

Trabajo de Fin de Grado

Diagnóstico de Salud Comunitario Comuna de Nikki (Benín)

Identificación de problemas y necesidades de la Comuna de Nikki



Itziar Diego Yagüe
Tutora: Verónica Casado
Vicente Grado en Medicina
Universidad de Valladolid

ÍNDICE

ÍNDICE	1
Resumen:	2
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1 Localización geográfica y situación administrativa	2
1.2 Contexto histórico, político, sociocultural y económico	2
1.3 Contexto sanitario	3
2. JUSTIFICACIÓN	3
2.1 Pertinencia de realizar un diagnóstico de salud comunitario en Benín	3
2.2 Pertinencia de realizar un diagnóstico de salud comunitario en Nikki.....	4
2.3 Estudios llevados a cabo en otros lugares.....	5
3.OBJETIVOS	5
3.1 Preguntas de investigación/docente/planificadora	5
3.2 Objetivos generales	6
3.3 Objetivos específicos	6
4. MATERIAL Y MÉTODOS	6
4.1 Material	6
2. Información obtenida en terreno	9
4.2 Métodos:	11
1. Triangulación	11
2. DAFO del Sistema Sanitario de Benín:.....	12
5. RESULTADOS	12
6. DISCUSIÓN	15
6.1 Limitaciones y sesgos de la investigación.....	15
6.2 Líneas de investigación futuras.....	17
7. CONCLUSIONES.....	17
8. CONFLICTO DE INTERESES	18
9. AGRADECIMIENTOS	18
10. BIBLIOGRAFÍA	19

Resumen

Con el objetivo de conocer en profundidad una comunidad determinada para poder realizar programas de salud pertinentes y eficaces, se ha realizado una identificación de problemas y necesidades de la Comuna de Nikki (Norte de Benín). A través del análisis de datos cualitativos y cuantitativos procedentes de múltiples fuentes y basándose en tres enfoques (enfoque por indicadores, enfoque por encuesta y enfoque por informadores clave), se ha realizado una triangulación metodológica. Estableciendo unos criterios en función de la representatividad de la población investigada, se han establecido unas conclusiones atendiendo especialmente a aquellas necesidades y problemas que aparecían en los tres enfoques. Además, se ha realizado un análisis DAFO del sistema sanitario beninés basado en la evaluación de la aplicación de la Política Sanitaria del Plan de Desarrollo Sanitario de Benín 2009-2018.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Localización geográfica y situación administrativa

Benín es un país del África subsahariana situado entre Togo y Nigeria. Cuenta con 12 departamentos, divididos en 77 comunas y 34 zonas sanitarias. La comuna de Nikki está situada en el departamento de Borgou, al noreste del país. Situación administrativa:

Distritos	Pueblos	Formaciones sanitarias públicas
Biro	8	Biró, Tèbo y Sonsoré
Gnonkourokali	10	Gnonkourokali, Soubo, Gbari
Ouenou	12	Ouénou, Fombawi, Tchikandou
Sèrékali	12	Sèrékali
Suya	7	Suya
Tasso	10	Tasso
Nikki	31	Nikki, Sakabansi, Tontarou
Comuna de Nikki	90	-

Tabla 1: Distritos y centros sanitarios Comuna Nikki ^{1,2}.

1.2 Contexto histórico, político, sociocultural y económico

Benín se ubica en el ámbito dominado por la cultura yoruba de Ife. Fue colonia francesa desde 1863 hasta 1960. En febrero de 1990, se produjo una notable reforma política y en diciembre del mismo año, se aprobó mediante referéndum la Constitución. Benín actualmente es una República Democrática con elecciones multipartidarias. Las diferentes políticas de

descentralización hacen que en la organización sociopolítica cohabiten poderes públicos y tradicionales como el rey de Nikki o los jefes de la tierra.³

La lengua oficial es el francés, hablada por personas con cierto nivel de formación. La mayoría de las personas hablan distintas lenguas de diferentes grupos étnicos⁴. La comuna está compuesta principalmente por dos etnias mayoritarias: los Peuhls (44,7%) y los Baribas (40,3%), además de otros grupos y extranjeros. La religión dominante es el islam con un 81% de practicantes, seguido del cristianismo con un 10,8% y las religiones tradicionales con un 1,1%.¹

Situación económica⁵: Benín es un país principalmente agrícola aunque el algodón es el principal producto de exportación a través del puerto de Cotonú. En Benín, el 53,9% de la población gasta menos de un dólar al día y el 35,2% de los habitantes viven por debajo del umbral de pobreza con fuertes desigualdades entre sexos y regiones.

1.3 Contexto sanitario

El sistema de salud de Benín tiene tres niveles^{2,6}:

El nivel central o nacional: administrado por el Ministro de Salud que asegura la implementación de la Política de Salud definida por el gobierno. Inicia la acción de salud, planifica la organización, coordina y controla.

El nivel intermedio o departamental: administrado por los Directores de Salud departamentales y se aplica en los hospitales departamentales. Se realiza la aplicación de la política de salud definida y la coordinación de todas las actividades de servicios de salud periféricos, y se encargan de la vigilancia epidemiológica en los departamentos.

El nivel periférico u operacional: Existen 34 zonas sanitarias que representan la entidad operacional más descentralizada del sistema sanitario. Es una red de servicios públicos apoyados por el hospital de zona, el Sounon Seró en el caso de Nikki. La zona sanitaria de Nikki-Kalalé-Pèrèrè (ZS N-K-P) es una de las 4 zonas sanitarias del departamento de Borgou.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1 Pertinencia de realizar un diagnóstico de salud comunitario en Benín

Es importante realizar un análisis pormenorizado atendiendo diferentes fuentes de información para conocer los problemas detectados por los expertos o agentes de salud y las necesidades sentidas por la población.⁷

La Asamblea General de Naciones Unidas⁵ adoptó en 2015 los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El objetivo 3 es: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, y concierne directamente a la salud. Benín se suscribió a los ODS y ha optado por una política para la cobertura sanitaria universal de su población a través del refuerzo de su sistema de salud y la promoción de los cuidados de salud primarios. La Estrategia de Cooperación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Benín 2016-2019 tiene 4 prioridades estratégicas:

- Acelerar la reducción de carga de enfermedades transmisibles.
- Apoyar el desarrollo y la puesta en marcha de políticas sectoriales, estrategias y programas que sirvan para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.
- Mejorar los indicadores de salud a lo largo de la vida y promover comportamientos sanos.
- Aportar un apoyo técnico de calidad al país para poder permitirle dotarse de un sistema de salud, capaz de responder a las necesidades de la población en materia de cuidados sanitarios de calidad, promover los derechos humanos, la equidad de género y la resiliencia en caso de urgencia.

Conocer en profundidad las necesidades y problemas de la región a estudio, permite adecuar de manera precisa las estrategias adoptadas por entidades supraestatales y directrices a nivel nacional en la Comuna de Nikki.

2.2 Pertinencia de realizar de un diagnóstico de salud comunitario en Nikki

La necesidad de realizar un diagnóstico de salud comunitario de Nikki surge de la estrategia planteada por el Plan de Desarrollo Comunal de Nikki¹ (PDC), para lo cual es necesario hacer un estudio específico de las necesidades y problemas de salud. De los 5 programas y 34 proyectos establecidos por el PDC de 2017-2021, los que contribuirían a justificar dicha investigación serían:

- Programa 1: Mejora de la gobernanza local y de la movilización de recursos.
 - Proyecto 1.4: Reforzar el mecanismo de movilización de los recursos.
- Programa 5: Refuerzo de los servicios sociales de base y protección social.
 - Proyecto 5.4: Mejora de la calidad de cuidados sanitarios de la población.
 - Proyecto 5.5: Aumento de la cobertura de utilización de las intervenciones básicas comunitarias en nutrición y crecimiento infantil de Nikki.
 - Proyecto 5.10: Asegurar la seguridad de las personas y de los bienes.
 - Proyecto 5.11: Asegurar la carga de colectivos vulnerables.

De esta manera, los resultados obtenidos de esta investigación complementan y ayudan a justificar y a ajustar las estrategias y programas planteados para el desarrollo de la comuna en materia sanitaria.

2.3 Estudios llevados a cabo en otros lugares

Existen varios estudios de investigación en otros lugares que avalan este tipo de sistemas de planificación sanitaria por Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo (ONGD) y en colaboración con el sistema sanitario local:

- Estudio de un caso en Tanzania en 2016 sobre la colaboración entre el sector sanitario público y privado⁸, la cual es una herramienta en los países en vías de desarrollo para garantizar la consecución de sus responsabilidades y la asistencia eficiente. Se realizó un análisis de las partes interesadas para comprender el poder de distribución y los intereses de los actores locales. La implementación efectiva de dichas políticas de colaboración a nivel local, dependen de la capacidad de los funcionarios para tomar decisiones que abarquen dinámicas de elementos relacionales en planes estratégicos.

- Estudio de un caso de la responsabilidad en las prácticas en un distrito rural de Ghana en 2016⁹: Se evaluaron los arreglos de gobernanza y las prácticas de rendición de cuentas de los principales actores de la salud en un distrito rural en Ghana, con el objetivo de comprender hasta qué punto se logra la responsabilidad pública. Se deben crear nuevos canales formales de entrega de servicios para la rendición de cuentas. Si el público no encuentra una respuesta adecuada a sus necesidades, se genera desconfianza entre los usuarios, los servicios, proveedores internacionales, ONGs y equipos de gestión sanitaria de los distritos. Esto puede generar actuaciones en detrimento de los intereses de todas las partes.

3.OBJETIVOS

3.1 Preguntas de investigación/docente/planificadora

La pregunta de investigación es: ¿Cuáles son los problemas de salud y necesidades de la comuna de Nikki?

Las preguntas docentes y planificadoras son: ¿Cuál es el proceso y metodología a seguir para establecer una adecuada identificación de necesidades en una comunidad en países en vías de desarrollo? ¿Cómo orientar a raíz de este análisis un marco estratégico sobre el que poder planificar programas sanitarios de intervención?

3.2 Objetivos generales

- 1: Investigador. Conocer los problemas de salud y necesidades de Nikki.
- 2: Docente y planificador. Aprender y aplicar el proceso y metodología para establecer un marco identificador y estratégico sobre el que poder basar programas sanitarios de intervención.

3.3 Objetivos específicos

- a. Conocer el perfil sociodemográfico y sanitario de la comuna de Nikki.
- b. Identificar las necesidades y problemas de salud de la comuna de Nikki.
- c. Conocer las capacidades sanitarias de los agentes locales, para hacer frente a los problemas y necesidades de salud de la comuna de Nikki.
- d. Cumplimentar la identificación de problemas y necesidades con la información sobre factores y marcadores de riesgo, para su ulterior priorización de los problemas identificados y sistematización en la toma de decisiones.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Material: La información se ha obtenido de diversas fuentes de datos:

1. Análisis exhaustivo durante 2 años de 11 documentos de datos oficiales publicados por el gobierno de Benín (a nivel estatal, departamental o comunal), o por organizaciones supraestatales como la OMS u ONGs.

Los documentos son: Plan de Desarrollo Comunal de Nikki 2017-2021¹ (PDC); Anuario de estadísticas sanitarias de la zona sanitaria Nikki-Kalalé-Pèrèrè de 2015²; Informe anual de actividades hospitalarias del hospital Sounon-Seró 2015¹⁰; Principales Indicadores Socio-demográficos y Económicos (RGPH-4) de 2013¹¹; Estrategia para la cooperación en Benín de la OMS 2016-2019⁵; Encuesta nacional de los servicios de salud: disponibilidad y operatividad de los servicios sanitarios en Benín en 2014 (SARA)¹²; Informe de un modelo rentable de gobernanza hospitalaria del hospital Sounon Seró en 2014 de la Cooperación Suiza¹³; Encuesta Demográfica de Salud Benín (EDSB-IV) 2011-2012 de Benín¹⁴; Encuesta por grupos e Indicadores Múltiples MICS de Benín en 2014¹⁵; Plan Nacional de Desarrollo Sanitario de Benín de 2009-2018⁶ (PNDS) y Evaluación de la política y gestión Sanitaria de Benín en 2014¹⁶.

El anexo 1 es un documento de elaboración propia que contiene información según el enfoque por indicadores y el enfoque por encuesta (poblacional y de personal sanitario), debidamente analizados y con datos calculados manualmente en base a los datos disponibles. También se ha hecho un inventario con fines de planificación de los recursos del hospital Sounon Seró.

Dimensión	Datos	Enfoque por indicadores (C. Nikki)
Datos demográficos	Población	10 millones Benín y 150.000 comuna Nikki aprox.
	Pirámide	Progresiva
	Tasa de fecundidad	176,9 ‰ (Borgou)
	Índice global fecundidad	5,4 hijos e hijas (Borgou)
	Tasa mortalidad específica	6,98 ‰ (Nikki) en menores de 5 años
	Población extranjera	1,8% población (Nikki)
Datos sociales	<i>Educación:</i> Tasa alfabetización Tasa escolarización Ratio alumnos/clase % docentes formados	- 33,5% (Borgou) - 51,3% de escolarización primaria (Borgou) - 40 (Nikki) - 77,7% (Nikki)
	<i>Medios</i> Medios comunicación Línea de teléfono móvil Vehículo (motos) Carreteras	- la radio es principal medio de comunicación - 81,4% casas tienen 1 móvil - 51,1% tienen 1 moto - 2 carreteras buenas en comuna
Datos económicos y de recursos	<i>Desarrollo</i> Índice desarrollo humano Pobreza multidimensional	- 43,2 - 53,3% (9 parámetros salud, educación y bienestar)
	<i>Agua y saneamiento</i> Agua Eliminación de desechos	- 12 fuentes en subsuelo; 60 puntos y cursos de agua - 81,2% eliminados naturaleza
	<i>Recursos humanos</i> Agentes sanitarios/100000	- 5,3 (frente a 25 recomendados OMS)
Datos sanitarios	<i>Salud materno-infantil</i> Cobertura prenatal Cobertura postnatal Cobertura partos Mortalidad materna Mortalidad perinatal Planificación familiar	- 92,7% (frente a 98% recomendado OMS) - 68% - 67,1 (frente a 95%) - 42,2/100000 nacimientos vivos; 1900,8/ 100000 nacimientos vivos en Hospital Sounon Seró - 16,2 ‰ nacimientos vivos - 7,2% (15% recomendación OMS)
	<i>Salud infantil</i> Frecuencia de incidencia de patologías (orden decreciente) Tasa mortalidad específica (de mayor a menor tasa) Tasa letalidad específica	- paludismo > diarrea > infecciones respiratorias agudas > malnutrición - paludismo > anemia > malnutrición > infecciones respiratorias > traumatismos > problemas dermatológicos > problemas osteo-articulares > problemas urogenitales > diarrea y meningitis - malnutrición > paludismo > diarrea > anemia
	<i>Salud del adulto</i> Frecuencia de incidencia de patologías (orden decreciente) Tasa mortalidad específica (de mayor a menor tasa) Tasa letalidad específica	- paludismo > infecciones respiratorias agudas > traumatismos > diarrea > HTA > anemia. - paludismo > anemia > malnutrición > infecciones respiratorias > traumatismos > problemas osteo-articulares > úlceras genitales y problemas dermatológicos > meningitis y problemas urogenitales - paludismo > anemia > infecciones respiratorias
	<i>Actividad asistencial</i> Cobertura asistencia Nikki Tasa ocupación de camas Tasa muerte hospitalaria Duración media estancia	- 54,5% (mayor en Tchikandou, menor en Tontarou) - Hospital Sounon Seró es de 77,6 - 74,2 ‰ - 4,9 días

Tabla 2: resumen datos obtenidos enfoque por indicadores.

Dimensión	Datos	Enfoque por encuesta poblacional (Borgou)
Características casas	Acceso a agua	5% emplea medio apropiado
	Aseos	78,6% hace necesidades en la naturaleza
	Evacuación de desechos	80-90% tirándolos a la naturaleza
	Acceso a electricidad	65,1% no electricidad
Datos sociales	Nivel instrucción	29% formación primaria 69% mujeres 49% hombres no saben leer
	Actividad económica	72% hombres trabajan en agricultura 60% mujeres trabajan en servicios y agricultura
	Estado civil	25% hombres son polígamos 1º matrimonio: 18,7 años mujer y 25 años hombre
	Pobreza extrema	31,6%
Género	Gestión económica	68% mujeres gestión de ingresos propios 87% hombres gestión ingresos propios
	Posesión bienes	65% mujeres carece de bienes 53% hombres carece de bienes
	Violencia conyugal	30% mujeres aceptan ser agredidas 12% hombres aceptan agredir a mujeres
Salud sexual y reproductiva	Relación sexual	1º relación: 17,2 años mujer y 20,2 años hombre
	Fecundidad	Tasa fecundidad 193 ‰ Tasa natalidad: 33,3 ‰ Índice sintético fecundidad: 5,4 hijos/mujer % 15-19 años vida procreadora: 18,6% Edad media 1º hijo 19,8 años
	Planificación familiar	Intervalo interginésico: 35,2 meses Conocimientos métodos modernos de anticoncepción: 80,4% mujeres y 82,8% hombres Mujeres casadas 10,6% usan un método Información métodos: 50% mujeres la reciben Percepción necesidades satisfechas 45,6%
VIH/SIDA	Conocimiento	Mujeres 71% hombres de un 87,8% encuestados
	Prevalencia	<1%
Mutilación genital	Femenina	41,4%
	Opinión	95,5% eliminación mutilación
Mortalidad	Neonatal	21 ‰
	Post-neonatal	39 ‰
	Infantil	60 ‰
	Juvenil	39 ‰
	Infanto-juvenil	97 ‰
Salud materno-infantil	Cuidados prenatales	73,6% atención personal cualificado Ecografía un 34,9%
	Exámenes	Vacuna antitetánica: 51,3% Resto exploraciones: >70% ^a
	Parto	62,2% en centros sanitarios públicos
	Cuidados postnatales	49,7%
	Cuidados recién nacido	23,3%
	Acceso a cuidados salud	57% declara problemas económicos 45% distancia al centro 32,5% disponer del permiso 30,2% no quiere ir sola 65,5% al menos uno de los problemas

^a Resto de exploraciones: peso; talla; TA; tira reactiva orina, analítica sangre; palpación abdomen; desparasitación consejos sobre: nutrición, preparación al parto, signos de complicación embarazo.

Salud infantil	Peso nacimiento	17,4% pesan < 2,5g
	Vacunación	46,6% todas las vacunas recomendadas por OMS
	Incidencia patologías*	Fiebre>diarrea>infecciones respiratorias
Situación niños y niñas	Registro	55% niños <5 años tienen acta de nacimiento 66,8% registrados
	Residencia con padres	15% no habitan con progenitores
	Trabajo infantil	34,4% niños 5-11 años han trabajado
	Disciplina (maltrato psicológico, físico)	86,7% maltrato psicológico 77,4% castigo físico 91% cualquier violencia 48% lo consideran adecuado para la educación
Paludismo	Uso mosquiteras	80% casas tienen cualquier tipo de mosquitera 59,5% uso mosquitera impregnada noche previa
	Tratamiento embarazo	39% profilaxis 19,7% dos dosis de profilaxis
	Anemia	6% de niños con Hb< 8 mg/dL
Nutrición	Lactancia materna	95,4%
	Estado nutricional niños	2,3% menores 5 años con anemia severa
	Estado nutricional mujeres	8% con IMC<18
Factores Riesgo Cardiovascular	HTA hombres	32%
	HTA mujeres	11%
	Consumo tabaco	99% no fuma
	Alcohol	80% mujeres y 48,7% hombres no consumen alcohol

Tabla 3: resumen datos obtenidos enfoque por encuesta.

2. Información obtenida en terreno (mes de Julio de 2017)

Se visitaron 14 de los 15 centros de salud públicos de toda la comuna entrevistando al personal sanitario. Toda la información fue recogida en cuadernos de campo en francés por un equipo de 5 estudiantes sanitarios (medicina y enfermería). Posteriormente, la información fue codificada, analizada, y realizados los cálculos pertinentes por la autora de esta investigación (Anexo 2).

1. Entrevistas semi-dirigidas a informadores clave: 14 agentes de salud con formación en enfermería. Se solicitó previamente consentimiento oral. Se ha codificado, anonimizado y tabulado la información.

Preguntas realizadas en la entrevista

1. ¿Cuáles son las enfermedades más atendidas en Nikki?
2. ¿Cuáles son las enfermedades más graves en Nikki?
3. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes durante el embarazo y puerperio precoz?
4. ¿Existe un registro accesible con motivos epidemiológicos donde aparezcan todos estos datos?
5. ¿Cree que tiene los medios materiales suficientes?
6. ¿Considera que tiene tiempo suficiente para atender correctamente?
7. ¿Cree que las infraestructuras son adecuadas para atender a la población?
8. ¿Considera que recibe suficiente formación continuada?
9. ¿Se comunica adecuadamente con todos los pacientes, a pesar de la barrera idiomática y cultural de diferentes etnias?
10. Dentro de las limitaciones, ¿cómo cree que se podrían mejorar los problemas?

Preguntas	Proporción de respuestas de informadores clave
1	Paludismo = 100% de los informadores lo mencionaron Diarrea = 78,6% de los informadores lo mencionaron Enfermedades respiratorias agudas = 64,3% de los informadores lo mencionaron Anemia = 21,43% de los informadores lo mencionaron Otras patologías (picaduras, traumatismos, accidentes...) = 21,43% informadores lo mencionaron
2	Paludismo grave = 85,72% de los informadores lo mencionaron Diarrea = 14,28 de los informadores lo mencionaron Enfermedades respiratorias agudas = 7,14% de los informadores lo mencionaron Anemia = 42,86% de los informadores lo mencionaron Malnutrición = 7,14% de los informadores lo mencionaron Hemorragia = 7,14% de los informadores lo mencionaron
3	Paludismo = 21,43% de los informadores lo mencionaron Enfermedades respiratorias agudas = 7,14% de los informadores lo mencionaron Hemorragia postparto = 42,86% de los informadores lo mencionaron Otros (agentes no cualificados o falta de asistencia a tiempo) = 35,71 % informadores lo mencionaron Complicaciones postparto poco frecuentes = 35,71% de los informadores lo mencionaron
4	Todos los centros disponen para tomar los datos manualmente de medios que son proporcionados al SNIGS para poder realizar análisis y estadísticas.
5	La mitad de los informadores clave consideran que disponen de medios suficientes para atender a la población y la otra mitad no.
6	Todos los informadores claves coinciden en que no disponen de tiempo suficiente para atender a la población por falta de personal.
7	Un 92,86% consideran que no disponen de recursos suficientes e infraestructuras para atender a la población y un 7,14% considera que sí.
8	Un 92,86% de los informadores clave asisten al CODIR mensual de formación continua en Nikki y un 7,14% no acuden por lejanía de la ciudad de Nikki.
9	El 100% coincide en que no hay problema de comunicación ya que siempre hay alguien que conoce la lengua étnica del paciente y puede traducir.
10	Infraestructuras (luz, agua,...) y recursos materiales 57,14% informadores lo mencionaron Formación = 14,28% de los informadores lo mencionaron Actividad asistencial = 14,28% de los informadores lo mencionaron Otros = 14,28% de los informadores lo mencionaron

Tabla 4: resumen datos obtenidos enfoque informadores clave.

2. Análisis de la capacidad operacional: Se calculó la capacidad operacional general de los centros de salud públicos de la comuna, teniendo en cuenta los criterios de la encuesta sobre Servicios de Salud acerca de la Disponibilidad y Capacidad Operacional de los Servicios de Salud en Benín (SARA)¹² (información desglosada en Anexo 2). Los elementos para calcular el índice son:

- Elementos de confort indispensables: 7 parámetros, valorados todos.
- Equipamientos esenciales: 6 parámetros. Datos disponibles de 5 de ellos.
- Precauciones estándar del personal sanitario: 8 parámetros. Disponibles 4.
- Capacidad diagnóstica: 8 parámetros. Se disponía información de todos ellos.
- Medicamentos esenciales: no valorable por falta de datos.

Elementos indispensables	Equipamientos esenciales	Precauciones sanitarios	Capacidad diagnóstica	Índice de capacidad operacional general
50%	78,60%	60,71%	66,66%	64%

Tabla 5: Capacidad operacional centros sanitarios Comuna Nikki.

Este índice está sesgado por la incapacidad para disponer de todos los datos necesarios. El índice de capacidad operacional de Benín es de un 59%¹². Probablemente la comuna de Nikki esté sobreestimada.

3. Inventario con fines de planificación: estudio descriptivo de la información recogida relativa a los recursos materiales y humanos. (Anexo 2).

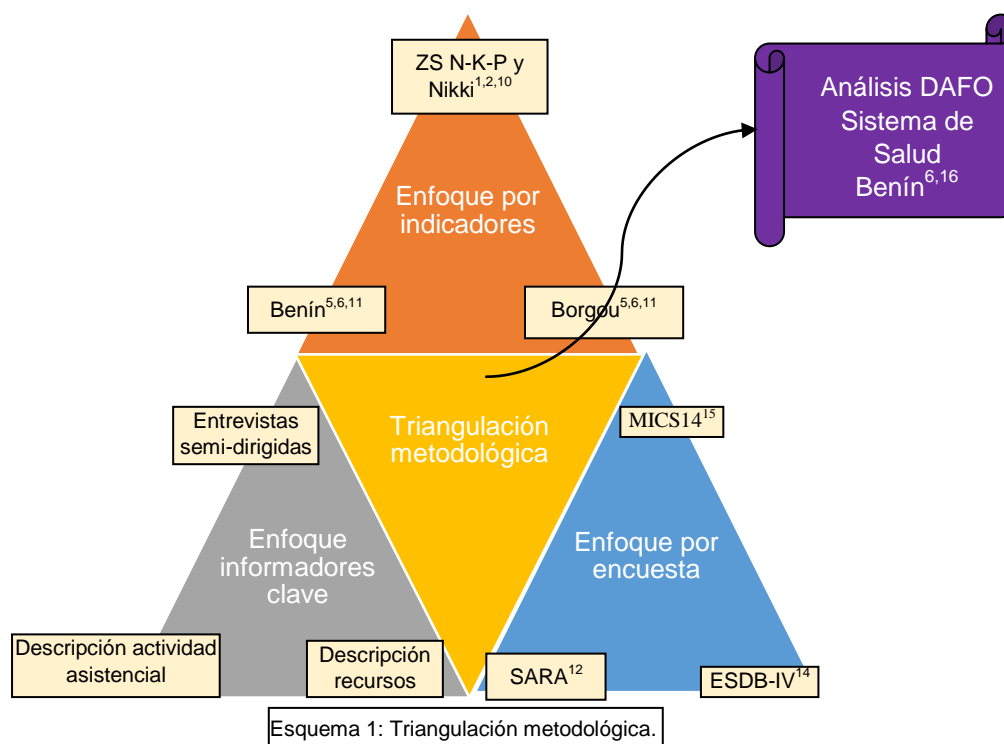
4. Estudio descriptivo de la actividad asistencial general: basado en una entrevista dirigida a los profesionales. Se les preguntaba información sobre la consulta general, consulta prenatal, información sobre partos, planificación familiar, temas tratados en la sensibilización comunitaria, información específica sobre malnutrición y paludismo (Anexo 2).

4.2 Métodos:

Esta investigación se ha basado en la estructura de un Diagnóstico de Salud de Planificación Sanitaria de Pineault¹⁷: Enfoque por indicadores, inventario con fines de planificación, sistema por encuesta, estimación por extrapolación (estimación vertical) y entrevistas a informadores clave.

Metodologías empleadas en análisis global:

1. Triangulación¹⁸: Triangulación de datos en cada uno de los enfoques (indicadores, encuestas e informadores clave) y triangulación metodológica entre los diferentes enfoques.^b



^b Cada triángulo individual corresponde a la triangulación de datos según cada enfoque determinado. El conjunto de triángulos corresponde a triangulación metodológica por la cual se obtienen los resultados. El análisis DAFO complementa la capacidad de respuesta del sistema sanitario a las necesidades y problemas detectados.

2. DAFO del Sistema Sanitario de Benín: a partir del análisis del Plan Nacional de Desarrollo Sanitario de Benín 2009-2018⁶ y Evaluación de la Política y Gestión Sanitaria de Benín en 2014¹⁶.

Debilidades (propias)	Fortalezas (propias)
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de recursos materiales disponibles. - Falta de personal cualificado. - No adecuada puesta en marcha de planificación. - No distribución adecuada de los recursos. - No adecuado uso del sistema de información sanitaria. - Inadecuado comportamiento del personal con pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Buen liderazgo y gobernanza. - Organización descentralizada. - Crecimiento económico del sistema sanitario. - Servicios hospitalización bien considerados por la población. - Buena gestión farmacéutica. - Confianza en el sistema público sanitario.
Amenazas (externas)	Oportunidades (externas)
<ul style="list-style-type: none"> - Beneficiarios extranjeros. - No buena relación con los médicos tradicionales. - No coordinación con el sistema privado (centros ilegales). - Mala accesibilidad geográfica. - Mercado ilegal de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda de Organizaciones supraestatales (OMS). - Colaboración con entidades extranjeras (cooperación suiza) . - Cooperación Sur-Sur. - Financiación externa. - Programas de Capacity Building.

Tabla 6: Análisis DAFO Sistema Sanitario Benín.

5. RESULTADOS

Los problemas no están enumerados en orden de prioridad de actuación o gravedad, pues han de analizarse más elementos para poder establecer una priorización de problemas.^c

Dentro de las causas se distinguen entre:

- **Factores de riesgo:** es cualquier rasgo, característica o exposición de los individuos de una determinada comunidad, endógenos o exógenos que hace que aumente la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Factores de riesgo	Indicadores	Encuesta	Informadores clave
Recursos materiales de centros sanitarios	✓	✓	✓
Recursos humanos de centros sanitarios	✓	✓	✓
Falta de formación a profesionales	✓	✓	✓
Falta de prevención primaria	-	✓	✓
Falta de prevención secundaria	✓	✓	-
Falta de prevención terciaria	✓	✓	-
No planificación sanitaria o no correcta aplicación	-	✓	-

Tabla 7: Triangulación Factores de Riesgo.

- **Marcadores de riesgo:** variables no controlables desde el punto de vista sanitario (aunque sí pueda serlo desde otros). Describe individuos vulnerables.

^c Se muestran aquellos problemas o necesidades detectadas en cada uno de los enfoques (indicadores, encuesta o informadores clave). Se han elaborado tablas de factores de riesgo, marcadores de riesgo y problemas de salud.

Dimensión	Marcadores riesgo	Indicadores	Encuesta	Informadores clave
Pobreza	IDH	✓	-	-
	Pobreza multidimensional	✓	✓	-
	% población activa	✓	✓	-
Educación	Alfabetización	✓	✓	-
	Tasa escolarización 1ª	✓	✓	-
Accesibilidad	Red de carreteras	✓	✓	✓
	Medios transporte	✓	✓	-
Infraestructuras		✓	✓	✓
Recursos	Acceso agua	✓	✓	✓
Saneamiento	Alcantarillado	✓	✓	-
	Gestión de desechos	✓	✓	✓
Cultura	Poligamia	✓	✓	-
	Matrimonio precoz	✓	✓	-
Entorno	Sequía	✓	✓	✓

Tabla 8: Triangulación Marcadores de Riesgo.

Problemas detectados tras la triangulación metodológica:

Problemas de salud	Indicadores	Encuesta	Informadores clave
Paludismo	✓	✓	✓
Infecciones Transmisión Sexual	✓	✓	✓
Anemia	✓	✓	✓
Enfermedades diarreicas	✓	✓	✓
Malnutrición	✓	✓	✓
Infecciones respiratorias agudas	✓	✓	✓
Traumatismos	✓	-	-
Hipertensión arterial	✓	✓	-
Problemas urogenitales	✓	-	-
Problemas dermatológicos	✓	-	-
Problemas osteo-articulares	✓	-	-
Enfermedades con potencial epidémico	✓	-	-
Salud materno-infantil	✓	✓	✓
Salud sexual y reproductiva	✓	✓	✓
Tuberculosis	✓	-	-

Tabla 9: Triangulación Problemas.

Problemas	Factores de riesgo	Marcadores riesgo	Consecuencias
1. Paludismo	<ul style="list-style-type: none"> - Resistencias a antipalúdicos - No concienciación uso mosquiteras - Automedicación - No acudir a centros sanitarios - Falta personal cualificado - Falta de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> - Plasmodium falciparum (paludismo grave) - No control de mosquitos - Zonas húmedas en ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento tasa mortalidad precoz - Aumento de complicaciones
2. Infecciones Transmisión Sexual (ITS) (VIH-SIDA)	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas sexuales riesgo - Estigma uso preservativo - Pandemia - Falta conocimientos salud sexual 	<ul style="list-style-type: none"> - Poligamia - Subordinación de la mujer al hombre 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento tasa de mortalidad - Aumento de co-infecciones - Aumento transmisión sexual y vertical especialmente
3. Anemia	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de personal cualificado - Falta de recursos - Malnutrición - Falta alimentación variada - Paludismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Pobreza - Poca variedad alimentaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Susceptibilidad a infecciones - Astenia - Dificultad de aprendizaje - Aumento de pobreza

4. Enfermedades diarreicas	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de personal cualificado - Falta de recursos - Falta higiene y concienciación - Patógenos comunes 	<ul style="list-style-type: none"> - Poca accesibilidad a agua potable - No sistema de alcantarillado - Inadecuada gestión de residuos 	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposición a otras infecciones - Deshidratación - Complicaciones y comorbilidades - Muerte precoz
5. Malnutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de personal cualificado - Falta de recursos - Falta de educación para la salud y de concienciación - No lactancia materna exclusiva 1º 6 meses - No adecuada alimentación complementaria - Falta sensibilización comunitaria y despistaje 	<ul style="list-style-type: none"> - Pobreza - Poca variedad alimentaria - Cuestiones culturales 	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposición infecciones - Anemia - Complicaciones y comorbilidades - Incapacidad para aprender o desempeñar funciones - Aumento de la pobreza - Empeoramiento de las enfermedades - Muerte precoz
6. Infecciones respiratorias agudas	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de personal cualificado - Falta de recursos - Malnutrición - Falta diagnóstico etiológico - Automedicación - Infección nosocomial 	<ul style="list-style-type: none"> - Hacinamiento - Pobreza 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento tasa de mortalidad
7. Traumatismos	<ul style="list-style-type: none"> - Falta personal cualificado - Falta de recursos - Falta de concienciación y prudencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de seguridad vial - Falta de infraestructuras adecuadas - Falta de seguridad en hogares y trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad - Aumento tasa de mortalidad precoz
8. Hipertensión arterial	<ul style="list-style-type: none"> - Falta personal cualificado - Falta de recursos - Estilo de vida - Falta de concienciación 	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposición genética 	<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes cardiovasculares - Muerte precoz
10. Problemas urogenitales	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de personal cualificado - Falta de recursos - Falta de higiene y concienciación - Conductas sexuales de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - Factores culturales - Falta de acceso al agua - Inadecuada gestión de los residuos 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de tasa de mortalidad - Predisposición a infecciones - Aumento de comorbilidades
11. Problemas dermatológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de personal cualificado - Falta de recursos - Falta de higiene y concienciación - Conductas sexuales de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - Factores culturales - Falta de acceso al agua - Inadecuada gestión de los residuos 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de tasa de mortalidad - Predisposición a infecciones - Aumento de comorbilidades
12. Problemas osteo-articulares	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de personal cualificado - Falta de recursos - No higiene postural - Causas neonatales o perinatales 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo físico - Pobreza - Genética 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento tasa mortalidad - Discapacidad - Dolor e incapacidad para realizar funciones
13. Enfermedades con potencial epidémico (meningitis, poliomielitis, tétanos...)	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de personal cualificado - Falta de recursos - Falta de capacidad de respuesta - Falta de planificación 	<ul style="list-style-type: none"> - Pobreza - Entorno geográfico 	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemia - Crisis social - Aumento tasa mortalidad - Discapacidad
14. Salud materno-infantil (enfermedades embarazo, parto y perinatales)	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de personal cualificado - Falta de recursos - Falta de sensibilización - Falta de concienciación - Falta de planificación 	<ul style="list-style-type: none"> - Pobreza - Aspectos culturales - Poligamia 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento tasa mortalidad materna - Aumento tasa mortalidad neonatal y perinatal - Aumento de complicaciones en el parto o en el embarazo
15. Salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> - Falta personal cualificado - Falta de recursos - Falta de sensibilización - No uso de planificación familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Poligamia - Aspectos culturales - Pobreza - Subordinación mujer 	<ul style="list-style-type: none"> - No planificación embarazos - ITS y transmisión vertical - Embarazos no deseados - Complicaciones embarazo/ parto/ neonato - Aumento de pobreza
16. Tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> - Falta personal cualificado - Falta de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> - Hacinamiento - Pobreza 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento tasa mortalidad - Transmisión

Tabla 10: Resultados Diagnóstico de Salud Comunitario.

6. DISCUSIÓN

Con el fin de obtener un diagnóstico de salud comunitario lo más completo y representativo posible, es necesario realizar un análisis de múltiples fuentes de datos cuantitativos y cualitativos a través de tres enfoques diferentes (indicadores, encuestas e informadores clave); así como el empleo de una metodología que integre toda la información obtenida: la triangulación metodológica, avalada en la literatura científica como método de investigación. Un estudio protocolo sobre la identificación de los dominios de contexto en la implementación en la ciencia en 2015, realizó una investigación multifase¹⁹. La primera fase es un análisis de concepto usando el método de Walker and Avant. En la segunda se hizo un análisis inductivo y la tercera son entrevistas semi-estructuradas de agentes de salud. Posteriormente se realizó una triangulación de las 3 fuentes de información.

Debido a que se ha analizado información con datos a nivel estatal, departamental y comunal, se han priorizado los datos según su procedencia:

1º Informadores clave, ya que son agentes locales que conocen todos los factores y circunstancias de la población a estudio.

2º Indicadores obtenidos del anuario de estadísticas de la zona sanitaria o información del PDC, por ser datos específicos de la Comuna de Nikki.

3º Resto de indicadores, mediante una extrapolación vertical.

4º Encuestas poblacionales y de personal sanitario nacionales, debido a que puede generar grandes dispersiones de datos, ya que existen importantes desigualdades dentro del propio país.

Los resultados de la investigación se han agrupado en una serie de problemas, factores de riesgo, marcadores de riesgo y consecuencias para dicha población. Cabe resaltar que existe una coherencia interna de los resultados obtenidos puesto que coinciden en los tres enfoques, especialmente los siguientes problemas: *paludismo, infecciones de transmisión sexual, anemia, enfermedades diarreicas, malnutrición, infecciones respiratorias agudas, problemas relacionados con la salud materno-infantil y de la salud sexual y reproductiva*. Del mismo modo, destaca la concordancia en los tres enfoques para los siguientes factores de riesgo: falta de recursos materiales y humanos, falta de formación al personal sanitario y falta de prevención primaria (falta de educación para la salud; es decir, necesidad de sensibilización comunitaria).

Así mismo, los resultados obtenidos coinciden con otros diagnósticos comunitarios realizados previamente en el propio país o en la región, tal como se muestra la sección 2 y sección 5 de la Estrategia de la OMS en Benín (2016-2019)⁵; en el capítulo IV del Plan Nacional de Desarrollo Sanitario de Benín (2009-2018)⁶ y la Salud y la Protección Social de los Servicios Comunitarios del capítulo II del Plan de Desarrollo Comunal de Nikki (2017-2021)¹. Esto dota a la presente investigación de rigor y coherencia externa respecto a lo realizado por otras entidades.

Por otro lado, a pesar de que analizar las capacidades del sistema sanitario no forma parte de un diagnóstico de salud comunitario, se ha considerado interesante realizarlo, debido a que permite conocer su situación actual y puntos fuertes y débiles en los que poder trabajar. Se ha utilizado el método DAFO, ya que hay literatura publicada empleada en otros sistemas sanitarios:

- Análisis DAFO para evaluar un programa (Primafamed)²⁰ de atención primaria y medicina de familia en los Sistemas Sanitarios del África subsahariana: a través de la cooperación Sur-Sur llevado a cabo por 10 universidades. Se demostró que el entrenamiento a médicos en medicina de familia y su integración en los sistemas sanitarios es muy positivo, a pesar de algunas barreras. El desarrollo de un entrenamiento sostenible en medicina de familia es posible, aunque lento.

- Análisis de 4 casos sobre la idoneidad del uso de DAFO en sistemas sanitarios en 2010²¹: propone un modelo mejorado conteniendo opiniones de los implicados en el sistema sanitario y los recursos y factores contextuales. En el caso de la presente investigación, la información proviene de las encuestas realizadas al personal sanitario, por lo que se considera que se ha aplicado un enfoque participativo. Además, al tenerse en cuenta los recursos disponibles basados en los criterios del documento de Evaluación y la Capacidad Operacional, se tienen en cuenta múltiples criterios que complementan al método tradicional.

6.1 Limitaciones de la investigación

Limitaciones en entrevistas a informadores clave:

- Época húmeda: la información estaba limitada a ese momento estacional porque fue cuando se realizaron las entrevistas.

- Percepción de los entrevistadores: encuestadores blancos vistos como potenciales donadores de fondos.
- Barrera cultural y lingüística que podía dificultar la comunicación tanto de las preguntas realizadas, como de la información proporcionada por ellos.
- Muchos creían que era una evaluación en vez de un diagnóstico de salud comunitario a pesar de explicárselo; por tanto, la información que daban podía estar falseada para simular que todo funciona mejor de cómo es realmente.

Limitaciones del enfoque por indicadores²:

Las grandes tasas registradas (algunas más del 100%) pueden ser debidas a una subestimación del censo poblacional y/o a la frecuentación de extranjeros (sobre todo en los centros cercanos a la frontera con Nigeria). Además, hay falta de formación para la recogida, manejo e interpretación de los datos y falta de regulación de controles de calidad.

6.2 Líneas de investigación futuras

Se recomienda realizar una priorización de problemas, así como un análisis pormenorizado de cada necesidad o problema, teniendo en cuenta todos los factores que afectan y las capacidades del sistema sanitario de solucionarlos. Por otro lado, evaluar específicamente la implementación de planes y programas de salud ya diseñados, permite mejorar las condiciones y la consecución de los objetivos planteados a nivel nacional.

7. CONCLUSIONES

En países en vías de desarrollo en los que se quieran llevar a cabo programas sanitarios de cooperación, es indispensable realizar un análisis pormenorizado de las necesidades y problemas de salud que afectan a dicha comunidad. El procedimiento empleado en el presente trabajo es un diagnóstico de salud comunitario, basado en la metodología de Planificación Sanitaria.

Es importante tener en cuenta a la población local y a los agentes del desarrollo durante todo el proceso de identificación de necesidades, y hacerlo desde un enfoque participativo, para establecer unas conclusiones lo más veraces posibles. Son ellos los que mejor identifican las necesidades que tiene su propia comunidad y conocen a la perfección el contexto e idiosincrasia del entorno, cultura y recursos disponibles.

Dado que analizar los problemas de una comunidad es complejo, se han analizado múltiples datos cualitativos y cuantitativos procedentes de varias fuentes, a partir de tres enfoques diferentes (indicadores, encuestas e informadores clave). Posteriormente, se realiza una triangulación metodológica teniendo en especial consideración aquellos problemas que coinciden en los tres enfoques, puesto que dota de coherencia interna los resultados de la investigación. Dichos problemas son: paludismo, infecciones de transmisión sexual, anemia, enfermedades diarreicas, malnutrición, infecciones respiratorias agudas, problemas relacionados con la salud materno-infantil y de la salud sexual y reproductiva.

Además, es importante comprobar la rigurosidad de los resultados obtenidos con otras investigaciones similares realizadas previamente en la misma región, para garantizar una coherencia externa de los resultados y reforzar el diagnóstico comunitario establecido.

Por último, resulta muy positivo analizar la capacidad del sistema sanitario para responder a los problemas detectados, puesto que complementa la información proporcionada y permite conocer aquellos factores sobre los que trabajar.

8.CONFLICTO DE INTERESES

Esta investigación está exenta de conflictos de intereses. Cuenta con un informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica del HURH con fecha 2 de Marzo de 2018 (número código interno CEIm:PI018-18), así como de OAN International, la ONGD con la que se acudió a Nikki.

9.AGRADECIMIENTOS

Esta investigación no habría podido llevarse a cabo sin el apoyo y logística de OAN International, sin el asesoramiento de la Dra Casado, la Dra Almaraz, el Dr Rosell y el Dr Martínez. Agradecer especialmente el trabajo de mis compañeros de equipo: Adrián, Gonzalo, Celia y Elena. A mi familia, por su apoyo incondicional. Por supuesto, agradecer al personal sanitario de la comuna de Nikki y a la población local, que tuve el enorme placer de conocer, y que me brindaron la oportunidad de abrir los ojos a una nueva realidad que me ha permitido madurar no solo profesional, sino personalmente.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Lafia O. *Plan de Développement Communal (PDC) 2017-2021*. Commune de Nikki: Département du Borgou. Ciradel. Ministère de la Décentralisation et de la Gouvernance Locale; 2017.
2. Aïfa J, Tchandou R, Hounkpatin H, Atchade M, Zocli L. *Annuaire des Statistiques Sanitaires 2015*. Zone Sanitaire de Nikki-Kalalé-Pèrèrè: Direction Départementale de la Sante Borgou-Alibori. Ministère de la Sante; 2016.
3. Benín - Historia [Internet]. [cited 2018 Apr 17]. Available from: <http://www.guiadelmundo.org.uy/cd/countries/ben/History.html>
4. Mari Saez A, Suárez L, Martín E, Hernández R. *Feminismos en la antropología: nuevas propuestas críticas. Construcción de la identidad de las mujeres africanas en la región del Borgou (República de Benín)*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales de Paris; 2008.
5. Organisation Mondiale de la Santé, Bénin B de P au. *Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Bénin: 2016-2019* [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau de Pays au Bénin; 2016 [cited 2018 Apr 17].
6. Takpara I. *Plan National de Développement Sanitaire au Benin 2009-2018 (PNDS)*. Cotonou: Ministère de la Santé; 2010 [cited 2018 Apr 17].
7. Garay J. *El Diagnóstico de Salud Comunitario en países en vías de desarrollo*. Estébanez P, Alonso B, Angora R, et al. Medicina Humanitaria. Primera Edición. España: Días de Santos; 2005. 179-189.
8. Kamugumya D, Olivier J. *Health system's barriers hindering implementation of public-private partnership at the district level: a case study of partnership for improved reproductive and child health services provision in Tanzania*. BMC Health Services Research. 2016 Oct 21;16:596.
9. Van Belle S, Mayhew SH. *Public accountability needs to be enforced -a case study of the governance arrangements and accountability practices in a rural health district in Ghana*. BMC Health Serv Res. 2016 12;16(1):568.
10. Darate R. *Rapport des Activités Cliniques Année 2015. Hôpital de zone Sounon Seró de Nikki*. Zone Sanitaire de Nikki-Kalalé-Pèrèrè: Direction Départementale de la Sante Borgou-Alibori. Ministère de la Sante; 2016.
11. Biaou A. *Principaux Indicateurs Socio-Démographiques et Economiques (RGPH-4, 2013)*. Cotonou. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE); 2016.

12. Kinde D. *Rapport d'Enquête sur les Services de Santé. Disponibilité et Capacité Opérationnelle des Services de Santé au Bénin (SARA)*. Cotonou: Direction de la programmation et de la Prospective; 2013.
13. Virchaux J. *Sounon Seró: Un Modèle Rentable de Gouvernance Hospitalière. Capitalisation de deux décennies d'appui en santé de la Coopération suisse à Nikki au Bénin*. Commune de Nikki: Direction du Développement et de la Coopération DDC; 2014.
14. de Souza A. *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) 2011-2012*. Cotonou: Ministère du Développement, de l'Analyse Économique et de la Prospective. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE); 2013.
15. Bio Tchané A. *Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS). Rapport Final Bénin 2014*. Cotonou: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE); 2016.
16. Laboratoire d'Appui au Management et des Etudes Novatrices (Laboratoire AMEN). *Evaluation de la Politique de Gestion du Système de Santé au Benin: version finale*. Cotonou: Direction Générale de l'Evaluation; 2014.
17. Pineault R, Davelou C. La determinación de las necesidades. Pineault R, Davelou C. *La planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Segunda Edición*. Barcelona: Masson, S.A; 1990. 43-203.
18. Arias Valencia M. *La triangulación metodológica: principios, alcances y limitaciones*. La triangulación metodológica; 2000.
19. Squires JE, Graham ID, Hutchinson AM, Michie S, Francis JJ, Sales A, et al. *Identifying the domains of context important to implementation science: a study protocol*. Implement Sci. 2015 Sep 28;10:135.
20. Flinkenflögel M, Essuman A, Chege P, Ayankogbe O, De Maeseneer J. *Family medicine training in sub-Saharan Africa: South-South cooperation in the Primafamed project as strategy for development*. Fam Pract. 2014 Aug;31(4):427–36.
21. Van Wijngaarden JDH, Scholten GRM, van Wijk KP. *Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis*. Int J Health Plann Manage. 2012 Mar;27(1):34–49.