IMPACTO DE LA RESOLUCIÓN 2117 DE 2025 (MODELO DE GESTIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA, MGTE) EN LA REGULACIÓN DE AGENDAS PARA CITAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

Autor

ALICIA LUCIA TORRES TAJAN

torrestajanalicialucia@gmail.com

Tutores

ALFREDO RICARDO LORDUY BOLÍVAR

LAURA HERNÁNDEZ DAGER

Resumen

El presente artículo analiza la (Resolución 2117 de, 2025) mediante la cual se introduce el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera como herramienta para garantizar la oportunidad en el acceso a los servicios de salud, especialmente en la atención médica especializada. A partir del vacío regulatorio existente en el que la oportunidad en la atención era reconocida por la Ley Estatutaria (Ley Estatutaria 1751 de, 2015) y por la jurisprudencia constitucional, pero sin herramientas que permitieran medirla ni exigir su cumplimiento en un medio diferente a la acción de tutela.

La resolución mencionada representa un avance normativo que introduce nuevos estándares, mecanismos de priorización y sistemas de seguimiento, todo con el objetivo de mejorar la capacidad de respuesta del sistema. El análisis de este proyecto se basa en una metodología cualitativa, con un enfoque descriptivo y exploratorio, que permitió revisar el marco legal actual,

identificar los avances regulatorios que trae consigo el MGTE, y evaluar su incidencia en la garantía del derecho a la salud. Los resultados indican que la resolución no solo complementa y actualiza la normativa existente, sino que también transforma la manera en que se entiende y gestiona la oportunidad en la atención al establecer lineamientos progresivos, claros y procesos unificados para gestionar los tiempos de espera. En conclusión, la implementación del MGTE representa un avance significativo para el sistema de salud colombiano, al fortalecer la transparencia, la eficiencia además de ofrecer herramientas concretas para eliminar las demoras injustificadas y asegurar un acceso más oportuno y efectivo a los servicios médicos especializados.

Palabras clave

Derecho fundamental a la salud, oportunidad en salud, Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE).

1. Introducción

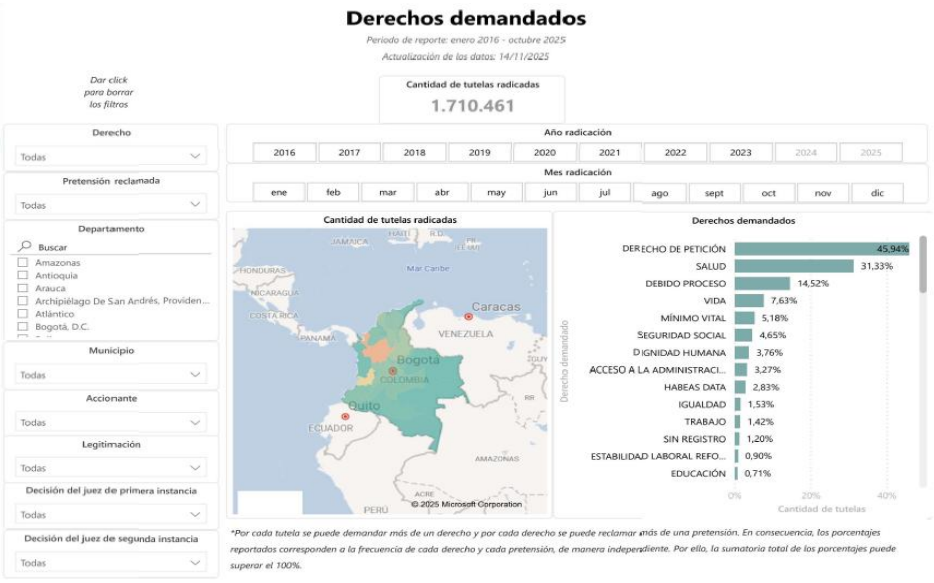
En Colombia, el derecho a la salud es un derecho fundamental que se encuentra consagrado en la Constitución Política y se desarrolla a través de la (Ley Estatutaria 1751 de, 2015) . Esto implica que el Estado tiene la obligación de promover el bienestar general y proteger la dignidad humana, garantizando que haya disponibilidad, accesibilidad, calidad y oportunidad en los servicios de salud tal y como lo ordena el artículo 5 de dicha Ley. Sin embargo, la completa materialización de lo anterior ha enfrentado importantes desafíos, especialmente en cuanto al acceso a las citas de medicina especializada, donde los largos tiempos de espera pueden poner en riesgo la continuidad y la integralidad en la prestación de los servicios de salud afectado directamente el derecho a la salud y por consiguiente a vivir dignamente.

Durante varios años, la ausencia de una regulación específica sobre los plazos máximos para la asignación y realización de citas médicas especializadas generó tiempos de espera prolongados que afectaron la oportunidad con la que los usuarios accedían a los servicios de salud. Esta situación se vio reflejada en el uso recurrente de la acción de tutela como mecanismo para solicitar la prestación oportuna de dichos servicios.

Según los datos del micrositio de estadísticas de la (Corte Constitucional de Colombia, 2025). El derecho a la salud se ubicó como el segundo derecho más invocado en las acciones de tutela durante 2024 y 2025, con una participación del 31,33 %. Asimismo, dentro de las pretensiones asociadas a este derecho, la solicitud relacionada con la asignación de citas médicas representó el 22,93 % del total, de tutelas radicadas en el periodo analizado.

Figura 1

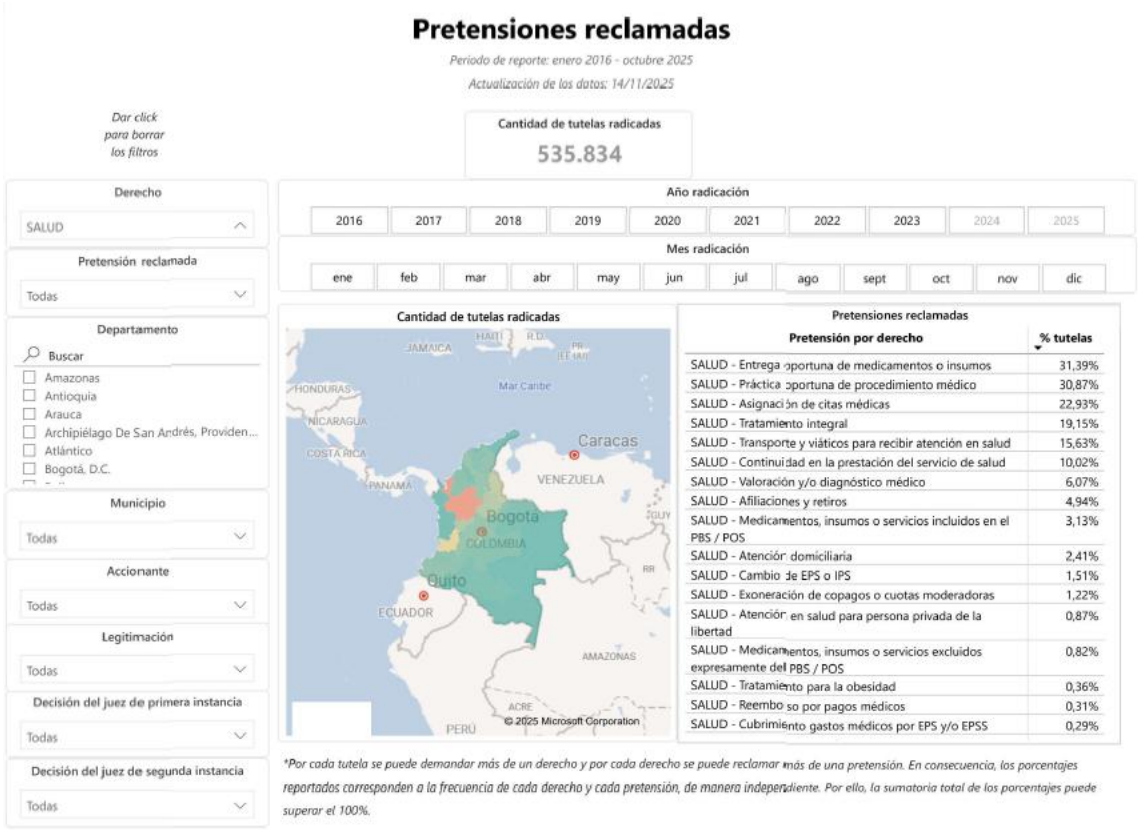
Cantidad de acciones de tutela radicadas en los años 2024-2025



Nota: El derecho a la salud fue el segundo más demandado, con el 31,33% de las tutelas registradas. Fuente: Datos del Sistema de Información de Tutelas de la Corte Constitucional.

Figura 2

Pretensiones reclamadas en la acción de tutela 2024-2025



Nota: La asignación de citas médicas representó el 22,93% de las pretensiones en salud. Fuente: Sistema de Información de Tutelas de la Corte Constitucional (actualización 14/11/2025).

Estos datos muestran que un número significativo de usuarios acudió a la tutela para obtener una cita médica, lo cual evidencia que la regulación existente sobre oportunidad en la atención

resultaba insuficiente para resolver esta necesidad. En este contexto, se hizo necesario adoptar parámetros normativos más claros y herramientas de gestión que permitieran mejorar los tiempos de espera y reducir la dependencia de la acción de tutela para acceder a este tipo de servicios.

Con la expedición de la Resolución de la (Resolución 2117 de, 2025), se ha puesto en marcha el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE). Este modelo tiene como objetivo establecer directrices técnicas y administrativas que ayuden a monitorear, controlar y reducir los tiempos de espera en la prestación de servicios de salud, incluyendo la asignación y realización de citas médicas especializadas.

Lo anterior representa una iniciativa importante hacia una mayor eficiencia y equidad en el acceso a la atención, ya que propone estrategias de seguimiento que pretenden asegurar el cumplimiento de los principios de oportunidad y continuidad en la atención médica. Sin embargo, su implementación genera incertidumbre sobre la capacidad de las instituciones de salud para adoptar el modelo de manera efectiva, así como sobre su verdadero impacto en la reducción de las barreras que impidan el acceso a los servicios de salud y su judicialización mediante acciones de tutela.

Con base en esta problemática y en el nuevo marco regulatorio, el presente estudio se propone analizar la Resolución 2117 de 2025 en lo concerniente a la regulación de las agendas para citas médicas especializadas en Colombia y su incidencia en la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud. Para alcanzar este propósito, la investigación inicia con una revisión del marco jurídico previo a la expedición de la resolución, con el fin de contextualizar los fundamentos normativos que dieron origen al MGTE y comprender las razones que justificaron su implementación. Posteriormente, se estudia de qué manera esta disposición modifica,

complementa o desarrolla la normatividad existente en materia de oportunidad en la atención especializada, identificando sus principales avances y ajuste.

Con este proyecto se pretende determinar la incidencia real de la Resolución 2117 de 2025 en la garantía del derecho fundamental a la salud, particularmente en términos de acceso oportuno a servicios médicos especializados.

2. Metodología

Este estudio se desarrollará bajo un enfoque cualitativo, de tipo exploratorio, ya que de acuerdo con (Roberto Hernández Sampieri et., 2014). Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado Para ello, se aplicará el método de investigación jurídica dogmática puesto que busca describir, analizar, interpretar y aplicar el derecho objetivo, es decir las normas jurídicas plasmadas en fuentes formales…Se centran en la problemática de la validez de las normas jurídicas de un modo abstracto. Bobbio, 2013, 20 ss; Witker, 1995, 22 como se citó en (Barrios De la Cruz , 2021). Razón por la cual dicha metodología resulta adecuada para examinar el marco normativo vigente, en materia de oportunidad en las agendas de citas médicas especializadas. El análisis se centrará revisión de la estructura jurídica que antecede la expedición del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE), los cambios que trajo consigo y su incidencia en la garantía efectiva de derecho a la salud.

3. Resultados

3.1 Marco jurídico previo a la Resolución 2117 de 2025 (MGTE).

La Constitución Política de Colombia, de 1991 en sus artculos 48, 49 y 365, otorga un papel fundamental al derecho a la salud los cuales constituyen la base normativa para su garantía

como servicio público esencial. Estos preceptos determinan que la prestación de los servicios de salud se debe entender bajo los principios de descentralización, universalidad y continuidad, orientados a asegurar la protección integral de la población. En este sentido, el Estado asume la responsabilidad de diseñar, regular y ejecutar las políticas necesarias para salvaguardar el goce efectivo de este derecho, garantizando que todas las personas accedan a los servicios de salud en las condiciones y términos previstos por la Constitución y la ley.

El Sistema General De Seguridad Social (SGSSS), en Colombia se encuentra consagrado en la (Ley 100 de, 1993), la cual establece los principios que sustentan la prestación de servicios de salud, tales como eficiencia, universalidad, solidaridad y calidad. Aquí se incluyen, las obligaciones específicas para garantizar que la atención brindada a los usuarios sea ajustada a los preceptos constitucionales donde calidad resulta requisito sinequanon para la prestación de los servicios de salud y exige al estado la implementación mecanismos de control que garanticen una atención oportuna, humana, integral y continua.

Posteriormente La Sentencia (Sentencia T-760 de, 2008) constituye un antes y un después en materia de derecho a la salud en Colombia, pues visibilizó fallas estructurales que afectaban la garantía efectiva de este derecho y que exigían ajustes significativos de carácter normativo y administrativo. A partir de una revisión de acciones de tutela presentadas por usuarios que enfrentaban barreras para acceder a los servicios de salud, la Corte concluyó que las dificultades no eran hechos aislados, sino manifestaciones reiteradas de problemas regulatorios y administrativos dentro del sistema. En este pronunciamiento, la Corte profirió órdenes estructurales dirigidas a corregir dichas falencias, entre ellas la actualización cada dos años del Plan de Beneficios en Salud, la eliminación de barreras administrativas que limitaban el acceso

efectivo y oportuna a los servicios. Con ello, buscó asegurar una gestión eficiente y en concordancia con los principios constitucionales que rigen el servicio público de salud.

En esa misma línea la (Ley 1122 de, 2007) tuvo como eje central el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios mediante la introducción de cambios en algunos aspectos como dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Aunque la Ley incluye dentro de los criterios de calidad del servicio aspectos como la atención oportuna, integral y continua, estos elementos se mencionan únicamente como componentes generales de la calidad, pero no se desarrollan en términos operativos, técnicos o temporales. Por tanto, la Ley 1122 no establece obligaciones específicas para las EPS o IPS relacionadas con plazos de asignación de citas médicas, tiempos máximos de espera o mecanismos para su seguimiento.

En consecuencia, aunque (Ley 1122 de, 2007) buscó fortalecer la estructura y organización del SGSSS, no abordó la problemática en el ambitito regulatorio sobre la oportunidad en el acceso a servicios especializados.

Posteriormente (Decreto Ley 019 de, 2012) representó un esfuerzo significativo del gobierno por promover la eficiencia y la rapidez en la prestación de servicios, con el objetivo mejorar la interacción entre la administración y los administrados y optimizar la gestión pública. Si bien este decreto tiene un alcance general dentro de la Administración Pública, su impacto en el derecho a la salud es importante en términos de oportunidad y accesibilidad. En virtud de que

reconoce implícitamente que los procedimientos administrativos complejos son barreras que dificultan el acceso efectivo a los derechos fundamentales. Es así como Artículo 124 del mencionado decreto, encomendó al Ministerio de Salud y Protección Social, junto con las Entidades Promotoras de la Salud (EPS), la implementación de mecanismos para reducir los tiempos de espera y simplificar el acceso a las citas médicas, especialmente las de especialistas. Esto confirma que, en 2012, las demoras en la atención ya se reconocían como una problemática que requería una intervención más rigurosa reiterando la importancia de minimizar las demoras en acceso servicios de salud.

Por esta razón, el (Decreto Ley 019 de, 2012) sentó un precedente regulatorio hacia la simplificación en los trámites, pero no delineó la hoja de ruta que permitiera a las EPS y las IPS garantizar y materializar adecuadamente la oportunidad en la prestación de citas médicas especializadas. Esta falencia metodológica configura una puerta de entrada paras las regulaciones subsiguientes.

Por otro lado, la (Ley 1438 de, 2011) trajo consigo una reforma importante al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el objetivo de fortalecer su estructura, dar prioridad a la atención primaria de salud y reorganizar la forma en que se prestan los servicios. Esta ley resalta principio de oportunidad como un aspecto clave en la calidad de los servicios de salud. Aunque la ley no establece tiempos máximos de espera para programar o realizar citas con médicos especialistas, sí introduce directrices fundamentales para mejorar la gestión de la oferta de servicios y la organización del sistema mediante.

Gracias a esta Ley se exigió la implementación y el fortalecimiento de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS). Para garantizar el correcto funcionamiento del sistema mediante la sinergia entre los distintos niveles de atención y asegurar la suficiencia de profesionales en cada

nivel. La correcta articulación de estas redes es un requisito estructural cuya inobservancia se traduce directamente en barreras de acceso y largos tiempos de espera.

Por su parte la Resolución (Resolución 1552 de, 2013) supuso uno de los principales esfuerzos y avances normativos encaminados a regular la gestión de agendas médicas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su implementación contribuyo al cumplimiento de los artículos 123 y 124 del Decreto-Ley 019 de 2012. Esta resolución estableció lineamientos mínimos de gestión de agendas, entre los cuales se incluyó la obligación de que las EPS mediante sus prestadores mantuvieran agendas abiertas la totalidad de los días hábiles del año. Asimismo, para la medicina general y la odontología, ratificó el plazo máximo de tres días hábiles para la asignación de citas. En el caso de la medicina especializada, se establecieron reglas procedimentales destinadas a agilizar el acceso, como la obligación de resolver las autorizaciones requeridas en un término no superior a cinco 5 días hábiles. No obstante, a pesar de estos avances en la estandarización de procedimientos, la principal limitación de la Resolución 1552 radicó en que solo reguló los tiempos para la asignación o la autorización, sin establecer un plazo máximo vinculante para la realización efectiva de la consulta médica especializada.

Ahora bien, a pesar de los avances introducidos por la Resolución 1552 de 2013, el marco normativo sufrió una transformación aún más profunda con la expedición de la de (Ley Estatutaria 1751 de, 2015), la cual marcó un punto de inflexión en el ordenamiento jurídico colombiano al consolidar el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo, exigible y de aplicación inmediata. Este reconocimiento implicó un cambio conceptual y operativo dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dado que no solo definió los elementos esenciales de este derecho, sino que estableció obligaciones claras para el Estado y los actores del sistema en torno a la garantía efectiva de su ejercicio. En este sentido, esta ley se convierte en la base normativa

indispensable para comprender el origen, justificación y sentido técnico-jurídico del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE), posteriormente adoptado mediante la Resolución 2117 de 2025.

Uno de los aportes más relevantes de la Ley 1751 es la definición de los elementos esenciales del derecho a la salud, entre los que se destacan la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y, de manera especial, la oportunidad. La incorporación de este último elemento impulsó a que los servicios de salud se presten sin demoras injustificadas. Bajo esta perspectiva, los tiempos excesivos para acceder a citas médicas especializadas se convierte en una problemática reiterada en el sistema de salud que configura una vulneración directa a este derecho fundamental.

En complemento a ello esta ley obliga al Estado a prestar una regulación más efectiva en cuanto a la oportunidad den los servicios de salud se refiere, mediante la implementación de políticas públicas que garanticen la igualdad en el acceso, la identificación y reducción de barreras administrativas, la implementación de mecanismos de protección frente a violaciones del derecho así, la creación de herramientas de inspección, vigilancia y control más robustas y efectivas, orientadas a mejorar la prestación de los servicios.

3.2 Cambios que introduce la Resolución 2117 de 2025 frente a la regulación en oportunidad en las citas médicas especializadas.

La Resolución 2117 de 2025 constituye una modificación profunda del marco regulatorio sobre la oportunidad en la prestación de citas médicas especializadas, al introducir por primera vez un modelo técnico, medible y obligatorio que transforma la oportunidad en un parámetro verificable. Dicha resolución complementa y desarrolla lineamientos previos que, aunque

reconocían la importancia de la atención oportuna, no contaban con herramientas operativas para hacer exigible este parámetro. En consecuencia, la creación del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE) llena un vacío histórico al establecer mecanismos de medición, monitoreo y gestión que permiten otorgar obligaciones concretas para EPS y IPS y demás actores del sistema.

Uno de los cambios más significativos del MGTE es la estandarización de métricas obligatorias para medir cada etapa del proceso de atención, lo cual permite cuantificar la inoportunidad real en el acceso a servicios especializados. La resolución establece, por ejemplo, que las entidades deben definir y medir los tiempos de espera en la prestación de servicios de salud y que deberán implementar las herramientas que resulten idóneas para realizar seguimiento para identificar de forma temprana las diversas falencias que se pueden presentar en proceso de atención, (Resolución 2117 de 2025, arts. 4 y 6).

Con la implementación de este nuevo modelo se busca superar el vacío normativo que durante años afectó a la población afiliada al sistema de salud. A pesar de que el ordenamiento jurídico y en especial la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconocía expresamente que la atención en salud debe ser de calidad, concepto que integra la oportunidad, no existían instrumentos técnicos, realmente eficaces ni métricas estandarizadas que permitieran medir la inoportunidad en la prestación de servicios y garantizar su cumplimiento efectivo. La Resolución 2117 de 2025 surge precisamente para llenar ese vacío, al establecer un modelo integral, verificable y vinculante.

No obstante, el avance normativo que representa el MGTE también revela algunas limitaciones que deben ser comprendidas para dimensionar su alcance real. Una primera limitación se relaciona con la dependencia del modelo frente a la capacidad instalada del sistema. La medición de tiempos de espera permite evidenciar las brechas en especialidades críticas, pero no corrige automáticamente la insuficiencia de talento humano, infraestructura o disponibilidad de

especialistas. El modelo exige que EPS e IPS cuenten con sistemas robustos y conectividad suficiente. En zonas rurales o prestadores pequeños, la falta de infraestructura tecnológica puede inconvenientes para garantizar el flujo de información forma expedita entre los distintos actores generar inconsistencias, afectando la confiabilidad de los indicadores y, por ende, la capacidad real del modelo para orientar decisiones.

Otro aspecto que limita el potencial del MGTE es la capacidad institucional para la vigilancia y el control. La resolución otorga a la Superintendencia Nacional de Salud facultades reforzadas para auditar demoras injustificadas, pero su eficacia depende del fortalecimiento operativo de la entidad. Si la capacidad de análisis de datos y de intervención no crece al mismo ritmo del volumen de información generada, el impacto sancionatorio y preventivo podría verse restringido.

En conjunto, la Resolución 2117 de 2025 introduce modificaciones sustanciales en lo relacionado oportunidad de la atención en salud, complementa desarrollos previos y crea herramientas de monitoreo que representan un avance significativo para la garantía del derecho fundamental a la salud. Sin embargo, su efectividad dependerá de la capacidad del sistema para superar las limitaciones estructurales, tecnológicas y operativas que aún persisten

3.3 Incidencia de la Resolución 2117 de 2025 en la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud y el acceso oportuno a servicios médicos especializados

La Resolución 2117 de 2025 constituye un avance determinante en la materialización del derecho fundamental a la salud, particularmente en lo relativo al acceso oportuno a servicios especializados. Su importancia se observa tanto en la reiteración de obligaciones estatales y aseguradoras de materializar a cabalidad el derecho a la salud. Todo esto gracias a la creación de

instrumentos técnicos que permiten hacer exigible un componente esencial del derecho a la salud como lo es la oportunidad.

Un ejemplo claro de ello es lo plasmado El artículo 4 .2 de la resolución el cual hace referencia a las herramientas para registrar la información que permitan monitorear cada proceso que se presenta en el Sistema General de Seguridad Social en Salud relativos a los tiempos de espera. El monitoreo y el seguimiento son acciones continuas sobre indicadores del MGTE, que proporcionan información a los tomadores de decisión sobre el avance y el logro de objetivos. (Resolución 2117 de, 2117).

En este contexto, la Resolución 2117 de 2025 tiene una incidencia directa en la garantía del derecho fundamental a la salud al introducir un modelo estandarizado de medición de la oportunidad, obligando a las entidades a monitorear a adaptar sus procedimientos en función de esta de este modelo, que convierte la oportunidad en un parámetro verificable permitiendo que la ciudadanía, las autoridades y los jueces cuenten con información objetiva para evaluar si se está materializando lo plasmado en la Carta Política.

De allí que resulta indispensable detenerse en las métricas que estructuran este modelo pues son ellas las que permiten identificar los puntos críticos donde se compromete la oportunidad y, con ello, la efectividad del derecho fundamental a la salud. Las métricas de medición de la oportunidad definidas por el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE) propuesto por la (Resolución 2117 de, 2117) permiten identificar con precisión las etapas en las que se originan las demoras que comprometen la continuidad del proceso asistencial y, con ello, la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud. Estas métricas evidencian los puntos críticos que obstaculizan el acceso oportuno a los servicios médicos especializados.

La resolución también incide en la garantía del derecho fundamental a la salud al mejorar la transparencia del sistema, al establecer que los tiempos de espera serán indicadores de reporte obligatorio, lo que genera un entorno en el que la información sobre oportunidad se convierte en un bien público que puede ser consultado, comparado y analizado. Esta apertura contribuye a la rendición de cuentas y permite identificar brechas territoriales o institucionales que requieran intervención estatal.

En los términos judiciales el MGTE resulta especialmente relevante. Antes de su adopción, la ausencia de parámetros uniformes generaba incertidumbre sobre los tiempos que se consideran aceptables o no para la prestación de un servicio de salud y obligaba a los usuarios a acudir a la tutela sin contar con información precisa sobre los tiempos de atención. Con la implementación del modelo, los tiempos de espera se convierten en referentes objetivos para el análisis judicial, de modo que una dilación que exceda los estándares definidos puede interpretarse como una afectación del derecho fundamental a la salud, en sus dimensiones de oportunidad, accesibilidad y continuidad. Esta estandarización provee al juez constitucional herramientas técnicas y verificables para determinar la existencia de una vulneración, lo que fortalece la protección del usuario y facilita la adopción de medidas correctivas frente a las entidades responsables.

En suma, la Resolución 2117 de 2025 incide positivamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, al convertir la oportunidad en un parámetro regulado, medible y exigible, fortaleciendo la vigilancia estatal sobre las barreras administrativas. Se trata de un avance normativo que permite cerrar la brecha entre el reconocimiento constitucional del derecho y su materialización práctica, especialmente en lo que respecta al acceso oportuno a servicios médicos especializados, históricamente uno de los puntos más críticos del sistema de salud.

Conclusiones y recomendaciones

La Resolución 2117 de 2025 representa un avance significativo en la regulación de las agendas para citas médicas especializadas en Colombia, en la medida en que incorpora la oportunidad como un componente verificable del derecho fundamental a la salud. Al adoptar un modelo uniforme para medir los tiempos de espera para la prestación efectiva de los servicios médicos. Esta la norma introduce parámetros objetivos que permiten identificar con claridad los tramos del proceso de atención donde se producen las mayores demoras. La definición de indicadores obligatorios fortalece la capacidad del sistema para reconocer fallas operativas que afectan el acceso oportuno a los servicios especializados, reducen la discrecionalidad administrativa y favorecen una asignación más transparente y coherente con los principios constitucionales de disponibilidad, accesibilidad y continuidad en la atención.

Sin embargo, la implementación del modelo enfrenta limitaciones importantes que inciden en su eficacia. Entre estas se encuentra la persistencia de procedimientos administrativos internos que no pueden corregirse únicamente con la medición de los tiempos de espera y, de manera especialmente crítica, la escasez de médicos especialistas en diversas regiones del país, lo cual restringe la capacidad del sistema para cumplir con los estándares de oportunidad. A ello se suma la necesidad de fortalecer los mecanismos de auditoría, inspección y vigilancia, ya que sin controles rigurosos existe el riesgo de que la medición de la oportunidad se reduzca a un mero cumplimiento formal, sin generar un impacto real en la atención.

A partir de los hallazgos del presente estudio, se recomienda fortalecer la implementación del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE) mediante estrategias que aseguren la materialización plena del derecho fundamental a la salud. En primer lugar, es necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social continúe desarrollando lineamientos técnicos

complementarios que faciliten la adopción homogénea del modelo en todos los territorios, especialmente en zonas rurales y dispersas donde las brechas de acceso son históricamente mayores. Asimismo, resulta fundamental que el Estado implemente políticas orientadas a incrementar la disponibilidad de especialistas, especialmente en zonas críticas y regiones con atención deficiente.

Finalmente, se sugiere robustecer los sistemas de inspección y vigilancia y control para asegurar que los plazos definidos se cumplan efectivamente y que la información reportada refleje fielmente la realidad operativa, con ello garantizar que la oportunidad en la prestación de citas médicas especializadas se materialice plenamente en todos los afiliados al sistema de salud.

Referencias Bibliografías

Barrios De la Cruz, C. (2021). Manual de Metodología de Investigación Jurídica para la Práctica Judicial en la Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla. p.44: Consejo Superior de la judicatura.

Constitución Política de Colombia [C.P.], 1991, art. 48, 49 y 365. (Julio de 1991). Gaceta Constitucional No. 116. Obtenido de

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Corte Constitucional de Colombia. (2025). Estadísticas Corte Constitucional de Colombia. Obtenido de: https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas

Decreto Ley 019 de. (10 de enero de 2012). Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. Obtenido de Diario Oficial No. 48.308 de 10 de enero de 2012: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_0019_2012.html

Ley 100 de. (23 de diciembre de 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Obtenido de Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248

Ley 1122 de. (9 de enero de 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección

Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf

Ley 1438 de. (2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Obtenido de Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Ley Estatutaria 1751 de. (16 de febrero de 2015). Congreso de la República de Colombia. Obtenido de Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.427;

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Resolución 1552 de. (14 de mayo de 2013). Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto - Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1552-de-2013.pdf

Resolución 2117 de. (2025). Ministerio de Salud y Protección Social.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%202117%20de%202025.pdf.

Resolución 2117 de. (16 de octubre de 2117). Por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera -MGTE, para el acceso a la atención y a los servicios y tecnologías en salud. Obtenido de:

https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=191143&dt=S#:~:text=El%20Modelo%20de%20Gesti%C3%B3n%20de%20Tiempos%20de%20Espera%2DMGTE%2C%20se,Gesti%C3%B3n%20de%20Tiempos%20de%20Espera:

Resolución 256 de. (16 de febrero de 2016). Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf

Roberto Hernández Sampieri et. (2014). Metodología de la Investigación Sexta Edición. Ciudad de México: McGraw-Hill e.

Sentencia T-760 de. (2008). Corte Constitucional M.P. Manuel José Cepeda Espinosa. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm.