

NECESIDADES EN SALUD: UNA REVISIÓN CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA

Teodoro Vizcaya¹ y Rafael Gásperi^{1,2}

¹Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". ²Departamento de Medicina Preventiva y Social. E mail teodorovizcaya@hotmail.com

RESUMEN

La variabilidad o dificultad de expresar certeramente el concepto de necesidad en salud obliga a la revisión sobre las diferentes posiciones en las concepciones sobre este constructo, para así poder dirigir acciones expeditas o eficaces cuando de satisfacer estos requerimientos se trate. Por ello se revisaron las publicaciones del tema y así determinar los supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos prevalentes para estudiar y definir necesidades en salud. Para garantizar la identificación de estudios en el tema, se aseguró de consultar sólo las publicaciones de revistas arbitradas e indizadas en el área y presentadas en diversas bases de datos. Como resultado de este reconocimiento se estudió un total de 26 artículos, veintitrés publicaciones abordaron el área de interés desde la aproximación cuantitativa o positivista y tres desde la aproximación cualitativa que intentaron captar la complejidad del fenómeno. Las variables más estudiadas fueron condición laboral, edad, sitio de procedencia y motivo de asistencia a los servicios de salud. Para su análisis se utilizó estadística descriptiva expresada en frecuencias absolutas o regresiones. Se puede concluir que persiste el abordaje positivista al momento de estudiar lo diverso en la interpretación de las necesidades humanas en salud y así mismo se percibe que no hay consenso ni patrón que defina la manera de priorizar su valoración.

Palabras clave: necesidades, salud, concepto, metodología.

HEALTH NEEDS: A CONCEPTUAL AND METHODOLOGICAL REVIEW

ABSTRACT

The difficulty of accurately express the concept of health needs requires the review of the different positions in the conceptions about this construct, in order to conduct effective actions to meet these requirements when concerned. So we reviewed the literature of the subject and determine the ontological, epistemological and methodological prevalent to study and define health needs. To ensure identification of studies on the subject, it was made sure to consult only the publications of peer-reviewed journals and indexed in the area and presented in various databases. As a result of this recognition, it was studied a total of 26 articles, moreover twenty-three publications addressed the area of interest from the quantitative or positivist approach and three from the qualitative approach that tried to capture the complexity of the phenomenon. The variables more studied were employment status, age, place of origin and source of assistance to health services. For the analysis, descriptive statistics expressed as absolute frequencies or regression. We conclude that persist a positivist approach when studying the diverse in interpretation of human needs in health and well it is perceived that there is no consensus or standard that defines how to prioritize their assessment.

Key words: needs, health, concept, methodology.

Recibido 20/ 06/2013. Aprobado 21/09/ 2013

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales obstáculos para la formulación de políticas en salud en las diferentes poblaciones es la carencia de información específica que describa las necesidades de salud de esos núcleos poblacionales. Pero esta acción encuentra obstáculos al inicio de la gestión, al detectar la variabilidad y multidimensionalidad de las definiciones del término y la manera de abordarlas. Sin embargo esta realidad no puede desviar el objetivo del sistema de salud que es precisamente satisfacer las demandas de la población en este campo.

Por ello se observa la importancia de reconocer apropiadamente las necesidades en salud para tomar decisiones racionales en materia de políticas en este campo y orientar aspectos administrativos, clínicos y epidemiológicos para ejecutar efectivamente acciones remediales sobre las situaciones y determinantes del proceso salud enfermedad. En una época de contención del gasto sanitario la identificación de necesidades representa un aspecto crítico en los servicios de salud en los que se pretende orientar las acciones y su efecto en la demanda, pretendiendo con esto dar un aporte al área de la gerencia en Salud Pública.

En este documento se revisan algunos de los conceptos y herramientas más comunes al expresar y evaluar necesidades, propuestos en trabajos recientes sobre el tema. El esquema seguido es descriptivo bajo la modalidad de revisión de autores y no tiene un carácter exhaustivo. Pretende reseñar y presentar algunos de los elementos más útiles en el diagnóstico de necesidades desde la perspectiva del usuario del sector público de salud o de quien funge como experto para determinarlas y por ende satisfacer las mismas. Este es un esfuerzo de orden positivista dirigido a desenredar la complejidad de su definición y determinación.

MÉTODO DE SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE ESTUDIOS PRIMARIOS

Se realizó una revisión descriptiva organizada de la literatura existente sobre el tema. Para ello se estudiaron 26 productos literarios que fueron incluidos en el análisis del tema, por las condiciones de arbitraje, oficio y trayectoria del autor de la publicación en el tema, así como la indización en buscadores de revistas científicas. En el análisis del material se emplearon tres niveles de lectura, el primero de tipo general, el cual permitió, a través de la información, construir una idea amplia de los componentes de la bibliografía y se ubicaron los elementos que se analizarían, tales como la definición de necesidades en general y en salud en particular, las metodologías para su determinación y los modelos

propuestos. Un segundo nivel de lectura analítica, con la cual se ubicó, diferenció y organizó la información, mediante un cuerpo de criterios, tales como: tipo de estudio, publicación, procedencia, metodología empleada y variables relacionadas. El último de los niveles de lectura de la información fue interpretativo con el cual se llegó a la comprensión y comparación de resultados a la luz de la información existente y en consecuencia se establecieron las principales conclusiones y reflexiones finales.

¿SON NECESIDADES LO QUE SE INFORMA COMO NECESIDADES?

El estudio de necesidades en salud no es nuevo; sin embargo, en la actualidad, se discute sobre los alcances de los conceptos y métodos en uso. Es importante diferenciar qué se entiende por necesidades en salud y necesidades en atención de salud, así como la diferenciación entre deseo y aspiraciones.

Una necesidad es una sensación de carencia unida al deseo de satisfacerla, una necesidad es aquello de lo que se precisa para cumplir o alcanzar un objetivo determinado, es la incongruencia entre el logro de una situación o estado idealizado y la realidad, es una relación de exigencia que tienen las personas.^(1,2) Por otra parte, un deseo es una necesidad que toma la forma de un producto, marca o empresa, es decir la visualización o la intencionalidad de expresar tangiblemente esa necesidad. La necesidad no se crea, existe, mientras que el deseo se crea o fomenta. Por otro lado una aspiración es la pretensión o intento de conseguir lo que se desea. Implica una acción permanente para satisfacer la necesidad o deseo. De aquí se deriva que la aspiración es la acción para materializar el deseo que es la manera como el individuo percibe o expresa su necesidad.^(3,4)

Siguiendo una posición convergente, se pueden establecer tres condiciones claves para definir las necesidades humanas: como una forma de identificar, racional y colectivamente las aspiraciones colectivas; como un medio para utilizar el conocimiento empírico de las personas en su vida cotidiana; y finalmente como la resolución democrática e informada de los inevitables desacuerdos que resultarán de estas aproximaciones.⁽⁵⁾

La satisfacción de una necesidad se viene a considerar como un punto de partida para acometer nuevas necesidades, aunque quizás, más que de necesidades habría que hablar mejor de satisfactores, aspiraciones y deseos. Las necesidades, aunque diversas, son interdependientes (sinérgicas), no así los satisfactores, las aspiraciones o las preferencias, se encuentran más circunscritos a estadios socioculturales, a su vez determinados por estructuras económicas. Los

satisfactorios podrían definirse como los “modos en los que se expresan las necesidades”, o dicho con otras palabras, son las maneras por las cuales, las necesidades, toman forma concreta y diversificada según los contextos sociales y culturales. ⁽⁶⁾ Es así como lo que se expresa como necesidad se corresponderá con los términos de referencia de los cuales haga uso el discente, observador o evaluador y al objetivo y contexto al que se refiera.

¿COMO SE DETERMINAN LAS NECESIDADES EN SALUD?

Se han propuesto varios modelos y a partir de ellos acciones que permiten dirigir los esfuerzos a reconocer las necesidades. Estos emplean indicadores que tratan de explicar las características y magnitud de estos problemas. Se pueden clasificar estos indicadores según sean: *Objetivos o externos*: son medidas de situaciones, hechos o estados concretos que pueden ser observados y verificados por observadores externos al proceso de medición o según *Indicadores subjetivos*: miden opiniones, relatos o descripciones de las personas desde su propia percepción del mundo. ⁽⁷⁾

De igual manera existen diferentes abordajes para cuantificar y calificar las necesidades en salud. Se pueden hacer inferencias a partir de censos, estadísticas vitales, tasas de ausentismo al trabajo. Se pueden medir, a través de la percepción reportada por el individuo sobre su salud, síntomas, enfermedades, lesiones e incapacidades. O bien, de mediciones objetivas de la función física y mental, o de signos vitales y niveles bioquímicos, entre otras determinaciones. Al respecto se mencionan varios modelos explicativos de las necesidades en Salud.

Modelo de discrepancia. Una manera práctica de identificar las necesidades es a través de los problemas de discrepancia, mediante los cuales se reconocen mediante la comparación entre la situación actual de una comunidad y unas expectativas de funcionamiento definidas *a priori* ⁽⁸⁾. Es decir, para decidir cuáles son las dificultades que experimenta una población, se definen previamente unos estándares normativos que sirven de referente de comparación: de ese modo, los problemas son sinónimo de discrepancias entre la realidad social y el modelo.

El Modelo de marketing. Este modelo es una extensión de las pautas de planificación de las empresas productivas a los servicios sociales de carácter público. Si las primeras basan sus estrategias de mercado en las opiniones y deseos del consumidor, los servicios sociales están interesados en conocer la percepción y grado de satisfacción de sus usuarios. ^(9,10,11)

Otra medida corresponde a la evaluación de los niveles de utilización de diferentes tipos de servicios de salud, formales e informales, como los no médicos y de medicina alternativa, ya que se puede suponer que el incremento en las tasas de utilización, reflejan un aumento de la necesidad de salud. Por otra parte una acción común es el uso de *indicadores y encuestas de salud*, también con técnicas que aunque provienen de la ciencias sociales son de mucha utilidad. Los llamados métodos de consenso permiten obtener información de los que no acuden a los servicios de salud. ⁽¹²⁾

Otro procedimiento es la denominada morbilidad percibida, que es la impresión del individuo sobre la capacidad de atención que presta el servicio al usuario o si considera que el servicio es suficiente para atender a la población demandante. Igualmente otro procedimiento es rechazar las posiciones extremas, aun cuando sean novedosas o muy interesantes de considerar. ^(13,14)

Un modelo epidemiológico. La *evaluación epidemiológica rápida* es aplicada usualmente poco después de un desastre. Su propósito es estimar factores como: magnitud global del desastre, repercusión en la salud (número de lesionados), integridad de los servicios de salud, necesidades específicas de atención a la salud de los sobrevivientes, interrupción de otros servicios (agua, electricidad, saneamiento).

Este modelo toma en cuenta primordialmente a la información para tomar decisiones y sobre la base de esto considera los siguientes aspectos: que la información sea *oportuna*: el levantamiento de los datos y el envío de los reportes correspondientes debe hacerse rápidamente para adoptar acciones pertinentes y eficientes. Igualmente debe ser *objetiva* ya que los datos deben responder a situaciones reales elaborados con criterios técnicos imparciales. También *será oficial* debido a que la evaluación debe ser desarrollada por personal de salud entrenado y *dinámica* porque la evaluación debe ser permanente para detectar las nuevas necesidades y tomar de acuerdo con estos escenarios cambiantes. En salud, son cinco los grupos de necesidades que se deben analizar: salud, agua, alimentación, alojamiento y saneamiento. ^(9,10)

¿CUALES TÉCNICAS SE UTILIZAN PARA EVALUAR NECESIDADES?

Descrito o seleccionado el modelo para explicar las necesidades existentes, reconocido el paradigma de investigación o respondiendo a la normativa legal sobre el tema, se utiliza una gran diversidad de técnicas que permiten determinar las necesidades en salud. Las técnicas cuantitativas más utilizadas son: muestreo por conglomerados, estudios de casos y controles, centros y

sitios centinelas (comunidades). Los métodos cualitativos como la discusión de grupos focales y entrevistas a informantes clave, pueden complementar los métodos cuantitativos y añadir profundidad al análisis; pero puede ser peligroso usarlos individualmente para establecer políticas.

Para poblaciones marginadas además de los indicadores como ingresos, salud, educación, tenencia de vivienda y algunos indicadores de bienes o servicios se tienen indicadores de necesidades en salud como nutrición, salud sexual y reproductiva, daños a la salud y salud positiva.^(14, 15)

El enfoque epidemiológico plantea como estrategia general, para mejorar la atención de salud, jerarquizar estas necesidades en el ámbito estatal en cinco áreas: cognoscitiva, nutricional - metabólica, conductual, prevención, y detección oportuna de complicaciones.

Para hacer el diagnóstico de necesidades con un criterio fenomenológico se pueden aplicar diversas técnicas de recolección y análisis de información. Cada una de ellas hace aportes específicos al proceso de evaluación, y cuenta también con sus propias limitaciones. Partiendo de las propuestas de Warheit, Bell y Schawb, se resumen cinco alternativas metodológicas.⁽¹⁶⁾: Informantes clave, grupos estructurados, análisis de indicadores sociales, análisis de utilización de servicios y encuestas.

Los *informantes clave*: se selecciona y entrevista a un pequeño número de personas que pueden basar su opinión en información de calidad, gracias a sus conocimientos profesionales, al rol que ocupan o a su ubicación en las redes sociales comunitarias. Igualmente los *grupos estructurados*: se convoca a un pequeño número de residentes y se analiza su opinión por medio de dinámicas de grupo, combinadas con procedimientos cuantitativos y cualitativos. Estas técnicas sirven para examinar las relaciones intergrupos e intragrupos de la comunidad, y ocasionalmente pueden aplicarse para generar consenso en la percepción de problemas entre diversos segmentos de población. Así mismo se pueden emplear el *análisis de indicadores sociales*: datos como el número de camas hospitalarias por habitante, el consumo eléctrico o las plazas de preescolar pueden servir para identificar los problemas que padece un área geográfica, pueden generalizarse a una comunidad concreta, si se controlan las variables sociodemográficas. Otra manera es el análisis de utilización de servicios: las cifras estadísticas sobre la demanda de cada programa o servicio son un indicador de necesidades expresadas. Los datos de utilización de servicios informan del número de personas atendidas por un programa y permiten comparar la cobertura de las distintas prestaciones. Además, se puede establecer la diferencia entre la demanda actual y la capacidad potencial del servicio. Un

método muy utilizado son las encuestas las cuales se pueden aplicar para conocer la percepción de la comunidad, describir los comportamientos y características de la población, estimar el índice de satisfacción de los usuarios de un servicio y evaluar las necesidades de formación.

¿EXISTEN ALGUNAS NECESIDADES MÁS IMPORTANTES QUE OTRAS?

Bradshaw propone que para el estudio de necesidades sociales se debe distinguir: las necesidades no sentidas pero latentes, las percibidas por el individuo, las normativas (aquellas percibidas por el profesional de la salud) y las relativas (distancia entre las necesidades individuales y las de la población)⁽¹⁸⁾

Sin embargo la necesidad en salud deriva de tres apreciaciones del usuario, la percepción de carencia económica, la enfermedad y la relación con su entorno social. En este último caso, la salud personal y salud social están relacionadas. La enfermedad en uno presupone la enfermedad en el otro.⁽¹⁹⁾

Maslow establece cinco categorías de necesidades que se suceden en una escala ascendente. Las organiza en dos grandes bloques que establecen una secuencia creciente y acumulativa de lo más *objetivo* a lo más *subjetivo* en tal orden que el sujeto tiene que cubrir las necesidades situadas a niveles más bajos (más objetivas) para verse motivado o impulsado a satisfacer necesidades de orden más elevado (más subjetivas).

Galtung por su parte distingue entre: *Necesidades básicas materiales*: (fisiológicas, ambientales, individuales, salud, en el sentido de bienestar somático, educación, libertad de expresión y de impresión), *Necesidades básicas no materiales* (creatividad, identidad, autonomía, compañía, participación, autorrealización, sensación de que la vida tiene un sentido), *Necesidades no básicas* (optimización de las necesidades básicas a través de un uso solidario de la tecnología).^(20,21)

En este orden de ideas las necesidades "se refieren siempre a valores y son definibles sólo a partir de valores". Heller defiende que sólo se pueden considerar como necesidades aquéllas de las cuales somos conscientes, y ese devenir de la conciencia es el factor que lleva a lo que Heller denomina como *Necesidades existenciales*: necesidades básicas tanto materiales como no materiales (fisiológicas y de sociabilidad), *Necesidades alienadas*: de carácter cuantitativo, como la de poder, posesión, ambición y acumulación de riqueza, *Necesidades no alienadas*: de carácter cualitativo, como las de amor, estima, amistad, actividad cultural, de desarrollo personal y *Necesidades radicales*: las que implican una reestructuración global de la vida cotidiana

en un sistema que genera necesidades a la vez que es incapaz de satisfacerlas (revolución de la vida cotidiana).

Por otra parte Max Neef combina dos criterios posibles de desagregación: según categorías axiológicas o necesidades humanas fundamentales: Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad y según categorías existenciales o modos de experiencia: de Ser, Tener, Hacer y Estar.⁽⁶⁾

En otro orden de ideas Doyal y Gough sostienen que las necesidades humanas se construyen socialmente, pero también son universales, al mismo tiempo desestiman que las aspiraciones que se derivan de preferencias particulares de individuos y de su medio cultural puedan considerarse como tales. Las necesidades básicas son para estos autores la salud física y la autonomía de acción o de urgencia. Las necesidades intermedias son satisfactoras, pero satisfactoras de carácter universal que se conciben como "aquellas cualidades de los bienes, servicios y relaciones que favorecen la salud física y la autonomía humanas en todas las culturas".^(22,23)

DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS

Dieciocho de los trabajos consultados son latinoamericanos y ocho españoles lo que revela la preocupación en el tema por parte de la comunidad suramericana. Por otra parte y al considerar la metodología empleada en el análisis del constructo, se observa que veintitrés publicaciones abordaron el área de interés desde la aproximación cuantitativa o positivista y solamente tres trabajos desde la aproximación cualitativa que intentaron captar la complejidad del fenómeno. Las variables más estudiadas o consideradas fueron la condición laboral, edad, sitio de procedencia del usuario y motivo de asistencia a los servicios de salud. En los trabajos revisados se empleó la estadística descriptiva expresada en frecuencias absolutas o regresiones, mientras que los abordajes fenomenológicos utilizaron las entrevistas a profundidad como única técnica para la detección de necesidades en informantes seleccionados mediante su importancia dentro del fenómeno.

CONCLUSIÓN

Esta reflexión final se dirige hacia dos aspectos, por un lado a la aproximación de una definición sobre necesidades en salud y su dificultad para llegar a ello y en segundo término a la metodología para detectarlas. Con respecto al primer aspecto revisado, se puede concluir que prevalece el abordaje positivista al momento de estudiar lo diverso en la interpretación de las necesidades humanas en salud y así mismo se percibe

que no hay consenso ni patrón que defina la manera de priorizar su valoración. Sobre la base de esta manera de abordar su detección persiste la noción de que la necesidad de salud es un estado de enfermedad percibido por el individuo y definido por el médico. Así pues la definición de las necesidades en salud tiene un carácter normativo, pues delimita cuáles condiciones deberían recibir una respuesta.

Un punto importante a resaltar en esta revisión es la intención de demostrar cómo las necesidades son objetivas cuando las objetivan los propios sujetos a través de procesos de participación activa, y son subjetivadas cuando quedan fuera de su control, cuando son normatizadas por élites políticas y administrativas separadas de los individuos o inducidas por los mecanismos del mercado.⁽¹⁷⁾

Las necesidades humanas son objetivas, intemporales, invariables, identificables, dependientes unas de otras, limitadas y universales, todo ello en cuanto que su reconocimiento teórico y empírico puede ser libre de las preferencias individuales condicionadas por la sociedad de consumo. La condición subjetiva en la teoría de las necesidades viene marcada por la satisfacción de las mismas. Lo que varía, en términos perceptivos, diacrónicamente y sincrónicamente, son los medios por los cuales se satisfacen estas necesidades, sus satisfactoras⁽⁶⁾.

Con respecto al aspecto metodológico para su estudio, la experiencia ha demostrado que entre las técnicas usadas hay algunas que pueden ser fuente de errores y sesgos que aparecen repetidamente en las evaluaciones de situaciones de salud. La información basada en hospitales o registros de servicios de prestación de salud puede ser falaz, reflejará sólo a aquellos que han buscado atención activamente y como los que buscan atención no necesariamente son aquellos que la necesitan, los resultados de la evaluación pueden presentar un cuadro irreal.^(24,25,26)

Para finalizar, el concepto de necesidad está estrechamente asociado a las representaciones culturales de la salud y de la enfermedad y cambia de sentido según quien lo utilice o describa, cuando y donde se use. En este sentido, las necesidades humanas siempre representan objetivos comunes que persiguen todos los individuos en cualquier contexto social y cultural; lo que varía son los medios y las formas de lograr las satisfacciones universales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabezas, C. Necesidad de la investigación en salud para contribuir a la equidad, la salud y el desarrollo. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2010; 27(3): 310-311.

2. Lázaro, P. (1999). *Algunos problemas metodológicos en la estimación de la necesidad sanitaria*. Necesidad sanitaria, demanda y utilización. Asociación de la economía de la salud. Zaragoza, 1999; 431-442.
3. Gómez, J.A. Las necesidades humanas: descender un escalón en la complejidad. Calidad de vida y praxis urbana. Centro de investigaciones sociológicas, Madrid; 1998.
4. Sarachu, G. Aproximación al análisis de las necesidades humanas, los procesos de colectivización y las formas sociales de satisfacción. Temas de Trabajo Social. FCS. Montevideo. 2006.
5. Gouch, I. *Capital global, necesidades básicas y políticas sociales* Ed. Miño Davila- Ciepp, Buenos Aires. 2003.
6. MaxNeef, M. *Desarrollo a Escala Humana: una opción para el futuro*. *Development dialogue*, número especial. CEPAUR, Chile.1993.
7. Riechmann, J. *Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*. Los libros de la Catarata. Madrid.1998.
8. Rodríguez, A. *Estrategia de atención primaria y situación de salud y saneamiento básico en condiciones de desastre*. Cuba: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. 2000.
9. Ricardo Pérez y Martha Rodríguez. *Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud en erupciones volcánicas*. OPS- PAHO. Ecuador. 2005.
10. Rodríguez, A. y Terry Berro, B. Determinación rápida de las necesidades de salud en desastres naturales agudos por terremotos. *Rev cub hig y epi* 2002; 40 (3).
11. Salinas Martínez, A. et al. Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. *Salud pública de México*. 2001, 43 (4), 324-335
12. Martínez de la Iglesia, J. et al. *Identificación de problemas y necesidades en salud*. *Gac Sanit* 1994; 8: 71-78
13. Montero Rojas, E. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2004,1(2): 1-17.
14. Naranjo, M. *Evaluación de programas de salud. Comunidad y Salud*. 2006, 4 (2):0
15. Mogollón, A., Vázquez, M. y García, M. *Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá*. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 257-266.
16. Bedregal, P. et al. Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Rev. méd. Chile* 2002; 130 (11): 1287-1294.
17. Maya Jariego, I. *La intervención social planificada. Comunicación y habilidades sociales para la intervención en grupos*. Módulo 10: Evaluación y diseño del proyecto de intervención. Universidad de Sevilla. 2001.
18. Bradshw, J. Taxonomy of social need. Mc. Lchlan, G. Ed. *Problems and progress in medical care*. London Oxford University Press. 1972.
19. Maya Jariego, I. *Taxonomías de necesidades*. Diseño, evaluación e implantación de un proyecto de intervención social. CD Interactivo. Universidad de Sevilla. 2003.
20. González, B. y Navarrete, L. *Conceptos y metodología de construcción de indicadores sociales*. Los Servicios de Bienestar Social en la Administración Local. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. 1997.
21. Heller, A. *Una revisión de la Teoría de las Necesidades*. Paidós. Barcelona.1996.
22. Doyal, L. Y Gough, I. *Teoría de las Necesidades humanas*. Icaria-Fuhem. Madrid. 1994.
23. PAHO. *Manual de evaluación de daños y necesidades en salud para situaciones de desastre*. Ecuador. 2004.
24. Donabedian, A. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. Fondo de Cultura Económica, México, 1988: 71-79.
25. Baquero, G. El papel de la epidemiología en la identificación de necesidades relacionadas con la fisioterapia en Colombia. *Salud pública de México*. 2004; 46 (1):5-6.
26. Torres Arreola, L. et al. Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Aten Primaria*. 2006; 38 (7): 381-386.

