

PREGUNTAS FRECUENTES DE LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE EN RELACIÓN CON EL ACCESO Y LA ATENCIÓN EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Los ciudadanos habitantes de calle, vinculados a los diferentes servicios de la Subdirección para la Adultez, manifestaron sus principales inquietudes en relación con temas de salud y las barreras que enfrentan para acceder al sistema. Entre las preocupaciones más frecuentes se encuentra la dificultad para recibir atención médica oportuna, debido a que en muchos casos no cuentan con documentos de identificación, afiliación a una EPS o información suficiente sobre los servicios disponibles.

Otra inquietud relevante es el acceso a tratamientos para enfermedades crónicas, infecciosas y de salud mental. Dadas sus condiciones de vida, muchas de estas personas presentan dificultades para mantener la adherencia a los tratamientos, asistir a controles médicos y acceder de manera continua a los medicamentos, lo que contribuye al deterioro progresivo de su estado de salud.

Asimismo, se evidencia preocupación frente a la atención en situaciones de urgencia. Aunque los servicios de salud están obligados a brindar atención, persisten temores, desinformación y experiencias negativas previas que limitan la decisión de acudir a los centros hospitalarios. Adicionalmente, las condiciones propias de la vida en calle incrementan el riesgo de padecer enfermedades respiratorias, infecciones cutáneas, consumo problemático de sustancias psicoactivas y trastornos de salud mental, lo que genera una alta demanda de servicios especializados.

En respuesta a esta situación, se suscribió un Convenio Marco Sociosanitario entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Integración Social, orientado a atender estas necesidades mediante jornadas de atención en calle, intervenciones en unidades operativas, programas de inclusión y acompañamiento para la afiliación al sistema de salud.

A continuación, se dará respuesta a estas inquietudes, clasificándolas en cuatro grandes categorías:

1. AFILIACIÓN Y UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO

En primer lugar, la persona debe elegir la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la cual desea afiliarse (por ejemplo: Sura, Sanitas, Nueva EPS, Compensar, entre otras). Posteriormente, es necesario definir el tipo de régimen al que pertenece, de acuerdo con su capacidad de pago y condición laboral:

Régimen contributivo: Corresponde a las personas que cuentan con ingresos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV). En este caso, el afiliado realiza un aporte mensual a la EPS, la cual garantiza la prestación de los servicios de salud a través de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Aplica para personas que:

- Tienen contrato laboral (la afiliación es realizada por el empleador).
- Son trabajadores independientes con capacidad de pago (deben realizar el trámite directamente).
- Son pensionados.
- Son servidores públicos.

Régimen subsidiado: Está dirigido a la población que no cuenta con capacidad de pago para aportar al sistema o que no cumple con los requisitos para pertenecer al régimen contributivo o a regímenes especiales. Aplica para personas que:

- No tienen ingresos o capacidad de pago.
- Se encuentran clasificadas en el SISBÉN (grupos A, B y algunos del grupo C).
- No cuentan con SISBÉN, pero pueden ser afiliadas de oficio de manera transitoria mientras se define su situación, o son reconocidas como población especial (según el Artículo 2.1.5.1.4 numeral 5).
- Pertenecen a población especial, entendida como grupos en condición de vulnerabilidad, marginalidad o debilidad manifiesta, identificados mediante listado censal (Decreto 616 de 2022).

Documentos válidos para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

Para población colombiana:

- Cédula de ciudadanía para mayores de edad.
- Registro civil de nacimiento o certificado de nacido vivo para menores de 3 meses.
- Registro civil de nacimiento para niños mayores de 3 meses y menores de 7 años.
- Tarjeta de identidad para personas entre 7 y 18 años.

Para población migrante:

- Cédula de extranjería.
- Carné diplomático.
- Documento de viaje de la Organización de las Naciones Unidas (para personas refugiadas o asiladas).
- Pasaporte para menores de 7 años con visa de residencia expedida por Migración Colombia.
- Salvoconducto de permanencia (SC2) para solicitantes de refugio (vigencia de seis meses).
- Permiso por Protección Temporal (PPT) expedido por Migración Colombia (aplicable a población venezolana).

a. **¿Cómo me puedo afiliar a salud si soy migrante irregular y no cuento con el PPT?**

En Colombia, las personas migrantes que no cuentan con un documento válido de identificación, como el Permiso por Protección Temporal (PPT), cédula de extranjería u otro documento reconocido, no pueden realizar la afiliación a una Entidad Promotora de Salud (EPS). Esto se debe a que el sistema de salud exige un documento válido para formalizar el proceso de afiliación.

No obstante, lo anterior no implica que estas personas no puedan acceder a servicios de salud. En estos casos, se garantiza la atención en situaciones específicas, tales como:

- Atención por urgencias en cualquier institución de salud.
- Atención integral durante el embarazo.
- Esquemas de vacunación para niños, niñas y adolescentes.
- Atención de enfermedades de alto riesgo o condiciones graves.

Sin embargo, al no contar con afiliación al sistema, existen limitaciones en el acceso a otros servicios, entre ellos:

- Consultas médicas generales programadas.
- Controles de seguimiento.
- Acceso continuo a medicamentos.
- Atención por especialistas.

En este contexto, se recomienda adelantar procesos de regularización migratoria que permitan obtener un documento válido, facilitando así la afiliación al sistema de salud y el acceso integral a los servicios.

b. ¿Me puedo cambiar de EPS?

Traslado: Es el proceso mediante el cual una persona cambia de una EPS a otra, manteniendo su afiliación activa en el sistema de salud. Existen dos opciones:

- Traslado de EPS por cambio de municipio de residencia: Cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EPS, trasladándose a una que opere el respectivo régimen en el municipio receptor.
- Traslado de EPS voluntario: Cuando este afiliado por 360 días o más, tendrá derecho a solicitar cambio de EPS.

Condiciones:

1. La solicitud la debe realizar el cotizante o cabeza de hogar.
2. El tiempo mínimo de permanencia en la EPS es de un año.
3. Ningún miembro del grupo de la familiar puede estar hospitalizado.
4. El traslado se da a todo el núcleo familiar.
5. En el Contributivo el cotizante debe estar a paz y salvo en sus cotizaciones.

Movilidad: La movilidad es el cambio de régimen dentro de la misma EPS, siempre que cumpla con los requisitos para ello. Los afiliados manifestarán su voluntad de ejercer la movilidad en el Sistema de Afiliación Transaccional - SAT o en el formulario físico y se

suscribirá y reportará ante la EPS de manera individual y directa, cuando se realice al Régimen Subsidiado y de manera conjunta con su empleador, si fuere el caso, cuando se realice al Régimen Contributivo. Para el régimen contributivo, debe tener actualizada la encuesta SISBEN o solicitarla.

Portabilidad: Es la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre desde el municipio de su domicilio, (donde tiene la afiliación en salud) a otro municipio que esté ubicado en el territorio nacional. Hay dos tipos de portabilidad:

- **Temporal:** Para estancias cortas (viajes, trabajos temporales), pero la persona sigue adscrita a su ciudad de origen
- **Permanente:** Cuando hay cambio de domicilio a otra ciudad, se asigna una nueva IPS en ese lugar

c. ¿Qué diferencia hay entre una EPS y una IPS?

EPS: Una EPS es una entidad del sistema de salud encargada de afiliar a las personas y garantizar su acceso a los servicios de salud. Es la aseguradora de salud.

Su función es:

- Afiliar a los usuarios al sistema de salud
- Autorizar servicios médicos (citas, exámenes, cirugías)
- Garantizar la entrega de medicamentos
- Organizar la red de hospitales y clínicas (IPS)
- Gestionar tratamientos y remisiones médicas

IPS: Una IPS es el lugar en donde se recibe la atención y se prestan los servicios de salud.

Su función es:

- Prestar el servicio médico directamente
- Atender consultas, urgencias, exámenes de laboratorio
- Realizar tratamientos y procedimientos

d. ¿Cómo se cuál es la EPS a la que estoy afiliado o si estoy afiliado en salud?

Para conocer la EPS a la cual se está afiliado se deben consultar los siguientes canales oficiales:

- **ADRES:** buscar la página oficial en Google y allí se puede verificar la afiliación con el número de cédula o documento y el tipo de documento.
<https://www.adres.gov.co/consulte-su-eps>
- **Comprobador de derechos:** Con el número de cedula se puede consultar la EPS actual, el estado de afiliación
<https://appb.saludcapital.gov.co/comprobadordederechos/Consulta.aspx>
- **Preguntando directamente en una EPS:** se puede dirigir o llamar a cualquier EPS con el número de documento de la persona y solicitar la verificación.

e. ¿Qué debo hacer para afiliarme si estoy en mora con otra EPS?

Cuando una persona presenta mora en el pago de aportes al sistema de salud, pueden generarse restricciones para el traslado entre Entidades Promotoras de Salud (EPS), especialmente en el régimen contributivo, ya que el sistema bloquea el cambio mientras existan obligaciones pendientes.

En el régimen contributivo:

Trabajador independiente o cotizante:

- No puede trasladarse de EPS si presenta deudas por aportes.
- Debe ponerse al día mediante el pago total de la deuda o suscribir un acuerdo de pago.
- Mientras permanezca en mora, se suspenden algunos servicios de salud (excepto la atención de urgencias).

Trabajador dependiente (empleado):

- Si inicia una relación laboral, el empleador puede afiliarlo a una EPS, incluso si presenta deudas previas.
- La afiliación es realizada directamente por la empresa.
- La deuda con la EPS anterior no se elimina, pero no impide la nueva afiliación como trabajador dependiente.

En el régimen subsidiado:

- Es posible afiliarse o trasladarse de EPS siempre que se cumplan los criterios de elegibilidad (por ejemplo, clasificación en el SISBÉN).
- No obstante, si la persona registra como cotizante con deuda en el sistema, debe verificar y regularizar su estado para evitar inconsistencias en la afiliación.

e. ¿Cómo puedo cambiarme de subred?

Las Subredes Integradas de Servicios de Salud no corresponden a Entidades Promotoras de Salud (EPS), sino que hacen parte de la red pública de prestación de servicios (hospitales e IPS). Por esta razón, no es posible “cambiarse de subred” como tal.

Sin embargo, es posible realizar el cambio de la IPS asignada o la actualización de la georreferenciación, de acuerdo con la localidad de residencia o por criterios de accesibilidad. Este proceso permite que la persona sea atendida en la subred más cercana a su domicilio.

El trámite de cambio de georreferenciación debe realizarse a través de los puntos de atención al usuario de la EPS a la que se encuentre afiliada la persona (por ejemplo: Capital Salud, Famisanar, Sanitas, Coosalud, entre otras), donde se evaluará y gestionará la reasignación correspondiente.

Las subredes hacen parte de la organización de la Secretaría Distrital de Salud y permiten garantizar la prestación de servicios a la población afiliada, especialmente en el régimen subsidiado o a quienes acceden a la red pública. En este sentido, las personas pueden solicitar

la reasignación de su unidad de atención primaria por cercanía geográfica o facilidad de acceso.

La red pública de salud en Bogotá está organizada en cuatro subredes, que agrupan hospitales e IPS según las localidades que cubren:

- **Subred Norte:** Usaquén, Suba, Engativá, Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo.
- **Subred Sur:** Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Usme y Sumapaz.
- **Subred Centro Oriente:** Santa Fe, Los Mártires, La Candelaria, San Cristóbal, Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe.
- **Subred Sur Occidente:** Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda.

2. CITAS MÉDICAS

a. ¿Cómo puedo conseguir una cita con especialista y por qué demoran tanto en asignar una cita?

La asignación de citas con especialistas es uno de los principales retos del sistema de salud. Los tiempos de espera pueden variar según la EPS, la ciudad y el tipo de especialidad requerida. No obstante, cuando existe un riesgo para la salud del paciente, la atención debe ser priorizada.

Entre las causas más frecuentes de demora en la asignación de estas citas se encuentran:

- Alta demanda de servicios por parte de los usuarios.
- Insuficiencia de especialistas en la red de la EPS.
- Limitada disponibilidad de agenda en las IPS.
- Requerimiento de autorizaciones previas por parte de la EPS.
- Saturación de los servicios y demoras en la gestión de agendas.

En caso de que la asignación de la cita supere los tiempos razonables o afecte la salud del paciente, se pueden utilizar los siguientes mecanismos:

- Solicitar al médico general la priorización de la remisión, en caso de que la condición clínica lo amerite.
- Radicar una PQR (Petición, Queja o Reclamo) ante la EPS cuando los tiempos de espera sean excesivos.
- Acudir a la Superintendencia Nacional de Salud, entidad encargada de la inspección, vigilancia y control del sistema.
- Contactar a la Personería de Bogotá, que brinda orientación y recibe solicitudes cuando se consideren vulnerados los derechos en salud (Línea 143).
- Acudir a la Secretaría Distrital de Salud para recibir orientación y apoyo en la gestión del caso.

b. ¿Qué hago si pierdo una cita?

Si una persona pierde una cita médica, esta se da por inasistencia, lo que significa que se pierde el turno asignado y queda disponible para otro paciente. Dependiendo de la EPS, pueden existir algunas consecuencias, como el registro de la inasistencia en el historial del usuario, una posible disminución en la prioridad para asignar futuras citas o, en casos de inasistencias repetidas, la solicitud de una justificación.

Por eso, si una persona no puede asistir a su cita, lo más recomendable es avisar con anticipación. Esto se puede hacer cancelando la cita a través de una llamada a la EPS o a la IPS, o utilizando la página web o aplicación disponible. Además, es posible reprogramar la cita sin inconvenientes, e incluso algunas EPS pueden dar prioridad si la cancelación se realiza a tiempo.

En caso de que la persona no haya podido avisar por una situación de emergencia, es importante presentar un soporte como una incapacidad médica u otro documento que justifique la ausencia. En estos casos, algunas EPS permiten reprogramar la cita sin aplicar penalizaciones.

Si la cita que se perdió era con alguna de las subredes integradas de salud, se debe realizar un taller pedagógico a través de los diferentes canales virtuales o presenciales con los que cuenta cada subred.

c. ¿Cuántas citas médicas puedo tener al mes?

No hay un número fijo de “citas médicas al mes”. El acceso depende de la necesidad de salud de cada persona y de lo que autorice el sistema a través de la EPS. Sin embargo, aunque no hay límite de citas, sí pueden influir algunas situaciones como:

- Disponibilidad de agenda
- Autorizaciones de la EPS
- Tipo de tratamiento
- Prioridad médica (urgente o no urgente)

d. ¿Dónde puedo agendar las citas?

Las citas médicas se agendan principalmente a través de las EPS, aunque el canal exacto puede variar según la EPS y la IPS asignada. Sin embargo, las citas medicas se pueden asignar a través de los siguientes medios:

- Por teléfono (la forma más tradicional)
- En línea (web o app)
- Presencial en la IPS
- A través de autorización (especialistas)

3. MEDICAMENTOS

a. ¿Dónde debo reclamar medicamentos?

El proceso para reclamar medicamentos depende del tipo de afiliación al sistema de salud (EPS o régimen subsidiado), pero en general sigue una serie de pasos similares. Primero, el usuario debe asistir a una consulta médica en su entidad de salud, donde el profesional emite una fórmula médica con los medicamentos requeridos. Esta fórmula puede ser física o electrónica, según la EPS.

Una vez se cuenta con la prescripción, el siguiente paso es dirigirse a la farmacia autorizada por la EPS. Muchas entidades tienen convenios con operadores farmacéuticos específicos, por lo que es importante verificar en qué puntos se pueden reclamar los medicamentos.

Al momento de reclamar los medicamentos, el usuario debe presentar su documento de identidad y la fórmula médica vigente. En algunos casos, también se puede requerir la autorización previa del servicio, especialmente si se trata de medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Este trámite puede hacerse en línea o en puntos de atención de la EPS.

Si el medicamento está disponible, se entrega de inmediato. En caso de no haber existencia, la farmacia debe generar una orden pendiente e informar al usuario la fecha en la que podrá reclamarlo. También existe la posibilidad de programar entregas a domicilio, dependiendo de la EPS y del tipo de medicamento.

Finalmente, si se presentan inconvenientes como demoras injustificadas o negación del servicio, el usuario puede interponer una queja ante la EPS, la Superintendencia Nacional de Salud o recurrir a mecanismos legales como la acción de tutela para garantizar su derecho a la salud.

b. ¿Cómo autorizo mi medicina?

En el régimen subsidiado, los medicamentos se autorizan a través de la EPS, siguiendo un proceso que busca validar que el medicamento esté incluido en el plan de beneficios o que sea médicamente necesario.

Si el medicamento requiere autorización, la IPS envía la solicitud a la EPS con la fórmula médica, la historia clínica y la justificación médica.

c. ¿Quién me responde por los medicamentos cuando dicen que están desabastecidos?

Cuando un medicamento está desabastecido, la responsabilidad no desaparece: el sistema de salud sigue obligado a garantizar el acceso.

Frente a esta situación, se han implementado mecanismos de control y vigilancia por parte de las autoridades sanitarias, así como herramientas legales como las quejas formales, derecho de petición y las acciones de tutela, que permiten a los pacientes exigir el cumplimiento de su derecho a la salud.

- Radicar una PQR (Petición, Queja o Reclamo)
- Solicitar sustitución inmediata
- Acudir a la Superintendencia Nacional de Salud
- En casos graves, interponer una tutela

d. ¿Qué hago si me robaron los medicamentos o los perdí?

Si una persona pierde sus medicamentos o es víctima de hurto, lo primero que debe hacer es comunicarse con su EPS, ya sea de manera telefónica o presencial acercándose a una de sus oficinas, para informar lo sucedido. Es importante explicar claramente la pérdida y proporcionar datos como el número de la fórmula médica o la historia clínica. A partir de esto, se puede solicitar la reposición de los medicamentos. La EPS evaluará el caso y, si el medicamento está incluido dentro del Plan de Beneficios en Salud, generalmente puede autorizar nuevamente su entrega. En algunos casos, la IPS puede requerir una nueva consulta médica para revisar el tratamiento, ajustar la dosis o emitir una nueva fórmula. Cuando se trata de medicamentos controlados, como los psiquiátricos o para el dolor fuerte, o de alto costo, como los utilizados en tratamientos de cáncer o enfermedades crónicas graves, el proceso suele ser más estricto, incluyendo verificaciones adicionales, autorizaciones especiales e incluso la evaluación por parte de un comité médico.

e. ¿Qué diferencia hay entre medicamentos de control y los generales?

La diferencia entre medicamentos de control y medicamentos generales en Colombia tiene que ver con su nivel de regulación, riesgo y forma de uso:

Medicamentos generales: Son los medicamentos de uso común y sus características son:

- Se usan para enfermedades frecuentes o leves
- Tienen menor riesgo de dependencia o abuso
- Su prescripción es más sencilla
- En muchos casos están dentro del plan de beneficios de la EPS

Medicamentos de control: Son medicamentos que requieren mayor vigilancia médica y se controlan porque pueden generar adicción, afectar el sistema nervioso o generar riesgos si no se usan adecuadamente. Algunas características son:

- Pueden generar dependencia o efectos fuertes
- Su uso está estrictamente regulado
- Requieren fórmula médica especial
- En algunos casos, control de cantidad y seguimiento

f. ¿Cuántos días tengo para reclamar medicamentos y no se venzan?

Cuando una persona recibe una fórmula médica de su EPS, generalmente cuenta con un plazo de entre 5 y 30 días para reclamar los medicamentos, siendo 30 días el tiempo más común de vigencia. Si este plazo se vence sin haber reclamado los medicamentos, es posible que la entrega sea rechazada, y en muchos casos será necesario asistir a una nueva consulta médica o solicitar una nueva autorización. En el caso de medicamentos controlados o de alto costo, el tiempo para reclamarlos suele ser más corto, a veces entre 5 y 15 días, debido a que requieren un mayor control y seguimiento. Para tratamientos crónicos, la EPS suele emitir fórmulas periódicas, como mensuales o bimestrales, por lo que es importante reclamar los medicamentos dentro del ciclo indicado para evitar interrupciones en el tratamiento.

4. EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS

a) ¿Por qué no me autorizan mis exámenes?

La autorización y la realización de exámenes médicos y procedimientos suelen ser procesos esenciales para garantizar una atención adecuada, pero también representan una de las principales fuentes de demoras en la atención de los pacientes.

En muchos casos, antes de realizar un examen diagnóstico o un procedimiento especializado, es necesario que la entidad aseguradora autorice el servicio. Este paso busca verificar la pertinencia médica, la cobertura del plan de salud y la disponibilidad de recursos. Sin embargo, este trámite administrativo puede generar retrasos, especialmente cuando requiere revisiones adicionales, aprobación de comités médicos o validaciones internas.

Aunque existen mecanismos para agilizar o reclamar la atención, como las solicitudes de prioridad médica o los procesos de queja formal, no siempre se logran soluciones inmediatas.

b) ¿Debo sacar cita para toma de laboratorios, cuanto tiempo demoran los resultados y se requiere preparación?

La toma de exámenes de laboratorio es un procedimiento sencillo; sin embargo, requiere el cumplimiento de varios pasos para garantizar la calidad de la muestra y la confiabilidad de los resultados:

- **Orden médica:** Es necesario contar con una solicitud u orden emitida por un profesional de salud de la EPS o de la IPS, en la cual se especifican los exámenes requeridos.
- **Autorización (si aplica):** Algunos exámenes pueden requerir autorización previa por parte de la EPS, especialmente aquellos de mayor complejidad.
- **Asignación de cita o atención directa:** Dependiendo del tipo de examen y del laboratorio, puede requerirse cita previa o se puede acudir directamente en los horarios establecidos para la toma de muestras.
- **Preparación previa:** Algunos exámenes requieren condiciones específicas, como ayuno entre 8 y 12 horas, suspensión temporal de ciertos medicamentos (según indicación médica) o evitar el consumo de alcohol y determinados alimentos.
- **Toma de la muestra:** Se realiza en el laboratorio clínico por personal de salud capacitado. Puede incluir muestras de sangre (venopunción), orina (en frasco estéril) u otros tipos según el examen solicitado.
- **Procesamiento:** Las muestras son analizadas mediante equipos especializados, siguiendo estándares técnicos que garantizan la precisión de los resultados.
- **Entrega de resultados:** Los resultados pueden entregarse de manera virtual o presencial. El tiempo de entrega varía según el tipo de examen: algunos pueden estar disponibles en pocas horas, mientras que otros pueden tardar varios días.

5. URGENCIAS

a) ¿Qué es una urgencia?

Los servicios de urgencias constituyen la puerta de entrada al sistema de salud para la atención de situaciones que requieren intervención inmediata, debido a que pueden poner en riesgo la vida, la integridad o la salud de una persona. Estos servicios no requieren cita previa y están disponibles de manera continua.

Se consideran urgencias aquellos eventos o síntomas que aparecen de forma súbita o que representan un deterioro significativo del estado de salud. Algunos ejemplos son:

- Dolor intenso en el pecho.
- Dificultad para respirar.
- Accidentes o caídas graves.
- Sangrados abundantes o incontrolables.
- Fiebre alta en niños que no cede con manejo inicial.
- Crisis de enfermedades crónicas (como asma o diabetes).

Es importante hacer uso adecuado de los servicios de urgencias, acudiendo a ellos únicamente cuando la situación lo amerite, para garantizar una atención oportuna a quienes realmente lo necesitan.

c) ¿Cómo es el proceso en urgencias?

La atención en el servicio de urgencias sigue un proceso organizado que permite priorizar a los pacientes según la gravedad de su condición:

1. Triage (clasificación): Es el primer paso y consiste en una valoración inicial que permite clasificar a los pacientes de acuerdo con la urgencia de su atención y el riesgo para su salud. Las categorías son:

- **Triage I (Rojo):** Atención inmediata. Corresponde a pacientes en estado crítico, con riesgo inminente de muerte. No tienen tiempo de espera.
- **Triage II (Naranja):** Muy urgente. Son casos que pueden deteriorarse rápidamente. El tiempo de atención es aproximado de hasta 30 minutos.
- **Triage III (Amarillo):** Urgente. No hay riesgo inmediato para la vida, pero requiere atención oportuna. El tiempo de espera puede ser de hasta 60 minutos.
- **Triage IV (Verde):** Menor urgencia. El paciente se encuentra estable y puede esperar más tiempo, generalmente hasta 2 horas o más, dependiendo de la demanda del servicio.

2. Valoración médica: Después del triage, el paciente es atendido por un profesional de salud, quien realiza la evaluación clínica, revisa síntomas, antecedentes y establece un diagnóstico inicial.

3. Exámenes complementarios (si se requieren): De acuerdo con la valoración médica, pueden solicitarse pruebas como exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas u otros procedimientos para confirmar el diagnóstico.

4. Tratamiento y manejo: Con base en los hallazgos clínicos y resultados, se define el tratamiento, que puede incluir medicamentos, procedimientos o la observación del paciente por un tiempo determinado.

5. Definición de conducta: Finalmente, se establece el plan a seguir, que puede ser:

- Alta médica con recomendaciones y fórmula.
- Remisión a consulta externa.
- Hospitalización, si la condición lo requiere.

- Traslado a otra institución con mayor nivel de complejidad, en caso necesario.

d) ¿En qué hospital me atienden por urgencias?

Las urgencias en salud se atienden principalmente en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), como hospitales, clínicas y centros médicos que cuentan con servicio de urgencias habilitado. Estos pueden ser tanto públicos como privados, y están distribuidos en diferentes localidades de la ciudad para garantizar el acceso de la población.

Entre los hospitales públicos más conocidos donde se prestan servicios de urgencias se encuentran el Hospital Simón Bolívar, el Hospital de Kennedy y el Hospital de Meissen, los cuales atienden principalmente a usuarios del sistema público o del régimen subsidiado. También hay clínicas privadas como la Clínica del Country, la Clínica Colsanitas y la Clínica Shaio, que atienden urgencias de afiliados a EPS o pacientes particulares.

Es importante tener en cuenta que cualquier persona puede acudir al servicio de urgencias más cercano en caso de una situación grave, independientemente de su EPS, ya que la atención inicial debe ser garantizada. Además, se cuenta con la línea de emergencias 123, a través de la cual se puede solicitar ambulancia o asistencia inmediata en casos críticos.

e) ¿Un dolor de muela es una urgencia?

Un dolor de muela no siempre se considera una urgencia médica, pero puede llegar a serlo dependiendo de su intensidad y de los síntomas asociados. Por ejemplo, si el dolor es muy fuerte, hay inflamación severa, fiebre, infección o dificultad para abrir la boca o tragar, sí puede clasificarse como una urgencia y requiere atención inmediata. En cambio, si se trata de una molestia leve o moderada sin otros signos de alarma, lo más adecuado es acudir a consulta odontológica prioritaria y no necesariamente a un servicio de urgencias.

En el caso de las personas afiliadas al régimen subsidiado, la atención puede darse en hospitales públicos o centros de salud que tengan servicio de urgencias odontológicas o consulta prioritaria. Instituciones como el Hospital de Kennedy, el Hospital de Meissen o el Hospital Simón Bolívar suelen prestar este tipo de servicios. También es posible acudir al centro de atención asignado por la EPS, donde se indicará si el caso debe manejarse como urgencia o mediante una cita odontológica.

f) ¿Dónde puedo acudir en caso de un accidente laboral?

En caso de un accidente laboral, el trabajador debe acudir de inmediato al servicio de urgencias más cercano para recibir atención médica, sin importar la gravedad inicial del evento. Posteriormente, es fundamental informar al empleador, quien debe reportar el accidente a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL). Si el trabajador conoce cuál es su ARL, también puede comunicarse directamente para recibir orientación y ser remitido a una institución de salud autorizada dentro de su red.

Las ARL, como ARL SURA, Positiva ARL, entre otras cuentan con clínicas y centros médicos aliados donde se continúa el tratamiento, seguimiento y rehabilitación del trabajador. En situaciones graves, la prioridad siempre es la atención inmediata en cualquier hospital o clínica, y luego se realiza el proceso administrativo correspondiente con la ARL.

Este sistema busca garantizar que el trabajador reciba atención oportuna y que los costos derivados del accidente sean cubiertos según la normativa de riesgos laborales.

6. OTROS TEMAS FRECUENTES

a)¿Cómo pido mi historia clínica por la EPS?

Solicitar la historia clínica es un derecho del paciente y se puede hacer a través de la EPS o directamente en la IPS donde te atendiste y la puede solicitar directamente el paciente, un representante autorizado (con poder o autorización escrita) o en casos especiales, familiares con soporte legal.

Para solicitarla se puede hacer de manera virtual por página web o presencial y se debe presentar copia del documento de identidad; y en algunos casos, autorización escrita o formato de solicitud (si lo piden). La entrega suele demorar entre 1 y 15 días depende de la IPS o del volumen de solicitudes.

b)¿Cómo realizar un PQR ante la SuperSalud?

Hacer un PQR (Petición, Queja o Reclamo) ante la Superintendencia Nacional de Salud es una forma de exigir que se de respuesta cuando la EPS o la IPS no resuelven una situación relacionada con la salud, cuando niegan algún servicio, cuando hay demoras en los tratamientos, cuando se entregan los medicamentos, entre otros.

Se puede hacer en línea ingresando a la página de la Superintendencia Nacional de Salud, busca la opción “PQRD en línea”, Registrarse o ingresar tus datos, describir el caso claramente, adjuntar soportes (fórmulas, respuestas, citas, etc.) y enviar la solicitud.

Otras formas de radicarlo pueden ser a través de la línea telefónica nacional de la Supersalud, en las Oficinas físicas en algunas ciudades o los canales de atención al ciudadano y la respuesta puede demorar entre 15 y 30 días hábiles.

c)¿Cómo saber el puntaje en el SISBEN?

El Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBÉN) es una herramienta utilizada por el Estado colombiano para clasificar a la población según sus condiciones socioeconómicas. Su principal objetivo es identificar a las personas y hogares que se encuentran en situación de vulnerabilidad, con el fin de facilitar el acceso a programas y subsidios sociales.

El SISBÉN no es un programa que entregue ayudas económicas directamente, sino un sistema de información que permite al gobierno determinar quiénes pueden ser beneficiarios de diferentes apoyos. Para ello, evalúa aspectos como los ingresos del hogar, las condiciones de la vivienda, el acceso a servicios públicos, el nivel educativo y la composición familiar.

Con base en esta información, las personas son clasificadas en diferentes grupos: el grupo A corresponde a población en pobreza extrema, el grupo B a pobreza moderada, el grupo C a población en condición de vulnerabilidad y el grupo D a personas que no se consideran vulnerables.

Esta clasificación es fundamental porque permite acceder a distintos programas sociales, como el régimen subsidiado de salud a través de las EPS, subsidios de vivienda y otros beneficios otorgados por el Estado.

Para saber el puntaje del SISBÉN, se puede consultar en línea o en puntos de atención:

Consulta en línea: ingresar al portal oficial del SISBÉN, buscar la opción “Consulta tu grupo SISBÉN”, ingresar tipo y número de documento

- Grupo A: pobreza extrema (más subsidios)
- Grupo B: pobreza moderada
- Grupo C: condiciones menos vulnerables
- Grupo D: no vulnerable

d); Dónde me puedo vacunar?

La vacunación en Colombia hace parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), una estrategia del sistema de salud orientada a prevenir enfermedades a lo largo del curso de vida.

En el Distrito, la Secretaría Distrital de Salud, en articulación con las EPS, coordina puntos permanentes y jornadas de vacunación donde la población puede acceder de manera gratuita a las vacunas incluidas en el esquema nacional, de acuerdo con la edad, condiciones de salud y factores de riesgo.

Las vacunas se aplican en:

- Hospitales y clínicas de la red pública y privada.
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
- Puntos de atención de las Subredes Integradas de Servicios de Salud.
- Jornadas extramurales y campañas masivas organizadas por la Secretaría Distrital de Salud.

En población adulta, las principales vacunas incluidas son:

- **Influenza (gripe):** Recomendada especialmente para personas mayores de 60 años y quienes tienen enfermedades crónicas.
- **Tétano y difteria (Td o Tdap):** Refuerzos periódicos según el esquema de vacunación.
- **Hepatitis B:** Para personas que no han completado el esquema.
- **Fiebre amarilla:** Indicada para viajeros o residentes en zonas de riesgo.
- **COVID-19:** Refuerzos según lineamientos vigentes.
- **Neumococo:** Dirigida principalmente a adultos mayores o personas con condiciones de riesgo.

Se recomienda acercarse al punto de vacunación más cercano con el documento de identidad y, si se dispone de él, el carné de vacunación, para verificar el esquema y recibir las dosis correspondientes.

e)¿Dónde puedo tomarme pruebas rápidas sin tener que pagar?

Las pruebas rápidas para la detección de infecciones como VIH, sífilis y hepatitis son exámenes de tamizaje que permiten identificar de manera temprana la posible presencia de estas infecciones. Se denominan “rápidas” porque sus resultados pueden obtenerse en pocos minutos u horas, a diferencia de otras pruebas de laboratorio que requieren más tiempo.

Estas pruebas generalmente se realizan mediante una muestra de sangre (por punción en el dedo o muestra venosa) y funcionan detectando anticuerpos o antígenos específicos. Por ejemplo, en el caso del VIH se identifican anticuerpos contra el virus; en sífilis, anticuerpos contra la bacteria causante; y en hepatitis B o C, marcadores virales o anticuerpos relacionados.

En el Distrito, estas pruebas hacen parte de las estrategias de salud pública para la prevención y detección temprana de infecciones de transmisión sexual. Por ello, la Secretaría Distrital de Salud, en articulación con las EPS e IPS de la red pública y privada, ofrece el acceso a estas pruebas de manera gratuita para la población que las requiera.

Se pueden realizar en:

- Centros de salud e IPS de la red pública.
- Hospitales de las Subredes Integradas de Servicios de Salud.
- Jornadas extramurales y campañas comunitarias en diferentes localidades.
- Programas de atención diferencial dirigidos a poblaciones clave o en mayor riesgo.

Proceso de atención:

- Solicitud voluntaria de la prueba.
- Asesoría previa (consejería).
- Toma de la muestra.
- Entrega de resultados en corto tiempo.

En caso de obtener un resultado reactivo, se realizan pruebas confirmatorias y se activa la ruta de atención en salud para garantizar el diagnóstico definitivo, el inicio del tratamiento y el seguimiento correspondiente dentro del sistema de salud.