no se ha estimado, se 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, 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 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 el marco de la Política Pública de Talento Humano en Salud establecida en la Resolución 1444 de 2025.

-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 un adecuado monitoreo 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 0	Asignación de cita de medicina u odontología general.	Momento en que usuario/paciente solicita una cita con médico general o de odontología general hasta el momento en el que se le asigna la cita. Unidad de medida: días calendario.
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 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 recopila la información completa y suficiente para desarrollar a cabalidad cada índice involucrado en las medidas de desempeño.

Una utilidad, entre otras, de las listas de espera centralizadas EC es 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. Para el ejercicio requerido de la analítica de la información a nivel nacional, el Ministerio desarrollará el tablero de control para la gestión de los tiempos de espera para dar cumplimiento al propósito principal de lograr 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 de los retrasos innecesarios.

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 SGSSS. De manera específica este componente busca:

1. Recolectar datos e información necesaria y suficiente, transparente, medible, 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 trasversal 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.
7. Facilitar la interoperabilidad de la información con el Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud -SI-APS y la historia clínica unificada, de conformidad con lo establecido en el Decreto 858 de 2025, o la norma que lo modifique o sustituya.

-Variables del Sistema de información

El MIPRES corresponde a una herramienta tecnológica implementada por este Ministerio, 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 facilitó la gestión integral de las prescripciones, optimizando procesos, asegurando la trazabilidad y transparencia en la prestación de servicios, (4) en la actualidad su uso se ha ampliado a tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC, las cuales deben contar con la aprobación por el Comité Coordinador de MIPRES de este Ministerio.

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 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.

-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 realizará 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 los tiempos de suministro determinados en el artículo 30 de la Resolución 740 de 2024, o la norma que la modifique o sustituya, para los servicios ambulatorios no priorizados, servicios ambulatorios priorizados, y atención hospitalaria con internación, domiciliaria o de urgencias y los demás datos ya existentes y rutinarios del módulo de prescripción.

- Entidad Promotora de Salud -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 sus listas de espera centralizadas y, a partir del criterio de prioridad, designará al proveedor correspondiente de acuerdo con su red, dónde se garantice el servicio.

- 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 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 (4,5).
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 (6). 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 (7). 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 (8).

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).

-Analítica 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 (9).

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 (10). 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.

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 de 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 de 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 del monitoreo:

- *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 trimestral en el que se mostrará:

- Tiempo promedio de espera de servicio por sexo (según documento categoría legal).
- Tiempo promedio de espera de servicio por entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal región.
- Tiempo promedio de espera de servicio por grupo etario[1].
- 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).

[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).

- Promedio personas en espera de servicio por región/subregión.
- 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 desarrollará el tablero de control respectivo para la presentación y visualización de esta información para lo cual el Comité Técnico 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 de 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.

-Indicador de evaluación

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 o "Z" con 90% de confianza.

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.

El comité técnico del MGTE analizará la información respectiva para asesorar 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, a cargo de este Ministerio.

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. 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
5. Department of Health. Waiting List Action Plan [Internet]. 2023.
6. Hanning M M de PCMJOM van RP. Waiting Lists and Waiting Times in Health Care - Managing Demand and Supply. 2001.
7. 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.
8. SEDISA. Gestión de las listas de espera desde la perspectiva de la gestión sanitaria profesionalizada. Madrid; 2016.
9. DNP. Política nacional de explotación de datos (Big Data). 2018. 12. IBM. Manual CRISP-DM de IBM SPSS Modeler. 2012.
10. Instituto de Evaluación de Tecnológica en Salud. Modelo de Gestión de los Tiempos de Espera. 2023.