

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DE SALUD

El Policlínico es la unidad básica de la APS que planifica, organiza, desarrolla, controla y evalúa las acciones dirigidas a la formación, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, familias y la comunidad, en un espacio geodemográfico determinado que es el área de salud basada en programas y en el análisis de la situación de salud, con participación social y comunitaria.

Es la institución responsable con la atención médica integral, dispensarizada, dirigida a las personas, familias, grupos escolares y laborales y con el liderazgo en la intervención Inter. Sectorial en la salud comunitaria y ambiental. Su objetivo es mejorar el estado de salud de la población a través de la prestación de servicios de mayor calidad con los recursos disponibles, al aplicar tecnologías más avanzadas, se proyecta a la comunidad a través del **PROGRAMA DE TRABAJO DEL MÉDICO Y LA ENFERMERA DE LA FAMILIA.**

Entre las estrategias de desarrollo de ubicó en primer lugar el perfeccionamiento de la APS y los programas priorizados son:

- ❖ Atención Materno-Infantil.
- ❖ Control de enfermedades Trasmisibles.
- ❖ Control de enfermedades No trasmisibles.
- ❖ Atención al Adulto Mayor

Los grupos dispensariales establecidos son los siguientes:

- Grupo I: personas supuestamente sanas: las que no tienen riesgo, daño a la salud ni discapacidad y son capaces de enfrentar de manera equilibrada los problemas de la vida cotidiana con autonomía y responsabilidad, según las etapas del crecimiento y desarrollo.
- Grupo II: personas con riesgos: las que están expuestas a condiciones que de no ser controladas, aumentan la vulnerabilidad a sufrir daños a la salud individual o familiar, disminuyendo la capacidad de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana.
- Grupo III: personas enfermas: las que tienen diagnóstico de enfermedad no trasmisible o trasmisible.
- Grupo IV: personas con discapacidades o minusvalía: las que tienen diagnóstico de discapacidad.

La evaluación de la salud familiar se basa en:

- ✓ La estructura y composición de la familia: lo que permitirá identificar si se trata de una familia nuclear, extensa o ampliada.
- ✓ Condiciones materiales de vida: evaluar la satisfacción familiar con los ingresos económicos, las condiciones de vivienda, la existencia de equipos domésticos y el nivel de hacinamiento.

- ✓ Salud de los integrantes de la familia: se tendrá en cuenta la situación de salud de los individuos a partir del análisis de los elementos sanógenos, los riesgos, los daños o discapacidades presentes.
- ✓ Funcionamiento familiar: se evaluará el cumplimiento de las funciones básicas de la familia y la dinámica de las relaciones internas.

Premisas para garantizar la calidad en la atención médica integral y familiar.

- Trabajar en equipo.
- Considerar la promoción de salud como la actividad rectora de la medicina familiar.
- Aplicar enfoque biopsicosocial, sanológico y familiar al atender a las personas.
- Explicar a la familia las acciones para mantener el estado de salud actual.
- Estimular la autoresponsabilidad.
- Considerar los aspectos éticos.
- Ver la dispensarización como un proceso de atención, no como un registro, informando al paciente la importancia del control sistemático para mantener la calidad de vida.
- No trabajar por programas, sino trabajar por problemas.
- Priorización de la atención médica.
- Centrar la atención del anciano en lo que más limita su calidad de vida, que son los factores relacionados con el funcionamiento, el validismo y las condiciones sociales o de dependencia.
- Ser un proceso de aproximaciones sucesivas, donde cada contacto individual es una oportunidad para intervenir en la familia y viceversa.
- Considerar la salud bucal como parte de la salud general de los individuos.

EL TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR DE LA SALUD EN CUBA TIENE COMO PREMISAS:

- ✓ Intervenir en todos los problemas sociales que afecten el proceso salud-enfermedad.
- ✓ Aportar elementos sociales al equipo multidisciplinario que le permitan utilizarlos en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, siendo fundamental la promoción de salud que garanticen calidad de vida.

LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL en el PROGRAMA DEL MÉDICO DE LA FAMILIA.

El trabajador social en este programa constituye el eslabón fundamental para la identificación de los problemas sociales que afecten al individuo, familia, grupo y comunidad, a través del diagnóstico social.

METODOLOGÍA PARA LA ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

1. Realizar tareas de Organización, Control, Asistenciales, Supervisión, Asesoría y Docencia.
2. Educar, capacitar y asesorar al personal del Policlínico y a usuarios acerca de la accesibilidad a los servicios de salud y extra-sectoriales que garanticen atención eficaz y oportuna para lograr satisfacción en la atención.
3. Evaluar, definir, otorgar y controlar la ayuda social a los que lo necesiten tales como:
 - Medicamentos exentos de pago (Res. 93 y 105)
 - Ayudas técnicas exentas de pago (Res. 93 y 105)
 - Solicitudes de instituciones psiquiátricas de larga estadía(Res. Conjunta 1 CETSS – MINSAP)
 - Solicitudes de Ayudas Técnicas como :sillas de ruedas, camas fowlers y otras (Res. 135 del año 1975)
 - Otorga y controla los paquetes de Servicios Básicos (Sanitarios y Sociales), Complementarios (Hogares de Ancianos, Casas de Abuelos, Centros Médicos Psicopedagógicos, Servicios Transitorios o de Respiración) y de Excelencia (Viviendas Protegidas, Servicios de Tele asistencia) (Res. Conjunta 1 y Normativas Metodológicas)
4. Identificar y asegurar la atención, seguimiento y control de los grupos vulnerables del Área de Salud, identificando los problemas sociales que afecten a la familia y a la comunidad.
 - a. Mujeres en riesgo social preconcepcional
 - b. Madres solas con problemas sociales.
 - c. Recién nacidos con riesgo social (niños con trastornos del desarrollo y enfermedad crónicas. Niños con cáncer y otros)
 - d. Adolescentes con trastornos del comportamiento
 - e. Adultos Mayores frágiles y en estado de necesidad
 - f. Personas con Graves Discapacidad.
 - g. Portadores de VIH y SIDA.
 - h. Oncopediatría.
 - i. Personas con Enfermedades en Estado Terminal.
 - j. Personas con Alcoholismo y otras adicciones.
 - k. Pacientes Psiquiátricos que son atendidos en los Centros Comunitarios de Salud Mental
 - l. Pacientes Psiquiátricos de Larga Evolución
 - m. Casos de Violencia Intrafamiliar e infantil
 - n. Casos atendidos por Prevención social
 - o. Centenarios
 - p. Atención a Combatientes de la Revolución
 - q. Asociaciones de personas con discapacidad (ANCI, ANSOC, ACLIFIM)
5. Realizar encuesta para evaluar la calidad de los servicios y satisfacción de los usuarios.

6. Realiza trabajos investigativos y de docencia.
7. Educar, orientar y capacitar al personal del Policlínico y a usuarios acerca de la accesibilidad a los servicios de salud intra y extra-sectoriales que garanticen atención eficaz y oportuna para lograr satisfacción en la atención.
8. Participar con el GBT en los entrenamientos y la capacitación en los aspectos sociales de médicos, enfermeras, técnicos y otros profesionales.
9. Definir la prioridad de los recursos que se disponen.
 - a. Prestación de servicios.(taxis, SIUM, servicios necrológicos, cuidadores, jabón, hule y tela antiséptica, entrega de material gastable, cuidados al final de la vida, sillas de ruedas, camas fowlers y otras ayudas técnicas)
 - b. Ayudas económicas (Medicamentos exentos de pago, ayudas técnicas exentas de pago, asistentes sociales a domicilio, ayudas económicas, servicios tintorería, limpieza del hogar, solicitud de casa de visitas, solicitud de pasajes).
 - c. Ayudas en especie (Artículos para el hogar y de uso personal).
 - d. Servicios de barbería, peluquería, etc.
10. Buscar apoyo permanente de las Instituciones Sociales y redes de apoyo de la localidad (Consejo Popular, organizaciones de masas, organismos y organizaciones religiosas y fraternales) para la solución de los problemas sociales y los estados de necesidad de su comunidad.
 - ✓ Interrelación de los organismos locales para mejorar las condiciones estructurales y ambientales alrededor del enfermo y la familia.
 - ✓ Orientar en la búsqueda de asesoría jurídica y legal (Bufetes Colectivos) al enfermo y su familia cuando lo requieran.
 - ✓ Priorizar solicitud de atención en el hogar por el Médico y Enfermera de la Familia y otras especialidades de ser necesario para aquellos casos en particular de pacientes que se encuentren solos o carezcan de apoyo familiar
 - ✓ Garantizar el trámite de los paquetes de servicios que garanticen un mínimo de necesidades: confort, higiene, alivio del dolor y atención a otras necesidades fisiológicas y sociales en los cuidados al final de la vida.
 - ✓ Presentar periódicamente al Jefe del Servicio el informe en base al cumplimiento del Programa del trabajo realizado.
 - ✓ Desarrollar y participar en investigaciones.
 - ✓ Tomar decisiones a su nivel y realiza aportes como experto en la resolutivez de problemas socio-familiares y comunitarios con un plan lógico de recomendaciones.

PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

OBJETIVOS GENERALES:

- ✓ Mejorar la salud de la población de 60 años y más, aumento de la vida activa, mediante el tratamiento preventivo, curativo, y rehabilitador de este grupo.
- ✓ Crear una modalidad de atención gerontológica comunitaria que contribuya a resolver necesidades socio-económicas, psicológicas y biomédicas de los ancianos a este nivel.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.
- ✓ Prevenir o retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades a que éstas pudieran conllevar en su evolución.
- ✓ Garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad.
- ✓ Garantizar la rehabilitación de los adultos mayores a través de la rehabilitación de base comunitaria.

Estimular la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor, entre otros.

La expresión de servicios sociales y de salud, se utiliza para describir aquellas actividades organizadas cuyo objetivo es ayudar a la adaptación mutua entre los individuos y su ambiente social.

METODOLOGÍA PARA LA ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL en el EMAG.

Requiere de un trabajo de ejecución profesional, asistencial, docente, gerencial e investigativa que consiste en realizar actividades que posibiliten la intervención social a nivel comunitario que favorezcan las potencialidades sociales y autonomía del adulto mayor, su familia y comunidad.

TAREAS:

1. Realiza la evaluación social a todos los adultos mayores que evalúa el EMAG a partir de que:

Para la valoración social se debe tener en cuenta que el apoyo social influye en el funcionamiento y la salud de la población geriátrica siendo importante destacar que la mera existencia de relaciones sociales no es garantía de suministro de apoyo. Este apoyo social presenta diversas categorías: apoyo emocional, ayuda económica o material, ayuda en tareas o actividades, por tanto al evaluar el funcionamiento social del adulto mayor es imprescindible la estimación tanto de su apoyo emocional como instrumental.

Siendo los indicadores más utilizados la existencia, cantidad, frecuencia del contacto; la procedencia del apoyo (familia, amigos, vecinos); la percepción y grado de satisfacción en relación con este apoyo; los recursos económicos con que cuenta; el conocimiento y uso de los diversos servicios de salud.

La evaluación de la esfera social comprende un sistema de puntuación del 1 al 3 donde:

3. *Adulto mayor con adecuado funcionamiento familiar y no afectado por riesgos sociales significativos.*

2. *Adulto mayor en estado de fragilidad social:*

- Edad mayor de 80 años.
- Paciente con duelo complicado
- Paciente que se siente solo y no cuenta con grupos sociales para compartir
- Paciente con dificultades para la movilidad en el hogar y que presente barreras arquitectónicas
- Paciente solo sin redes de apoyo y sin dificultades para acudir al médico
- Paciente con ingreso personal entre \$75.00 y \$115.00
- Paciente con disfunción familiar
- Paciente con bajo nivel educacional (analfabeto o primario)

1. *Adulto mayor en estado de necesidad social:*

- Paciente con ingreso personal de \$74.00 o menos
- Paciente solo con dificultades para la movilidad en el hogar y presencia de barreras arquitectónicas
- Paciente solo que necesita cuidador y no lo tiene
- Paciente que necesita cuidador y éste se encuentre enfermo y/o tenga edad avanzada y/o trabaje y/o presente signos de agotamiento
- Paciente con disfunción familiar y/o evidencia de abuso y maltrato

El objetivo general de la valoración de estas cuatro esferas es elaborar una lista sencilla, actualizada y jerarquizada de los problemas del paciente, permitiéndose de esta manera el establecimiento de objetivos individualizados de la atención, siendo importante que los mismos sean factibles de cumplimentar, por cada uno de estos objetivos se adjudicará un responsable, pudiéndose establecer objetivos terapéuticos con marcos de tiempo para así monitorizar el progreso o la eficacia del tratamiento.

Este enfoque problémico permite la reevaluación del estado funcional, biomédico, psicológico y social del paciente en el tiempo y a partir de los nuevos hallazgos en la misma modificar el plan de manejo convenientemente.

2. Realiza el diagnóstico, análisis y seguimiento social de los pacientes involucrados.
3. Confecciona el Plan de Trabajo Mensual
4. Lleva y mantiene actualizado el Plan de Trabajo Individual

5. Recepciona al egresado del hospital para su evaluación y posterior actuación.
6. Ejecuta acciones de promoción, prevención y rehabilitación,
7. Promueve en la comunidad la solución de las necesidades sociales de sus pacientes.
8. Da a conocer los paquetes de servicios a pacientes, familiares y Equipo de trabajo
9. Lleva registro de centenarios y realiza su seguimiento mensual.
10. Participa en la discusión multidisciplinaria donde se establece el plan individual con el paciente y la familia.
11. Participa en el análisis de la situación de salud.
12. Planifica las consultas de evaluación, las re-consultas y las visitas de terreno.
13. Participa en las visitas programadas del equipo en la casa de abuelos para la evaluación del plan individual de rehabilitación de cada adulto mayor.
14. Responde por el cumplimiento de las intervenciones sociales aplicados a los adultos mayores frágiles, en estado de necesidad y sus familias.
15. Presenta el informe de su trabajo en la reunión del equipo.
16. Diseña y participa en programas docentes del área de salud dirigidas a la capacitación en temas de Gerontología. .
17. Realiza investigaciones que respondan a las demandas y necesidades de los adultos mayores del área de salud.
18. El Trabajador Social funciona dentro del equipo como el experto en materia de servicios y derechos del anciano, por lo que es el profesional que más puede aporta a la hora de realizar la toma de decisiones y un plan lógico de recomendaciones que contemple los servicios y apoyos sociales necesarios para un determinado anciano con múltiples problemas de predominio social.

PROGRAMA DE SALUD MENTAL

El *modelo comunitario de salud mental* se distingue, porque el problema salud-enfermedad se enfoca desde la concepción de campo de la salud y la multicausalidad de las enfermedades mentales. Así centra sus acciones no sólo en el daño o enfermedad y sus secuelas, sino que incluye los riesgos y determinantes. Es por ello que se dirige a promover y proteger la salud, prevenir las enfermedades mentales, atender a los enfermos psiquiátricos, a rehabilitarlos y a su reinserción social.

Las normas y procedimientos de *Trabajo Social en Salud Mental* tienen como objetivo general.

- ✓ Contribuir a elevar la calidad de vida y el grado de satisfacción de la población.
- ✓ Capacitar al personal técnico en el accionar de salud mental con proyección comunitaria de todos los niveles de atención.
- ✓ Normar la actividad de Trabajo Social en Salud Mental

METODOLOGÍA PARA LA ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL

- Realizar la Historia Social Psiquiátrica.
- Programar y realizar entrevistas:
- Participar en la discusión de casos:
- Integrar el pase de visita:
- Participación en actividades psicoterapéuticas.
- Participar en la Rehabilitación Psicosocial de pacientes de larga evolución.
- Labor intersectorial y de negociación.
- Participación en la docencia.
- Participar en las investigaciones programadas:
- Participar en actividades de superación, control, supervisión, y evaluación.

PROGRAMA MATERNO INFANTIL (PAMI)

OBJETIVOS:

- Control del riesgo preconcepcional para mejorar la salud reproductiva de la mujer y la pareja.
- Prevención y control del bajo peso al nacer.
- Prevención y control de la enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Promoción de la lactancia materna.
- Detección del cáncer cervico-uterino.

A continuación se exponen algunos de los problemas identificados como susceptibles de modificarse y que tienen gran influencia en los indicadores de salud materno-infantil. El cumplimiento de estas instrucciones contribuirá de manera decisiva a alcanzar una tasa de mortalidad infantil inferior a 7,0 x 1000 NV y materna de 3,7 x 10⁴ NV, que constituyen nuestros propósitos de trabajo.

- **RIESGO REPRODUCTIVO PRE-CONCEPCIONAL**
- **ABORTO**
- **ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO**
- **CESAREA**
- **BAJO PESO AL NACER**
- **SEPSIS (1)**
- **INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**
- **ACCIDENTES**
- **LACTANCIA MATERNA**
- **DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER CERVICO UTERINO**
- **ANOMALIAS CONGENITAS**
- **CANCER DE MAMA**

METODOLOGÍA PARA LA ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL:

La actuación del trabajador social está encaminada a contribuir en la integración de las acciones de salud los aspectos preventivos con los curativos, los biológicos con los sociales y los personales con los ambientales, interaccionando con el equipo de salud el trabajo con el individuo y su familia, buscando obtener un mayor grado de satisfacción en la población y la modificación de las condiciones socio-educativas inadecuadas.

- Participa junto al médico gineco-obstetra en la *Consultas de Planificación Familiar* para su actuación en la prevención de embarazos en la adolescencia, realiza evaluación social inmediata a los casos que se requiera por la urgencia social, dando seguimiento sistemático y aportando los resultados al equipo de salud dejando constancia de los resultados obtenidos en la Historia Clínica.

- Realiza estudio social a las mujeres que asisten por primera vez a la Consulta de Evaluación Integral a la Gestante con riesgo social y aporta al equipo de salud el resultado de la investigación y las acciones a realizar como caso social.
- Participa activamente en las *discusiones de mortalidad infantil*, aportando los elementos sociales que pueden contribuir en la determinación causal de la Morbi - Mortalidad.
- Interviene en la reunión de estrategias del Programa de Atención Materno – Infantil, aportando los elementos sociales de los casos en seguimiento de este programa, propiciando el análisis y la discusión para la toma de decisiones.

PLAN DE ACCIÓN NACIONAL PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

OBJETIVOS del programa:

El objetivo principal de este plan está dirigido a la promoción, coordinación y ejecución de políticas, estrategias, programas y servicios que permitan elevar la calidad de vida, la equiparación de oportunidades, la integración, la participación activa en la vida social y el desarrollo de autonomía e independencia personal al máximo posible. Además, pretende estimular y propiciar investigaciones científicas, así como la capacitación y formación de los recursos humanos vinculados al trabajo con la discapacidad.

También incluye la evaluación y seguimiento de este plan a través del cumplimiento de los indicadores, nivel de satisfacción y el impacto económico, social y ambiental.

Las áreas son:

- ❖ ÁREA 1: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO.
- ❖ ÁREA 2: EDUCACIÓN.
- ❖ AREA 3: INTEGRACIÓN EN LA VIDA ECONÓMICA.
- ❖ ÁREA 4: INTEGRACIÓN COMUNITARIA.
- ❖ ÁREA 5: ACCESIBILIDAD.

PROGRAMA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 4.1 Brindar cobertura de atención al 100 % de la población con discapacidad intelectual
- 4.2 Fomentar acciones de promoción de salud, prevención de riesgo de discapacidades, atención y recuperación de la salud en este campo.
- 4.3 Potenciar en los diferentes entornos acciones educativas, psicológicas y sociales a que favorezcan la integración familiar y comunitaria.
- 4.4 Garantizar el proceso de educación e instrucción que propicia el desarrollo de habilidades adaptativas funcionales a la población con discapacidad intelectual severa
- 4.5 Promover la formación e inserción laboral de las personas con discapacidad intelectual severa según potencialidades.
- 4.6 Promover la capacitación sistemática de profesionales, técnicos y personal relacionado con la atención a las personas con discapacidad intelectual y sus familias.
- 4.7 Desarrollar investigaciones científicas en el campo de la discapacidad intelectual por las diferentes disciplinas concurrentes, favoreciendo la generalización de resultados.

- 4.8 Proyectar investigaciones científicas en el ámbito del envejecimiento de las personas con diagnóstico de retraso mental, favoreciendo su integración en planes y programas de desarrollo.

PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD AUDITIVA

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Desarrollar actividades de educación para la salud en la prevención del déficit auditivo.
2. Fortalecer el programa de pesquisa auditiva en recién nacidos con riesgo y niños egresados de las terapias, e implementar una nueva estrategia que permita la pesquisa auditiva universal en las maternidades.
3. Realizar el diagnóstico y tratamiento médico-protésico-re-habilitador en etapas tempranas a los niños y niñas con pérdidas auditivas.
4. Realizar el diagnóstico y tratamiento médico-protésico y rehabilitador en la población de adultos jóvenes y adulto mayor.
5. Revitalizar el equipamiento para consolidar el desarrollo de los servicios de Audiología e introducir la utilización de las técnicas actualizadas para el estudio del vértigo.
6. Fortalecer la rehabilitación lingüística en todas las provincias.
7. Mejorar la estructura y el equipamiento de los Centros Auditivos.
8. Fortalecer los vínculos con Higiene del Trabajo que permitan realizar acciones para prevenir, diagnosticar y tratar la Discapacidad Auditiva inducida por ruido.
9. Mejorar la interrelación con el MINED y la ANSOC.
10. Desarrollar actividades de capacitación, acreditación e investigación.
11. Mejorar la calidad de vida de los sordos profundos con la adquisición de ayudas técnicas.

PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 3.1 Realizar actividades de promoción y prevención de la Discapacidad Visual
- 3.2 Detectar y confirmar precozmente la Discapacidad Visual
- 3.3 Realizar acciones de rehabilitación con las personas evaluadas con Baja Visión.
- 3.4 Garantizar la permanencia de los miembros del equipo multidisciplinario de baja visión para el adecuado funcionamiento de las Consultas en todo el país.
- 3.5 Asegurar la atención oftalmológica periódica a las Escuelas Especiales para los niños con discapacidad visual.
- 3.6 Capacitar el recurso humano.

3.7 Realizar investigaciones en diversas líneas relacionadas con la Discapacidad Visual.

PROGRAMA DE REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD (R.B.C.)

OBJETIVOS ESPECIFICOS del programa:

1. Formar o completar progresivamente los equipos de RBC con un carácter interdisciplinario e intersectorial
 2. Fortalecer la infraestructura de servicios de rehabilitación de la atención primaria de salud (APS) y la red de apoyo
 3. Formar y capacitar recursos humanos
 4. Realizar actividades de promoción y prevención de deficiencias, discapacidades y minusvalías (restricción de la participación)
 5. Detectar y dispensar por el médico la familia de las personas con deficiencias y discapacidades
 6. Asegurar la rehabilitación oportuna continua de las personas con discapacidades.
 7. Realizar investigaciones para incorporar nuevos conocimientos de la discapacidad y del proceso de la RBC.
- 4) nivel para el desarrollo del trabajo asistencias, docente e investigativo.

METODOLOGÍA PARA LA ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL:

- Desempeñar funciones de coordinación de las redes de apoyo informal.
- Determinar situaciones de desventaja económica y socio familiar que pueden restringir la participación (minusvalía) a las personas con deficiencias y discapacidades.
- Coordinar y viabilizar la solución de las desventajas de las personas para su integración social y laboral sustentando esta función en la gestión intersectorial y los grupos de autoayuda.
- Identificar los factores de riesgos sociales y ambientales de discapacidades y formular plan de acción para eliminarlos, modificarlos y evitarlos.
- Educar y orientar a la familia en la etapa de crisis que acontece con el surgimiento de discapacidades y minusvalías.
- Participar en actividades docentes e investigativas.
- Promover la incorporación de las personas con deficiencias y discapacidades a las Asociaciones (ACLIFIM, ANSOC, ANCI)

FUNCIONES DE LA ASOCIACIONES DE DISCAPACITADOS. (ACLIFIM, ANSOC, ANCI)

- ❖ Apoyarán en la detección de las personas discapacitadas.
- ❖ Brindarán información sobre necesidades no detectadas por el sector salud relacionadas con la atención médico quirúrgica, estomatológica, ayudas técnicas, prestaciones sociales, otras.

- ❖ Multiplicar entre sus miembros y otras personas discapacitadas aspectos de promoción, prevención de nuevas discapacidades y complicaciones, aspectos psicológicos y auto cuidado.
- ❖ Divulgar circulares, decretos leyes de salud relacionados con la atención a la discapacidad.
- ❖ Informar al equipo de la RBC sobre dificultades existentes con la incorporación de personas con discapacidad al estudio técnico o universitario relacionado con salud.
- ❖ Informar de la existencia de barreras arquitectónicas y urbanísticas.
- ❖ Fomentar entre personas discapacitadas y familiares la incorporación a las actividades culturales, deportivas, laborales y otras socialmente útil como parte del proceso de rehabilitación integral.
- ❖ Participar con salud y demás sectores en las investigaciones y otros eventos científicos locales vinculados a la discapacidad y rehabilitación.

FUNCIONES DE LA FAMILIA:

- Brindar ayuda a las personas discapacitadas sin protección.
- Participar en el proceso de rehabilitación.
- Estimular la autoestima.
- Fomentar la incorporación a actividades de carácter social y laboral.
- Eliminar o modificar la existencia de factores que dificulten la movilidad y la realización de las actividades cotidianas de las personas discapacitadas en el hogar y su entorno cercano tales como: barreras arquitectónicas, desniveles, obstáculos físicos, problemas de iluminación, falta de protectores en los baños y otras adaptaciones.
- Instruir en la auto atención.
- Evitar nuevas discapacidades y complicaciones.

FUNCIONES DE LA DIRECCION DEL TRABAJO:

- ◆ Ejecutar las indicaciones del programa de empleo para personas discapacitadas (PROEMDIS) vigente para los casos con posibilidades funcionales de trabajar en cualquiera de sus modalidades.
- ◆ Estudiar las personas con discapacidades y familias en desventajas económicas y sociales para otorgar las prestaciones sociales correspondientes.
- ◆ Coordinar con otras sectores enmarcados en el Consejo Popular para solucionar o mejorar otras problemáticas individuales o socio ambientales que afecten la calidad de vida e integración de las personas con discapacidad y su familia.

PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES TRASMISIBLES:

Se refiere al control de.

- ✓ Tuberculosis pulmonar (disminuir el 5% de la morbilidad nacional)
- ✓ Infecciones respiratorias (disminuir la morbilidad por IRA del anciano y mantener buenos indicadores en los menores de 5 años).
- ✓ Síndrome neurológico infeccioso.
- ✓ Hepatitis.
- ✓ Enfermedades de Transmisión Sexual (VIH/SIDA)
- ✓ Lepra
- ✓ Leptospirosis
- ✓ Inmunizaciones

Para responder al programa, en el área de salud, existe la comisión integrada por el Director(a), Vicedirector de Higiene y Epidemiología, Enfermera encuestadora, M.G.I., Psicólogo(a) y Trabajador(a) Social, quienes tienen la misión de la vigilancia de las ETS, el cumplimiento de la serología, la pesquisa de la población de riesgo, el control de las enfermedades transmisibles para continuar disminuyendo la mortalidad y controlar factores de riesgo para evitar brotes y epidemias.

PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES (9 de las primeras 10 causas de muerte corresponden a ellas).

Se refiere al control de:

- ✓ Enfermedades del corazón
- ✓ Tumores malignos
- ✓ Enfermedades cerebro-vasculares
- ✓ Asma bronquial
- ✓ Diabetes Mellitus
- ✓ Otras.

En el programa, las estrategias están encaminadas a aumentar las acciones intersectoriales en la que participan los principales grupos de especialistas e instituciones y enfatizar en la prevención y control de enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares, asma bronquial, diabetes Mellitus, neuropatía epidémica, alcoholismo y accidentes.

METODOLOGÍA PARA LA ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL.

- ✓ En ambos programas la intervención del trabajador social estará dirigida a la labor educativa, preventiva y de rehabilitación tomando acciones en la solución de los problemas sociales identificados en los casos de riesgo, orientando estilos de vida más saludables y ofreciendo apoyo social, con el

objetivo de mejorar la calidad de vida de estas personas y su integración laboral, familiar y social.

Bibliografía:

- ◆ Programas de Salud y Normas y procedimientos de la Dirección Nacional de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental. MINSAP. 2011.