



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: Ingrid Villarreal Sánchez

Nombre del tema: Necesidades y demandas de salud de las familias y las comunidades

Parcial: 1er. Parcial

Nombre de la Materia: Salud Publica

Nombre del profesor: Víctor Manuel Nery Gonzales

Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería

Cuatrimestre: 3er. Cuatrimestre

INTRODUCCION

En este ensayo hablaremos de los sistemas de salud y a realizar un seguimiento de las necesidades y actitudes de las comunidades y de las barreras que encuentran para acceder a la atención, Se definió como unidad de análisis a la familia, asumiendo que al menos La familia, a veces, no sabe lo que le pasa y, por tanto, tampoco-co que quiere, hay necesidades sin demandas explícitas. O en otras ocasiones, la expresión de una necesidad familiar.

Nos dice que se llevó a cabo un estudio transversal en una muestra de 1.200 familias adscritas a la UMF 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la ciudad de Tlaxcala, entre octubre de 1999 y marzo del 2000.

Se definió como unidad de análisis a la familia, asumiendo que al menos un 50% de las familias solicitan servicios una o más veces al año, y dado que no se contaba con una estimación de la frecuencia de los indicadores de necesidades de salud, se estableció una probabilidad de 50% con un nivel de precisión absoluta de 0,03, obteniendo un tamaño de 1.200 familias. Lo cual nos dice que fue construida por diferentes variables:

1. La estructura familiar, que se clasificó de acuerdo con la convivencia de generaciones (nuclear completa e incompleta, extensa completa e extensa incompleta), por el tipo de asociación (diádica: madre soltera, padre soltero, abuelo/a-nieto, tío/a-sobrino) y por relaciones situacionales (grupos multipersonales o unidades domésticas, como los individuos de 60 años que viven solos o adultos jóvenes o profesionales que viven de forma independiente, parejas o grupos de homosexuales).
2. La función de la familia se clasificó a través del Apgar familiar, que midió 5 áreas: comunicación, toma de decisiones, satisfacción, apoyo y aceptación (escala de 0-2), de tal forma que las familias se clasifican como disfuncionales (≤ 6 puntos) o funcionales (> 6 puntos)³
3. Los recursos familiares se midieron con el índice de nivel socioeconómico y se consideraron las variables de la vivienda.
4. Los factores de riesgo individual y familiar como: el cuidado de los menores de 5 años, la presencia de accidentes en el hogar y el antecedente de alguna muerte en la familia de un menor de 5 años.
5. Las variables relacionadas con los programas preventivos y las condiciones actuales de salud se tomaron por grupos específicos de edad, incluidos, en el grupo de los niños, el esquema de vacunación completo, los episodios de infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA) en los últimos 6 meses, la alimentación con lactancia materna y vigilancia de la salud del niño en los menores de un año.

Se llevó a cabo la validación cualitativa del cuestionario mediante su revisión por un comité de expertos de las áreas de medicina familiar, salud mental y salud pública, con sesiones independientes y posteriormente 5 sesiones conjuntas para la aprobación por consenso.

La información se obtuvo mediante visitas domiciliarias en las familias seleccionadas (previo consentimiento informado) por entrevistadoras previamente capacitadas. Se consideró como informante a un integrante de la familia mayor de 18 años que estuviera en el domicilio en el momento de la entrevista.

El análisis de la información se realizó mediante estadística descriptiva con el objeto de conocer las características generales de la población estudiada.

El presente estudio intentó evaluar las necesidades de salud mediante el diagnóstico de la salud de la familia, considerando sus diferentes aspectos (individuales y grupales).

Los resultados obtenidos revelaron las condiciones de salud de la población estudiada en relación con los factores de riesgo y la utilización de los servicios, tanto preventivos como curativos, además de conocer su salud y la estructura de la familia.

El concepto «necesidades de salud» se define como el grado de salud-enfermedad que los usuarios potenciales de los servicios de salud experimentan, y está dado por la estrecha relación entre las necesidades básicas del individuo (salud física, autonomía) y las necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica y en el trabajo, cuidado de la salud y educación), que a su vez están medidas y definidas por las condiciones sociopolíticas y culturales de cada población. Por lo tanto, este concepto tiene implicaciones importantes para establecer prioridades en la planificación y toma de decisiones en la provisión de servicios de salud.

Observamos que los datos sobre las condiciones de vida de la familia (vivienda, ambiente físico, acceso a la educación, disponibilidad de servicios) y sus factores de riesgo reflejan aspectos importantes que influyen en el patrón de comportamiento en relación con la demanda de los servicios y, por lo tanto, la satisfacción de las necesidades.

Habitualmente, el diagnóstico de las necesidades de salud en las unidades médicas es un diagnóstico de la demanda de atención, cuando se obtiene información de los registros de consulta médica sobre la población adscrita a la unidad médica. Sin embargo, no debemos perder de vista que la no demanda en la población no usuaria también refleja indirectamente otra parte de las necesidades de salud.

Esta limitación provoca que no haya una relación definida entre la identificación de las necesidades de salud y los servicios otorgados.

Observamos que el porcentaje de inmunización más bajo se obtenía en el grupo de 5 a 14 años, mientras que el grupo con mayor morbilidad por IRA y EDA fue el de los menores de un año.

Dos tercios de las mujeres en edad reproductiva tenían una vida sexual activa y utilizaban métodos de planificación familiar (dispositivos intrauterinos y oclusión tubárica bilateral, principalmente). La cobertura de los programas de detección de cáncer cervicouterino y cáncer de mama fue del 51,1 y el 36,9%,

respectivamente. Sólo el 25% de la población adulta se ha realizado las pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial. Además, el 10,9% del total de la población mayor de 15 años refiere tener alguna enfermedad crónica, y la diabetes mellitus ocupa el primer lugar

CONCLUSION:

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructurada que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia la comunidad.

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Bibliografía

VELAZQUEZ, M. S. (2018). *SALUD PUBLICA Y ENFERMERIA COMUNITARIA MANUAL MODERNO* .