Experiencia de implementación del modelo de gestión de tiempos y listas de espera (MGTE)

Informe de avance de configuración del caso tipo según priorización y avance de descripción del proceso de atención según caso.

28 de Agosto de 2024

Adriana María Robayo García
Directora Ejecutiva

Luz Mery Barragán González
Subdirectora General y de Operaciones

Kelly Patricia Estrada Orozco
Gerente Técnica

Lorena Mesa Melgarejo
Jefe métodos cualitativos e investigación social

Claudia Marcela Vargas Peláez
Directora
Dirección de Medicamentos

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011. Su misión es contribuir al desarrollo de mejores prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, producidas con rigor técnico, independencia y participación. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MinCiencias, antes Colciencias), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Salud (INS), la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC).

Autores

Mesa-Melgarejo, Lorena. Enfermera. Magíster en Salud Pública. Magíster en economía de la salud. Doctora en Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Barón-Velasco, Eliana. Odontóloga. Especialista en Gerencia en Salud. Especialista en Epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Lara-Sánchez, Andrea Johanna. Politóloga. Especialista en Estado, políticas públicas y desarrollo. Candidata a magíster en gestión pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Sánchez-Mayorga, Mónica Lucía. Odontóloga. Especialista en Gerencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Especialista en Auditoría en Salud. Magíster en Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Romano Gómez, Giancarlo. Economista. MSc Economía. Unidad de Economía de la Salud. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Revisores

Vergel, Julio César. Profesional especializado. Dirección de prestación de servicios y Atención Primaria en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Galiano, Lucia Catalina. Profesional especializado. Dirección de prestación de servicios y Atención Primaria en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Conflictos de interés

Los autores de este informe declaran que no existe ningún tipo de conflicto financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que afecte las recomendaciones incluidas en el presente documento técnico-científico.

Citación

Este documento debe citarse de la siguiente manera:

Mesa-Melgarejo, L. Barón-Velasco, E. Lara-Sánchez, A. Sánchez-Mayorga, M. Romano Gómez, G. Informe de avance de configuración del caso tipo según priorización y avance de descripción del proceso de atención según caso. Bogotá D.C.: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), Ministerio de Salud y Protección Social; 2024.

Derechos de autor

En el marco del Contrato Interadministrativo No. 1271 de 2024, los derechos patrimoniales de este documento, sin perjuicio de las citas y referencias bibliográficas referenciadas, son propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social y los derechos morales de autor son propiedad del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Por tanto, está prohibida su copia, reproducción, fijación, transmisión, circulación o similares. En consecuencia, cualquier modificación, transmisión, divulgación, publicación, copia parcial o total, o el uso del contenido de este sin importar su propósito y sin que medie el consentimiento expreso y por escrito del Ministerio de Salud y Protección Social, constituirá violación a la normativa nacional, convenios y tratados internacionales ratificados por el Estado colombiano aplicables a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar.

Confidencialidad

El presente documento contiene información confidencial que sólo podrá ser utilizada con el propósito de realizar una debida ejecución de lo propuesto en este documento, quedando prohibido a quien la recibe compartirla con terceros. Cualquier trasgresión a la presente obligación de confidencialidad dará lugar a las acciones judiciales y la indemnización por perjuicios a que haya lugar.

Fuente de financiación

El presente documento fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el contrato No. 1271-2024, el cual fue suscrito entre la Dirección de Medicamentos del Ministerio de Salud y Protección Social y el IETS.

Correspondencia

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)
Bogotá, D.C., Colombia.
http://www.iets.org.co
contacto@iets.org.co
© Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2024.

Tabla de contenido

Siglas 7

1. Introducción 8

2. Objetivo 11

3. El Modelo 11

4. Metodología 14

4.1 Conceptualización e identificación de patrones de representación del caso 14

4.2 Revisión de insumos para configuración de caso y acuerdos del GD 15

4.3 Diseño de instrumentos para la recolección de datos empíricos en función del caso tipo y de las necesidades de accesibilidad. 17

4.4 Contexto geográfico 19

4.5 Actores involucrados 20

5. Descripción general y características clave del caso propuesto 21

5.1 Proceso de atención 22

5.1.1. PRIMER MOMENTO 22

5.1.2. SEGUNDO MOMENTO 29

5.1.3. TERCER MOMENTO 32

5.1.4. CUARTO MOMENTO 41

5.1.5. QUINTO MOMENTO 45

1.2 Listado de variables para el monitoreo de los tiempos de espera 50

6. Referencias 58

7. Anexos 60

Anexo 1. Matriz de análisis de los autos de seguimiento 60

Siglas

BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
CUPS	Clasificación Única de Procedimientos en Salud
CUM	Código Único de Medicamentos
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
EPS	Entidad Promotora de Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
LEC	Listas de Espera Centralizadas
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
MGTE	Modelo de Gestión de los Tiempo de Espera
OMS	Organización Mundial de la Salud
PPL	Población Privada de la Libertad
REPS	Registro de Prestadores de Servicios de Salud
RIA	Ruta Integral de Atención
RS	Régimen Subsidiado
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social

1. Introducción

La emisión de la Sentencia T-760 de 2008 por parte de la Corte Constitucional, ha significado la implementación y desarrollo de acciones y estrategias para la garantía del goce efectivo del Derecho a la Salud por parte del Estado en cabeza de la autoridad sanitaria, que buscan superar los problemas estructurales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)[1]. Para ello, la Corte impartió 16 Ordenes de naturaleza correctiva y estructural que implicaron una "intervención judicial excepcional en el diseño y/o implementación de la política pública en salud"[2].

El más reciente auto de seguimiento a las órdenes de la Corte, el Auto 005 de 2024, ha referido que sigue siendo imperante el trabajo y compromiso para poder sortear los bajos cumplimientos en acciones relacionadas con plan de beneficios, exclusiones y tiempos de espera[3]. Sobre este último tema, la Corte insiste en que es vital "brindar las garantías necesarias y suficientes para que los habitantes del territorio del país puedan recibir de manera oportuna los servicios de salud requeridos para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades[86], pues persiste la falta de lineamientos sobre los tiempos máximos en virtud de los cuales estos deben ser proveídos, lo cual impide parametrizar de manera objetiva los incumplimientos por parte de las entidades encargadas de prestar dicha demanda de salud y tomar las medidas correctivas al respecto en caso de ser necesario"[3].

Desde el Ministerio de Salud y Protección Social, y en consecuencia de lo establecido en el Auto 584 de 2022 de seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, se inició un proceso de construcción de un Modelo Gestión de los Tiempos de Espera (MGTE)[4] con el fin de favorecer la gestión y el desempeño en la asignación de citas en el sistema de salud como uno de los mecanismos para responder a las fallas sobre los tiempos de espera y sobre el cual se documentará una experiencia de implementación. Esta experiencia parte de la configuración de un caso tipo que toma como soporte las reflexiones, argumentos y decisiones que la Sala especial de seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 ha realizado

en los autos de seguimiento al cumplimiento de las diferentes ordenes proferidas[1] (Anexo 1). Los elementos que soportan el caso y el proceso de configuración se detallan en el presente informe.

Es importante mencionar que el asunto de los tiempos de espera debe ser visto como uno de los múltiples aspectos relacionados con la accesibilidad y la oportunidad, como conceptos amplios relacionados con la calidad de la atención en salud, y que se determinan a partir de la confluencia de diversos factores presenten en los niveles macro, meso y micro del sistema. En términos generales, la accesibilidad es la posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud y la oportunidad, la posibilidad de obtenerlos sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Las dos dimensiones reflejan el acceso efectivo a los servicios de salud y su medición o valoración implica un componente de percepción de los usuarios y otros relacionados con la capacidad, gestión y en general la oferta y estructura de los servicios. Los aspectos que impiden un acceso efectivo se reconocen como barreras que generan dilaciones o la no prestación del servicio de salud de manera adecuada y oportuna[5].

Específicamente en los autos de seguimiento de las órdenes 16, 20, 23, 24 y 25 de la Corte Constitucional se evidencian los diferentes factores y barreras en el acceso a los servicios de salud, tales como: la oportunidad en la asignación de citas médicas generales, oportunidad en la asignación de citas con especialistas bien sea por no disponibilidad de agenda o déficit de profesionales especializados, aplazamiento de citas médicas, tiempo de espera prolongado en la atención, no entrega oportuna de medicamentos y/o interrupción en la entrega de estos, negación por parte de las EPS en autorización de exámenes, demora en la remisión a especialistas, negativas en la prestación de algún servicio de salud, cobro de copago en pacientes subsidiados que pasaron de nivel 2 a 1 y no deben pagar, fallas de regulación en planes de beneficios y aseguramiento, incumplimiento de principios de calidad, eficiencia y oportunidad, libertad de escogencia de EPS, aspectos de la contratación de la red de prestación, recobros y medidas financieras,

[1] El listado de autos por orden puede ser revisado en el siguiente link: https://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-08/

manejo del flujo de recursos, costo de los no afiliados y reconocimiento de derechos de las EPS (Anexo 1).

El estudio de Campaz, en 2019, mostró que las principales barreras de acceso a los servicios de salud que se presentan en Colombia están relacionadas con la oportunidad en la prestación del servicio, la escases de oferta de estos en los niveles de mediana y alta complejidad, de manera especial en los municipios que se encuentran apartados adicionándole además el factor económico del paciente, lo cual afecta el acceso oportuno, retrasa el diagnóstico y por ende, el tratamiento[6]. En cuanto a las barreras de tipo administrativo que se presentan por parte de las EPS, se ve afectada la oportunidad en la prestación de servicios especializados. No menos importantes, también se encuentran las barreras sociales y culturales las cuales dificultan el acceso a los servicios de salud, principalmente en comunidades de escasos recursos o ubicadas en zonas rurales[7]; de igual manera afecta a niños, personas desempleadas o en condiciones de empleo informal y afrodescendientes; quienes pueden verse mayormente vulnerados en cuanto al acceso a pruebas diagnósticas y atención en consultas con especialistas [8].

Lo anterior es esencial como punto de partida para desarrollar una experiencia de implementación de un modelo de gestión de los tiempos de espera en el sistema de salud colombiano, ya que da cuenta de las circunstancias que se presentan en la realidad de la atención en salud y que deben ser considerados como parte del contexto de la materialización de los servicios de salud. En este punto, es relevante diferenciar el concepto de tiempo de espera y de lista de espera; de acuerdo con estudio sobre políticas de listas de espera en los sistemas de salud de los países de la OCDE, el tiempo de espera se refiere "al intervalo de tiempo que transcurre desde que un paciente es colocado en la lista de espera hasta que recibe el servicio de salud necesario. Este período puede variar considerablemente dependiendo de la demanda del servicio, la disponibilidad de recursos, la urgencia del caso, y la eficiencia del sistema de salud. El tiempo de espera es un indicador clave de la accesibilidad y eficacia de los sistemas de salud, ya que tiempos prolongados pueden afectar negativamente los resultados en salud y la satisfacción del paciente.", por su parte, la lista de espera, es un registro ordenado y actualizado de pacientes que requieren un servicio médico específico, pero que no pueden ser atendidos

de inmediato debido factores como: la disponibilidad de recursos, como especialistas, equipos médicos, o instalaciones hospitalarias y se determinan según criterios de urgencia médica, fecha de solicitud, y en algunos casos, la prioridad clínica basada en el impacto potencial en la salud del paciente[9].

A continuación, se desarrolla la metodología y se configura el caso tipo para el desarrollo de experiencia de implementación del MGTE.

2. Objetivo

Configurar un "caso tipo" que posibilite llevar a cabo una prueba en el contexto real de los pilares propuestos en el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera[10] para su ajuste y adecuación, incluido los aspectos operativos para la recolección de información requerida para el monitoreo, seguimiento y en general, el sistema de información.

3. El Modelo

El Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE) propuesto se define como un marco para facilitar la gestión de los tiempos y listas de espera de las atenciones en salud en el sistema de salud colombiano y encaminado a dotar al SGSSS de los estrategias y métricas para administrar y tramitar la asignación de citas y listas de esperas que se dan en la atención de servicios de salud, desde una perspectiva de priorización, pertinencia, calidad y adecuación. De acuerdo referentes internacionales, los tiempos de espera son un desafío común en la mayoría de los sistemas de salud en todo el mundo y tienen sus raíces en varias circunstancias y dinámicas, en factores estructurales, demográficos y operativos, asociados a la demanda de servicios de atención médica que a menudo supera la capacidad de los sistemas de salud para ofrecer atención oportuna. Entre los factores que contribuyan a explicar la brecha entre la capacidad de atención y resolución de los sistemas de salud y la demanda se encuentran[11]:

- Desarrollo tecnológico en salud: tener a disposición nuevas tecnologías médicas permite tratar condiciones de salud y pacientes que antes no podían tratarse y, cuando la tecnología se introduce en la atención estándar, es habitual que se amplíen sus indicaciones y se expanda la demanda.

- Incremento en la cronicidad de condiciones de salud: es cada vez mayor el número de personas que sobreviven a enfermedades agudas pero que a su vez se convierten en pacientes crónicos.
- Cambios demográficos: el envejecimiento de la población induce a incrementos en el consumo de la asistencia en salud.
- Cambios epidemiológicos: el incremento de la prevalencia en condiciones de salud que requieren de mayores recursos como la diabetes, la obesidad, los cánceres de inicio temprano que se diagnostican antes de los 50 años, entre otras.
- La medicalización de la salud: condiciones, situaciones o problemas se definen como condiciones de salud que antes no habrían dado lugar a demandas de asistencia sanitaria.

El MGTE propuesto se construyó sobre tres pilares:

1. Pilar de gobernanza del MGTE: hace referencia a todos los procesos de gobierno, instituciones, procedimientos y prácticas mediante los que se decide y regula el funcionamiento del MGTE, cuya cabeza se encuentra en el Ministerio de Salud y Protección Social. La gobernanza del MGTE se rige por los principios de:
    a. Capacidad de respuesta a las necesidades de la población, en función de los tiempos de espera para la atención médica.
    b. Participación ciudadana.
    c. Claridad, en el sentido de que cuenta con una definición de los procesos de representación, toma de decisiones y ejecución de funciones, actividades y tareas.
    d. Responsabilidad (*accountability*).
    e. Trasparencia.

2. Pilar de monitoreo, seguimiento, evaluación y control del MGTE: establece el análisis sistemático de todos los procesos en su conjunto para así verificar si estos se encuentran en el rumbo correcto con el propósito de evaluar si el resultado obtenido corresponde con el buscado por la política de regulación de los tiempos de espera en el SGSSS. Este pilar incluye los componentes de:
    a. Mecanismos de monitorización, seguimiento y control de la gestión de los tiempos de espera sanitarios.
    b. Mecanismos de métricas de rendimiento para la gestión de los tiempos de espera de los servicios sanitarios.

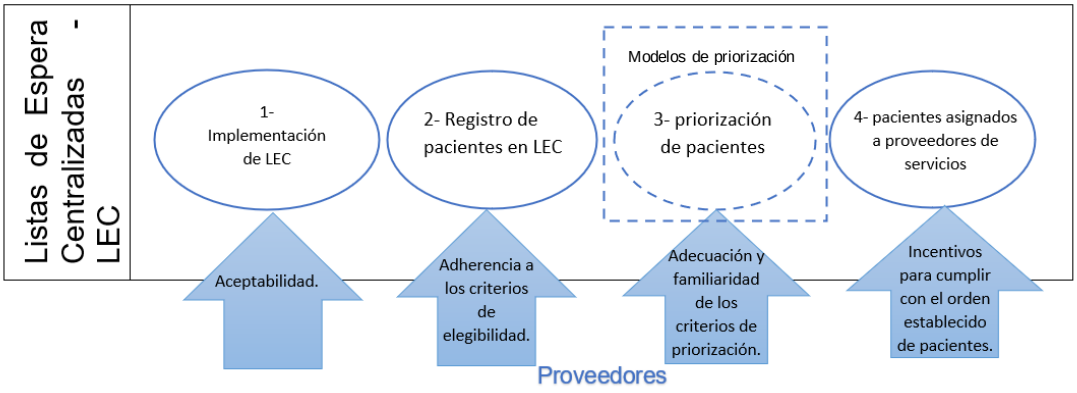
3. Pilar de sistemas de información: se orienta a recopilar, almacenar, analizar y evaluar datos relacionados con los tiempos y listas de espera en el sistema de salud; proporciona informes, analítica de datos y visualizaciones que facilitan la toma de decisiones en la gestión del MGTE.

El alcance de estos pilares es la de favorecer el acceso a través de la optimización en la asignación de citas, con base en la estrategia conocida como Listas de Espera Centralizadas (LEC)[12], usada en sectores comerciales, y que tiene como objetivo mejorar la accesibilidad al abordar el desequilibrio entre la oferta y la demanda de servicios. En el

sector de la salud, 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[13]. Comunes en el ámbito de la salud, las LEC se han utilizado para supervisar el acceso a cirugías electivas, trasplantes, atención primaria, terapia ocupacional, servicios de salud mental y derivaciones a especialistas. Estas se pueden configurar por medio de un mecanismo de priorización de los pacientes que implica una gestión activa de la lista de espera para evaluar las necesidades de los pacientes, priorizar el acceso para aquellos con mayores necesidades y garantizar un acceso equitativo para casos similares.

La siguiente figura muestra la estructura de una LEC.

Figura 1. Teoría de rango medio informada por la literatura sobre el diseño e implementación de las Listas de Espera Centralizadas



Fuente: Tomado de MGTE[4]

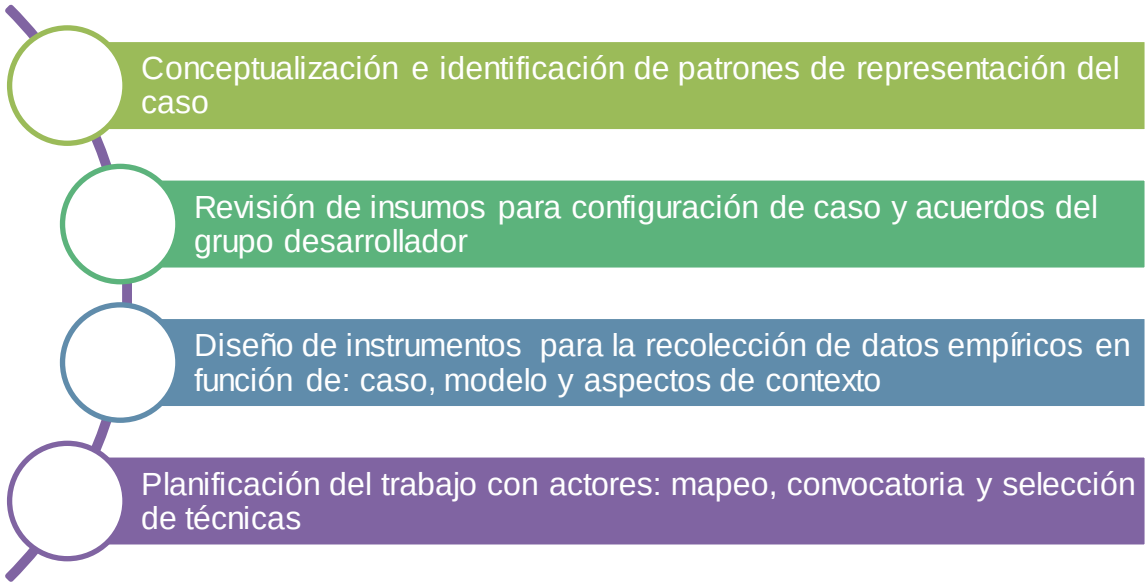
En síntesis, se formuló un MGTE cuyo propósito es administrar y tramitar las demoras y listas de esperas que se suceden en la atención de servicios de salud en Colombia. En la construcción del modelo se tuvieron en cuenta la experiencia internacional de los sistemas de salud que tienen este tipo de mecanismos para regular los desfaces entre la demanda y la oferta de servicios de salud; lo que plante la normatividad colombiana acerca de los tiempos de espera de servicios en salud desde una óptica de respeto y garantía de derechos; y, finalmente una estimación empírica de los tiempos de espera en salud en

Colombia que sirva de referencia para la toma de decisiones en esa área. El MGTE se pondrá a prueba en un contexto real orientado por el caso tipo que se desarrolla a continuación.

4. Metodología

La configuración del caso tipo se desarrolló en 4 momentos:

Figura 2. Etapas para la configuración del caso tipo



Fuente; elaboración propia.

4.1 Conceptualización e identificación de patrones de representación del caso

Un "caso tipo" es un ejemplo representativo que se utiliza para ilustrar una situación, fenómeno o problema en un contexto específico. Sirve como un modelo o patrón que se emplea para entender características, comportamientos o procesos de manera más clara y detallada[14]. Para la experiencia de implementación del MGTE, el caso tipo es representativo de los patrones recurrentes en los casos usados por la Corte para ilustrar el *estado de cosas inconstitucionales* que en parte derivaron la emisión de la Sentencia T-760 en 2008

y los posteriores autos de seguimiento. Al respecto, es importante mencionar que la propia Corte, establece que si bien estos casos no dan cuenta del cumplimiento total de los mandatos y que por sí solo son insuficientes "para evidenciar el funcionamiento integral de una gestión estatal sobre un aspecto determinado del sistema… deben apreciarse como mecanismo para determinar si las políticas públicas están garantizando el goce efectivo del derecho a la salud."[15]

A partir de lo anteriormente enunciado, se procedió a una revisión de aspectos que son descritos en la Sentencia T-760 de 2008 y sus autos de seguimiento sobre las fallas en el acceso y sobre las características comunes posibles en los casos a los que se alude en esta jurisprudencia. Frente a las fallas, el Auto 584 de 2022, enuncia 15 factores que afectaban la oportunidad en asignación de citas por las EPS, dentro de las que se encuentran: la baja oferta en las zonas rurales, déficit de profesionales, desbordamiento de la capacidad instalada en servicios de medicina especializada, dificultades en la integración de los sistemas de información, baja resolutividad, la portabilidad, entre otros[16]Respecto de las características comunes a los casos, fue posible identificar son recurrentes aspectos como: población vulnerable en términos socio-económicos, pertinencia al régimen subsidiado, condiciones de salud diversas pero con tendencia a la cronicidad en las cuales hay demora en identificar un diagnóstico certero (de allí que los procesos puedan durar hasta dos años) y es también común la conexión de cosas con la necesidad de servicios sociales complementarios relacionados con salud y que se piden cubrir desde el sistema.

Los anteriores aspectos fueron insumos clave para la construcción de ese representativo para la experiencia de implementación del modelo de gestión de tiempos de espera.

4.2 Revisión de insumos para configuración de caso y acuerdos del GD

Este apartado describe los elementos claves que permitieron la configuración del caso, partiendo como ya se ha mencionado, de la lectura critica de la sentencia T76O de 2008, sus órdenes, autos, artículos y demás jurisprudencia en la que se ha tratado la misma sentencia y de donde se identificaron barreras estructurales de acceso a la prestación de servicios en salud y algunas descripciones precisas de itinerarios burocráticos analizadas

y con alguna Orden precisa de la Corte donde pretende y orienta la eliminación de las mismas. En este orden y durante la configuración del caso, se describen elementos que permitan evidenciar los comportamientos y respuestas de los actores del SGSSS sobre el mismo.

Así las cosas, y con estas precisiones se narra un caso particular con un diagnóstico especifico que subyace el estado de salud de la paciente, describiendo de manera cronológica la evolución del mismo así como las situaciones socio sanitarias evidenciadas en toda la ruta, donde la familia se concentra en la búsqueda de la oportuna prestación de servicios en salud a la menor, así como también los resultados de una exploración física propia del entorno médico - ambulatorio, las pruebas diagnósticas, el tratamiento requerido y el desenlace final visto desde la curación, la mejoría, la falta de respuesta del sistema de salud o incluso la muerte. Para la descripción de los detalles del caso, se realizó una exploración de literatura focalizada que permitiera una construcción adecuada y plausible al comportamiento fisiopatológico de la condición de salud y que respondiera a la vez al contexto de la prestación en el país.

La definición y estructura del caso en mención se da a partir de la necesidad de describir un proceso de atención propio del SGSSS y de evidenciar las posibles barreras de acceso a los servicios de salud identificando claramente que necesidades de atención presenta la paciente, la percepción de las necesidades que pueden surgir en toda la ruta y por parte de los actores involucrados, la búsqueda de servicios que el sistema exige para lograr una atención oportuna, el alcance de los servicios, la utilización de los mismos y finalmente las consecuencias de la atención. Todo este proceso bajo la lupa de los principios de calidad en la salud.

Finalmente, y para lograr la narración detallada del caso, recurrimos a dos expertos clínicos que proporcionaron su retroalimentación sobre lo propuesto en el caso, es especial los conceptos y las manifestaciones clínicas que pueden surgir en torno al diagnóstico establecido para la paciente y toda la relación con el curso de la enfermedad. Así como posibles métodos de diagnóstico, tratamientos médicos y farmacológicos, entre otros tópicos propios de sus quehaceres médicos y especializados.

4.3 Diseño de instrumentos para la recolección de datos empíricos en función del caso tipo y de las necesidades de accesibilidad.

Dados los múltiples factores que afectan la asignación de citas y, en general, la accesibilidad se proponen dos niveles de análisis que permitan comprender el contexto de la asignación de citas y estimar los tiempos de espera a partir del caso tipo y, de manera complementaria, una exploración sobre las fallas percibidas y experimentada por los actores clave sobre la accesibilidad en el sistema de salud, en especial las dilaciones y barreras en el acceso a las atención y servicios de salud.

- *Primer nivel de análisis, el cual corresponde a las particularidades del caso tipo configurado.*

De acuerdo con Cuzcano y Mendieves[14], el método de casos tiene implícita la posibilidad de que diversos actores interactúen para que se estudien, analicen y recopilen datos sobre esa situación de la vida real adoptada que se proyecta en el caso. En este sentido, se realizarán mesas de trabajo o sesiones grupales que permitan a la vez recoger información de datos de mundo real, datos de percepciones y análisis de los actores sobre la problemática o reto expresado en el caso.

En este nivel se utilizarán métodos cualitativos y cuantitativos con sus respectivas técnicas e instrumentos, como se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Aproximación metodológica de primer nivel

Objetivo	MÉTODOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Análisis de la implementabilidad del modelo de gestión de tiempos de espera	Cualitativos	- Mesas de trabajo -Entrevistas (a conveniencia)	- Guion de exploración sobre las barreras y factores que intervienen en la asignación de una cita y el - Guion de exploración de las dimensiones de la implementabilidad del modelo
	Cuantitativos	Medición de indicadores de acuerdo con la propuesta del modelo y acorde con el caso	- Listado preliminar de variables - Ficha de indicadores - Diagrama de Flujo de información - Reporte

Fuente: Elaboración propia

- *Segundo nivel: análisis de necesidades de accesibilidad y aceptabilidad del MGTE en el contexto general del SGSSS*

Teniendo en cuenta que el caso, si bien es representativo de ciertos aspectos de la prestación de los servicios, no podrá contar por si mismo la totalidad de los aspectos relacionados con el acceso, de manera complementaria se realizará un análisis general con actores del sistema de salud sobre sus percepciones sobre el acceso y la aceptación de los elementos propuestos en el MGTE. La exploración para este nivel se basará en el método cualitativo así:

Tabla 2. Aproximación metodológica al segundo nivel de análisis

Objetivo	MÉTODO	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Comprensión de las fallas de accesibilidad y aceptabilidad del MGTE	Cualitativo	Grupos focales	Guion semiestructurado por actor

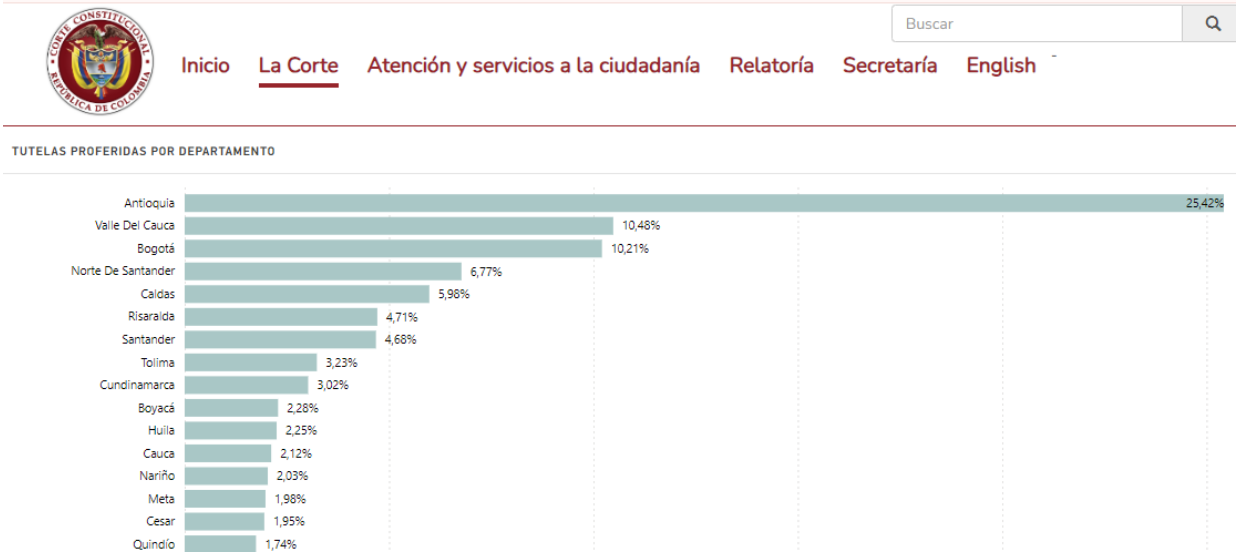
Fuente: Elaboración propia

4.4 Contexto geográfico

Los espacios geográficos seleccionados para la implementación y despliegue del caso tipo incluyen los departamentos de Cauca, Antioquia y Bogotá, y para la exploración general se incluirán Valle del Cauca y Norte de Santander. La elección de estos departamentos se basa en una consulta al tablero de estadísticas de la Corte Constitucional[2], en el módulo de tutelas; allí al realizar un filtro por salud y por el motivo de asignación de citas arroja que históricamente los departamentos en los cuales se interpone el mayor número de tutelas relacionados con el tema de asignación de citas son: Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Norte de Santander, como se puede observar en la siguiente grafica proveniente del tablero:

[2] Disponible en: https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php

Gráfico 1. Histórico de tutelas por departamento debido a asignación de citas, 2024



Fuente: Tablero estadístico, Corte Constitucional. [Consultado Agosto de 2024] Disponible en: https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php.

4.5 Actores involucrados

El proceso de mapeo de actores y convocatoria se detalla en el entregable: "Informe de avance de los espacios de participación en las mesas de trabajo con actores, incluye mapeo de actores, metodología de convocatoria y metodología de la mesa de trabajo a desarrollar con el conjunto de actores", entregable conjunto al presente informe. A continuación, se presenta una tabla con los actores identificados para el caso particular del caso tipo:

Tabla 3. Actores identificados caso tipo

Tipo de actor	Actor	Dependencia
Autoridad sanitaria	Ministerio de Salud y Protección Social	Dirección de prestación de servicios Oficina de Calidad Dirección de Talento Humano Dirección de Aseguramiento Oficina de Tecnologías e Información OTIC Dirección de regulación de beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud.

	Direcciones Territoriales de Salud (DTS) – Entidades territoriales de salud	Áreas de aseguramiento y prestación de las DTS de Cauca, Antioquia y Bogotá,
Aseguradores	EPS: EMSSANAR, SAVIA SALUD, COMFENALCO, NUEVA EPS	Direcciones de prestación Atención al usuario Atención al afiliado
Prestadores	IPS baja complejidad, mediana y alta complejidad ESE de primer, segundo y tercer nivel de atención	En función de la Red de EPS.
Ciudadanía	Asociaciones de usuarios	EPS: EMSSANAR, SAVIA SALUD, COFENALCO, NUEVA EPS.
Vigilancia y control	Superintendencia Nacional de Salud	Delegatura de prestación de servicios de salud y Delegatura de protección al usuario

Fuente: elaboración propia.

De cara a la completitud del listado de variables para el sistema de información sobre los tiempos de espera se incorporará información relacionada con regímenes especiales y sistema de salud penitenciario para población privada de la libertad (PPL) en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO).

5. Descripción general y características clave del caso propuesto

Niña de 5 años, familia en situación de desplazamiento forzado por conflicto armado, procedente de Cajibío, Cauca. Actualmente, reside con su madre en el municipio de San Pedro de los Milagros (Antioquia). Ha presentado síntomas de alergia respiratoria severa desde hace dos años, con episodios frecuentes de dificultad respiratoria, sibilancias, y tos persistente, especialmente en la noche. Ha tenido varias crisis asmáticas que la han llevado a la sala de urgencias y salas ERA en múltiples ocasiones. De acuerdo con la BDUA, se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado (RS) a la EPS SaviaSalud (Luego de portabilidad).

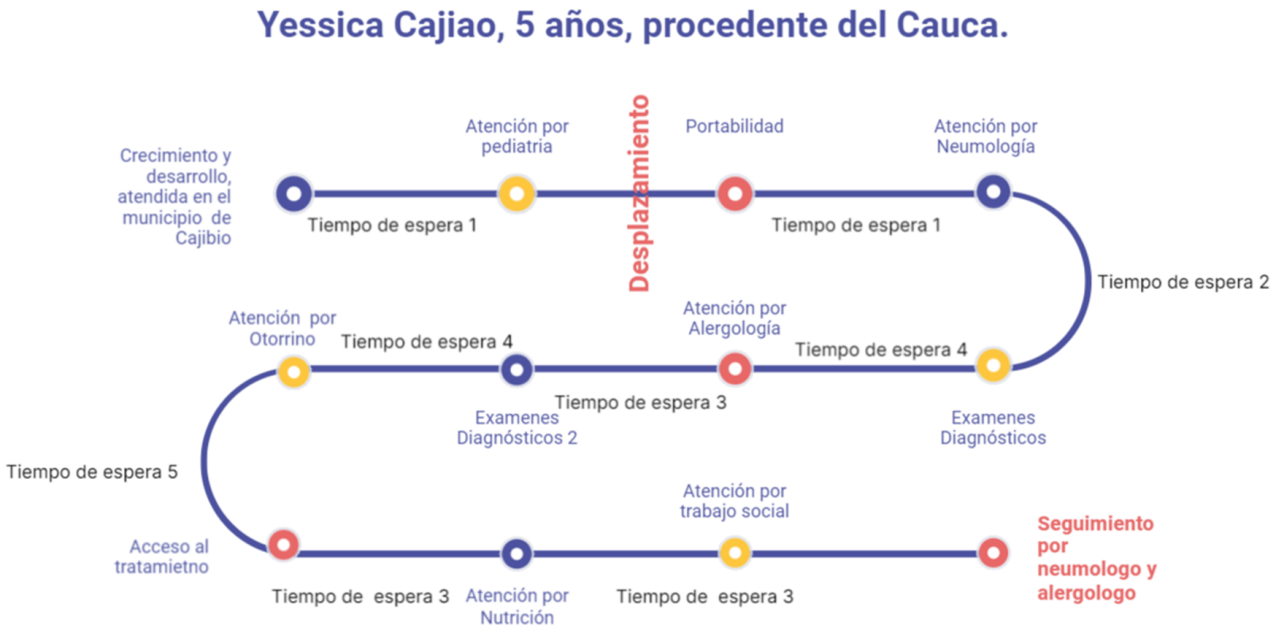
Diagnóstico: *Neumonitis por hipersensibilidad (NH)*

Ámbito: Ambulatorio

5.1 Proceso de atención

El siguiente esquema presenta el proceso de atención que el caso ha requerido:

Figura 3. Proceso de atención del caso tipo



Fuente: Elaboración propia

La paciente YESICA CAJIAO LARGACHA, inicia su proceso de atención en su municipio de procedencia dónde se solicita la primera atención por especialista.

5.1.1. PRIMER MOMENTO

Paciente afiliada a EPS EMSSANAR, asiste a su consulta normal de crecimiento y desarrollo, es atendida en el marco de la RIA de promoción y mantenimiento cobijada por la Resolución 3280 de 2018; es una paciente recurrente de atención en salas de Enfermedad Respiratoria Aguda ERA. Motivo por el cual el médico tratante decide otorgar remisión a consulta especializada con Médico Pediatra. Adicionalmente solicita

- Valoración por Nutrición. CUPS: 890206

- Valoración por trabajo social. CUPS: 890209

Como puede verse en el diagrama en este primer momento se administrarán los siguientes instrumentos:

5.1.1.1. Indicadores cuantitativos

Tiempo de espera 1 - Entrada al sistema de salud:

> **a. Para EAPB: momento en que usuario/paciente solicita al asegurador/gestor cita con el profesional de la salud con el propósito de recibir una atención en medicina general, hasta el momento en el que recibe efectivamente la atención en medicina general. Unidad de medida: días calendario.**

Indicador específico para una EAPB que mide el tiempo entre la solicitud de una cita y la atención en medicina general. Ayuda a medir y gestionar el tiempo de espera en la atención en medicina general, mejorando la satisfacción del paciente y la eficiencia del servicio.

- Indicador: Tiempo de espera para atención en medicina general

Definición: este indicador mide el tiempo en días calendario que transcurre desde que un paciente solicita una cita para atención en medicina general hasta el momento en que recibe esa atención.
Fórmula: Tiempo de espera (días)= Fecha de atención − Fecha de solicitud de cita
Fecha de solicitud de cita: fecha en la que el paciente solicita la cita a través del asegurador o gestor
Fecha de atención: fecha en la que el paciente recibe la atención en medicina general
Unidad de medida: días calendario
Cálculo del indicador: restar la fecha de solicitud de cita de la fecha de atención para obtener el número de días transcurridos
Objetivo: se puede establecer un objetivo específico para el tiempo de espera. Por ejemplo:

- **Objetivo estándar:** la cita debe ser atendida en un máximo de 7 días calendario.

- **Objetivo ajustado:** dependiendo del contexto y de las capacidades del sistema, se puede ajustar el objetivo a 10 días, etc.

Uso del indicador:

- **Monitoreo continuo:** se debe realizar un seguimiento periódico del indicador para evaluar la eficiencia del proceso de asignación de citas y la prestación de atención.
- **Análisis de desempeño:** se deben comparar los tiempos de espera con los objetivos establecidos para identificar áreas de mejora.
- **Implementación de mejoras:** utilizar los datos para tomar decisiones informadas sobre cómo mejorar el proceso, como optimizar la disponibilidad de citas, mejorar la coordinación entre la EAPB y los proveedores de atención, o ajustar los recursos necesarios.

Informes y evaluación:

- Generar informes regulares para evaluar el cumplimiento de los objetivos y compartir los resultados de acuerdo con la información reportada a SISPRO.
- Realizar evaluaciones para identificar las causas de tiempos de espera prolongados y desarrollar estrategias para reducirlos.

b. Para IPS: momento en que usuario/paciente solicita al asegurador/gestor asignar la cita con el prestador con el propósito de recibir una atención en medicina general para un paciente/usuario, hasta el momento en el que recibe efectivamente la atención en medicina general. Unidad de medida: días calendario.

Indicador específico para una IPS que mide el tiempo entre la solicitud de una cita y la atención en medicina general. Útil para medir la eficiencia en la asignación de citas y de gran ayuda para mejorar la experiencia del paciente al reducir los tiempos de espera.

Se deben tener en cuenta los tiempos intermedios definidos así:

- **Solicitud**: se presenta una solicitud para el servicio de salud especializado, que puede hacerla un profesional de salud, el paciente o su representante.
- **Revisión Inicial**: se verifica que la solicitud tenga toda la documentación y la información necesaria.

- **Asignación de cita:** no podrá exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud

- Indicador: Tiempo de espera para atención en medicina general

Definición: este indicador mide el tiempo en días calendario entre el momento en que un paciente solicita una cita para recibir atención en medicina general y el momento en que recibe esa atención.

Fórmula: Tiempo de espera (días)= Fecha de atención − Fecha de solicitud de cita

Fecha de solicitud de cita: fecha en la que el paciente solicita la cita con el asegurador o gestor.

Fecha de atención: fecha en la que el paciente recibe la atención en medicina general.

Unidad de medida: días calendario

Cálculo del indicador: restar la fecha de solicitud de cita de la fecha de atención para obtener el número de días transcurridos.

Objetivo: establecer un objetivo de tiempo para la espera razonable, basado en las normativas de la organización o las expectativas del servicio. Si el objetivo es que la atención se preste en un plazo no mayor de 7 días calendario, este indicador permitirá evaluar el desempeño en relación con este estándar.

Uso del Indicador:

- **Monitoreo:** realizar un seguimiento periódico del indicador para identificar tendencias y posibles áreas de mejora en el proceso de asignación de citas y de prestación de servicios.
- **Mejora continua:** utilizar la información para implementar estrategias que permitan reducir el tiempo de espera, tales como la optimización de procesos o incremento en la disponibilidad de personal médico.

Tiempo de espera 3 - Remisión al especialista por parte de un no especialista:

a. **Momento en que usuario/paciente recibe una remisión a una especialidad por parte de un prescriptor no especialista hasta el momento en el que recibe de manera efectiva la primera atención por parte del médico especialista. Unidad de medida: días calendario.**

Indicador para medir el tiempo que transcurre desde que un paciente recibe una remisión de un médico no especialista hasta que recibe la primera atención de un especialista. Suministra una visión clara sobre la eficiencia del proceso de remisión y el tiempo que los pacientes están esperando para recibir atención especializada, lo cual permite mejorar la calidad del servicio y la experiencia del paciente.

- Indicador: Tiempo de espera para atención especializada

Definición: este indicador mide el tiempo en días calendario que transcurre desde que un paciente recibe una remisión para una especialidad médica por parte de un médico no especialista hasta que recibe efectivamente la primera atención de un médico especialista. Se deben tener en cuenta los tiempos intermedios definidos así:

- **Solicitud**: se presenta una solicitud para el servicio de salud especializado, que puede hacerla un profesional de salud, el paciente o su representante.
- **Revisión Inicial**: se verifica que la solicitud tenga toda la documentación y la información necesaria.
- **Evaluación**: un comité especializado revisa la solicitud y la documentación médica para determinar la necesidad del servicio.
- **Información adicional**: si es necesario, se solicita más información o aclaraciones, lo que puede demorar el proceso.
- **Decisión preliminar**: se toma una decisión preliminar sobre la autorización, que puede ser positiva, negativa o condicional.
- **Notificación**: se comunica la decisión al solicitante y, si es negativa, se explica el motivo y la posibilidad de apelar.
- **Período de apelación**: si se deniega o condiciona la autorización, se puede apelar la decisión.
- **Revisión de apelación**: se revisa la apelación y cualquier información adicional presentada, lo que puede llevar tiempo.
- **Autorización final**: se emite la decisión final sobre la autorización, resolviendo cualquier apelación.

- **Implementación**: con la autorización final, se coordina la prestación del servicio especializado conforme a los términos aprobados.

Fórmula: Tiempo de espera (días)= Fecha de atención del especialista − Fecha de remisión

Fecha de remisión: fecha en la que el médico no especialista remite al paciente a un especialista.

Fecha de atención del especialista: fecha en la que el paciente recibe la primera atención del médico especialista.

Unidad de medida: días calendario

Cálculo del indicador: restar la fecha de remisión de la fecha de atención del especialista para obtener el número de días transcurridos.

Objetivo: se puede establecer un objetivo para el tiempo de espera basado en normativas internas o expectativas de servicio. A continuación, se estable un ejemplo de cómo el sistema puede establecer en función de las mediciones obtenidas y las realidades del sistema de salud:

- **Objetivo estándar:** el tiempo de espera debe ser de un máximo de 10 días calendario.
- **Objetivo ajustado:** dependiendo del contexto y la disponibilidad de especialistas, se puede ajustar el objetivo a 14 días, etc.

Uso del indicador:

- **Monitoreo continuo:** realizar un seguimiento continuo del indicador para evaluar la eficiencia en el proceso de remisión y la atención especializada.
- **Análisis de desempeño:** comparar los tiempos de espera con los objetivos establecidos para identificar áreas que necesiten mejoras.
- **Implementación de mejoras:** utilizar la información del indicador para optimizar el proceso de remisión, mejorar la coordinación entre médicos no especialistas y especialistas, y ajustar los recursos necesarios.

Informes y evaluación:

- **Generación de informes:** producir informes periódicos para evaluar el cumplimiento de los objetivos y compartir los resultados.

- **Evaluación y ajustes:** analizar los tiempos de espera prolongados para identificar causas y desarrollar estrategias que reduzcan el tiempo de espera y mejoren el acceso a la atención especializada.

b. Momento en que usuario/paciente solicita al asegurador/gestor portabilidad con el propósito de recibir una atención en salud en otro municipio del territorio nacional diferente al de su residencia, hasta el momento en el que recibe efectivamente la notificación de aceptación del proceso. Unidad de medida: días calendario.

Indicador para medir el tiempo que transcurre entre la solicitud de portabilidad de atención en salud y la recepción de la notificación de aceptación del proceso. Este indicador puede ser útil para evaluar la eficiencia del proceso y para identificar posibles áreas de mejora. Proporcionará una medida clara del tiempo que tarda en gestionarse la portabilidad de atención en salud, ayudando a garantizar una respuesta oportuna y eficiente para los usuarios/pacientes.

- Indicador: Tiempo para la contar con la portabilidad

Definición: este indicador mide el número de días calendario que transcurren desde que un usuario o paciente solicita portabilidad para recibir atención en salud en un municipio diferente al de su residencia, hasta que recibe la notificación de aceptación del proceso por parte del asegurador o gestor.
Fórmula: Tiempo de respuesta (días)= Fecha de notificación de aceptación – Fecha de solicitud de portabilidad
Fecha de solicitud de portabilidad: fecha en la que el paciente solicita a su asegurador/gestor la portabilidad.
Fecha de notificación de aceptación: fecha en la que el paciente recibe la respuesta de portabilidad por parte del asegurador/gestor.
Unidad de medida: días calendario
Cálculo del indicador: restar la fecha de solicitud de portabilidad de la fecha de notificación de aceptación para obtener el número total de días transcurridos.

Uso del indicador:

- **Evaluación de eficiencia:** analizar el promedio de días necesarios para la aceptación en diferentes periodos para evaluar si el proceso está mejorando o empeorando.
- **Identificación de problemas:** si el tiempo de respuesta es excesivo, puede indicar problemas en el proceso que necesitan ser abordados.
- **Mejora continua:** utilizar los datos para implementar mejoras en el proceso de portabilidad y reducir el tiempo de espera para los usuarios/pacientes.

5.1.1.2. Guion cualitativo

Para este primer momento de atención los temas a explorar con el conjunto de actores involucrados son:

1. Barreras y facilitadores para la asignación de citas generales y de pediatría. Así como tiempos intermedios dada la naturaleza de la atención.
2. Mecanismos actuales de gestión o superación de las barreras en este momento de atención.
3. Variables, información requerida y fuentes y proceso de información para reporte al sistema de información.
4. Factibilidad de implementar un mecanismo de LEC y criterios de priorización de pacientes posibles.
5. Factibilidad y aceptabilidad de registros de pacientes en espera de asignación de citas.

5.1.2. SEGUNDO MOMENTO

La paciente asiste a consulta con Médico Pediatra quien de acuerdo a su historia clínica y actual sintomatología, decide remitirla a otra especialidad médica, solicitando interconsulta con Neumología con CUPS: 890272. Durante el proceso de solicitud de autorización a la EPS para esta interconsulta, se ven obligados a desplazarse a San Pedro de los Milagros Antioquia. El motivo es el conflicto armado. Ante esta situación la familia debe solicitar cambio de EPS y portabilidad en el municipio que los acoge: San Pedro de los Milagros.

La portabilidad es la garantía que da la EPS al usuario para acceder a los servicios de salud en cualquier lugar del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su familia que se va temporalmente a un municipio diferente al que reside y se encuentra afiliado. La portabilidad se aplica a partir del 03 de noviembre de 2013, mediante el Decreto 1683 de 2013.

En términos generales se entiende que la solicitud de portación se puede hacer por escrito, personalmente o a través de línea telefónica de atención al cliente. Para el caso de Saviasalud, para solicitar la portabilidad se debe diligenciar el formulario que se encuentra al final de la página o enviar un correo al buzón de portabilidad@saviasaludeps.com con su nombre completo, tipo y número de documento identidad, departamento y municipio al que se trasladará, fecha de inicio y fecha fin de la portabilidad.

Este momento explorará lo relacionado con la portabilidad a partir de los siguientes instrumentos:

5.1.2.1. Indicadores cuantitativos

Tiempo de espera – Portabilidad

- **Momento en que usuario/paciente solicita al asegurador/gestor portabilidad con el propósito de recibir una atención en salud en otro municipio del territorio nacional diferente al de su residencia, hasta el momento en el que recibe efectivamente la notificación de aceptación o rechazo del proceso. Unidad de medida: días calendario.**

Indicador para medir el tiempo que transcurre entre la solicitud de portabilidad de atención en salud y la recepción de la notificación de aceptación del proceso. Este indicador puede ser útil para evaluar la eficiencia del proceso y para identificar posibles áreas de mejora.

Proporcionará una medida clara del tiempo que tarda en gestionarse la portabilidad de atención en salud, ayudando a garantizar una respuesta oportuna y eficiente para los usuarios/pacientes.

Entendiendo por portabilidad: la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud, en el marco del decreto 780 de 2016.

- Indicador: Tiempo de respuesta para la portabilidad de atención en salud

Definición: este indicador mide el número de días calendario que transcurren desde que un usuario o paciente solicita portabilidad para recibir atención en salud en un municipio diferente al de su residencia, hasta que recibe la notificación de aceptación del proceso por parte del asegurador o gestor.

Fórmula: Tiempo de respuesta (días)= Fecha de notificación de aceptación o rechazo – Fecha de solicitud de portabilidad

Fecha de solicitud de portabilidad: fecha en la que el paciente solicita a su asegurador/gestor la portabilidad.

Fecha de notificación de aceptación: fecha en la que el paciente recibe la respuesta de portabilidad por parte del asegurador/gestor.

Unidad de medida: días calendario

Cálculo del indicador: restar la fecha de solicitud de portabilidad de la fecha de notificación de aceptación para obtener el número total de días transcurridos.

Uso del indicador:

- **Evaluación de eficiencia:** analizar el promedio de días necesarios para la aceptación en diferentes periodos para evaluar si el proceso está mejorando o empeorando.
- **Identificación de problemas:** si el tiempo de respuesta es excesivo, puede indicar problemas en el proceso que necesitan ser abordados.
- **Mejora continua:** utilizar los datos para implementar mejoras en el proceso de portabilidad y reducir el tiempo de espera para los usuarios/pacientes.

- **Momento desde que se ingresa al sistema el formulario de solicitud de portabilidad hasta la fecha en que se hace efectiva la portabilidad. Unidad de medida: días calendario.**

Este indicador mide el intervalo de tiempo desde que se ingresa una solicitud de portabilidad en un sistema hasta que la portabilidad se hace efectiva.

-Indicador: Tiempo de ejecución de portabilidad

Descripción: mide el número de días calendario que transcurren desde el ingreso de la solicitud de portabilidad hasta la fecha en que se efectúa la portabilidad.
Fórmula: Tiempo de ejecución de portabilidad (días)= Fecha en que se hace efectiva la portabilidad – Fecha de ingreso del formulario de solicitud de portabilidad
Fecha de ingreso del formulario: fecha en la que se ingresa al sistema el formulario de solicitud de portabilidad.
Fecha en que se hace efectiva: fecha en la que la portabilidad se hace efectiva y el paciente puede ser atendido por consulta externa.
Unidad de Medida: días calendario
Cálculo del indicador: restar la fecha en que se hace efectiva la portabilidad de la fecha en que se ingresa al sistema el formulario de solicitud.

Uso del indicador: este indicador ayuda a evaluar la eficiencia del proceso de portabilidad y puede ser útil para identificar áreas de mejora en el sistema de gestión de solicitudes.

5.1.2.2. Guion cualitativo

Para la conocer de los factores relacionados con la portabilidad que se presentan en el sistema de salud se exploraran las siguientes temáticas con los actores involucrados:

1. Barreras y faciltiadores para que se de el proceso de portabilidad
2. Información requerida y factible para monitorizar el proceso.

5.1.3. TERCER MOMENTO

Una vez autorizada la interconsulta y con cita en una Institución Prestadora de Servicios de Salud; el Neumólogo atiende a la paciente. Analiza su historia médica, su sintomatología y decide ordenar los siguientes procedimientos:

- Espirometría. Código CUPS: 890703
- Rx de torax. Código CUPS: 871121
- Interconsulta con Alergólogo. Código CUPS: 890225
- Interconsulta con otorrinolaringólogo CUPS 890282
- Electrolitos en sudor CUPS 903612
- Oscilometría de impulso

Ante esta situación, la madre de la paciente junto a una funcionaria del SIAU quien le orienta la tramitología, radica órdenes del Neumólogo para solicitar autorización ante SaviaSalud EPS, para los procedimientos requeridos por el especialista.

5.1.3.1. Indicadores cuantitativos

Tiempo de espera 2: Atención de tipo diagnóstico

a. Momento en que al usuario/paciente se le prescriben pruebas diagnósticas por parte prescriptor no especialista y el momento en el que se realiza efectivamente la última de las pruebas diagnósticas solicitadas. Unidad de medida: días calendario

Indicador para medir el tiempo desde la prescripción de pruebas diagnósticas hasta la realización de la última prueba solicitada. Ayuda a medir la eficiencia en el proceso de pruebas diagnósticas y a mejorar el tiempo que tardan los pacientes en completar todas las pruebas requeridas.

- Indicador: Tiempo para la realización de pruebas diagnósticas

Definición: este indicador mide el tiempo en días calendario que transcurre desde que un médico no especialista prescribe pruebas diagnósticas a un paciente hasta el momento en que se realiza la última de las pruebas diagnósticas prescritas.
Se deben tener en cuenta los tiempos intermedios definidos así:

- **Solicitud de Prueba**: Un profesional de salud ordena la prueba y recopila la información clínica necesaria.
- **Programación**: Se fija la fecha y hora de la prueba, que puede ser inmediata o requerir espera.
- **Preparación del Paciente**: El paciente sigue instrucciones preparatorias específicas, como ayuno o evitar ciertos medicamentos.
- **Realización de la Prueba**: El paciente se presenta y se realiza la prueba, cuyo tiempo varía según el tipo.
- **Procesamiento de Muestras**: Las muestras biológicas se procesan y analizan en el laboratorio, con tiempos que dependen del tipo de prueba.
- **Interpretación de Resultados**: Un profesional calificado interpreta los resultados de la prueba.
- **Generación del Informe**: Se elabora un informe con los resultados y conclusiones relevantes.
- **Comunicación de Resultados**: Los resultados se comunican al paciente o su representante y al médico que ordenó la prueba.
- **Seguimiento**: Basado en los resultados, se pueden requerir pruebas adicionales o seguimiento, dependiendo de la necesidad clínica.
-

Fórmula: Tiempo de realización (días)= Fecha de última prueba − Fecha de prescripción

Fecha de prescripción: fecha en que el médico no especialista prescribe las pruebas diagnósticas.

Fecha de última prueba: fecha en que se realiza la última de las pruebas diagnósticas solicitadas.

Unidad de medida: días calendario

Cálculo del indicador: restar la fecha de prescripción de la fecha de realización de la última prueba para obtener el número de días transcurridos.

Objetivo: se puede establecer un objetivo para el tiempo de realización basado en estándares internos o expectativas de servicio, por ejemplo:

- **Objetivo estándar:** la realización de la última prueba debe llevarse a cabo en un máximo de 10 días calendario.
- **Objetivo ajustado:** dependiendo de la complejidad y disponibilidad de pruebas, se puede ajustar el objetivo a 14 días, etc.

Uso del indicador:

- **Monitoreo continuo:** realizar un seguimiento regular del indicador para evaluar la eficiencia en la programación y realización de pruebas diagnósticas.

- **Análisis de desempeño:** comparar los tiempos de realización con los objetivos establecidos para identificar posibles áreas de mejora.
- **Implementación de mejoras:** utilizar los datos para optimización del proceso de programación y ejecución de pruebas, coordinar mejor con laboratorios o centros de diagnóstico y ajustar recursos según la necesidad.

Informes y evaluación:

- **Generación de informes:** producir informes periódicos para evaluar el desempeño en relación con los objetivos de tiempo y compartir los resultados con los equipos de trabajo.
- **Evaluación y ajustes:** analizar los retrasos para identificar las causas y desarrollar estrategias para reducir el tiempo de realización de pruebas, mejorando así la eficiencia del proceso diagnóstico y la experiencia del paciente.

b. Momento en que al usuario/paciente se le prescriben pruebas diagnósticas por parte del prescriptor y el momento en el que vuelve a ser atendido por médico prescriptor inicial. Unidad de medida: días calendario.

Indicador que mide el tiempo entre la prescripción de pruebas diagnósticas y la atención de seguimiento por parte del médico que las prescribió. Ayuda a medir y gestionar el tiempo que transcurre desde la prescripción de pruebas diagnósticas hasta la atención de seguimiento, asegurando que los pacientes reciban los resultados y el tratamiento necesario de manera oportuna.

Indicador: Tiempo de seguimiento Post-diagnóstico

Definición: este indicador mide el tiempo en días calendario que transcurre desde que un médico prescriptor prescribe pruebas diagnósticas a un paciente hasta que el paciente es nuevamente atendido por el mismo médico para recibir los resultados y continuar con el plan de tratamiento.

Fórmula: Tiempo de seguimiento (días)= Fecha de atención de seguimiento – Fecha de prescripción de pruebas

Fecha de prescripción de pruebas: fecha en la que el médico prescriptor ordena las pruebas diagnósticas.

Fecha de atención de seguimiento: fecha en la que el paciente es atendido nuevamente por el mismo médico para revisar y discutir los resultados de las pruebas y determinar el siguiente paso en el tratamiento.

Unidad de medida: días calendario

Cálculo del indicador: restar la fecha de prescripción de pruebas, de la fecha de atención de seguimiento para obtener el número de días transcurridos.

Objetivo: establecer un objetivo para el tiempo de seguimiento que se base en las políticas internas o expectativas de servicio. Por ejemplo:

Objetivo estándar: el seguimiento del paciente debe realizarse en un máximo de 15 días calendario después de la prescripción de pruebas.

Objetivo ajustado: dependiendo del contexto y la complejidad de las pruebas, se puede ajustar el objetivo a 20 días, etc.

Uso del indicador:

- **Monitoreo continuo:** realizar un seguimiento periódico del indicador para evaluar la eficiencia en la programación de citas de seguimiento después de la prescripción de pruebas diagnósticas.
- **Análisis de desempeño:** comparar los tiempos de seguimiento con los objetivos establecidos con el fin de identificar áreas que puedan necesitar mejoras.
- **Implementación de mejoras:** utiliza la información del indicador para mejorar el proceso de seguimiento, por ejemplo, ajustar la programación de citas o mejorar la comunicación entre los equipos de atención.

Informes y evaluación:

- **Generación de informes:** elaborar informes periódicos para evaluar el desempeño en relación con el objetivo de tiempo y comunicar los resultados a los responsables de la atención médica.
- **Evaluación y ajustes:** analizar los casos con tiempos de seguimiento prolongados con el objetivo de identificar causas subyacentes y desarrollar estrategias para que permitan mejorar el tiempo de atención post-diagnóstico, optimizando así la eficiencia del proceso de atención médica y la satisfacción del paciente.

Tiempo de espera 4: Remisión al especialista por parte de un especialista

a. Momento en que usuario/paciente recibe una remisión a una segunda especialidad por parte de un prescriptor especialista hasta el momento en el que recibe de manera efectiva la primera atención por parte del segundo especialista. Unidad de medida: días calendario.

Indicador que mide el tiempo desde que un paciente recibe una remisión de un especialista hasta que recibe la primera atención del segundo especialista al que fue referido. Es útil para evaluar la eficiencia en la transición de cuidados entre especialistas y para identificar oportunidades para mejorar la coordinación y reducir los tiempos de espera para los pacientes.

- Indicador: Tiempo desde la remisión hasta la primera atención especializada

Definición: este indicador mide el número de días calendario transcurridos desde que un paciente recibe una remisión de un prescriptor especialista (primer especialista) hasta que recibe la primera atención del especialista al que fue remitido (segundo especialista).
Fórmula: Tiempo desde la remisión hasta la primera atención (días)= Fecha de la primera atención efectiva – Fecha de remisión
Fecha de remisión: fecha en que el primer especialista emite la remisión al segundo especialista.
Fecha de la primera atención efectiva: fecha en que el paciente recibe la primera atención efectiva del segundo especialista.
Unidad de medida: días calendario
Cálculo del indicador: restar la fecha de remisión, de la fecha de la primera atención efectiva para obtener el tiempo transcurrido en días.
Interpretación:
Menor número de días: indica una menor demora en el acceso a la atención especializada, lo que puede reflejar una gestión eficiente del proceso de remisión y coordinación entre especialistas.

Mayor número de días: puede indicar retrasos en la coordinación o en la disponibilidad del especialista, lo que podría requerir una revisión de los procesos para mejorar los tiempos de atención.

Objetivos:

- **Objetivo estándar:** se establece de acuerdo con las metas de la organización y las normativas de tiempo recomendadas para cada especialidad.
- **Objetivo ajustado:** comparar con estándares de tiempo en otros sistemas de salud o con datos históricos para evaluar el desempeño y establecer metas de mejora.

a. Momento en que un usuario/paciente recibe una remisión a una segunda especialidad por parte de un prescriptor especialista hasta el momento en el que recibe de manera efectiva una segunda atención por parte del especialista prescriptor. Unidad de medida: días calendario.

Indicador para medir el tiempo desde que un paciente recibe una remisión a una especialidad hasta que recibe una segunda atención por parte del mismo especialista. Este indicador puede ser útil para evaluar la eficacia en la gestión de seguimientos y la continuidad de la atención especializada. Es importante para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada en el tiempo oportuno y para identificar áreas que podrían necesitar optimización en el proceso de coordinación y programación de citas.

- Indicador: Tiempo desde la remisión hasta la segunda atención por el mismo especialista

Definición: este indicador mide el número de días calendario transcurridos desde que un paciente recibe una remisión de un prescriptor especialista (primer especialista) hasta que recibe una segunda atención por parte del mismo especialista.

Fórmula: Tiempo desde la remisión hasta la segunda atención (días)= Fecha de segunda atención – Fecha de remisión

Fecha de remisión: fecha en que el primer especialista emite la remisión al segundo especialista.

Fecha de segunda atención: fecha en que el paciente recibe la segunda atención por parte del mismo especialista que hizo la remisión.

Unidad de medida: días calendario

Cálculo del indicador: restar la fecha de remisión, de la fecha de la segunda atención para obtener el tiempo transcurrido en días.

Interpretación:

Menor número de días: indica que el tiempo para recibir la segunda atención es breve, lo que puede reflejar una buena coordinación y eficiencia en la gestión de seguimientos y citas.

Mayor número de días: indica las posibles demoras en la programación de citas, disponibilidad del especialista o problemas en la coordinación entre las distintas partes del sistema de salud.

Objetivos:

- **Objetivo estándar:** se define según las metas de la organización y las normativas sobre tiempos recomendados para seguimientos en atención especializada.
- **Objetivo ajustado:** comparar con estándares de tiempo en otras instituciones de salud o con datos históricos para evaluar el desempeño y establecer metas de mejora.

c. Momento en que al usuario/paciente se le prescriben pruebas diagnósticas por parte del prescriptor especialista y el momento en el que se realiza efectivamente la última de las pruebas diagnósticas solicitadas por el. Unidad de medida: días calendario

Indicador que mide el tiempo que transcurre entre la prescripción de pruebas diagnósticas por parte de un prescriptor especialista y la realización efectiva de la última prueba diagnóstica solicitada. Es importante para garantizar que los pacientes obtengan las pruebas diagnósticas necesarias en un tiempo razonable, facilitando un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

- Indicador: Tiempo desde la prescripción de pruebas hasta la realización de la última prueba diagnóstica

Definición: este indicador mide el número de días calendario transcurridos desde que un prescriptor especialista prescribe pruebas diagnósticas hasta la realización de la última prueba diagnóstica solicitada.

Fórmula: Tiempo desde la prescripción hasta la realización de la última prueba (días)= Fecha de realización de la última prueba – Fecha de prescripción

Fecha de prescripción: fecha en que el prescriptor especialista prescribe las pruebas diagnósticas.

Fecha de realización de la última prueba: fecha en que se realiza efectivamente la última de las pruebas diagnósticas solicitadas.

Unidad de medida: días calendario

Cálculo: restar la fecha de prescripción, de la fecha de realización de la última prueba diagnóstica para obtener el tiempo transcurrido en días.

Interpretación:

- **Menor número de días:** indica una menor demora en la realización de las pruebas diagnósticas, lo que refleja eficiencia en el proceso de programación y ejecución de las pruebas.
- **Mayor número de días:** puede indicar retrasos en la disponibilidad de pruebas o problemas en la programación que pueden necesitar revisión para mejorar la eficiencia.

Objetivos:

- **Objetivo estándar:** se establece de acuerdo con las metas y normas de la organización para tiempos de respuesta en pruebas diagnósticas.
- **Objetivo ajustado:** comparar con estándares de tiempo en otros sistemas de salud o con datos históricos para evaluar el desempeño y establecer objetivos de mejora.

5.1.3.2. Guion cualitativo

Se exploran las siguientes temáticas:

1. Mecanismos de asignación y gestión de citas subespecialización actuales implementados
2. Barreras para el acceso a servicios de un segundo especialista y exámenes diagnósticos especializados
3. Identificación de variables, fuentes y proceso de reporte para información sobre tiempos de espera para atenciones por un segundo especialista.

5.1.4. CUARTO MOMENTO

Una vez se obtienen las autorizaciones para procedimientos y especialista, la madre de la menor inicia el proceso de solicitud y agendamiento de citas. Una vez valorada por el Alergólogo, este solicita:

- Inmunoglobulinas G, I, M. CUPS 906837
- Prueba intraepidérmica de alergia con escarificación o puntura (aeroalergenos alimentos venenos de insectos o medicamentos) CUPS 860203

Para este momento de atención se implementarán los siguientes instrumentos:

5.1.4.1. Indicadores cuantitativos

Tiempo de espera 4: Remisión a un segundo especialista por parte de un especialista

b. Momento en que un usuario/paciente recibe una remisión a una segunda especialidad por parte de un prescriptor especialista hasta el momento en el que recibe de manera efectiva una segunda atención por parte del mismo especialista. Unidad de medida: días calendario.

Indicador para medir el tiempo desde que un paciente recibe una remisión a una especialidad hasta que recibe una segunda atención por parte del mismo especialista. Este indicador puede ser útil para evaluar la eficacia en la gestión de seguimientos y la continuidad de la atención especializada. Es importante para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada en el tiempo oportuno y para identificar áreas que podrían necesitar optimización en el proceso de coordinación y programación de citas.

- Indicador: Tiempo desde la remisión hasta la segunda atención por el mismo especialista

Definición: este indicador mide el número de días calendario transcurridos desde que un paciente recibe una remisión de un prescriptor especialista (primer especialista) hasta que recibe una segunda atención por parte del mismo especialista.

Fórmula: Tiempo desde la remisión hasta la segunda atención (días)= Fecha de segunda atención – Fecha de remisión

Fecha de remisión: fecha en que el primer especialista emite la remisión al segundo especialista.

Fecha de segunda atención: fecha en que el paciente recibe la segunda atención por parte del mismo especialista que hizo la remisión.

Unidad de medida: días calendario

Cálculo del indicador: restar la fecha de remisión, de la fecha de la segunda atención para obtener el tiempo transcurrido en días.

Interpretación:

Menor número de días: indica que el tiempo para recibir la segunda atención es breve, lo que puede reflejar una buena coordinación y eficiencia en la gestión de seguimientos y citas.

Mayor número de días: indica las posibles demoras en la programación de citas, disponibilidad del especialista o problemas en la coordinación entre las distintas partes del sistema de salud.

Objetivos:

- **Objetivo estándar:** se define según las metas de la organización y las normativas sobre tiempos recomendados para seguimientos en atención especializada.
- **Objetivo ajustado:** comparar con estándares de tiempo en otras instituciones de salud o con datos históricos para evaluar el desempeño y establecer metas de mejora.

b. Momento en que usuario/paciente recibe una remisión a una segunda especialidad por parte de un prescriptor especialista hasta el momento en el que recibe de manera efectiva la primera atención por parte de un segundo especialista. Unidad de medida: días calendario.

Indicador que mide el tiempo desde que un paciente recibe una remisión de un especialista hasta que recibe la primera atención del segundo especialista al que fue referido. Es útil para evaluar la eficiencia en la transición de cuidados entre especialistas y para identificar oportunidades para mejorar la coordinación y reducir los tiempos de espera para los pacientes.

- Indicador: Tiempo desde la remisión hasta la primera atención especializada

Definición: este indicador mide el número de días calendario transcurridos desde que un paciente recibe una remisión de un prescriptor especialista (primer especialista) hasta que recibe la primera atención del especialista al que fue remitido (segundo especialista).
Fórmula: Tiempo desde la remisión hasta la primera atención (días)= Fecha de la primera atención efectiva – Fecha de remisión
Fecha de remisión: fecha en que el primer especialista emite la remisión al segundo especialista.
Fecha de la primera atención efectiva: fecha en que el paciente recibe la primera atención efectiva del segundo especialista.
Unidad de medida: días calendario
Cálculo del indicador: restar la fecha de remisión, de la fecha de la primera atención efectiva para obtener el tiempo transcurrido en días.
Interpretación:
Menor número de días: indica una menor demora en el acceso a la atención especializada, lo que puede reflejar una gestión eficiente del proceso de remisión y coordinación entre especialistas.
Mayor número de días: puede indicar retrasos en la coordinación o en la disponibilidad del especialista, lo que podría requerir una revisión de los procesos para mejorar los tiempos de atención.
Objetivos:

- **Objetivo estándar:** se establece de acuerdo con las metas de la organización y las normativas de tiempo recomendadas para cada especialidad.

- **Objetivo ajustado:** comparar con estándares de tiempo en otros sistemas de salud o con datos históricos para evaluar el desempeño y establecer metas de mejora.

c. Momento en que al usuario/paciente se le prescriben pruebas diagnósticas por parte del prescriptor especialista y el momento en el que se realiza efectivamente la última de las pruebas diagnósticas solicitadas por el. Unidad de medida: días calendario

Indicador que mide el tiempo que transcurre entre la prescripción de pruebas diagnósticas por parte de un prescriptor especialista y la realización efectiva de la última prueba diagnóstica solicitada. Es importante para garantizar que los pacientes obtengan las pruebas diagnósticas necesarias en un tiempo razonable, facilitando un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

- Indicador: Tiempo desde la prescripción hasta la realización de la última prueba diagnóstica

Definición: este indicador mide el número de días calendario transcurridos desde que un prescriptor especialista prescribe pruebas diagnósticas hasta la realización de la última prueba diagnóstica solicitada.
Fórmula: Tiempo desde la prescripción hasta la realización de la última prueba (días)= Fecha de realización de la última prueba – Fecha de prescripción
Fecha de prescripción: fecha en que el prescriptor especialista prescribe las pruebas diagnósticas.
Fecha de realización de la última prueba: fecha en que se realiza efectivamente la última de las pruebas diagnósticas solicitadas.
Unidad de medida: días calendario
Cálculo: restar la fecha de prescripción, de la fecha de realización de la última prueba diagnóstica para obtener el tiempo transcurrido en días.
Interpretación:

- **Menor número de días:** indica una menor demora en la realización de las pruebas diagnósticas, lo que refleja eficiencia en el proceso de programación y ejecución de las pruebas.
- **Mayor número de días:** puede indicar retrasos en la disponibilidad de pruebas o problemas en la programación que pueden necesitar revisión para mejorar la eficiencia.

Objetivos:

- **Objetivo estándar:** se establece de acuerdo con las metas y normas de la organización para tiempos de respuesta en pruebas diagnósticas.
- **Objetivo ajustado:** comparar con estándares de tiempo en otros sistemas de salud o con datos históricos para evaluar el desempeño y establecer objetivos de mejora.

5.1.4.2. Guion cualitativo

Se exploran las siguientes temáticas:

1. Mecanismos de asignación y gestión de citas de segunda especialidad actuales implementados
2. Barreras para el acceso a servicios de segunda especialidad y exámenes diagnósticos especializados
3. Identificación de variables, fuentes y proceso de reporte para información sobre tiempos de espera para una segunda especialidad

5.1.5. QUINTO MOMENTO

A la madre de la menor le confirman el diagnóstico y recibe formula médica para iniciar un tratamiento específico. Al realizar la solicitud en la farmacia autorizada por la EPS, le entregan los medicamentos asumidos por el POS.

- Mometasona + furoato 50mcg/dosis (0.05%) susp inh nas
- Fluticasona + propionato 125mcg/dosis susp inh buc

En el proceso de desplazamiento, y ante el Diagnostico principal de la paciente, la madre inicialmente gestionó en Cajibío las valoraciones por nutrición y trabajo social. Al

encontrarse en otro municipio y como consecuencia de su proceso de portabilidad se vió obligada a solicitar nuevamente las interconsultas.

5.1.5.1. Indicadores cuantitativos:

Tiempo de espera 5 – Tratamiento:

a. Momento en que al usuario/paciente se le prescribe un tratamiento por parte del prescriptor no especialista y el momento en el que se realiza efectivamente el tratamiento. Unidad de medida: días calendario.

Indicador para mediar el tiempo transcurrido desde que un prescriptor no especialista prescribe un tratamiento hasta que se realiza efectivamente dicho tratamiento. Es fundamental para evaluar la eficiencia en la implementación de tratamientos y para identificar áreas en las que se puede mejorar la rapidez y la coordinación en la atención a los pacientes.

- Indicador: Tiempo desde la prescripción por no especialista hasta la realización del tratamiento

Definición: para medir el tiempo en días calendario transcurridos desde que un prescriptor no especialista prescribe un tratamiento hasta la realización efectiva del tratamiento por parte del paciente.

Fórmula: Tiempo desde la prescripción por no especialista hasta la realización del tratamiento (días)= Fecha de realización del tratamiento – Fecha de prescripción del tratamiento

Fecha de prescripción del tratamiento: fecha en que el prescriptor no especialista prescribe el tratamiento.

Fecha de realización del tratamiento: fecha en que el paciente efectivamente recibe o comienza el tratamiento.

Unidad de medida: días calendario

Cálculo del indicador: restar la fecha de prescripción, de la fecha de realización del tratamiento para obtener el tiempo transcurrido en días.

Interpretación:

Menor número de días: indica que el tiempo entre la prescripción y la realización del tratamiento es corto, reflejando una buena coordinación y rapidez en la ejecución del tratamiento.

Mayor número de días: indica las posibles demoras en la disponibilidad del tratamiento, problemas en la coordinación o dificultades que pueden necesitar ser revisadas para mejorar la eficiencia en la atención al paciente.

Objetivos:

- **Objetivo estándar:** se define según las metas de la organización y las normativas de tiempo recomendadas para la implementación de tratamientos.
- **Objetivo ajustado:** comparar con estándares en otras instituciones de salud o con datos históricos para evaluar el desempeño y establecer objetivos de mejora.

b. Momento en que al usuario/paciente se le prescribe un tratamiento por parte del prescriptor especialista y el momento en el que se realiza efectivamente el tratamiento. Unidad de medida: días calendario.

Indicador para mediar el tiempo transcurrido desde que un prescriptor especialista prescribe un tratamiento hasta que se realiza efectivamente dicho tratamiento. Es fundamental para evaluar la eficiencia en la implementación de tratamientos y para identificar áreas en las que se puede mejorar la rapidez y la coordinación en la atención a los pacientes.

- Indicador: Tiempo desde la prescripción por especialista hasta la realización del tratamiento

Definición: para medir el tiempo en días calendario transcurridos desde que un prescriptor especialista prescribe un tratamiento hasta la realización efectiva del tratamiento por parte del paciente.

Fórmula: Tiempo desde la prescripción por especialista hasta la realización (días)= Fecha de realización del tratamiento – Fecha de prescripción del tratamiento

Fecha de prescripción del tratamiento: fecha en que el prescriptor especialista prescribe el tratamiento.

Fecha de realización del tratamiento: fecha en que el paciente efectivamente recibe o comienza el tratamiento.

Unidad de medida: días calendario

Cálculo del indicador: restar la fecha de prescripción, de la fecha de realización del tratamiento para obtener el tiempo transcurrido en días.

Interpretación:

- **Menor número de días:** indica que el tiempo entre la prescripción y la realización del tratamiento es corto, reflejando una buena coordinación y rapidez en la ejecución del tratamiento.
- **Mayor número de días:** indica las posibles demoras en la disponibilidad del tratamiento, problemas en la coordinación o dificultades que pueden necesitar ser revisadas para mejorar la eficiencia en la atención al paciente.

Objetivos:

- **Objetivo estándar:** se define según las metas de la organización y las normativas de tiempo recomendadas para la implementación de tratamientos.
- **Objetivo ajustado:** comparar con estándares en otras instituciones de salud o con datos históricos para evaluar el desempeño y establecer objetivos de mejora.

c. **Momento en que al usuario/paciente se le prescribe un tratamiento de rehabilitación por parte del prescriptor especialista y el momento en el que se realiza efectivamente dicho tratamiento. Unidad de medida: días**

Indicador para medir el tiempo desde la prescripción de un tratamiento de rehabilitación hasta la realización del tratamiento.

- Indicador: Tiempo desde la prescripción de tratamiento de rehabilitación por especialista hasta la realización del tratamiento

Definición: este indicador mide el tiempo en días calendario que transcurre desde que un médico especialista prescribe un tratamiento a un paciente hasta el momento en que se realiza dicho tratamiento.

Fórmula: Tiempo desde la prescripción de tratamiento de rehabilitación por especialista hasta la realización del tratamiento (días)= Fecha de tratamiento − Fecha de prescripción

Fecha de prescripción: fecha en que el médico especialista en rehabilitación prescribe el tratamiento.

Fecha de última prueba: fecha en que se realiza el tratamiento.

Unidad de medida: días calendario

Cálculo del indicador: restar la fecha de prescripción del tratamiento, de la fecha de realización del tratamiento para obtener el número de días transcurridos.

Objetivo: se puede establecer un objetivo para el tiempo de realización basado en estándares internos o expectativas de servicio, por ejemplo:

- **Objetivo estándar:** la realización del tratamiento debe llevarse a cabo en un máximo de 10 días calendario.
- **Objetivo ajustado:** dependiendo de la complejidad y disponibilidad del tratamiento, se puede ajustar el objetivo a 14 días, etc.

Uso del indicador:

- **Monitoreo continuo:** realizar un seguimiento regular del indicador para evaluar la eficiencia en la programación y realización de tratamientos.
- **Análisis de desempeño:** comparar los tiempos de realización con los objetivos establecidos para identificar posibles áreas de mejora.
- **Implementación de mejoras:** utilizar los datos para optimización del proceso de programación y ejecución de tratamientos, coordinar mejor con laboratorios o centros de diagnóstico y ajustar recursos según la necesidad.

Informes y evaluación:

- **Generación de informes:** producir informes periódicos para evaluar el desempeño en relación con los objetivos de tiempo y compartir los resultados con los equipos de trabajo.
- **Evaluación y ajustes:** analizar los retrasos para identificar las causas y desarrollar estrategias para reducir el tiempo de realización de tratamientos, mejorando así la eficiencia del proceso diagnóstico y la experiencia del paciente.

5.1.5.2. Guion cualitativo

Se exploran las siguientes temáticas:

1. Mecanismos de asignación y gestión para el acceso al tratamiento prescrito por especialistas y no especialistas.
2. Mecanismos de resolución para las barreras en tiempo y acceso a los diferentes tratamientos

1.2 Listado de variables para el monitoreo de los tiempos de espera

De manera preliminar y de acuerdo con los indicadores establecidos se ha construido la siguiente tabla de variables, la cual será refinada en función de los resultados del proceso de implementación del MGTE.

Tabla 4. Listado de variables preliminares

No. VARIABLE	VARIABLE	DESCRIPCIÓN
1	**Tipo documento de identidad**	Tipo de documento con el cual la persona esta identificada en el sistema. Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía Cédula de extranjería
2	**Número de identidad**	Número completo del documento de identificación
3	**Régimen de salud**	Régimen contributivo Régimen subsidiado Régimen especial
4	**EPS**	Nombre de la EPS
5	**Vulnerabilidad**	Tipo de persona en condición de vulnerabilidad Registro victimas
6	**Procedencia**	Lugar de procedencia de la persona
7	**Ciudad de atención**	Lugar dónde se brinda la atención
8	**Fecha de solicitud de portabilidad**	Fecha en la que el usuario o paciente presenta la solicitud para recibir atención en salud en otro municipio. **Formato:** fecha (dd/mm/aaaa o yyyy-mm-dd)
9	**Fecha de notificación de aceptación de portabilidad**	Fecha en la que el usuario o paciente recibe la notificación oficial de aceptación del proceso de portabilidad. **Formato:** fecha (dd/mm/aaaa o yyyy-mm-dd)

10	**Identificador del usuario/paciente**	Un identificador único para el usuario o paciente para asegurar que los datos se relacionen con la persona correcta. **Formato:** alfanumérico
11	**Número de solicitud o registro de portabilidad**	Un número único que identifica la solicitud de portabilidad en el sistema del asegurador o gestor. **Formato:** alfanumérico
12	**Estado de la solicitud de portabilidad**	Estado actual de la solicitud ("pendiente", "en revisión", "aprobada", "rechazada"). **Formato:** texto o código
13	**Fecha de recepción de solicitud de portabilidad**	Fecha en la que se registró oficialmente la solicitud en el sistema del asegurador o gestor. **Formato:** fecha (dd/mm/aaaa o yyyy-mm-dd)
14	**Fecha de aprobación interna de portabilidad (opcional)**	Fecha en que el asegurador o gestor realiza una aprobación interna antes de la notificación al usuario/paciente. **Formato:** fecha (dd/mm/aaaa o yyyy-mm-dd)
15	**Fecha de envío de notificación de portabilidad (opcional)**	Fecha en que se envía la notificación de aceptación al usuario/paciente. **Formato:** fecha (dd/mm/aaaa o yyyy-mm-dd)
16	**Fecha y hora de solicitud de cita**	Fecha y hora en la que el paciente solicita la cita para atención en medicina general. **Formato:** fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
16	**Fecha y hora de confirmación de cita**	Fecha y hora en la que se confirma la cita para el paciente (esto puede ser al momento de la solicitud o posteriormente). **Formato:** fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
17	**Fecha y hora de atención**	Fecha y hora en la que el paciente recibe la atención médica efectiva. **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
18	**Número de cita o registro**	Un número único para la cita específica del paciente, útil para rastrear y gestionar citas. **Formato:** alfanumérico
19	**Estado de la Cita**	Estado actual de la cita, ("confirmada", "cancelada", "reprogramada") **Formato:** texto o código
20	**Fecha y hora de reprogramación (si aplica)**	Fecha y hora en que la cita fue reprogramada, si aplicable. **Formato:** fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
21	**Fecha y hora de cancelación (si aplica)**	Fecha y hora en que la cita fue cancelada, si aplicable. **Formato:** fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)

22	**Tiempo de diagnóstico**	Hora y fecha en la que se realiza el diagnóstico final. Este es el punto de partida para medir el tiempo de espera en el seguimiento **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
23	**Tiempo de comunicación de resultados**	Momento en que se comunica el diagnóstico al paciente o al profesional médico. Esto puede incluir la entrega de informes, resultados de pruebas, o consultas **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
24	**Tiempo para el plan de seguimiento**	Tiempo que toma desarrollar un plan de seguimiento basado en el diagnóstico. Esto puede involucrar la planificación de tratamientos adicionales, pruebas de seguimiento, o visitas de control **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
25	**Tiempo de realización de seguimiento**	Tiempo que lleva realizar las actividades de seguimiento, como exámenes de control, pruebas adicionales, o intervenciones terapéuticas **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
26	**Tiempo de evaluación de resultados de seguimiento**	Tiempo que se tarda en evaluar los resultados de las actividades de seguimiento y determinar si son necesarios ajustes en el plan de tratamiento **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
27	**Tiempo de implementación de cambios**	Tiempo que se toma para implementar cualquier cambio en el tratamiento o plan de cuidado basado en los resultados de seguimiento **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
28	**Tiempo de atención a consultas adicionales**	Tiempo que se dedica a responder consultas adicionales del paciente o ajustes en el plan de

		cuidado posterior a la comunicación de resultados **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
29	**Tiempo total de seguimiento**	Tiempo total desde el diagnóstico hasta la resolución final o estabilización del estado del paciente, incluyendo todas las etapas de seguimiento y comunicación **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
30	**Duración total de espera**	Calcular el tiempo total entre la solicitud de atención y la prestación de la misma. Este es el indicador principal del tiempo de espera **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
31	**Tipo de especialidad**	Para segmentar los tiempos de espera por especialidad, ya que diferentes especialidades pueden tener tiempos de espera muy distintos **Formato:** texto o código
32	**Demanda**	Volumen de solicitudes para cada especialidad o para el servicio en general puede impactar en los tiempos de espera **Formato:** texto o código
33	**Características del paciente**	Factores como edad, condiciones de salud previas o cualquier otra característica relevante del paciente pueden influir en el tiempo de espera **Formato:** texto o código
34	**Tipo de solicitud**	Distingue entre solicitudes nuevas y seguimientos para evaluar si hay diferencias en los tiempos de espera según el tipo de solicitud **Formato:** texto o código
35	**Fecha y hora de la remisión**	Momento en que se realiza la remisión del paciente al especialista. Esto marca el inicio del período de espera **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)

36	**Fecha y hora de recepción de la remisión**	Momento en que el especialista o su equipo reciben la remisión. Esto puede diferir de la fecha de remisión si hay intermediarios en el proceso **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
37	**Fecha y hora de programación de la primera cita**	Momento en que se programa la primera cita con el especialista después de recibir la remisión **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
38	**Fecha y hora de la primera atención especializada**	Fecha y hora en la que el paciente tiene la primera consulta con el especialista. Esto es indispensable para calcular el tiempo transcurrido hasta la segunda atención **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
39	**Fecha y hora de programación de la segunda cita especializada**	Momento en que se programa la segunda cita con el mismo especialista, si se planifica durante o después de la primera consulta **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
40	**Fecha y hora de la segunda atención**	Fecha y hora en la que el paciente recibe la segunda consulta con el mismo especialista **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
41	**Tiempo de espera entre la primera y la segunda cita**	La duración entre la primera atención y la segunda atención con el mismo especialista. Esto puede ser relevante para entender las demoras específicas en el seguimiento **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
42	**Factores administrativos**	Cualquier retraso administrativo en la programación o confirmación de citas que pueda influir en el tiempo total de espera **Formato:** texto o código
43	**Datos del paciente**	Factores personales como disponibilidad para citas, problemas de transporte o dificultades

		para cumplir con las fechas de citas programadas **Formato:** texto o código
44	**Tipo de especialidad requerida**	Algunas especialidades pueden tener tiempos de espera más largos debido a la demanda o la disponibilidad de especialistas **Formato:** texto o código
45	**Prioridad o urgencia de la remisión**	Si la remisión tiene una categoría de urgencia (“urgente”, “preferente”, o “estándar”), esto puede afectar el tiempo de espera **Formato:** texto o código
46	**Ubicación del paciente y del especialista**	Las distancias geográficas y la disponibilidad de servicios en distintas regiones pueden influir en los tiempos de espera **Formato:** texto o código
47	**Disponibilidad de recursos y capacidad del especialista**	La carga de trabajo actual y la disponibilidad de los especialistas pueden afectar el tiempo de espera **Formato:** texto o código
48	**Historial del paciente**	Si el paciente tiene antecedentes médicos que podrían influir en la urgencia o prioridad de la atención, esto podría ser relevante **Formato:** texto o código
49	**Sistema de gestión de citas**	La eficiencia del sistema que se utiliza para gestionar las citas y remisiones puede influir en los tiempos de espera **Formato:** texto o código
50	**Interrupciones o eventos imprevistos**	Factores como cancelaciones, reprogramaciones, o problemas administrativos pueden afectar el tiempo de espera **Formato:** texto o código
51	**Datos demográficos del paciente**	Aunque no siempre es necesario, el conocimiento de variables como la edad, el sexo o el tipo de seguro del paciente puede ayudar a entender mejor los patrones de espera **Formato:** texto o código
52	**Fecha y hora de realización de la última prueba diagnóstica**	Fecha y hora en que se lleva a cabo la última prueba diagnóstica en el proceso

		Formato: Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
53	**Tipo de prueba diagnóstica**	Información sobre la naturaleza de la prueba (análisis de sangre, imagenología, etc.), ya que el tiempo requerido puede variar según el tipo de prueba **Formato:** texto o código
54	**Recursos disponibles**	Disponibilidad de equipos y personal, que puede influir en el tiempo de espera **Formato:** texto o código
55	**Tiempo de procesamiento de la solicitud**	El tiempo que tarda en procesarse la solicitud de la prueba desde que se recibe hasta que se programa **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
56	**Retrasos o problemas**	Cualquier retraso imprevisto o problemas que puedan haber surgido en el proceso **Formato:** texto o código
57	**Regulaciones y políticas**	Normativas y políticas internas que puedan influir en los tiempos de espera, como protocolos de urgencia **Formato:** texto o código
58	**Fecha y hora de prescripción**	Fecha y hora exacta en que el médico no especialista prescribe el tratamiento o la prueba diagnóstica **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
59	**Fecha y hora de recepción o registro de la prescripción**	Fecha y hora en que la prescripción es recibida o registrada en el sistema del centro de tratamiento o la clínica **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
60	**Fecha y hora de aceptación del pedido**	Fecha y hora en que el pedido para el tratamiento o prueba es aceptado o registrado en el sistema por el especialista o el centro de diagnóstico **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)

61	**Fecha y hora de programación**	Fecha y hora en que se programa la prueba diagnóstica o el tratamiento **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
62	**Fecha y hora de realización del tratamiento**	Fecha y hora en que se lleva a cabo el tratamiento o la última prueba diagnóstica en el proceso **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
63	**Duración total del proceso**	Tiempo total desde la prescripción hasta la realización del tratamiento, calculado a partir de la diferencia entre la fecha de prescripción y la fecha de realización del tratamiento **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
64	**Tipo de tratamiento o prueba diagnóstica**	Información sobre la naturaleza del tratamiento o la prueba diagnóstica, ya que diferentes tipos pueden tener diferentes tiempos de espera **Formato:** texto o código
65	**Prioridad del tratamiento o prueba**	Si el tratamiento o la prueba tiene una prioridad alta, media o baja, lo que puede influir en el tiempo de espera **Formato:** texto o código
66	**Tiempo de procesamiento entre etapas**	Tiempos de espera entre cada etapa del proceso, como entre la prescripción y la aceptación, entre la aceptación y la programación, y entre la programación y la realización del tratamiento **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
67	**Eficiencia en la coordinación**	Eficiencia en la comunicación y coordinación entre el médico no especialista, el especialista, el centro de diagnóstico y otros servicios involucrados **Formato:** texto o código
68	**Factores del paciente que pueda afectar el tiempo**	Disponibilidad y disposición del paciente para realizarse la prueba o tratamiento, así como cualquier preferencia o restricción personal

		Formato: texto o código
69	**Carga de trabajo del especialista**	La carga de trabajo del especialista y cómo puede afectar el tiempo para coordinar y programar el tratamiento **Formato:** texto o código
70	**Fecha y hora de evaluación inicial**	Fecha y hora en que se realiza la evaluación inicial del paciente para determinar el plan de tratamiento y programar las sesiones **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
71	**Fecha y hora de programación de las sesiones**	Fecha y hora en que se programan las sesiones de rehabilitación, incluyendo la asignación de horarios y recursos **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
72	**Fecha y hora de realización de la primera sesión**	Fecha y hora en que se lleva a cabo la primera sesión del tratamiento de rehabilitación **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
73	**Fecha y hora de realización de las sesiones subsiguientes**	Fechas y horas en que se realizan las sesiones posteriores del tratamiento de rehabilitación **Formato:** Fecha y hora (dd/mm/aaaa hh o yyyy-mm-dd hh)
74	**Tipo de rehabilitación**	Información sobre el tipo de tratamiento de rehabilitación prescrito (por ejemplo, fisioterapia, terapia ocupacional, rehabilitación neurológica), ya que puede influir en los tiempos de espera **Formato:** texto o código

Fuente: Elaboración propia

6. Referencias

1. Corte Constitucional. *Sentencia T-760*. (2008).
2. Corte Constitucional. Sala de Seguimiento Especial. *Auto 410 de Seguimiento a La Sentencia T-76*. https://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-

08/autos%20especificos/orden%2017/Auto_410_de_2016_Seguimiento_al_cumplimiento_%C3%B3rdenes_17_y_18.pdf (2016).

3. Corte Constitucional. *Auto 005*. (2024).
4. Instituto de Evaluación de Tecnologica en Salud. *Modelo de Gestión de Los Tiempos de Espera*. (2023).
5. Solano Cristiano, A. & Guerra Niño, N. Retraso en el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres que reciben tratamiento en la ciudad de Bogotá. (2020).
6. Campaz, N. & Montaño, S. *Barreras de Acceso al Servicio de Salud En El Contexto de Colombia*. *Auditoria en salud* (2019).
7. Bedoya, C. & Et Al. BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS EN COLOMBIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA. (2016).
8. Castro, P., Romero, M. & La Rotta, J. Caracterización de las Barreras de Accesibilidad de los Servicios de Salud en los Usuarios de La EPS Asmet salud con Patología Oncológica en el Primer Semestre del 2017 en Florencia Caquetá. (2019).
9. OCDE. *Waiting Time Policies in the Health Sector*. (OECD, 2013). doi:10.1787/9789264179080-en.
10. Instituto de Evaluación de Tecnologica en Salud. *Modelo de Gestión de Los Tiempos de Espera*. (2023).
11. Council of Europe. Health Policy: Report on Criteria for the management of waiting lists and waiting times in health care. *[Internet]. [citado 28 de octubre de 2023]. Disponible en:* .
12. Callejón María, C. C. O. R. V. *Prioritising Health Services or Muddling Through.* (2018).
13. Breton M, S. M. S. M. K. S. S. J. B. M. et al. How the design and implementation of centralized waiting lists influence their use and effect on access to healthcare - A realist review. *Health Policy (New York)* **124**, 787–795 (2020).
14. Cuzcano, A. E., Lizeth, K. & Mendives, A. *El Método de Casos Como Alternativa Pedagógica Para La Enseñanza de La Bibliotecología y Las Ciencias de La Información*. vol. 29 (2015).
15. Corte Constitucional Sala de Seguimiento Especial a la Sentencia T-760 de 2008. *Auto 552A de 2015* . (2015).

16. REPÚBLICA DE COLOMBIA CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento en Salud. *AUTO 584 de 2022*. (2022).

7. Anexos

Anexo 1. Matriz de análisis de los autos de seguimiento

Documento anexo.