



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**


**PASTO SALUD E.S.E**

**NIT.900091143-9**

**PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE  
PACIENTES EN SITUACION DE  
VULNERABILIDAD Y POBLACION  
CON CARACTERISTICAS  
PARTICULARES**

**VERSION 6.0**

**SAN JUAN DE PASTO  
2018**

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT. 900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	2


# PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES

Actualizado por:

**JANETH NARVAEZ FIGUEROA**  
Enfermera

San Juan de Pasto

2018

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT. 900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	3

## CONTENIDO

PAG

RESOLUCION No 140 DEL 19 DE ABRIL DE 2018	
CONTROL DE CAMBIOS	
JUSTIFICACION	
2. OBJETIVOS	
2.1 OBJETIVO GENERAL	
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	
3. ALCANCE	
4. IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS POBLACIONALES ESPECÍFICOS DESPROTEGIDOS DEL SGSSS y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES	
5. ACCIONES PARA LA ATENCION DE USUARIOS DESPROTEGIDOS.	
6. DEFINICIONES/ABREVIATURAS	
BIBLIOGRAFIA	



FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	4

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT.900091143-9</small>	RESOLUCIONES			
	VERSION	PROCESO / PROCEDIMIENTO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DOCUMENTAL	GD	058

**RESOLUCIÓN No. 140**  
 (19 de abril de 2018)

*Por medio de la cual se modifica la Resolución 2998 del 20 de diciembre de 2011 expedida por la Gerencia de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.*

*La Gerente de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, en uso de sus atribuciones legales y en especial a las conferidas por el acuerdo 004 del 12 de Febrero del 2006 del Concejo Municipal<sup>1</sup> y el Decreto 530 del 30 de septiembre de 2016 de la Alcaldía Municipal<sup>2</sup>, y*

**CONSIDERANDO:**

Que mediante la ley 87 de 1993 se establecen las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado.

Que mediante Decreto 2145 de 1999 se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones.

Que mediante Ley 872 de 2001 se crea el Sistema de Gestión de Calidad como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y desarrollo de tales entidades.

Que mediante el Decreto 1599 de 2005 se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

Que mediante resolución interna No. 0673 del 2 de octubre de 2006, la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE adoptó el Modelo Estándar de Control Interno y la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. Dentro del MECI se considera el componente de información, se incluye la gestión documental y control de documentos.

Que mediante decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, se modificó el decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.

"Que el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 establece que se deben integrar los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y este Sistema único se debe articular con el Sistema de Control Interno; en este sentido el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG surge como el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación"<sup>3</sup>.

Que el Modelo Integrado de Planeación y Gestión define la política de gestión documental como un conjunto de "acciones en materia de gestión documental, guiadas por directrices e instrumentos estratégicos, que comprenden entre otros aspectos, la formulación de la política archivística, la planeación estratégica de la gestión documental y la administración de archivos, el control, la evaluación y seguimiento, en la definición y articulación de los lineamientos e instrumentos en esta materia"<sup>4</sup>.

Que es indispensable actualizar, definir y adoptar al interior de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE los lineamientos básicos para la normalización y estandarización

<sup>1</sup> Por medio del cual se crea la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE

<sup>2</sup> Por medio del cual se posesiona el Gerente de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.

<sup>3</sup> CONSEJO PARA LA GESTIÓN Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL. Manual Operativo Sistema de Gestión MIPG: conceptos generales MIPG. Bogotá, 2017. 7 p.

<sup>4</sup> CONSEJO PARA LA GESTIÓN Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL. Manual Operativo Sistema de Gestión MIPG: política de gestión documental. Bogotá, 2017. 68 p.



FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	5

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E		RESOLUCIONES			
VERSION	PROCESO / PROCEDIMIENTO	CODIGO	NUM		
6.0	GESTION DOCUMENTAL	GD	058		

de la documentación generada, a través de la aplicación de disposiciones a la información y elaboración documental. Estos lineamientos pueden consolidarse en una guía.

En mérito de lo anterior,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Modificar la Resolución 2998 del 20 de diciembre de 2011 por medio de la cual se aprobó y adoptó el Manual de Estandarización Documental versión 1.0 de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE\*

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Aprobar y adoptar el Manual, que en adelante se llamará Protocolo de Estandarización Documental de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE versión 6.0, el cual se anexa a la presente resolución y forma parte consecutiva de la misma.

**ARTÍCULO TERCERO.-** Aprobar y actualizar a versión 6.0 todos los documentos que se hayan generado a partir del 03 de abril de 2018 y que se formalizan con la ejecutoria de esta resolución.


**ARTÍCULO CUARTO.-** El protocolo de Estandarización Documental Versión 6.0, y los listados maestros en medio físico original estarán archivados en la Oficina Asesora de Planeación y copias físicas y/o magnéticas de los mismos deberán estar disponibles como medio de consulta en todas las jefaturas de área y/o dependencia.

**ARTÍCULO QUINTO.-** Las revisiones, modificaciones y actualización al protocolo de Estandarización Documental y a los listados maestros solo podrán ser adoptadas previa revisión y análisis de las circunstancias que lo justifiquen, el soporte de la información requerida y la presentación a Gerencia estará a cargo de la Oficina Asesora de Planeación.

**ARTÍCULO SEXTO.-** La presente resolución rige a partir de su fecha de expedición.


**COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CÚMPLASE.**

Dada en San Juan de Pasto, a los diecinueve (19) días del mes de abril del año dos mil dieciocho (2018).

  
**ANA BELÉN ARTEAGA TORRES**  
 Gerente.

Proyectó: *Edgardo Romo Genoy, profesional universitario Planeación.*  
*Milton Moncayo Riascos, profesional universitario Planeación.*


Revisó: *Carlos Arturo Cueffar de los Ríos, Jefe Oficina Asesora Jurídica.*

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	6

## CONTROL DE CAMBIOS

- E:** Elaboración del Documento  
**M:** Modificación del Documento  
**X:** Eliminación del Documento

VERSIÓN	CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO	INFORMACIÓN DE CAMBIOS					ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCIÓN
		E	M	X	ACTIVIDADES O JUSTIFICACIÓN	ELABORÓ /ACTUALIZÓ	
6.0	Elaboración del protocolo para la atención de pacientes en situación de vulnerabilidad y población con características particulares	X			Se actualiza protocolo por cambio de imagen institucional y actualización del documento a versión 6.0	Janeth Angélica Narváez Figueroa- Enfermera	Resolución 140 del 19 de Abril de 2018
1.0	Elaboración del protocolo para la atención de pacientes en situación de vulnerabilidad y población con características particulares	X				Janeth Angelica Narvaez Figueroa- Enfermera Administrativa Red Oriente PASTO SALUD ESE	Resolución No. 384 del 12 de septiembre de 2017

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	7

## INTRODUCCIÓN


La prestación de servicios de salud de pacientes y familias en situación de vulnerabilidad y población con características particulares, requiere de una atención integral y priorizada en los servicios de salud y posterior a la salida o referencia de nuestra Institución a otro nivel se garantice la continuidad de la atención y la conservación y mejora de la calidad de vida.

Frente a la necesidad de realizar una atención priorizada, humanizada y con calidad se crea el protocolo para atención a población en situación de vulnerabilidad como son: población víctima de conflicto armado, población en situación de desplazamiento, población pobre y no afiliada en el Municipio de Pasto, población pobre no afiliada con patología mental, adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF con responsabilidad penal, jóvenes y adultos con procesos penales, privados de la libertad que se encuentran pagando condena en cárceles o con detención domiciliaria, población ROM, Indígenas y Afro, población de la tercera edad (incluye protección en ancianatos), población LGTBI, población en situación de discapacidad y/o con capacidades diferentes, población de calle en situación de abandono.

La equidad en salud es el razonable beneficio que requiere cada individuo para el desarrollo de su potencial de vida con el goce de un bienestar integral, en ausencia de diferencias evitables e injustas (Gómez, 2002), como valor ético inherentemente normativo, a través de la acción sinérgica de todos los sectores involucrados en la determinación social de la salud. De tal manera, la equidad en salud es un imperativo ético para alcanzar la justicia social, la cual es un derecho inalienable de los ciudadanos y un deber del Estado, al ser garante del derecho consagrado en la Constitución (Colombia R. d., Constitución Política de Colombia, 1991).

Con respecto a la población LGTBI La intención del protocolo adoptado por Pasto Salud ESE impulsa a la atención integral con enfoque familiar y comunitario, donde se promueve la atención con calidad y calidez de la población LGTBI; uno de sus retos es la inclusión de la provisión de los servicios de salud integrados e integrales de la población de lesbianas, gais, bisexuales, travestis, transgénero, transexuales e intersexuales, en adelante LGBTI, a partir del reconocimiento que la salud es un derecho, donde prevalece la promoción de salud y prevención de enfermedades, así como los tratamientos específicos en aspectos que se requiera; con énfasis en la población trans debido a que ha sido la más invisibilizada.

De igual manera las personas privadas de la libertad por mandato escrito de autoridad judicial competente, hace parte de un grupo poblacional humano de

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	8


mayor vulnerabilidad de su salud con respecto a la poblacional general, ya que se encuentra en relación especial de sujeción, es decir el Estado o país en que se encuentra, le suprime o merma algunos de sus derechos como la libertad, derechos cívicos y vida familiar habitual. Sin embargo, conserva todos los demás derechos, como el derecho a la vida, a la salud, a la educación, entre otros. Es por eso, que se considera que la calidad de la salud ofrecida a la población privada de la libertad debe tener los mismos estándares de calidad que la ofrecida a la población general.

El aumento de la población privada de la libertad a nivel mundial y las condiciones de vulnerabilidad asociadas a este tipo de población proveniente principalmente de bajos estratos sociales, con barreras en el acceso a servicios de salud, lo que conlleva presentar una mayor afectación en su salud mental y física que el resto de la población; esto asociado a estilos de vida riesgosos como el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol, tabaquismo, conductas sexuales de riesgo, alteraciones nutricionales y además disfunción familiar tanto en sus familias de origen como en las familias actuales (relacionadas con abuso, violencia y escasas capacidades de afrontamiento). Todo esto es la principal razón del aumento del riesgo de enfermedad física o mental. Lo anterior, hace de la población privada de la libertad una población vulnerable que debe tener un alto nivel de cuidados en salud.

De acuerdo a la Resolución 1378 de 28 de abril de 2015 donde por objeto se tiene emitir disposiciones en relación con la salud y protección social de las personas adultas mayores de forma tal que puedan acceder a una atención preferencial, ágil y oportuna en salud, por lo cual se incluye esta población en situación de vulnerabilidad para atención en nuestros servicios de salud. Y como lo manifiesta la circular 001 del 07 de enero de 2014 como Empresa Social del Estado garantizar una atención prioritaria, oportuna, integral y con calidad a la población adulta mayor, de acuerdo con las normas expedidas por el SGSSS, desarrollando todas las acciones relacionadas con las normas y guías de obligatorio cumplimiento y orientar la atención basada en un modelo de Atención Primaria en Salud

Por tal motivo, Pasto Salud ESE comprometida con la salud de la población pretende implementar lo descrito en el presente protocolo ofreciendo atención integral en los servicios de salud en el ámbito penitenciario; todo ello con base en las características biopsicosociales de la personas privadas de la libertad, tendientes a la mejora continua de la calidad de vida y salud física y mental de la población reclusa a cargo del ICBF.



 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT.900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	9


## 1. OBJETIVOS

### 1.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la continuidad de la atención en caso de usuarios y familias en situación de vulnerabilidad y población con características particulares, con el fin de garantizar atención integral en salud gestionando el riesgo individual y la intervención de su núcleo familiar.


### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir grupos y/o población en situación de vulnerabilidad a intervenir
- Establecer rutas de atención a la población en situación de vulnerabilidad en Pasto Salud ESE, con el fin de garantizar atención integral en salud gestionando el riesgo individual y la intervención de su núcleo familiar.
- Dar a conocer el protocolo de población en situación de vulnerabilidad a personal asistencial y administrativo de Pasto Salud ESE.
- Definir acciones de coordinación interinstitucional que fortalezcan la continuidad de la atención en salud de pacientes en situación de vulnerabilidad y población con características particulares.
- Incorporar las estrategias de abordaje que permitan generar condiciones de seguridad libres de estigma y discriminación, de acuerdo a las necesidades de las personas LGBTI y población en situación de discapacidad.
- Facilitar la accesibilidad a los servicios de salud a la población privada de la libertad a cargo del ICBF y población como responsabilidad penal.
- Hacer seguimiento a la aplicabilidad del protocolo de población en situación de vulnerabilidad y usuarios con características particulares.


 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT. 900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	10

## 2. ALCANCE

Aplica a todo el Equipo de salud de Pasto Salud ESE y el personal de apoyo que tenga contacto directo con los pacientes de los grupos poblacionales específicos en situación de vulnerabilidad y población con características particulares.

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT. 900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	11

### 3. MARCO LEGAL

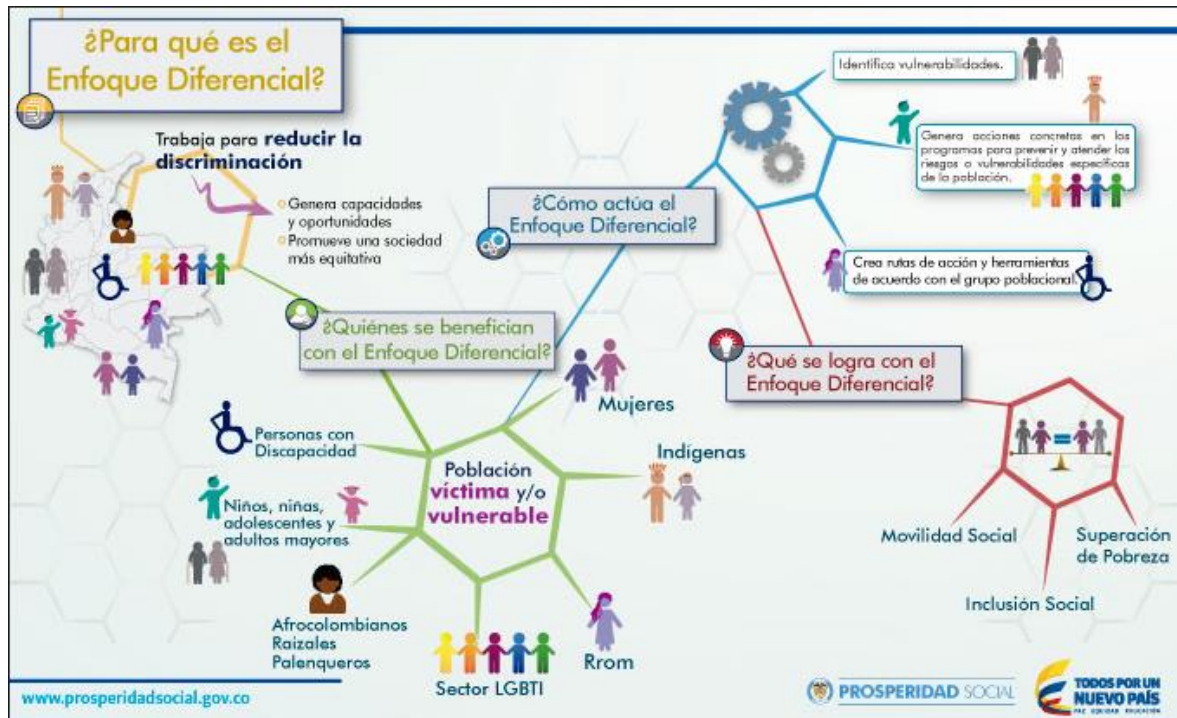
	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	12

#### **4. IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS POBLACIONALES ESPECÍFICOS EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y/O CON CARACTERÍSTICAS PARTICULARES.**


Pasto salud ESE trabaja en la implementación del protocolo para atención a población en situación de vulnerabilidad y población con características particulares, donde se incluyen:

1. Población víctima de conflicto armado
2. Población en situación de desplazamiento
3. Población pobre y no afiliada en el Municipio de Pasto
4. Población pobre no afiliada con patología mental.
5. Adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF con responsabilidad penal.
6. Jóvenes y adultos con procesos penales, privados de la libertad que se encuentran pagando condena en cárceles o con detención domiciliaria.
7. Población ROM, Indígenas y Afro.
8. Adulto Mayor, Población de la tercera edad (incluye protección en ancianatos)
9. Población LGTBI
10. Población en situación de discapacidad y/o con capacidades diferentes.
11. Población de calle en situación de abandono.

## 5. RUTA DE ATENCION POBLACION VULNERABLE





	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	14

## **6. PROTOCOLO DE ATENCION PARA USUARIOS VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO**

Cabe mencionar algunos apartes de la ley de víctimas de conflicto armado ley 1448 del 10 de junio de 2011 a tener en cuenta y que incluye al sector salud.

LEY 1448 DE 2011(junio 10)


“Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”.

ARTÍCULO 1°. OBJETO. tiene por objeto establecer un conjunto de medidas judiciales, administrativas, sociales y económicas, individuales y colectivas, en beneficio de las víctimas de las violaciones contempladas en el artículo 3° de la presente ley, dentro de un marco de justicia transicional, que posibiliten hacer efectivo el goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación con garantía de no repetición, de modo que se reconozca su condición de víctimas y se dignifique a través de la materialización de sus derechos constitucionales.

ARTÍCULO 3°. VÍCTIMAS. Se consideran víctimas, para los efectos de esta ley, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno.

También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente.

De la misma forma, se consideran víctimas las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	15

La condición de víctima se adquiere con independencia de que se individualice, aprehenda, procese o condene al autor de la conducta punible y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima.

Parágrafo 1°. Cuando los miembros de la Fuerza Pública sean víctimas en los términos del presente artículo, su reparación económica corresponderá por todo concepto a la que tengan derecho de acuerdo al régimen especial que les sea aplicable.

De la misma forma, tendrán derecho a las medidas de satisfacción y garantías de no repetición señaladas en la presente ley.


Parágrafo 2°. Los miembros de los grupos armados organizados al margen de la ley no serán considerados víctimas, salvo en los casos en los que los niños, niñas o adolescentes hubieren sido desvinculados del grupo armado organizado al margen de la ley siendo menores de edad.

Para los efectos de la presente ley, el o la cónyuge, compañero o compañera permanente, o los parientes de los miembros de grupos armados organizados al margen de la ley serán considerados como víctimas directas por el daño sufrido en sus derechos en los términos del presente artículo, pero no como víctimas indirectas por el daño sufrido por los miembros de dichos grupos.

Parágrafo 3°. Para los efectos de la definición contenida en el presente artículo, no serán considerados como víctimas quienes hayan sufrido un daño en sus derechos como consecuencia de actos de delincuencia común.

Parágrafo 4°. Las personas que hayan sido víctimas por hechos ocurridos antes del 1° de enero de 1985 tienen derecho a la verdad, medidas de reparación simbólica y a las garantías de no repetición previstas en la presente ley, como parte del conglomerado social y sin necesidad de que sean individualizadas.

Parágrafo 5°. La definición de víctima contemplada en el presente artículo, en ningún caso podrá interpretarse o presumir reconocimiento alguno de carácter político sobre los grupos terroristas y/o armados ilegales, que hayan ocasionado el daño al que se refiere como hecho victimizante la presente ley, en el marco del derecho internacional humanitario y de los derechos humanos, de manera particular de lo establecido por el artículo tercero (3°) común a los Convenios de Ginebra de 1949. El ejercicio de las competencias y funciones que le

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT.900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	16

corresponden en virtud de la Constitución, la ley y los reglamentos a las fuerzas armadas de combatir otros actores criminales, no se afectará en absoluto por las disposiciones contenidas en la presente ley.

## CAPÍTULO II

**ARTÍCULO 28. DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS.** Las víctimas de las violaciones contempladas en el artículo 3° de la presente ley, tendrán entre otros, los siguientes derechos en el marco de la normatividad vigente:

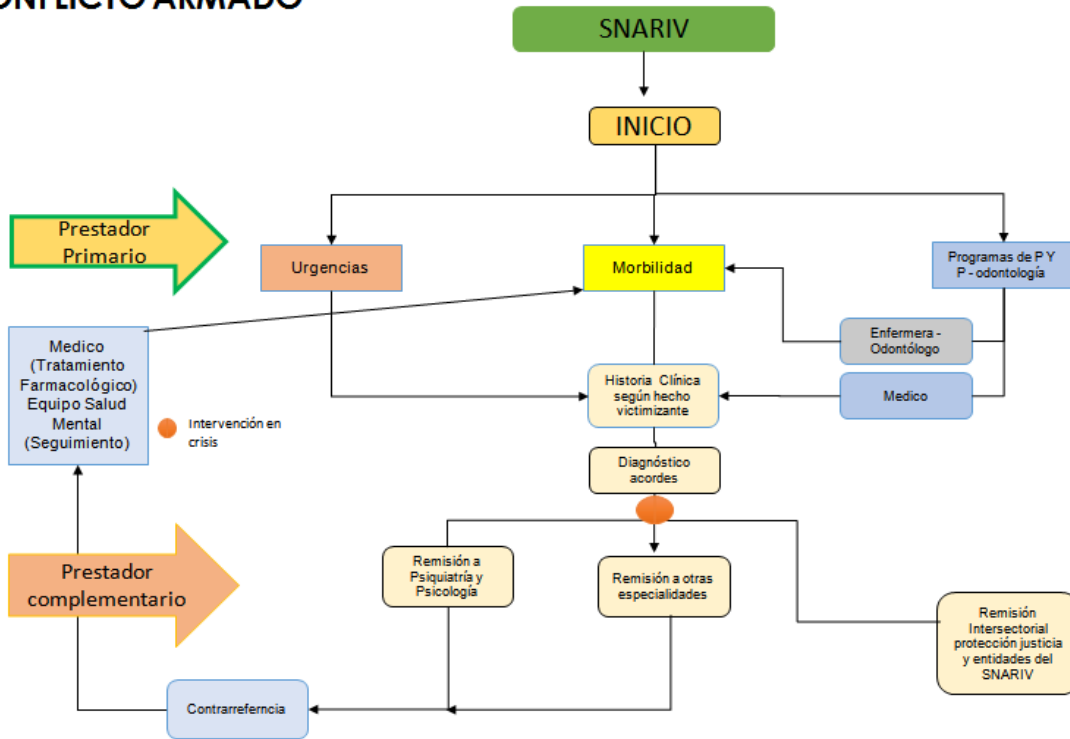
1. Derecho a la verdad, justicia y reparación.
2. Derecho a acudir a escenarios de diálogo institucional y comunitario.
3. Derecho a ser beneficiario de las acciones afirmativas adelantadas por el Estado para proteger y garantizar el derecho a la vida en condiciones de dignidad.
4. Derecho a solicitar y recibir atención humanitaria.
5. Derecho a participar en la formulación, implementación y seguimiento de la política pública de prevención, atención y reparación integral.
6. Derecho a que la política pública de que trata la presente ley, tenga enfoque diferencial.
7. Derecho a la reunificación familiar cuando por razón de su tipo de victimización se haya dividido el núcleo familiar.
8. Derecho a retornar a su lugar de origen o reubicarse en condiciones de voluntariedad, seguridad y dignidad, en el marco de la política de seguridad nacional.
9. Derecho a la restitución de la tierra si hubiere sido despojado de ella, en los términos establecidos en la presente ley.
10. Derecho a la información sobre las rutas y los medios de acceso a las medidas que se establecen en la presente ley.

11. Derecho a conocer el estado de procesos judiciales y administrativos que se estén adelantando, en los que tengan un interés como parte o intervinientes.

12. Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia.

## 6.1 FLUJOGRAMA DE ATENCION

### CONFLICTO ARMADO




## 6.2 RUTA DE ATENCION PROTOCOLO VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO

PROCESO	NUM ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FUENTE
ACCESO	1	VERIFICACION DE DERECHOS: si el usuario no se encuentra afiliado a sistema de seguridad social se tramitara con la oficina de SISBEN la afiliación temporal hasta la afiliación con alguna IPS	Oficina de atención al usuario de cada IPS	Módulo de asignación de citas

PROCESO	NUM ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FUENTE
REGISTRO	1	Se procederá a realizar ingreso en base de datos y caracterización del usuario	Oficina de atención al usuario	Módulo de asignación de citas
	2	se asignara cita medica	Oficina de atención al usuario	Módulo de asignación de citas
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO	1	identificación de necesidades( apoyo psicológico, espiritual, culturales, vinculación a programas de promoción y prevención)	medico	Historia clínica
PLANEACION DE LA ATENCION Y EJECUCION DE TRATAMIENTO	1	Valoración médica, activación de rutas, definir conducta, ordenar tratamiento farmacológico, paraclínicos y ayudas diagnósticas, remisiones a sicología, programas de promoción y prevención y especialidades de acuerdo al caso presentado REALIZAR PLAN DE ATENCION	medico	Historia clínica
	2	VALORACION SICOLOGICA Ingreso a base PAPSIVI, definir plan terapéutico	Sicología	Base PAPSIVI, historia clínica
	3	Reporte a enfermería para y garantizar enlace con los diferentes sectores de acuerdo a la necesidad evidenciada	sicología	Base PAPSIVI, historia clínica
	4	Inscripción a programas de promoción y prevención, planificación familiar, asesoría pruebas de VIH, programación de	Enfermería	Historia clínica



	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	19

PROCESO	NUM ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FUENTE
TRATAMIENTO		seguimientos según el caso lo amerite (a los 15 días, al mes, a los 3 meses, 6 meses),		
	5	Indagar datos de grupo familiar, con el fin de incluir a programas de promoción y prevención, garantizar valoración médica y por psicología	Enfermería	Historia clínica
SALIDA Y SEGUIMIENTO	1	Reporte a EPS	Enfermería	Base PAPSIVI
	2	Seguimiento a la asistencia de citas programadas y plan terapéutico del usuario y su núcleo familiar	Enfermería	Base PAPSIVI
	3	Seguimiento a la asistencia de citas con especialidades y autorizaciones de atención es con las EPS	Enfermería	Historia clínica

- El protocolo aplica para atención ambulatoria y atención de urgencias y para las 22 IPS y 4 Unidades móviles de PASTO SALUD ESE

Los usuarios que se identifiquen como víctimas de conflicto armado tendrán atención preferencial y valoraciones urgentes y/o prioritarias según se clasifique.


#### HISTORIA CLINICA MÉDICA

- MOTIVO DE CONSULTA: “palabras del paciente VCA”.
- ENFERMEDAD ACTUAL: descripción detallada de las condiciones en que se produjo **CON RELACION AL** hecho victimizante, repercusiones físicas y psicológicas. La frecuencia y severidad del mismo.

**SI EL USUARIO NO DESEA ATENCION POR HECHI VICTIMIZANDE DEJAR REGISTRO EN HISTORIA CLINICA Y CONTINUAR CON ATENCION**

- ANAMNESIS.

Descripción de los signos y síntomas que el paciente presenta en torno a la enfermedad desencadenada después de enfrentar el hecho victimizante.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	20

## HECHOS VICTIMIZANTES;

- Homicidio
- Desaparición forzada
- Tortura, tratos crueles o degradantes
- Secuestro
- Delitos contra la libertad e integridad sexual y reproductiva.
- Reclutamiento ilegal de menores.
- Lesiones que causaron incapacidad
- Desplazamiento forzado.
- MAP- MUSE- AEI
- AMENAZA
- ACTO TERRORISTA
- ABANDONO Y DESPOJO DE TIERRA

## COMO INTERVENIR TRANSTORNOS DEPRESIVOS, PSICÓTICOS Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO


**Descripción breve y clara del evento** que desencadena la sintomatología: tristeza, pérdida de interés por actividades, alteraciones del sueño, de la alimentación, miedo excesivo, temores, sensación de amenaza, ideas delirantes, alucinaciones, ideas incoherentes y alteración del comportamiento.

- **INTENTOS DE SUICIDIO**
  - **Descripción breve y clara del evento** que desencadena la sintomatología: depresión, sensación de culpa, ideas de muerte y conductas suicidas como tal.
  - Se debe describir las condiciones en que se produjo el intento, las repercusiones físicas y psicológicas del mismo.
  - Es importante tener en cuenta las etapas de la conducta suicida que son: Ideación, planeación, evento detonante, episodios previos.
- **CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Identificar las adicciones a alcohol u otras sustancias psicoactivas: indagar sobre signos, síntomas, edad de inicio, tipo de sustancia(s), frecuencia del consumo, tratamientos previos si ha recibido

- **VIOLENCIAS (SEXUAL Y VIOLENCIA DE GENERO)**

Descripción breve y clara del evento de violencia en el marco del conflicto de armado. Es importante determinar:

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	21

- El tiempo transcurrido del hecho.
- Repercusiones físicas y psicológicas del maltrato.
- Frecuencia y severidad de violencia.

#### ANTECEDENTES PERSONALES

- Patológicos, Quirúrgicos, Tóxico-alérgicos, GO.
- Hábitos nutricionales, del sueño y sexualidad.
- Factores de riesgo.
- Consumo sustancias psicoactivas

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

- Factores de riesgo.
- Otros.

#### EXAMEN FISICO


- Medidas antropométricas.
- Signos vitales completos.
- Examen físico completo.
- Examen detallado y descripción minuciosa de órganos afectados o lesiones producidas.

#### EXAMEN MENTAL

- Apariencia a su llegada.
- Atención.
- Orientación.
- Conciencia.
- Lenguaje.
- Estado afectivo.
- Memoria.
- Pensamiento.

#### DIAGNOSTICO

- Víctima de conflicto armado.
- Sospecha de abuso sexual.
- Sospecha maltrato físico, psicológico.
- Depresión, conducta suicida.
- Problemática de consumo de SPA.

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT. 900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	22

## TRATAMIENTO

Conducta teniendo en cuenta la enfermedad actual del paciente

- **ANSIEDAD Y DEPRESION**

- ✓ Primeros auxilios psicológicos.
- ✓ Manejo farmacológico.
- ✓ Efectos terapéuticos de medicamentos.
- ✓ Otras actividades ( ejercicio, entretenimiento, actividades sociales...)
- ✓ Remisión psicología y/o psiquiatría.
- ✓ Seguimiento.

- **CONSUMO SPA**

- ✓ Terapia farmacológica
- ✓ Terapia no farmacológica (educación de afectación mental).
- ✓ Remisión a psicología o psiquiatría.
- ✓ Seguimiento

- **CONDUCTA SUICIDA**

- ✓ Determinar nivel de riesgo.
- ✓ Primeros auxilios psicológicos.
- ✓ Tratamiento farmacológico.
- ✓ Énfasis en fortalezas.
- ✓ Remisión a psicología o psiquiatría.
- ✓ Seguimiento

- **VIOLENCIAS**


- ✓ Primeros auxilios psicológicos.
- ✓ Tratamiento farmacológico.
- ✓ Remisión del agresor a EPS.
- ✓ Notificación SIVIGILA.
- ✓ Remisión Intersectorial.
- ✓ Orientación al paciente en rutas de atención.
- ✓ Remisión a psicología o psiquiatría.
- ✓ Seguimiento

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT.900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	23

## **7. PROTOCOLO DE ATENCION POBLACIÓN POBRE Y NO AFILIADA EN EL MUNICIPIO DE PASTO**

- a. En el momento de indagar y actualizar datos de identificación y verificación de derechos en la fase de Acceso del continuo de atención y en los diferentes servicios de Salud que presta Pasto Salud como consulta ambulatoria y consulta en el servicio de urgencias se puede identificar a los usuarios No afiliados al SGSSS (clasificarían en esta condición los habitantes de la calle, personas inconscientes, NN, pacientes con trastornos mentales, sin documentación, extranjeros, víctimas del conflicto armado, menores de 5 años, madres gestantes, adultos mayores) indagar y actualizar los datos de identificación.
- b. Verificar cuando sea posible en bases de datos el estado de afiliación primero con base de datos en línea de las ERP, segundo con base de datos en la página web del Fosyga y/o ADRES, tercero base de datos entregada por la respectiva ERP, incluida la plataforma Vivanto de población víctima del conflicto armado si el paciente está o no afiliado al Sistema General de seguridad Social en Salud.
- c. Si el paciente no está afiliado se procede a gestionar afiliación ante la secretaria Municipal en la oficina de Sisben, donde se procederá a asignar un código para la atención del paciente, el cual tendrá una duración de 30 días, mientras se gestiona la afiliación definitiva del paciente al SGSSS, en los casos donde no se tenga afiliación o requiere una atención de urgencias, se procederá a garantizar la atención y al día siguiente se realizara el trámite administrativo de afiliación al SGSSS.
- d. Una vez el paciente termine su atención en el servicio de salud debe remitirse a la secretaria de Bienestar Social para garantizar si el paciente lo requiere estadía en un albergue y alimentación.
- e. Establecer comunicación con la entidad territorial, ICBF, familias en acción entre otros para garantizar la continuidad de la atención y la atención diferencial a estas poblaciones incluido las víctimas del conflicto armado, adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF, población de la tercera edad (incluye protección en ancianatos), pacientes en establecimientos psiquiátricos.
- f. Realizar seguimiento a casos especiales atendidos por medio de estrategias de comunicación Interinstitucional
- g. Establecer acciones de mejora frente a brechas encontradas.



	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	24

## **8. PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LA POBLACIÓN LGBTI”**

### **8.1 MARCO LEGAL**

En 1991 la nueva constitución incluye una serie de provisiones de especial interés para la comunidad LGTB, como el derecho a la igualdad, el principio constitucional del pluralismo y el derecho al libre desarrollo de la personalidad.

En 2000 el Congreso establece en el Código Penal una norma que agrava la pena cuando se verifique que el delito fue motivado por la orientación sexual de la víctima.


En 2001 La Sala civil de la Corte Suprema de Justicia, reconoce por primera vez el derecho de visita íntima de una pareja del mismo sexo en una cárcel. Más tarde en el 2003 la Corte Constitucional reconoce este mismo derecho haciéndolo extensivo a todas las parejas del mismo sexo.

En el 2007 se transmitió un proyecto de ley en el Congreso que buscaba reconocer los derechos patrimoniales de las parejas del mismo sexo que, tras ser aprobado en Cámara de Representantes, se hundió en la fase final de conciliación en el Senado. El proyecto fue impulsado por el Polo Democrático Alternativo, el Partido Liberal Colombiano y algunos sectores de la bancada Uribista o de gobierno, y eran opuestos a él el Partido Conservador Colombiano (que también hace parte de la coalición de gobierno), el movimiento MIRA y algunos sectores de la misma bancada uribista.<sup>2</sup>

El 4 de octubre de 2007 la Corte Constitucional estableció que las parejas del mismo sexo que en Colombia lleven un mínimo dos años de convivencia de hecho, podrán afiliarse conjuntamente al sistema de seguridad social en salud.<sup>3</sup> Con el fallo, ahora estas parejas podrán afiliarse a su compañero o compañera al sistema público de salud, con sólo presentar una declaración notarial de unión marital de hecho de mínimo dos años.

A partir del último fallo de la Corte Constitucional del 17 de abril de 2008, las parejas en unión marital de hecho de lesbianas y de gays pueden acceder a la pensión de sobreviviente, tal como sucede con las parejas heterosexuales.

De acuerdo con la norma, para que el compañero sobreviviente sea quien reciba la pensión, la pareja debió haber convivido, de manera permanente, singular e ininterrumpida, durante cinco años, antes de la muerte del pensionado. Es decir, que la unión debió mantenerse de manera continua durante cinco años y con una sola persona. Las separaciones temporales por trabajo, estudio o viaje no disuelven la unión.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	25

## 8.2 CONCEPTOS BÁSICOS

**Bisexual:** es una persona que es atraída emocional, afectiva, física y sexualmente tanto por hombres y mujeres. No debe confundirse a bisexuales con población gay, lésbica, trans ni travesti.

**Diversidad Sexual:** son todas las formas de expresión que muestran las diferentes orientaciones sexuales (homosexual, bisexual y heterosexual) y la identidad de género.

**Discriminación por Orientación Sexual:** la discriminación por motivos de preferencia sexual, orientación sexual o identidad de género incluye toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en la orientación sexual o la identidad de género que tenga por objeto o por resultado la anulación o la disminución de la igualdad ante la ley o del reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales. Este tipo de discriminación generalmente se ve agravada por la discriminación basada en otras causas como el género, la raza, la edad, la religión, la discapacidad, el estado de salud y la condición económica.


**Expresión de género:** son las maneras en que una persona se expresa a través de su apariencia física y comportamientos que son socialmente clasificados como “femeninos” o “masculinos”. El sexo biológico y la identidad de género pueden, o no, tener incidencia en la expresión de género de una persona.

**Hombre trans:** término utilizado para referirse a personas cuyo sexo biológico es mujer, pero se identifican como hombre, es decir que su identidad de género es masculina.

**Identidad de género:** define el grado en que cada persona se identifica como hombre, mujer o alguna combinación de ambos (andrógino). Es el marco de referencia interno, descubierto y construido a través del tiempo, que permite a las personas organizar una autoimagen y a comportarse según lo socialmente establecido en relación a la percepción de su propio sexo y género. El sexo biológico puede, o no, tener incidencia en la identidad de género de una persona.

**Gay:** un hombre que es atraído emocional, afectiva, física y sexualmente por otro hombre. No debe confundirse a hombres gais con población trans femenina ni travesti.

**Género:** construcción social compuesta de valores, actitudes, roles, prácticas o características culturales basadas en el sexo biológico, refleja y perpetúa las relaciones de poder entre mujeres y hombres.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	26

**Intersexualidad:** término general usado para una variedad de condiciones por las cuales una persona nace con una anatomía que no parece corresponder a la típica definición de mujer u hombre. Estas personas eran conocidas anteriormente como hermafroditas, término que debe evitarse por ser discriminatorio.

**Lesbiana:** una mujer que es atraída emocional, afectiva, física y sexualmente por otra mujer. No debe confundirse a lesbianas con población trans masculina ni travesti.

**Mujer trans:** término utilizado para referirse a personas cuyo sexo biológico es hombre, pero se identifican como mujer, es decir que su identidad de género es femenina.

**Ooforectomía:** procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción de los ovarios, es posible que algunos hombres trans se hayan sometido a esta intervención.


**Neovagina:** vagina construida en procedimiento quirúrgico que permite el funcionamiento sexual femenino en mujeres trans.

**Orientación sexual:** atracción emocional, afectiva, física y sexual que una persona siente por otra (heterosexual, homosexual [véase lesbiana y gay] y bisexual). Representa una característica personal que es independiente de la identidad y de la expresión de género, por lo tanto, la identidad o expresión de género de una persona no permite hacer inferencias con respecto a la orientación sexual de la misma.

No usar términos como preferencia sexual, inclinación sexual, degeneración sexual, opción sexual y elección sexual, como sinónimos de orientación sexual, pues son imprecisos y discriminatorios.

**Orquidectomía:** procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción de los testículos, es posible que algunas mujeres trans se hayan sometido a esta intervención.

**Rol de género:** conjunto de normas sociales, comportamientos y expectativas preestablecidas relacionadas con las diferentes categorías de identidades sexuales y de género en una determinada cultura y periodo histórico. El comportamiento de una persona puede ser diferente del rol de género tradicionalmente asociado con su sexo asignado al nacimiento o su identidad de género, así como trascender por completo del sistema de roles de género culturalmente establecido.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	27

**Sexo:** la clasificación de personas como hombre o mujer, basada en una combinación de características biológicas como: cromosomas, hormonas, órganos reproductivos internos y genitales.

**Sexualidad:** es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales.

**Sexo asignado al nacimiento (o sexo natal):** el sexo se asigna al nacer como hombre o mujer, basado en la apariencia de los genitales externos, si éstos son ambiguos, se consideran otros componentes tales como órganos reproductivos internos, sexo cromosómico y hormonal, a fin de asignarlo.


**Trans:** adjetivo utilizado en este documento como un término general para referirse a personas cuya identidad o expresión de género no corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo natal.

**Travesti:** es la persona que adoptan de forma transitoria expresiones de género culturalmente asociadas con el sexo opuesto, sin embargo, no necesariamente expresan su identidad de género u orientación sexual. Este término no es sinónimo de transgénero o transexual.

**Transgénero:** es una persona con un sexo natal de hombre o mujer, pero cuya identidad de género corresponde al sexo opuesto. Pueden expresar su identidad a través de las vestimentas, los modales, y otras adecuaciones, para establecer una congruencia física y emocional con la identidad de género que viven como propia.

**Transexual:** es una persona que ha nacido con un sexo biológico de hombre o mujer, pero cuya identidad de género corresponde al sexo opuesto; estas personas se someten a procesos de modificaciones corporales parciales o totales hasta llegar a la reasignación de sexo, para adecuar su cuerpo a la identidad de género que viven como propia.

**Transición:** período durante el cual las personas transgénero o transexuales asumen su identidad de género e inician el proceso de cambio del rol de género y expresión de género, asociadas con el sexo natal, hacia el rol y expresión de género que viven como suyo. La transición puede, o no, incluir feminización o

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	28

masculinización del cuerpo a través de hormonas y otros procedimientos médicos. El inicio, la naturaleza y duración de la transición es variable e individualizada.

### **8.3 ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN EL PROCESO DE ATENCION**


**8.3.1** Trato, identificación, cuidado del lenguaje, manejo de la información y sistemas de información a. Lenguaje verbal y no verbal dirigido a la población LGBTI.

El personal de salud en cuanto a la utilización de lenguaje verbal y no verbal dirigido hacia la población LGBTI, debe seguir los siguientes parámetros:

- La comunicación con personas LGBTI en los servicios de salud, debe realizarse desde los enfoques de derechos humanos, equidad, género y diversidad sexual. La perspectiva de aplicación de estos enfoques es eminentemente laica.
- Se debe utilizar un lenguaje verbal y no verbal inclusivos, cuidado del lenguaje al dirigirse a las personas, que culturalmente existen un sin número de términos que se deben tomar en cuenta, así mismo mostrar una actitud de respeto hacia la orientación sexual, identidad de género y expresión de género de todas las personas que acuden a la búsqueda de servicios de salud, ya que se debe responder a las necesidades específicas en el momento de la atención, sin diferenciación ni prejuicios.
- Tanto la orientación sexual como la identidad de género constituyen elementos íntimos de cada persona, por lo tanto, deben ser respetados bajo el principio de confidencialidad. La divulgación de esta información constituye una falta ética, que tiene repercusiones en el acceso a servicios de salud libres de discriminación.
- Culturalmente existe un sinnúmero de términos peyorativos para referirse a las personas LGBTI, todos ellos constituyen una vulneración de la dignidad de las personas, por lo tanto, estos términos no deben ser usados en ningún momento.
- Las personas LGBTI no requieren una atención preferencial, la atención debe ser la misma que para cualquier otra persona, todo el personal debe tener la misma capacidad de brindar un servicio con calidad y calidez. El personal de vigilancia, archivo, transporte, alimentación, limpieza y otros, institucional y subcontratado, no está exento del cumplimiento de los presentes lineamientos contemplados por el Protocolo adoptado por ESE Pasto Salud.

**8.3.2** Aspectos específicos en la identificación de la población transgénero y transexual:

El personal de salud en cuanto a la realización en la identificación de la población transgénero y transexual debe:

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	29

- En el caso de la atención de mujeres y hombre's transgénero y transexuales, quienes en la mayoría de los casos utilizan nombres conforme a su identidad de género, el personal de salud debe respetar su identificación social sin que esto afecte su identificación legal en la historia clínica.

- Tanto el personal de archivo como el resto del personal que maneja los expedientes clínicos, en primer lugar se debe registrar el nombre de la persona según su Documento Único de Identidad, en el espacio correspondiente al “**nombre**” en el registro clínico y en segundo lugar, agregar “**conocido por**” para registrar el nombre con el cual la persona trans desea que se le llame o identifique, ya sea por el nombre con el cual la persona prefiera o por sus apellidos.

- Debe usarse el “conocido por” en cualquier momento en el que se le llame para ser atendido, así como al referirse a una mujer trans debe hacerse mención a ella como mujer, o si se tratara de un hombre trans deberá referirse hacia él como a un hombre.


- El personal de salud debe ser flexible en estos aspectos con el fin de establecer un vínculo más cercano para proporcionar atención integral en salud con calidad y calidez.

**8.3.3** En la fase de acceso, del continuo de atención en la Oficina de Atención al usuario; manejo de la información, Actualización de datos, verificación de derechos, Call center y/o otorgamiento de citas.

El personal de salud asignado para realizar la verificación de derechos y actualización de datos en las oficinas de atención al usuario debe considerar los siguientes aspectos esenciales en el abordaje y apertura de la historia clínica:

- Atender a las personas con tacto, empatía, respeto, paciencia y calidez.
- Registrar en el espacio del nombre el que aparece en el Documento Único de Identificación y en el de conocido por, el nombre elegido por la persona.
- El personal que realice las preguntas específicas relativas a la orientación sexual e identidad de género, debe hacerlas con una previa explicación de los propósitos de la información obtenida, asegurando el manejo confidencial de la información; así como decidir el momento de solicitar los datos, respetando si la persona decide no compartir información.



	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	30

- El manejo confidencial de la información relativa a las personas trans debe realizarse de manera confiable, efectiva y disponible para la recuperación de datos estadísticos, de gestión y gerenciales.

#### 8.3.4 Sistemas de información

El personal que maneje los sistemas de información de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, para el registro de los datos deben asegurar que tales sistemas contengan los enfoques de:

- Igualdad y equidad.
- Identidad de género.
- Orientación sexual.
- Nombre de identificación personalizada, es decir respetando el derecho de identificarse según el deseo de la persona, lo que conlleva a que en la historia clínica se escribirá como se ha mencionado con anterioridad en el protocolo de atención, las dos formas de identificación: nombre según Documento Único de Identificación y el nombre de conocido/a por.

#### 8.3.5 Información educación y comunicación (iec) para el abordaje de personas LGBTI.


Para las intervenciones en el área de IEC el personal de salud debe:

- Promover en el desarrollo de las áreas de la información, educación y comunicación; el respeto a la orientación sexual, identidad de género y expresión de género así como a los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos de la población LGBTI y contribuir así a su acceso a la salud y al bienestar.
- Impulsar el enfoque de la determinación social de la salud y de comportamientos protectores y mejorar la calidad de la atención integral en los establecimientos de salud, basados en la necesidad de la población LGBTI y fortalecer la capacidad técnica del personal de salud y de otras instituciones que estén involucradas con la atención integral en salud de esta población.

#### 8.3.6 Consideraciones para el abordaje de la población LGBTI. promoción de estilos de vida saludables

Las acciones de IEC dirigidas para el cambio de comportamiento deben estimular el mantenimiento de las conductas saludables en la población LGBTI y el declive de los comportamientos no deseados por no ser saludables, reforzando la información, conocimientos y actitudes positivas para la prevención de los



	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	31

diferentes problemas de salud a los que pueda estar expuesta la población LGBTI, tomando en cuenta la necesidad y características de cada grupo.

### **Enfoque de las atenciones dirigidas a las audiencias en el curso de vida**

Para el abordaje del enfoque de audiencias, debe tomarse en cuenta que:

- **Audiencia primaria:** está constituida por las personas LGBTI.
- **Audiencia secundaria:** son las personas que influyen directamente en la audiencia primaria (parejas, familia, amistades, compañeros de trabajo y otros).
- **Audiencia terciaria:** integrada por la población que favorece o contribuye con las acciones de la población primaria (la comunidad, ong's, líderes religiosos, personal docente, políticos, entre otros).

El enfoque para las acciones debe ser con base en la tipificación de población LGBTI, tomando en cuenta las características según curso de vida (niñez, adolescencia, juventud, personas adultas y adultas mayores) personas privadas de libertad, población móvil, trabajadores(as) sexuales, personas con discapacidad entre otros.

### **Apoyo y compromiso social**

Se deben crear espacios para favorecer un entorno social de apoyo en los diferentes niveles de atención y en las áreas de responsabilidad, con el fin de implementar o mejorar las acciones dirigidas a la población LGBTI.

### **Participación social en salud**

Se deben impulsar acciones de participación social en salud, intersectorial y comunitaria en la temática de atención integral e inclusión de la población LGBTI.


### **Sostenibilidad**

Para mantener la sostenibilidad de la IEC es necesario la gestión, el monitoreo y la evaluación continua, que garantice la pertinencia de las acciones con la población que se está interviniendo; en específico en la educación permanente.

### **8.3.7 Pasos del proceso de acciones de IEC**

#### **Educación Permanente**

Con el fin de proporcionar un servicio con calidad y calidez, el personal en cualquier ámbito de la atención de la salud deben estar capacitados,

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	32

sensibilizados y ser respetuosos con las personas con orientación sexual, identidad de género y expresiones diversas.

Lo anterior debe establecerse en los planes de educación permanente y los planes de mejora de la atención dirigida a esta población.

Este componente debe ser parte de toda formación y debe ser incluido en las inducciones, capacitaciones y sensibilizaciones que se realicen en todas las instituciones sanitarias.


#### **a. Atención general para la población**

La persona tiene acceso al establecimiento por demanda espontánea o por otras instituciones, pasa por la oficina de atención al usuario en el caso de atención ambulatoria y por el área de triage en el servicio de urgencias donde el recurso humano asignado hace la derivación pertinente. Luego al archivo para solicitud de expediente y una vez tomada las constantes vitales se dirige al consultorio donde recibe la atención. Posteriormente, de ser necesario, se remite a los servicios de apoyo.

#### **b. Atención en los diferentes niveles**

En los diferentes niveles de atención se debe cumplir:

- Asegurar el continuo de la atención de esta población a partir de sus necesidades y requerimientos en diferentes aspectos de la promoción de la salud y estilo de vida saludable, con el enfoque en todo el curso de vida de cada persona, en el contexto de su familia y comunidad.
- Desarrollar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación en todo el curso de la vida de esta población, con la articulación de todos los niveles del sistema.
- Cuando una persona trans requiera ser ingresada a un servicio de hospitalización, deben situar a las mujeres trans en los servicios de mujeres y a los hombres trans en los servicios de hombres, **sensibilizando a los pacientes o usuarios/as sobre no discriminación hacia las personas trans.**
- En situaciones en las cuales se percibe un riesgo a la integridad de la persona trans en los servicios de hospitalización, debe ubicarse en una cama donde se garantice la atención segura.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	33

### **c. Ámbitos prioritarios de atención específica.**

#### **b.1 Salud bucal**

Los profesionales de odontología deben realizar atención odontológica preventiva y curativa a las personas LGBTI y colaborar en su vinculación a la atención en salud, tomando en cuenta que los tratamientos odontológicos realizados en las personas LGBTI son los mismos que aparecen descritos en el modelo de salud oral contratado con las diferentes EPS.

- Realizar consejerías orientadas a la educación y prevención de las enfermedades bucales más frecuentes y al cuidado de la salud bucal de manera general.
- Respetar la identidad de género, utilizar los nombres y pronombres que la persona prefiera, con la terminología adecuada.
- Respetar la orientación sexual de la persona consultante.
- Los hombres trans pueden presentar problemas de xerostomía o boca seca, como efecto colateral del uso de la testosterona, esta queja puede ser más frecuente entre las personas que toman la testosterona en tabletas, ya que se sabe que pueden causar irritación de la mucosa oral. Este grupo de población requiere mantener controles regulares a fin de prevenir y evitar la caries dental.

#### **b.2 Atención integral a todas las formas de violencia**


La población LGBTI, en su curso de vida, continuamente se expone a situaciones de violencia en los ámbitos intrafamiliar y comunitario, por lo que puede suponerse que, además del motivo de consulta, están enfrentando algún tipo de violencia: física, sexual, psicológica, negligencia, abandono, económica y patrimonial, entre otras.

El personal de salud debe aplicar los diferentes tamizajes y realizar la respectiva activación de rutas de acuerdo al motivo de consulta o hallazgos dentro de las diferentes valoraciones.

#### **b.3 Salud mental**

Es de suma importancia crear un entorno seguro, pues la estigmatización social, los prejuicios y la discriminación son fuentes de estrés y pueden generar preocupación por la seguridad personal de la población LGBTI.

Quienes atiendan a la población LGBTI, deben tener un enfoque de empoderamiento en el sentido de promover la autoaceptación de su orientación sexual e identidad y la aceptación de la familia y la comunidad.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	34

El personal de salud debe sensibilizarse y tomar conciencia sobre los propios prejuicios hacia esta población para que no intervengan de manera negativa en la Atención.

- No se debe hacer referencia a las creencias personales acerca de que la orientación sexual no heterosexual, y la identidad y expresión de género distintas al sexo natal, son inadecuadas y deban cambiarse.
- Se debe respetar la manera en que estas personas establecen y mantienen sus relaciones interpersonales.
- Ningún profesional de la salud debe promover, ofrecer o llevar a cabo terapias de reconversión de la orientación sexual e identidad de género, incluso profesionales de salud subcontratados en entidades públicas.


“Cualquier esfuerzo dirigido a cambiar la orientación sexual no heterosexual carece de justificación médica, ya que no se puede considerar como una condición Patológica”. Existe un consenso profesional en que la homosexualidad y bisexualidad representan una variación natural de la sexualidad humana sin ningún efecto intrínsecamente dañino para la salud de la persona o la de sus allegados. En ninguna de sus manifestaciones individuales es un trastorno o enfermedad y por eso no requiere cura. Por esa razón, hace ya varias décadas fue removida de los sistemas de clasificación de enfermedades.

Al igual que con todas las personas, el personal de salud debe descartar la enfermedad psiquiátrica. La depresión es común, se debe preguntar sobre estados de ánimo depresivo persistente, ansiedad, incapacidad de experimentar placer (anhedonia), e ideación suicida, para tratar o referir a las personas con depresión clínica.

Dentro de los problemas que pueden experimentar a causa de la vivencia de la discriminación: lesbofobia, homofobia, bisexfobia, transfobia, sexismo y misoginia, se encuentran: ansiedad, depresión, conflictos de autoaceptación y autoestima, tendencia a consumo de sustancias psicoactivas, tendencia a conductas suicidas, somatizaciones, trastornos de la conducta alimentaria.

Es esencial que los proveedores de salud estén atentos a las manifestaciones de la ideación suicida y evaluar el riesgo indagando acerca de: ideación, uso de sustancias, falta de objetivos, ansiedad, desesperanza, aislamiento, ira, imprudencia y cambios en el estado de ánimo.

Los signos de riesgo agudo de suicidio incluyen: hablar sobre o amenazar con quitarse la vida, buscar formas de cometer el acto (ejemplo: comprar pastillas, un arma, veneno), organizar y ordenar asuntos pendientes, hablar o escribir sobre la

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	35

muerte o sobre quitarse la vida. En presencia de estos signos, las personas deben ser inmediatamente referidas a un servicio de salud mental.


El servicio de salud mental debe estar disponible para el acompañamiento durante el proceso de aceptar públicamente su identidad de género u orientación sexual, para disminuir los riesgos emocionales y sociales de la posible pérdida de familia, amistades y otros espacios como resultado del rechazo. En el caso de las niñas, niños y adolescentes también este acompañamiento debe ampliarse a los familiares responsables.

El personal que labora en atención primaria en salud debe aplicar los lineamientos del modelo de salud mental adoptados por la ESE Pasto Salud donde aplica la Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención.

### **8.3.6.1 Intervenciones diferenciadoras**

Entre las intervenciones diferenciadoras que el personal de salud debe implementar al momento de atender a las personas LGTBI, se encuentran:

- Distinguir entre orientación sexual e identidad de género para brindar una atención efectiva conforme a las necesidades específicas de cada población.
- Explorar la dinámica de las relaciones con la familia de origen de las personas LGBTI, así como con sus relaciones de pareja, lo que facilitará la identificación de riesgos de violencia u otros tipos de agresión a que puedan estar sometidas.
- Indagar sobre la frecuencia e intensidad del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, para hacer derivación específica en la atención de adicciones.
- Fomentar la seguridad, reducir el estrés, fortalecer la autoestima y garantizar el cumplimiento de sus derechos humanos en su entorno familiar y comunitario.
- Empoderar a la persona, su entorno familiar y comunidad para enfrentar el estigma social y discriminación. Desarrollar y potenciar los recursos personales y sociales.
- Resolver el trauma residual a las condiciones de discriminación.
- Disponibilidad o referencia para la atención en salud mental con calidad y calidez, con la utilización de instrumentos de exploración diagnóstica vigentes.
- Debe ponerse atención a las situaciones de violencia que enfrentan las personas LGBTI, con énfasis en las mujeres lesbianas y mujeres trans.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	36


- Asegurar que todo el personal mantenga una actitud neutral, es decir libre de prejuicios.
- La atención especializada debe ser dada por profesionales de la psicología o psiquiatría debidamente sensibilizados con el tema.

### **8.3.6.2 Promoción de la salud mental específicamente en población Trans**

La salud mental es una preocupación importante de salud entre la población trans, ya que experimentan los niveles más bajos de apoyo de la familia y sus pares en comparación con otros segmentos de la población LGBTI. Por lo tanto, una evaluación de salud mental es crucial, con especial énfasis en cómo la persona trans ha enfrentado el estigma social asociado a la no conformidad de género. La ansiedad y la depresión deben distinguirse de otras situaciones de salud mental, por ejemplo, la angustia que la persona trans puede estar manifestando asociada a un conflicto entre su sexo asignado al nacer y su identidad de género, que puede incluir conflictos físicos o referentes a su rol.

Se ha demostrado que el apoyo familiar y entre pares, junto con el orgullo por su propia identidad, pueden reducir el impacto negativo del estigma y la discriminación sobre la salud mental de las personas trans, por lo anterior se debe brindar la información siguiente:

- El apoyo de servicios especializados en prevención de suicidio y los grupos de ayuda de pares comunitarios debe ser buscado de inmediato.
- Debe evaluarse el modo en que la persona trans ha hecho frente a la estigmatización y la discriminación vividas durante el difícil proceso de la declaración voluntaria y pública de su identidad, así como de su proceso de transición.
- Considerar las formas en que el estigma puede manifestarse en la vida de estas personas, incluso si no se plantea como un motivo de consulta.
- Prestar especial atención a si la persona percibía su rol de género como discordante desde la infancia, así como a las estrategias adoptadas para manejar el estigma.
- Investigar sobre síntomas del trastorno de estrés post-traumático, así como otros trastornos de ansiedad a consecuencia de posibles acosos o traumas físicos.
- Considerar los niveles relativos de apoyo que la persona experimenta en su entorno, así como planificar las intervenciones subsecuentes.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	37

### 8.3.6.3 Consumo de sustancias

En toda persona LGBTI que asista a un servicio de atención de la salud se debe explorar sobre los patrones de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, mediante un cuestionario estandarizado. Las preguntas deben hacer referencia a la frecuencia de uso, tipos de sustancias, dosis, vías de administración, las condiciones en las que el uso es más probable que ocurra (por ejemplo, fumar cuando se está en situaciones de estrés), y preguntas relacionados con las experiencias conductuales (por ejemplo, exabruptos, peleas y desmayos). Las preguntas deben ser formuladas en forma discreta y libre de prejuicios y de acuerdo con los lineamientos técnicos para la atención integral de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas.

### 8.3.6.4 Prevención de ITS/VIH

En procesos educativos y atención clínica el personal de salud debe orientar a la población LGBTI en los siguientes aspectos para la reducción de prácticas sexuales desprotegidas:

En cuanto a la práctica de sexo oral:

- Uso correcto del condón masculino para el pene y manta de látex para vulva, vagina y ano.
- Examinar el aspecto del pene y vulva en cuanto a mal olor, presencia de secreciones y lesiones tales como ronchas y llagas, entre otros.


En cuanto a la práctica de sexo penetrativo, vaginal o anal:

- Evitar la penetración vaginal o anal sin condón, además debe recomendarse el uso de lubricante a base de agua cuando se realicen estas prácticas y usar un condón por cada penetración que se realice, incluyendo las prácticas con juguetes sexuales,

En cuanto al consumo de alcohol, drogas y otras sustancias:

- Las consecuencias de las prácticas sexuales bajo la influencia de las drogas
- Alcohol, aumentan el riesgo de contraer una ITS, ya que propician que la persona no utilice condón ni normas de protección y se pierda el control de la situación.



	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	38

- Se deben conocer los factores de riesgo de esta población descritos en los instrumentos técnicos jurídicos relacionados a la prevención y tratamiento de las ITS/VIH del Ministerio de Salud. En cuanto al manejo de las ITS se debe proporcionar la atención de acuerdo con los lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual.

Los temas que se deben abordar durante la consulta o sesión de asesoramiento son:


- Hombres gais, bisexuales y mujeres trans: pene saludable, auto examen testicular, salud anal.
- Mujeres lesbianas, bisexuales y hombres trans: examinar presencia de ronchas y secreciones anormales en el área genital.

Orientaciones para el auto cuidado genital en hombres gais, HSH, bisexuales y mujeres trans:

- Pene saludable: un pene saludable no tiene ronchas, úlceras, secreciones, tumoraciones o masas, cambios de coloración, ni mal olor; la presencia de estos amerita una consulta médica.
- Auto-examen de los testículos: debe ser realizado una vez por mes, durante el baño, la persona debe estar de pie, enjabonarse y palpar cada testículo con ambas manos, se debe observar que el tamaño de cada testículo sea más o menos similar y en caso de encontrarse tumoraciones, verrugas o lesiones consultar al médico.
- Salud anal: para las personas que tienen relaciones anales, realizar cotidianamente la limpieza alrededor y en el exterior del ano con agua tibia, preferiblemente con jabón, antes y después de la práctica sexual. No es recomendable limpiarse con fuerza excesiva ya que puede lacerar la membrana mucosa, por lo que debe hacerse cuidadosamente. Ante la presencia de anomalías consultar al personal médico.

### **Otras intervenciones diferenciadoras para la atención a la población LGBTI**

- Reconocer y respetar sus derechos humanos para el acceso a servicios e información sobre prevención y atención integral del VIH.
- Dar acceso permanente a condones.
- Tratar las ITS y promover las pruebas para su detección.
- Realizar la referencia oportuna a servicios para la atención integral a personas con VIH.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	39

## **Salud sexual y reproductiva**

El personal de salud debe proporcionar atención integral y sin restricciones a toda la población LGBTI, centrada en sus necesidades y particularidades en cuanto a salud sexual y reproductiva de cada grupo poblacional; basada en las normativas y modelos de atención en vigencia. Entre las que se incluyen: planificación familiar, prevención ITS y VIH, salud materna-fetal, prevención y detección de cáncer cérvico uterino y mama y próstata.

### **Atención de mujeres lesbianas, bisexuales y hombres trans**

La salud de mujeres lesbianas, bisexuales y hombres trans es un tema sobre el cual existe escasa información. El motivo subyacente a esta realidad se centra en el hecho de que existe una baja percepción de riesgo ante diversas afecciones como: cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, cáncer de cavidad oral, cáncer de ano o rectal, ITS/VIH, alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas, así como muchas otras situaciones relativas a la salud mental. Todo esto por parte de personal de salud, pero también se evidencia que esta percepción, consecuencia, se ha arraigado en la misma población de mujeres lesbianas, bisexuales y hombres trans; con base a investigaciones, esta población no acude regularmente a consultas de atención integral u oculta su orientación sexual e identidad de género, por temor a cualquier forma de acoso durante sus consultas.

Para la atención integral en SSR en la población de mujeres lesbianas, bisexuales y hombres trans, se deben realizar las siguientes acciones:

### **Prevención de cáncer cérvico-uterino y de mama**


En mujeres lesbianas, bisexuales y hombres trans existe riesgo de enfermedades comunes a todas las mujeres; por lo tanto, se les deben prescribir exámenes de rutina para la prevención del cáncer cérvico-uterino y detección temprana del cáncer de mama, tal como está establecido en los lineamientos técnicos vigentes.

### **Embarazo**

El control prenatal, en caso de embarazo de una mujer lesbiana o bisexual, debe realizarse de acuerdo a lo establecido en los lineamientos técnicos vigentes.

### **Climaterio**

La atención para las mujeres lesbianas y bisexuales, en la etapa de climaterio, no difiere de la proporcionada al resto de mujeres, por lo tanto, debe realizarse como está establecido en la normativa vigente.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	40

#### **d. Atención específica a población Trans**

Los exámenes físicos deben ser con base en la anatomía de la persona, independientemente de su identidad de género. Pero si la persona se identifica como género masculino, diríjase a él como hombre y si se identifica como género femenino diríjase a ella como mujer.

Se deben realizar las siguientes acciones:

##### **Mujeres trans Hombres trans**

Los exámenes de próstata deben realizarse de manera rutinaria independientemente si se han realizado o no una operación de reasignación de sexo, mientras la próstata esté presente.


Deben realizarse los exámenes de rutina de evaluación ginecológica. Brindar las orientaciones para el autocuidado genital.

Examinar secreciones anormales en el área genital, así como prescribir mamografía y citología, cuando así lo amerite.

##### **Atención en salud de personas trans que han experimentado tratamientos previos de hormonización.**

El personal de salud durante la consulta debe realizar:


- Las personas trans que no han utilizado hormonas del otro sexo requieren los mismos criterios para realizar estudios que las personas de su sexo biológico.
- Explorar el uso y antecedentes de ingesta o administración de hormonas, dosis, tipos, frecuencia y efectos.
- A todos los y las pacientes trans que toman hormonas del otro sexo y han tenido o anticipan someterse a gonadectomía, se les debe indicar los estudios correspondientes para la prevención de osteoporosis, de acuerdo con el instrumento técnico jurídico respectivo, aún en edades jóvenes, debido a los efectos desconocidos de la testosterona sobre la densidad ósea. Así mismo orientar en el consumo de una dieta rica en calcio.
- La utilización de hormonas de reemplazo del otro sexo, con o sin gonadectomía, podría ocasionar desequilibrios endócrinos generales, por lo que debe indagar la existencia de enfermedades tiroideas y explorar apropiadamente.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	41

## Atención en salud a Mujeres trans

Acciones a ejecutar durante la consulta a mujeres hormonizadas:

- Monitoree la medición de las constantes vitales.
- Indique mamografía en personas desde los cuarenta años, valorando los factores de riesgo caso por caso.
- Investigue antecedentes familiares de enfermedad coronaria y enfermedad cerebro-vascular.
- Monitoree síntomas cardíacos, especialmente durante los primeros dos años de terapia hormonal.
- Utilice una exploración digital rectal para evaluar la próstata de todas las mujeres trans de acuerdo al instrumento técnico jurídico respectivo.
- Realice inspecciones visuales periódicas en busca de verrugas genitales, erosiones y otras lesiones.
- Indique examen anual de glucosa en ayunas a mujeres trans que actualmente toman estrógenos, especialmente si hay historia familiar de diabetes o un aumento de peso mayor a cinco kilos en los últimos seis meses.
- Indique prueba de tolerancia de la glucosa o hemoglobina glucosilada si hay evidencia de tolerancia a la glucosa disminuida sin diabetes.
- Trate la diabetes de acuerdo a las Guías Clínica de Medicina Interna.
- Considere sugerir la disminución de los estrógenos si la glucosa es difícil de controlar o la paciente no puede perder peso.
- En pacientes con alto riesgo (incluyendo enfermedad coronaria) recomiende la reducción de la dosis de estrógeno y omisión de la progestina del régimen.
- Los exámenes de papanicolaou no son indicados en las neovaginas, por estar recubiertas con epitelio queratinizado y no pueden ser evaluadas con estas pruebas.
- Si se sospecha una ITS, siga los Lineamientos técnicos para el control de las ITS.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	42

- Explorar el riesgo actual o futuro de las mujeres trans en el uso de inyecciones de relleno de tejidos blandos (mamas y glúteos).
- Los riesgos asociados con estos procedimientos incluyen infecciones locales y sistémicas, la formación de émbolos, la formación de granulomas dolorosas o no, y un síndrome inflamatorio sistémico que puede ser fatal.
- En los casos de mujeres trans que presenten complicaciones derivadas de aplicación de inyecciones de relleno de tejidos blandos, en mamas o glúteos, se debe referir al nivel de atención correspondiente de acuerdo a las guías de atención y manual de referencia adoptado por Pasto Salud ESE.

### **Acciones específicas a ejecutar en la atención en salud a mujeres trans:**

Indicar actividad física a personas usuarias de estrógeno, ya que puede ayudar a mantener el tono muscular.


Indicar suplemento de calcio en mujeres trans en etapa preorquidectomía, independientemente del uso de hormonas.

Mantener la terapia estrogénica para la prevención primaria de la osteoporosis.

### **Atención en salud a Hombres trans**

Acciones a ejecutar durante la consulta a hombres trans que han tomado o actualmente toman testosterona:

- Aborde en forma igual que a mujeres trans que toman estrógenos, excepto con respecto a lípidos.
- Realice anualmente perfil de lípidos en ayunas. Si hay hiperlipidemia, evite niveles de testosterona supra fisiológicos. Los regímenes intramusculares diarios o semanales de testosterona son preferibles a una inyección intramuscular (cada dos semanas).
- Evalúe cáncer de mama, examen anual de pared torácica y axilas; indique mamografía al igual que para mujeres (no es necesaria en el caso de reconstrucción de mama, debe considerarse si sólo se ha realizado una reducción).
- Indique, para todo hombre trans con un cérvix, tamizaje de cérvix, según los instrumentos técnicos jurídicos vigentes.
- Evalúe sangrado uterino espontáneo en ausencia de un factor mitigante (dosis

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	43

- de testosterona no aplicadas, dosis excesivas de testosterona que conduce a niveles aumentados de estrógenos, modificaciones de peso, enfermedades tiroideas, entre otros).
- Considere histerectomía en las mujeres post menopáusicas si la fecundidad no es un problema, la persona tiene más de cuarenta años y la salud no será Adversamente afectada por la cirugía. Siga recomendaciones estándar para el estudio de otros cánceres.
- Recomiende ejercicios de estiramiento, énfasis en repeticiones y aumento gradual de carga para evitar la ruptura de tendones al hacer ejercicio para aumentar fuerza.
- Solicite estudios de densidad ósea si el paciente ha tomado testosterona por más de cinco a diez años sin ooforectomía, si es mayor de cincuenta años de edad, o antes si están presentes factores de riesgo adicionales; recomiende suplementos de calcio, de acuerdo con las actuales normativa de prevención de osteoporosis para ayudar a mantener la densidad ósea.

### **Acciones específicas a ejecutar en la atención a hombres trans:**

Hombres trans que actualmente no toman testosterona, revise y trate como a las pacientes no-trans.

Considere examinar de acuerdo a la historia clínica de la persona en búsqueda de síndrome de ovario poliquístico. Se indican estudios para diabetes si el síndrome está presente.


### **Atención en salud a hombres gais, HSH y bisexuales**

La atención a hombres gays y bisexuales no difiere de la atención que se da al resto de la población masculina, por lo que debe regirse con los instrumentos técnicos jurídicos vigentes para la atención de hombres durante el curso de vida. Sin embargo, se deben tomar en cuenta las prácticas sexuales específicas que puede ejercer esta población efectuando la debida exploración, sin presumir alguna de ellas, además la atención debe ser fortalecida con el componente educativo.

### **Atención en salud a personas Intersexuales**

#### **Consideraciones generales**

- La diferenciación sexual de los seres humanos involucra diferentes niveles, en el sentido biológico se puede dividir en genital, gonadal y genético, a estos se les puede agregar los aspectos psicológico y social.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	44

- Las causas para estas discordancias son múltiples y en muchas de ellas aún no se ha determinado la etiología.
- En el aspecto clínico de la intersexualidad hay dos categorías básicas: los usuarios y usuarias cuya ambigüedad genital está acompañada de malformaciones no relacionadas con el aparato genitourinario y que corresponden a síndromes clínicos específicos en los cuales su manejo es dirigido a múltiples órganos, y los pacientes que únicamente tienen una condición intersexual genital.
- La evaluación clínica de las condiciones intersexuales se enfoca en establecer lo más temprano posible su etiología para definir confiablemente el sexo del paciente y tratar oportunamente las complicaciones metabólicas que se presentan en algunos cuadros clínicos.

### **Abordaje en el Primer Nivel de Atención de personas con condición intersexual**


**Prenatal:** se pueden evidenciar alteraciones genitales a través de imágenes por ultrasonografía las cuales deben confirmarse por examen físico al nacimiento o exámenes de laboratorio clínico.

**Perinatal:** la realización de un examen físico completo al nacimiento es extremadamente útil para detectar estados intersexuales.

### **Posnatal:**

- Examen físico completo de los pacientes, independientemente de la edad, con énfasis en el aparato genitourinario. Identificar faltas de fusión del pene, icropene, hipospadia, epispadia, virilización de genitales femeninos, signos de pubertad precoz, testículos hipotróficos, entre otros.
- La realización de pruebas de tamizaje neonatal realizada entre el tercer y séptimo día de nacimiento para detectar riesgo de hiperplasia suprarrenal congénita es parte integral de la atención primaria en el Sistema de Salud.



	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	45

## **9. PROTOCOLO PARA ATENCION E INTERVENCION A POBLACION CON RESPONSABILIDAD PENAL Y POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD**

### **9.1 DEFINICIONES:**

**Altas:** Proceso de ingreso de un interno al sistema penitenciario y carcelario que implica los debidos registros en los sistemas de información del instituto y son realizados en el establecimiento de reclusión que lo recibe.

**Atención Ambulatoria:** Definida en el modelo de atención en salud para la Población Privada de la Libertad PPL.


**Atención Primaria en Salud:** es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la detección temprana de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema Penitenciario en Colombia. Se rige por los principios de universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad (Ley 1438 de 2011).

**Calidad de la atención en salud.** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

**Consulta externa general:** Atención en salud en la cual toda actividad, procedimiento e intervención, se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento y/o mejoramiento de la salud del paciente. En ocasiones se realizan tratamientos que son de tipo ambulatorio. Se restringen en este servicio las actividades de observación para definición de conductas y las que requieran internación.

**Consulta odontológica general y especializada:** Definida en el Modelo de Atención en Salud para la PPL.

**Demanda Inducida:** Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control. Las acciones de

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	46

demanda inducida serán encaminadas a captar la población privada de libertad por grupo de edad, con el fin de garantizar el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.

**Detección Temprana:** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

**Detención domiciliaria:** Privación preventiva de la libertad en el domicilio del Infractor.

**ERON:** Establecimiento(s) de reclusión del orden Nacional. Denominación única y general para referirse a cualquier establecimiento, sin especificar perfil alguno.

**ESE:** Empresa Social del Estado. Denominación con la que se conoce a los Hospitales y Centros de Salud en general, de las Entidades Territoriales. Hospitales departamentales, seccionales, municipales, etc.

**Examen de Ingreso:** Verificación del estado de salud física y mental, a fin de determinar las afecciones con las que ingrese el interno al ERON, para su respectivo direccionamiento a los tratamientos, valoraciones y demás procesos que le sean correspondientes. Todo ello debe guardar registro en la Historia Clínica.

**HC: denominación para hablar de Historia Clínica.**


**ICBF:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

**Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):** Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio Garantía de Calidad en Salud, pueden ser públicas o privadas y se clasifican en niveles de complejidad de acuerdo a los servicios que habiliten.

**PPL:** sigla para referirse a la Población Privada de la libertad.

**Protección Específica:** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de la PPL frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

**Referencia y contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	47

servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.


**Remisión:** consiste en la salida del interno del establecimiento carcelario bajo la custodia de unidad de guardia a cumplir una cita judicial o médica.

**Reseña:** Es la individualización e identificación de los internos, realizada por un personal del cuerpo de Guardia y Custodia debidamente capacitado y certificado por la escuela penitenciaria en identificación dactiloscópica.

## 9.2 CUIDADO PRIMARIO

De acuerdo con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud respecto a la salud para la población privada de la libertad se deben tener los siguientes principios básicos:

1. Se debe entender que la salud de la PPL es un derecho contemplado por la ley y no se suprimen por la privación de la libertad.
2. Las autoridades penitenciarias tienen la responsabilidad de asegurar una atención en salud adecuada para los internos y adecuadas condiciones tanto para los internos como para el personal que trabaja en las instituciones de reclusión.
3. Para el equipo de salud penitenciaria el interno es un paciente y tiene derecho a la confidencialidad. Este equipo de salud está encargado de cuidar de la salud mental y física del interno así como el tratamiento de su enfermedad bajo los mismos estándares éticos y de calidad que la población general.
4. El equipo de salud debe tener la misma independencia en su ejercicio que sus contrapartes en la comunidad.
5. La importancia del tamizaje y la valoración inicial de salud de todo interno es crucial y debe ser provista tan pronto sea posible.
6. La Resiliencia en salud es un componente clave en el cuidado primario en salud ayudando a reducir las inequidades en salud.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	48

7. Las políticas de salud en población privada de la libertad deben integrarse con las políticas nacionales de salud entendiendo que la gestión de la salud pública en los entes de reclusión está directamente relacionada con la administración de servicios de salud en población privada de la libertad como se estableció en la Declaración de Moscú 2003. Por otro lado debe asegurarse una continuidad de la atención en salud en los entes de reclusión a la comunidad para los internos que recuperan la libertad.
8. Se debe dar prioridad a las enfermedades transmisibles.

La atención en salud para los entes de reclusión debe ser igual en calidad a la obtenida por la población general, siendo el cuidado primario o atención primaria en salud la mejor herramienta para dispensar la atención en salud en las prisiones. Sin embargo, hay diferencias que para la OMS deben tenerse en cuenta en el cuidado primario en las prisiones:


1. Al perder la libertad, el interno pierde el componente social de la salud: control sobre sus circunstancias, pérdida parcial o total de soporte familiar y comunitario asociado a la ausencia de familiaridad o vínculo con aquellos con quienes convive.
2. El entorno de la prisión afectará en mayor o menor medida la salud mental y física de los internos.
3. El interno no puede escoger libremente quien le suministre servicios de salud.
4. La relación médico paciente siempre va a estar unida a contextos legales.
5. Generalmente las personas con privación de la libertad requerirán mayor nivel de cuidado en salud.

Resiliencia en salud: como parte del desarrollo de capacidades en el proceso de rehabilitación y reinserción en la sociedad. Esto promueve la reducción de inequidades en salud generando comunidades saludables.


### **9.3 SERVICIOS DE SALUD**

1. Los internos que requieran manejo especializado deben ser remitidos a servicios de mayor complejidad de la comunidad.
2. Un servicio de salud bucal debe estar disponible para los internos.

Para realizar valoración médica en un centro de reclusión debe haber

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT. 900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	49

- a. Servicios equipados para el control prenatal y posnatal.
  - b. Siempre se debe buscar el parto en un hospital fuera del establecimiento penitenciario.
  - c. Si el niño nace en el penal, no debe quedar registrado en su certificado de nacimiento.
  - d. El establecimiento penitenciario debe contar con un servicio de guardería con personal calificado para niños que viven con sus madres.
4. Siempre debe hacerse una valoración médica al ingreso de cada prisionero lo más pronto posible con los siguientes objetivos.
- a. Detección de enfermedades agudas o crónicas. Realización de pruebas de detección temprana y protección específica de acuerdo a etapa del ciclo de vida y condiciones especiales detectadas al ingreso (procedencia, antecedentes personales y familiares)
  - b. Detección de enfermedad mental.
    - Descartar riesgo de suicidio
    - Descartar condiciones que sean peligrosas para otros internos
    - Descartar uso de sustancias psicoactivas o abstinencia.
  - c. Determinar estructura y funcionalidad familiar al ingreso del interno para detectar:
    - Madres o padres cabeza de familia
    - Red de apoyo externa para mejorar socialización
    - Determinar canalización a servicios sociales de menores hijos de madres cabeza de familia en reclusión.
    - Determinar riesgos en la salud mental y riesgos de suicidio relacionado con la condición familiar.
    - Aislamiento de internos con enfermedades infectocontagiosas.
    - Coordinar el tratamiento y rehabilitación de enfermedades detectadas y otras condiciones de salud
- c. Determinar capacidad física para trabajar.
5. Siempre debe haber valoraciones periódicas de la salud de los internos.
- Determinar si las condiciones en salud evaluadas al ingreso se encuentran bajo control
  - Examen físico detallado

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT. 900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	50

- Determinar necesidad de atención médica especializada.
  - Organizar un plan de cuidado integral para todas las condiciones de salud detectadas en el interno.
6. El acceso a servicios de salud no debe ser en ninguna manera restringido; sus necesidades en salud valoradas periódicamente y se deben establecer objetivos de tratamiento en común acuerdo con el interno.
  7. Se le debe garantizar continuidad en su atención en salud una vez el interno recupere la libertad.
  8. Siempre debe haber comunicación entre el equipo de salud y las autoridades administrativas del establecimiento penitenciario cuando se considere que la salud física o mental de un interno se vea afectada directamente por la condición de confinamiento u otras circunstancias asociadas al mismo

#### **9.4 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD POR PARTE DE PASTO SALUD ESE**


- Identificar la red de servicios intramural y extramural para la población privada de la libertad.
- Identificar la demanda de servicios de salud por establecimiento de reclusión.
- Identificar la oferta actual de servicios disponibles en la red prestadora de servicios para la población privada de la libertad

#### **9.5 ELABORACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCION EN SALUD**

Teniendo en cuenta la información obtenida en el análisis de caracterización, se debe valorar por componente los programas a intervenir.

##### **ABORDAJE DE GESTIÓN DEL RIESGO – EXAMEN DE INGRESO**

El examen de ingreso en los entes de reclusión del orden nacional, ha sido normado como una actividad de obligatorio cumplimiento, para toda la población privada de libertad-PPL y tiene como funciones, verificar antecedentes de salud general o patologías anteriores a su detención, realizar demanda inducida a los programas de promoción; prevención y detección precoz ofrecidos por el prestador salud; canalización de pacientes con patología previa crónica, así como los que presenten patología mental; determinar la presencia de patologías actuales como crónicas (Hipertensión Arterial, Diabetes entre otras), eventos de interés en salud

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	51

pública (Tuberculosis, VIH, Malaria, Cáncer, entre otras), enfermedades mentales; referencias de los pacientes que requieren atención prioritaria por su estado de salud, al prestador de servicios de salud; orientación de los pacientes que requieran a los sistemas de vigilancia epidemiológica establecidos por la normatividad vigente.

De otra parte se considera que, para lograr la atención integral en salud al interior de los ERON se requiere conocer y las condiciones de riesgo y los problemas de salud con los que ingresan las personas privadas de libertad al Sistema Penitenciario. Se requiere además conocer sus antecedentes personales y familiares y los determinantes sociales de salud, compilados en instrumentos apropiados al momento del ingreso. A partir de la identificación de las condiciones de riesgo y los perfiles de salud, el examen de ingreso se convierte en la **puerta de entrada al sistema de atención con enfoque de atención primaria en salud**, para aplicarse para la población privada de libertad.


Por lo tanto, es necesario implementar el Procedimiento de Examen de Ingreso con los componentes necesarios para asegurar el seguimiento a los eventos de interés en salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección precoz, definición de la demanda inducida a los servicios y las necesidades de atención en salud, asimismo, como una estrategia de tamizaje que permite la toma de decisiones en salud. Estas valoraciones deben hacer parte del componente de Historia Clínica sistematizada. Contiene, los Instrumentos de Valoración en salud, Registro de Prestación del Servicio e Informes

## ACTIVACION DE RUTA O PROTOCOLO DE ATENCION

### RUTA DE ATENCIÓN INTRAMURAL Y EXTRAMURAL

1. Establecer contacto con ICBF para solicitar acceso a los centros penitenciarios y realizar la debida intervención.
2. De acuerdo a los accesos permitidos para los centros penitenciarios realizar plan de intervención.
3. Ingreso: médico general valora e identifica riesgos y resuelva la interconsulta si requiere valoración por psicología clínica, o psiquiatría u otra especialidad.
4. Si no requiere atención por psicología clínica o psiquiatría resuelve en la consulta tratamiento psicosocial enviando reporte al área de atención y tratamiento del INPEC (Psicosocial, Salud Publica, Atencion y Tratamiento).



	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	52

5. En el caso de requerir remisión a psicología clínica o psiquiatría se define conducta y tratamiento. Para el caso del tratamiento psicológico realizara terapia individual, grupal, familiar dependiendo según criterio. Para el caso del tratamiento psiquiátrico determina tratamiento ambulatorio o derivación a hospitalización en clínica o institución de salud mental quienes realizan valoración multidisciplinaria (psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, trabajo social y enfermería) y definen plan de manejo terapéutico, farmacológico (unidos por enfermería garantizando una adecuada administración y adherencia al tratamiento) individual dependiendo sintomatología y diagnóstico de cada paciente.
6. Si el grupo interdisciplinario advierte mejoría en la sintomatología del paciente, deberá emitir concepto clínico para el alta del paciente informado a través de trabajo social quien informara a ICBF (Psicosocial, Salud Publica, Atención y Tratamiento).

Nota importante:

En los casos cuando el personal de salud de las diferentes fundaciones o de instituto Santo Angel requieran atención por morbilidad y atención de urgencias serán llevados a los servicios en mención de la IPS que por derecho elijan, con custodia de policía de infancia y adolescencia que será solicitado bajo la coordinación del ICBF.


En el momento en el que el usuario llega al servicio de urgencias o consulta ambulatoria; enfermera de triage y/o enfermera del servicio informara via spark a todo el personal administrativo, asistencial y guardas de seguridad la llegada y presencia del usuario; con el fin de priorizar la atención y reforzar la seguridad cuidado de armamento de dotación (para vigilantes) y evitar al máximo uso de elementos cortopunzantes de igual manera evitar fuga de paciente.

El usuario deberá ingresar al consultorio medico, de enfermería y odontología con el acompañamiento de los policías o guardas de inpec o quien sea designado por icbf en los casos de menores de edad.

Cabe mencionar que Pasto Salud ESE será responsable de la prestación de servicios en salud mas no de la custodia de estos usuarios.

## 9.6 INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN EN SALUD (HISTORIA CLINICA)

- El instrumento **Examen Médico de Ingreso-EMI**, contiene: identificaciones de la PPL, antecedentes de salud familiares y personales, examen físico, impresión diagnóstica médica y gestión del riesgo-conducta a seguir. El responsable de su realización es el médico encargado de la prestación del servicio intramural.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	53

- El instrumento **Valoración Odontológica de Ingreso-VOI**, basado en el Formato Único de Identificación de Carta Dental, de la Fiscalía General de la Nación, contiene 6 capítulos: identificación de la PPL, Antecedentes de salud familiares y personales, examen clínico extra e intra oral, examen de tejidos duros, impresión diagnóstica odontológica y gestión del riesgo-conducta a seguir. El responsable de su realización es el Odontólogo encargado de la prestación del servicio intramural y/o extramural.

- El instrumento **Estado de Salud Mental – ESM**. El responsable de su realización es el psicólogo encargado de la prestación del servicio intramural y/o extramural


## OTRAS DISPOSICIONES

La importancia del examen de ingreso es crucial en la salud penitenciaria ya que permite una valoración integral del estado de salud del interno que ingresa a un ERON y sus necesidades en salud más inmediatas para un manejo personalizado; así como evitar condiciones en salud que afecten a otros internos. Por otro lado, es esencial la información recolectada en la valoración inicial de los internos ya que permite establecer datos confiables para el reconocimiento de la demanda en salud de un ERON.

### **Antecedentes familiares y personales examen físico:**

En estos deben estar consignados de acuerdo a lo establecido por los instrumentos consignados arriba **Examen Médico de Ingreso-EMI, Ficha de Ingreso en Salud-FIS** que deben incorporar.

- Definir patologías crónicas o agudas y el control de las mismas así como las conductas a seguir (incluye formulación paraclínicos) para mantenerlas controladas y la entrega de medicamentos de uso crónico.
- Valoración nutricional: definir por índice de masa corporal necesidades especiales de carácter nutricional, obesidad, desnutrición, según grupo de edad del interno dando prioridad a adultos y adultos mayores.
- Valoración de salud auditiva: Valorar el estado del oído, audición, lenguaje, voz, habla y comunicación.
- Valorar salud visual: Evaluación y valoración de la función visual tamizaje inicial con tabla de Snellen y de las estructuras oculares
- Valoración de la salud sexual: debe interrogarse antecedentes sexuales como orientación, edad de inicio, número de compañeros (as); antecedentes de enfermedades de transmisión sexual; si tiene pareja actual, métodos de planificación, uso de preservativo. Se debe buscar información sobre abuso sexual. Finalmente Realizar asesoría sobre uso de preservativo y entrega de los mismos

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	54

## Actividades de detección temprana

- Pruebas de detección temprana en enfermedades de transmisión sexual:
- Incluye la realización voluntaria de prueba de VIH (previa asesoría pretest), Hepatitis B (Elisa VIH y Antígeno superficie hepatitis B, Serología VRDL).
- Pruebas de detección temprana enfermedad cardiovascular, metabólica y respiratoria
- Identificación de sintomáticos respiratorios y realización de baciloscopia tres (3). Debe buscarse información de antecedentes exposicionales tabaquismo consignando en número paquetes/año.

## Pruebas en detección temprana en cáncer:


- Cáncer de cérvix: en toda mujer mayor de 20 años y usuaria menor de 20 años con vida sexual activa para realización de citología cervico- vaginal esquema 1-1-1.
- Cáncer de próstata: en hombres mayores de 50 años realizar medición de antígeno prostático específico (PSA) y tacto rectal de manea anual (de acuerdo de Guía de Práctica Clínica Ministerio de Salud y Protección Social).
- Cáncer colorrectal: Sangre oculta en materia fecal cada 2 años desde los 50 años hasta los 75 años, (de acuerdo de Guía de Práctica Clínica Ministerio de Salud y Protección Social).

## Valoración de la salud mental

- Realizar tamizaje para detectar alteraciones del afecto y riesgo suicida prueba SRQ.
- Identificar factores de riesgo para algún tipo de violencia.
- Identificar consumo de sustancias psicoactivas o alcohol: tamizaje herramientas ADIT Y ASSIST.

## Valoración Familiar y Red de Apoyo

- En la actualidad se ha establecido que la privación de la libertad genera cambios y alteraciones en la salud mental del individuo y del núcleo familiar al que pertenece. Se ha demostrado que las alteraciones de la vida familiar que son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud; iniciando o complicando, en muchas ocasiones, enfermedades crónicas y psiquiátricas. La pérdida de la libertad se constituye en una "crisis no normativa" en el ciclo vital familiar afectando a cada uno de sus integrantes.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	55

- En el individuo privado de la libertad genera alteraciones de la salud mental y física; por otro lado los efectos sobre las parejas y los hijos de individuos privados de la libertad son importantes; principalmente alteración de la economía familiar, cuando el individuo es cabeza de familia; dificultad para mantener contacto con el interno lo que impide continuidad de la relación de pareja. Sobre los hijos los efectos son más serios como alteraciones de conducta, marginalización social, abandono, maltrato y finalmente alto riesgo de enfermedad mental, consumo de sustancias y conductas delictivas generando patrones intergeneracionales en el curso de la vida.


Sin embargo, se ha demostrado que el permitir mayores facilidades en el acercamiento del interno a su familia mejora el proceso de resocialización del mismo.

Por lo anterior es necesario tener una valoración familiar integral de la estructura familiar y la red de apoyo de la población privada de la libertad a su ingreso a todo ERO.

Para esto, se realizará la valoración de acuerdo a 3 herramientas de fácil uso por personal de enfermería:

- **FAMILIOGRAMA:** Se registra tipología y ciclo familiar, pueden registrarse patrón intergeneracional relacionado al delito, dinámica familiar, enfermedades hereditarias, recursos familiares y eventos críticos.
- **APGAR familiar:** determina función familiar de acuerdo a percepción individual.
- **ECOMAPA:** permite evaluar la red de apoyo del interno y la familia del mismo.

El uso de estas herramientas debe generar alertas sobre internos que sean madres o padres cabeza de familia con hijos menores de edad en riesgo de abandono o familias que queden en riesgo de vulnerabilidad para su canalización a servicios sociales. Determinar situaciones que puedan generar alteraciones en la salud mental del interno.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	56

## **10. ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA, DETECCIÓN TEMPRANA**

Se desarrollarán las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública acorde a lo establecido en el acuerdo 117 de 1998, demás normas vigentes y aquellas que posteriormente las modifiquen; estas se desarrollarán en el marco del modelo integral de atención en salud a través de las rutas de atención integral.


Las actividades de detección temprana y protección específica deben ser realizadas en el interno por primera vez en el examen de ingreso, esto se ampliara en el ítem de examen de ingreso del capítulo de prestación de servicios.

El reporte de información relativa a las actividades, intervenciones y procedimientos de protección específica y detección temprana y aplicación de guías de atención integral de enfermedades de salud pública de obligatorio cumplimiento, será en los instrumentos, flujo de información y periodicidad establecida en la normatividad vigente por el Ministerio de Salud y Protección Social

### **10.1 ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA A NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE TRES (3) AÑOS Y MUJERES GESTANTES Y LACTANTES EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN DIFERENCIADA**

La atención a niños y niñas menores de tres (3) años y de mujeres gestantes y lactantes se enmarca en la garantía de la atención integral en salud durante los mil primeros días de vida, basado en la comprensión que los primeros mil días de vida constituyen el periodo que sienta las bases para el desarrollo del ser humano. Por lo anterior, será necesario brindar una atención integral que cumpla con los atributos de calidad y humanización, en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo cual incluye: detección temprana y protección específica, así como el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por pediatría de los niños y niñas que conviven con sus madres privadas de la libertad.

La atención de la mujer gestante y del recién nacido hasta los tres (3) años de edad que se encuentran en condiciones especiales por privación de la libertad, debe comprender unos contenidos de forma igual a la atención en salud del enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, debiéndose garantizar la integralidad de las acciones. De esto se deriva la forma como se organizan las intervenciones, los recursos, las funciones asistenciales y logísticas, así como las habilidades y competencias que permitan fortalecer la atención segura de la gestante, y el recién nacido, hasta los tres años de edad.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	57

En este marco, teniendo en cuenta el interés superior de los niños y niñas y la definición de su atención diferencial en el marco de la ley para la prestación de los servicios de salud a la PPL, dentro del modelo de atención en salud en el capítulo de salud pública, se incluye un apartado de atención a esta población diferenciada, donde se describe lo relacionado a gestantes, niños y niñas recién nacidos y menores de tres años.

**10.1.1 Gestantes.** Los principales objetivos de la atención de la gestante y que deben ser parte integral de la atención son:

- a) Promover el inicio del control prenatal ante la sospecha de embarazo.
- b) Facilitar el acceso de la gestante a los servicios de salud de manera precoz y oportuna.
- c) Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible identificar precozmente a la gestante con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias del embarazo para un manejo adecuado y oportuno.
- d) Establecer un plan integral de control prenatal y atención del parto, conforme con la condición de salud de la gestante, que garantice su manejo y la garantía de los derechos en salud.


**10.1.2 Atención al niño o niña recién nacido (RN) hasta 3 años de edad.** Se entiende la atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de tres años, como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

Así la atención del recién nacido inicia en sala de parto de acuerdo a la guía de práctica clínica establecida para tal fin, partiendo además del objetivo de promover el vínculo madre-hijo a través del contacto y el mutuo reconocimiento, facilitando el contacto con la piel materna y el amamantamiento inmediato y continua con los controles de su crecimiento y desarrollo.

**10.1.3 Características de la Atención**

- De calidad: el prestador de salud debe contar la capacidad resolutoria para brindar una atención integral y humanizada.
- Periódica: garantizar la atención de los niños y niñas de acuerdo con sus necesidades y lo establecido en la norma frente al control de crecimiento y desarrollo.



	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	58

- Oportuna: deberá brindarse atención cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de los niños y niñas, para lo cual es necesario contar con los recursos y tecnologías adecuadas para esta población.
- Dentro de los contenidos establecidos en la Guía de Práctica Clínica para las acciones de prevención, detección temprana y tratamiento del recién nacido hasta los tres años de edad, además de las intervenciones establecidas dentro de la normatividad vigente Resolución 412 del 2000, se tiene lo siguiente:

Dentro de las acciones definidas de protección específica para el niño o niña RN y menor de tres años, se encuentran:

a) El recién nacido debe recibir dos vacunas durante las primeras 12 horas de vida: BCG contra la tuberculosis y la vacuna contra la hepatitis B, estos biológicos deben ser aplicados antes del egreso hospitalario donde se recibió la atención del parto.

b) Garantizar el esquema de vacunación dentro del primer año de vida y los siguientes años, de acuerdo al esquema y los biológicos establecidos en el programa ampliado de inmunizaciones (PAI).

Suplementación con hierro y prescripción de antiparasitarios según valoración médica

#### **10.1.4 Atención integral en Consumo de SPA**


La atención integral comprende intervenciones, procedimientos clínico-asistenciales y terapéuticos, medicamentos y actividades que garanticen a las personas con trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, los servicios adecuados en calidad y cantidad, de tal forma que les permita la plena recuperación de su salud y la inclusión social.

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas: Acciones y programas basados en la evidencia encaminados a la reducir la vulnerabilidad al consumo de SPA (lícitas - ilícitas), interviniendo de manera integral los factores más predictivos del consumo, mediante la creación y fortalecimiento de las condiciones que promuevan estilos de vida y conductas saludables.

#### **Ruta de atención del consumo de SPA**

- a. Examen de ingreso al ERON: valoración médica y psicológica, donde se determine la presencia/o ausencia de problemas de Uso, abuso o consumo de SPA.



	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	59

b. Si se identifica uso, abuso o consumo de SPA, se deriva a valoración médica psiquiátrica quien define tratamiento.

b. Si el médico psiquiatra indica hospitalización requerirá valoración por equipo multidisciplinario donde determinaran el tratamiento psiquiátrico, psicológico, farmacológico, psicosocial y terapéutico.

c. Equipo interdisciplinario define alta y trabajo social del prestador informa a INPEC (Área De Atención Y Tratamiento / Área Psicosocial / Salud) Publica condiciones y recomendaciones para la PPL.

d. Si se diagnostica patología dual por médico psiquiatra, quien definirá tratamiento a seguir (manejo intramural y/o hospitalización en salud mental de acuerdo al criterio medico).

e. f. Si requiere hospitalización, debe ser valorado por grupo interdisciplinario (psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, enfermería etc.), quienes definirán el tratamiento a seguir de manera individual, grupal y familiar de acuerdo a la patología del paciente.


f. g. Cuando el equipo interdisciplinario advierta la mejoría del paciente e indique que será dado de alta, trabajo social del prestador deberá comunicarle al INPEC (Área De Atención Y Tratamiento / Área Psicosocial / Salud Publica).

g. h. En cada caso se debe realizar la notificación en el VESPA y SIVIGILA para suicidio.

#### 10.1.5 Atención ante casos de Violencia Sexual y de Género

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por violencia sexual “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito”. Es una de las principales manifestaciones de las violencias por motivos de género. Que para el caso de la población penitenciaria, se ejercen sobre las mujeres, los hombres y las personas LGTBI (Lesbianas, Gay, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales).

Dentro del marco legal colombiano, la violencia sexual “Se define como cualquier contacto, acto, insinuación o amenaza que degrade o dañe el cuerpo y la sexualidad de un (...) hombre o mujer y que atenta contra su libertad, dignidad, formación e integridad sexual; concepto que obviamente abarca cualquier daño o

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	60

intento de daño físico, psicológico o emocional”. En conclusión, se cataloga como todo acto deliberado, consciente, intencional, y racional; claramente instrumental y orientado a la consecución de unas metas a corto plazo que son deseadas por el sujeto agresor, sin tomar en cuenta las necesidades o derechos de quién es agredido.

Estos hechos se relacionan con frecuencia con el hecho de que estas personas construyen sus identidades más allá de los modelos hegemónicos establecidos para lo femenino y lo masculino, que privilegian además la heterosexualidad como norma y responden por lo general a eventos en el marco de los llamados “crímenes de odio”. Se considera un “crimen de odio” a todo aquel delito o intento de delito motivado por prejuicio hacia y contra la víctima por razón de color, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, origen, origen étnico, estatus civil, nacimiento, impedimento físico o mental, condición social, religión, edad, creencias religiosas o políticas.


## **Ruta para la atención de casos de Violencia Sexual y de Género**

### **Abuso Sexual**

- a. Consulta Externa por medicina general: Valoración correspondiente a partir del reporte del usuario, de presunto abuso sexual.
- b. Remisión a Trabajo social: El médico general reporta a trabajo social para que este ponga en conocimiento a la Dirección del ERON y él a su vez comunique a policía Judicial del ERON y en su orden, a las entidades competentes según procedimiento de INPEC.
- c. El médico general remite a exámenes clínicos que evidencien la presencia o ausencia de enfermedades de transmisión Sexual, para definir tratamiento farmacológico o seguimiento médico.
- d. El profesional que atiende la consulta remite a valoración por Psicológica clínica, dicho profesional define tratamiento y la consecuente activación de la ruta de atención en salud mental además de la posible referencia a Psiquiatría.
- e. Se realizara por parte del psicólogo clínico según su criterio remisión al especialista en psiquiatría y el cual a su vez valora y definirá el tratamiento a seguir a nivel ambulatorio

### **Violencia Sexual**

- a. Ingreso por consulta externa medicina general: Valoración correspondiente a partir del reporte del usuario.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	61

- b. El profesional que atiende la consulta remite a valoración por Psicológica clínica, dicho profesional define tratamiento y la consecuente activación de la ruta de atención general en salud mental además de la posible referencia a Psiquiatría.
- c. El trabajador social a fin comunicara a la Dirección del ERON la condición del interno para que y en consecuencia se active la ruta articulada con el INPEC (Atención y Tratamiento, Psicosocial y/o Educativas), para la inclusión del interno en alguno de los programas institucionales.
- d. El caso de que el Ingreso por se realice por PYP el profesional encargado realiza la identificación primaria de caso y realiza la remisión a psicología clínica dando a conocer el respectivo seguimiento al proceso.
- e. El profesional en Psicología Clínica valora al interno define tratamiento y la posible remisión a uno o varios profesionales del grupo interdisciplinario en salud mental y/o la activación de la ruta general de salud mental.


### **Atención integral ante casos de comportamiento Suicida**

La detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado del riesgo suicida y sus causas son claves para la reducción. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo.

La presencia de ideas persistentes de matarse, de un plan suicida o de amenazas de suicidio, junto con la existencia de antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio, constituyen una urgencia en salud que requiere toda observación y atención integral de parte de los profesiones de la salud, de conformidad a la normatividad vigente, para la prestación en salud a la PPL a cargo del INPEC.

### **Ruta para la atención de casos de comportamiento Suicida**

- a. La puerta de entrada a la ruta puede ser por el examen de ingreso al establecimiento que contara con la valoración médica y psicológica Y/O por el profesional de PYP que realice la detección o recepción del caso.
- b. Los profesionales anteriormente mencionados determinan el grado de vulnerabilidad basado en la presencia de comportamiento suicida para realizar el correspondiente reporte a SIVIGILA y se deriva la atención a primer nivel del cual


 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT. 900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	62

se despliega la atención por el grupo interdisciplinario y terapia psicológica además de informar a grupo de apoyo de INPEC.

c.El profesional en psicología debe aplicar el TEST DE ZUNG y /o HAMILTON con los resultados arrojados se identificara la presencia no de trastorno mental.

d.En consecuencia si el diagnóstico es de trastorno mental se referencia a segundo nivel de atención iniciando con la valoración del especialista en psiquiatría quien confirma el diagnóstico y define el riesgo.

e.El riesgo puede ser bajo o alto, en el primer caso la atención que se prestara es intramural por el equipo interdisciplinario de salud mental y en el segundo caso el psiquiatra remitirá a atención intrahospitalaria

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	63

## 11. PROTOCOLO PARA POBLACION EN SITUACION DE DISCAPACIDAD

### 11.1 DEFINICIONES

#### Conceptos genéricos.

Todas las personas somos diferentes, todas tenemos nuestras características físicas y emocionales que nos diferencian. Incluso vamos experimentando cambios a lo largo de nuestra vida, algunos quizás se deriven únicamente de la edad biológica pero otros pueden ser consecuencias de acciones en las que nos hayamos visto implicados, estados de ánimo o estados físicos alterados de manera transitoria o permanente. No obstante, a pesar de que nadie es igual a otro y que no todas las personas en situación de discapacidad pueden englobarse en una única y exacta clasificación, sí es cierto que para poder desarrollar los aspectos que nos ayuden a la integración y normalización de la participación de las personas en situación de discapacidad en los actos que organicemos, es necesario tener conocimiento de algunas generalidades sobre las deficiencias, las principales patologías, sus manifestaciones y con ello, las limitaciones que marcan a la persona que las presenta.


Únicamente se van a describir con mayor detalle las principales características que presentan las personas en situación de discapacidad sensoriales y físicas ya que son los colectivos con mayor integración social.

Son varias las palabras que se utilizan para descubrir estas limitaciones pero buscando un criterio unificador y generalizado, vamos a considerar las definiciones que propone la Organización Mundial de la Salud, en sus distintos documentos:

**DEFICIENCIA;** Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

La deficiencia supone un trastorno orgánico que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. De este modo se puede hablar de:

- Deficiencias físicas: Las que afectan a personas con problemas como amputaciones, pérdidas de movilidad, parálisis.
- Deficiencias sensoriales: Atañen a personas con problemas de visión, audición o lenguaje.
- Deficiencias psíquicas: Afectan a personas con enfermedades o trastornos mentales.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	64

- Deficiencias de relación: Referidas a quienes por causas diversas presentan conductas que dificultan la convivencia.

**DISCAPACIDAD:** Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Se pueden aglutinar en tres grupos:

- De movilidad o desplazamiento
- De relación o de conducta
- De comunicación

**MINUSVALIA:** Toda situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un papel que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales). Pueden ser de muchos tipos como:

- De orientación
- De independencia física: dependen de otra persona para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana
- De movilidad: no pueden salir o necesitan ayuda para hacerlo
- De ocupación: no pueden estudiar o trabajar en las condiciones propias de su edad, sexo o cultura
- De integración social: están incapacitados para relacionarse fuera del entorno familiar. Estos términos proceden de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) en su versión de 1980 que posteriormente ha sido sustituida por la Clasificación Internacional del funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud (CIF). Se pasa entonces de una clasificación de "consecuencias de enfermedades" a una basada en "componentes de la salud". A partir de esto los términos funciones y estructuras corporales así como actividades y participación van sustituyendo progresivamente a los términos usados previamente en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDDM.

La Clasificación Internacional del funcionamiento (CIF) recoge las siguientes definiciones:

- Funciones corporales: son funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo funciones psicológicas.
- Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

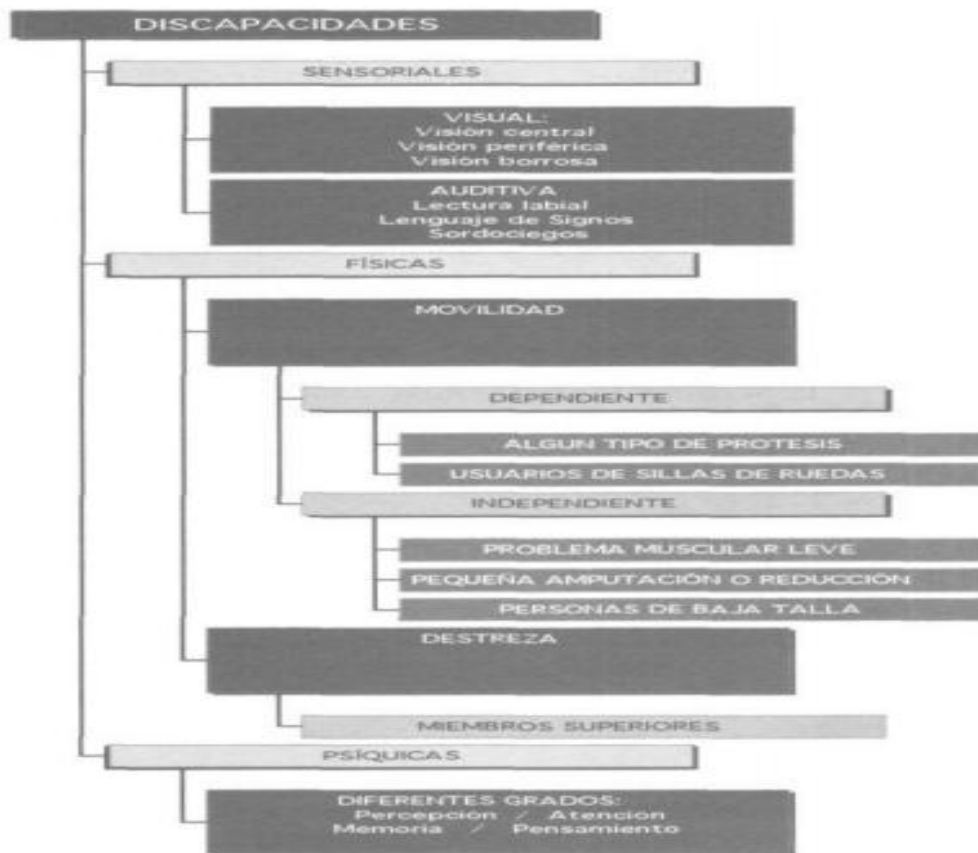
Deficiencias: son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

Con respecto a las actividades y la participación se contemplan los siguientes conceptos:


- Limitaciones en la actividad: aquellas dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/ realización de una tarea o acción.
- Restricciones en la participación: aquellos problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- Factores ambientales: constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida.

Existe un "modelo médico" que considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o estado de salud que requiere unos cuidados prestados por profesionales. Con ello el tratamiento de la discapacidad está encaminado a mejorar la adaptación de la persona.

Por otro lado el "modelo social" de la discapacidad considera el fenómeno como un problema social desde el punto de vista de la integración de las personas en la sociedad. Entiende este proceso como un completo conjunto de condiciones creadas por el ambiente social. Llevado a nivel político se considera como una cuestión de derechos humanos.






	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	66

**DISCAPACIDAD VISUAL** Las personas que tienen esta discapacidad presentan diferentes grados o no están afectadas por las mismas variables que se presentan en cada circunstancia (luz del ambiente, luz diurna o artificial, la tensión ocular,...).

La visión es un proceso complicado en el que además del ojo interviene el cerebro. El ojo localiza lo que quiere ver y hace llegar la imagen a la retina que es guiada a través del nervio óptico hasta el cerebro que se encargará de hacer la interpretación. El ojo puede distinguir detalles muy pequeños, pero la visión no se ciñe solamente a la capacidad de discriminación del detalle, sino que nos permite el control de buena parte del espacio. La agudeza visual nos indica la capacidad para detectar, reconocer, discriminar o localizar un objeto; es la imagen más pequeña cuya forma puede apreciarse. Para medirla se utilizan los optotipos, que son test de letras, números o símbolos que van disminuyendo de tamaño. El campo visual nos señala lo que el ojo puede ver de frente, es toda la porción del espacio que el ojo puede percibir simultáneamente, sin efectuar movimientos. Se mide en grados de ángulo. La patología ocular es muy amplia y puede producirse en cualquiera de las partes del ojo. Algunas veces tiene una repercusión mínima en la visión, otras sin embargo reduce en diferentes grados la agudeza visual, produce deficiencias en el campo visual o altera otras facultades como la visión del color, la adaptación a la luz y a la oscuridad llegando en el último extremo incluso a la pérdida total de visión, a la ceguera.

Además de lo indicado, a veces existen problemas de visión que no sé deben a las enfermedades del globo ocular. Problemáticas surgidas de traumatismos, hemorragias o tumores pueden provocar una deficiencia visual a pesar de que los ojos sean sanos. Por ello, aunque la imagen se enfoque perfectamente en la retina, el cerebro es incapaz de interpretarlo. Atendiendo, en el caso de deficientes visuales, a su campo visual podemos establecer la siguiente clasificación:

1. Personas con visión central: Pueden leer, ver detalles, reconocer caras y sin embargo suelen tener problemas en sus desplazamientos. Pueden incluso tener una impresión distinta a diferentes horas del día.
2. Personas con visión periférica: Pueden no tener problemas en sus desplazamientos pero, al tener dañada la visión central, no reconocen a las personas con las que se encuentran, o por ejemplo, son incapaces de leer.
3. Personas con visión borrosa: Son aquellas que ven todo borroso, como a través de un cristal muy sucio. Pueden presentar problemas tanto en sus desplazamientos como para ver los detalles. Por otra parte, teniendo en cuenta las alteraciones que la persona presenta en agudeza pueden establecerse los siguientes grupos diferenciados:
  - a.- Personas con dificultades para el acceso a la información: Ej. Visión borrosa.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	67

b.- Personas con dificultades para la Orientación y Movilidad: Ej. Sólo perciben tonalidades o luces y sombras, perciben siluetas pero no los detalles de los objetos.

c- Personas con problemas para la ejecución de las actividades de la vida diaria. Además algunas patologías presentan junto a una mala agudeza visual una reducción de campo, lo que va a hacer que tengan problemas tanto en sus desplazamientos como en la obtención de información o discriminación de objetos.

La discapacidad que provoca la falta de un sentido, generalmente intenta paliarse con el resto y en el caso de las personas ciegas o deficientes visuales, el tacto y el oído son los que cobran mayor importancia, se convierten en un vehículo de adquisición de información.

Por medio del tacto pueden:

- Identificar y discriminar texturas
- Reconocer las formas, tamaños, pesos
- Establecer relaciones entre objetos: semejanzas, diferencias
- Conocer la temperatura y sus cambios
- Identificar objetos

Por medio del oído pueden:

- Percibir la distancia y la profundidad en el entorno
- Detectar claves y señales que les orienten
- Detectar obstáculos

La correcta utilización del oído implica por tanto identificar, localizar, discriminar y seguir los sonidos además de ser muy útil para detectar la presencia o ausencia de una superficie u obstáculo por medio del sonido reflejado.

**DISCAPACIDAD AUDITIVA:** Se entiende por persona sorda, en término general, a aquella que tiene una pérdida auditiva en mayor o menor grado. Pero no todas las personas sordas tienen las mismas necesidades ni hacen uso de los mismos recursos. Unas precisarán la comunicación a través de la Lengua de Signos mientras que otras utilizarán como apoyo la lectura labial y en otros casos será necesario el uso de ayudas técnicas como audífonos, que no suponen una adaptación plena y una recepción completa de la información, sino un apoyo más. No todas las personas deficientes auditivas tienen la misma destreza para la lectura labial ni son capaces de rentabilizar en el mismo grado el mismo tipo de audífono.

La lengua de Signos es el medio de comunicación más habitual pero su dominio precisa de una formación especializada. Además cada lengua tiene características diferentes. La Lengua de Signos española no coincide totalmente con la catalana por ejemplo debido a que en cada lengua se adjudica un canal visual-gestual.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	68


El Diccionario Básico de la L.S.E. (Lengua de Signos Española) contiene un vocabulario básico que está compuesto por 559 signos. Con éste, en soporte informático, se facilita el aprendizaje de la L.S.E. a personas oyentes que desean comunicarse con personas sordas. Es una herramienta que permite aprender de diferentes formas, mediante la búsqueda de signo por una palabra, la búsqueda de palabra por un signo, las definiciones de palabras y de signos, las ilustraciones/ dibujos que los acompañan dado su carácter visual, y la ejecución en vídeo. No obstante, el alfabeto, nos permite, aunque sea más lento, deletrear palabras y comunicarnos al menos de manera elemental.

**SORDOCEGUERA:** La sordoceguera es una discapacidad multisensorial que impide a la persona valerse de los sentidos del oído y de la vista. Esta requiere servicios especializados y métodos especiales de comunicación pues ha de hacerlo básicamente, a través del tacto. El grupo de personas sordociegas, aunque no es muy numeroso, es muy heterogéneo y complejo debido a las variables que condicionan las características del grado de pérdida de cada uno de los sentidos. No obstante este colectivo se va integrando paulatinamente en la sociedad y va participando de determinados eventos siempre ayudados por la figura del mediador o intérprete. Conviene ser conscientes de que las personas sordociegas generalmente presentan una pérdida de la expresividad que está estrechamente relacionada con la pérdida de información. Si no estás seguro de qué ocurre no sabes si has de reír, sonreír, ponerte serio... La persona sordociega está permanentemente -dependiendo en gran medida de los restos visuales o auditivos que tenga - desconectada de su contexto en todos sus desplazamientos y ha de complementar continuamente la información que recibe de su intérprete. Por ello una separación brusca del entorno, o por ejemplo un cambio de tema radical, le llevará al desconcierto. En ocasiones es inevitable que surjan imprevistos, situaciones que obligan al guía a actuar rápidamente sin tener tiempo para dar ninguna explicación (por ej. peligros derivados de un posible choque...).

Para superar esta dificultad, dicha población necesita la anticipación en la medida de lo posible, disponer de información acerca de la situación a la que se va a enfrentar por ej. Vamos a cruzar entre coches parados, estamos en una zona con muchos peligros por obras,...

**DISCAPACIDADES FÍSICAS** Las personas discapacitadas físicas también pueden presentar diferentes patologías. Puede que afecten a los miembros superiores, a los inferiores, que afecten a su totalidad o solo a determinados movimientos o gestos, que estén o no amputados, que se desplacen autónomamente o que utilicen sillas de ruedas.

Generalmente las personas con esta discapacidad presentan únicamente problemas de movilidad directamente relacionados con la accesibilidad física del entorno, una imposibilidad de ejecución de determinados recorridos o una lentitud

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	69


en los movimientos y/o desplazamientos que han de llevar a cabo ayudados de prótesis, bastones, muletas o andaderas. No obstante también existen personas con problemas de destreza manual o con deficiencias músculo-esqueléticas cuyos principales obstáculos se encuentran en la manipulación de objetos.

Características de la silla de ruedas.- La silla de ruedas permite desplazar por medio de la propulsión y de la autopropulsión, al individuo. A grandes rasgos, las sillas de ruedas estándar están constituidas por dos ruedas traseras grandes y dos pequeñas delanteras, montadas sobre un cuadro que en la actualidad está construido por diferentes aleaciones según destino, peso y resistencia deseada. Las ruedas traseras poseen un aro externo que permite al usuario propulsarse sin necesidad de tocar la cubierta neumática que se apoya en el suelo y tienen además, un freno o dos de acción manual que las bloquean. Por delante de las ruedas delanteras se encuentran los apoya-pies y el cuadro está provisto de un asiento con almohadón y dos apoyabrazos. El respaldo del asiento cuenta con empuñaduras que sirven para que otra persona empuje la silla. No obstante también nos podemos encontrar con sillas recetadas que son aquellas con determinados sujetadores de cabeza y/o tronco, según haya prescrito un médico de acuerdo con las necesidades del discapacitado. Por último se encuentran las sillas deportivas que son las utilizadas para competiciones cuyos modelos varían según la modalidad o especialidad deportiva pero que básicamente se diferencian en la angulación de sus ruedas, por el tamaño de éstas o por los materiales utilizados para su construcción que suelen ser más livianos. Las eléctricas incorporan un motor por debajo del asiento y un cuadro de mandos sobre uno de los apoyabrazos.


## GENERALIDADES

### DISCAPACITADOS VISUALES:

- Salude claramente a la persona de modo que no quepa ninguna duda de que se está dirigiendo a ella para lo cual ha de presentarse e identificarse claramente. Si fuera necesario no dude en tocar su brazo o mano para captar su atención.
- Si conoce a la persona ciega o deficiente visual de otra ocasión anterior, no juegue a las adivinanzas. No piense que enseguida va a conocerle por su tono de voz salvo que pertenezca a su familia o al círculo de personas con las que trata habitualmente. El emisor debe identificarse siempre.
- Hable y preste atención a la persona. A pesar de que no pueda verle, la persona ciega percibirá si no le presta atención, si mientras le habla usted mira en otra dirección. Ellos perciben claramente de dónde procede la fuente de voz.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	70

- Se pueden utilizar sin ningún tipo de problema términos o expresiones que hacen alusión o que contienen términos relativos a la vista, al mirar. Los discapacitados visuales utilizan ese mismo lenguaje aunque con otra forma análoga de expresar su manera específica de ver como palpar o darse cuenta.
- No utilice gestos o expresiones indefinidas o aproximativas Términos como allí, por aquí, carecen de sentido para la persona ciega o deficiente visual. Lo mismo ocurre cuando señalamos algo con la mano, con la cabeza o de cualquier otro modo que no sea mediante términos concretos con referencias exactas a la posición que se indica con respecto al propio individuo. Así por ejemplo, expresiones correctas serían las del tipo: "A su derecha se encuentra la puerta....", "Delante de usted, a unos diez pasos, ... o a unos diez metros... se encuentra la sala.
- Muchas personas ciegas o deficientes visuales pueden desenvolverse de manera autónoma ayudados de un bastón guía (bastón blanco) o incluso de un perro guía. Si alguno de ellos le solicitara información debería indicarle los datos teniendo en cuenta la distancia y los obstáculos físicos que se pueda encontrar (escaleras, bordillos, cuestas empinadas,...). Póngase siempre en la situación de su interlocutor y mire desde su perspectiva para facilitarle la información precisa.
- No eleve la voz ni piense que ha de estar hablándole continuamente. La conversación ha de fluir normalmente.
- Será de agradecer facilitarle cualquier tipo de información o novedad que se produzca. Un cambio de ubicación, la apertura de un salón o expositor nuevo,..., aunque no lo necesite en ese momento puede ser información de mucha utilidad para otro momento. Por ejemplo: "Acaba de entrar en la sala: mediterráneo" "En la pantalla están apareciendo unas imágenes sobre Andalucía", "Están realizando obras en la Calle Real"
- No se ausente sin avisar ni tampoco entre en un recinto sin saludar. Facilite que sea conocida su presencia mediante sus pasos y un breve saludo.
- Si han de custodiar objetos personales como abrigos o maletines, indíquele claramente dónde los sitúa y márkelos pues la persona ciega o deficiente visual puede no describírsela con todo detalle y que por ello se produzcan equívocos. No cambie la posición en la que ha dejado sus objetos, sin avisarle y obtener su conformidad.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	71

- Para ayudarlo a subir o bajar de un autobús o móvil muéstrole dónde está la barra de la puerta colocando su mano encima y avísele de la presencia si hubiera escalones o una gran separación. Con la mano situada en la puerta de un vehículo la persona ciega, con su otra mano, se hará idea de la altura del techo y de dónde está el asiento. Si debiera moverse dentro del vehículo no dude en indicárselo.
- Para mostrarle un asiento basta con llevar su mano hacia el respaldo o sobre el brazo del mismo.
- Si ha de leerle un documento hágalo despacio y sin claridad. No abrevie los contenidos ni se permita comentarios sobre su contenido a menos que se los pidan expresamente. Cualquier signo ortográfico que sea importante también se tiene que indicar pues el escritor seguramente los ha utilizado para destacar o resaltar algún dato y esto se escapa de una lectura normal si no se indica.
- La puntualidad es muy importante. Para una persona que no ve los minutos se hacen eternos cuando se está esperando sin poder percibir lo que pasa y sin tener nada que hacer. Esto produce un nerviosismo y una tensión inútiles.
- Para indicarle a una persona ciega dónde ha de firmar puede: Agarrar su mano y llevarle hasta el punto dónde ha de firmar situar el dedo índice de su mano izquierda hasta el punto dónde ha de firmar.
- No deje objetos que puedan suponer un obstáculo en las zonas de paso: sillas, cajones abiertos, carros de limpieza, etc.
- Muestre tangiblemente dónde se encuentran los objetos.
- Si las ayudas técnicas no son suficientes (monitores de mayor tamaño, zoom-test, lupa,...) para percibir el material escrito será preciso recurrir al Braille.

#### DISCAPACITADOS AUDITIVOS:

- No es necesario gritar, no le oirá. Puede incluso que consigamos el efecto contrario pues al vociferar, aunque el mensaje sea positivo, nuestro rostro se crispa y esto es lo que el interlocutor percibe; no capta el contenido de las palabras, sólo ve un rostro hostil.
- Algunas personas sordas le comprenderán leyendo sus labios pero esto no ocurre siempre.






FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	72

- Es necesario mantener la tranquilidad. Conviene estar calmado y pensar que podremos llegar a entendernos. Sólo es cuestión de tomarse unos minutos y seleccionar la estrategia más adecuada. Los mensajes a veces son difíciles de comprender con la misma rapidez que el resto de personas. Por ello, exagere si es necesario y repita cuantas veces precise. Haga un mayor esfuerzo de comunicación.
- Hable con un ritmo medio, ni muy deprisa ni muy despacio. No es conveniente acelerar la emisión para terminar el asunto cuanto; antes. Tampoco es operativo un discurso excesivamente lento, pues es difícil hilar correctamente la totalidad del mismo.
- Hay que vocalizar correctamente pero sin exagerar. No significa hacer muecas y exagerar la vocalización hasta el extremo de distorsionar la normal articulación de las palabras. Intente utilizar frases cortas o sencillas. Esto será de gran utilidad tanto para la persona sorda pues facilita la lectura labial, como para el Intérprete que ha de transmitir con exactitud sus palabras.
- Asegúrese de que las explicaciones o lecturas se encuentren bien organizadas. Seguir una conversación extensa representa un importante \* esfuerzo para la persona con discapacidad auditiva, por lo que sus niveles de atención oscilarán a lo largo de la misma.
- Indíquelo el tema de conversación y no cambie sin avisarle. Tampoco hable de varias cosas al mismo tiempo.
- Diríjase siempre de frente a su interlocutor sordo. Esto nos ayudará en dos sentidos: Primero sentirá confianza en nosotros; segundo, a la vista de su expresión facial, proseguiremos la conversación con la seguridad de que nos comprende. En general, las personas sordas son muy expresivas gestualmente, lo que nos puede ayudar a saber si debemos parar y comenzar de nuevo o si estamos teniendo éxito y la comunicación es correcta. No le hable nunca de espaldas o de lado pues impediría que éste pudiera leer sus labios.
- Tenemos que mantener la zona de la boca limpia de obstáculos, tener a la vista los labios. Así apartaremos de la boca cualquier objeto, bolígrafo, mano, chicle, caramelo, cigarrillo, etc. que dificulte la vocalización y la emisión de la voz.
- Deberemos permanecer quietos mientras nos comunicamos. No daremos la espalda, ni giraremos la cabeza, ni nos agacharemos. En general no



	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	73

adoptaremos ninguna postura que dificulte la vocalización y la emisión de la conversación.

- Podemos ayudarnos con la mímica. Sin necesidad de dominar los signos o de sentirnos como actores, todos somos capaces de apoyar nuestra manifestación oral con gestos y signos sencillos.
- Es conveniente buscar una zona iluminada. Se ha de procurar que la persona sorda se sitúe en un espacio con suficiente luz de frente y a la misma altura que su interlocutor para que pueda ver con claridad su rostro y capte así la información de forma visual.
- Nos podemos ayudar con la escritura. En determinadas ocasiones puede ser necesario escribir palabras para completar la expresión oral.


La persona sorda suplente el canal auditivo por la vista y el tacto. Comuniquen las instrucciones o datos de forma clara y visual. Para ello complementen su proceso de comunicación con otros medios y ayudas visuales. Siempre que sea posible deberemos utilizar accesorios y ayudas visuales para ilustrar un mensaje, especialmente cuando se opere con un material o información compleja.

Los ordenadores y los emisores de voz, entre otras ayudas técnicas, nos serán de gran ayuda pero no debemos despreciar la utilidad de todas las aclaraciones que pueda realizar en un papel, una pizarra o tablón de anuncios.

- Existe la figura del la Intérprete de Lengua de Signos (I.L.S.), que es la persona que puede ayudarle en su comunicación con la persona sorda. Así cuando se dirija a una persona sorda usuaria de la lengua de signos, puede contar con la presencia del I.L.S. para cualquier tipo de interacción con ella.

No esté continuamente pendiente de lo que va transmitiendo el intérprete sobre todo cuando esté pronunciando discursos o exposiciones amplias. El lleva un ritmo acoplado al suyo.

- Cuando una persona sorda esté provista de prótesis auditivas (audífonos) se ha de tener en cuenta:  
La mayoría no llegan a tener una audición completa por el simple hecho de llevarlos. Constituyen un complemento, una ayuda para discriminar los sonidos que se producen a su alrededor.  
La comprensión de la lengua oral a través de estas prótesis exige un largo proceso de rehabilitación auditiva por parte de la persona que lo lleva y por tanto un proceso de adaptación que nosotros no podemos conocer.
- Es posible que la persona sorda complementen el uso de audífono con la lectura labial para captar los mensajes, pero una persona con discapacidad

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT. 900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	74

auditiva que lleve prótesis auditiva no es como un oyente. La prótesis auditiva no lo es todo pero siempre es una ayuda.

- Quizás sea necesario, para entablar una conversación, llamar su atención con un gesto. Para ello bastará con golpear suavemente el suelo o la mesa pues perciben las vibraciones con mucha facilidad, con darle un leve toque en el brazo u hombro, o con apagar o encender las luces por ejemplo. También podrá pasar una mano por su área de visión para avisarle.
- En una reunión o grupo, es conveniente que todos los integrantes miren fijamente al emisor para que el sordo le pueda seguir.
- Reduzca, en la medida de lo posible, el ruido de fondo ya que esto permitirá a los discapacitados auditivos hacer uso de la capacidad residual que pudieran tener y concentrarse en desarrollar sus habilidades con el lenguaje hablado.
- El sordo trabaja mucho con el lenguaje interrogativo: ¿Quién? ¿Qué? ¿cómo?... y dar respuesta a estas preguntas básicas de un mensaje es lo que debemos procurar cuando nos comuniquemos con ellos.

## SORDOCIEGOS

- Utilice el nombre de la persona, si lo conocemos, para que sepa que nos dirigimos a ella, o presione levemente su brazo si no es así y hubiese más personas alrededor.


- Hágale saber de su presencia:

Tóquele suavemente en el hombro o en el brazo, y espere a que de paso para comenzar.

Identifíquese con su nombre o signo (es importante repetirlo tras cada separación).

El tacto es el canal seguro de comunicación, utilícelo olvidándose de prejuicios.

- Elija el sistema de comunicación preferido por la persona sordociega: la lengua oral, la lengua de signos, la escritura en la palma de la mano con mayúsculas o el dactilológico, con los gestos naturales.
- Hable en un tono normal y no sustituya el lenguaje verbal por gestos.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	75

**SI TIENE RESTO VISUAL:**

- Mire de frente a la persona a la que se dirige la palabra o signo.
- Hable despacio y vocalizando y/o signando dentro de su campo visual.
- Utilice otras palabras en el caso de que la persona no comprenda inicialmente.
- Escriba en letras mayúsculas con rotulador negro sobre papel si no le entienden ni de forma oral ni signada.

**SI NO TIENE RESTO VISUAL:**


- Haga uso del tacto como canal de comunicación.

**EN AMBOS CASOS:**

- Asegúrese de que ha comprendido bien. Cuando no existan signos convencionales, se pueden y deben buscar signos para las situaciones más frecuentes con el fin de agilizar la comunicación.
- Establezca turnos. Hágale saber cuándo puede hablar.
- Adopte una actitud comprensiva y paciente respeto a las dificultades de habla, escucha y visión de la persona discapacitada.
- Despídase explicando su ausencia o interrupción.
- Coloque a la persona sordociega próxima a un referente en el espacio, cómodo y seguro, cuando se despidiera orientándole sobre dónde está.
- Salude a la persona sordociega siempre que se la encuentre de nuevo.
  - Busque la colocación y condiciones adecuadas.
  - Describa el entorno en que se encuentra la persona.
  - Muestre tangiblemente dónde se encuentran los objetos y de precisarlos en varias ocasiones, no los cambie de lugar.

**DISCAPACITADOS FÍSICOS**


- Presente siempre una actitud de colaboración para cubrir todas aquellas actividades que la persona no pueda realizar por sí misma.
- Elimine la necesidad de cubrir largas distancias.
- No obstaculice los itinerarios.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	76

- Ajuste su paso al de la persona discapacitada.
- Ayúdele si ha de transportar objetos, carteras,...
- Facilite el alcance de los objetos de uso frecuente situándolo a una altura que permita el acceso por la persona en silla de ruedas, que no le obligue a un esfuerzo excesivo o a adoptar posturas forzadas.
- Si va a mantener una conversación con una persona que vaya en silla de ruedas, y este dialogo dura varios minutos, sitúese a la altura de sus ojos, en la medida de lo posible, y sin posturas forzadas. Asi se evitan situaciones incómodas para ambas partes.
- Si conversa con una persona durante un paseo procure no situarse detrás de la silla sino a un costado de la misma, dentro de su campo visual.
- Esté atento a las capacidades del usuario. Algunas personas pueden caminar con algún elemento de ayuda pero utilizan la silla para desplazarse más rápido y no realizar grandes esfuerzos.
- Procure que las personas que usan muletas o sillas de ruedas las puedan dejar siempre al alcance de la mano. Lo más adecuado sería que pudieran permanecer en la propia silla de ruedas, no cambiarles a otro asiento. Pero cuando el usuario de la silla la deje por cualquier circunstancia, no la aleje de su alcance.
- Si el saludo a una persona discapacitada mediante un apretón de manos no es posible o resulta muy delicado realice cualquier otro gesto que denote un acercamiento según el grado de cercanía que corresponda, desde una breve palmadita en el brazo hasta un abrazo. Si la persona tiene amputado el brazo derecho no dude en saludarle estrechando su brazo izquierdo por lo que usted también deberá hacerlo con esta mano.

#### DISCAPACITADOS PSÍQUICOS:


- Muestre disposición de empatía hacia el enfermo mental e inclusión en el grupo de compañeros o resto de participantes.
- No se refiera a su discapacidad infantilizando innecesariamente conversación, gestos, etc.
- Si no le entienden, pruebe a decir de nuevo lo mismo pero empleando otras palabras.

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT.900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	77

- Mantenga ordenadas las distintas superficies de trabajo y/o las áreas donde sea preciso que desarrolle algún tipo de actividad. Coloque los materiales según el orden y/o frecuencia de uso y al alcance de la mano, si es posible.
- Ubique su espacio de actuación, si el acto así lo requiere, en áreas donde se limiten las posibilidades de distracción sin que ello suponga aislar a la persona.
- De instrucciones concretas utilizando un lenguaje sencillo y actuando como modelo para el aprendizaje de la tarea. Tenga en cuenta las posibles limitaciones para el mantenimiento de la atención.
- Aplique refuerzos verbales positivos respecto a sus actuaciones.
- Evite situaciones de estrés y urgencia temporal.
- En el caso de dar instrucciones, que éstas sean concretas, utilice un lenguaje sencillo. Repita las instrucciones sin mostrar desagrado, hágalo despacio. Cuidado con levantar la voz, es una tendencia muy general pero sin fundamento.
- Utilice material escrito como recordatorio de tareas y/o datos importantes.
- Adopte una actitud comprensiva y paciente respecto a sus dificultades de comprensión y aprendizaje.
- Las instrucciones de funcionamiento de cualquier tipo de instalación o instrumento que precise utilizar han de ser cortas y fáciles de recordar. Se pueden incluir símbolos, iconos o pictogramas, que muestren secuencias de los procedimientos a seguir.
- Los intervalos de espera en el funcionamiento de instrumentos ha de ser suficientemente amplio como para permitir que los usuarios más lentos puedan ejecutar las instrucciones.

#### OTRAS DISCAPACIDADES

- No infantilice su trato ante personas de baja talla. No prejuzgue su capacidad intelectual.
- El tamaño de las piernas en las personas con enanismo da lugar a una longitud de paso muy corta por lo que deberá aminorar el ritmo al desplazarse y acomodarse al que pueda seguir esta persona.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	78

- Con personas que presentan dificultades en la comprensión, sea lo más sencillo posible en su conversación, asegurándose de que ha sido comprendido. De existir otras discapacidades no apreciables o difíciles de observar (reacciones alérgicas, dietas especiales,...) solicite directamente a la persona afectada información acerca de las soluciones que pueden paliar su situación o sobre el modo de trato de las mismas.

## TÉCNICAS DE ACOMPAÑAMIENTO


### GUÍA DE ACOMPAÑAMIENTO

En primer lugar hay que saber que son las personas discapacitadas, especialmente aquellas que no tienen resto visual, las que se apoyan o sujetan del brazo del acompañante y no al contrario. No es correcto tomar del brazo a esta persona ni obligarle con ello a realizar determinados movimientos o giros.

#### *PERSONAS CIEGAS O DEFICIENTES VISUALES*

Para servir de ayuda a las personas ciegas o deficientes visuales podemos señalar que la técnica funciona como se indica:

- Le ofreceremos al discapacitado visual nuestro brazo. Sería aún más adecuado preguntarle por sus preferencias para favorecer su movilidad, esto es, ofrecerle el brazo derecho o el izquierdo. Si la persona a la que acompañamos es bastante más alta que nosotros, seguramente preferirá apoyarse en nuestro hombro. En ese caso las indicaciones verbales serán más necesarias. Si es bastante más baja puede resultarse más cómodo agarrarse a nuestra muñeca. A los niños es preferible cogerle la mano.
- Nuestro brazo irá levemente doblado y separado del cuerpo pero de modo natural, sin llevar una postura forzada.
- La persona ciega o discapacitada visual se sujetará por la parte más aproximada al codo.
- Como acompañante se abrirá el paso y se irá ligeramente más adelantado que la persona ciega lo que permitirá avisarle de los movimientos que ha de hacer ante posibles obstáculos.
- El guía debe adecuar su paso al de la persona con deficiencia visual para permitirle un desplazamiento cómodo y seguro.
- Al aproximarnos a un espacio más estrecho o para atravesar una puerta llevaremos nuestro brazo ligeramente hacia atrás con lo cual la persona ciega entenderá que ha de colocarse justo detrás nuestro para poder pasar

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	79

bien. Si la persona con deficiencia visual no conoce la técnica puede ser necesario indicárselo verbalmente.


- Al aproximarse a una escalera le informaremos. No hace falta facilitar datos completos sobre ésta sino únicamente avisar del comienzo y del final de la misma. Tampoco es necesario avisar si son de subida o bajada ya que lo percibirá por nuestro movimiento. Es importante abordar los escalones o escaleras en perpendicular.
- Para informarle sobre el sitio en el que se va a sentar, siempre que sea posible nos acercaremos por el respaldo y colocaremos su mano sobre éste.
- Informaremos de cualquier incidente u obstáculo. Se dirá si ha de dar un paso largo para sortear un charco o un bache, si un escalón que se ha de sortear tiene una altura superior a la normal, o cualquier otra cuestión que se presente, pero sin detalles innecesarios, no es precisa una descripción exhaustiva salvo que ella lo demande. No hemos de olvidar que la persona con discapacidad visual precisa la mayor información posible acerca de su entorno; la descripción y el lenguaje pictórico resultan de gran utilidad para compensar las reseñas que nos proporciona la vista.

### *GUÍA DE SILLA DE RUEDAS*

Para ayudar a una persona discapacitada física, que se desplaza con silla de ruedas hemos de tener en cuenta":

- Tanto en el ascenso como en el descenso de una rampa, el acompañante debe ir por detrás de la silla. En el descenso debe controlar la repercusión del movimiento en el tronco del usuario de la silla ya que la zona cervical puede resultar afectada y si la pendiente es pronunciada la persona puede perder la estabilidad.
- En el traslado nunca debe imprimirse un ritmo muy rápido, cualquier desnivel en el suelo bloquearía las ruedas delanteras inclinando la silla hacia delante con el riesgo de caída del usuario.
- Al descender dos o más peldaños, sostenga la silla y eleve las ruedas delanteras equilibrándola sobre las traseras y baje escalón por escalón. Debe realizar una pausa entre peldaño y peldaño, su cuerpo actuará como freno y evitará saltos innecesarios y, proporcionará seguridad a su ocupante.
- En caso que la persona sea pesada, ha de recurrir a una tercera persona para que colabore con el control del descenso desde adelante para evitar deslizamientos y accidentes.



	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	80

- En el ascenso de un peldaño, colocar las ruedas pequeñas por encima del peldaño y elevar las traseras con un simultáneo impulso hacia delante. o Cuando hay más de un peldaño, coloque al usuario de espalda a la escalera y traccionando hacia arriba, suba peldaño por peldaño. Esta recomendación también es válida en caso de ayudar a personas con mucho peso.
- Siempre habrá de asegurarse de que, tanto en el ascenso como en el descenso, las ruedas se apoyen de forma simultánea en el suelo y/o peldaños.
- Nunca deberá levantar la silla por las partes desarmables y móviles como los apoyabrazos.
- En todo momento ha de evitar golpear las ruedas delanteras contra el borde.
- En cualquier momento no deberá empujar, tirar o girar la silla de ruedas sin prevenir a su ocupante.

Si debe traspasar a una persona a otra silla, esto es, dejar su silla de ruedas para acomodarse en otro asiento de una sala o para acceder a un vehículo, podemos ayudarle siguiendo las pautas que se detallan seguidamente, siempre que este usuario lo precise.


En cualquier caso siempre habrá de observar que:

- La silla de ruedas ha de estar en posición correcta para el traslado y próxima al asiento al que se va a trasladar.
- Los apoya-pies están plegados y la silla está frenada.

Las personas con buenos valores funcionales en los miembros superiores pueden realizar los trasposos desde su silla a otra o a un vehículo sin mucha dificultad, incluso de manera autónoma siga las indicaciones que la persona le transmita acerca de la forma que encuentra más adecuada para sentirse segura o del esfuerzo que es capaz de realizar.

### *INTERPRETES DE LENGUA DE SIGNOS*

Especialmente en los actos en los que se prevea la participación de personas sordas se ha de cuidar que esté presente un Intérprete de Lengua de Signos (I.L.S.) pues de lo contrario estaríamos privando o excluyendo a estos invitados que no podrían seguir su desarrollo ni tampoco comunicarse con el resto de participantes con total normalidad a pesar de que sean capaces de efectuar una buena lectura labial.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	81

El intérprete es un profesional que conoce y domina tanto la lengua oral como la lengua de signos, siendo capaz de transmitir mensajes en una y otra lengua y que, en cumplimiento de su código deontológico, desarrollará su trabajo con arreglo a los principios de neutralidad, confidencialidad y fidelidad.

Los I.L.S. en todo momento evitan actitudes que presupongan custodia, consejo o control. Además mantienen continuamente una actitud neutral sin exponer opiniones ni sentimientos personales e interpretan lo más fielmente posible la totalidad de lo expresado incluso las posibles cuestiones anecdóticas.

## INTERPRETES PARA PERSONAS SORDOCIEGAS

Las personas sordociegas precisan contar con la figura de un guía intérprete.

El intérprete, debido a sus especiales circunstancias se situará siempre a su lado - la postura más cómoda será con ambos interlocutores sentados frente a frente - con objeto de poder transmitir la información a través de los gestos que realiza en sus manos.

### *OTROS LENGUAJES*

En este capítulo se detallan las características de los lenguajes que por un lado, utilizan habitualmente las personas ciegas - El Braille - y por otro, el que utilizan las personas con deficiencias auditivas - La Lengua de Signos Española.

Además se muestran algunos métodos Utilizados por personas sordociegas en sus procesos de comunicación.


### *BRAILLE*

Se habla del Braille como sistema de comunicación de las personas ciegas y deficientes visuales. Por esta razón y para lograr un conocimiento básico de su escritura y lectura, se describen seguidamente algunas nociones sobre el mismo.

El sistema Braille es un código, en relieve, que permite leer el alfabeto, los números y los signos musicales y de puntuación. Se compone de sesenta y tres signos, o sea, sesenta y tres combinaciones de puntos que componen el dominó básico de seis.

Para facilitar la descripción de los signos por separado se han enumerado convencionalmente los puntos, los de la columna de la izquierda se numeran 1-2-3 de arriba abajo y los de la mano derecha 4-5-6.

1	4
2	5
3	6

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	82

La letra "a" es el punto 1, la "b" los puntos 1-2, la "c" los puntos 1-4 y así sucesivamente las diez primeras están formadas por los cuatro puntos de arriba; las diez siguientes las comprenden las 10 primeras repetidas más el punto 3, a las 10 siguientes se les incorpora el punto 6 18. Los números se representan por las 10 primeras letras precedidas de un signo numeral (el 3,5,6).

Por supuesto se puede escribir con el ordenador y programa habitual e imprimir el documento con una impresora braille, pero aquí se describen las pautas para escribir manualmente, de modo que cualquier persona que deba comunicarse con un discapacitado visual pueda hacerlo sin grandes complicaciones.

Para la escritura se utiliza bien la máquina "Perkins" o bien la regleta (o pautas que son más pequeñas). Estas últimas son una especie de reglas gruesas con agujeros o casillas, los llamados cajetines, donde se va presionando con un punzón para obtener un punto en relieve en el papel grueso colocado sobre ellos y que se ha fijado mediante un marco.

Al escribir en braille con una pauta o regleta lo que hacemos es marcar una determinada combinación de puntos en el papel de modo que al darle la vuelta, estos quedan en relieve. Por lo tanto, para escribir presionamos para marcar los puntos de derecha a izquierda.


De este modo, al escribir comenzamos por la primera celdilla de la derecha, es decir, escribimos las letras en espejo, para que al darle la vuelta podamos leerlas correctamente. Así pues, para la escritura en pauta la numeración del cajetín es la siguiente

4	1
5	2
6	3

El braille con una máquina de escribir, con "Perkins" (nombre por el que se conoce por ser la marca más utilizada), es más fácil porque evita la escritura en espejo de las letras y es un instrumento rápido que además ofrece mayor calidad de lectura.

## LENGUA DE SIGNOS ESPAÑOLA

El lenguaje de signos por el que se comunican las personas sordas asigna a cada palabra o gesto un signo. De no existir, la palabra a traducir se deletrea; a cada letra del abecedario le corresponde una determinada postura de la mano y dedos, e incluso un determinado movimiento. De ello se deduce que el proceso de comunicación con personas sordas requiere el dominio de estas técnicas y generalmente, salvo las personas que se desenvuelven de modo habitual bien por

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	83

razones familiares o por razones laborales con estos discapacitados, no se domina este lenguaje.

Así para poder establecer un buen proceso de comunicación es precisa de la presencia de intérpretes.

## LENGUAJES UTILIZADOS POR PERSONAS SORDOCIEGAS

En ocasiones, los sordociegos también se comunican a través de la escritura ya sea en tinta (si tiene resto visual) o en braille.

Otras veces se comunican mediante:

### 1.-Sistemas alfabéticos:

*Dactilológico:* Consiste en deletrear cada letra del mensaje sobre la palma de la mano de la persona sordociega. Los cambios de posición de los dedos se acompañan de ligeros movimientos de la mano.

*Sistema de letras mayúsculas:* Consiste en dibujar sobre el centro de la palma de la mano de la persona discapacitada las letras del alfabeto, en mayúscula.

*Tablillas de comunicación:* Son unas tarjetas en las que están impresas las letras mayúsculas en vista y relieve, bien contrastadas sobre el fondo y debajo su transcripción en Braille, de forma que cogiendo el dedo de la persona sordociega y haciéndola tocar las letras que componen el mensaje pueda comprenderlo.

*Tarjetas de comunicación con mensajes puntuales a otras personas.* Son del tipo "Por favor, ayúdeme a cruzar"; frases claras y directas que admiten como única respuesta la acción sugerida.


### 2.- Sistemas no alfabéticos (signos o símbolos)

*Lengua de Signos:* La misma lengua que utilizan las personas sordas siempre que posean un resto visual. También se puede realizar con apoyo táctil.

*Símbolos:* Cosas que representan convencionalmente a otra. Ej.: Olivo = Paz.

*Labiolectura.* Es el método que permite al sordociego entender lo que el hablante dice, mediante la identificación de los movimientos de sus labios.

*Tadoma:* Es un método para aprender a hablar por medio de la vibración pero también para entender el discurso de otros, para lo cual colocarán sus manos en la cara del hablante.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	84

**OTROS ASPECTOS:**

**COMO FIRMAR SOPORTES Y FACTURAS DE ATENCIÓN:**

Utilizar tarjetas guías de firmas o situar la mano de la persona ciega o discapacitada visual en el punto del documento donde ha de estampar su firma,

**SEGURIDAD EN EMERGENCIAS:**

Se debe preveer en coordinación con los máximos responsables de esta área:

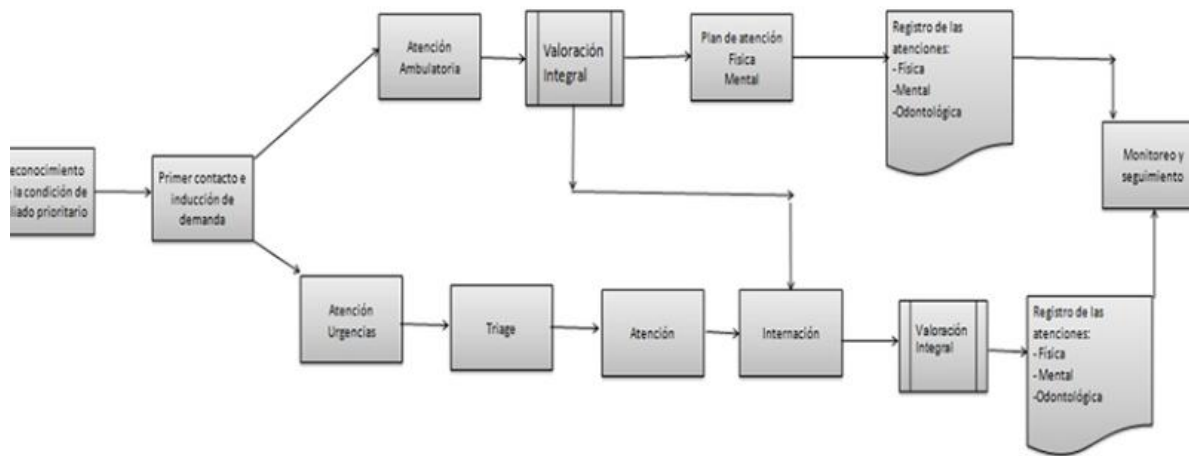
- Alertas visuales y sonoras.
- Personas encargadas específicamente de la evacuación de determinado discapacitado.

Las medidas de seguridad nos aconsejan que la reserva de plazas para minusválidos se haga en las filas inmediatas a las puertas por si fuera necesaria una evacuación, Las rutas accesibles a salidas de emergencia deben estar marcadas mediante sistemas de avisos visuales, táctiles y auditivos.

El sistema de alarma auditivo debe tener la suficiente intensidad y frecuencia para llamar la atención de personas con pérdida parcial de audición.


## 12. PROTOCOLO DE ATENCION POBLACION ADULTO MAYOR

En Pasto Salud ESE se tiene por objeto realizar atención en salud a las personas adultas mayores de forma tal que puedan acceder a una atención preferencial, agil y oportuna de acuerdo con las normas expedidas por el SGSSS, desarrollando todas las acciones relacionadas con las normas y guías de obligatorio cumplimiento y orientar la atención basada en un modelo de Atención Primaria en Salud.



Pasto salud ESE deberá garantizar atención prioritaria a la población adulta mayor del municipio de Pasto con estrategias de demanda inducida que les permita disfrutar los servicios de Salud con Calidad, calidez y eficiencias.


Cuando la entrega de los medicamentos requeridos por la persona mayor se realice de manera incompleta, Pasto Salud deberá coordinar y garantizar su entrega en un lapso no mayor a 48 horas

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT. 900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	86


## BIBLIOGRAFÍA

- Resolución 412 del 2000.
- Manual de estándares de acreditación en salud, Ministerio de la Protección Social, Resolución 123 de 2012.
- Anexo técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ley 1448 del 10 de junio de 2011 víctimas de conflicto armado.
- Plan decenal de salud Pública 2012-2021
- Aaron L, Dallaire DH. Parental incarceration and multiple risk experiences: Effects on family dynamics and children's delinquency. Journal of youth and adolescence. 2010; 39(12):1471-84.
- Instituto Nacional de Salud, O. NO. (2013). Metodología de análisis de información en salud. Bogota.
- Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. Lancet. 2011; 377(9769):956-65. Epub 2010/11/26.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Directrices para la caracterización, ejecución, seguimiento y evaluación de los procesos para la Gestión de la Salud Pública.
- Social, M. d. (2013). Análisis de Situación de Salud de la Población Privada de la Libertad, Colombia. 2013. Bogotá.
- Comisión Coordinadora, del Sector Justicia, Unidad Técnica Ejecutiva, LEPINA, ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, 2010, primera edición.
- Discriminación a la Homosexualidad, Susana Cancino, Raúl Sánchez, Carolina Pérez, Universidad del Valle de México, 2011, Primera Edición.
- Ministerio de Salud, Lineamientos de abordaje en salud a la población LGBT, 2012. primera edición.




	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	87

- Ministerio de Salud, Política Nacional de Salud, 2009.
- Ministerio de Salud, Política de Salud Sexual y Reproductiva, julio de 2012, primera edición.
- OPS/OMS, SIS, Consulta Situacional en acceso a la Salud de la Comunidad LGBTI jóvenes, octubre 2013.
- OPS/OMS, PEPFAR, USAID, WAS, WPATH, Walter Bockting, Jo Anne Kietley, Agosto, 2013, Por la salud de las personas Trans, Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica.
- Blanco, Rosa Ma , Luengo Soledad, Martínez, Justo y otros, "Accesibilidad en el Medio Físico para personas con ceguera o deficiencia visual", Ed. ONCE -Colección Guías, 1994
- Goffe, Gaynor y Ravenscroft, Anna, "Taller de Caligrafía", Ed. Kónemann, 1994.
- Díaz Aledo, Loles, "Vivir con Discapacidad - Guía de Recursos", Ed. Escuela Libre Editorial - Fundación ONCE, 1999
- Campagnolle, Sergio Hugo, "La Silla de ruedas y la actividad física" - Ed. Paidotribo, 1999.
- "Trabajo y discapacidad, cuestión de derechos - Guía para miembros de tribunales" - Ed. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT - Producción Consuldis, S.A.; 2001.
- "Trabajo y discapacidad, cuestión de derechos - Guía para personas sordas - Acceso al empleo público" - Ed. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT - Producción Consuldis, S.A., 2001.
- "Guía orientativa para el desarrollo de la labor del Intérprete de Lengua de Signos Española (I.L.S.E.) en Centros Educativos" - Ed. CNSE y la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, 2000.
- "Accesibilidad en el Medio Físico para Personas con Ceguera o Deficiencia Visual"- Colección Guías- Ed. ONCE, 1994.
- "Las Barreras en Andalucía"- Informe Especial al Parlamento del Defensor del Pueblo Andaluz, 1994.

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT.900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	88

- "Tecnologías de la información y la discapacidad", Ed. Manuel Fernández de Villalta, Colección Estudios y Documentos, 1988.
- Muñoz, Santiago - Hermoso, Julio y otros "La integración social de los minusválidos", Ed. Libre Editorial, Madrid, 1993.
- Muñoz, Santiago - de Lorenzo, Rafael y otros "Código Europeo de las minusválidas", Ed. Libre Editorial, Madrid, 1996
- Sir Cultra Mackenzie, "La escritura Braille en el Mundo" — Ed. UNESCO, 1954
- Alberte, José Ramón, Benedit, Ma Jesús y otros, "Manual de Educación Especial" -. Ed. Anaya, 1989
- Valenzuela Delgado, José Carlos - "Las Discapacidades en el Protocolo", Ed. Protocolo- Colección Nuevo Protocolo, 2001
- "Actas de la IV conferencia Estatal de las Personas Sordociegas"- Ed. Asociación de Sordociegos de España, 2001.
- Fondation de France - ICOM, "Museos abiertos a todos los sentidos - Acoger Mejor a las Personas Minusválidas", Ed. Ministerio de Cultura - ONCE, 1994.

Fin del documento.

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>PASTO SALUD E.S.E</b> <small>NIT. 900091143-9</small>	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y POBLACION CON CARACTERISTICAS PARTICULARES</b>			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PT-APV	6.0	89

ACTUALIZADO POR.

JANETH NARVAEZ FIGUEROA  
Enfermera

REVISADO POR.

JAVIER ANDRES RUANO GONZALEZ  
Subgerente de Salud e Investigación

APROBADO POR.

ANA BELEN ARTEAGA TORRES  
Gerente