

TRADICIÓN, CULTURA Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN KONI (COSTA DE MARFIL)



Trabajo de Fin de Grado Grado en Trabajo Social

Facultad de Ciencias Sociales

Curso 2015-2016

Universidad de Salamanca



Autor: Márquez Cano, Pablo. 70814560-K

Tutora: Nuria del Álamo Gómez

En Salamanca a 21 de junio de 2016

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. COSTA DE MARFIL.....	8
2.1. Contexto geográfico, físico y demográfico.....	8
2.2. Contexto político, social y cultural	9
2.3. Contexto socio-sanitario	12
2.3.1. Esperanza de vida y mortalidad	14
2.3.2. Mortalidad y morbilidad por causas específicas	15
2.3.3. Enfermedades infecciosas	16
2.3.4. Cobertura de los servicios de salud	17
2.3.5. Factores de riesgo.....	19
2.3.6. Sistemas de salud	20
2.3.7. Gasto en salud	21
2.3.8. Inequidades en salud	22
2.3.9. Estadísticas demográficas y socioeconómicas	23
3. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	24
3.1. Fases de la investigación.....	24
3.1.2. Cronograma de las fases de la investigación.....	26
3.2. Fuentes y técnicas de investigación	27
4. LA REGIÓN DE KONI.	28
4.1. Cultura, sociedad y religión.	28
4.2. Situación socio-sanitaria del Área de Salud de Koni.....	31
4.2.1. Demografía.....	31
4.2.2. Situación sociosanitario.....	33
4.2.2.1. Nacimientos y Partos en el Área de Salud de Koni en 2014	33
4.2.2.2. Partos, consultas prenatales y postnatales en 2014.....	33

4.2.2.3. Enfermedades más comunes en el Área de Salud de Koni en 2014.....	34
4.2.2.4. Número de consultas Centro de Salud de Koni en 2014.....	36
4.2.2.5. Vacunas realizadas en el Área de Salud de Koni en el 2014.....	36
4.2.2.6. Actividades de dispensario del Centro de Salud de Koni en 2014.....	37
4.2.2.7. Casos de malnutrición infantil en el CSK en 2014.....	38
4.2.2.8. Uso de mosquiteras.....	39
4.2.3. Infraestructura del Centro de Salud de Koni.....	39
4.2.4. Funciones del Trabajador Social.....	41
5. CONCLUSIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	48
Anexo I.....	48
Población de Koni 2014.....	48
Anexo II.....	49
Centre de Sante – Koni - Korhogo. Activites Maternite 2014.....	49
Anexo III.....	50
Centre de Sante –Koni-Korhogo. District : Korhogo. Region des Savanes.....	50
Anexo IV.....	51
Enfermedades tratadas en el Centro de Salud de Koni en 2014.....	51
Anexo V.....	52
Centre de Sante Koni-Korhogo. Activites Dispensaire 2014.....	52
Anexo VI.....	53
Centre de Sante – Koni-Korhogo Activites Preventives p.e.v. 2014.....	53
FOTOGRAFÍAS.....	54

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Mapa de Costa de Marfil	8
Ilustración 2. Mapa de etnias en Costa de Marfil	11
Ilustración 3. Esbozo del hábitat de la etnia Senoufo.....	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Población por municipios del Área de Salud de Koni 2014	32
Gráfico 2. Población de 0 a 5 años del área de Salud de Koni 2014.....	32
Gráfico 3. Nacimientos y partos en el Área de Salud de Koni 2014.....	33
Gráfico 4. Mujeres, partos y consultas en el Área de salud de Koni.....	34
Gráfico 5. Enfermedades más comunes tratadas en el Área de salud de Koni 2014.....	35
Gráfico 6. Número de consultas en el Centro de Salud de Koni 2014.....	36
Gráfico 7. Vacunas realizadas en el Área de Salud de Koni 2014.....	37
Gráfico 8. Actividades de dispensario en el Centro de Salud de Koni 2014.....	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Esperanza de vida y mortalidad en Costa de Marfil 2012.....	14
Tabla 2. Mortalidad y morbilidad por casusas específicas en Costa de Marfil 2012.....	15
Tabla 3. Distribución de las causas de muerte de menores de 5 años (%) en Costa de Marfil 2012.....	15
Tabla 4. Mortalidad materna por causas específicas, incidencia y prevalencia de ciertas enfermedades en Costa de Marfil 2012	16
Tabla 5. Enfermedades infecciosas en Costa de Marfil 2012.....	16
Tabla 6. Cobertura de servicios de salud (1) en Costa de Marfil 2012	17
Tabla 7. Cobertura de servicios de salud (2) en Costa de Marfil 2012	18

Tabla 8. Factores de riesgo(1) en Costa de Marfil 2012	19
Tabla 9. Factores de riesgo (2) en Costa de Marfil 2012	20
Tabla 10. Sistemas de salud en Costa de Marfil 2012.....	20
Tabla 11. Gastos en salud en Costa de Marfil 2012	21
Tabla 12. Inequidades en salud en Costa de Marfil 2012.....	22
Tabla 13. Estadísticas demográficas y socioeconómicas (1) en Costa de Marfil 2012..	23
Tabla 14. Estadísticas demográficas y socioeconómicas (2) en Costa de Marfil 2012..	23
Tabla 15. Cronograma de las fases de la investigación.....	26
Tabla 16. Población del Área de salud de Koni	48
Tabla 17. Actividades de maternidad Koni 2014	49
Tabla 18. Enfermedades tratadas en el Centro de Salud de Koni 2014.....	51
Tabla 19. Actividades de dispensario en Centro de Salud de Koni 2014.....	52
Tabla 20. Vacunas en el Área de Salud de Koni 2014	53

ABREVIATURAS

ANESVAD	Organización no gubernamental. "A Nuestros Enfermos Servimos Viendo a Dios"
ASK	Área de Salud de Koni
BM	Banco Mundial
CSK	Centro de Salud de Koni
CIA	Agencia Central de Inteligencia
CEDEAO	Comunidad Económica de Estados de África Occidental
DTC+HP	Difteria; tétanos; tosferina
FMI	Fondo Monetario Internacional
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IRA	Insuficiencia Respiratoria Aguda
MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
MINECO	Ministerio de Economía y Competitividad
MINUCI	Misión de las Naciones Unidas en Costa de Marfil
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONUCI	Operación de las Naciones Unidas en Costa de Marfil
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UN	Naciones Unidas

1. INTRODUCCIÓN

El proyecto de investigación que se presentará a continuación ha sido fruto de la labor como cooperante internacional en la Fundación Juan José Márquez. Dentro de esta organización se realizan diversos proyectos de intervención en diferentes zonas de mundo, y la que compete al presente proyecto, es la llevada a cabo en Costa de Marfil desde el año 2007.

La labor fundamental de la Fundación es la atención socio sanitaria en el país citado anteriormente. La implicación con estos proyectos que se han llevado a cabo ha sido directa, tanto desde España como desde Costa de Marfil. Durante el verano de 2014 tuve la oportunidad de tener una experiencia en el propio país objeto de investigación.

La exposición y análisis de datos se centra en una zona geográfica concreta del país Africano. Esta es una zona rural del norte Costa de Marfil que se encuentra en la región de Korhogo, y dicha población la conocemos con el nombre de Koni.

Con la experiencia obtenida a través de la Fundación Juan José Márquez, las vivencias propias en el este país tropical, y la colaboración aportada en el Centro de Salud de Koni, se han podido recopilar una serie de datos que han hecho surgir una hipótesis concreta.

Durante la estancia en África y después de esta, habiendo reposado los posos y diferentes sensaciones, percepciones, sentimientos y observaciones sobre aquella realidad social del África negra, surgió una hipótesis por la que se realiza el presente proyecto. Esta suposición, basada en la experiencia, trata de demostrar que la atención socio sanitaria en Koni, en muchos aspectos, es superior y de más calidad que la que se recibe en el resto de Costa de Marfil.

Dado que investigaciones como esta, centradas en esa zona concreta del país, no se han llevado a cabo hasta el momento, a excepción de los datos recogidos por la propia Fundación Juan José Márquez, se realizará un análisis de la realidad socio sanitaria de Koni (Korogho-Costa de Marfil), atendiendo fundamentalmente a niños de hasta 5 años y madres, a través de las experiencias como cooperante, para comprobar si la hipótesis planteada es cierta, desde una visión como trabajador social cuyo fin sea mejorar la atención socio sanitaria de la población afectada directa o indirectamente por la intervención de profesionales sanitarios y agentes sociales en esa zona geográfica de África.

2. COSTA DE MARFIL

Para proseguir con el objeto de estudio y poder entender mejor la realidad social en la que está inmersa la sociedad afectada por la investigación, a continuación se expondrá de forma general los aspectos más significativos de Costa de Marfil, es decir, de lo macro a lo micro se procurará una contextualización de estos territorios exponiendo la situación política, social, demográfica y sanitaria.

2.1. Contexto geográfico, físico y demográfico

Según el Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO, 2012), Costa de Marfil es un país de tamaño medio en el contexto africano. Su superficie es aproximadamente dos terceras partes de la de España. Se encuentra situado en el golfo de Guinea y tiene un clima ecuatorial.

Como bien se nos expone en el Ministerio de Asuntos Exteriores (MAEC, 2015), el nombre oficial de Costa de Marfil o Côte D'ivoire (Nombre Francés) es la República de Costa de Marfil. Este País cuenta con 22.848.945 habitantes (según las estimaciones de julio de 2014) linda con Mali, Burkina Faso al Norte, el Océano Atlántico al sur, Ghana al Este y Liberia al Oeste (Ilustración 1). A su vez, la capital política la conocemos con el nombre de Yamoussoukro, y la capital económica Abidjan con 4.467.000 habitantes. Es importante destacar otras ciudades importantes del país como son Bouaké, Man, Daloa y Korhogo, la cual se encuentra a escasos kilómetros de Koni, la población objeto de estudio, y cuenta con población de 213.000 habitantes (MAEC, 2015).

Ilustración 1. Mapa de Costa de Marfil



Fuente. Pacheco, 2012.

Se cree que unos cinco millones de extranjeros viven en Costa de Marfil. De la comunidad no africana, la mayoría son libaneses (en una cantidad no precisada superior a los 26.000 individuos) y en menor medida franceses (unos 14.000). Hay unos 100 españoles registrados (MINECO, 2012).

La situación geográfica que nos podemos encontrar en Costa de Marfil es la de un país que ofrece desde paisajes con sabanas desérticas al norte, hasta la selva virgen al sur. Cuenta con 515 kilómetros de costa que se extiende a lo largo del Atlántico. La zona costera, que es la más lluviosa, se caracteriza por grandes plantaciones de productos de exportación, tales como el café, el cacao y el plátano. Yendo hacia el norte, nos encontramos con una meseta granítica cubierta de sabanas, donde los pequeños propietarios cultivan sorgo, maíz y maní. En el noroeste del país nos encontramos los montes más pronunciados, con el Monte Nimba coronándose como pico más alto (1.752 m.). Teniendo en cuenta el clima, en el sur nos encontramos con un clima más tropical mientras que en el norte semiárido, apreciando así tres estaciones durante el año, caluroso con algunas lluvias de noviembre a marzo, caluroso-seco de marzo a mayo y caluroso lluvioso de junio a octubre (MAEC, 2015).

Atendiendo a la distribución de la población de Costa de Marfil se puede observar que es muy rural ya que solo el 51% de la población se encuentra en ámbito urbanos, mientras que el 49% de la población se establece en ámbitos rurales (MINECO, 2012).

Cabe destacar los índices de esperanza de vida aportados por el MINECO (2012), en los que los establece en 55 años al nacer, a su vez, observando algunos indicadores sociales que nos aporta el MAEC (2015) se fija la esperanza de vida de hombres en 56.90 años, mientras que en mujeres se establece en 59.16 años.

2.2. Contexto político, social y cultural

Costa de Marfil es un país independiente desde el 7 de agosto de 1960. Su propia constitución la define como una república independiente, soberana, democrática y social¹.

¹Loi N°2000-513 qui porte la constitution de Côte D'Ivoire, 2000, págs. Art 29-30 citado por Díez 2015, pág. 21

Costa de Marfil ha padecido más de un decenio de crisis política e inestabilidad. En 1999 un Golpe de Estado, y en 2002 la guerra civil, que dividió al país en dos bandos (MAEC, 2015). Hasta 2007 no se llegó a un acuerdo y las crisis, tras elecciones presidenciales de octubre de 2010, donde por un lado Alassane Ouattara era respaldado por la comunidad internacional y Gbabo por el Tribunal Constitucional, produjo la suspensión temporal del país en la CEDEAO (Comunidad Económica de Estados de África Occidental) y en la UA (Unión Africana) y a su vez tensiones a nivel interno y nivel internacional, sanciones políticas y represalias nacionalistas (MAEC, 2015).

Tras la investidura de Alassane Ouattara, el 21 de mayo de 2011 y la formación de un nuevo gobierno el 1 de junio de 2011 con Guillaume Soro como primer ministro, comenzó un proceso de normalización, recuperación y estabilidad en el país. La detención del ex presidente Gbagbo también procuró este proceso de normalización. Dicho lo cual, tras todo este proceso comenzó la reconciliación interna del país (MAEC, 2015 citado por Díez, 2015).

Este conflicto tiene sus orígenes tras la crisis económica que afectó al país en los años 80, y tras la muerte del presidente Félix Houphouête Boigny, quien logró instaurar la estabilidad en el país. Sin embargo, debido a la fuerte inmigración de habitantes de los países vecinos a Costa de Marfil se empieza a generar un sentimiento de rechazo hacia estas poblaciones fomentado por el gobierno de Henry Konan Bedie, lo que dio como resultado una separación profunda en la población marfileña entre los habitantes del norte y los del sur, generando así un conflicto que tiene ya más de veinte años de existencia (BBC News, 2010 citado por Riqueti, 2012).

En la actualidad, Costa de Marfil tiene un sistema multipartidista con libertad de asociación y manifestación, basado en la Constitución, aprobada por referendo, en julio de 2000. El Presidente es elegido por sufragio universal, por un periodo de 5 años, mandato que puede ser renovado una vez (África Infomarket, s.f.).

Según las Naciones Unidas (UN s.f.), el Consejo General de Seguridad de las Naciones Unidas aprobó en la resolución 1528 de 27 de febrero de 2004, que establecía la Operación de las Naciones Unidas en Costa de Marfil por un período de 12 meses, a partir del 4 de abril de 2004, traspasando la autoridad de la MINUCI (Misión de las Naciones Unidas en Costa de Marfil) y de las fuerzas de la CEDEAO a la ONUCI (Operación de las Naciones Unidas en Costa de Marfil) en esa fecha. El objetivo de esta resolución era la de facilitar el acuerdo de paz que firmaron las partes de Costa de

Marfil en enero de 2003. Tras las elecciones presidenciales de 2010 y la crisis política, que tuvo lugar a continuación en Côte D'Ivoire, la ONUCI permanece en el territorio Costa Marfileño (UN, s.f.).

En este contexto el actual presidente Ouattara ha procurado una labor diplomática a nivel internacional para tratar de recuperar la confianza y la colaboración internacional. Esta labor va acompañada de avances en la seguridad interna, el buen gobierno y el crecimiento económico devolviendo el prestigio y la influencia en el África Occidental y el continente (Pacheco, 2012).

A través del MAEC (2015), se han podido recabar otros datos relevantes sobre el país, tales como:

- Las religiones que se practican son la musulmana (38.1%), la cristiana (32.8%), africanas o animistas (11.9%) y ninguna (16.7%).
- La moneda usada es el Franco CFA.
- El idioma oficial es el Francés, aunque en el propio país se hablan más de 60 dialectos, de los cuales se destaca el Dioula.
- Teniendo en cuenta la información recogida en el MINECO (2012), principalmente se basan en cuatro grandes etnias (Ilustración 2):

Ilustración 2. Mapa de etnias en Costa de Marfil



Fuente. MINECO, 2012

- Akan (alrededor del 25%) se sitúa en el sur, centro-sur y este e incluye a los baulé y los año. Es también la mayor etnia de Ghana.
- Mandé (alrededor del 20%). Destacan los malinkés y diulas en el norte y noroeste y los dan o yakuba en el oeste.
- Kru, también llamada *krumen* (cerca del 15%). Fundamentalmente en el oeste y suroeste e incluye a los beté.

- Voltaicos (15% aproximadamente). Incluye a los senufo en el norte y a los lobi.
- Kulango en el noreste.

2.3. Contexto socio-sanitario

Tras la guerra civil del 2002 al 2007, y un segundo conflicto que desembocó en una crisis postelectoral de 2010 al 2011, los datos económicos apuntaban el resurgir de Costa de Marfil. Con resultados macroeconómicos muy buenos en 2013, con una tasa de crecimiento de 8,7%, manteniendo la inflación en un 2,5% y con una perspectiva macroeconómica optimista para el año 2014 según Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), pero lamentablemente esto es solo un escaparate al exterior (ANESVAD, 2014).

Profundizando en la realidad del país se ve la realidad Costa Marfileña, en la que hay un fuerte contraste de la riqueza de unos pocos y el empobrecimiento de la mayoría. En las zonas rurales se sustituyen los vehículos de lujo por las bicicletas, se ven mujeres y niños recorriendo a pie muchos kilómetros con baldes de agua o leña, los rascacielos se convierten en casitas de adobe que probablemente no cuentan con agua potable, sin apenas electricidad y saneamiento u otro tipo de infraestructuras (ANESVAD, 2014).

Según Riqueti (2012), Costa de Marfil posee una población joven y vulnerable puesto que, afirma que el 39,8% de la población de Costa de Marfil son niños de 0 a 15 años de edad, el 51% de la población vive en las ciudades (principalmente Yamusukro y Abidjan), la tasa de mortalidad infantil se encuentra en 64,8 muertes por cada 100 niños que nacen y la tasa de fertilidad de las mujeres es de 3,92 niños por mujer (CIA WorldFactbook, 2011 citado por Riqueti, 2012).

Costa de Marfil se encuentra en el puesto 170 en el IDH (Índice de Desarrollo Humano), en una escala que va de 1, país con el mayor desarrollo, hasta el puesto 187, país con el menor desarrollo (Riqueti, 2012). A su vez no podemos olvidar que el Índice de Desarrollo Humano es del 0,4 y que el mayor porcentaje de pobreza se encuentra en zonas rurales llegando a un 62% de pobreza en la población, afectando más a mujeres que a hombres (ANESVAD, 2014).

En este contexto ANESVAD (2014) asegura que Costa de Marfil se ha quedado atrás en la consecución de la mayoría de los Objetivos del Milenio (ODM). Observando el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD 2015), estos habrían sido los ODM que se tendrían que haber alcanzado en el año 2015:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.
4. Reducir la mortalidad de los niños de 5 años.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

A pesar de los grandes éxitos obtenidos a nivel mundial por el PNUD, las personas más pobres y vulnerables siguen sufriendo el desamparo (PNUD, 2015).

A continuación se expondrán una serie de tablas elaboradas a partir de los datos recopilados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). Ya que en muchos países, los sistemas de información son deficientes puede que algunos de los datos no se ajuste del todo con la realidad, así pues varios de los indicadores presentados se asocian a una incertidumbre significativa, advierte la OMS (2014). Aun así los siguientes indicadores nos servirán para conocer cuál es el contexto socio sanitario de Costa de Marfil. Por lo tanto los indicadores socio sanitarios de Costa de Marfil, según la OMS (2014), son los siguientes:

2.3.1. Esperanza de vida y mortalidad

A continuación se exponen los indicadores tenidos en cuenta para el análisis de la esperanza de vida y mortalidad en Costa de Marfil (Tabla 1), según los datos de la OMS (2014) la cual expone las estadísticas del año 2012.

Tabla 1. Esperanza de vida y mortalidad en Costa de Marfil 2012

Esperanza de vida al nacer (años) 2012			Esperanza de vida a los 60 años (años) 2012			Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad de menores de un año (probabilidad de morir antes de cumplir 1 año por 1000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (probabilidad de morir antes de cumplir 5 años por 1000 nacidos vivos)	Tasas de mortalidad de adultos (probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años por 1000 habitantes)	
Am bos sex os	Hom bres	Muj eres	Am bos sex os	Hom bres	Muj eres					Hom bres	Muj eres
53	52	54	16	15	16	46	40	76	108	409	396

Fuente. Elaboración propia a través de datos de la OMS (2014)

2.3.2. Mortalidad y morbilidad por causas específicas

En la tabla 2, 3 y 4 se puede observar las tasas de mortalidad según la edad, los años perdidos, el número de defunciones de menores de 5 años en Costa de Marfil, la distribución de las causas de muerte de menores de 5 años, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad por causas específicas, tasa de incidencia y prevalencia de enfermedades específicas, según la OMS (2014) teniendo en cuenta los datos de 2012.

Tabla 2. Mortalidad y morbilidad por causas específicas en Costa de Marfil 2012

Tasa de mortalidad normalizada según la edad (por 100.000 habitantes)			Años de vida perdidos (por 100.000 habitantes)				Nº de defunciones de menores de 5 años (miles)
Transmisibles	No Transmisibles	Traumatismos	Todas las causas	Transmisibles	No transmisibles	Traumatismos	75
861	794	124	78.319	54.054	16.884	7.382	

Fuente. Elaboración propia a través de datos de la OMS (2014)

Tabla 3. Distribución de las causas de muerte de menores de 5 años (%) en Costa de Marfil 2012

Distribución de las causas de muerte de menores de 5 años (%)	
VIH/SIDA	2
Diarrea	10
Sarampión	0
Malaria	16
IRA (Infecciones respiratorias agudas)	15
Prematuridad	13
Complicaciones en el parto	12
Sepsis neonatal	8
Anomalías congénitas	5
Otras enfermedades	15
Traumatismos	5

Fuente. Elaboración propia a través datos de la OMS (2014)

Tabla 4. Mortalidad materna por causas específicas, incidencia y prevalencia de ciertas enfermedades en Costa de Marfil 2012

Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad por causas específicas (por 100.000 habitantes)			Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes)			Prevalencia	
	VIH	Malaria	Tuberculosis en la población seronegativa para el VIH	VIH	Malaria	Tuberculosis	VIH	Tuberculosis
12	157	71	22	149	20.730	172	2.268	228

Fuente. Elaboración propia a través de datos de la OMS (2014)

2.3.3. Enfermedades infecciosas

En la tabla 5 se han recopilado, a partir de la OMS (2014) el número de casos de ciertas enfermedades que se han dado en Costa de Marfil en 2012. Es posible que los datos aportados por la OMS (2014), en algunas enfermedades, se alejen bastante de la realidad, dada la baja incidencia expuesta en la tabla 5. Enfermedades tales como la Malaria, endémica en el Costa de Marfil, o Fiebre Amarilla, con bastante incidencia en países del tercer mundo los cuales no tienen acceso a sanitarios adecuados, según el Doctor Juan José Márquez².

Tabla 5. Enfermedades infecciosas en Costa de Marfil 2012

Nº de casos 2012	
Cólera	424
Tripanosomiasis humana africana	9
Leishmaniasis	0
Lepra	1.030
Malaria	2.168.215
Sarampión	137
Meningitis (2013)	255
Síndrome de rubeola congénita	0
Rubeola	298
Tétanos neonatal	9
Tétanos total	9
Tuberculosis	23.762
Fiebre amarilla	4

Fuente. Elaboración propia a través de datos de la OMS (2014)

² Información recogida a través de diversas entrevistas con el Doctor (Presidente de la Fundación Juan José Márquez).

2.3.4. Cobertura de los servicios de salud

La realidad socio sanitaria de un país varía mucho en función de la cobertura de los servicios de salud a los que se tiene acceso, por lo tanto en la tabla 6 y 7 se exponen dichos datos, a partir de la OMS (2014) según estadísticas del 2012.

Tabla 6. Cobertura de servicios de salud (1) en Costa de Marfil 2012

Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos	Cobertura de la atención prenatal (%)		Partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	Nacimientos por cesárea (%)	Consulta de atención postnatal en los días posteriores al parto (%)	Neonatos protegidos al nacer frente al tétanos neonatal (%)
18	Al menos 1 consulta	Al menos 5 consultas	57	3	70	82
	89	44				

Fuente. Elaboración propia a través de datos de la OMS (2014).

Tabla 7. Cobertura de servicios de salud (2) en Costa de Marfil 2012

Cobertura de inmunización en niños de 1 año (%)				Niños entre 9 y 59 meses que recibieron suplementos de vitamina A (%)	Menores de 5 años (%)		Embarazadas infectadas por el VIH que recibieron antirretrovíricos para prevenir la TMN (%)	Cobertura de tratamiento antirretrovírico en la población que reúne las condiciones para recibirlo (%)	Tasa de detección de todas las formas de tuberculosis (%)	Tasas de éxito terapéutico en la tuberculosis con frotis positivo (%)
Sarampión	DTP3	HepB3	Hib3	61	Con síntomas de IRA que fueron llevados a un centro de salud	38	68	49	69	78
85	94	94	94		Con presunta neumonía que recibieron antibióticos	29				
					Con diarrea que recibieron TRO (SRO y/o SCR)	22				
					Que duermen bajo mosquiteras tratadas con insecticidas	37				
					Con fiebre que recibieron tratamiento con algún antipalúdico	18				

Fuente. Elaboración propia a través de datos de la OMS (2014)

2.3.5. Factores de riesgo

En la tabla 8 y 9 se puede observar los factores de riesgo tenidos en cuenta por la OMS (2014) según datos de 2012.

Tabla 8. Factores de riesgo(1) en Costa de Marfil 2012

Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable (%)	Población que utiliza servicios de saneamiento mejorados (%)	Población que utiliza combustibles sólidos (%)	Tasa de prematuridad (por 100 nacidos vivos)	Lactantes alimentados exclusivamente al pecho durante los primeros 6 meses de vida	Menores de 5 años %		Prevalencia de la hiperglucemia en ayunas en adultos de 25 a más años (%)	
80	22	79	14	12	Emaciados ³	7.1	Hombres	9.2
					Con retraso en el crecimiento	28		
					Con insuficiencia ponderal	14.1	Mujeres	9.7
					Con sobrepeso	2.8		

Fuente. Elaboración propia a través de datos de la OMS (2014)

³Persona que posee una pérdida extremada de grasa subcutánea, que conduce a un cuerpo muy magro. Mayormente al referirse a personas enfermas.

Tabla 9. Factores de riesgo (2) en Costa de Marfil 2012

Prevalencia de la tensión arterial alta en adultos de 25 a más años (%)		Obesidad en adultos de 20 o más años		Consumo de alcohol entre adultos de 15 o más años (Litros de alcohol puro por persona)	Prevalencia del consumo de cualquier producto de tabaco fumado entre adultos de 15 o más años (%)		Prevalencia del consumo actual de tabaco en adolescentes de entre 13 y 15 (%)	
Hombres	41.6	Hombres	3.9	6	Hombres	16	Hombres	26
Mujeres	35.7	Mujeres	9.7		Mujeres	9	Mujeres	11

Fuente. Elaboración propia a través de datos de la OMS (2014)

2.3.6. Sistemas de salud

Los Recursos sanitarios pueden marcar la diferencia entre un sistema sanitario y otro, por lo tanto es importante tener en cuenta los datos de la tabla 10.

Tabla 10. Sistemas de salud en Costa de Marfil 2012

Densidad de la fuerza laboral sanitaria (por 10.000 habitantes)		Infraestructuras y tecnologías (por 100.000 habitantes)	
Médicos	1.4	Hospitales	1.7
Personal de enfermería y de pediatría	4.8		
Personal de odontología	0.1		
Personal de farmacia	0.2		
Psiquiatrías	< 0.05		

Fuente. Elaboración a través de datos la OMS (2014)

2.3.7. Gasto en salud

La inversión que realizan las organizaciones gubernamentales y otras, son un indicador a tener en cuenta para identificar la calidad de los servicios de salud que tiene un país, así pues en la tabla 11 se observan dichos datos.

Tabla 11. Gastos en salud en Costa de Marfil 2012

Porcentajes de gasto en salud		Gasto en salud per cápita	
Gasto total en salud como % del PIB	6.8	Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)	84
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	24.4		
Gasto privado en salud como % del gasto total en salud	75.5	Gasto total en salud per cápita en dólares internacionales (PPA)	126
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	8.5		
Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud	11.1	Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)	21
Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud	6.3		
Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud	77.0	Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales (PPA)	31
Planes de prepago privados como % del gasto privado en salud	3.5		

Fuente. Elaboración propia a través de datos de la OMS (2014)

2.3.8. Inequidades en salud

A partir de los indicadores desarrollados en la tabla 12, se quiere trascender en cuál es la situación sanitaria materno infantil y a su vez el uso de anticonceptivos en Costa de Marfil.

Tabla 12. Inequidades en salud en Costa de Marfil 2012

Prevalencia del uso de anticonceptivos: métodos modernos (%)			Partos atendidos por personal de salud cualificado (%)			Niños de con menores de 5 años con retraso de crecimiento (%)		
Lugar de residencia	Rural	6	Lugar de residencia	Rural	40	Sexo	Hombres	44
	Urbano	15		Urbano	84		Mujeres	37
Quintil de riqueza	Inferior	4	Quintil de riqueza	Inferior	29	Lugar de residencia	Rural	46
	Superior	19		Superior	95		Urbano	32
Nivel educativo	Ninguna	6	Nivel educativo de la mujer	Ninguna	47	Quintil de riqueza	Inferior	47
	Secundaria o superior	22		Secundaria	87		Superior	27
						Nivel educativo de la mujer	Ninguna	43
							Secundaria o superior	31

Fuente. Elaboración propia a través de datos de la OMS (2014)

2.3.9. Estadísticas demográficas y socioeconómicas

En la tabla 13 y 14 se exponen la situación demográfica y socioeconómica de Costa de Marfil, lo cual puede tener cierta desviación dado que los datos aportados por el gobierno de Costa de Marfil, es posible que no sean los que reflejen la realidad compleja del país (OMS 2014).

Tabla 13. Estadísticas demográficas y socioeconómicas (1) en Costa de Marfil 2012

Población 2012						Cobertura de registro civil (%) 2012		Tasa bruta de natalidad (por 1000 habitantes)	Tasa bruta de mortalidad (por 100 habitantes)	Tasa de fecundidad total (por mujer)	Tasa de fecundidad de los adolescentes (por 1000 mujeres de entre 15 y 19 años)	Tasa de alfabetización de 15 o más años (%)
Total (miles)	Mediana de edad (años)	Más de 15 años (%)	Más de 60 años (%)	Tasa anual de crecimiento (%)	En Zonas urbanas	Nacimientos						
19.840	19	41	5	1.7	52		65	36.7	12.7	4.9	128	57

Fuente. Elaboración propia a través de datos de la OMS (2014)

Tabla 14. Estadísticas demográficas y socioeconómicas (2) en Costa de Marfil 2012

Tasa neta de escolarización primaria		Ingreso nacional bruto en dólares internacionales (PPA)	Población que vive con menos de 1 dólar al día (%), dólares internacionales PPA)	Abonados de telefonía móvil (100 habitantes)
Hombres	67	1.920	23.8	91
Mujeres	56			

Fuente. Elaboración propia a través de datos de la OMS (2014)

3. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Para Vargas (2011), el método científico implica:

- Observación del objeto de estudio para estudiarlo tal y como se presenta en la realidad.
- Inducción a partir de determinadas observaciones, experiencias propias y el principio particular de cada una de ellas.
- Plantear una hipótesis a partir de la observación inicial.
- Probar la hipótesis por experimentación o análisis de los datos.
- Demostración o refutación.
- Determinar las conclusiones o la teoría científica.

La investigación llevada a cabo se ha realizado dentro de un contexto concreto, en un país tropical con unos recursos, normas, valores culturales y circunstancias propias diferentes a los que se pueden encontrar en la Europa occidental, así pues, teniendo en cuenta a Dilthey y Heidegger citado por Vargas (2011), se puede decir que el método de investigación que se ha seguido es el hermenéutico, puesto que se pretende explicar las relaciones existentes entre un hecho y el contexto en el que acontece. Como intérprete hay que desprenderse del tiempo, juicios personales e intentar lograr una contemporaneidad con el contexto de referencia y el autor mismo (Vargas, 2011).

3.1. Fases de la investigación

Los pasos que se han seguido para planificar y efectuar la investigación, en la cual se quiere plasmar la realidad socio sanitaria de Koni (Korhogo, en Costa de Marfil), se han llevado a cabo a partir de las experiencias propias en una organización sin ánimo de lucro, la Fundación Juanjo José Márquez.

En 2014, desde la Fundación Juan José Márquez, se propuso realizar un viaje a Costa de Marfil para proseguir con los proyectos, que se llevaban realizando desde 2007, en dicho país.

Se llevaron a cabo diversas reuniones con el Presidente de la fundación, el Doctor Juan José Márquez, para planificar la investigación. Los puntos que se acordaron en dichas reuniones, realizadas la 3ª semana de febrero de 2016, fueron los siguientes:

1. A partir de la observación del objeto de estudio de determinadas observaciones, experiencias propias y el principio particular de cada una de ellas, se recopiló información la cual fue organizada durante esta fase.
 - a. El viaje a Costa de Marfil, realizado del 2 al 30 de junio de 2014, en el cual se desarrolló un proyecto de intervención por el que se pudo recopilar información para la presente investigación, fue el punto de partida del proyecto. Los objetivos que se alcanzaron durante el ejercicio de cooperación internacional, a través del cual se hizo el acopio de datos, fueron los siguientes:
 - i. Aprovisionamiento de medicinas al dispensario del Centro de Salud de Koni.
 - ii. Formación médica a las profesionales del Centro de Salud de Koni.
 - iii. Atención socio sanitaria a los pacientes del Centro de Salud de Koni.
 - iv. Consulta médica.
 - v. Educación en hábitos saludables a los pacientes del Centro de Salud de Koni.
 - vi. Recogida de datos socio sanitarios, demográficos, culturales y políticos del Área de Salud de Koni.
 - vii. Donación, en Euros, a la organización religiosa que administra el Centro de Salud de Koni (Hermanitas de la Anunciación).
 - viii. Colaborar en la medida en que se pudo con las profesionales del Centro de Salud de Koni.
2. Se Planteó una hipótesis a partir de la observación inicial.
3. Análisis de los datos.
 - a. Meses de marzo, abril y mayo de 2016
4. Demostración de la hipótesis y planteamiento de las conclusiones.
 - a. Las 2 últimas semanas de mayo de 2016.

3.1.2. Cronograma de las fases de la investigación

Tabla 15. Cronograma de las fases de la investigación

FEBRERO DE 2016						
LUNES	MARTES	MIÉCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29						
MARZO DE 2016						
LUNES	MARTES	MIÉCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			
ABRIL DE 2016						
LUNES	MARTES	MIÉCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	
MAYO DE 2016						
LUNES	MARTES	MIÉCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Fuente. Elaboración propia

Organización de los datos recogidos durante el proyecto de intervención en junio de 2014 

Planteamiento de hipótesis 

Análisis de datos 

Demostración de la hipótesis y conclusiones 

3.2. Fuentes y técnicas de investigación

Las fuentes y técnicas de información a las que se han tenido acceso han sido diversas:

- Entrevistas con profesionales sanitarios y agentes sociales que actúan directamente en el área de salud objeto de investigación (Área de Salud de Koni, en Korhogo. Costa de Marfil).
 - Doctor Juan José Márquez (Presidente de la Fundación Juan José Márquez).
 - Profesionales sanitarias en el ámbito de la atención primaria, maternidad, desnutrición infantil y análisis de laboratorio que operan en la región objeto de estudio.
 - Hermanas que administran el Área de Salud de Koni (Hermanitas de la Anunciación⁴).
- Observación directa del objeto de estudio, trabajo de campo y experiencias propias como cooperante.
- Registros y documentación aportada por el Centro de Salud de Koni (a partir de CSK, para referirse al Centro de Salud Koni).
- Reuniones con jefes de la etnia Senoufo⁵.
- Reuniones informales con gentes de la región y pacientes del Centro de Salud de Koni (CSK).
- Revisión bibliográfica y web gráfica.
- Metodología científica para el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos.

El conocimiento científico sirve como aproximación crítica a la realidad y se apoya en el método científico (Vargas, 2011).

⁴ Congregación de Hermanas, de derecho Pontificio, fundado el 14 de mayo de 1943 en Medellín, Colombia (Hermanitas de la Anunciación, S.F.), las cuales operan en el Área de Salud de Koni, administrando el Centro de Salud de Koni y realizando intervenciones socio sanitarias en dicho centro.

⁵ Pueblo de cultura y lengua sudanesa que podemos encontrar en la República de Costa de Marfil, Mali y Burkina Faso (Etnicoafricano, S.F).

4. LA REGIÓN DE KONI.

4.1. Cultura, sociedad y religión.

En este punto se expondrá a grandes rasgos la cultura en la cual está inmersa la sociedad de Korhogo (Capital de la región), a escasos kilómetros de Koni. Dicha información está desarrollada a partir de las investigaciones de Coulibaly (1978) y las experiencias propias como cooperante en las que a través de la observación, entrevistas con gentes del lugar y profesionales, se hace una síntesis de la realidad del objeto de estudio.

Al norte de Costa de Marfil se extiende el país de los Senoufo. Es una región de la sabana con llanuras suavemente onduladas, más herbácea que arbustiva que cambia de color con la llegada de las lluvias. Islotes sombríos en un paisaje despejado, macizos de árboles densos y tupidos cortan en el horizonte. Estos lugares de oscuridad secreta atraen la mirada, ya que no puedes penetrar allí y su misterio permanece en la sombra verde. Siguiendo a Coulibaly (1978), se afirma que estos son los bosques sagrados de los Senoufo y lugares intocables donde nadie, a parte de los iniciados en el Poro⁶ pueden penetrar .

Las aldeas y núcleos de población con sus cabañas hablan de su vida cotidiana junto a las casas, los graneros y los guardianes de las cosechas.

El Senoufo es agricultor, y su agricultura se fundamenta en el trabajo tanto colectivo como individual, según técnicas minuciosamente elaboradas a lo largo de intercambio milenario entre las tierra y las fuerzas de la naturaleza. Las lomas y las hondonadas canalizan, lo mejor que se puede, las aguas de la lluvia para asegurar el mejor crecimiento del mijo, del maíz, del ñame y del arroz (Coulibaly, 1978).

Parece que esta ocupación de las tierras deshabitadas, sin recurrir a una conquista guerrera, da a los Senoufo un temperamento pacífico. La resignación total, en lugar del enfrentamiento es el rasgo fundamental de su comportamiento. Si busca la

⁶ Sistema de iniciación practicado por la mayoría de las poblaciones establecidas en los Bosques de Guinea, África Occidental, Liberia, norte de Costa de Marfil, Sierra Leona y Mali.

seguridad es para poder desarrollarse con el fin de dedicarse a lo que considera su razón de ser (el trabajo de la tierra)⁷.

La principal ciudad y la única de la región es Korhogo, a 20 Km de la Villa de Koni (Ilustración 3). Esta es una zona rural que sigue resistiendo al desarrollo occidental, conservando su modo de vida, de economía de subsistencia, su herencia cultural y el apego a la fuerza de sus tradiciones. Tienen facilidad para la adaptación y una fuerte actitud para la asimilación, conservando una desconfianza hacia el progreso técnico debido a su innata mentalidad de agricultor (Coulibaly, 1978). Esta rutina aldeana está sufriendo modificaciones. Se encuentra entre el rigor tradicional y un amplio abanico de nuevas experiencias. Vive en un período de reajuste social, en que los ancianos, todavía apegados al tipo de vida arcaica, caminan hacia el progreso navegando entre dos corrientes.

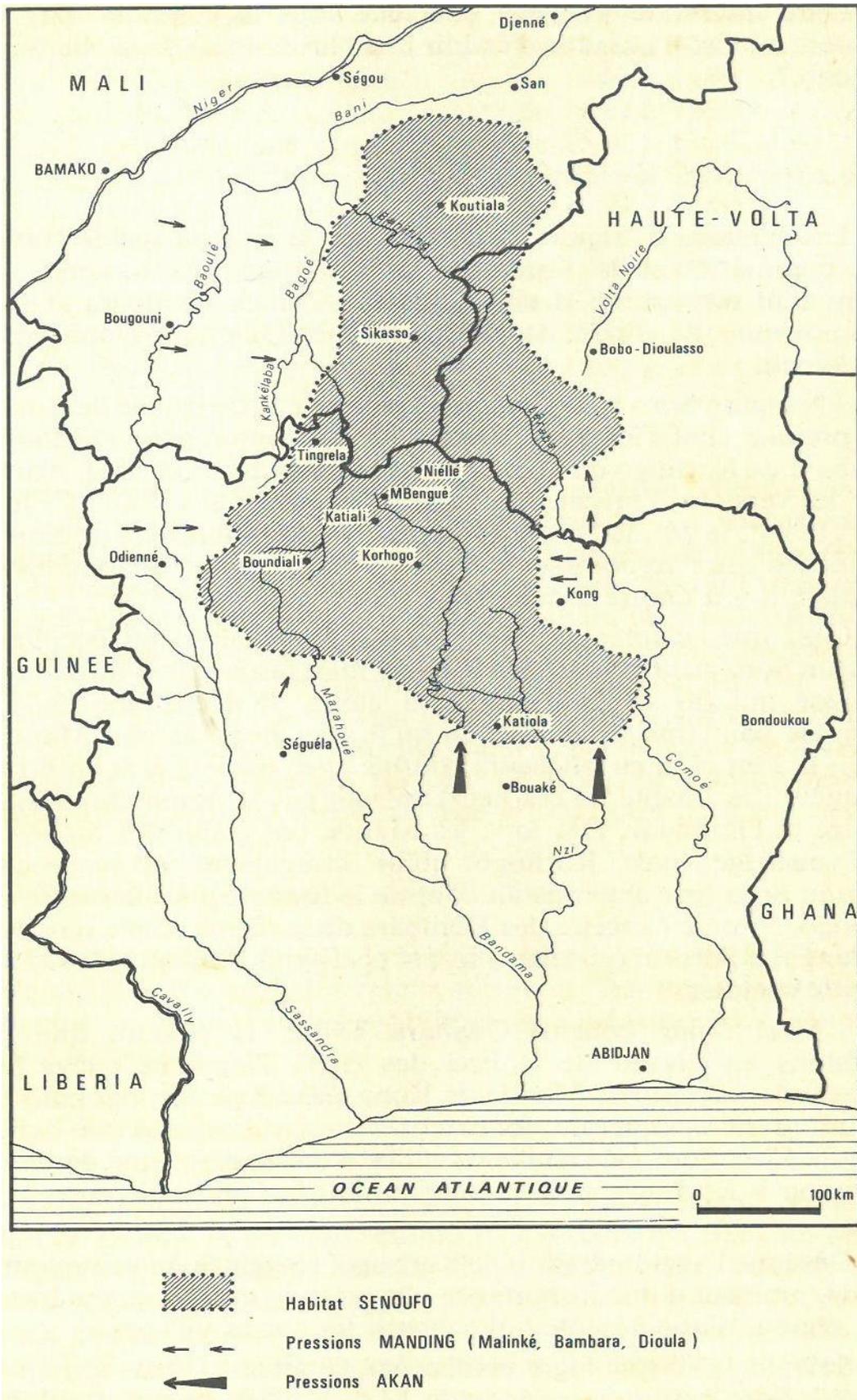
La civilización Senoufo es el resultado sintético de diferentes influencias Sahel-Sudanesas (Coulibaly, 1978). Se trata de una superposición, un encuentro fecundo entre el antiguo sustrato cultural y los aportes septentrionales relativamente recientes⁸.

La población es esencialmente agrícola (cultivan principalmente el algodón) y trabajan el hierro (Altos Hornos de Koni). Los Lorho, fundidores de hierro forman pequeñas cofradías profesionales para la fabricación de los utensilios (Coulibaly, 1978). Es una cultura que nos aporta tradición y nos hace viajar al pasado, pudiendo aprender tanto de su forma de vida, así como de su cultura, desarrollo y convivencia.

⁷ Elaborado a partir de entrevistas con profesionales sanitarios del CSK, con el Doctor Juan José Márquez, jefes de Koni y gentes de la región.

⁸ Afirmado por el Doctor Juan José Márquez.

Ilustración 3. Esbozo del hábitat de la etnia Senoufo



Fuente. Coulibaly (1978), Pp. 45

4.2. Situación socio-sanitaria del Área de Salud de Koni

4.2.1. Demografía

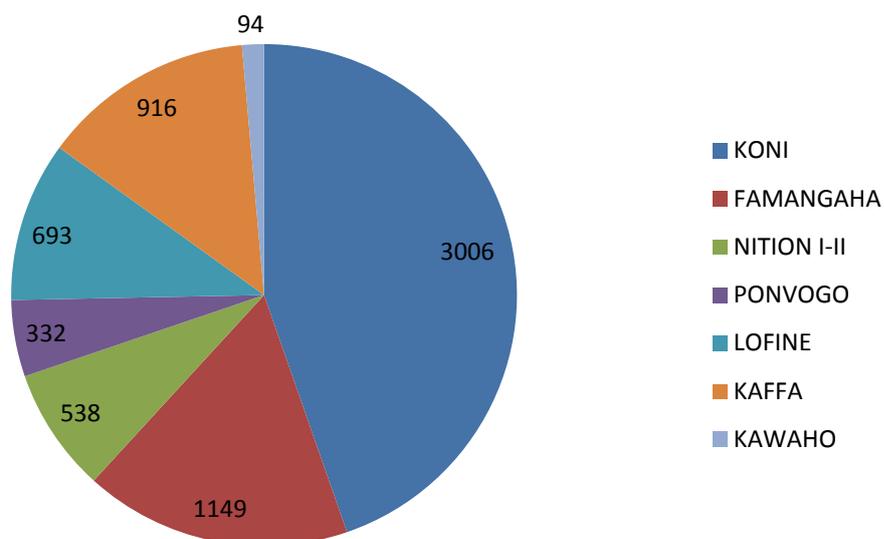
Debido a la sucesión de conflictos armados y crisis políticas sucedidas en Costa de Marfil, muchas familias no han tenido acceso a certificados de nacimiento y censo poblacional, a su vez le sumas las precarias comunicaciones de las zonas rurales a las urbanas se crea un caldo de cultivo en el que miles de personas se encuentran sin identificar.

Decenas de miles de niñas y niños, nacidos durante la guerra civil en Costa de Marfil no tienen certificado de nacimiento. Por otro lado muchas familias no "se toman en serio" el registro de bebés, así pues la falta de datos es un grave problema en el centro, norte y oeste de Costa de Marfil (Zamblé, 2012). Dentro de esta realidad el Ministerio de Educación Nacional de Costa de Marfil informó que más de 70.000 estudiantes, durante el año lectivo de 2011-2012 no tenían la documentación en regla, y a su vez muchos padres siguen dejando de lado el registrar a sus hijos (Zamblé, 2012).

Dada esta situación y la dificultad de acceder a registros oficiales con información adecuada que refleje la realidad demográfica del Área de Salud de Koni (a partir de aquí ASK para denominar el Área de Salud de Koni), se recopiló información a través de los registros de pacientes, llevados a cabo durante más de 30 años, por el Centro de Salud de Koni.

Según el CSK y sus datos aportados en 2014, el ASK tiene una población total de 6.728 habitantes, y se compone de pueblos como Koni, Famangaha, Niton I-II, Ponvogo, Lofine, Kaffa y Kawaho, lo cual podemos observarlo en el gráfico 1.

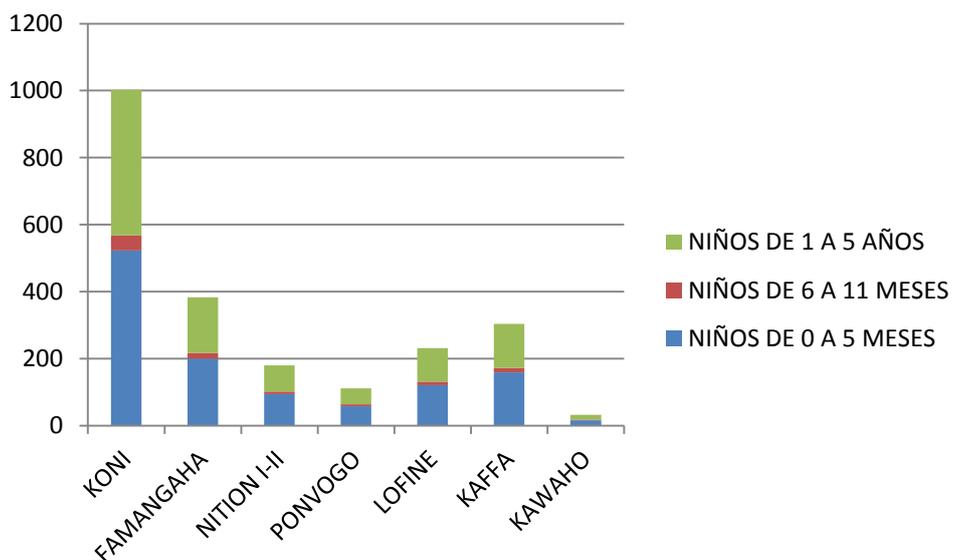
Gráfico 1. Población por municipios del Área de Salud de Koni 2014



Fuente. Elaboración propia a través de datos de Centro de Salud de Koni

A partir de los datos del CSK, se puede decir que la población total de 0 a 5 años es de 2.243 niños. Siguiendo los datos aportados por el CSK, el 36,31% de la población son niños menores de 5 años y el 63,69% de más de 5 años de edad. Con estos datos se puede afirmar que la población del Área de Salud de Koni es muy joven, con algo más de la tercera parte de los habitantes con menos de 5 años (Gráfico 2).

Gráfico 2. Población de 0 a 5 años del área de Salud de Koni 2014



Fuente. Elaboración propia a partir de datos del Centro de Salud de Koni

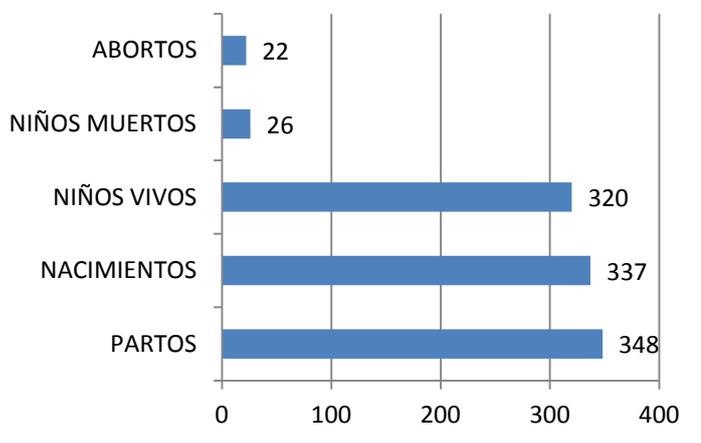
4.2.2. Situación sociosanitario

La información que se presentará a continuación se ha recogido a partir de las vivencias propias como cooperante en Koni y por las aportaciones hechas a la investigación por parte de los profesionales sanitarios del Centro de Salud de Koni y por la Fundación Juan José Márquez. Además ha sido determinante el aporte de documentación y registros sanitarios, facilitados por el Centro de Salud de Koni, y las diversas entrevistas con los profesionales de dicho centro.

4.2.2.1. Nacimientos y Partos en el Área de Salud de Koni en 2014

Teniendo en cuenta el gráfico 3, el 96.84% de los nacidos en el CSK en 2014, fueron niños vivos, con lo que el 3.16% de los niños fueron abortos o murieron durante el parto. Así pues se puede decir que teniendo en cuenta la realidad social y la capacidad de atención del CSK, la atención recibida en los partos no es del todo mala, dada la dificultad de acceso en este ámbito rural a la atención por profesionales cualificados. Aún así son estadísticas que podrían mejorar si los recursos propios del CSK no fueran tan limitados dada la población a la que atienden.

Gráfico 3. Nacimientos y partos en el Área de Salud de Koni 2014



Fuente . Elaboración propia a partir de datos del Centro de Salud de Koni

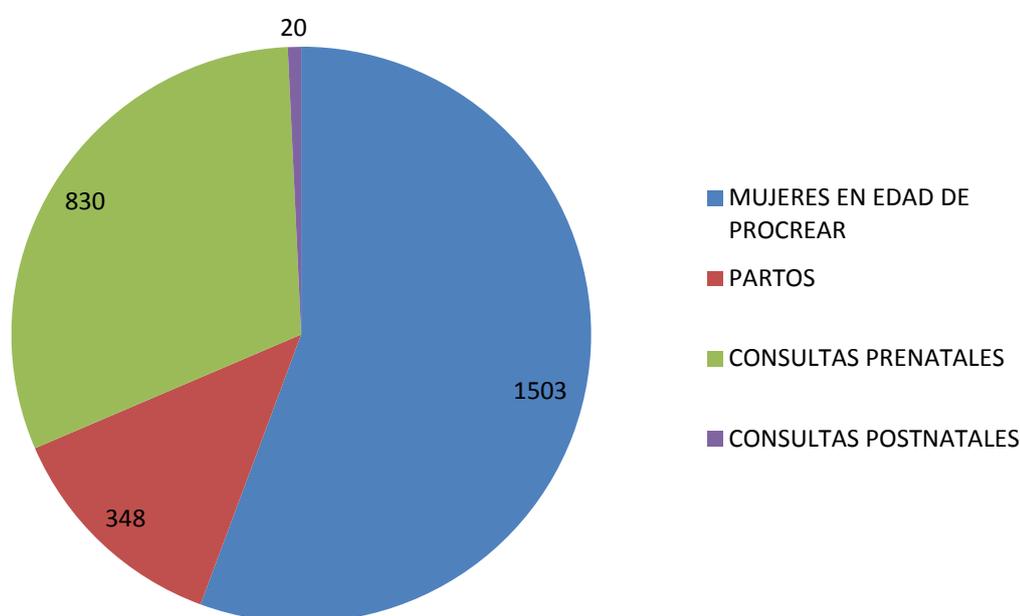
4.2.2.2. Partos, consultas prenatales y postnatales en 2014.

Según la OMS (2014), el 84% de las mujeres de Costa de Marfil recibe al menos una consulta prenatal, pero a través de lo expuesto en el gráfico 4 en el Área de Salud de Koni podemos observar que ese promedio, teniendo en cuenta los partos y las consultas prenatales, supera el 100% de las mujeres que han dado a luz en el Centro de Salud de

Koni. Esto puede ser debido, por una lado al trabajo de concienciación que hacen las profesionales del Centro de Salud de Koni con las madres del área de salud, las cuales acuden al menos a una consulta prenatal, y por otro el efecto llamada que se produce por el boca a boca de las gentes de la región, provocando que acudan personas de otras áreas, regiones o incluso países lindantes, para recibir atención sanitaria en el ámbito materno⁹.

Aún realizando pocas consultas postnatales, la asistencia de pacientes y su seguimiento es mayor en que en el resto de Costa de Marfil, teniendo en cuenta los datos aportados por la OMS (2014).

Gráfico 4. Mujeres, partos y consultas en el Área de salud de Koni



Fuente. Elaboración propia a partir de datos del Centro de Salud de Koni

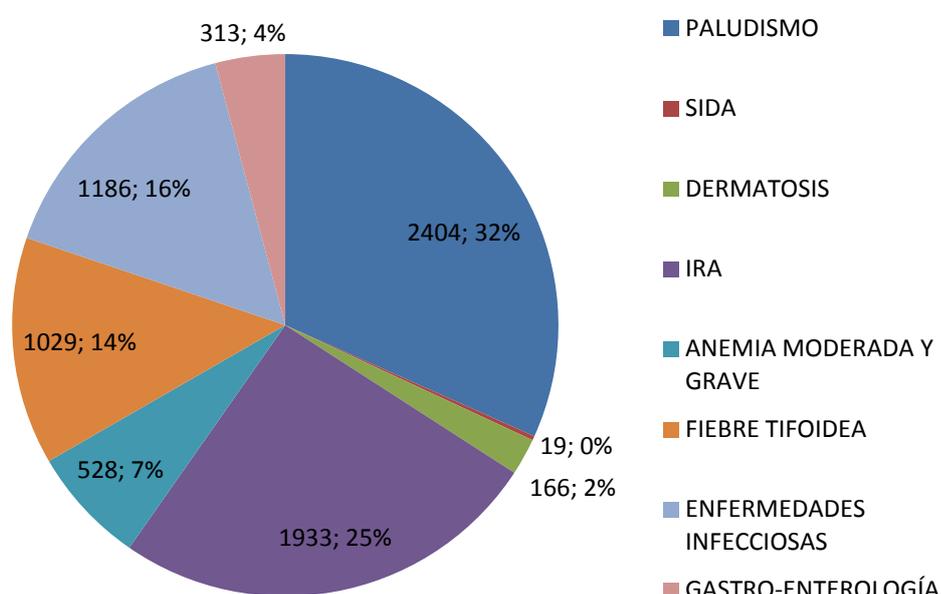
4.2.2.3. Enfermedades más comunes en el Área de Salud de Koni en 2014

En el gráfico 5 se puede observar que las enfermedades que más se tratan son la malaria (32%), insuficiencia respiratoria aguda (25%) y enfermedades infecciosas (16%), aunque también la fiebre tifoidea tiene una alta incidencia. Es muy característico que los promedios son mucho más altos que los que publica la OMS, habiendo una diferencia clara en la que en el Área de Salud de Koni en 2014, por ejemplo ha habido

⁹ Según profesionales sanitarios del Centro de Salud de Koni y el Doctor Juan José Márquez.

1.029 casos de fiebre tifoidea mientras que la OMS (2014) publica 4 casos en todo el país. En otras enfermedades como la malaria la OMS (2014) publica una incidencia de aproximadamente un 9,48% en todo Costa de Marfil, mientras que en el ASK se llega al 32% de casos de malaria, tratados en el CSK. Estas desviaciones se pueden atribuir a que las fuentes de información no son las adecuadas o los datos que aporta el propio gobierno de Costa de Marfil no reflejan la realidad sanitaria del país.

Gráfico 5. Enfermedades más comunes tratadas en el Área de salud de Koni 2014



Fuente. Elaboración propia a través datos de Centro de Salud de Koni

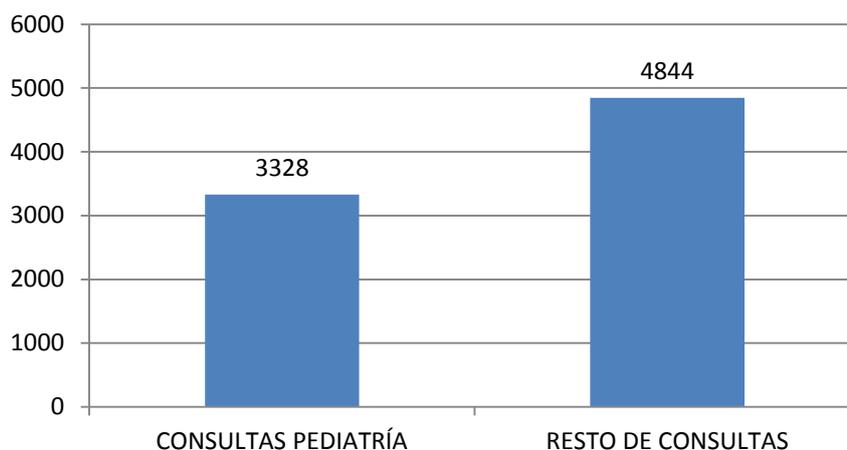
Siguiendo los datos aportados por la OMS (2014) en Costa de Marfil hay una tasa de Paludismo de un 20,73% y al menos el 18% de los menores de 5 años recibieron tratamientos con antipalúdicos. A partir de las entrevistas que se tuvieron con las profesionales del Centro de Salud de Koni y las experiencias propias, como observador, llevadas a cabo durante las consultas médicas en el CSK, se puede afirmar que el 100% de las personas, no solo menores de 5 años, que acuden al Centro de Salud de Koni con síntomas de malaria reciben tratamiento con antipalúdicos, pero esto no quiere decir que toda la población del Área de Salud de Koni con malaria se trate con la medicación adecuada, ya que no todos acuden para que sean atendidos por las profesionales del centro sino que en muchas ocasiones reciben tratamientos a partir de la medicina

tradicional según la cultura Senoufo, lo cual conlleva en estos casos un factor de riesgo para aquellas personas que realizan esta práctica.

4.2.2.4. Número de consultas Centro de Salud de Koni en 2014

Teniendo en cuenta la población de 0 a 5 años en el ASK en el 2014 (Gráfico 2) y el número de consultas realizadas en el CSK en el 2014 (Gráfico 6), se puede decir que hay un alto nivel en la atención sanitaria a la población infantil.

Gráfico 6. Número de consultas en el Centro de Salud de Koni 2014



Fuente. Elaboración propia a través de datos del Centro de Salud de Koni

4.2.2.5. Vacunas realizadas en el Área de Salud de Koni en el 2014

Debido a un brote de polio en Siria en 2013 (Europapress, 2013), la OMS recomendó que se hicieran campañas de vacunación de la polio.

Se realizaron 89 días de vacunaciones durante el 2014, no solamente en el Centro de Salud de Koni sino en las distintas poblaciones que pertenecen al Centro¹⁰.

Las vacunas superan los datos teóricos del censo, debido a que mucha gente fue vacunada sin registro en el centro, a su vez el efecto llamada y una concienciación por parte de las madres para vacunar a sus hijos se ha conseguido gracias a la educación sanitaria recibida por parte de las profesionales del Centro de Salud de Koni a lo largo de 34 años.

¹⁰Según fuentes secundarias (profesionales del CSK y Doctor Juan José Márquez).

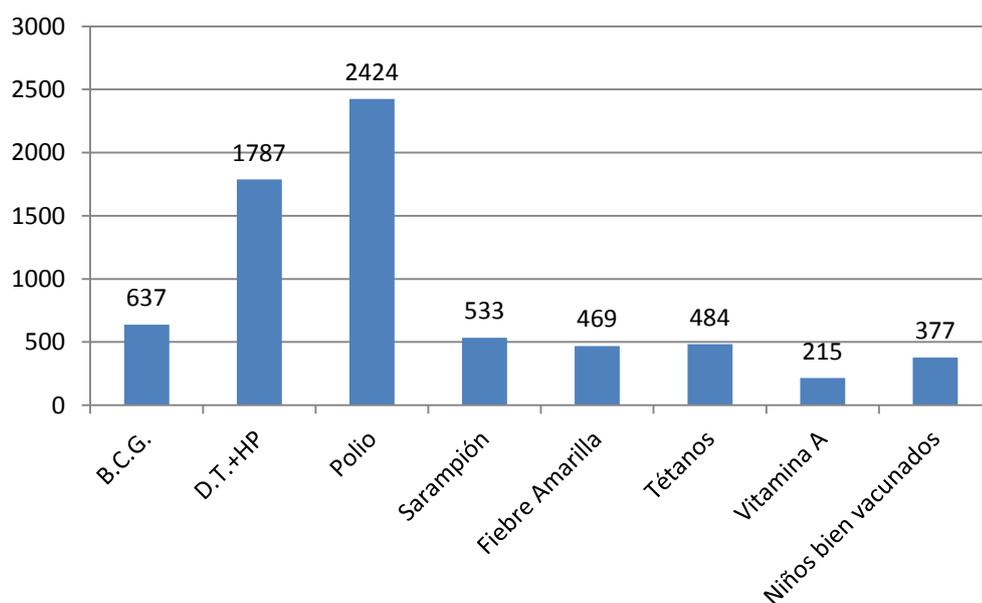
La información para los días de vacunaciones, hoy se facilita mayormente, por el acceso de la población a la telefonía móvil además de ser anunciado después de la celebración de la liturgia cristiana los domingos.

La DTC+HP (Difteria; tétanos; tosferina) son tres dosis por eso el número de vacunaciones es más elevado.

Los niños bien vacunados se refiere a los que han completado los períodos de vacunación, hasta los dos años de vida, y en este caso serían 377 niños, un alto promedio teniendo en cuenta el gráfico 2.

La relación de las vacunas efectuadas por el CSK en el año 2014 se expone en el gráfico 7.

Gráfico 7. Vacunas realizadas en el Área de Salud de Koni 2014

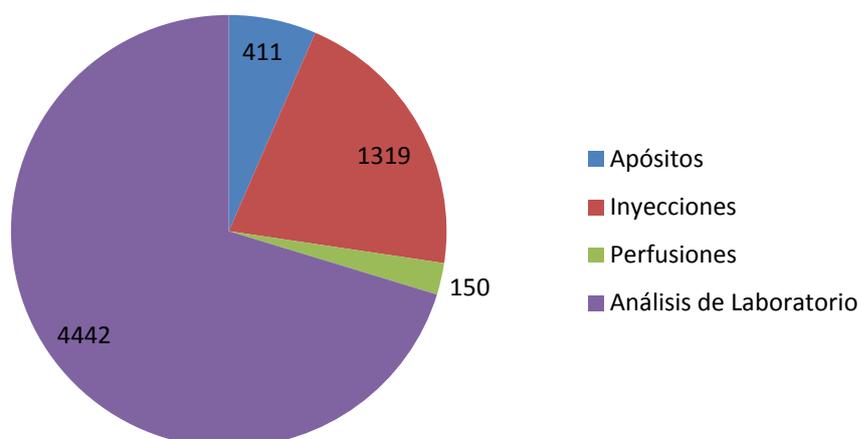


Fuente. Elaboración propia a través de datos del Centro de Salud de Koni

4.2.2.6. Actividades de dispensario del Centro de Salud de Koni en 2014.

El gráfico 8 refleja la actividad del laboratorio y las actividades de dispensario, que es lo que hace eficaz el diagnóstico de varias enfermedades, como pueden ser la fiebre tifoidea o el VIH/SIDA.

Gráfico 8. Actividades de dispensario en el Centro de Salud de Koni 2014



Fuente. Elaboración propia a través datos del Centro de Salud de Koni

4.2.2.7. Casos de malnutrición infantil en el CSK en 2014

Según las profesionales del Centro de salud Koni:

- Niños hospitalizados por malnutrición severa: 74
- Ingresados: 58
- No ingresados: 16
- Malnutrición moderada curada en casa: 85
- Niños muertos: 6

Las profesionales del CSK afirmaron que probablemente los niños no ingresados murieran. Son ingresados si los padres acceden, y aunque ha habido un progreso de concienciación en la zona en lo relativo a la salud materno infantil, a día de hoy la tradición y las culturas propias hace que ciertas familias todavía no confíen en las técnicas modernas de curación, y prefieran acudir antes a curanderos de los poblados, provocando muertes innecesarias que podrían tratarse sin ningún problema en el CSK. Esta realidad también es consecuencia de no tener sistemas de protección a la infancia adecuados, sobre todo en el ámbito rural, y más aún en países como Costa de Marfil en la que se atenta de forma sistemática contra los menores (Díez, 2015).

4.2.2.8. *Uso de mosquiteras*

Según las profesionales del CSK en 2014 se repartieron 3.047 mosquiteras a 1.781 familias en el ASK, pero según afirman dichas profesionales, la gran mayoría de las familias no usan estos preventivos de picaduras de mosquitos que pueden evitar contraer enfermedades como la malaria, dada las temperaturas que se llegan a alcanzar y porque aún no hay una concienciación adecuada en la prevención del paludismo.

4.2.3. Infraestructura del Centro de Salud de Koni

La información que se esquematiza a continuación ha sido como consecuencia el trabajo de campo realizado en Koni en el año 2014.

- Dependencia
 - Depende de la Comunidad Religiosa Hijas de la Anunciación.
- Naturaleza y fines
 - Prestación de la asistencia sanitaria de atención primaria:
 - Consultas
 - Urgencias en horario diurno
 - Unidad de hospitalización de maternidad
 - Dos pabellones generales con camas y 6 cunas cada pabellón
 - Lavadero, aseos, duchas y cocina tradicional Senoufo
 - Unidad de hospitalización de malnutridos
 - Dos pabellones de 6 camas y cuna, o cuna supletoria
 - Lavadero, aseos, duchas y cocina tradicional Senoufo
 - Pabellón dispensario
 - 1 sala de consulta
 - 1 sala de curas y urgencias
 - 1 sala para ingreso de día y perfusiones
 - 1 laboratorio
 - Farmacia

- Almacén
- Oficina administrativa
- Aseos
- Sala de espera interior
- Sala de espera y terraza exterior
- Pabellón maternidad y pediatría
 - 1 sala de consulta
 - 1 sala de consulta de pediatría
 - 1 sala de vacunación
 - 1 sala de curas
 - 2 paritorios
 - 2 salas de parto
 - Almacén de materiales
 - Oficina de administración
 - Sala de guardia de matrona
- Pabellón adjunto
 - Sala de atención de consulta prenatal
 - Sala de atención de enfermos de SIDA y familiares
 - Sala de graduación de la visión
- Pabellones de postparto y malnutridos independientes de los anteriores
- Ambulancia
- Recursos humanos
 - 2 enfermeras matronas
 - 3 matronas
 - 3 enfermeras
 - 1 técnico de laboratorio

- 2 traductores de lenguas nativas
- 1 conductor de ambulancia
- 6 personas de limpieza
- 2 guardias de seguridad

4.2.4. Funciones del Trabajador Social

Siguiendo a Vázquez y Cid de León (2015) se expone que la salud constituye un sector de intervención orientado al análisis de variables sociales que afecten a estilos de vida saludables y salud pública. A su vez, el Trabajo Social en el ámbito de la salud consiste en la intervención en el primer, segundo y tercer nivel tanto en acciones concretas del Trabajo Social como en el apoyo en un equipo multidisciplinar como parte de una acción integral (Vázquez y Cid de León, 2015).

Las funciones del Trabajo Social en centros de salud y hospitales son la planeación, organización, coordinación, control y evaluación de la prestación de algunos servicios de salud, el análisis de variables sociales que afectan a la salud y la enfermedad, en lo referido a la atención materno-infantil, planificación familiar, salud mental, rehabilitación, generación de información para la salud, educación para la salud, orientación nutricional, prevención de efectos nocivos del ambiente en la salud, prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, asistencia social a grupos vulnerables, prevención de las adicciones y otras emergencias que requieran la atención de un trabajador social (Vázquez y Cid de León, 2015).

A partir del trabajo de campo realizado en el 2014 en Koni y en el centro de salud de dicha población, se puede afirmar que la figura del trabajador social no existe oficialmente o no tiene un puesto diferenciado dentro del equipo sanitario del Centro de Salud de Koni. Dicho esto, no quiere decir que las profesionales del CSK no lleven a cabo acciones sociales concretas a parte de su profesión como sanitarias, ya que a partir del trabajo que realizan día a día con la comunidad del Área de Salud de Koni podemos enumerar, a parte de los tratamientos sanitarios que aportan a los pacientes, diferentes acciones que tienen su función social y son propias de lo que haría un Trabajador Social en un centro de salud. Estas acciones son las siguientes:

- Prestación de servicios de formación e información en los que a salud se refiere.
- Planificación familiar y atención materno infantil, antes durante y después de los partos, en el pabellón maternal y de pediatría.
- Generación de información para la salud y educación para la salud a todos los pacientes y personas que lo requieran, a través de campañas y en las propias consultas.
- Orientación nutricional en el pabellón de malnutridos.
- Prevención de efectos nocivos, enfermedades transmisibles y no transmisibles, a partir de la generación de información y educación para la salud.
- Asistencia a grupos vulnerables ya que prácticamente toda la población a la que atienden es pobre, y al estar en ámbito rural les posiciona especialmente en una situación de vulnerabilidad.
- Cualquier emergencia que requiera la acción de un agente social, que en este caso son las profesionales sanitarias del Centro de Salud de Koni, allí están dispuestas a aportar todo lo que puedan llegando a arriesgar su vida, dada la situación de crisis política, económico, conflictiva y la propia guerra civil por la cual han tenido que pasar mientras realizaban su labor social y sanitaria.

5. CONCLUSIONES

Tras la exposición y análisis de todos los datos recogidos durante la investigación se pueden sacar diversas conclusiones. Antes de proseguir, se debe remarcar la dificultad de cuantificar o verificar a ciencia cierta todas las cuestiones planteadas dado el contexto en el cual se encuentra el objeto de estudio, es decir, conflictos armados recientes, crisis política y económica, poco desarrollo rural y estancamiento en las ciudades o lo ya expuesto en el análisis de los datos recogidos a partir de la OMS (2014), que comparados con los facilitados por el Centro de Salud de Koni se prueba que no todas las fuentes a las que tiene acceso la Organización Mundial de la Salud plasman realmente lo que sucede en Costa de Marfil. Datos como el número de casos de las enfermedades infecciosas sucedidos en Costa de Marfil, que atendiendo solo a los casos tratados en el Centro de salud de Koni se supera con creces lo defendido en las Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS. Además de muchos datos que no se han publicado ya que no han tenido acceso a esta información, por la dificultad de las

organizaciones gubernamentales de Costa de Marfil de proporcionar diversas cuestiones sanitarias. Esta realidad es advertida en la publicación de la OMS (2014).

Costa de Marfil es un país muy rico, pero no en términos económicos sino esa riqueza cultural, de la que se puede disfrutar nada más llegar al país tropical. Es cierto que las ciudades pueden resultar caóticas, pero realmente África se vive y se disfruta fuera de las urbes, es decir, en el ámbito rural donde se pueden apreciar aquellos paisajes africanos típicos de película, y la grandeza y hospitalidad de las gentes, que aunque no tengan mucho siempre se verá una sonrisa en su cara y lo poco que necesitan para ser felices. Son valores que en sociedades como las nuestras se han ido perdiendo, la conexión con el campo y el entorno, el no despilfarrar recursos, vivir el día a día y apreciar realmente el momento presente, son virtudes observadas en los Senoufo. Estas culturas nos ayudan a saber de dónde venimos y nos pueden servir de ejemplo, en algunos aspectos, de cómo disfrutar de la vida y de los placeres que nos aporta la naturaleza. Valores tradicionales que impiden el paso de la vorágine de consumismo, individualismo y competitividad en la que están inmersos las zonas del mundo más desarrolladas. Pero no podemos dejar de lado esa realidad socio sanitaria que viven las sociedades más humildes y tradicionales como las de los Senoufo o culturas similares, que también dificultan el acceso a una educación en hábitos saludables adecuada, prevención de enfermedades y tratamientos médicos propios para hacer frente a sus dificultades en lo que a sanidad se refiere.

La labor realizada, durante más de 30 años, de manera desinteresada por las hermanas que administran el Centro de Salud de Koni a proporcionado al área de salud efectos muy beneficiosos. Koni y los pueblos que se encuentran a su alrededor disponen de un recurso sanitario importante, como lo es el centro de salud. Desde ahí, tienen acceso a una atención primaria, materno infantil y tratamiento de calidad de las enfermedades más comunes en la zona. Muchas personas de todo el país e incluso de países colindantes acuden, recorriendo en muchas ocasiones cientos de kilómetros a pie, a Koni para ser atendidos por las profesionales del centro de salud, y esto es debido a que durante todos los años de trabajo de las hermanas han demostrado que aportan una atención sanitaria de calidad la cual es muy difícil de encontrar en el resto de Costa de Marfil. Es cierto que muchos aspectos siempre son mejorables y sobre todo en estas zonas del mundo donde el acceso a recursos es muy complicado, aún así la calidad de vida de la región de Koni a mejorado en los últimos años. No se puede calcular la

esperanza de vida dado que no se tiene acceso a un registro que plasme la realidad de las defunciones, y las propias profesionales del centro no pueden anotar esta información dado que muchas personas mueren en sus casas y los familiares no registran estas muertes. Pero a partir de la observación de las profesionales sanitarias del centro de salud, estas se atreven a defender que la esperanza de vida a aumentado aproximadamente hasta los 60 años. A su vez hay un índice muy alto de curación de niños desnutridos ingresados en el centro, el tratamiento con antipalúdicos, tratamientos para hacer frente la fiebre amarilla, diarreas y diversas enfermedades, comunes en la zona de la región, es para todos los pacientes que lo necesiten, y muy importante es el laboratorio del que disponen, que proporciona una capacidad de diagnóstico muy rápida en enfermedades tales como el VIH/SIDA, recurso del que muy pocos centros de salud de Costa de Marfil disponen, según las informaciones recibidas por del Doctor Juan José Márquez y las profesionales del centro.

En definitiva, aún queda mucho por hacer pero es cierto que el camino recorrido es muy grande. Teniendo en cuenta las aportaciones, investigaciones y realidades culturales y sociales desarrolladas en este proyecto de investigación, se pueden tener muy presentes para futuros proyectos de intervención social en los cuales se procure una mayor educación en hábitos saludables, concienciación para la prevención de enfermedades o campañas de información y sensibilización sobre el Centro de Salud de Koni y los servicios que presta para la población de este área de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- ANESVAD (2014). Costa de Marfil, presente y futuro. Recuperado de <http://www.anesvad.org/es/actualidad/costa-de-marfil-anesvad-presente-futuro-derecho-salud/> el 13 de mayo de 2016.
- África Infomarket (s.f.) . Costa de Marfil. Recuperado de <http://www.africainfomarket.org/paises/costa-de-marfil> el 21 de marzo de 2016.
- Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. Resolución 1528 del 27 de febrero de 2004. Recuperado de [http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=S/RES/1528%20\(2004\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=S/RES/1528%20(2004)) el 21 de marzo de 2016.
- Coulibaly, S. (1978). Le Paysan Senoufo. Les Nouvelles Editions Africaines. Abidjan.
- Díez Martínez, M. (2015). Los Derechos del Niño en Costa de Marfil. Máster en Cooperación Internacional para el Desarrollo. Universidad de Burgos. Recuperado de http://riubu.ubu.es/bitstream/10259/3898/1/D%C3%ADez_Mart%C3%ADnez.pdf el 21 de marzo de 2016.
- Europapress (2013). 20 millones de niños en Siria países vecinos se vacunarán contra la polio. Recuperado de <http://www.europapress.es/epsocial/politica-social/noticia-onu-anuncia-vacunacion-20-millones-ninos-siria-paises-vecinos-contrapolio-20131108131827.html> el 18 de mayo de 2016.
- Etnicoafricano (s.f). Los Senoufo: Historia y Arte. Recuperado de <http://www.artetnicoafricano.com/etniasafricanas/etnia-senufo.aspx> el 19 de mayo de 2016.
- Fundación Juan José Márquez (2014). Recuperado de <http://www.fundacionjjmarquez.org/koni.php> el 23 de marzo de 2016.
- Germain Ble, R. (2005). "Salud y medios de comunicación en Costa de Marfil". Nueva Época. Num. 4. Pags. 175-193.
- Hermanitas de la Anunciación (s.f.). Recuperado de <http://www.hermanitanunciacion.org/quienessomos.php> el 18 de mayo de 2016.

- MAEC (2012). Guía País: Costa de Marfil. Oficina Económica y Comercial de España en Accra. Recuperado de <http://www.comercio.gob.es/tmpDocsCanalPais/92F589F75DB4EC0BAAFEDBDC12A7252D.pdf> el 21 de marzo de 2016.
- MINECO (2015). Ficha País: Costa de Marfil. República Costa de Marfil. Recuperado de http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/Costademarfil_FICHA%20PAIS.pdf el 30 de marzo de 2016
- OMS (2014). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- PNUD (2015). Informe 2015 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado de <http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/library/mdg/informe-de-2015-sobre-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio.html> el 13 de mayo de 2016.
- Pacheco Mora, M. L. (2012). Problemas Geopolíticos de Costa de Marfil. Recuperado de <http://malupachecomora.blogspot.com.es/> el 12 de mayo de 2016.
- Riqueti Moran, M. P. (2012). Análisis de situación de conflicto armado interno y métodos de resolución de conflictos aplicados: Conflicto en Costa de Marfil. Universidad San Francisco de Quito. Quito.
- UN (s.f.). Operación de las Naciones Unidas en Costa de Marfil (ONUCI). Recuperado de <http://www.un.org/es/peacekeeping/missions/unoci/background.shtml> el 21 de marzo de 2016.
- Vargas, C. (2011). Metodología de investigación. *Informe preliminar contrato de*. Recuperado de <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Vargas%2C+C.+%282011%29.+Metodolog%C3%ADa+de+investigaci%C3%B3n.+Informe+preliminar+contrato+de.&btnG=&lr=> el 3 de mayo de 2016.
- Vázquez González, S. y Cid de León Bujanos, B. G. (2015). "Sistematizando la acción del trabajo social en salud". *Interacción y Perspectiva. Revista de Trabajo Social*. Vol. 5, No. 1. Págs. 85-102.
- Zamblé, F. (2012). "Costa de Marfil: sin partida de nacimiento no hay educación". *Inter Press Service. Agencia de Noticias*. Recuperado de

<http://www.ipsnoticias.net/2012/03/costa-de-marfil-sin-partida-de-nacimiento-no-hay-educacion/> el 10 de mayo de 2016.

ANEXOS

Anexo I

Población de Koni 2014

Tabla 16. Población del Área de salud de Koni

CENTRE DE SANTE KONI-KORHOGO

POPULATION AIRE DE SANTE = 6728
ENFANTS DE 0-5 ANS = 1171
ENFANTS DE 6-11 MOIS = 100
ENFANTS DE 1- 5 ANS = 972

2014

VILLAGE	POP.TOTAL E	ENF.6M. 1 .A	ENF.1- 5.A	ENF.0- 5	DISTANCE A/R.
KONI	3006	45	434	523	00
FAMANGAHA	1149	17	166	200	08
NITION I-II	538	8	78	94	16
PONVOGO	332	5	48	58	12
LOFINE	693	10	100	121	16
KAWAHO	94	2	14	16	16
KAFFA	916	13	132	159	22
TOTAUX	6728	100	972	1171	90

Fuente. Centro de Salud de Koni

Anexo II

Centre de Sante – Koni - Korhogo. Activites Maternite 2014

Tabla 17. Actividades de maternidad Koni 2014

JANVIER	30	27	2	00	81 7	01	6	42	10	194
FEVRIER	37	35	2	01	62 8	01	9	40	10	126
MARS	36	34	2	01	52 8	02	15	74	19	199
AVRIL	23	22	1	02	44 7	02	10	53	12	187
MAI	28	26	2	01	76 9	02	13	64	23	268
JUIN	34	33	1	0	51 7	02	15	120	38	449
JUILLET	24	30	4	03	65 1	01	13	129	29	432
AOUT	17	17	0	04	90 8	02	10	65	16	309
SEPTEMBRE	14	12	2	02	66 6	02	13	41	15	309
OCTOBRE	24	22	2	06	102 9	02	13	74	15	229
NOVEMBRE	26	20	6	01	82 7	01	12	116	42	286
DECEMBRE	44	42	2	01	59 7	02	10	61	18	240
TOTAL	337	320	26	22	830 84	20	139	879	247	3328
	Accouchements	Enfants Vivants	Enfants Morts	Avortements	Consultations Pre-Natales	Consultations Post-Natales	Séances des Pesées	Enfants Pesés	Malnutritions Dépistées	Consultations Pédiatrie

Fuente. Centro de Salud de Koni

Anexo III

Centre de Sante –Koni-Korhogo. District : Korhogo. Region des Savanes
Population Total Aire de Sante : 6728

Tabla 12. Población total del Área de salud de Koni

VILLAGE	POPULATION TOTALE	FEMME EN AGE DE PROCREER	DISTANCE A/R
KONI	3006	672	0
FAMANGAHA	1149	256	08
NITION I-II	538	120	16
PONVOGO	332	74	12
LOFINE	693	155	16
KAWAHO	94	21	16
KAFAHA	916	205	22
TOTAL	6782	1503	90

Fuente. Centro de Salud de Koni

Anexo IV

Enfermedades tratadas en el Centro de Salud de Koni en 2014

Tabla 18. Enfermedades tratadas en el Centro de Salud de Koni 2014

Enfermedades	0-1 años	1-5 años	5-15años	> de 15 años	Total
Paludismo	187	660	262	1.295	2.404
Sida Positivos	0	2	0	17	19
Dermatosis	42	57	19	48	165
IRA	498	846	160	429	1.933
Anemia moderada y grave	109	220	77	122	528
Fiebre Tifoidea	9	61	135	824	1.029
Enfermedades Infecciosas	105	219	63	799	1.185
Gastroenterología	63	250			

Fuente. Centro de Salud de Koni

Anexo V**Centre de Sante Koni-Korhogo. Activites Dispensaire 2014****Pop.cible 6782**

Tabla 19. Actividades de dispensario en Centro de Salud de Koni 2014

Mois	Consultants+c onsultations	Pansements	Injections	Perfusions	Analys. Laboratoire
JANVIER	411	26	75	19	333
FEVRIER	383	22	58	14	274
MARS	491	60	117	39	365
AVRIL	379	23	111	25	310
MAI	344	40	124	16	291
JUIN	386	43	88	07	443
JUILLET	507	38	83	04	491
AOUT	509	42	143	02	445
SEPTEMBRE	563	26	245	02	429
OCTOBRE	478	32	174	09	374
NOVEMBRE	384	30	111	04	341
DECEMBRE	420	29	60	09	346
TOTAUX	4.844	411	1.319	150	4.442

Fuente. Centro de Salud de Koni

Anexo VI

Centre de Sante – Koni-Korhogo Activites Preventives p.e.v. 2014

Tabla 20. Vacunas en el Área de Salud de Koni 2014

MOIS	SEANCES	B.C.G.	D.T.+HP.	POLIO O.	ROUGEOLE	ANTI-AMAR	TETANOS	ENF.COMPLETEMENT VACCINES
JANVIER	08	91	194	285	82	100	33	92
FEVRIER	07	65	94	159	30	10	28	03
MARS	08	30	155	185	40	RUPTURE	37	00
AVRIL	06	40	177	217	35	RUPTURE	35	00
MAI	08	64	145	209	25	RUPTURE	43	00
JUIN	08	40	118	158	35	32	29	24
JUILLET	09	57	159	216	54	40	23	28
AOUT	09	45	174	219	40	50	36	52
SEPTEMBRE	05	58	139	197	54	56	55	26
OCTOBRE	06	42	80	122	28	35	32	33
NOVEMBRE	06	42	191	233	63	63	66	62
DECEMBRE	09	63	161	224	47	83	67	75
TOTAL	89	637	1787	2424	533	469	484	377

Fuente. Centro de Salud de Koni

FOTOGRAFÍAS

Las fotografías que se exponen a continuación fueron realizadas por el Doctor Juan José Márquez y el autor del presente proyecto Pablo Márquez Cano, durante la realización de uno de los proyectos de la Fundación Juan José Márquez llevados a cabo durante el mes de Junio de 2014 en la población de Koni.



Fachada del Centro de salud de Koni



Profesionales del Centro de Salud de Koni pasando consulta médica



Doctor Juan José Márquez y auxiliar de enfermería tomando la tensión a paciente



Doctor Juan José Márquez junto con auxiliar de enfermería realizando una operación de varices



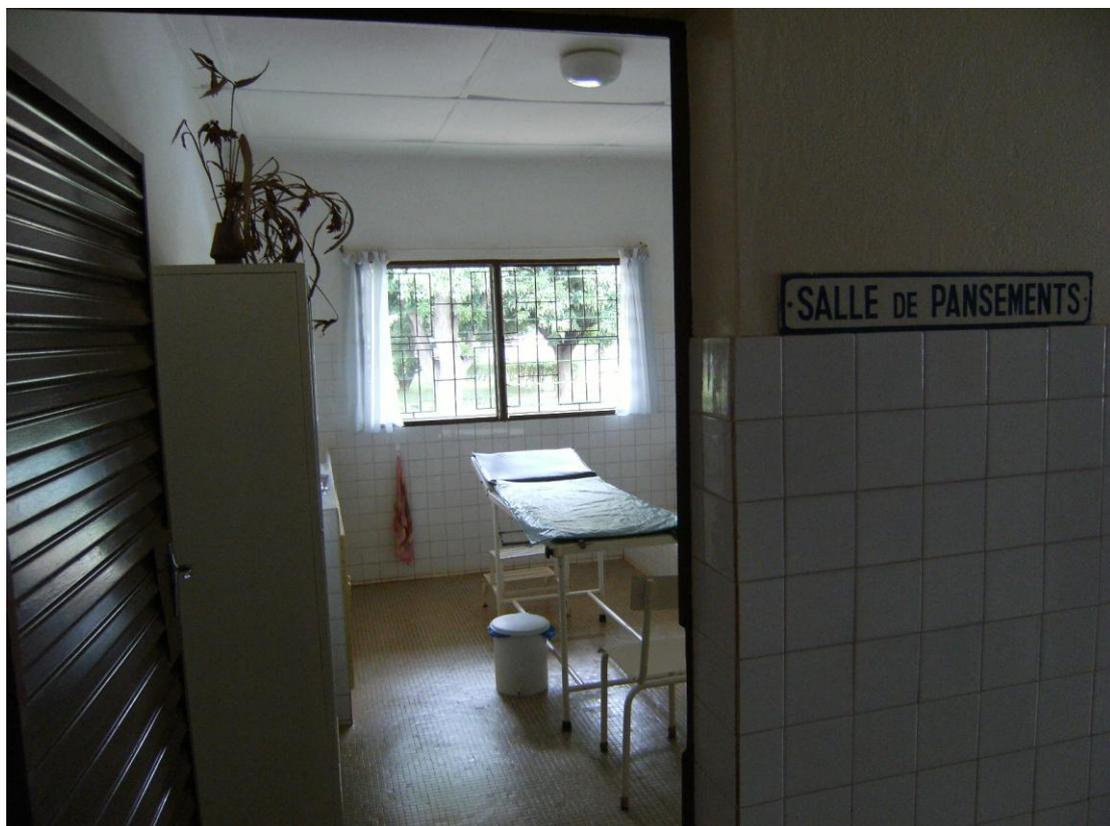
Sala de espera del Centro de Salud de Koni y a la izquierda la sala de consultas médicas



Laboratorio y sala de inyecciones del Centro de Salud de Koni



Sala de perfusiones del Centro de salud de Koni



Sala de curas del Centro de salud de Koni



Sala de urgencias e ingresos del Centro de salud de Koni



Profesional del Centro de Salud de Koni en la farmacia del centro



Farmacia del Centro de salud de Koni



Sala de partos e incubadoras del Centro de salud de Koni



Doctor Juan José Márquez y el autor del proyecto de investigación con recién nacido



Familia de Burkina Faso esperando a ser atendida por las profesionales del Centro de salud de Koni



Autor del proyecto junto a ambulancia del Centro de Salud de Koni



Autor del proyecto de investigación en sala de ingresos de malnutridos



Madre con su hijo malnutrido y autor del proyecto en cocina Senoufo de la sección de malnutridos del Centro de salud de Koni



Niños malnutridos de Koni



Niños esperando a ser atendidos por la profesionales del Centro de Salud Koni



Atardecer en Koni



Gentes de Koni a la puerta de sus casas



Mujeres de Koni recogiendo agua del pozo



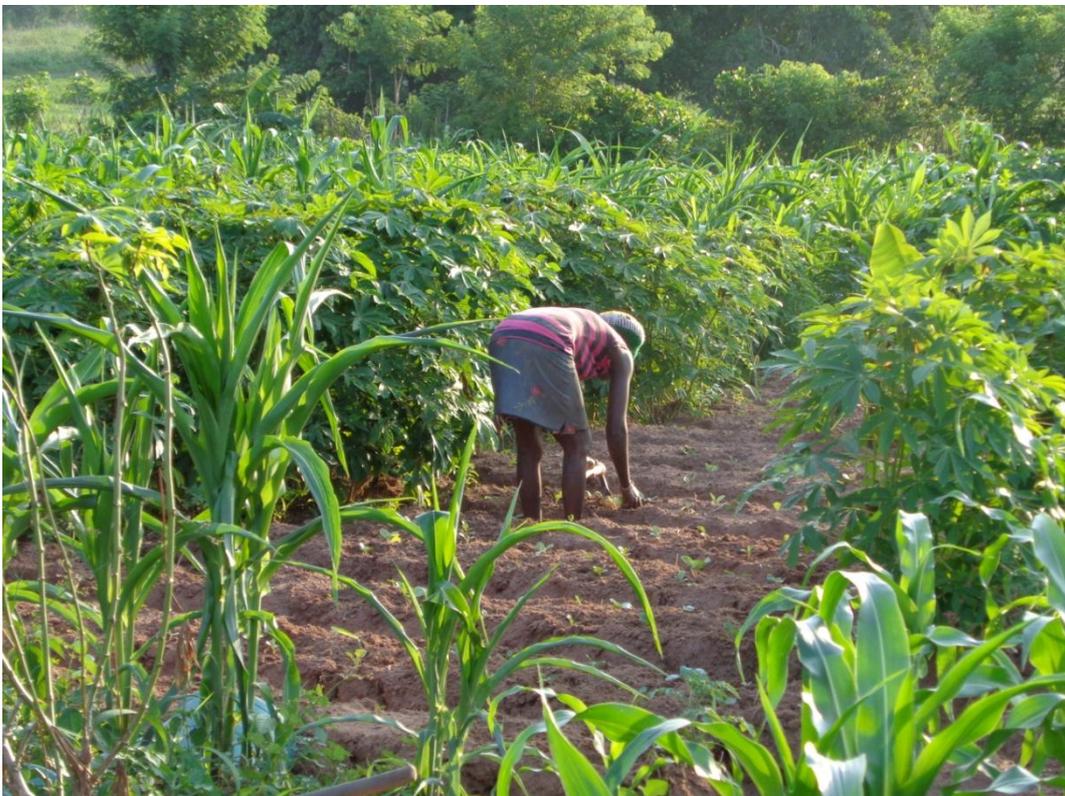
Almacén de grano de Koni



Recipiente para pilar el arroz y el maíz



Mujeres con leña en sus cabezas junto al autor del proyecto



Mujer de Koni trabajando en los campos



Hombres de Koni en taller de bicicletas del poblado



Mujeres de Koni recogiendo agua junto al autor del proyecto



Niño malnutrido de Koni en consulta médica



Autor del proyecto junto al Centro Nutricional de Koni



Autor del proyecto junto al jefe del poblado de Koni



Guardianes del Centro de salud de Koni junto al autor del proyecto



Niño volviendo de trabajar en el campo



Mujer con su hijo arando el campo



Cocina Senoufo



Bosque Prohibido de los Senoufo



Funeral Senoufo



Balafone y mujeres bailando en funeral



La felicidad e inocencia en un contexto de pobreza