

**Diagnóstico del impacto de la privatización del sistema de salud en Colombia en la
prestación de servicios especializados de otorrinolaringología: estudio de caso
en la IPS OIR Tunja, 2025**

Nirsa Viasus Benítez

Escuela Superior de Administración Pública
Facultad de Pregrado
Programa de Administración Pública Territorial
Tunja
2026

**Diagnóstico del impacto de la privatización del sistema de salud en Colombia en la
prestación de servicios especializados de otorrinolaringología: estudio de caso
en la IPS OIR Tunja, 2025**

Nirsa Viasus Benítez

Asesor Académico

Mag Álvaro Vásquez Ávila

Escuela Superior de Administración Pública

Facultad de Pregrado

Programa de Administración Pública Territorial

Tunja

2026

Resumen.....	7
Abstract	8
Introducción	9
Justificación.....	10
Pregunta problema.....	11
Objetivos	11
Objetivo general.....	11
Objetivos específicos.....	11
Estado del arte.....	12
Enfoque metodológico.....	15
Marco conceptual	16
Privatización en salud.....	16
EPS (Entidad Promotora de Salud).....	17
IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud).....	17
<i>Servicios Especializados</i>	17
Gobernanza en Salud.....	17
Capacidad Financiera del Prestador	18
Implicación	18
Oferta y Demanda de Servicios Especializados	18
Referencia y Contrarreferencia	19
Marco teórico	19

Evolución del SGSSS y reformas sectoriales desde la ley 100 y la noción de privatización.....	19
Separación funcional EPS–IPS y modelos de aseguramiento	20
Gobernanza en salud y coordinación interinstitucional	21
Financiamiento, capacidad financiera de prestadores y efectos en la prestación especializada	22
Oferta, demanda y sistemas de referencia/contrarreferencia en servicios especializados.....	23
Análisis del marco normativo de la Ley 100 de 1993 con relación a la prestación de servicios en salud	26
Revisión las condiciones de contratación a los servicios especializados, aplicadas al caso de la IPS OIR Tunja en 2025.....	31
Caracterización de los componentes operativos que soportan la prestación del servicio especializado de otorrinolaringología en la IPS OIR Tunja	36
Capacidad de la IPS OIR Tunja para la atención de la demanda en los servicios de otorrinolaringología durante el año 2025.....	41
Identificación de puntos de mejora en la coordinación y ofrecer insumos útiles para la toma de decisiones orientada a mejorar resultados de desempeño en servicios especializados.....	50
CONCLUSIONES	54
Referencias Bibliográficas	56
Entrevista	62

Lista de Tablas

Tabla 1 Componentes operativos del servicio de otorrinolaringología, IPS OIR Tunja, 2025.....	37
Tabla 2 Resumen de la capacidad de atención del servicio de otorrinolaringología, IPS OIR Tunja, 2025.....	42
Tabla 3 Comportamiento mensual de la oportunidad en la atención ORL, IPS OIR Tunja, 2025.....	43
Tabla 4 Puntos de mejora identificados para el servicio de otorrinolaringología, IPS OIR Tunja, 2025.....	49
Tabla 5 Priorización de acciones de mejora para la toma de decisiones institucionales	51

Lista de tablas

Figura 1 Mapa de procesos de servicio de atención.....	38
Figura 2 Gráfica combinada: Citas vs oportunidad.....	44
Figura 3 Tendencia de Oportunidad	45
Figura 4 Citas realizadas por mes	47

Resumen

La presente monografía diagnostica el impacto de la privatización del sistema de salud en Colombia en la prestación de servicios especializados de otorrinolaringología, a partir del estudio de caso de la IPS OIR Tunja durante el año 2025. La investigación se desarrolla desde un enfoque mixto, con estrategia de estudio de caso, mediante la revisión del marco normativo, el análisis de las condiciones contractuales entre EPS e IPS, la caracterización de los componentes operativos del servicio y la revisión de registros estadísticos de atención. El estudio parte de la Ley 100 de 1993 y de las reformas posteriores para comprender cómo el modelo de aseguramiento, intermediación y contratación incide en el acceso efectivo a servicios especializados. Los hallazgos evidencian que la cobertura formal no garantiza por sí sola una atención oportuna, pues la prestación se encuentra mediada por autorizaciones, procesos administrativos, auditorías, glosas, tiempos de pago y coordinación entre actores. En 2025, la IPS OIR Tunja registró 2.691 atenciones de otorrinolaringología, con una espera promedio de 16,52 días y momentos de mayor tensión operativa en abril y mayo. Se concluye que la IPS contó con capacidad funcional para sostener la prestación del servicio, pero dicha capacidad estuvo tensionada por picos de demanda, dependencia de pocos pagadores y condiciones financieras del sistema. Por ello, se proponen mejoras en la coordinación con EPS, seguimiento de la oportunidad, organización de agenda y uso sistemático de la información para la toma de decisiones.

Palabras clave: privatización en salud, Ley 100 de 1993, otorrinolaringología, IPS OIR Tunja, acceso a la salud, contratación en salud, capacidad operativa.

Abstract

This monograph diagnoses the impact of health system privatization in Colombia on the provision of specialized otorhinolaryngology services, based on the case study of IPS OIR Tunja during 2025. The research follows a mixed-methods approach under a case study strategy, including a review of the legal framework, an analysis of contractual conditions between health insurers and providers, the characterization of the operational components of the service, and the examination of statistical appointment records. The study takes Law 100 of 1993 and subsequent reforms as a starting point to understand how the insurance-based model, intermediation, contracting mechanisms, and public-private participation influence effective access to specialized health care. The findings show that formal coverage does not automatically guarantee timely access, since service provision is mediated by authorizations, administrative procedures, audits, billing issues, payment flows, and coordination between institutional actors. In 2025, IPS OIR Tunja provided 2,691 otorhinolaryngology appointments, with an average waiting time of 16.52 days and periods of greater operational pressure in April and May. The study concludes that the institution had a functional capacity to maintain service provision; however, this capacity was strained by demand peaks, dependence on a limited number of payers, and financial conditions within the health system. Therefore, the monograph proposes improvements in coordination with health insurers, monitoring of service timeliness, agenda management, and systematic use of information for decision-making.

Keywords: health privatization, Law 100 of 1993, otorhinolaryngology, IPS OIR Tunja, access to health care, health contracting, operational capacity.

Introducción

El sistema de salud en Colombia bajo la Ley 100 de 1993, se estructura un campo de política pública en el que confluyen decisiones de regulación, coordinación interinstitucional y gestión de recursos para garantizar la atención a la población. En este escenario, la materialización del acceso no depende únicamente de la existencia de normas y planes, sino del funcionamiento efectivo de los arreglos organizacionales que conectan a los actores responsables del aseguramiento y de la prestación de servicios. Desde una perspectiva propia de la administración pública, el análisis de estos arreglos resulta relevante porque permite observar capacidades institucionales reales, niveles de articulación entre organizaciones y condiciones de desempeño en la provisión de un servicio público esencial.

La prestación de servicios especializados representa un punto crítico para valorar dicho desempeño, ya que suele requerir procesos administrativos y operativos más complejos, coordinación entre niveles de atención, disponibilidad de talento humano e infraestructura, y continuidad en la atención.

En este contexto, adquiere pertinencia examinar cómo la privatización del sistema de salud —entendida aquí como una forma de organización donde la provisión se estructura mediante intermediación, contratación y regulación del acceso entre múltiples actores— se expresa en escenarios concretos de prestación. Comprender estos mecanismos permite aportar elementos para el análisis de la capacidad institucional del sistema,

Por ello, esta monografía analiza la relación entre la privatización del sistema de salud en Colombia y la prestación de servicios especializados de otorrinolaringología a través de un estudio de caso en la IPS OIR Tunja durante el período 2025. El trabajo se orienta a reconstruir, desde el caso, cómo se configuran las condiciones normativas, contractuales, administrativas y

operativas que median el acceso y la prestación del servicio, con el propósito de aportar una comprensión aplicada sobre el desempeño institucional de la articulación entre aseguramiento y prestación en un servicio especializado. identificar puntos de mejora en la coordinación y ofrecer insumos útiles para la toma de decisiones orientada a mejorar resultados de desempeño en servicios especializados.

Justificación

El trabajo demuestra porque el SGSSS colombiano fue configurado como un modelo de seguridad social con rectoría estatal, pero con operación posible por actores públicos y privados, lo que hace que la garantía efectiva del acceso quede mediada por arreglos institucionales de aseguramiento y prestación. En ese sentido, la Ley 100 de 1993 establece el marco general de organización del sistema y habilita una dinámica donde la relación entre aseguradores y prestadores se vuelve determinante para materializar la atención. (Congreso de Colombia, 1993).

Asimismo, la prestación de servicios especializados suele depender de mediaciones administrativas y de coordinación (p. ej., autorizaciones, redes, continuidad), lo que puede traducirse en barreras de acceso cuando hay fricciones entre actores. La Corte Constitucional, en la Sentencia T-760 de 2008, reconoció fallas estructurales asociadas a la garantía del derecho y ordenó medidas orientadas a corregir déficits de protección y barreras de acceso. (Corte Constitucional, 2008). Para el período 2025, además, el contexto incorpora elementos críticos de política y operación: por un lado, reglas específicas para el giro directo de recursos (que modifican condiciones de flujo financiero hacia prestadores) (Presidencia de la República, 2024); y por otro, reportes oficiales sobre niveles altos de deuda acumulada de EPS con prestadores y proveedores, lo que puede impactar la continuidad operativa de los servicios. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

Pregunta problema

¿Cuál es el impacto de la privatización del sistema de salud en Colombia en la prestación de servicios especializados de otorrinolaringología: estudio de caso en la IPS OIR Tunja, en el año 2025?

Objetivos

Objetivo general

Diagnosticar el impacto de la privatización de la salud en Colombia en la prestación de servicios especializados de Otorrinolaringología, estudio de caso IPS Oir Tunja 2025

Objetivos específicos

Analizar el marco normativo de la Ley 100 del 1993 con relación a la prestación de servicios de salud

Revisar las condiciones de contratación a los servicios especializados, aplicadas al caso de la IPS OIR Tunja en 2025.

Caracterizar los componentes operativos que soportan la prestación del servicio especializado de otorrinolaringología en la IPS OIR Tunja.

Establecer la capacidad de la IPS OIR Tunja para la atención de la demanda en los servicios de otorrinolaringología del año 2025

Identificar puntos de mejora en la coordinación y ofrecer insumos útiles para la toma de decisiones orientada a mejorar resultados de desempeño en servicios especializados.

Estado del arte

Título / Autor	Descripción	Relevancia para el estudio	Mi opinión crítica
2021-Una revisión sistemática de los resultados de la consulta remota en otorrinolaringología/ Gupta, T.; Gkioussias, V.; Bhutta, M.F. (Clinical Otolaryngology)	Revisión sistemática (PRISMA) sobre resultados de consultas remotas en ORL: efectividad, satisfacción y limitaciones clínicas en el contexto COVID-19.	Aporta base internacional sobre prestación de ORL (especialidad) para comparar modalidades de acceso y continuidad cuando el sistema impone barreras administrativas/financieras.	Sustenta cómo se configura la prestación de ORL y qué condiciones afectan la oportunidad y continuidad del servicio (incluida la teleconsulta). Aporta un referente internacional útil para argumentar que la ORL exige coordinación y recursos, y para contrastarlo con el caso local.
2021 - Gobernanza en salud en Colombia / Restrepo & Zapata	Definen gobernanza como coordinación y participación bajo rectoría estatal. Identifican debilidades en Colombia como corrupción, fragmentación y falta de coordinación entre actores. Evidencian baja percepción de gobernanza en el sistema.	Aporta evidencia contextual sobre gobernanza débil que impacta contratación y articulación EPS–IPS. En OIR Tunja permite analizar coordinación práctica con EPS y red territorial de referencia y contrarreferencia.	Su fortaleza es vincular teoría con evidencia empírica nacional. Su limitación es el carácter no probabilístico de la encuesta. Sirve como base para formular hipótesis que deben contrastarse con datos locales e indicadores de acceso y cartera.
2014 - Brinkerhoff & Bossert / Enfoque principal–agente en gobernanza	Proponen un enfoque de gobernanza basado en relaciones principal–agente entre Estado, proveedores y ciudadanía. Destacan que incentivos, autoridad, información y rendición de cuentas determinan el desempeño del sistema. Sugieren diagnósticos adaptados al contexto.	Permite analizar contratos, autorizaciones y flujos financieros como instrumentos de gobierno. En OIR Tunja orienta a mapear quién decide, quién financia y cómo se resuelven conflictos como glosas o demoras en pagos.	Su fortaleza es traducir problemas técnicos en fallas de incentivos y control. Puede resultar abstracta si no se operacionaliza, es útil si se conecta con indicadores concretos de desempeño y rendición de cuentas.
2023 — La privatización de los sistemas de salud, la pandemia y la desprivatización en debate / Luzuriaga, M.J. (Revista CEPAL)	Análisis comparado (Argentina, Brasil, Chile y Colombia) sobre privatización y relaciones público-privadas; debates post-pandemia.	Marco internacional/regional para definir “privatización” como proceso político-institucional y ubicar el caso colombiano.	Conceptualiza la privatización como proceso político-institucional y ubicar el caso colombiano en un debate regional. Aporta definiciones y dimensiones útiles para afinar el marco conceptual del estudio.

Título / Autor	Descripción	Relevancia para el estudio	Mi opinión crítica
2022 — Atlas Nacional de Equidad en Salud Sostenible: Colombia / MinSalud & OPS/PAHO (Informe)	Atlas nacional sobre inequidades en salud: determinantes y desigualdades territoriales con enfoque de equidad.	Aporta soporte nacional para inequidades territoriales que afectan disponibilidad y acceso (relevante para especialidades y para Tunja/Boyacá).	Sustenta con evidencia nacional, la existencia de inequidades territoriales que condicionan disponibilidad y acceso a servicios. Refuerza la pertinencia de examinar la prestación especializada en un territorio específico y su relación con arreglos institucionales.
2022 — La gobernanza del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de los actores / Restrepo-Zea, J.H. & Zapata-Cortés, O.L. (Revista del CLAD Reforma y Democracia)	Estudio cualitativo con líderes del sistema: percepción de gobernanza, articulación, transparencia, coordinación y desfinanciamiento.	Permite operacionalizar mecanismos (gobernanza, coordinación EPS–IPS) que pueden traducirse en barreras de acceso a especialidades.	Identifica las fallas del sistema asociadas a gobernanza y coordinación EPS–IPS que suelen expresarse en barreras administrativas, tensiones contractuales y dificultades de acceso. Orienta el diseño de categorías de análisis cualitativo (autorizaciones, contratación, pagos, barreras).
2022 — Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993? / Restrepo-Zea, J.H. (Revista de Salud Pública, UNAL)	Síntesis analítica de la evolución del SGSSS: diseño institucional, aseguramiento, financiamiento y tensiones del modelo de aseguramiento/intermediación.	Base conceptual para la variable explicativa: dinámica de privatización/intermediación y su traducción institucional EPS–IPS.	Soporte del marco teórico del SGSSS y para explicar la dinámica de privatización/intermediación (rol de EPS, contratación, incentivos). Es útil para definir categorías analíticas que luego se aplican al caso IPS OIR Tunja.
2022 — Análisis Situación de Salud de los Municipios de Boyacá en el año 2021 / Gobernación de Boyacá – Secretaría de Salud	Compendio territorial de ASIS municipal con caracterización de determinantes y situación de salud.	Sustenta el componente territorial (Tunja/Boyacá): contexto de demanda potencial, determinantes y entorno donde opera la IPS.	Contextualiza el territorio (Tunja/Boyacá): perfil poblacional, determinantes y necesidades de salud. Aporta base territorial para justificar la pertinencia del estudio de caso y enmarcar la demanda potencial de servicios especializados.

Título / Autor	Descripción	Relevancia para el estudio	Mi opinión crítica
2021-Una revisión sistemática de los resultados de la consulta remota en otorrinolaringología/ Gupta, T.; Gkiousias, V.; Bhutta, M.F. (Clinical Otolaryngology)	Revisión sistemática (PRISMA) sobre resultados de consultas remotas en ORL: efectividad, satisfacción y limitaciones clínicas en el contexto COVID-19.	Aporta base internacional sobre prestación de ORL (especialidad) para comparar modalidades de acceso y continuidad cuando el sistema impone barreras administrativas/financieras.	Sustenta cómo se configura la prestación de ORL y qué condiciones afectan la oportunidad y continuidad del servicio (incluida la teleconsulta). Aporta un referente internacional útil para argumentar que la ORL exige coordinación y recursos, y para contrastarlo con el caso local.
2021 - Gobernanza en salud en Colombia / Restrepo & Zapata	Definen gobernanza como coordinación y participación bajo rectoría estatal. Identifican debilidades en Colombia como corrupción, fragmentación y falta de coordinación entre actores. Evidencian baja percepción de gobernanza en el sistema.	Aporta evidencia contextual sobre gobernanza débil que impacta contratación y articulación EPS-IPS. En OIR Tunja permite analizar coordinación práctica con EPS y red territorial de referencia y contrarreferencia.	Su fortaleza es vincular teoría con evidencia empírica nacional. Su limitación es el carácter no probabilístico de la encuesta. Sirve como base para formular hipótesis que deben contrastarse con datos locales e indicadores de acceso y cartera.
2014 - Brinkerhoff & Bossert /Enfoque principal-agente en gobernanza	Proponen un enfoque de gobernanza basado en relaciones principal-agente entre Estado, proveedores y ciudadanía. Destacan que incentivos, autoridad, información y rendición de cuentas determinan el desempeño del sistema. Sugieren diagnósticos adaptados al contexto.	Permite analizar contratos, autorizaciones y flujos financieros como instrumentos de gobierno. En OIR Tunja orienta a mapear quién decide, quién financia y cómo se resuelven conflictos como glosas o demoras en pagos.	Su fortaleza es traducir problemas técnicos en fallas de incentivos y control. Puede resultar abstracta si no se operacionaliza, es útil si se conecta con indicadores concretos de desempeño y rendición de cuentas.
2010 - Le Grand, J. Confianza/controles/voz/ección + cuasi-mercados	Distingue cuatro modelos de provisión (confianza, controles, voz y elección) y desarrolla el concepto de cuasi-mercados: financiación pública con provisión plural. Advierte riesgos como selección adversa y demanda inducida, proponiendo ajuste de riesgo y mecanismos de referencia para equilibrar eficiencia y equidad.	Se relaciona con la libre escogencia y el rol de la EPS como gatekeeper. En el caso de OIR Tunja permite evaluar si existen opciones reales de acceso, continuidad en la red y tiempos de espera razonables en la especialidad.	Integra incentivos y equidad, pero puede sobreestimar la capacidad real de elección del usuario. En contextos con oferta limitada obliga a analizar no solo la libre elección formal, sino la disponibilidad efectiva dentro de la red contratada.

Título / Autor	Descripción	Relevancia para el estudio	Mi opinión crítica
1963 - Incertidumbre y asimetría de información en salud /Arrow, K.	Argumenta que la salud no funciona como un mercado competitivo típico debido a la incertidumbre y la asimetría informativa entre médico y paciente. Estas condiciones justifican la existencia de seguros, regulación estatal y normas profesionales. Su enfoque permite analizar los límites del mercado frente a procesos de privatización en salud.	En otorrinolaringología, el paciente depende del juicio experto, lo que refuerza la asimetría informativa. Permite interpretar autorizaciones, redes cerradas y negaciones como fallas de información e incentivos que afectan oportunidad y continuidad del cuidado especializado.	Es una teoría fundacional que explica fallas estructurales del mercado sanitario, aunque no ofrece diseños contractuales específicos. En Colombia debe utilizarse como criterio para fortalecer regulación, transparencia y protección al usuario más que como modelo completo de reforma.

Fuente: elaboración propia, 2026.

Enfoque metodológico

Diagnosticar en la privatización del sistema de salud en Colombia el impacto en la prestación de servicios especializados de otorrinolaringología: estudio de caso en la IPS OIR Tunja, 2025.

La investigación adopta un enfoque mixto (cualitativo–cuantitativo) bajo la estrategia de estudio de caso, ya que la pregunta busca explicar: “¿Cuál es el impacto de la privatización del sistema de salud en Colombia en la prestación de servicios especializados de otorrinolaringología: estudio de caso en la IPS OIR Tunja, 2025??” El caso es la IPS OIR Tunja y la unidad de análisis es la prestación del servicio especializado de otorrinolaringología (ORL) durante 2025.

Se abordará como caso con subunidades para rastrear mecanismos: (1) relación contractual /operativa con EPS, (2) mediaciones administrativas de acceso (remisión/autorización), y (3) condiciones operativas y financieras que sostienen la prestación.

Se empleará muestreo intencional por criterios, seleccionando actores directamente vinculados a los procesos objeto de análisis: Administración/dirección, especialistas ORL,

agenda/admisiones y facturación–cartera. El número de entrevistas se definirá durante el trabajo de campo, según la disponibilidad de actores y la suficiencia de información para cubrir las subunidades del caso.

Las fuentes de información se organizarán en primarias y secundarias, evitando duplicidades:

Fuentes primarias (evidencia del caso y del trabajo de campo, 2025): (a) entrevistas semiestructuradas; (b) observación no participante del flujo del servicio para identificar puntos de fricción (admisión – autorización – agenda – atención – facturación); y (c) documentos y registros del caso 2025 (según disponibilidad), como contratos/minutas, soportes o trazas de autorizaciones, cartera por pagador, glosas/devoluciones, PQRS, e indicadores de oportunidad/capacidad de agenda.

Fuentes secundarias (contexto y sustento conceptual): libros y artículos en revistas científicas, además de documentos académicos o técnicos (informes, documentos de trabajo), que permitirán definir categorías analíticas (privatización/aseguramiento, gobernanza, relación comprador–prestador, acceso a especialidades) y contrastar los hallazgos del caso.

Como complemento documental, se revisará el marco normativo aplicable (Ley 100 de 1993 y normas relacionadas) como fuente documental para delimitar reglas del sistema (aseguramiento, redes, contratación y acceso), articulándolo con la evidencia primaria del caso y con la literatura secundaria.

Marco conceptual

Privatización en salud

Se entiende como la incorporación de lógicas de mercado (competencia, orientación al “cliente” y mecanismos contractuales) y el aumento del peso de actores privados tanto en el

aseguramiento como en la prestación. Esta caracterización se sustenta en la descripción del sistema colombiano como orientado a “privatización, mercado y competencia” y con crecimiento del sector privado en aseguramiento y prestación (crisis en el sistema de salud), así como en la lectura de la reforma como promotora de competencia y reducción del papel del Estado, junto con el intento de configurar mercados para aseguramiento y provisión (gobernanza en el sistema

EPS (Entidad Promotora de Salud)

Se asume la definición normativa: entidades responsables de afiliación y registro, recaudo de cotizaciones por delegación y organización/garantía (directa o indirecta) del Plan de Salud, con reglas de compensación asociadas a la UPC (ley 100). En el arreglo institucional descrito, el aseguramiento se delega a las EPS y la financiación opera con la entrega de una UPC desde el fondo nacional (ADRES), mientras la atención se materializa a través de contratos con IPS (crisis en el sistema de salud).

IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud)

Servicios Especializados

Operativamente, se entienden como prestaciones que requieren conocimiento experto y suelen desplegarse en niveles de atención de mayor complejidad, articuladas al plan de beneficios y a la organización por “niveles de atención y complejidad” (ley 100). La literatura revisada diferencia que cobertura formal no equivale a acceso efectivo, y que el acceso se ha garantizado con mayor fuerza en el primer nivel, aunque incluye consulta especializada dentro de trayectorias de atención (análisis de las crisis).

Gobernanza en Salud

Se adopta como “forma de gobernar” el sistema caracterizado por participación y coordinación de actores, negociación en decisiones e implementación de políticas bajo rectoría

para garantizar el derecho a la salud con eficiencia y calidad (gobernanza en la salud); también se enfatiza que la gobernanza trasciende la norma escrita e incorpora procesos de coordinación y negociación entre actores con intereses potencialmente no convergentes (gobernanza en la salud)

Capacidad Financiera del Prestador

Se define como la aptitud de la IPS para sostener la producción de servicios (continuidad operativa e inversión mínima), en interacción con costos, ingresos y flujo de recursos proveniente del aseguramiento. La Ley exige contabilidad de costos y reconoce autonomía financiera (ley 100) sin embargo, se describen crisis asociadas a dificultades en el flujo de recursos, con problemas de pago de EPS a prestadores y efectos en oportunidad/abastecimiento (análisis de las crisis), y se subraya que sin flujo de recursos no se garantiza acceso ni prestación efectiva (análisis de las crisis).

Implicación

Condiciona sostenibilidad del servicio de otorrinolaringología en 2025 (agenda, insumos, contratación de talento).

Oferta y Demanda de Servicios Especializados

La oferta se entiende como disponibilidad real de servicios (capacidad instalada y agenda), y la demanda como requerimientos/peticiones de atención de la población afiliada. Normativamente se reconoce la organización de la oferta pública por niveles y territorios (ley 100) y la expansión de horarios “de acuerdo con demanda” (ley 100). La literatura plantea inequidades regionales y restricciones de oferta pública con crecimiento simultáneo del sector privado (Documento 1, p. 16).

Referencia y Contrarreferencia

Se asume como el sistema que ordena el tránsito del paciente entre niveles de atención para acceder a servicios de alta complejidad: las EPS deben establecer un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a alta complejidad se realice desde el primer nivel, salvo urgencias (Ley 100).

Marco teórico

Evolución del SGSSS y reformas sectoriales desde la ley 100 y la noción de privatización

La Ley 100 de 1993 crea el SGSSS bajo fundamentos del servicio público de salud como la equidad y la obligatoriedad, y establece reglas orientadas a garantizar prestaciones con oportunidad, calidad y eficiencia, incluyendo el principio de libre escogencia entre entidades promotoras y prestadores “cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios” (Ley 100, 1993). Este elemento es central para comprender la “privatización” como proceso: más allá de la propiedad privada, la reforma consolida una forma de organización donde coexisten y compiten múltiples agentes en la administración (aseguramiento) y en la provisión (prestación), bajo vigilancia estatal (Ley 100, 1993).

En el debate académico, la privatización en salud se vincula a la adopción de lógicas de mercado, clientelización de la relación usuario-sistema y competencia entre EPS e IPS; se describe que el sistema colombiano se orienta hacia “cliente, privatización, mercado y competencia” como rasgos de funcionamiento, asociados al principio de libre escogencia y a la dinámica competitiva (Crisis, 2023). De forma convergente, se plantea que el sistema surgió también de pretensiones de reforma centradas en eficiencia, promoción de la competencia y reducción del papel del Estado, lo cual mantiene una tensión persistente entre una visión de salud como derecho y otra que prioriza el desempeño financiero de las organizaciones y defiende una

participación privada robusta (Gobernanza, 2021). En esta tensión se ubica el problema empírico del estudio: cuando la especialidad clínica implica mayor costo, coordinación y dependencia de autorización/contratación, los incentivos de contención de gasto y las fallas de regulación pueden materializarse como barreras de acceso o como deterioro de la oportunidad (Crisis, 2021).

Respecto a reformas posteriores, los documentos reseñan hitos normativos como la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, asociadas a cambios institucionales y a mecanismos de coordinación intersectorial; por ejemplo, se registra la creación de instancias como la Comisión Intersectorial de Salud Pública y su funcionamiento limitado en la práctica (Gobernanza, 2021). Asimismo, se menciona la Ley Estatutaria 1751 de 2015 como referencia de reorientación hacia el derecho, disponibilidad, accesibilidad y calidad.

Separación funcional EPS–IPS y modelos de aseguramiento

Un eje explicativo del SGSSS es la separación funcional entre aseguramiento y prestación. En términos normativos, las EPS se definen como responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de cotizaciones —por delegación del fondo— y su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan obligatorio (Ley 100, 1993). En paralelo, las IPS se conciben como las instituciones encargadas de prestar los servicios según su nivel de atención, bajo principios de calidad y eficiencia, con autonomía administrativa, técnica y financiera, y bajo un marco que explícitamente alude a la “libre concurrencia” en el “mercado de servicios de salud” y a la prohibición de prácticas que restrinjan la competencia (Ley 100, 1993). Esta arquitectura configura un “cuasi-mercado” regulado donde la relación EPS–IPS se materializa mediante contratos, redes, reglas de acceso y mecanismos de auditoría/gestión del riesgo, con impactos directos en continuidad y oportunidad de la atención especializada (Ley 100).

Desde el análisis institucional, se enfatiza que el SGSSS se compone de aseguramiento (cobertura del riesgo mediante un seguro) y prestación (oferta de servicios desplegada por clínicas, hospitales, profesionales y tecnología), lo que convierte la coordinación entre organizaciones en un desafío estructural (Crisis, 2023). En la misma dirección, se argumenta que, debido a la separación y especialización de funciones —aseguramiento a cargo de EPS y prestación a cargo de IPS—, el sistema colombiano “exige” participación, coordinación y una rectoría efectiva reconocida por los actores para alinear esfuerzos hacia el propósito sanitario (Gobernanza, 2021). En términos teóricos, esta separación genera al menos tres problemas típicos relevantes para la prestación especializada: asimetrías de información (entre asegurador, prestador y usuario), conflictos de incentivos (contención de costos versus acceso oportuno) y costos de transacción (autorizaciones, auditorías, glosas, recontractación), que se expresan con mayor intensidad en servicios de mayor complejidad o costo.

Gobernanza en salud y coordinación interinstitucional

La gobernanza en salud se entiende como una forma de gobernar el sistema caracterizada por participación y coordinación de actores, toma de decisiones e implementación de políticas públicas de manera negociada, bajo una rectoría orientada a garantizar el derecho a la salud con eficiencia, suficiencia y calidad (Gobernanza, 2021). Este enfoque es especialmente útil para analizar el SGSSS porque, en un sistema con pluralidad de actores y funciones separadas, la gobernanza se convierte en condición de posibilidad para que la norma se traduzca en acceso efectivo, y para que los mecanismos de mercado operen dentro de límites compatibles con el derecho (Ley 100, 1993).

En el diagnóstico empírico con actores del sistema, se reporta una percepción “pesimista” sobre la gobernanza: la calificación promedio del nivel de gobernanza se ubica en 2,3 en una

escala de 1 a 5, y se identifica bajo desempeño en funciones asociadas a participación ciudadana y a transparencia/rendición de cuentas, mientras que la función normativa/regulatoria obtiene mejor valoración relativa (Gobernanza, 2021). Esto permite sostener teóricamente que la regulación formal (existencia de norma) no garantiza coordinación real, transparencia o capacidad de control; en consecuencia, pueden persistir fallas como corrupción u opacidad, con potencial impacto en contratación y flujo de recursos (Gobernanza, 2021). En paralelo, el análisis de crisis del sistema describe problemas de corrupción, mala atención y debilidades regulatorias (normas complejas e ineficientes) que dificultan la gestión e introducen incertidumbre entre actores, lo cual es consistente con una gobernanza insuficiente para asegurar cumplimiento y control en la cadena EPS–IPS (Crisis, 2023). Desde la base normativa, la Ley 100 sustenta la vigilancia estatal y establece reglas que buscan proteger la libre escogencia y el juego competitivo bajo supervisión, así como fundamentos con pretensión de equidad y eficiencia; no obstante, la evidencia de gobernanza débil sugiere brechas entre diseño y capacidad de implementación efectiva.

Financiamiento, capacidad financiera de prestadores y efectos en la prestación especializada

El financiamiento constituye un mecanismo de transmisión entre el aseguramiento y la prestación. La literatura de crisis resalta que dificultades en el flujo de recursos —por ejemplo, problemas de pago de EPS a prestadores— generan retrasos en atención y desabastecimiento de medicamentos, y se asocian a afectaciones de calidad y a denuncias de corrupción o mala atención en algunas entidades (Crisis, 2023). Esta relación es crucial para servicios especializados, donde la prestación depende de especialistas, infraestructura, equipos diagnósticos y continuidad de insumos; cuando la liquidez del prestador se deteriora, disminuye

su capacidad efectiva de oferta, aún si la demanda existe y el plan de beneficios la contempla (Crisis, 2023).

Desde el enfoque de gobernanza, también se documenta que el sistema ha enfrentado problemas como prácticas de corrupción y opacidad, fallos de acceso y calidad, falta de recursos e ineficiencia con riesgo para la sostenibilidad financiera, y fallas de control asociadas a recobros o a sobre costos, lo que revela que los circuitos de financiamiento son vulnerables a incentivos perversos y a debilidades de control institucional (Gobernanza, 2021). Este planteamiento se articula con la tensión estructural entre derecho y desempeño financiero: si la intermediación tiende a privilegiar el balance económico y la contención, incentivos contractuales y administrativos pueden restringir acceso o desplazar costos hacia prestadores, repercutiendo en la sostenibilidad del servicio especializado.

Normativamente, la Ley 100 reconoce que las IPS deben operar con autonomía técnica y financiera, y exige prácticas como sistemas contables de costos y reglas de competencia que eviten abusos de posición dominante, lo que presupone que la sostenibilidad se apoya en gestión eficiente y en condiciones contractuales funcionales (Ley 100, 1993). En este marco, la “capacidad financiera del prestador” se conceptualiza para el estudio de caso como la aptitud de la IPS para sostener la producción del servicio de otorrinolaringología en 2025 (continuidad operativa, talento humano, equipamiento, insumos y gestión de cartera), siendo probable que variables como oportunidad de pago, nivel de glosas o incertidumbre contractual actúen como determinantes intermedios entre el modelo de aseguramiento y el acceso real.

Oferta, demanda y sistemas de referencia/contrarreferencia en servicios especializados

El acceso a servicios especializados no se deriva automáticamente de la afiliación o la cobertura: se requiere que la oferta esté disponible y que existan mecanismos operativos para

movilizar al paciente dentro de la red. En la discusión sobre crisis, se plantea que la cobertura universal solo es efectiva si se acompaña de “acceso real y efectivo” a los servicios necesarios; además, se subraya que, aunque ha habido avances en calidad y habilitación institucional, la cobertura no equivale a acceso y el acceso no garantiza prestación ni calidad, dada la persistencia de barreras administrativas que dilatan, demoran o niegan servicios y motivan el uso de acciones judiciales como tutela (Crisis, 2023). Esta tesis es relevante para especialidades como otorrinolaringología, donde la demanda puede aumentar por condiciones prevalentes y por remisiones desde primer nivel, pero la atención depende de agenda especializada, autorizaciones y disponibilidad territorial.

La Ley 100 establece que la libre escogencia opera “cuando ello sea posible” según condiciones de oferta, y dispone que, para la prestación del plan obligatorio, las EPS deben establecer un sistema de referencia y contrarreferencia que canalice el acceso a servicios de alta complejidad a través del primer nivel, salvo urgencias, lo que convierte estos mecanismos en un punto neurálgico de acceso a la especialidad (Ley 100, 1993). En términos de gobernanza, se ha advertido que un sistema con múltiples actores y funciones separadas requiere coordinación y rectoría para evitar responsabilidades difusas y para articular esfuerzos; cuando esa coordinación es débil, tienden a manifestarse fallas de acceso y calidad, precisamente en trayectorias asistenciales que dependen de redes y de articulación interinstitucional (Gobernanza, 2021). Así, teóricamente, la oferta/demanda de otorrinolaringología en Tunja (capacidad instalada versus solicitudes/remisiones) se entiende como un resultado condicionado por al menos tres planos: reglas normativas (derechos, plan, referencia), relaciones contractuales EPS–IPS (autorización, red, pagos) y capacidad financiera/operativa del prestador.

La integración teórica permite proponer un modelo explicativo donde la “privatización” —entendida como mayor centralidad de incentivos de mercado, competencia y participación privada en aseguramiento/prestación— influye en el comportamiento de EPS e IPS y en el acceso a especialidades, mientras que la gobernanza actúa como condición moderadora: una rectoría y coordinación eficaces pueden alinear incentivos hacia el derecho a la salud, reducir opacidad/corrupción y asegurar flujo oportuno de recursos; en contraste, una gobernanza percibida como baja tiende a amplificar fricciones EPS–IPS, incertidumbre contractual y barreras de acceso. A nivel normativo, la Ley 100 establece tanto los fundamentos del servicio como mecanismos de mercado regulado (libre escogencia condicionada por oferta, competencia y prohibición de prácticas restrictivas), así como el sistema de referencia/contrarreferencia para alta complejidad; la teoría sugiere que, si estos mecanismos operan con fallas (por capacidad financiera, control insuficiente o coordinación deficiente), el acceso real a otorrinolaringología puede deteriorarse aun cuando exista afiliación y una ruta formal de atención.

Con base en lo anterior, se plantean proposiciones teóricas útiles para orientar las hipótesis del caso IPS OIR Tunja (2025): primero, a mayor predominio de incentivos de contención de costos y contractualización en el aseguramiento, mayor probabilidad de barreras administrativas o retrasos en autorizaciones que afecten la oportunidad de atención especializada; segundo, la capacidad financiera del prestador mediará el vínculo entre relación EPS–IPS y oferta efectiva de otorrinolaringología, de modo que atrasos de pago o inestabilidad contractual tenderán a traducirse en menor disponibilidad (agenda/cupos) y aumento de tiempos de espera; tercero, una gobernanza débil (baja coordinación, transparencia y rendición de cuentas) incrementará la varianza del desempeño entre actores y favorece escenarios de opacidad o conflictos, deteriorando el acceso efectivo; y cuarto, incluso con reglas de libre escogencia,

cuando la oferta territorial sea limitada, el acceso dependerá críticamente del funcionamiento del sistema de referencia/contrarreferencia y de la capacidad de red, con potenciales brechas entre derecho formal y realización práctica.

Análisis del marco normativo de la Ley 100 de 1993 con relación a la prestación de servicios en salud

El análisis del marco normativo de la Ley 100 de 1993 frente a la prestación de servicios de salud debe comenzar en la Constitución Política de 1991. Allí está la base jurídica de todo el sistema. El artículo 48 consagra la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio bajo la dirección, coordinación y control del Estado, mientras que el artículo 49, en su versión vigente, dispone que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado y garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. A su vez, el artículo 44 reconoce la salud como derecho fundamental de los niños. Esto permite afirmar que la obligatoriedad en salud no nace primero en la Ley 100, sino en la propia Constitución, que le da al Estado el deber de organizar, dirigir y vigilar este servicio para toda la población (Constitución Política de Colombia, 1991, arts. 44, 48 y 49).

Sobre ese fundamento constitucional, la Ley 100 de 1993 organiza el Sistema de Seguridad Social Integral y ubica la salud como una de sus piezas centrales. En sus artículos iniciales, la ley señala que la seguridad social es un servicio público obligatorio que puede ser prestado por entidades públicas o privadas, pero siempre bajo control estatal. Ya en el Libro II, artículo 152, precisa que el Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población en todos los niveles de atención. Además, los artículos 154 y 156 de la misma ley, muestran que la intervención del Estado busca asegurar el carácter obligatorio de la seguridad social en salud,

ampliar progresivamente la cobertura y ordenar la relación entre afiliación, financiamiento y prestación. En otras palabras, la Ley 100 no se limita a reconocer un derecho, sino que diseña una estructura institucional para hacerlo operable (Ley 100 de 1993, arts. 1, 152, 154 y 156).

En ese diseño, el artículo 157 es clave porque concreta cómo entra la población al sistema. Esta norma dispone que todo colombiano participa en el servicio esencial de salud y distingue dos grandes grupos de afiliados: los del régimen contributivo y los del régimen subsidiado. En el primero se ubican las personas con contrato de trabajo, los servidores públicos, pensionados y trabajadores independientes con capacidad de pago; en el segundo, quienes no tienen capacidad económica para asumir el valor total de la cotización. El mismo artículo también menciona a los participantes vinculados, es decir, personas sin capacidad de pago que, mientras accedían al régimen subsidiado, recibían atención en instituciones públicas o privadas con contrato estatal. Aquí se ve con claridad de dónde nace la obligatoriedad: tiene una raíz constitucional en los artículos 48 y 49, pero su desarrollo concreto aparece en la Ley 100, especialmente en los artículos 154, 156 y 157, que convierten la afiliación en una condición general del sistema. Además, el propio artículo 157 deja ver que la figura del “vinculado” fue pensada como transitoria, pues la meta era que toda la población quedara ubicada en el contributivo o en el subsidiado (Constitución Política de Colombia, 1991, arts. 48 y 49; Ley 100 de 1993, arts. 154, 156 y 157).

El artículo 160 complementa lo anterior al establecer los deberes de los afiliados y beneficiarios. No se trata solo de recibir servicios, sino también de asumir responsabilidades dentro del sistema: cuidar integralmente la salud propia y la de la comunidad, afiliarse con la familia, facilitar y pagar las cotizaciones cuando corresponda, suministrar información veraz, vigilar el cumplimiento de las obligaciones del empleador, cumplir las normas de las

instituciones de salud, usar racionalmente los recursos y tratar dignamente al personal que presta la atención. Este artículo es importante porque muestra que la prestación de servicios de salud no depende únicamente de la organización institucional, sino también del comportamiento responsable de los usuarios. Por su parte, el artículo 161 fija los deberes de los empleadores: afiliar a todos los trabajadores, sin importar si el vínculo es verbal o escrito, temporal o permanente; pagar oportunamente los aportes; descontar y girar las cotizaciones; informar novedades laborales; y garantizar un ambiente de trabajo sano. En el régimen contributivo, por tanto, la prestación de servicios empieza desde el cumplimiento efectivo de la afiliación y del flujo de aportes (Ley 100 de 1993, arts. 160 y 161).

Ahora bien, para estudiar la relación entre Ley 100 y prestación de servicios de salud no basta con revisar la afiliación. También es necesario mirar las normas que regulan la atención en sí misma. El artículo 159 garantiza a los afiliados la debida organización y prestación del servicio, la atención de urgencias en todo el territorio nacional, la libre escogencia y traslado entre la Empresa prestadora de Servicio, (EPS) e Institución Prestadora de servicios de salud (IPS)

y profesionales dentro de la red disponible. El artículo 162, a su vez, crea las condiciones de acceso a un plan de salud y establece que la atención debe comprender promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; además, ordena que las EPS organicen un sistema de referencia y contrarreferencia para el acceso a servicios de alta complejidad, salvo urgencias. Esto es especialmente importante cuando se trata de servicios especializados, porque confirma que la atención no depende solo de la existencia del servicio, sino también de la red, de las remisiones, de la oportunidad y de la articulación entre niveles. A esto se suma que los artículos 177 a 179 asignan a las EPS la responsabilidad de afiliar, recaudar, organizar los

mecanismos de acceso y controlar la atención integral, oportuna y de calidad, mientras que el artículo 185 dispone que las IPS deben prestar servicios en su nivel de atención con calidad y eficiencia, y que cuentan con autonomía administrativa, técnica y financiera (Ley 100 de 1993, arts. 159, 162, 177–179 y 185).

Con el paso del tiempo, este marco fue objeto de ajustes importantes. La Ley 1122 de 2007 reconoció expresamente que era necesario reformar el sistema para mejorar la prestación de los servicios a los usuarios, fortalecer la inspección, vigilancia y control, reorganizar redes de prestación y corregir problemas de financiamiento y dirección. Poco después, la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional evidenció fallas estructurales del sistema y ordenó medidas para superar barreras de acceso, reducir la incertidumbre sobre los planes de beneficios y garantizar la protección efectiva del derecho a la salud. Más adelante, la Ley 1438 de 2011 reorientó el sistema hacia la protección de la salud de los colombianos, puso al usuario como eje central, impulsó la Atención Primaria en Salud y señaló metas como la universalidad del aseguramiento, la portabilidad y la unificación del plan de beneficios. Esta secuencia muestra que la Ley 100 fue el punto de partida, pero no el punto de llegada (Ley 1122 de 2007; Sentencia T-760/08, 2008; Ley 1438 de 2011).

El cambio más fuerte en la comprensión jurídica del tema llegó con la Ley Estatutaria 1751 de 2015. A partir de esta norma, la salud dejó de analizarse únicamente desde la lógica del aseguramiento y pasó a entenderse de manera expresa como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo. La ley establece que ese derecho comprende el acceso oportuno, eficaz y con calidad a los servicios de salud, y precisa que su prestación, como servicio público esencial obligatorio, se realiza bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. También desarrolla

principios decisivos para la prestación: disponibilidad, accesibilidad, calidad, continuidad, oportunidad, progresividad, libre elección y sostenibilidad. En particular, la ley es clara al señalar que un servicio iniciado no puede interrumpirse por razones administrativas o económicas y que la prestación no puede fragmentarse en perjuicio del usuario. Este punto resulta fundamental para cualquier análisis serio sobre servicios especializados, porque traslada la discusión del simple acceso formal hacia la garantía material, continua e integral de la atención (Ley Estatutaria 1751 de 2015, arts. 2, 6, 8 y 10).

En la etapa más reciente, la transición normativa se ha concentrado en hacer más estable la operación del sistema. El Decreto 2353 de 2015 unificó y actualizó las reglas de afiliación, creó el Sistema de Afiliación Transaccional y buscó garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud. Luego, el Decreto 780 de 2016 compiló la reglamentación del sector y mantuvo al SAT como herramienta técnica y administrativa para registrar afiliaciones y novedades. Más adelante, el artículo 150 de la Ley 2294 de 2023 y el Decreto 489 de 2024 fortalecieron el giro directo de recursos de la UPC y de presupuestos máximos hacia IPS y proveedores, con la finalidad de mejorar el flujo de recursos y proteger la prestación. Incluso en 2025 se ajustaron, dentro del Decreto 780, reglas relacionadas con el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria. Todo esto demuestra que hoy la prestación de servicios de salud no puede analizarse solo desde la afiliación, sino también desde la continuidad financiera, la trazabilidad de los recursos y la capacidad real de los prestadores para sostener la atención (Decreto 2353 de 2015; Decreto 780 de 2016; Ley 2294 de 2023, art. 150; Decreto 489 de 2024).

En síntesis, el marco normativo de la Ley 100 de 1993, visto a la luz de la Constitución y de las reformas posteriores, permite concluir que la prestación de servicios de salud en Colombia se apoya en tres ideas centrales: primero, la salud es un servicio público obligatorio con

fundamento constitucional; segundo, la afiliación al sistema es el mecanismo jurídico mediante el cual se concreta esa obligatoriedad, especialmente a través de los regímenes contributivo y subsidiado; y tercero, la prestación no se agota en la existencia de cobertura, sino que exige organización de redes, flujo oportuno de recursos, referencia y contrarreferencia, calidad, continuidad y control estatal. Por eso, al analizar cualquier servicio especializado, lo correcto no es quedarse en la afiliación formal del usuario, sino revisar si el entramado normativo realmente se traduce en atención oportuna, integral y sin barreras injustificadas (Constitución Política de Colombia, 1991; Ley 100 de 1993; Ley Estatutaria 1751 de 2015).

Revisión las condiciones de contratación a los servicios especializados, aplicadas al caso de la IPS OIR Tunja en 2025.

La revisión de las condiciones de contratación de los servicios especializados en el caso de la IPS OIR Tunja durante 2025 permite observar, de manera concreta, cómo se materializa la relación entre aseguramiento y prestación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En Colombia, la contratación entre entidades responsables de pago y prestadores no puede entenderse solo como una relación comercial, porque su ejecución tiene efectos directos sobre el acceso, la oportunidad y la continuidad de los servicios de salud. En otras palabras, aunque exista un acuerdo de voluntades entre las partes, dicho acuerdo se desarrolla dentro de un marco jurídico que exige que la prestación responda al interés general y a la garantía efectiva del derecho a la salud (Congreso de Colombia, 1993; Congreso de Colombia, 2015).

Desde esa perspectiva, la contratación en salud cumple una función mucho más amplia que la simple definición de tarifas o servicios incluidos. También establece reglas sobre red de prestación, autorizaciones, soportes de cobro, auditoría, glosas, tiempos de respuesta y flujo de recursos. Por eso, al revisar las condiciones contractuales aplicadas al caso de la IPS OIR Tunja

en 2025, lo importante no es solamente identificar que existe una relación formal entre EPS e IPS, sino comprender de qué manera esa relación incide en la prestación real del servicio especializado de otorrinolaringología. En este punto, el problema no está solo en la cobertura o en la existencia del servicio, sino en los arreglos institucionales que conectan a los actores responsables del aseguramiento y de la atención.

Normativamente, esta revisión encuentra un soporte claro en la Ley 100 de 1993. Allí se define que las EPS tienen la función de organizar y garantizar la prestación del servicio de salud a sus afiliados, mientras que las IPS son las encargadas de prestar los servicios en su nivel de atención, con autonomía administrativa, técnica y financiera (Congreso de Colombia, 1993). Esta separación funcional entre aseguramiento y prestación es clave para el análisis del caso, porque implica que el acceso del usuario a un servicio especializado depende tanto de la capacidad operativa de la IPS como de las condiciones bajo las cuales la EPS contrata, autoriza y reconoce ese servicio.

A ello se suma que el Decreto 441 de 2022 reguló de manera más precisa los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud. Esta norma resulta especialmente importante para la monografía porque ordena el contenido mínimo de esos acuerdos y reconoce que en ellos deben quedar definidas las modalidades de pago, las condiciones de prestación, los mecanismos de auditoría y los indicadores de seguimiento. En otras palabras, el contrato deja de ser un simple instrumento administrativo y se convierte en un mecanismo central para organizar la prestación y evaluar su desempeño (Presidencia de la República de Colombia, 2022).

De igual forma, la Resolución 2284 de 2023 reforzó este marco al establecer los soportes de cobro de la factura de venta en salud y adoptar el Manual Único de Devoluciones, Glosas y

Respuestas. Esta resolución es fundamental para el análisis del objetivo, porque muestra que la relación contractual entre EPS e IPS no termina con la prestación del servicio: también incluye una etapa posterior de auditoría y validación documental, en la que pueden aparecer devoluciones, glosas o respuestas que afectan el flujo financiero del prestador y, por esa vía, su capacidad de sostener la atención especializada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Desde el punto de vista del derecho a la salud, estas condiciones contractuales deben interpretarse bajo un límite claro: no pueden convertirse en barreras que afecten la atención del usuario. La Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable y señala que el acceso debe darse de manera oportuna, eficaz y con calidad. Además, esta misma ley establece que la prestación del servicio de salud se realiza bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado, lo que significa que las reglas administrativas o contractuales no pueden vaciar de contenido el derecho que pretenden organizar (Congreso de Colombia, 2015). En el mismo sentido, la Sentencia T-760 de 2008 advirtió que el acceso no puede verse obstaculizado por trámites administrativos engorrosos, por falta de información o por cargas burocráticas que en realidad corresponden a las entidades del sistema (Corte Constitucional, 2008).

Llevado al caso de la IPS OIR Tunja, esto significa que la contratación de los servicios especializados de otorrinolaringología debe revisarse no solo desde su validez formal, sino desde sus efectos prácticos sobre el acceso y la oportunidad del servicio. De acuerdo con el análisis estadístico de las citas realizadas durante ese año, el servicio registró 2.691 atenciones en total, de las cuales 1.880 correspondieron a consulta de primera vez y 811 a control. El tiempo promedio entre registro de la cita y atención fue de 16,52 días, con una mediana de 13 días, y aproximadamente el 10,12 % de los casos superó los 30 días de espera. Estos resultados no

demuestran por sí solos que el contrato sea la causa directa de las demoras, pero sí permiten ver que la prestación especializada estuvo sometida a tensiones de oportunidad que no pueden leerse únicamente como un asunto clínico o interno de agenda, sino también como parte de la forma en que opera la relación entre pagador y prestador.

Además, los datos del año 2025 muestran que las mayores dificultades de oportunidad se concentraron en algunos meses, particularmente en abril y mayo, cuando el tiempo de espera aumentó de forma notoria. En términos analíticos, esto sugiere que la prestación del servicio no tuvo un comportamiento homogéneo a lo largo del año y que hubo periodos en los que la demanda, la gestión administrativa y la capacidad de respuesta no se articularon de manera suficiente. Desde el objetivo contractual, esto es relevante porque permite plantear que la revisión de las condiciones de contratación debe incluir también la forma como se comportan las autorizaciones, la oportunidad de las respuestas, los procesos de auditoría y el reconocimiento (IPS OIR, 2025). económico del servicio, ya que todos estos elementos inciden en la continuidad operativa de la IPS.

Otro hallazgo importante es la concentración de la prestación en pocos pagadores. Según el análisis de la información de 2025, la mayoría de las citas realizadas se concentró en EPS Sanitas, FOMAG y Cajacopi Atlántico Subsidiado. Esto permite inferir que las condiciones contractuales pactadas con estas entidades tienen un peso decisivo sobre el funcionamiento del servicio, porque cualquier demora en autorizaciones, auditorías, validaciones o pagos repercute de manera más fuerte en la operación de la IPS(IPS OIR, 2025). En ese sentido, la revisión contractual del caso no debe limitarse a una descripción general del modelo de aseguramiento, sino identificar qué tan dependiente resulta la prestación frente a un grupo reducido de

responsables de pago y cómo esa dependencia puede afectar la estabilidad del servicio especializado.

Por otra parte, la Resolución 256 de 2016, que regula el Sistema de Información para la Calidad y los indicadores de monitoreo de la calidad en salud, también ayuda a sustentar este objetivo, porque muestra que la oportunidad y la calidad no son dimensiones accesorias, sino criterios formales de seguimiento del desempeño del sistema. Esto quiere decir que la revisión de las condiciones de contratación no solo puede hacerse desde lo jurídico, sino también desde los resultados observables que esas condiciones producen en la atención. Si un acuerdo contractual termina acompañado de tiempos de espera elevados, reprocesos, demoras o dificultades de continuidad, entonces su análisis debe ir más allá de la cláusula y pasar a considerar sus efectos reales sobre la calidad del servicio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En síntesis, la revisión de las condiciones de contratación aplicadas al caso de la IPS OIR Tunja en 2025 permite concluir que la prestación del servicio especializado de otorrinolaringología se encuentra fuertemente mediada por reglas contractuales, administrativas y financieras que organizan la relación entre EPS e IPS. Dichas reglas cumplen una función necesaria dentro del sistema, pero también pueden convertirse en puntos de fricción cuando generan demoras, reprocesos o incertidumbre en el reconocimiento del servicio. Por eso, en este caso, la contratación no debe entenderse como un simple soporte jurídico de la prestación, sino como un factor que ayuda a explicar cómo se concreta —o se dificulta— la atención especializada dentro de un modelo de salud estructurado sobre intermediación, acuerdos de voluntades y control administrativo.

Caracterización de los componentes operativos que soportan la prestación del servicio especializado de otorrinolaringología en la IPS OIR Tunja

La caracterización de los componentes operativos que soportan la prestación del servicio especializado de otorrinolaringología en la IPS OIR Tunja permite comprender que la atención no depende exclusivamente de la consulta médica como acto asistencial, sino de un conjunto de procesos articulados que hacen posible que el usuario acceda, sea atendido y continúe dentro del servicio. En el caso objeto de estudio, esta caracterización es especialmente relevante porque el servicio especializado se desarrolla dentro de un sistema de salud organizado sobre la separación funcional entre aseguramiento y prestación, de manera que el acceso efectivo del paciente está condicionado tanto por la capacidad interna de la IPS como por su nivel de coordinación con las EPS y demás actores que intervienen en la ruta de atención.

Desde el punto de vista normativo, esta lectura encuentra sustento en la Ley 100 de 1993, que distribuye responsabilidades entre las EPS, encargadas de organizar y garantizar la atención, y las IPS, responsables de prestar materialmente los servicios de salud en su nivel de atención, con autonomía administrativa, técnica y financiera. A su vez, el Decreto 441 de 2022 refuerza esta estructura al señalar que los acuerdos de voluntades deben establecer condiciones claras sobre prestación, seguimiento e indicadores asociados a estructura, proceso y resultado. Esto significa que la prestación de un servicio especializado no puede entenderse solo desde la existencia del especialista o del consultorio, sino desde la forma en que se articulan las condiciones administrativas, asistenciales y documentales necesarios para materializar la atención (Congreso de Colombia, 1993; Presidencia de la República de Colombia, 2022).

En este caso, los componentes operativos del servicio de otorrinolaringología pueden organizarse en cuatro dimensiones principales. La primera corresponde al componente de acceso

administrativo, que incluye la recepción de la orden o remisión, la validación de derechos, la verificación de la red contratada y, cuando corresponde, la gestión de la autorización. La segunda dimensión es el componente de programación y agenda, donde se concreta la asignación de la cita de acuerdo con la disponibilidad del especialista y la organización institucional del servicio. La tercera dimensión es el componente asistencial, que comprende la atención médica especializada, el registro clínico y la definición de controles o conductas posteriores. Finalmente, aparece el componente de soporte y cierre, en el cual se ubican los procesos de facturación, radicación, auditoría, respuesta a glosas y seguimiento institucional del servicio. Estas dimensiones muestran que la operación del servicio es más amplia que la consulta misma y que su estabilidad depende del funcionamiento articulado de todas las etapas.

En términos prácticos, el cuestionario elaborado para este objetivo confirma esta misma lógica, pues dirige la observación hacia la relación operativa entre la IPS y las EPS, los momentos del proceso en los que se requiere mayor coordinación, las situaciones que generan demoras o inconsistencias y los efectos de esa articulación sobre la oportunidad del usuario. En consecuencia, el objetivo no debe resolverse como una descripción general de la institución, sino como una reconstrucción del funcionamiento concreto del servicio especializado dentro de una red de prestación atravesada por validaciones, autorizaciones, agenda, atención y respuesta administrativa.

Bajo esta perspectiva, uno de los hallazgos más importantes es que la relación entre la IPS y las EPS constituye un componente operativo central del servicio. Esto se debe a que la atención especializada no depende únicamente de la voluntad del usuario de solicitar una cita ni de la disponibilidad del profesional, sino de una secuencia institucional previa que incluye trámites de verificación, confirmación y articulación entre prestador y asegurador. Cuando esa

relación fluye adecuadamente, el servicio puede prestarse con mayor continuidad; cuando aparecen dificultades en autorizaciones, validaciones, respuestas o manejo de novedades, la operación se vuelve más lenta y se incrementa el riesgo de reprocesos. Por tanto, en este caso la articulación IPS–EPS no es un aspecto externo al servicio, sino una parte constitutiva de su funcionamiento.

En la misma línea, los registros estadísticos de 2025 de la IPS OIR permiten complementar la caracterización operativa mostrando que el servicio funcionó bajo una lógica de agenda programada y especializada. La atención anual se concentró en 95 días con prestación ORL, lo que indica que no se trató de un flujo continuo y diario como en otros servicios de consulta general, sino de una organización dependiente de bloques concretos de disponibilidad. Esto confirma que la operación del servicio está directamente vinculada a la programación institucional, al recurso humano especializado y a la capacidad de coordinar oportunamente la demanda remitida.

En este sentido, la caracterización operativa también debe considerar que el servicio especializado se sostiene sobre una coordinación constante entre procesos internos y externos. Internamente, la IPS debe asegurar agenda, soporte documental, continuidad del registro y orden administrativo. Externamente, depende de la respuesta del asegurador en aspectos como red, autorización, reconocimiento y continuidad de la ruta. Desde la perspectiva del derecho a la salud, esta articulación es determinante, porque la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece que el acceso debe ser oportuno, eficaz y con calidad, mientras que la Sentencia T-760 de 2008 advierte que las cargas administrativas del sistema no pueden traducirse en barreras para el usuario. Por ello, la forma en que se organizan estos componentes operativos no es un asunto meramente

interno de gestión, sino un elemento directamente relacionado con la garantía efectiva del servicio (Congreso de Colombia, 2015; Corte Constitucional de Colombia, 2008).

Tabla 1

Componentes operativos del servicio de otorrinolaringología, IPS OIR Tunja, 2025

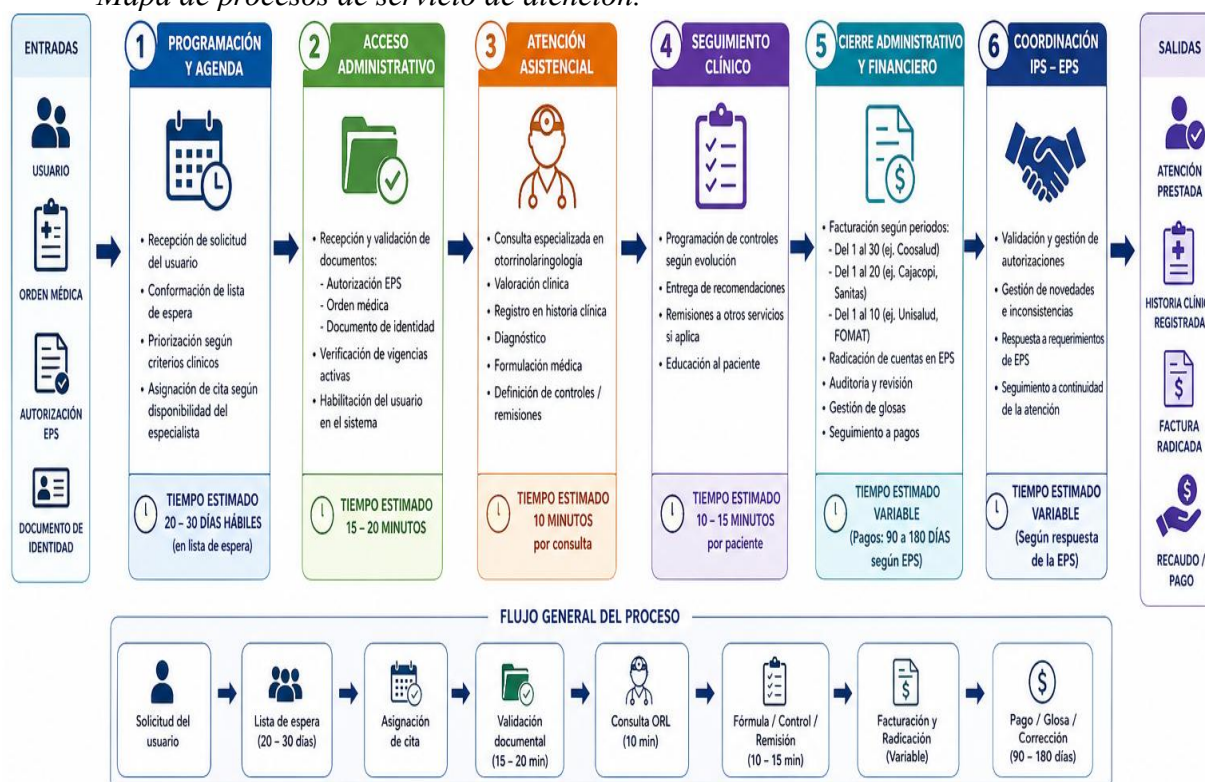
Componente operativo	Descripción	Función dentro del servicio
Programación y agenda	La gestión de la demanda se realiza mediante la conformación de listas de espera, en las cuales los usuarios permanecen hasta la asignación de disponibilidad por parte del especialista. El tiempo estimado para la asignación de citas oscila entre 20 y 30 días, dependiendo de la capacidad instalada y la organización de la agenda.	Ordena y regula la respuesta operativa frente a la demanda, priorizando la asignación de citas según disponibilidad y condiciones del servicio.
Acceso administrativo	Comprende la recepción y validación de documentos requeridos para la atención, tales como autorización emitida por la EPS, orden médica y documento de identidad, todos con vigencia activa. Este proceso garantiza la habilitación formal del usuario dentro del sistema.	Permite el ingreso formal del usuario al servicio, asegurando el cumplimiento de requisitos administrativos definidos por el modelo de aseguramiento.
Atención asistencial	Corresponde a la consulta especializada en otorrinolaringología, que incluye valoración clínica, registro en historia clínica, formulación médica y definición de controles. La duración promedio de cada consulta es de 10 minutos. El especialista presta servicio aproximadamente 8 días al mes, atendiendo en promedio 50 pacientes por jornada.	Materializa la prestación del servicio especializado, constituyendo el núcleo operativo de la atención en salud.
Soporte y cierre administrativo-financiero	Incluye los procesos de facturación, radicación de cuentas, auditoría, gestión de glosas y seguimiento a pagos por parte de las EPS. La facturación se realiza en periodos mensuales diferenciados según cada entidad: del 1 al 30 para algunas EPS (como Coosalud, con pagos a 90 días), del 1 al 20 para otras (como Cajacopi y Sanitas), y del 1 al 10 en casos como Unisalud y FOMAT, cuyos pagos pueden extenderse hasta 180 días. Las glosas corresponden a inconsistencias en la información (autorizaciones, códigos CUPS, fechas o registros en plataformas), cuya gestión recae en un recurso humano limitado, lo que puede retrasar el cierre del ciclo de facturación.	Garantiza la sostenibilidad administrativa y financiera del servicio, aunque introduce riesgos de retraso en el flujo de recursos debido a tiempos prolongados de pago y gestión de glosas.

Componente operativo	Descripción	Función dentro del servicio
Coordinación IPS–EPS	Comprende la gestión de novedades, validación de autorizaciones, resolución de inconsistencias y seguimiento a la continuidad de la atención. Este componente articula los procesos administrativos y operativos entre la IPS y las entidades aseguradoras.	Facilita la articulación entre aseguramiento y prestación, siendo determinante en la continuidad, oportunidad y eficiencia del servicio.

Fuente: elaboración propia con base en información de la ORL 2025 analizados para la monografía.

Figura 1

Mapa de procesos de servicio de atención.



Fuente: elaboración propia a partir del cuestionario

La prestación del servicio especializado de otorrinolaringología en la IPS OIR Tunja durante 2025 estuvo soportada por un conjunto de componentes operativos interdependientes, dentro de los cuales la articulación entre acceso administrativo, programación, atención asistencial, soporte documental y coordinación con las EPS resultó fundamental. Esta

caracterización permite concluir que el servicio especializado no puede evaluarse únicamente desde la consulta médica final, sino desde la manera en que se organiza y se articula toda la cadena operativa que la hace posible. En consecuencia, la eficiencia del servicio depende no solo de la capacidad clínica del prestador, sino también de la solidez de sus procesos internos y de la calidad de su relación operativa con los aseguradores.

Capacidad de la IPS OIR Tunja para la atención de la demanda en los servicios de otorrinolaringología durante el año 2025

Establecer la capacidad de la IPS OIR Tunja para atender la demanda del servicio de otorrinolaringología durante 2025 implica valorar si la institución logró responder, en términos reales, al volumen de usuarios que requirieron atención especializada, y si dicha respuesta se produjo dentro de condiciones razonables de oportunidad. En este objetivo, la capacidad no se reduce a la existencia del servicio ni al simple número de consultas realizadas, sino que se entiende como la posibilidad efectiva de la IPS para absorber la demanda registrada, organizar su agenda y evitar acumulaciones prolongadas de espera. Por esta razón, el análisis se concentra en el comportamiento cuantitativo del servicio durante el año, especialmente en el volumen de citas, la distribución mensual de la atención, los tiempos de espera y el comportamiento del backlog acumulado.

Desde el punto de vista normativo, esta evaluación encuentra sustento en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconoce que el derecho a la salud comprende el acceso oportuno, eficaz y con calidad a los servicios requeridos. De manera complementaria, la Resolución 256 de 2016, al regular el Sistema de Información para la Calidad en Salud, incorpora la oportunidad como un criterio de seguimiento del desempeño, mientras que el Decreto 441 de 2022 dispone que los acuerdos de voluntades deben incluir indicadores que permitan evaluar estructura,

proceso y resultado. En consecuencia, la capacidad de atención no puede valorarse solo desde la cantidad de servicios producidos, sino también desde la estabilidad de la respuesta institucional frente a la demanda y desde la oportunidad con que esa atención llega al usuario (Congreso de Colombia, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; Presidencia de la República de Colombia, 2022).

Los registros estadísticos del año 2025 muestran que la IPS OIR Tunja realizó 2.691 citas de otorrinolaringología, de las cuales 1.880 correspondieron a consulta de primera vez y 811 a consulta de control. Esta cifra demuestra que la institución sostuvo una producción importante del servicio durante el año y que, en términos generales, existió una capacidad real de atención. Asimismo, la prestación se concentró en 95 días con servicio ORL, con un promedio de 28,31 citas por día con atención y una mediana de 32. Estas cifras permiten afirmar que la IPS contó con una capacidad operativa efectiva para desarrollar el servicio especializado; sin embargo, esa capacidad no fue homogénea ni se comportó con igual suficiencia en todos los meses del año.

El análisis de los tiempos de espera permite identificar con mayor precisión los límites de esa capacidad. En el consolidado anual, la espera promedio entre el registro de la cita y la atención fue de 16,52 días, con una mediana de 13 días. Además, el 10,12 % de los casos superó los 30 días y el 2,23 % sobrepasó los 60 días. Estos resultados muestran que la IPS no estuvo ante una situación de colapso del servicio, pero tampoco mantuvo una respuesta completamente estable durante todo el año. Más bien, el comportamiento observado sugiere una capacidad funcional, aunque sometida a periodos de mayor presión operativa, en los que la oportunidad se deterioró y la demanda superó temporalmente la respuesta inmediata disponible.

La lectura mensual confirma este comportamiento. En enero, febrero y marzo, la prestación mostró tiempos de espera más bajos y una mejor correspondencia entre demanda y

agenda disponible. No obstante, a partir de abril se produjo un incremento importante de los tiempos de espera, que alcanzaron una media de 24,68 días en ese mes y de 25,34 días en mayo. De igual forma, el porcentaje de casos con más de 30 días de espera llegó a 20 % en abril y a 34,84 % en mayo, lo cual constituye una señal clara de tensión en la capacidad de respuesta institucional. Este resultado indica que, aunque la IPS mantuvo la prestación, en esos periodos la capacidad efectiva del servicio fue insuficiente para absorber la demanda con la misma oportunidad observada al inicio del año.

En esta misma línea, la base de datos del acumulado aproximado permite observar que el mayor rezago se concentró en abril, con 297 citas, y que posteriormente se produjo un descenso progresivo hasta llegar al cierre del año. Este hallazgo es particularmente relevante porque permite interpretar que la IPS experimentó un periodo de acumulación de demanda no resuelta de forma inmediata, seguido por una fase de recuperación operativa. En términos institucionales, esto sugiere que el servicio no careció de capacidad de manera absoluta, sino que presentó una capacidad tensionada, es decir, suficiente para sostener la producción anual y reducir atrasos, pero limitada frente a incrementos de demanda o frente a condiciones operativas y administrativas que ralentizaron la atención en determinados momentos del año.

Bajo esta interpretación, no sería técnicamente correcto afirmar que la capacidad de la IPS fue plenamente insuficiente, ya que los datos muestran una producción sostenida y una posterior recuperación del rezago acumulado. Sin embargo, tampoco sería adecuado sostener que la capacidad resultó completamente suficiente, porque los incrementos de espera y el comportamiento mensual del backlog evidencian que hubo periodos en los que la institución no logró absorber la demanda con la oportunidad requerida. Por ello, la conclusión más precisa es que la IPS OIR Tunja contó con capacidad operativa real para atender el servicio especializado

de otorrinolaringología en 2025, pero dicha capacidad presentó límites visibles frente a picos de demanda y frente a las condiciones de organización del servicio durante algunos meses del año.

El propio instrumento de preguntas diseñado para este objetivo orienta esa lectura, pues propone indagar por número de profesionales, disponibilidad de agenda, volumen de pacientes atendidos, momentos de mayor demanda, factores que limitan la capacidad, existencia de reprogramaciones, tiempos prolongados de espera y apoyos institucionales requeridos para fortalecer la respuesta. Esto confirma que la capacidad debe entenderse de manera integral, vinculando producción, oportunidad, suficiencia de recurso humano, organización de la agenda y posibles cuellos de botella. En consecuencia, los datos cuantitativos presentados aquí ofrecen una base sólida para afirmar que la capacidad del servicio fue real y sostenida, pero no completamente estable ni suficiente en todos los momentos del año.

Tabla 2.

Resumen de la capacidad de atención del servicio de otorrinolaringología, IPS OIR Tunja, 2025

Indicador	Resultado
Total, de citas realizadas	2.691
Consultas de primera vez	1.880
Consultas de control	811
Días con atención ORL en el año	95
Promedio de citas por día con servicio	28,31
Mediana de citas por día con servicio	32
Espera promedio entre registro y atención	16,52 días
Espera mediana entre registro y atención	13 días
Casos con espera mayor a 30 días	10,12%
Casos con espera mayor a 60 días	2,23%
Pico de backlog acumulado aproximado	297 citas

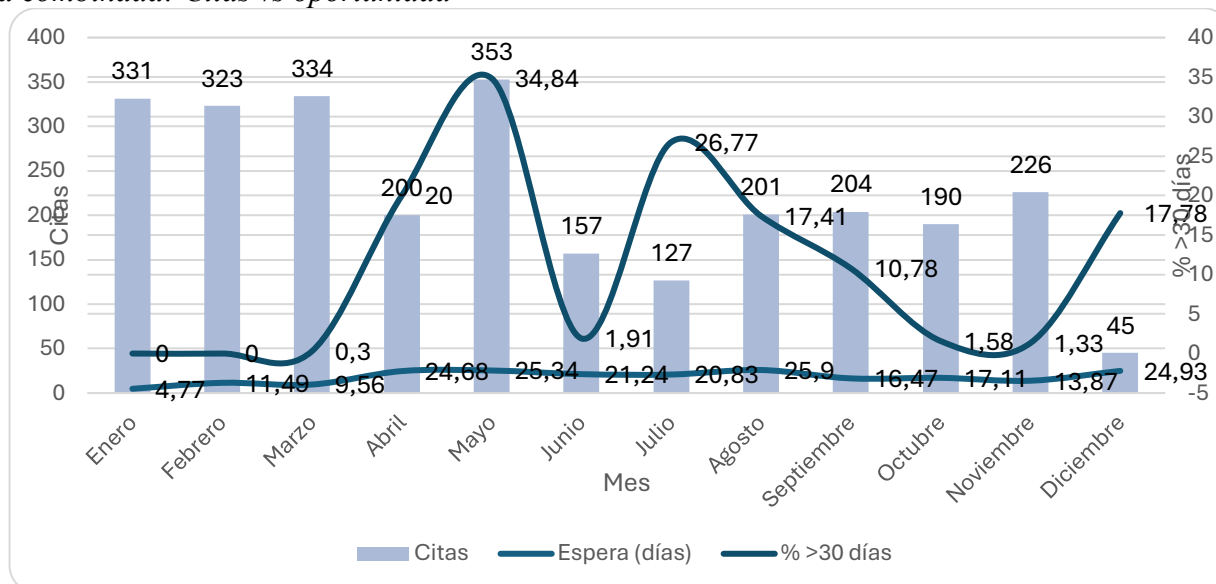
Nota. Registros estadísticos de citas ORL 2025 analizados para la monografía. *Fuente.* Autor

Tabla 3.*Comportamiento mensual de la oportunidad en la atención ORL, IPS OIR Tunja, 2025*

Mes	Citas realizadas	Espera media (días)	% de casos > 30 días
Enero	331	4,77	0,00%
Febrero	323	11,49	0,00%
Marzo	334	9,56	0,30%
Abril	200	24,68	20,00%
Mayo	353	25,34	34,84%
Junio	157	21,24	1,91%
Julio	127	20,83	26,77%
Agosto	201	25,9	17,41%
Septiembre	204	16,47	10,78%
Octubre	190	17,11	1,58%
Noviembre	226	13,87	1,33%
Diciembre	45	24,93	17,78%

Nota. Registros estadísticos de citas ORL 2025. *Fuente.* Autor

En síntesis, el análisis de 2025 permite concluir que la IPS OIR Tunja sí contó con una capacidad operativa efectiva para prestar el servicio de otorrinolaringología y responder a un volumen importante de demanda, reflejado en 2.691 atenciones realizadas. No obstante, esa capacidad no fue uniforme a lo largo del año. Los aumentos de espera registrados en abril y mayo, así como el backlog acumulado observado en ese periodo, evidencian que la respuesta institucional enfrentó momentos de saturación relativa. En consecuencia, la capacidad de la IPS puede caracterizarse como funcional pero tensionada: suficiente para sostener la prestación y recuperar rezagos, aunque con limitaciones frente a incrementos de demanda y frente a las condiciones operativas que incidieron sobre la oportunidad del servicio. Esta conclusión permite dar paso al objetivo siguiente, orientado a identificar acciones de mejora que fortalezcan el desempeño institucional del servicio especializado.

Figura 2*Gráfica combinada: Citas vs oportunidad*

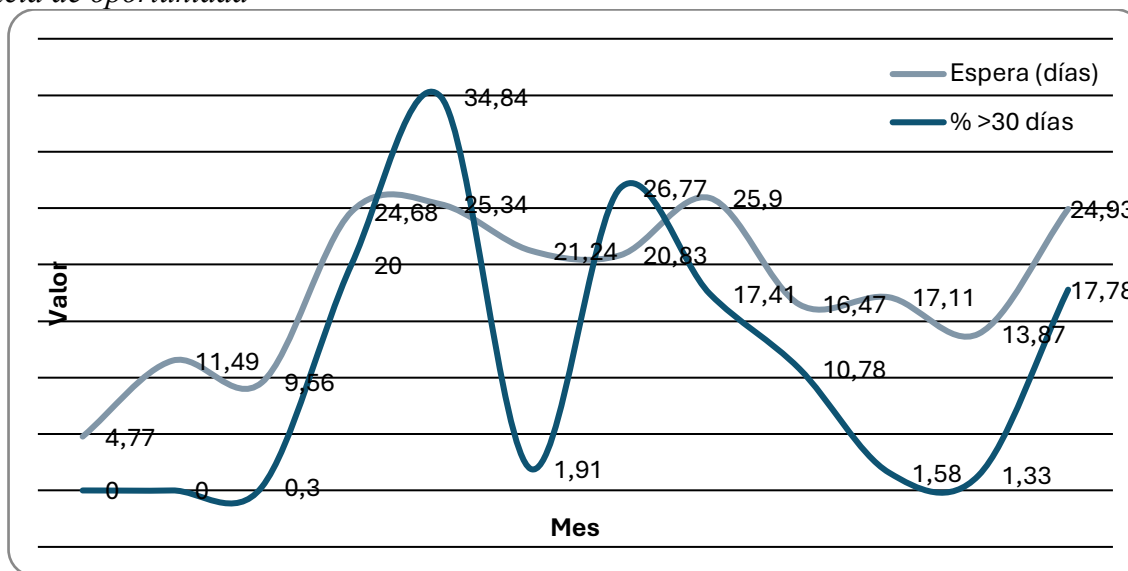
Nota. Registros estadísticos de citas ORL 2025. *Fuente.* Autor

La gráfica combinada permite analizar de manera integrada la relación entre el volumen de atención (citas realizadas) y los indicadores de oportunidad (espera media y porcentaje de casos mayores a 30 días) en el servicio de otorrinolaringología durante 2025. En el primer trimestre se observa un comportamiento equilibrado, en el que altos niveles de producción coinciden con tiempos de espera bajos y ausencia de casos críticos, lo que sugiere una adecuada correspondencia entre la capacidad operativa y la demanda del servicio. No obstante, a partir de abril se presenta un quiebre en esta dinámica, evidenciado en el incremento significativo de los tiempos de espera y del porcentaje de casos superiores a 30 días, incluso en escenarios donde el número de citas no disminuye de manera proporcional, como ocurre en mayo. Este comportamiento indica que la oportunidad del servicio no depende exclusivamente del volumen de atención, sino de factores asociados a la organización interna, la programación de agenda y la articulación con las entidades aseguradoras. En términos institucionales, esto sugiere la presencia de tensiones operativas y administrativas que afectan la continuidad y oportunidad del servicio,

lo que permite caracterizar la capacidad de la IPS como funcional, pero sometida a periodos de presión que impactan el acceso efectivo.

Figura 3

Tendencia de oportunidad



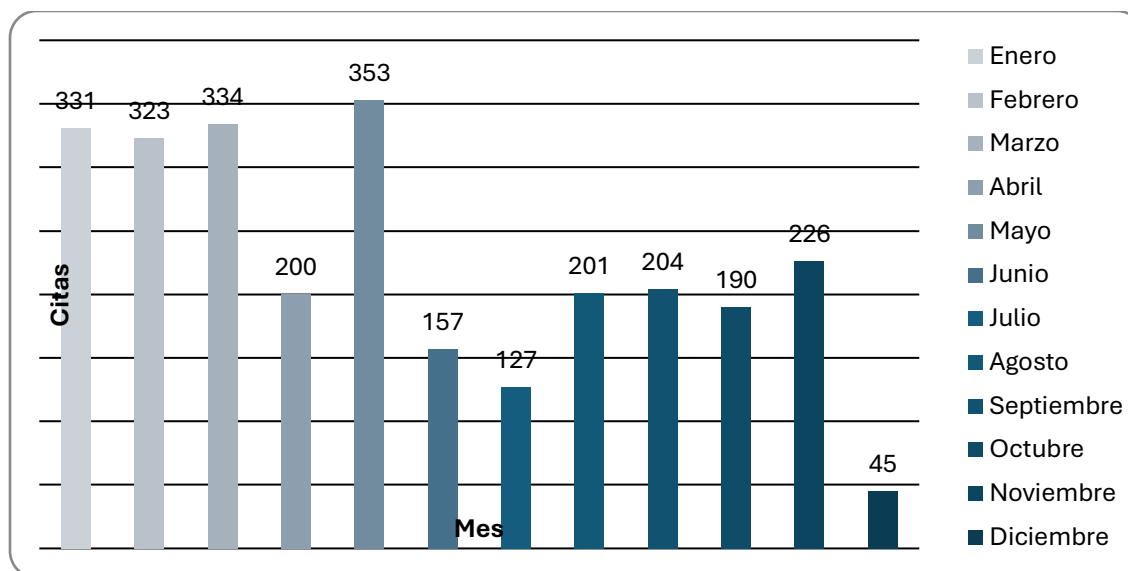
Nota. Registros estadísticos de citas ORL 2025. *Fuente.* Autor

La gráfica muestra la evolución temporal de la espera media y del porcentaje de casos con tiempos superiores a 30 días, permitiendo identificar cambios en la oportunidad del servicio a lo largo del año. Durante los primeros meses, el comportamiento es estable, con tiempos de espera reducidos y sin presencia significativa de casos críticos, lo que refleja condiciones adecuadas de operación. Sin embargo, entre abril y agosto se evidencia un deterioro progresivo de la oportunidad, caracterizado por un aumento sostenido de la espera media y una alta variabilidad en el porcentaje de casos superiores a 30 días, alcanzando niveles considerablemente altos en algunos meses. Este comportamiento sugiere la acumulación de demanda no atendida de manera oportuna y la existencia de limitaciones en la capacidad de respuesta del servicio. Posteriormente, se observa una fase de recuperación en la que los indicadores mejoran, aunque sin retornar completamente a los niveles iniciales, lo que indica que el sistema logra ajustar su

operación, pero mantiene cierto grado de inestabilidad. En conjunto, esta dinámica refleja que la oportunidad del servicio no es constante, sino que depende de condiciones operativas y de coordinación que varían a lo largo del tiempo.

Figura 4

Citas realizadas por mes



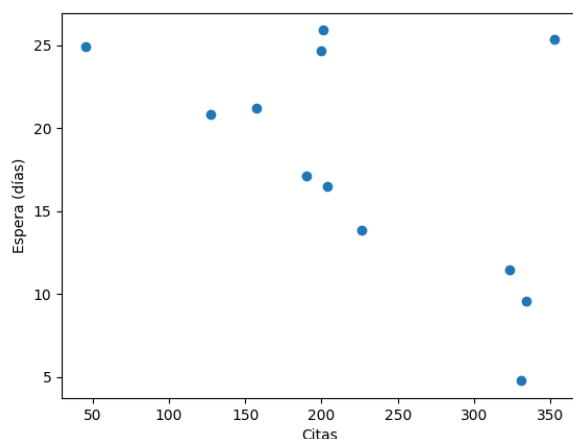
Nota. Registros estadísticos de citas ORL. *Fuente.* Autor

La gráfica permite analizar la distribución mensual del volumen de citas realizadas, evidenciando la capacidad productiva del servicio de otorrinolaringología durante el año 2025. En términos generales, se observa que la IPS mantiene una producción sostenida a lo largo del año, con niveles relativamente altos en varios meses, lo que confirma la existencia de una capacidad operativa real para la prestación del servicio. No obstante, también se identifican variaciones en la cantidad de citas, con disminuciones puntuales en meses como abril, junio, julio y diciembre, lo que indica que la producción no es homogénea y depende de factores como la disponibilidad del especialista, la organización de la agenda y las condiciones operativas del servicio. Particularmente, la reducción de citas en abril coincide con un incremento significativo

en los tiempos de espera, lo que evidencia un desbalance entre oferta y demanda en ese periodo. En este sentido, la gráfica permite concluir que, aunque la IPS cuenta con una capacidad productiva efectiva, su distribución temporal presenta fluctuaciones que inciden directamente en la oportunidad de la atención.

Figura 5

Relación de citas vs espera



Fuente. Autoría propia

La gráfica de dispersión analiza la relación entre el número de citas realizadas y el tiempo de espera promedio, con el objetivo de identificar si existe una asociación directa entre la carga del servicio y la oportunidad de la atención. A partir de la distribución de los datos, no se evidencia una correlación lineal clara entre ambas variables, ya que se presentan casos en los que altos niveles de producción coinciden con tiempos de espera elevados, así como situaciones en las que una menor cantidad de citas no implica necesariamente una reducción en la demora. Este comportamiento indica que el tiempo de espera no depende exclusivamente del volumen de pacientes atendidos, sino que está influenciado por otros factores asociados a la gestión del servicio. Entre estos se pueden considerar los procesos administrativos, la coordinación con las EPS, la programación de la agenda y las condiciones operativas internas de la IPS. En términos

analíticos, esta ausencia de relación directa refuerza la idea de que las dificultades en la oportunidad del servicio deben interpretarse como un problema de carácter institucional y organizacional, más que como una simple consecuencia de la demanda.

Identificación de puntos de mejora en la coordinación y ofrecer insumos útiles para la toma de decisiones orientada a mejorar resultados de desempeño en servicios especializados.

La identificación de oportunidades de mejora en el servicio de otorrinolaringología de la IPS OIR Tunja tiene como propósito trascender el simple diagnóstico para formular decisiones estratégicas. En estricto apego a la normatividad vigente (Ley Estatutaria 1751 y Decreto 441), el objetivo central es garantizar una atención continua y oportuna, mitigando las barreras administrativas entre la institución y los aseguradores.

A partir de los hallazgos operativos de 2025, se establecen cuatro áreas críticas de intervención:

Monitoreo dinámico de la oportunidad: La gestión del servicio no debe limitarse a medir el volumen de consultas. Es imperativo monitorear las fluctuaciones en los tiempos de espera de forma continua. Esto permitirá intervenir de manera temprana y evitar la consolidación de represamientos, como los evidenciados durante los picos de abril y mayo.

Articulación operativa con las EPS: La eficiencia del servicio está ligada a la fluidez con los aseguradores. Es necesario intervenir los momentos críticos que exigen autorizaciones, validaciones y gestión de novedades, reduciendo las fricciones administrativas que terminan por retrasar la atención del usuario.

- **Anticipación basada en datos:** Los indicadores estadísticos deben utilizarse como herramientas de prevención, no solo de evaluación. Una lectura sistemática y frecuente de

la información operativa permitirá a la administración prever periodos de saturación y adoptar medidas antes de que la capacidad de respuesta se vea comprometida.

- Optimización de flujos internos: Se requiere revisar la secuencia operativa que conecta el acceso, el agendamiento y el seguimiento. Simplificar estas actividades y eliminar reprocesos dotará al servicio de mayor resiliencia institucional frente a incrementos repentinos en la demanda.

En síntesis, el fortalecimiento del servicio requiere una estrategia en tres ejes complementarios: un control riguroso de los indicadores operativos, una coordinación interinstitucional más eficiente con las EPS, y un ajuste organizacional interno que agilice los procedimientos de atención.

Tabla 4.

Puntos de mejora identificados para el servicio de otorrinolaringología, IPS OIR Tunja, 2025

Área de mejora	Hallazgo principal	Implicación para el servicio	Acción sugerida
Seguimiento de oportunidad	Variaciones mensuales importantes en los tiempos de espera	Riesgo de acumulación de rezagos y pérdida de oportunidad	Revisar mensualmente indicadores de espera y alertas tempranas
Coordinación IPS–EPS	Fricciones operativas en validaciones, autorizaciones y manejo de novedades	Demoras y reprocesos en la ruta de atención	Establecer canales de seguimiento y puntos focales de coordinación
Gestión de agenda	Concentración de la atención en días específicos de servicio	Mayor vulnerabilidad ante picos de demanda	Revisar distribución de agenda y criterios de priorización
Uso de información	La respuesta institucional fue reactiva en algunos momentos del año	Menor capacidad de anticipación frente a saturaciones	Institucionalizar revisión periódica de indicadores operativos

Área de mejora	Hallazgo principal	Implicación para el servicio	Acción sugerida
Procedimientos internos	Posibles puntos de reproceso entre ingreso, programación y atención	Retrasos acumulados en la cadena operativa	Ajustar flujos internos y simplificar actividades repetitivas

Nota. Información tomada a partir del análisis estadístico 2025 y cuestionario. *Fuente.*

Autor

Con base en esta lectura, puede afirmarse que los insumos más útiles para la toma de decisiones en la IPS OIR Tunja no consisten únicamente en aumentar la oferta del servicio, sino en fortalecer su gobernabilidad operativa. Esto supone, en primer lugar, revisar con periodicidad los indicadores de oportunidad y capacidad; en segundo lugar, identificar de forma más precisa las etapas del proceso donde se concentran las demoras; y, en tercer lugar, establecer acciones de coordinación más estables con los principales pagadores, dado que una parte importante de la prestación se concentra en un número reducido de entidades. La mejora del desempeño del servicio especializado, por tanto, pasa por decisiones de gestión que articulen información, coordinación y ajuste organizacional.

Además, qué dificultades afectan más la coordinación, qué cambios deberían introducirse en la operación y qué recomendaciones se pueden formular para fortalecer el desempeño del servicio. Esto permite que las conclusiones de este objetivo no se formulen de manera abstracta, sino como una base para orientar decisiones institucionales en el corto y mediano plazo.

Tabla 5*Priorización de acciones de mejora para la toma de decisiones institucionales*

Prioridad	Acción de mejora	Justificación
1	Implementar seguimiento mensual a indicadores de oportunidad y backlog	Permite detectar tempranamente periodos críticos y evitar acumulación de retrasos
2	Fortalecer la coordinación operativa con EPS priorizadas	Reduce fricciones administrativas que afectan la continuidad del servicio
3	Revisar y ajustar la organización de agenda del servicio ORL	Mejora la capacidad de respuesta frente a picos de demanda
4	Estandarizar rutas internas para manejo de novedades y reprocesos	Disminuye demoras derivadas de fallas de articulación interna
5	Usar la información del servicio como insumo periódico de gestión	Facilita decisiones basadas en evidencia y no solo en reacción a contingencias

Nota. Información tomada de los hallazgos del estudio de caso. *Fuente.* Autor

En síntesis, el análisis realizado permite concluir que los principales puntos de mejora en la coordinación del servicio especializado de otorrinolaringología en la IPS OIR Tunja se relacionan con el seguimiento de la oportunidad, la articulación operativa con las EPS, la organización de la agenda y el uso sistemático de la información para la gestión. Estos elementos no indican una falla total del servicio, sino la existencia de áreas específicas donde es posible fortalecer el desempeño institucional y reducir los riesgos de saturación, reproceso o demora. En consecuencia, se evidencia los hallazgos del caso en acciones concretas orientadas a mejorar la prestación especializada desde una perspectiva administrativa, operativa y de garantía del derecho a la salud.

CONCLUSIONES

El caso de la IPS OIR Tunja evidencia que la cobertura en el papel no se traduce automáticamente en un acceso efectivo a los servicios especializados. El acceso real sigue condicionado por complejas mediaciones administrativas que actúan como mecanismos de contención del gasto por parte de las EPS, afectando directamente la oportunidad del cuidado asistencial.

La sostenibilidad y capacidad de oferta de la IPS OIR Tunja no responden únicamente a variables de demanda demográfica o epidemiológica, sino a determinantes financieros de carácter estructural. A pesar de los esfuerzos normativos recientes en 2025 para mitigar la crisis mediante la expansión del giro directo a través de la ADRES, el retraso acumulado en las carteras y la incertidumbre en los pagos por parte de las EPS restringen la capacidad operativa interna. Esto genera un efecto de transmisión donde las tensiones financieras del asegurador terminan trasladándose al prestador, estancando la disponibilidad de agendas y la retención del talento humano idóneo.

La privatización del sistema de salud, entendida como un modelo basado en aseguramiento, intermediación, contratación y participación de actores públicos y privados, incide en la prestación especializada al trasladar al servicio clínico tensiones administrativas, contractuales y financieras. En el caso analizado, estas tensiones se expresan en procesos de autorización, auditoría, glosas, tiempos de pago y concentración de la prestación en pocos pagadores.

El análisis evidencia que el principal desafío no es solo ampliar la oferta del servicio, sino fortalecer la gobernabilidad operativa de la prestación especializada. Para ello, se requiere mejorar el monitoreo de la oportunidad, anticipar picos de demanda, reducir reprocesos

administrativos, fortalecer la coordinación con los principales pagadores y consolidar mecanismos de seguimiento que permitan tomar decisiones oportunas.

Las demoras que sufren las personas para conseguir su cita de otorrinolaringología son el resultado de un engranaje administrativo que está desconectado. Los constantes papeleos, la demora en las autorizaciones y los desacuerdos en los contratos por parte de las EPS afectan directamente el día a día de la IPS. Las barreras que enfrentan los usuarios nacen de los obstáculos que ponen los aseguradores y no de una falta de voluntad o de espacio en la IPS OIR Tunja.

Referencias Bibliográficas

- Análisis de las principales crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia después de la Ley 100 de 1993* (2023). [Proyecto de investigación/trabajo de grado, Institución Universitaria Antonio José Camacho].
- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). (2025, mayo 16). *Durante el primer año de ampliación del giro directo, ADRES pagó \$57 billones a IPS y proveedores*. <https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/por-ampliacion-giro-directo-adres-pago-57-billones-a-ips-y-proveedores>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Congreso de la República de Colombia. (1993, diciembre 23). *Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*. Secretaría General del Senado.
https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Corte Constitucional [Colombia]. (2008). *Sentencia T-760 de 2008*.
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Gobernación de Boyacá, Secretaría de Salud. (2022, marzo 17). *Análisis situación de salud de los municipios de Boyacá en el año 2021*.
<https://www.boyaca.gov.co/secretariasalud/analisis-situacion-de-salud-de-los-municipios-de-boyaca-en-el-ano-2021/>

Gobernación de Boyacá. (2024, julio 30). *Plan territorial en salud 2024–2027* [PDF].

<https://www.boyaca.gov.co/wp-content/uploads/2024/07/Plan-territorial-de-Salud-VF-1.pdf>

Gupta, T., Gkiousias, V., & Bhutta, M. F. (2021). Una revisión sistemática de los resultados de la consulta remota en otorrinolaringología, *46*(4), 699–719.

<https://doi.org/10.1111/coa.13768>

Luzuriaga, M. J. (2023). La privatización de los sistemas de salud, la pandemia y la desprivatización en debate. *Revista de la CEPAL*, (139), 165–183.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/48801-la-privatizacion-sistemas-salud-la-pandemia-la-desprivatizacion-debate>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025, julio 15). *La deuda acumulada de las EPS que asciende a \$32,9 billones de pesos...* (Boletín de Prensa No. 093-2025).

<https://www.minsalud.gov.co/CC/Noticias/2025/Paginas/deuda-acumulada-de-EPS-asciende-a-32-billones-de-pesos.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social, & Organización Panamericana de la Salud. (2022).

Atlas Nacional de Equidad en Salud Sostenible: Colombia. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55785>

Presidencia de la República de Colombia, & Ministerio de Salud y Protección Social. (2024, abril 16). *Decreto 489 de 2024* (texto compilado). Compilación Jurídica del INVIMA.

https://normograma.invima.gov.co/compilacion/docs/decreto_0489_2024.htm

Rangel-Carrero, D. O., Montenegro-Martínez, G., & Agudelo-Flórez, P. M. (2025). Mecanismos de protección del derecho a la salud: comportamiento de la tutela en Colombia 2008–2023. *Salud UIS*, *57*, e25v57a30. <https://doi.org/10.18273/saluduis.57.e:25v57a30>

- Restrepo Zea, J. H., Orozco Africano, J. M., Medina Gaspar, D., Gómez Sánchez, D. F., Castaño Yepes, R. A., Brun Vergara, M., & Botero García, J. A. (2024). Situación financiera y perspectivas de reforma del sistema de salud colombiano. *Observatorio de la Seguridad Social*, (45). <https://hdl.handle.net/10495/43675>
- Restrepo-Zea, J. H. (2022). Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993? *Revista de Salud Pública*, 24(1), 1–10.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.103013>
- Restrepo-Zea, J. H., & Zapata-Cortés, O. L. (2022). La gobernanza del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de los actores. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (83), 241–272. <https://doi.org/10.69733/clad.ryd.n83.a277>
- Restrepo Zea, J. H., & Zapata Cortés, O. L. (2021, marzo). *Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: Una mirada con actores del sistema de salud* (Documento de trabajo del GES). Grupo de Economía de la Salud (GES), Universidad de Antioquia.
<https://gesudea.co/wp-content/uploads/2023/10/Documento-de-Trabajo-Gobernanza-en-Salud-Restrepo-y-Zapata-GES-UdeA.pdf>
- Yin, R. K. (2018). *Investigación y aplicaciones de estudios de caso: Diseño y métodos* (6th ed.). SAGE Publications
- Brinkerhoff, D. W., & Bossert, T. J. (2014). Health governance: principal–agent linkages and health system strengthening. *Health Policy and Planning*, 29(6), 685–693.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czs132>
- Le Grand, J. (2010, marzo). *Health care: Trust, mistrust, voice or choice?* (Presentación). LSE Asia Forum, Beijing. <https://www.lse.ac.uk/asset-library/events/julian-le-grand.pdf>

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973. <https://www.jstor.org/stable/1812044>

Henriquez, J., van de Ven, W., Melia, A., & Paolucci, F. (2025). The roads to managed competition for mixed public–private health systems: a conceptual framework]. *Health Economics, Policy and Law*, 20(2), 110–125.
<https://doi.org/10.1017/S1744133123000373>

Constitución Política de Colombia [Const.]. (1991). arts. 44, 48 y 49. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Constitucion%2F1687988>

Decreto 2353 de 2015. (2015, 3 de diciembre). Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=75991>

Decreto 489 de 2024. (2024, 16 de abril). Por el cual se definen los porcentajes y condiciones para el giro directo de los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen contributivo y de presupuestos máximos por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=239096>

Decreto 780 de 2016. (2016, 6 de mayo). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>

Ley 100 de 1993. (1993, 23 de diciembre). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Ley 1122 de 2007. (2007, 9 de enero). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600>

Ley 1438 de 2011. (2011, 19 de enero). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>

Ley 1751 de 2015. (2015, 16 de febrero). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>

Ley 2294 de 2023. (2023, 19 de mayo). Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=209510>

Sentencia T-760/08. (2008, 31 de julio). Corte Constitucional de Colombia.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

Acuerdo de voluntades para el suministro de tecnologías en salud entre una EPS del régimen subsidiado y OIR Unidad de Audiología IPS S.A.S. (2025). *Documento contractual interno*.

Decreto 441 de 2022. (2022, 28 de marzo). Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud

y los proveedores de tecnologías en salud.

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=184728&utm_source.com

OIR Unidad de Audiología IPS S.A.S. (2021). *Asegurar correcta identificación del paciente* (PT-PP-001) [Documento institucional].

OIR Unidad de Audiología IPS S.A.S. (2024a). *Protocolo referencia de pacientes* [Documento institucional].

OIR Unidad de Audiología IPS S.A.S. (2024b). *Procedimiento de PQR* [Documento institucional].

OIR Unidad de Audiología IPS S.A.S. (2025). *Protocolo de atención en otorrinolaringología* (PR-PP-009) [Documento institucional].

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

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Resolución 2284 de 2023, por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones.*

Entrevista

1. Desde su experiencia, ¿cómo se da en la práctica la relación operativa entre la IPS y las EPS en el servicio de otorrinolaringología?



2. ¿Cuáles son los momentos del proceso en los que más se requiere coordinación entre la IPS y la EPS?



Pagos glosas y conciliaciones.

3. ¿Qué situaciones dificultan con mayor frecuencia esa articulación operativa?



Disponibilidad de la EPS, coordinación de las diferentes agendas administrativas.

4. ¿En qué parte del proceso se presentan más demoras, reprocesos o inconsistencias entre la IPS y la EPS?



En los pagos

5. Cuando surge una novedad con un usuario, ¿cómo se resuelve entre la IPS y la EPS?



La EPS por lo general no responde, así que si contamos con los medios para resolver lo hacemos si no, el usuario tendrá que ir a la EPS para que le solucionen personalmente.

6. ¿Qué tipo de respuestas o gestiones de la EPS facilitan el proceso y cuáles lo dificultan?



Contar con mas prestadores, pagos adecuados y oportunos

7. ¿Desde su experiencia, qué efectos tiene esa articulación operativa en la oportunidad de la atención al usuario?



Tener un prestador cerca al área donde vive el usuario o por lo menos en el mismo departamento/municipio

8. ¿Qué problemas se presentan con más frecuencia en la continuidad del servicio cuando interviene la EPS?

- ✚ Incumplimiento en los tiempos de los pagos, pagos parciales y superar la capacidad instalada.

9. ¿Qué aspectos considera que hoy funcionan bien en la coordinación entre la IPS y la EPS?

- ✚ El establecimiento de tarifas para los diferentes tipos de servicios.

10. ¿Qué cambios o mejoras considera necesarios para fortalecer esa articulación operativa?

- ✚ La espera en la realización de los diferentes pagos por los servicios prestados ya que son muy extensos en algunos casos.

Objetivo 4

Preguntas sugeridas

1. ¿Con cuántos profesionales cuenta la IPS para prestar el servicio de otorrinolaringología?

- ✚ Actualmente la IPS cuenta con 2 especialistas para la prestación del servicio.

2. ¿Cuál es la disponibilidad de agenda del servicio?

- ✚ Como IPS dependemos de la disponibilidad en la agenda de los especialistas, por lo general son 2 o 3 días dos veces al mes.

3. ¿Cuántos pacientes puede atenderse en promedio por día, semana o mes?

- ✚ Depende del especialista, las jornadas pueden variar entre 80 y 150 usuarios por jornada

4. ¿Existen temporadas o momentos en los que aumente la demanda del servicio?

- ✚ La demanda del servicio por lo general se mantiene, en realidad tiende a disminuir en los meses de diciembre y enero pero muy poco.

5. ¿La capacidad actual del servicio ha sido suficiente para responder a la demanda de los usuarios?

- ✚ Nuestra capacidad es limitada y pequeña por lo que en varias ocasiones la demanda de usuarios nos supera.

6. ¿Cuáles son los principales factores que limitan la capacidad de atención?

✚ La cantidad de pacientes sobre pasa la capacidad instalada para cada EPS, otro factor es que somos el único prestador de este servicio para una entidad en particular por lo que la cantidad de pacientes es muy grande.

7. ¿Se presentan reprogramaciones, cancelaciones o aplazamientos? ¿Por qué razones?

✚ Hemos tenido que aplazar y/o cancelar agenda por capacitaciones o por inconvenientes personales de fuerza mayor que le ocurren a los especialistas.

8. ¿Cuál considera que es el principal cuello de botella del servicio?



9. ¿Qué pasa cuando la demanda supera la capacidad disponible?

✚ Los usuarios quedan en lista de espera alrededor de 3 meses hasta que llega su turno de ser atendido o hasta que los especialistas nos dan jornadas mas extensas para avanzar en ello.

10. ¿Existen tiempos de espera prolongados para asignación o atención?

✚ Por lo general nuestro tiempo de espera para asignación de cita oscila entre 1-3 meses.

11. ¿La infraestructura, equipos y recurso humano disponibles son suficientes para el servicio?

✚ No, la demanda es muy grande, nuestras instalaciones son pequeñas y no contamos con los profesionales suficientes.

12. ¿Qué tipo de apoyo institucional haría falta para mejorar la capacidad de respuesta?

✚ Algo que ayudaría bastante es que las EPS contaran con mas prestadores, no solo nosotros.

Objetivo 5

1. Desde su experiencia, ¿cuáles son las principales dificultades que afectan la coordinación del servicio?

✚ Las agendas de los especialistas y la cantidad de pacientes

2. ¿En qué parte del proceso se presentan más demoras o fallas?

✚ Asignación de citas

3. ¿Qué problemas se repiten con más frecuencia en la operación del servicio?

✚ Que a veces se tarda la asignación de citas, por la cantidad de pacientes que lo requieren.

4. ¿Qué situaciones afectan más la oportunidad de la atención?

✚ Algunos usuarios solicitan la cita y un día antes la cancelan, quitándole la oportunidad a otro de recibir la atención, por otro lado, hay pacientes que son prioritarios o de urgencia por lo que la cita de los demás se vería afectada en términos de espera.

5. ¿Qué aspectos deberían fortalecerse para mejorar la atención al usuario?

✚ Que el usuario traiga los documentos solicitados y tenga en cuenta que es responsabilidad de su EPS no de la IPS contar con más prestadores del servicio.

6. ¿Qué cambios considera necesarios en la coordinación interna del servicio?

✚ Agendamiento con mayor tiempo de antelación para que el usuario pueda pedir los permisos pertinentes para asistir a la cita

7. ¿Qué tipo de apoyo administrativo o institucional ayudaría a mejorar el proceso?

✚ Contratación de otro profesional para la demanda solicitada.

8. ¿Qué procedimientos cree que deberían ajustarse o actualizarse?

✚ El tiempo de espera en los pagos por las EPS debería ser menor ya que recibimos pagos entre 90-150 días después de la radicación del servicio.

9. ¿Qué información o indicadores deberían revisarse con más frecuencia para tomar decisiones?

 Tarifas y pagos de las diferentes entidades

10. Si pudiera priorizar tres acciones de mejora para el servicio, ¿cuáles serían?

 Pago oportuno, no superar la capacidad instalada y más de agenda.

11. ¿Qué recomendaciones le haría a la IPS para fortalecer el desempeño del servicio especializado?

 Mayor disponibilidad de tiempo por parte de los especialistas.

12. ¿Qué considera que debería mantenerse porque actualmente funciona bien?

 El tiempo de atención entre usuarios, agendamiento de citas oportuno