



Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones
Máster en Cooperación Internacional al Desarrollo 2016-2017

Trabajo Fin de Máster

Construcción de un Centro de Maternidad Tipo en Senegal

Presentado por

Consolación Castro López

Arquitecta Técnica

Tutora: Arquitecta Clara Caballero

África es joven y es mujer



Me gustaría agradecer a mi familia, amigos, compañeros de capoeira y a todas aquellas personas que han estado apoyándome y a mi lado en todos los momentos que he necesitado un aliento y un empujón de energía para poder realizar el Máster de Cooperación, y como guinda del pastel, este trabajo de investigación.

El atractivo de las clases impartidas por unos profesores de élite junto con la sintonía de los compañeros, han facilitado la compaginación del deber y la responsabilidad de un trabajo y el poder disfrutar del camino para llegar hasta aquí.

Mención especial a mis compañeros de aventuras en Senegal, Fran y Alejandra.

Mi agradecimiento a Mamma Lassa por haberme despertado el alma.

Gracias a Clara Caballero, mi tutora, por haber sido mi guía y apoyo en este trabajo.

“El maestro aparece cuando el discípulo está preparado”

“Maestro no es aquel que enseña algo, sino aquel que inspira al alumno a dar lo mejor de sí, para descubrir un conocimiento que ya tiene dentro de su alma”

“Charaiveti, charaiveti”

Palabras Clave: Centro Materno/ Construcción/ Infraestructura Sanitaria/ Mortalidad Neo Maternal/ Infraestructuras Sanitarias/ Matronas/África Subsahariana/ Senegal

Este trabajo propone el diseño y construcción de un Centro Materno tipo, para disminuir la problemática existente de las numerosas muertes neo maternas que se dan por la falta de seguimiento de los embarazos y las complicaciones derivadas del mismo y del parto, así como frenar las enfermedades de transmisión en el África Subsahariana, focalizándolo en Senegal. Para poder contribuir a la disminución de los ODM4 y ODM5, se propone construir infraestructuras adecuadas y se estudia la viabilidad de que se pueda construir éste modelo de proyecto en cualquier comunidad de Senegal, con espacio para formación en Planificación familiar, formación de matronas reforzando su rol al convertirlas en puente de integración entre las costumbres tradicionales y los nuevos hábitos sanitarios. Se propone en el Centro la formación de personal cualificado y contribuir a la disminución de la desnutrición infantil en la población con pocos recursos además de fortalecer la vigilancia y control de enfermedades transmisibles

This research proposes the design and construction of a Maternity Center type to reduce the existing problem of the numerous neo-maternal deaths due to the lack of follow-up of pregnancies and the complications derived from it and of childbirth, as well as to curb diseases of transmission in sub-Saharan Africa, focusing on Senegal. In order to contribute to the reduction of MDG4 and MDG5, it is proposed to build adequate infrastructures and studies the feasibility of building this project model in any community in Senegal, with space for training in family planning, training of midwives reinforcing their Role as a bridge between traditional customs and new health habits. The Center proposes the training of qualified personnel and contributes to the reduction of child malnutrition in the population with few resources besides strengthening the surveillance and control of communicable diseases of transmission.

LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ANSD - AGENCIA NACIONAL DE LA ESTADÍSTICA Y LA DEMOGRAFÍA

AOD- AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO

BIRF - BANCO MUNDIAL

CIHR– INSTITUTOS CANADIENSES DE INVESTIGACION EN SALUD

EDS-CONTINUE 2015 - ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE LA SALUD DE SENEGAL AÑO 2015

FAME– FEDERACION DE ASOCIACIONES DE NATRONAS DE ESPAÑA

FMI - FONDO MONETARIO INTERNACIONAL

FNUAP- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

IDH - ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO

IDRC– CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACION PARA EL DESARROLLO

IMCHA– INNOVACIÓN PARA LA SALUD MATERNO INFANTIL EN AFRICA

MAEC- MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPREACION

MAECD–MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES, COMERCIO Y DESARROLLO DE CANADA

MSAS– MINISTERIO DE LA SALUD Y LA ACCION SOCIAL DE SENEGAL

OBC– LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

OCED- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACION AL DESARROLLO

ODM - OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 4 - OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 5 - OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODS– OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLES

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

ONU - ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

PACI- PLAN ANUAL DE LA COOPREACION INTERNACIONAL ESPAÑOLA

PF– PLANIFICACION FAMILIAR

PNA– LA FARMACIA NACIONAL DE ABASTACIMIENTO

PNUD - PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO

RMM - RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

SR– SALUD REPRODUCTIVA

UNICEF – FONDO INTERNACIONAL DE EMERGENCIA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA

USAID– AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	ii
ABSTRACT.....	iii
LISTA DE ACRÓNIMOS.....	iv
1. FINALIDAD Y MOTIVOS	2
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN Y MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Objetivos.....	7
2.2. Hipótesis.....	8
3. METODOLOGÍA.....	9
4. ANÁLISIS DEL CASO. SENEGAL.....	10
4.1. INTRODUCCIÓN AL CONTINENTE AFRICANO Y SENEGAL.....	10
4.2. SISTEMA SANITARIO NEOMATERNAL EN SENEGAL.....	21
4.3. CULTURA Y COSTUMBRES DE LA SALUD NEOMATERNAL EN SENEGAL. EL PAPEL DE LA COMADRONAS.....	26
4.4. INFRAESTRUCTURAS EXISTENTES EN SALUD NEOMATERNAL EN SENEGAL Y SUS CARACTERÍSTICAS. MATERIALES LOCALES. SOSTENIBILIDAD.....	34
4.5. LA PERSPECTIVA DEL SISTEMA DE SALUD NEOMATERNAL EN SENEGAL.	39
4.6. ACCIÓN DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES EN SALUD NEOMATERNAL EN AFRICA/ SENEGAL. UNICEF, OMS, ONU, ONGds.....	41
4.7. LA ACCIÓN DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SENEGAL.....	43
5. CONCLUSIONES.....	47
6. PROPUESTAS.....	53
• TEÓRICAS.....	53
• ARQUITETÓNICA.....	54
7. BIBLIOGRAFÍA.....	58
8. ENTREVISTAS	68
ANEXOS	

1. FINALIDAD Y MOTIVOS

En septiembre del 2012 realicé un viaje a África que me sensibilizó con las realidades del país al poder vivirlas personalmente. A mi vuelta a España tenía decidido involucrarme en algún proyecto dedicado al desarrollo de la sanidad o la educación. Un par de meses después, aparece en mi vida Mamma Lassa, mujer de origen senegalés residente en Madrid desde hace más de diez años,¹ quien me expone la necesidad de la construcción de un centro de salud para la maternidad en la comunidad de Fass Mbao donde creció, y así encontré la oportunidad de involucrarme en un proyecto, aportando los conocimientos que durante mi trayectoria profesional he adquirido.

En abril del 2013, viajé a Senegal para visitar la Comunidad de Fass Mbao, y recopilar toda la información necesaria para la identificación del problema, el análisis de la realidad y poder hacer un diagnóstico, la toma de decisiones y formulación del proyecto.²

La Comunidad Fass Mbao, pertenece a la *cité de Mbao*, situada a 13 kms de Dakar, capital de Senegal, y dispone de una población de unos 29.500 habitantes. Sus mujeres tienen almas jóvenes y una gran ilusión por vivir. La carencia de Infraestructura Sanitaria adecuada, donde puedan dar a luz higiénicamente y en comodidad, es una de las consecuencias de que el índice de mortalidad en el parto sea elevado.³

Ya en abril de 2010 el Ayuntamiento de la comunidad de Pikine, concienciado de esta necesidad, había destinado un solar en Fass Mbao para la construcción de un *Centro de*

¹ Mamma Lassa, emigrante de Senegal, envía a su país de origen fondos para la ayuda de sus familiares, a través de las **Remesas**- concepto visto en clase de Juan Iglesias el 08/04/17_ Módulo XI. Codesarrollo y Migraciones Internacionales

La Comunidad senegalesa en España representa el 1%/ 6M de migrantes del país – visto en clase de Mercedes Fernández el 06/04/17_ Módulo XI. Codesarrollo y Migraciones Internacionales

² Estos son los primeros pasos a realizar dentro del **Ciclo de un Proyecto**- concepto visto en clase de Ana Urgoiti el 23/01/17_ Módulo VI. Diseño, Seguimiento y Evaluación de proyectos en Cooperación al Desarrollo

³ En la cumbre Mundial de los Objetivos del Milenio en el año 2000, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), determinó el **ODM 5_ Mejorar la Salud Materna**, desarrollándose en 2 metas:

Meta 5.A: Reducir en un 75% la Tasa de Mortalidad Materna entre 1990 y 2015

Meta 5.B: Lograr para el 2015, el acceso universal a la Salud Reproductiva



Salud especializado en *Maternidad*, pero la falta de recursos había impedido la construcción del mismo.⁴

El estar en contacto con esta cultura y su problemática; ver las dificultades de las mujeres para dar a luz en un centro de maternidad dentro de unas infraestructuras mínimamente adecuadas, hizo que diseñara un proyecto de construcción de un centro de salud materno que recogiera esas necesidades existentes en dicha comunidad:

“El proyecto del Centro de Maternidad inicial,⁵ consta de un volumen semi-abierto, de planta rectangular, sumándose en planta baja y primera, realizada con estructura de hormigón armado, en base de cimentación de zapatas aisladas y corridas, la cubierta es plana con pendiente del 2%, invertida con acabado de grava, de uso exclusivo para mantenimiento. El cerramiento esta realizado con muro de 1 pie de fábrica de ladrillo, con aislamiento en su cámara de aire... etc.”(ver en anexos)

En el verano de 2016, tras una etapa fallida de búsqueda de financiación para la ejecución del proyecto, decido inscribirme en el *Máster Universitario de Cooperación Internacional al Desarrollo*, en la *Universidad Pontificia de Comillas, Madrid*, para adquirir los conocimientos y herramientas necesarios para desarrollar y ejecutar dicho proyecto de cooperación.

Durante las clases del máster, fui cayendo en cuenta que no tuve en consideración algunas claves necesarias para la correcta integración del centro de salud en el entorno comunitario, como por ejemplo:

- 1- *El aprovechamiento de los materiales locales tales como: los bloques de hormigón, que ellos mismos fabrican in situ,⁶ bloques de tierra compactada, y otras técnicas locales como la técnica del azulejo partido, el kirintín,⁷ el coquillage,⁸ y otros.*

⁴ Dato obtenido en visita de campo a Senegal, tras la entrevista realizada a **Mme. Khady Ba**, alcaldesa de la Ville de Pikine, el 03/04/13

⁵ Ver Anexo

⁶ **El bloque de hormigón** es fabricado in situ con agua, cemento, grava, arena y un molde tipo, dejándose secar las piezas en un espacio reservado en la propia obra-dato obtenido en visita de campo a Senegal, 01/04/13

⁷ **Kirintín**, técnica a través la cual se realiza trenzados con fibras vegetales

⁸ **Coquillage**, técnica de acabados realizado con mortero de conchas



- 2- La realización de un estudio antropológico de la comunidad y de sus costumbres, sus códigos culturales,⁹ obviando el papel fundamental que representan las comadronas.

He tomado conciencia, que la forma de hacer cooperación en la que tratamos de *ayudar* imponiendo nuestros modelos europeos sin respetar el espíritu de esas comunidades, no funciona,¹⁰ nos encontramos frente a una crisis en la cooperación, donde hay que buscar modelos funcionales de empoderamiento de las comunidades beneficiarias, dotándoles de herramientas, de autosuficiencia y autonomía para que puedan construirse una *vida digna*.¹¹

Teniendo en cuenta estos elementos, durante el desarrollo de mi TFM he ido rediseñando el proyecto incluyendo un nuevo objetivo específico, la figura de las comadronas.

El pasado mes de abril, con mi TFM muy avanzado, contacto con Mamma Lassa, interlocutora del proyecto, para realizarle una entrevista, y me comunica, que debido a la urgencia de la comunidad por resolver la cobertura sanitaria, el Ayuntamiento de Pikine ya está construyendo una planta del centro de maternidad del proyecto inicialmente planteado.

Esta noticia inesperada, hace replantearme otra vez el proyecto y redirigirlo hacia el análisis de la viabilidad de la “Construcción de un Centro de Maternidad Tipo en Senegal”.

⁹ *La Antropología del Desarrollo* como herramienta de conocimiento de una sociedad utilizando la metodología de la etnografía, para sacar conclusiones de un grupo de personas mediante la participación directa del investigador- conceptos adquiridos en las clases de Jesús Sanz el 16-17/11/16_ Módulo II. Aspectos Sociológicos, Antropológicos y Políticos de Desarrollo

¹⁰ Dato corroborado por las entrevistas realizadas, ver Anexo

¹¹ *Vida digna* es aquella que permite dar a una persona; seguridad de salud básica, alojamiento, agua potable alimento suficiente y acceso a la educación mínima - concepto visto en clase de Pedro José Gómez el 19/12/16_ Módulo IV. Políticas y Sistemas de Cooperación Internacional.



2. ESTADO DE LA CUESTIÓN Y MARCO TEÓRICO

La visión que tiene el mundo de África es la del *África del Caos y la miseria*, donde se dan las guerras civiles, movimientos de refugiados, desplazados internos, y escasez de agua potable y saneamiento; el *África del Exotismo*, llena de parques naturales y de pueblos indígenas; y el *África Emergente*.

Los indicios de pobreza en África se han multiplicado por tres desde 1960, las tasas de crecimiento se acompañan con la agudización de las desigualdades,¹² exclusiones y de las injusticias sociales, que son características del subdesarrollo. Países con altas tasas de crecimiento o ricos en recursos naturales como *Nigeria, Angola, Guinea Ecuatorial, República Democrática del Congo, Chad*, ocupan curiosamente los últimos lugares en el ranking mundial del Índice de Desarrollo Humano (IDH).¹³

La mala gestión y corrupción de los gobiernos aunada al crecimiento actual de las economías africanas, no consiguen resolver los problemas estructurales existentes: el desempleo juvenil, el avance de la economía popular para la supervivencia, la marginación social, la criminalización de la economía, la extensión de la violencia y de la inseguridad, que sirven de caldo de cultivo a las actividades ilícitas y delictivas de las redes internacionales,¹⁴ tampoco consiguen disminuir la problemática de la mortalidad de mujeres y niños menores de 5 años.

En las últimas tres décadas, las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos han mostrado, que más del medio millón de mujeres que mueren cada año, es por causas relacionadas con el embarazo y el parto; casi cuatro millones de recién nacidos mueren dentro de los 28 días de su nacimiento. Otras consecuencias son las secuelas o discapacidades que sufren las mujeres para el resto de sus vidas. La

¹² En el año 2015, la brecha de la **desigualdad** en el mundo, motor de conflictos violentos, ha sido la mayor de todos los tiempos, siendo el principal objetivo de las Relaciones Internacionales, reducirla o eliminarla - concepto visto en clase de Jesús Núñez el 15/11/16_Módulo III. Relaciones Internacionales

¹³ El IDH es una medición elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), basado en tres parámetros; vida larga y saludable, educación y nivel de vida digna- concepto visto en clase de Jorge Serrano el 10/11/16_Módulo II. Aspectos Sociológicos, Antropológicos y Políticos del Desarrollo

¹⁴ Kabunda, Mbuyi. "África: Crecimiento sin desarrollo", 36. Voces en el Fenix nº 57: África Mía, Diamante de Sangre, Córdoba, Buenos Aires. (Agosto 2016) <http://www.vocesenelfenix.com/content/%C3%A1frica-crecimiento-sin-desarrollo> (consultado el 01/12/16)



brecha entre los países industrializados y los países menos desarrollados, es probablemente la más alta en mortalidad materna que en cualquier otro sector. Las cifras lo confirman; si tomamos los datos del año 2005, éstos señalan que el riesgo promedio a morir por las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto para una mujer de los países menos desarrollados, es 300 veces más alto que para una mujer que vive en un país industrializado.

La diferencia entre estas regiones también se mantiene con respecto a la mortalidad neonatal: según datos recogidos en el año 2004, un niño nacido en países menos desarrollados tiene 14 veces más probabilidades de morir durante los primeros 28 días de vida, que un bebé en un país industrializado.

De manera que el compromiso de los Estados miembros de las Naciones Unidas de aumentar sus esfuerzos para reducir la pobreza y cumplir con los ODM relacionados con la mortalidad materna, ODM5 y con la mortalidad neonatal ODM4,¹⁵ no han sido alcanzados. Deduciendo que estos objetivos han sido el gran desafío para África.

Muchos estudios muestran una relación directa entre la mejora de la salud y el desarrollo. En el mundo anualmente hay una pérdida de más de 15 mil millones de dólares causada por la muerte de mujeres y recién nacidos. El desarrollo de África depende en parte de la capacidad de los países para mejorar la salud de las madres y sus hijos.

Entre 1990 y 2013, la tasa de mortalidad materna disminuyó en todo el mundo en un 45%, pasando de 380 a 210 muertes maternas por cada 100.000 niños nacidos vivos.

A pesar de este progreso, cada día cientos de mujeres mueren durante el embarazo o debido a complicaciones del parto. En 2013, la mayoría de estas muertes se produjeron en regiones en desarrollo en las que la tasa de mortalidad materna es aproximadamente 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas. Se estima que en todo el mundo en 2013 se produjeron 289.000 muertes maternas, es decir, 800 mujeres mueren cada día. Las muertes maternas se concentran en África subsahariana y Asia meridional, y ambas sumas en 2013 representaron el 86% de estas muertes a nivel mundial.¹⁶ Siendo la

¹⁵ **ODM_4_** En la cumbre Mundial de los ODM en el año 2000, la ONU, determinó el ODM 4_ Reducir la Mortalidad de los niños menores de 5 años, 1 meta:

Meta 4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la Mortalidad de niños menores de 5 años

¹⁶ En la Asamblea General de la ONU del 2015, celebrada en Nueva York, el Secretario General, Ban Ki-moon presentó la **Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030** Es una hoja de ruta para la agenda posterior a 2015

mayoría de estas muertes prevenibles. África subsahariana representa el 11% de la población mundial, teniendo el 49% de las muertes maternas y el 50% de las muertes infantiles de menos de 5 años.

En África, ciertos factores como la pobreza, los pocos centros hospitalarios y su lejanía de las zonas rurales, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados y las prácticas culturales, entre otros, impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto.¹⁷

De acuerdo con la última *EDS-Continue 2015*, dentro del África Subsahariana, Senegal es uno de los pocos países en que se están realizando avances en el campo de la salud materna y neonatal, a través de intervenciones eficaces, a nivel clínico y comunitario; aunque el ritmo aún no ha alcanzado el nivel deseado, la mortalidad relacionada con el embarazo, parto y post-parto es la principal causa de muerte entre las mujeres en edad de reproducción.¹⁸ La tasa de mortalidad materna se redujo de 488 a 315 por cada 100.000 nacidos vivos, no llegando a los *ODM* establecidos en el ODM5_ Meta 5A.

2.1. Objetivos

Obj 1. Contribuir a la disminución de la mortalidad neonatal, con énfasis en la población de menos recursos.

Obj 2. Contribuir a la disminución de la desnutrición en la población de menores recursos, con énfasis en la población infantil.

Obj 3. Fortalecer la vigilancia y el control de riesgos y daños para la salud de las enfermedades transmisibles.

Obj 4. Formar e integrar a las comadronas de las comunidades para hacerlas partícipes en el proyecto y que sean el enlace principal intercomunicador con las mujeres embarazadas, de nuevos hábitos paritorios y de la importancia de acudir al Centro de salud, para un mejor seguimiento y cuidado de las mismas.

¹⁷ Dato corroborado con las entrevistas, ver Anexo

¹⁸ Según los datos del *EDS-Continue 2015, Encuesta demográfica y de la salud de Senegal 2015*, la tasa de fecundidad es de 80‰ entre 15-19 años, con un máximo de 226‰ entre 25-29 años, siendo relativamente alta después de la edad de 30, 213‰ entre 30-34 años y de 164‰ entre los 35-39. A partir de los 40 años, el nivel de fecundidad disminuye muy rápidamente.



2.2.Hipótesis

Hip 1. La carencia de infraestructura sanitaria adecuada en Senegal, que permita que las mujeres puedan dar a luz en un espacio acondicionado en higiene y confort, es una de las principales consecuencias de que el índice de mortalidad en el parto, sea elevado.

Hip 2. La malnutrición es un problema de la salud pública condicionado por factores determinantes como los sociales y de desarrollo, asociados con la pobreza y la desigualdad de oportunidades, que se acentúan con la baja escolaridad de la madre, embarazos de adolescentes, prácticas inadecuadas de crianza, el limitado acceso a servicios básicos y a servicios de salud, provocan reiteradas y severas infecciones.

Hip 3. Las tendencias socio-culturales y costumbres de las diferentes etnias de las comunidades locales, agravan los riesgos en la transmisión de enfermedades, siendo importante la labor de la OMS para enfrentar los problemas de salud.

Hip 4. La capacitación de las comadronas ha tenido a lo largo de la historia un papel fundamental en las comunidades, haciendo impacto no solo en las prácticas tradicionales de asistencia al parto, sino también en las tasas de mortalidad materno-infantil.



3. METODOLOGÍA

La metodología empleada ha sido a través del estudio y análisis cualitativo con una perspectiva de lo general a lo particular, partiendo del Trabajo de Campo previo a la formulación inicial del proyecto, con la colaboración del líder de la Comunidad de Fass Mbao y la persona de enlace, Mamma Lassa. Se tomó una muestra de centro de salud, cuya elección está basada en la proximidad a la comunidad inicialmente estudiada: i) El centro de salud del distrito de Rufisque; ii) El centro de salud de la cité de Mbao.

Revisión, recopilación y análisis bibliográfico de documentos nacionales, políticos, normas y procedimientos de las estrategias nacionales en el área de la salud neo-maternal, del desarrollo y la reducción de la pobreza, informes anuales de cooperación a cargo de los organismos de salud, otras fuentes relevantes en el ámbito concreto de investigación, datos y trabajos de Cooperación sobre la salud neo-maternal en la región estudiada realizados anteriormente, así como la información obtenida y trabajos realizados en las clases del Máster y la información recopilada de entrevistas a profesionales de diversos ámbitos.

4. ANÁLISIS DEL CASO

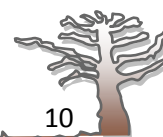
4.1.INTRODUCCIÓN AL CONTINENTE AFRICANO Y SENEGAL

ÁFRICA

Podemos distinguir en África dos grandes regiones:



Ilustración 1Elaboración propia-Fuente: Naciones Unidas-Mapa n°4045 Revisión 7



- A. África del Norte, cruzando el continente desde el Sahara hasta el mediterráneo, se trata del África árabe-berebere; con su propia historia y cultura perteneciente a la del Oriente Medio.
- B. África Negra o Subsahariana, cruzando desde el Sahara hasta el “Cabo de buena Esperanza,”¹⁹ sigue guardando sus propias raíces y la autenticidad de la población, se trata del África profunda; y será en esta región donde nos centremos.

Geografía del África Subsahariana

En la zona por encima y por debajo del ecuador, entre el trópico de cáncer y el de capricornio, las tierras son de altas temperaturas, y viven pueblos desde tiempos remotos, los llamados pueblos de raza Camítica.²⁰

En la franja donde se extiende un cinturón de hasta 5.400 km de ancho, atravesando África desde el Océano Atlántico hasta el Mar Rojo, nos encontramos con la región del Sahel,²¹ que cubre el territorio del norte de Senegal, el sur de Mauritania, Malí, extremo sur de Argelia, Níger, Chad, sur de Sudán y Eritrea, dispone de un eco-clima y biogeografía de transición entre el desierto del Sáhara en el norte y la sabana sudanesa en el sur, se describen tierras pobres con un clima muy difícil con una estación de lluvias y otra de sequía muy pronunciada. La sobreagricultura, el sobrepastoreo y la sobrepoblación de tierras marginales, así como la erosión del suelo, han provocado una profunda desertificación de la región. Los pueblos que podemos encontrar mayoritariamente en esta zona, son los Peul y los Tuaregs.

¹⁹ *Cape of Good Hope*, El punto más al sur oeste del continente africano, 18°28'26" Este y 34°21'25" Sur _visitado en mi primer viaje a África, 08/09/12

²⁰ *Camítica*, proviene de Cam, hijo de Noé, cuyos descendientes son los esclavos, procedentes de los pueblos de diferentes etnias, Haussas, Bantús, Nilóticos, Peuls y Mandigas, estos últimos, como los Senegaleses (hombres fuertes y altos) - concepto visto en clase de Mbuyi Kabunda el 29/11/16_Módulo II. Aspectos Sociológicos, Antropológicos y Políticos de Desarrollo

²¹ En la región del *Sahel*, la pobreza es extrema; el cambio climático, las crisis alimentarias y nutricionales recurrentes, la explosión demográfica, los conflictos armados y la violencia entre comunidades pastoriles y agrícolas, convergen peligrosamente y comprometen la vida y el desarrollo de millones de personas, siendo desde hace años, el principal teatro de operaciones humanitarias del mundo - concepto visto en clase de Iñigo Torres el 29/03/17_Módulo X. Ayuda Humanitaria

Demografía del África Subsahariana

África se destaca por tener cuatro características singulares: i) *Continente subpoblado*,²² a causa del comercio de los esclavos que fueron llevados a otros continentes a través de la *Isla de Gore*;²³ ii) *El Analfabetismo*, con un porcentaje entre 80-90% sobre la población total; iii) *El Éxodo rural*, el abandono de los campos como consecuencia de las malas gobernaciones; iv) *El Virus VIH*, la friolera de 25M de africanos muertos a causa del Sida, convertido en la mayor tragedia después de la esclavitud que existe en el continente, provocada por diferentes razones: la poligamia tolerada; el levirato, que permite que el hermano del fallecido herede a la mujer viuda; la clitoridectomía o circuncisión femenina, practicada por las comadronas con una cuchilla; la violencia sexual como arma de guerra; la creencias de algunos africanos de que existe la cura si se acuestan con mujeres vírgenes; la desinformación política; la furia sexual de los jóvenes africanos; la lactancia; la transfusión de sangre y el acto de las mujeres que quieren acceder a la educación y para ello se acuestan con personas mayores.

Aspectos Históricos del África Subsahariana

Caracterizada por una triple herencia: i) la *Dimensión Precolonial*, donde existían muchos imperios o reinos y las familias constituían clanes o grupos étnicos que conformaban los imperios; ii) la *Dimensión Colonial*,²⁴ que consideró a África como la tierra de nadie y formó los Proto-Estados con fronteras arbitrarias y artificiales, y las Proto-Naciones, pero sin consciencia nacional ya que dividieron a las etnias originarias, para crear los nuevos Imperios: *el británico, el francés, el alemán, el italiano, el portugués, el español y el belga*. Éste proceso de destrucción, desestructuración y desarticulación sociocultural fue remplazado por la introducción de los valores del capitalismo, dando paso a la siguiente periodo; iii) la *Dimensión Postcolonial*, que a partir de 1960 transforma los objetivos en el desarrollo económico y la creación de un *Estado Nación*.

²² Densidad promedia 40 habitantes/km², encontrando extremos como 300 habitantes/km² alrededor de los grandes lagos, o 2 habitantes/km² en la zona del desierto de Namibia- concepto visto en clase de Mbuyi Kabunda el 29/11/16_Módulo II. Aspectos Sociológicos, Antropológicos y Políticos de Desarrollo

²³ *Île de Gorée*, ubicada en Senegal, a tres kilómetros frente a la costa de Dakar, donde se encontraba la Casa de los Esclavos, el más importante mercado para aprovisionar a EEUU, Caribe y Brasil. En 1978 fue declarada Patrimonio de la Humanidad por la Unesco – visitada el 04/04/13, en mi viaje a Senegal

²⁴ *La Conferencia de Berlín de 1884-85*, donde 13 potencias europeas, junto con EEUU y Turquía, se reunieron bajo el liderazgo del canciller alemán, Otto von Bismarck, para dividirse el continente africano.

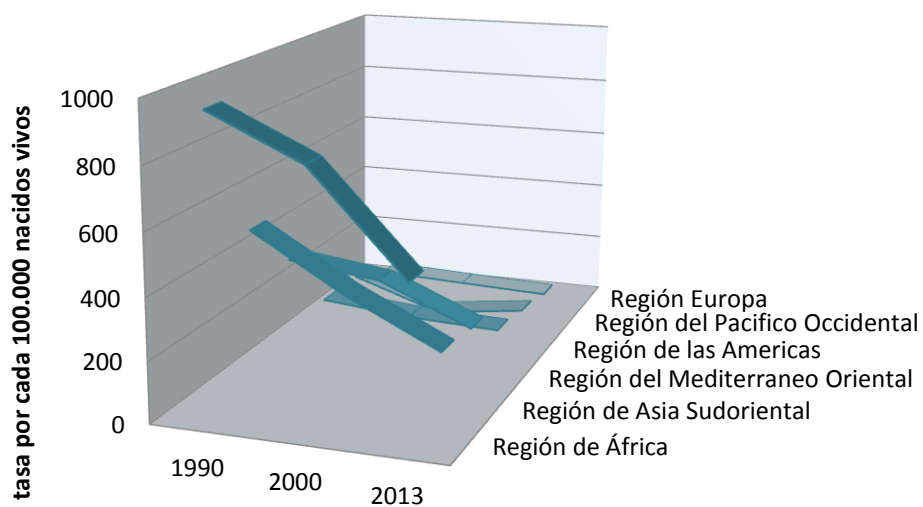
Aspectos económicos. Crecimiento y desarrollo

El nuevo mundo globalizado, crea un mercado único internacional a través de las dimensiones sociales, económicas, políticas y culturales. Según algunos autores, la globalización produce riquezas, pero también pobreza. Es paradójico el hecho que, según datos del Fondo Monetario Internacional (*FMI*), África es hoy la región con la tasa de crecimiento más alta del mundo, pasando del 5,1% en 2013 al 6,1% en 2014; una cifra próxima a la de los países emergentes asiáticos. La estrategia actual de inserción de África en el mundo, se basa en la exportación de materias primas minerales y energéticas. Sin embargo, es preciso subrayar que las tasas de crecimiento han sido conseguidas, no por la mejora de las capacidades productivas o la diversificación de la economía, sino por factores coyunturales tales como; i) la fuerte demanda de materias primas por parte de los países emergentes, ii) los recortes drásticos en los aspectos sociales o de desarrollo humano en el marco de las reformas de liberalización; iii) el fin de las guerras en algunas regiones; iv) la lucha contra la corrupción, v) el dinamismo de la economía popular; vi) y las destrucciones medioambientales.

La razón de la mortalidad materna (*RMM*)²⁵ mundial, disminuyó en cerca de un 45% en los últimos 25 años. El número anual de muertes maternas disminuyó en un 43%, mientras que aproximadamente el 99% de las muertes maternas registradas en el mundo en 2015 se produjeron en las regiones en desarrollo destacando África Subsahariana con cerca del 66%.

²⁵ *RMM, datos obtenidos de la OMS*

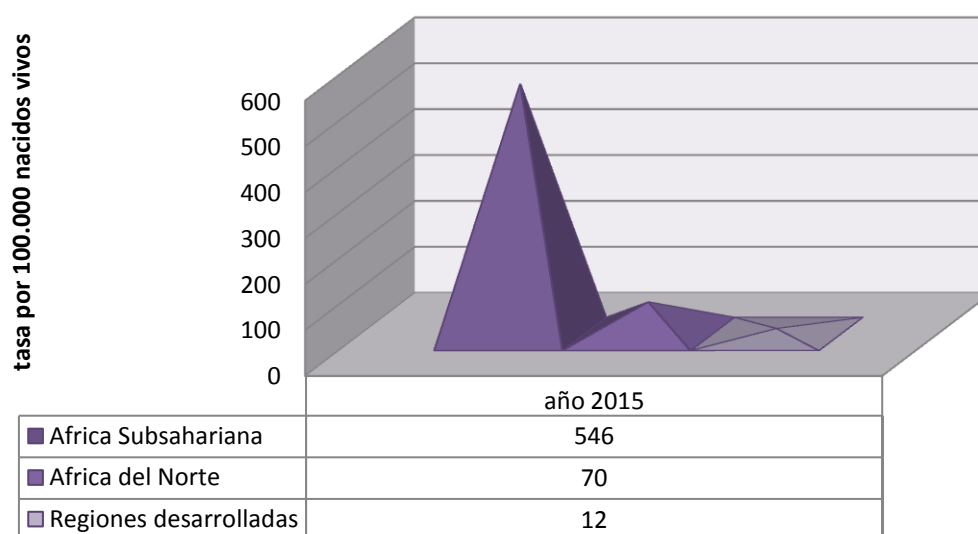
Tendencia de la Mortalidad Materna en el Mundo



	1990	2000	2013
Región de África	960	820	500
Región de Asia Sudoriental	520	340	190
Región del Mediterraneo Oriental	340	300	170
Región de las Americas	110	81	68
Región del Pacifico Occidental	110	7	45
Región Europa	42	29	17

Ilustración 2 Elaboración propia-Fuente: OMS, UNICEF, Grupo del Banco Mundial

Comparativa de la mortalidad materna entre la Región de África Subsahariana, África del Norte y las Regiones Desarrolladas año 2015



Analizando a África Subsahariana, es Sierra Leona quien tiene la mayor mortalidad materna estimada en 1360 mujeres en el año 2015,²⁶ mientras que otros dieciocho países, dentro del África subsahariana, tienen cifras de RMM muy elevadas.

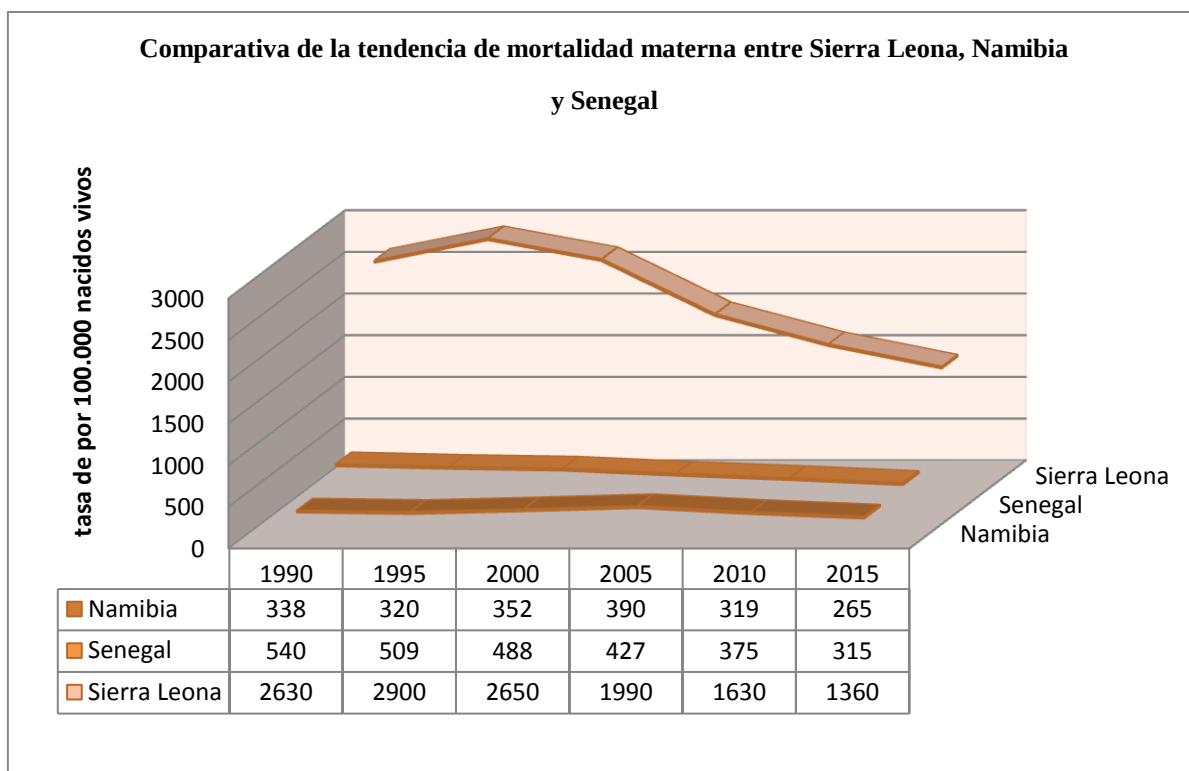
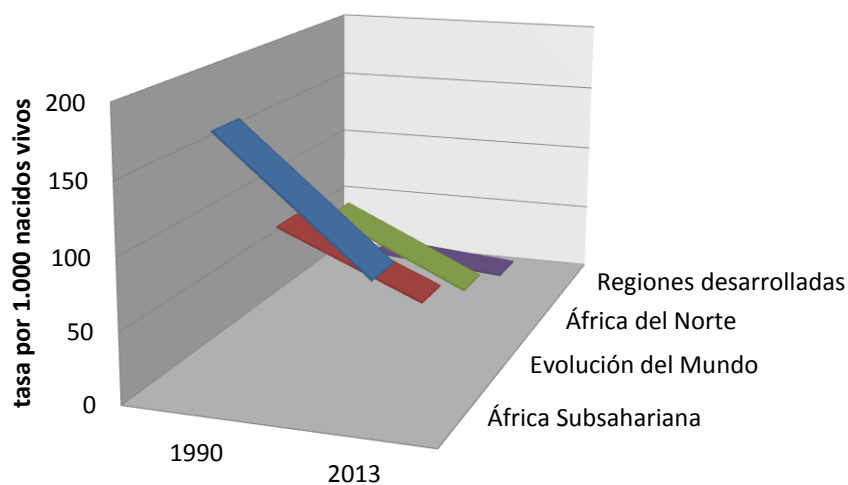


Ilustración 4 Elaboración propia- Fuente: OMS, UNICEF, Grupo del BIRF

En el año 2013, África Subsahariana redujo su tasa de mortalidad de menores de 5 años, de 179 a 92 ‰ en el periodo estimado dentro de los ODM, ODM4_Meta 4A, pero no ha sido suficiente:

²⁶ Dato corroborado con la entrevista a Alexia Ceccherini, ver Anexo

Tendencia de la Mortalidad de menores de 5 años en África y las Regiones Desarrolladas

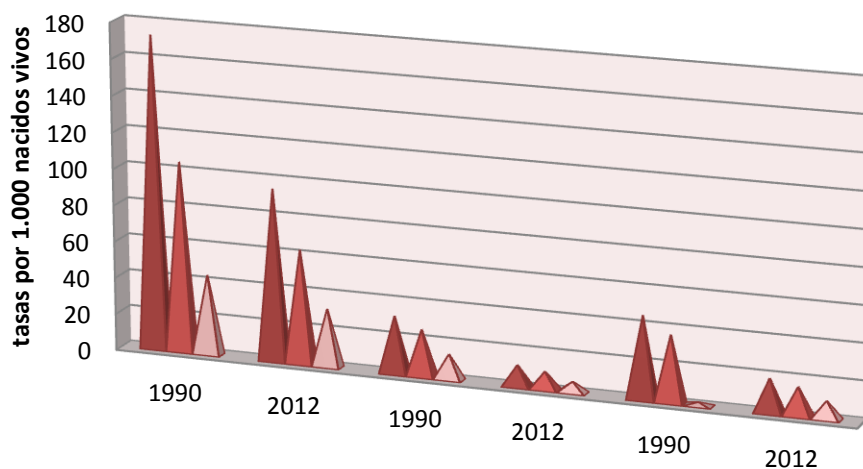


	1990	2013
■ África Subsahariana	179	92
■ Evolución del Mundo	90	46
■ África del Norte	72	24
■ Regiones desarrolladas	15	6

Ilustración 5 Elaboración propia- Fuente: OMS, UNICEF, Grupo del BIRF

A continuación, podemos observar que la tendencia media de reducción de la tasa Mortalidad Infantil entre los años 1990 y 2012 , comparando África con el resto del mundo, ha sido: entre menores de 5 años de 173 al 95 ‰, en los niños de 1 año de 105 a 63 ‰, y en neonatal de 44 a 32 ‰.

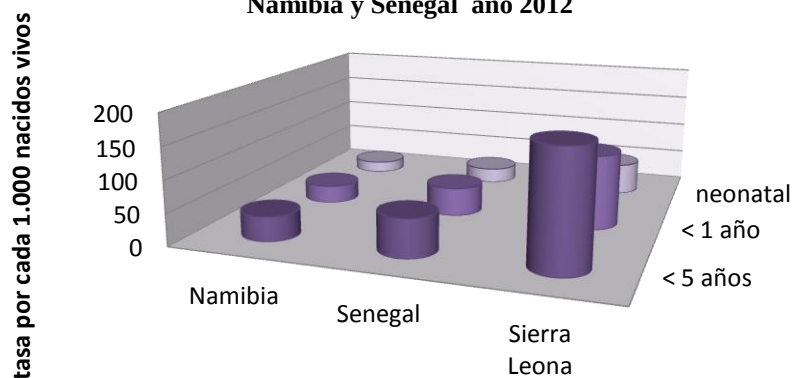
Comparativa de la Tendencia de la Mortalidad Infantil en África, Países desarrollados y la Media Evolutiva



	1990	2012	1990	2012	1990	2012
< 5 años	173	95	32	12	46	19
< 1 año	105	63	26	10	37	16
neonatal	44	32	14	6	2	10

Ilustración 6 Elaboración propia- Fuente: OMS, UNICEF, Grupo del BIRF

Comparativa de la tendencia de mortalidad infantil entre Sierra Leona, Namibia y Senegal año 2012



	Namibia	Senegal	Sierra Leona
< 5 años	39	60	182
< 1 año	28	45	117
neonatal	18	24	50

Ilustración 7 Elaboración propia- Fuente: OMS, UNICEF, Grupo del BIRF

A nivel mundial en el año 2012, las complicaciones de la prematuridad fueron la principal causa de muerte de menores de 5 años (17,3%), seguidas de la neumonía

(15,2%), la asfixia y los traumatismos del parto (11,4%), las enfermedades no transmisibles (10,8%) y la diarrea (9,5%). Las tasas de mortalidad son similares para niños y niñas durante la lactancia y la infancia. La prematuridad, la asfixia neonatal y las infecciones son las principales causas de defunción durante el primer mes de vida. La neumonía, la prematuridad, la asfixia neonatal y la diarrea son las principales causas de mortalidad durante los cinco primeros años de vida. La malnutrición es uno de los principales factores coadyuvantes en el 45% de las muertes en niños menores de 5 años.

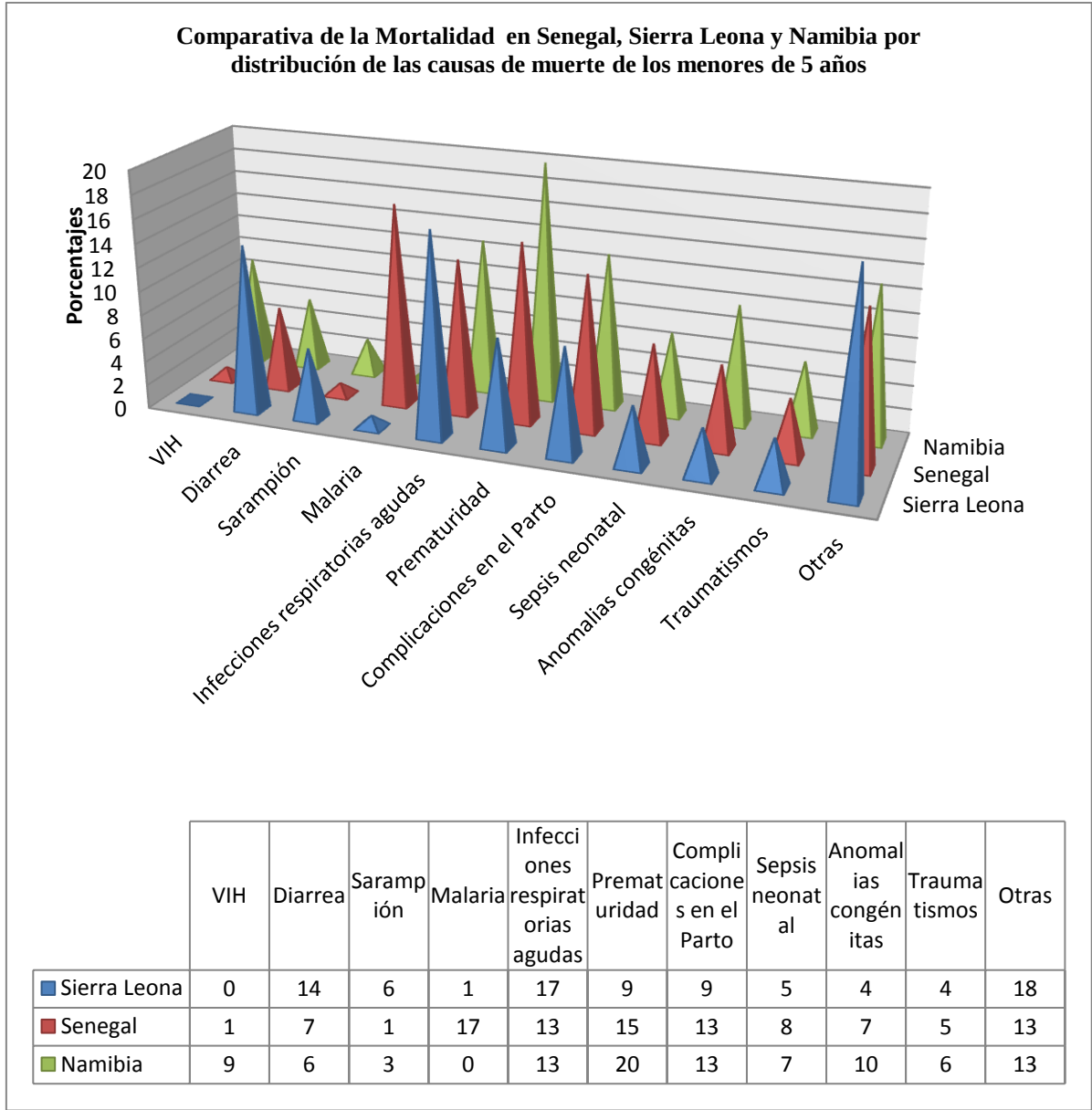


Ilustración 8 Elaboración propia- Fuente: OMS 2012

SENEGAL

Senegal es un país de 196.712 km², fronterizo con Mauritania al norte, Mali al este, Guinea Bissau y Guinea al sur, el oceánico atlántico en el oeste y Gambia que penetra en la región de Senegal. Consta de 15.256.361 habitantes, el idioma oficial es el francés, aunque el wolof está considerado como idioma nacional. Su *PIB* es de 13,61 miles de millones de US\$,²⁷ siendo la moneda oficial el Franco CFA. Su *IDH* es de 0,494, ocupando el puesto 162 de los 188 países, según el informe del *PNUD* 2013 como país de desarrollo humano bajo, aunque sus indicadores son algo superiores a otros países de la zona, su índice de pobreza nacional de 46,70% en el año 2010, indicaba que el 58% correspondía a mujeres. La tasa de analfabetismo masculina es de 47,9% y la femenina de 67%.

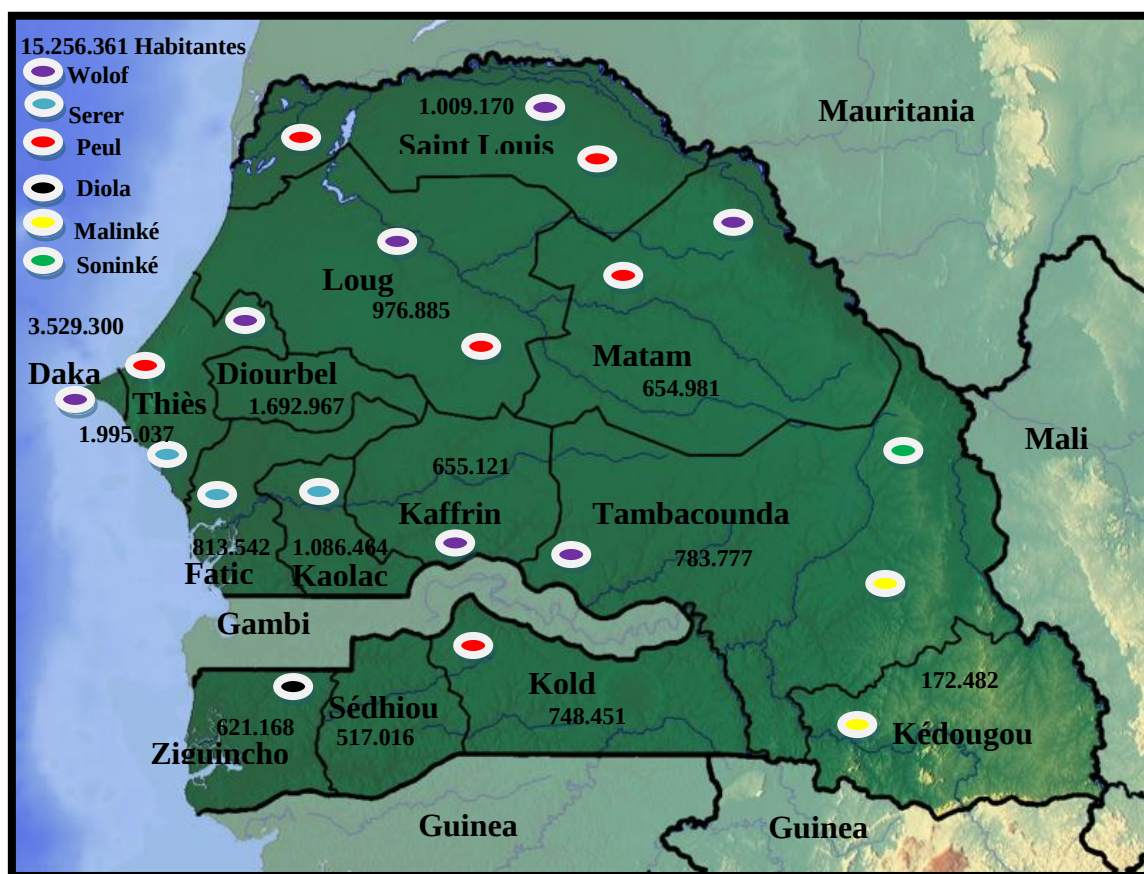
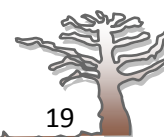


Ilustración 9 Elaboración propia- Fuente: ANSD/Projections 2017

²⁷ Datos obtenidos del BIRF, año 2015



La densidad humana varía desde 77 habitantes / por km² en la región oeste y central, hasta 2 hab/km² en las áridas regiones orientales, existiendo una gran diversidad étnica y lingüística, destacando como principales grupos: los Wolof con el 43,3%, los Peul con 33,8%, los Serer son el 14,7%, los Diola el 3,7%, los Malinké el 3,0% y los Soninké el 1,1%, el resto de etnias son menos numerosas y más locales.

En el paisaje senegalés destacan sus planos ondulados por la arena del oeste del Sahel que alcanzan las faldas de montaña del sudeste y su frontera norte está delimitada por el río Senegal. Otros ríos destacables son el río Gambia y el Casamance al sur. La capital Dakar yace sobre la península Cabo Verde, el punto más occidental del África continental.

El clima es de tipo saheliano; con una estación lluviosa de junio a octubre en el que las temperaturas alcanzan su máximo punto, 41 grados; y una estación seca de noviembre a junio, donde se alcanzan las temperaturas mínimas de 18 grados. En el litoral, la mar suaviza las temperaturas.

La economía senegalesa se contrajo un 2,1% en 1993, por lo que el gobierno puso en marcha un importante programa de reformas económicas con el apoyo de la comunidad internacional de donantes que comenzó con la devaluación del 50% de la moneda nacional, el Franco CFA, y con el desmantelamiento del control de los precios y de los subsidios del Gobierno. Esto trajo como resultado la contención y disminución de la inflación senegalesa y que entre los años 1995 y 2001 aumentara la inversión extranjera y el PIB se incrementará en un 5%.

Los principales sectores económicos en Senegal son el procesamiento de alimentos, la minería, el cemento, los fertilizantes artificiales, la industria química, la refinería de productos petrolíferos importados y el turismo. Las principales exportaciones del país son la pesca, los químicos, el algodón, la tela, los cacahuetes y el fosfato de calcio, y los principales mercados exteriores son Francia, Estados Unidos, China, Italia, India y Reino Unido.

4.2.SISTEMA SANITARIO NEOMATERNAL EN SENEGAL

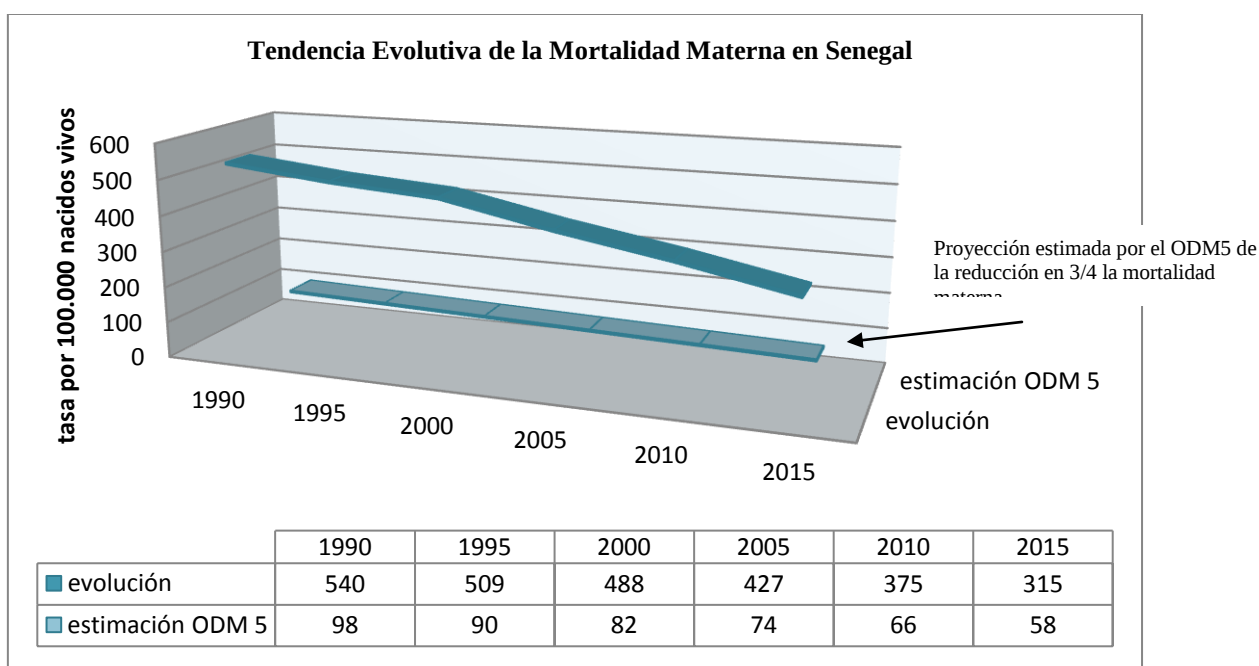


Ilustración 10- Elaboración propia- Fuente: OMS, UNICEF, FNUAP, Grupo del BIRF y la División de Población de la ONU

De entre las causas de la mortalidad materna predominan las relacionadas por patologías obstétricas; como las hemorragias, la hipertensión y sus complicaciones, el parto obstruido y las infecciones, representando un 66% de las muertes, siendo el aborto el 3,6% de éstas. El 34% restante de muertes son debidas a causas indirectas obstétricas, tales como las provocadas por la anemia y la malaria.²⁸

Los factores que subyacen a estas causas están relacionados con las deficiencias del sistema de salud, carencia de hospitales y Centros de Salud y/o dispensarios médicos (ver mapas), y sobre todo con la falta de personal cualificado en el parto y la ineficiencia del sistema y las malas condiciones económicas y sociales de las mujeres.

Otro de los grandes problemas que complican los partos en la 2ª y 3ª etapa, son: hemorragias, desgarros perineales, debilidad respiratoria y alta mortalidad perinatal; *la mutilación genital femenina*,²⁹ que aunque haya disminuido del 28% al 25,7%; según los datos de los últimos informes de EDS los niveles más altos se encuentran en las

²⁸ Según datos del Plan Estratégico SR Senegal 2011-2015

²⁹ Término utilizado para referirse a la extirpación parcial o total de los órganos femeninos. *Amnistía Internacional*, “La mutilación genital femenina y los derechos humanos infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación”, página 21, 1998

zonas rurales, con predominio en las regiones de *Sédhiou, Kolda, Matam, Kédougou, Tambacounda y Ziguinchor*.

En cuanto a las tasas de mortalidad infantil, se redujo la tasa de mortalidad de menores de 5 años,³⁰ de 139 a 47 ‰ en el periodo estimado dentro de los ODM, ODM4_Meta A, habiéndose logrado el objetivo marcado de reducir en 2/3 la tasa de mortalidad, en un 66%:³¹

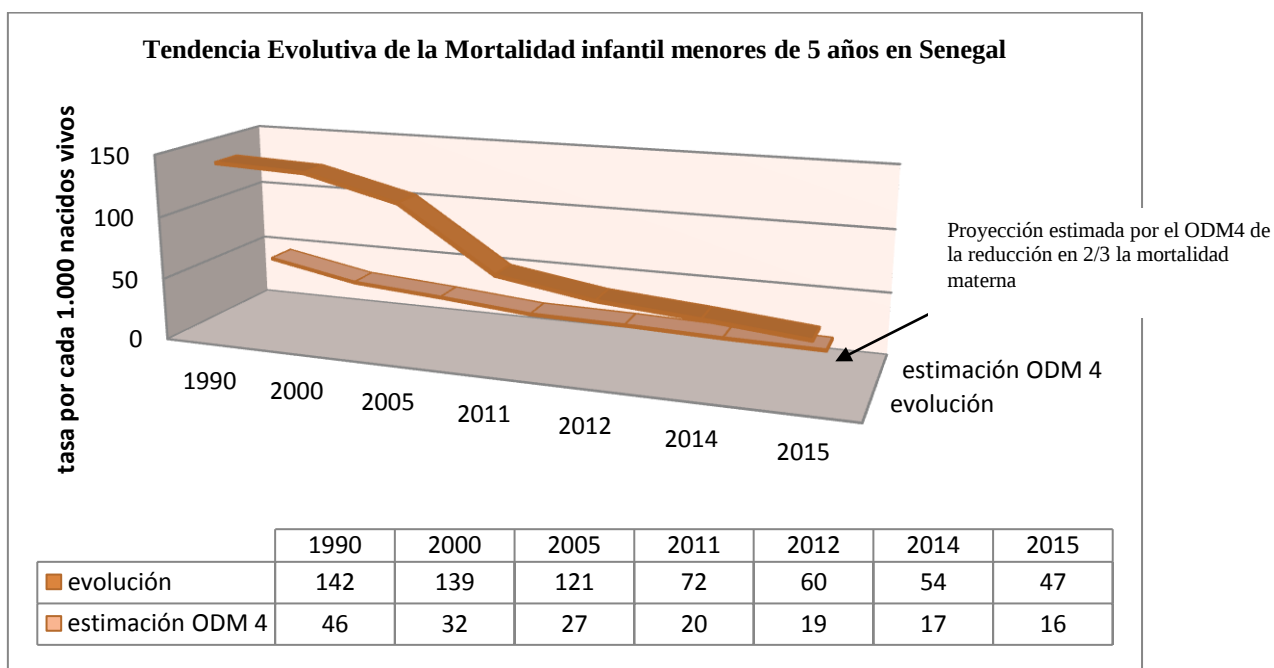


Ilustración 11 - Elaboración propia- Fuente: OMS, UNICEF, EDS-Continue 2015 y el Plan Estratégico SR Senegal 2011-2015

Mirando en conjunto, la tasa de mortalidad neonatal,³² la de mortalidad de menores de 1 año de vida, y la de menores de 5 años, vemos que han disminuido significativamente entre los años 2000 y 2015; con una disminución del 37 ‰ al 21 ‰ de la mortalidad neonatal, del 70 ‰ al 39 ‰ la mortalidad de menores de 1 año, y de 139 ‰ al 47 ‰ la tasa de mortalidad infantil.

³⁰ Probabilidad de morir antes de cumplir 5 años de vida, según tiene estipulado la OMS

³¹ Progreso alcanzado hacia la ODM4, basado en la reducción porcentual de la tasa de mortalidad de menores de cinco años observada para 1990-2015.

³² Probabilidad de morir en los primeros 28 días de vida, según la OMS

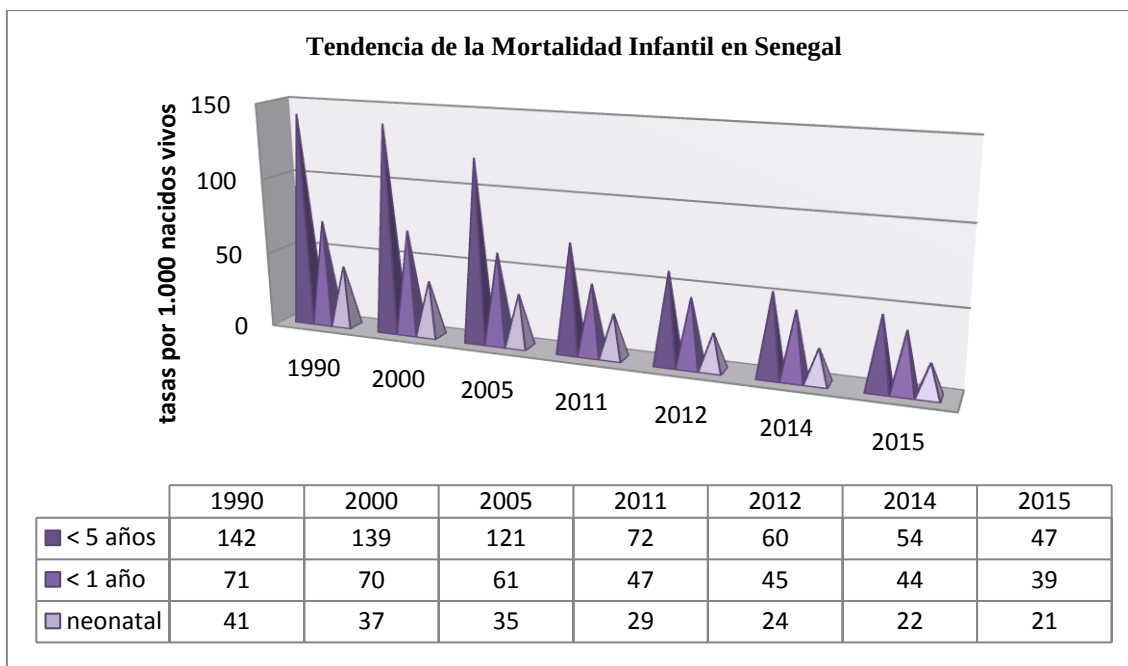


Ilustración 12- Elaboración propia- Fuente: OMS, UNICEF, Grupo del BIRF, EDS-Continue 2015 y el Plan Estratégico SR Senegal 2011-2015

Las principales causas de muertes infantiles de menores de 5 años, son aparentemente las mismas que las que se encuentran en toda la región de africana, el VIH, diarreas, sarampión, malaria, infecciones respiratorias agudas, prematuridad, complicaciones relacionadas con el parto, sepsis neonatal,³³ anomalías congénitas, traumatismos y otras enfermedades.

³³ Infección de la sangre que ocurre en un bebé de menos de 90 días de edad.- Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007303.htm> (Consultado el 30/04/2017)

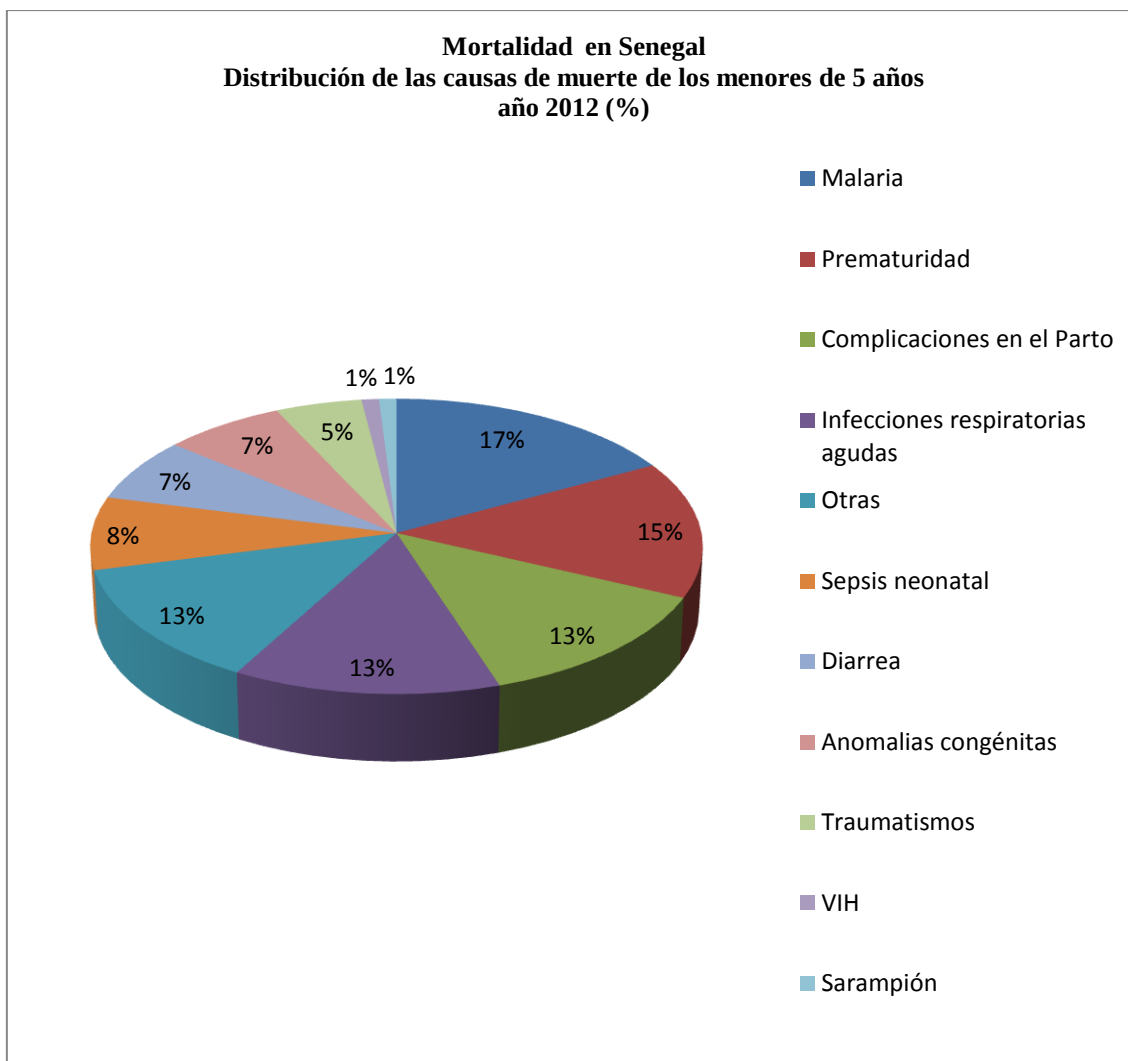


Ilustración 13- Elaboración propia- Fuente: OMS 2012

En cuanto a la *Salud Reproductiva (SR)*, las estadísticas revelan una gran precocidad en la procreación, el 50% de los embarazos se producen antes de los 19 años. El uso de anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años sigue siendo bajo y se estima en un 4,7%. Los jóvenes están más expuestos a las infecciones de transmisión sexual, VIH / SIDA, el embarazo adolescente y/o no deseado, abortos, la circuncisión femenina, otras malas prácticas y el uso de sustancias nocivas; por tanto, el 50% de personas con VIH en Senegal tienen entre 15 y 24 años, siendo las niñas más vulnerables. Algunas prácticas tradicionales y culturales asociadas con la iniciación y el matrimonio precoz tienen efectos negativos sobre la salud y violan los derechos de los adolescentes casados con parejas de más edad, quedando aislados respecto a la información y educación

sanitaria y sobre los servicios a los que tienen derecho, ocupando un bajo estatus en el nuevo hogar.³⁴

En cuanto *Planificación Familiar (PF)*, actualmente en Senegal el 23% de sus mujeres utiliza algún método anticonceptivo, aunque las necesidades no satisfechas de la *PF*, se estiman en cerca del 46%.³⁵ Otros datos de interés a considerar son, los cuidados prenatales, la asistencia en el parto y los partos asistidos en Centros de Salud.

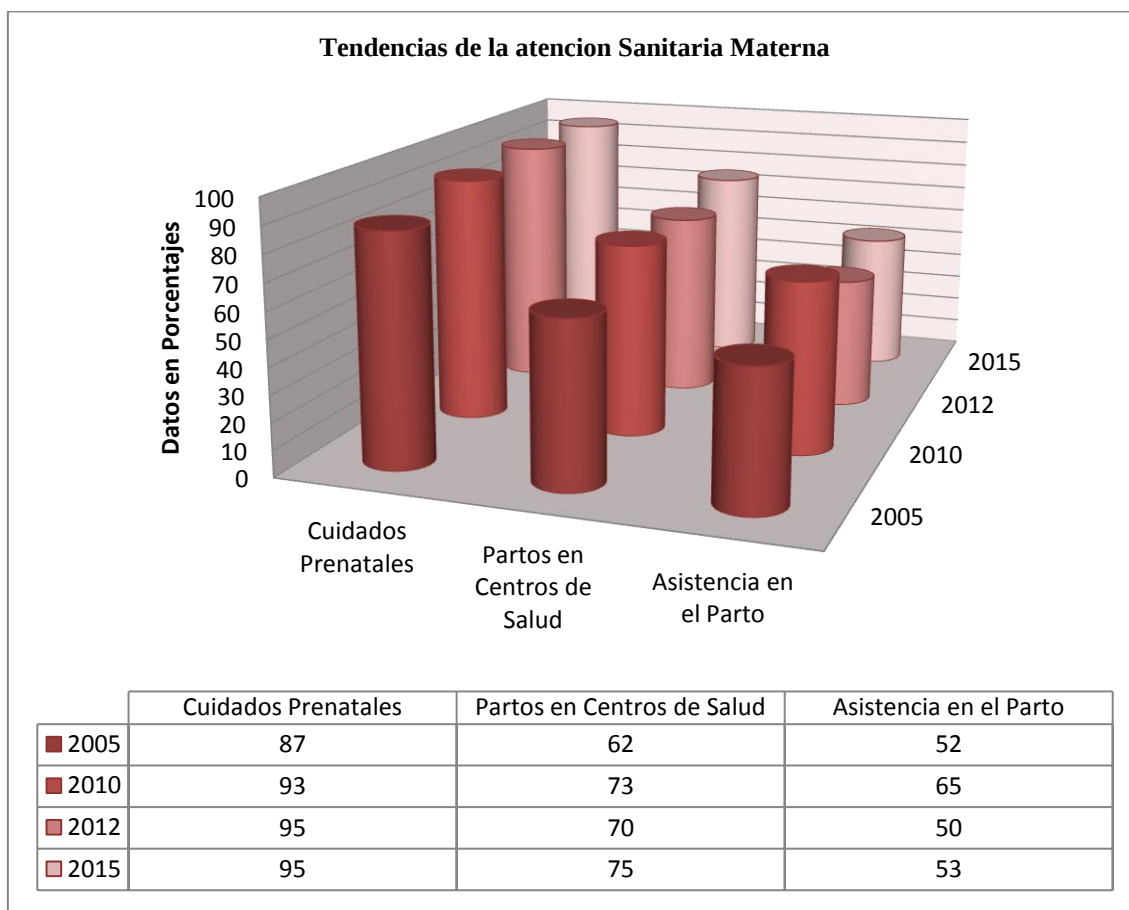


Ilustración 14 Elaboración propia- Fuente: EDS-Continue 2015 y el Plan Estratégico SR Senegal 2011-2015

La falta de control de la fecundidad es una de las principales limitaciones para la reducción de la mortalidad materno-natal. La monitorización del embarazo, es una oportunidad para prevenir la anemia, el tétanos, la malaria, la transmisión del VIH y para preparar a la madre para la práctica de la lactancia.

³⁴ Debido al número elevado de explotación infantil o adolescente, fue creado un grupo de niños adolescentes trabajadores los NATS en 1994, que impulsó en Senegal el Movimiento Africano de niños y jóvenes trabajadores, para defender sus Derechos- concepto visto en clase de Carlos Ballesteros el 21/02/2017_Módulo 8. Dimensiones e Instrumentos de la Cooperación. Aspectos Económicos. Taller de Comercio Justo

³⁵ Datos según EDS-Continue (Encuesta Demográfica de Salud) 2015

4.3.CULTURA Y COSTUMBRES DE LA SALUD NEOMATERNA EN SENEGAL. EL PAPEL DE LA COMADRONAS

En Senegal la mayoría de la población es musulmana y de tendencia sufí (aspecto integrante de la revelación islámica), representando el 90% de la población. El 10% restante se comprende de una minoría cristiana y de personas con creencias y prácticas en religiones tradicionales, o religiones étnicas africanas, corrientemente llamadas “*animismo*”, caracterizadas por su variedad.³⁶ El Islam es heterodoxo con aportaciones africanas y con tendencia sufí, existiendo varias *Tariqas*³⁷ diferentes: La *Tidjanía*, la *Mouridiyyah*, la *Qadria* y los *Layennes*, que siguen los 5 pilares del islam, y aceptan la unidad divina considerando a Mouhammad como el profeta último y definitivo. Cada Tariqa tiene un fundador, un hombre de Dios, a los que llaman *Waliyous*,³⁸ personas elegidas por Dios para que con el paso de los años no se confundan ni alteren las enseñanzas del Profeta Mouhammad, aunque hay musulmanes que no les reconocen como tales.

³⁶ El **animismo**, del latín *ánima*, *alma*, concepto que engloba diversas creencias en las que tanto objetos, como cualquier elemento del mundo natural; montañas, ríos, el cielo, la tierra, determinados lugares característicos, rocas, plantas, animales, árboles, etc.. están dotados de alma o consciencia propia y sostiene la interrelación entre el mundo de los vivos y el mundo de los muertos y la existencia de múltiples dioses con los que se puede interactuar - concepto visto en clase de Mbuyi Kabunda el 30/11/2016_ Módulo II. Aspectos Sociológicos, Antológicos y Políticos de Desarrollo.

³⁷ Los **Tariqas**, especie de cofradías religiosas

³⁸ La figura del **Waliyou**, representa a un santo al que le han sido revelados unos secretos, llamados “*Wird*” que son oraciones y fórmulas para hacer con el chapelet, rosario musulmán, y unas recomendaciones

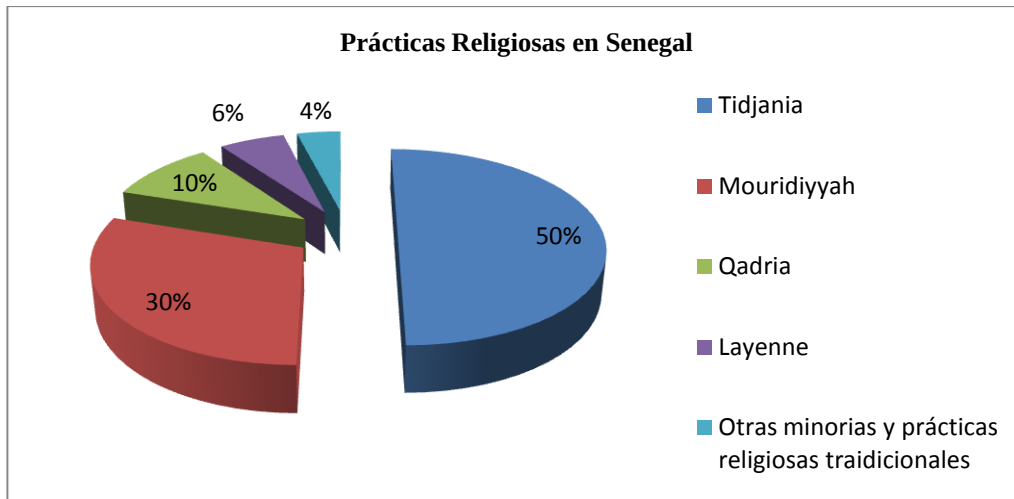


Ilustración 15 Elaboración propia- Fuente: Revista Nova África, n°26 “Estado laico y sufismo en Senegal”

Sin embargo, Senegal es reconocido por su tolerancia religiosa, no es raro encontrar miembros de una misma familia pertenecientes a distintas religiones.

En cuanto a tradiciones ancestrales habituales, cabe destacar aquellas que están relacionadas con el nacimiento de un niño.

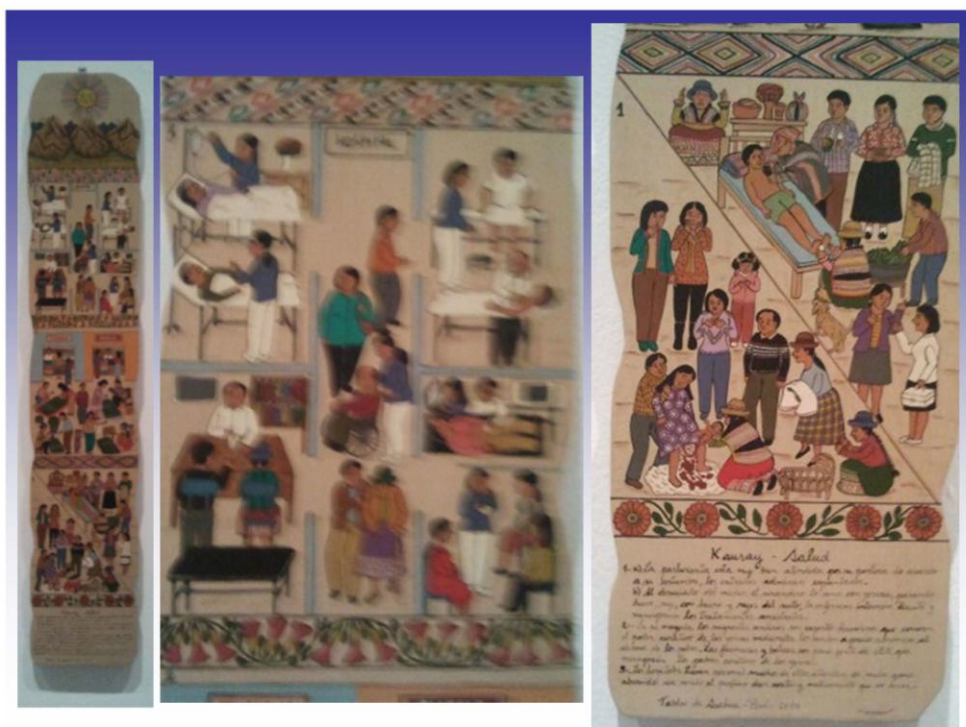


Ilustración 16 Matronas asistiendo a un nacimiento. Fuente: Diapositiva de clase de Jesús Sanz

En algunas etnias de Senegal, como los *diola*, los niños que aún no han nacido, *kuhuwa*, son las almas de los antepasados que, por una muerte precoz o de una transgresión cometida en vida, buscan un vientre femenino en el que cobijarse, permitiendo que tengan un nuevo ciclo de vida. Durante la espera, los *kuhuwa* ocupan un lugar entre el mundo de los vivos y el de los antepasados.

Aunque se hacen visitas médicas durante el embarazo, la medicina tradicional que tiene la comunidad es positiva: la manteca de karité para masajear el cuerpo y el vientre, etc.

La tradición prohíbe a la embarazada algunos alimentos, en especial la sal y el azúcar, que aumentan el volumen del feto, presagio de un parto difícil y quizá peligroso. La medicina moderna confirman estas indicaciones.

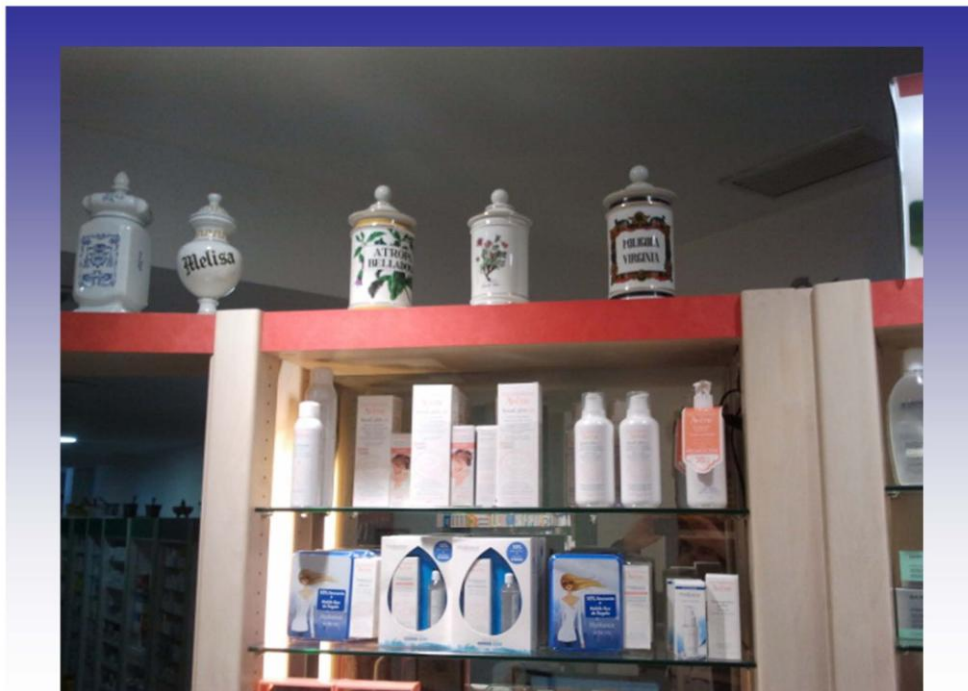
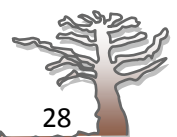


Ilustración 17 Convivencia entre la Medicina Tradicional y Moderna. Fuente: Diapositiva de clase de Jesús Sanz

La preparación del ajuar del bebé es tarea de la madre y del clan familiar. Con sus propias manos preparan el portabebés, paño largo de varios colores, con diferencias en



la forma y el modo de coser en función del sexo del bebé. Los pañales se preparan con pedazos de algodón blanco.

Según se acerca el momento del parto, se recurren a ritos tradicionales: *para favorecer un buen parto, se machacan en un mortero algunas hierbas especiales con agua y se dejan macerar, después de una ducha templada, se pasa junto al mortero dándole una patada para tirar todo el contenido, esto ayuda a la salida del niño. En el último mes de embarazo, se bebe un agua especial, preparada con la infusión de una roca y de hojas de una planta particular, que viene de Arabia Saudí.*

El momento del nacimiento, es un momento exclusivamente femenino, la presencia del padre es algo excepcional. El lugar del parto refleja las diferencias sociales y territoriales, por lo que la mayor parte de los nacimientos tienen lugar en la casa asistido por la *comadrona* de la comunidad, usando la medicina tradicional.

El cordón umbilical se seca y conserva como medicamento contra el dolor de tripa del niño, sumergiendo un paño en el agua hirviendo con el compuesto, que el bebé deberá ingerir. Cuando el cordón está exangüe, se ata a la base un hilo de algodón. El punto de corte se pone sobre un tallo de mijo, cortándose en tres secuencias pausadamente, en las que se invocan el nombre de Allah, y se toca con la hoja del cuchillo, la frente de la mujer que lo corta y la de las otras asistentes al parto.

La placenta se entierra en una ceremonia similar a la del corte del prepucio. Hay una cierta creencia a pensar que si una persona se aleja del lugar donde reposa su placenta, está potencialmente en peligro.

Al recién nacido se le ata una bolsa minúscula de tela que contiene algunos versos del Corán, y que anteriormente usó otro niño que creció sano.

Los ritos de ingreso en la sociedad tienen lugar al séptimo día, cuando el cordón ya se ha secado y caído. El niño sale de casa como si fuera una tumba y renace un antepasado. En la fiesta se enseña al bebé el cielo, la tierra, los cuatro puntos cardinales y todos los lugares del universo doméstico en el que vivirá.

La pertenencia a la familia viene confirmada en una fiesta en la casa paterna, donde el padre corta un mechón de pelo y confirma públicamente el nombre. El apellido es siempre el paterno e indica el grupo étnico senegalés al que se pertenece. El mechón puede ser conservado en una bolsita que el niño llevará siempre consigo. La elección del nombre es un asunto masculino y no se debe pronunciar durante el embarazo.

Los niños crecen en estrecho contacto con el cuerpo materno, siendo la base de una lactancia prolongada. La madre no es la única que da el pecho al hijo: *los niños son educados por todos*. Con el comienzo de la introducción de sólidos, la madre delega el cuidado en tías, cuñadas, hermanas, etc. Los niños pasan de mano en mano sin que ningún intercambio verbal se haga al respecto, sin interrumpir la conversación. La madre no tiene sentimientos de exclusividad respecto al niño.

Otra nueva etapa tiene lugar para los varones con la circuncisión, donde el padre entra en juego, dictando las reglas de la crianza.

La ropa se confecciona en casa o se recibe de segunda mano de los familiares. Los rituales de limpieza tienen lugar a diario, y tras la misma se les da un masaje vigoroso con manteca de karité, de forma armoniosa, con una maniobra final cuyo objetivo es alargar las articulaciones, otorgando belleza a las niñas y coraje a los niños. El cierre del cráneo, no permitir la entrada de maleficios. El masaje para endurecer la cabeza se hace con manteca de karité, cacahuete o con piedras negras llamadas *del mar Muerto*, que se mojan y se pasan por el pelo. Los niños son estimulados a aprender a sentarse pronto, sobre todo las niñas, para no tener la cadera estrecha y facilitar el parto en el futuro. El clima cálido de Senegal ayuda al autoconocimiento infantil, les dejan desnudos y les enseñan a defecar naturalmente. No se acostumbra a usar peluches, porque es corriente tener en casa animales, incluso gallinas y ovejas.



Ilustración 18 y 19 Convivencia de animales domésticos y niños. Fuente: Visita de Campo a Senegal Abril 2013

Durante el primer año de vida se pintan los ojos con kajal, para evitar las infecciones. Bajo la cama se pone un cuchillo para enfrentarse a los espíritus malignos. Y también una escoba pequeña de sorgo, para barrerlos antes de dormir. Bajo la almohada se pone carbón negro para evitar pesadillas y gritos nocturnos.

También es importante destacar el papel de las Diferentes Plantas Medicinales³⁹ en el uso cotidiano de las comunidades, y aconsejados siempre por las Matronas. Todos estos aspectos deben estar considerados en el diseño del Centro de Salud Materno para que esté abastecido de estas plantas en huerta o en su farmacia, y para la decoración con imágenes de éstas prácticas tradicionales y facilitar que la población se sienta atraída e inclinada a asistir al nuevo Centro Materno.

LA COMADRONAS

Uno de los mayores desafíos que afronta el continente africano es la falta de personal sanitario cualificado. Las *matronas* se preparan como personal sanitario local para asistir a las madres durante el embarazo y el parto. A menudo, las mujeres tienen que recorrer muchos kilómetros, a pie o en la parte de atrás de una bicicleta, para encontrar una matrona cualificada, muriendo o perdiendo a su hijo por el camino. Las más

³⁹ Ver Anexo

afectadas son las mujeres que viven en lugares pobres y aislados, donde el acceso a personal sanitario cualificado y a instalaciones bien equipadas es escaso o nulo.⁴⁰ Una matrona puede atender a 500 mujeres al año, acompañando a las mujeres durante el embarazo y el parto, asesorándolas sobre alimentación o cuidados del bebé.⁴¹

Los Estados miembros, garantizarán que las matronas estén facultadas por lo menos para acceder a las actividades siguientes y ejercerlas:⁴² i) prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar; ii) diagnosticar el embarazo y supervisarlos; iii) prescribir o asesorar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo; iv) facilitar programas de preparación prenatal y preparación completa al parto, incluida toda la información relacionada con la higiene y la nutrición; v) prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar el estado del feto en el útero; vi) atender al parto normal o de urgencias; vii) reconocer a la madre o al niño los signos indicadores de anomalías que precisen la presencia de un médico; viii) reconocer y prestar cuidados al recién nacido; ix) asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario; x) realizar el tratamiento prescrito por el médico; xi) redactar los informes que sean necesarios.

Además de la iniciativa de las *matronas*, Senegal cuenta con el proyecto *Bajenu Gox*,⁴³ basado en el liderazgo de las mujeres. Éste proyecto puesto en marcha por el ex presidente, *Abdoulaye Wade*⁴⁴ consiste en un programa comunitario para trabajadores de la salud con el fin de dar a las mujeres la formación para que se conviertan en líderes en el campo de la Salud Reproductiva.

⁴⁰ Dato obtenido de la entrevista realizada a Raquel Martín, ver Anexo

⁴¹ Dato obtenido de la entrevista realizada a Anabel Carabantes, ver Anexo

⁴² Declaración de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) sobre competencias profesionales de las Matronas. (Junio 2010) Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/documentos>

⁴³ *Bajenu Gox*, con enfoque comunitario para la salud de las madres y los niños de Senegal (IMCHA). Este proyecto es parte del programa innovación para la salud de las madres y los niños en África. Inversión de 36 millones en más de siete años, financiado por el Ministerio de Asuntos Exteriores, Comercio y Desarrollo de Canadá (MAECD), el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) y los Institutos Canadienses de Investigación en Salud (CIHR)

⁴⁴ *Abdoulaye Wade*, presidente de Senegal durante el periodo 2000-2012

Con base en el término wolof, *Bajenu Gox*, es utilizado para describir a una madrina. El proyecto proporciona apoyo a las mujeres durante el período prenatal, parto y período postnatal. La iniciativa ofrece un servicio de asesoramiento sobre el cuidado de los niños menores de 5 años y el apoyo a las mujeres a la comunidad en barrios o aldeas en los que las madrinas guían y acompañan a las mujeres y niños a los centros de salud, hacen visitas a domicilio para aconsejarlas a ellas, a sus parejas y madres de un mayor uso de los servicios sanitarios.

Las parteras tienen como objetivo, mejorar la salud de las madres y los niños en todo Senegal, mejorar la estabilidad a largo plazo de la iniciativa del Proyecto *Bajenu Gox* a nivel de la comunidad y crear sistemas que permitan la ejecución del programa a nivel nacional, con un enfoque de desarrollo comunitario basado en la perspectiva de equidad social y de género tratando de aumentar la contribución de dicha iniciativa.

4.4.INFRAESTRUCTURAS EXISTENTES EN SALUD NEOMATERNAL EN SENEGAL Y SUS CARACTERÍSTICAS. MATERIALES LOCALES. SOSTENIBILIDAD

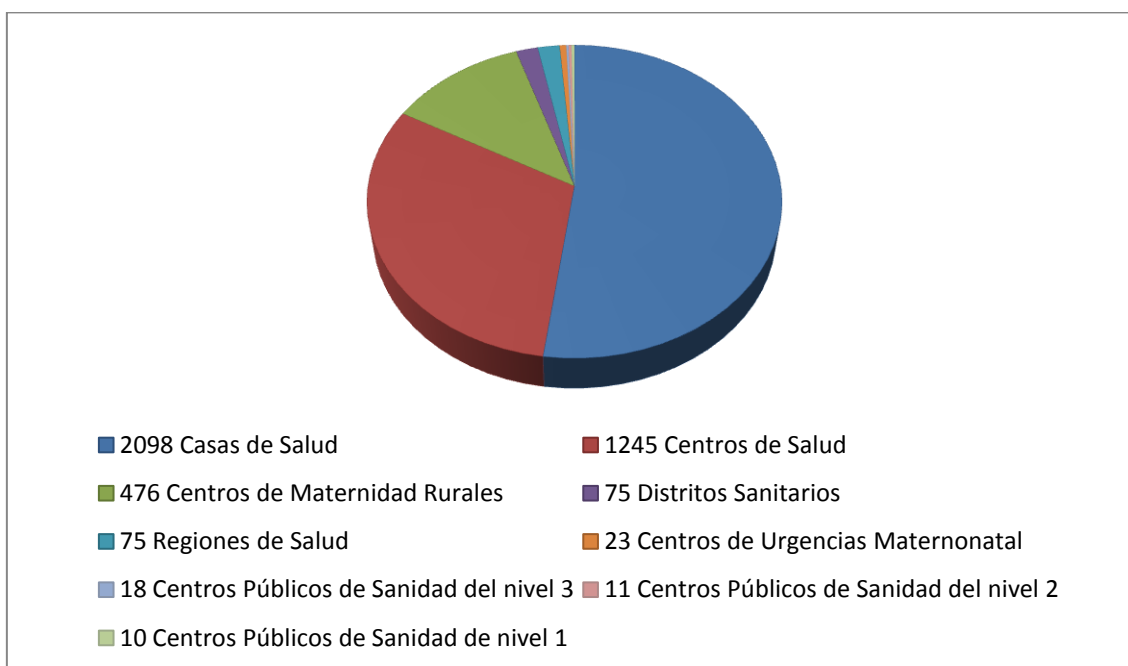


Ilustración 20 Elaboración propia- Fuente: Plan Estratégico SR Senegal 2011-2015 y MSAS

El Sistema de Salud de Senegal tiene una estructura piramidal con tres niveles interrelacionados adicionales:

- ✚ *El Nivel Periférico*, cada región tiene por lo menos un centro de salud y una red de centros, que son públicos, implantados en las capitales de las comunidades rurales o aldeas relativamente pobladas. Bajo la responsabilidad de un oficial médico jefe. En este nivel se organiza y ejecuta apoyo operativo a las actividades de salud de la comunidad, centros de salud y maternidad que son dirigidas por las personas seleccionadas o por matronas.

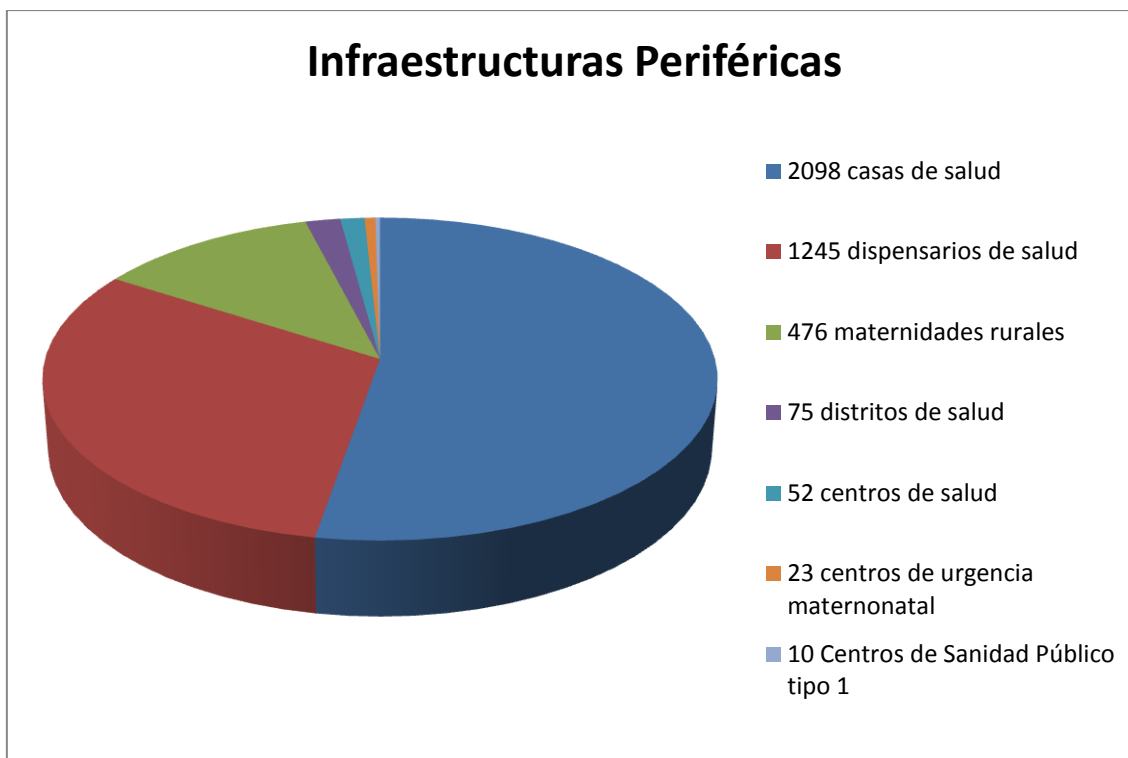


Ilustración 21 Elaboración propia- Fuente: Plan Estratégico SR Senegal 2011-2015

✚ *El Nivel Regional*, correspondiente al área médica es donde se hace la transformación de las políticas, las estrategias y los planes de acción a nivel central de las actividades operacionales para ser implementadas a nivel de distrito. Bajo la autoridad de un oficial médico jefe, su misión es: i) asegurar la inspección y control de los establecimientos de salud públicos y privados de la región; ii) organizar la cooperación técnica entre todos los centros de salud regionales; iii) ayudar a las estructuras regionales de salud en sus tareas administrativas, así como la gestión y planificación; iv) organizar la formación del personal sanitario en la región y en la comunidad; v) prestar apoyo a las actividades de los distritos sanitarios; vi) asegurar el procesamiento estadístico de salud en la región.

Existen 14 Regiones, en las que la referencia es tener un centro de salud pública del tipo 2 para cada región, aunque todas no tienen cobertura médica.

✚ *El Nivel Central*, incluye la oficina del ministro, las direcciones y los servicios nacionales, y su misión es diseñar las principales políticas y orientaciones estratégicas, promover y coordinar las acciones de salud, la movilización y

asignación de recursos, la armonización de los procedimientos y mecanismos de intervención y monitorear el progreso nacional hacia el logro de los objetivos sanitarios.

En el sector público, el país se divide en 14 regiones médicas y 75 distritos de salud; concentrados en 75 Centros de Salud, de los cuales 23 son centros de atención de emergencia materno-natal, tienen 1245 establecimientos de salud, de los cuales, 259 no tienen maternidad, 2098 casas de salud,⁴⁵ 476 maternidades rurales, 10 centros de salud de tipo o nivel I, 11 centros de salud de tipo o nivel II, y 18 hospitales o centros tipo o nivel III (a mayor nivel, mayor ámbito de actuación). La Farmacia Nacional de Abastecimiento (PNA), es responsable de la compra de medicamentos y productos en el mercado internacional, gestión y distribución a nivel periférico por el intermediario de Farmacias regionales de aprovisionamiento.⁴⁶

En Senegal los pacientes han de pagar por las consultas y por cada uno de los recursos que se utilicen en su diagnóstico y tratamiento (aspecto a tener en cuenta en el diseño del Centro). Los precios de los servicios médicos son sociales:⁴⁷

Consulta de adulto: 300FCA (0,46€)

Consulta Infantil: 200CFA (0,30€)

Planificación Familiar: 300CFA (0,46€) Atención medica de adultos: 300CFA (0,46€)

Atención medica infantil: 200CFA (0,30€) Consulta Prenatal CPN: 300CFA (0,46€)

Partos: 3500CFA (5,33€)

El sector privado, juega un papel importante en el sistema de salud, ya que integra sus estructuras en todos los niveles de sistema. Existe sector privado con fines de lucro y sin fines de lucro. Éste contiene; un hospital, 32 clínicas, 414 consultorios médicos, 843 farmacias y 12 laboratorios de análisis médicos. Los precios en la salud privada puede llegar a costar 10 veces más caros, pero con una atención más personalizada.

⁴⁵ *Casa de salud, moderna estructura formal con varias salas: sala del parto, de camas y hospitalización, de consulta, sección de recién nacidos y baños.*

⁴⁶ “En Senegal, el 25% de medicamentos vendidos fuera de las farmacias son falsos, existiendo un red importante de contrabando, que trae como consecuencias daños graves a los pacientes y en ocasiones muertes”. Cuadernos (XXVII) nº1, (febrero 2013). Fundación Sur

⁴⁷ *Datos obtenidos por ASF(Arquitectura sin Fronteras) en el estudio de la ciudad de Joal-Fadiouth, Senegal*



La División de Salud Reproductiva (SR), es la encargada de coordinar la aplicación de sus políticas. Este comprende: i) oficina de *Planificación Familiar*; ii) La oficina de salud de la madre; iii) La oficina de salud del recién nacido; iv) La oficina de SR de adolescentes y jóvenes; v) La promoción de la oficina de la SR; vi) La oficina de seguimiento, evaluación e investigación de planificación; vii) La célula de la logística de los productos SR; viii) La unidad administrativa y financiera.

Las organizaciones comunitarias (*OBC*), juegan un papel muy importantes en la movilización y sensibilización, contribuyendo a la mejora de los indicadores SR y participando en la definición de las necesidades y el establecimiento de prioridades.

En cuanto al Personal, la actividad de los trabajadores aún no cubre la demanda de las necesidades de la población.

Según el Plan Estratégico 2011-2015, las prioridades que habría que mejorar serían:

1. Accesibilidad y disponibilidad de los servicios de Salud Reproductiva:
 - El acceso geográfico y financiero es todavía limitado.
 - Los recursos humanos son insuficientes en cantidad y calidad y están mal asignados, especialmente en zonas de difícil acceso.
 - La cobertura de las estructuras de Salud Reproductiva y los servicios que ofrecen está aún por mejorar.
 - La disponibilidad de productos de SR es insuficiente.
2. La calidad de los servicios de SR:
 - La competencia del personal.
 - El sistema de uso de la remisión es débil e ineficaz.
 - Los daños que se provocan en productos de SR, son frecuentes.
 - El suministro de material de los servicios de SR es insuficiente y no funcional.
3. La promoción del uso de los servicios en los Centros de Salud:
 - La debilidad de indicadores como; las tasas de partos en centros de salud, servicios de asistencia de adolescentes, las tasas en la atención prenatal, la tasa de reclutamiento para las necesidades de Planificación Familiar.

- El bajo nivel de conocimiento de la población sobre temas de SR y, principalmente sobre las consecuencias del matrimonio precoz, la mutilación genital femenina, los abortos inseguros, etc.
4. La capacidad de gestión y liderazgo de los servicios de SR.
 5. Fortalecer la participación de los interesados en todos los niveles:
 - Los recursos humanos y financieros asignados a la SR son limitados;
 - La aplicación de las normas sobre la SR.
 - La participación de los diferentes actores de la salud es baja.
 - Las personas no están suficientemente involucradas en el diseño, implementación y seguimiento de las actividades de SR.
 - Los líderes comunitarios no están suficientemente preparados para entender las interrelaciones entre los diferentes sectores de desarrollo.

MATERIALES LOCALES. SOSTENIBILIDAD.

En Senegal existe una gran diversidad de materias primas locales, así como sistemas constructivos adecuados a su entorno y totalmente sostenibles a las necesidades requeridas.⁴⁸

⁴⁸ Ver Anexo

4.5.LA PERSPECTIVA DEL SISTEMA DE SALUD NEOMATERNAL EN SENEGAL.

Políticamente, el Jefe de Estado juega un papel muy importante en la mejora materno-natal e infantil, considerada por el gobierno de Senegal como una prioridad de salud, mediante el fortalecimiento de los programas de salud, incluyendo la Salud Reproductiva.

El documento de estrategia de crecimiento y reducción de la pobreza es una de las principales líneas de la política Senegalesa.

El Plan Nacional de Desarrollo de la Salud es el documento de referencia, siendo sus objetivos plenamente compatibles con los ODS,⁴⁹ reducir la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la fertilidad controlada.

El Plan estratégico de SR; las Estrategias Nacionales contra: el VIH / SIDA, la malaria, la mutilación genital femenina, etc., están en consonancia con la lucha contra la mortalidad materno natal.

La Hoja de Ruta Nacional ha sido hasta ahora el documento unificador de todas las acciones que contribuyen a la mejora de la salud materno-natal, centrado en la mejora de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios, el proceso de planificación a nivel operativo, la promoción de mayores recursos, la asociación y la continuidad de la atención entre casa y estructuras sanitarias.

El presupuesto asignado por el estado al Ministerio de Salud es una traducción elocuente de su compromiso con los problemas sociales y de salud de la población. Hasta 2006, el gobierno Senegalés ha sido el principal proveedor de recursos financieros en el sector de la salud, con una contribución del 51% de la financiación, seguido por sus socios externos con el 26,7%, y finalmente por personas y comunidades locales, con el 19,3% y el 3%.

⁴⁹ Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las ONU, son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros y se componen de una Declaración, 17 Objetivos y 169 metas a alcanzar para 2030. La salud ocupa un lugar fundamental en el ODS 3 «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», articulado en torno a 13 metas que cubren un amplio abanico de la labor de la OMS.

Otras Iniciativas de Senegal para reducir la mortalidad materno-natal:

i) La definición de un conjunto de servicios integrales, ofrecidos conjuntamente en todos los establecimientos de salud.

ii) La expansión de emergencias obstétricas y neonatales a nivel básico e integral en los centros de salud.

iii) La delegación de algunas habilidades obstétricas a personas distintas de los ginecólogos y con conocimientos de partería, la multiplicación y la descentralización de las escuelas de formación para abordar el déficit de personal calificado y el aumento de calidad de los servicios.

iv) Introducción del uso sistemático de las exploraciones, la gestión activa en la tercera etapa del parto, la atención post-aborto y al recién nacido.

v) La promoción de los servicios de aborto después de la calidad en todos los niveles de la pirámide sanitaria.

vi) La prevención de la transmisión de enfermedades materno-natal .

vii) Introducción de innovaciones tales como la tutoría, liderazgo, capacitación y supervisión del personal en su propio centro.

viii) Un esfuerzo por el desarrollo del sistema de información nacional de salud.

ix) Programa comunitario para la promoción de todos elementos clínicos.

Por otro lado, existe gran cantidad de actividades en el ámbito de la comunidad que están revolucionando la salud materno-natal:

i) La iniciativa *Bajenu Gox*, vista anteriormente.

ii) Las actividades financiadas por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a través de un consorcio de seis socios liderado por el fondo Niño; *Africare*, *Visión Mundial*, *Plan Internacional*, *Catholic Relief Services*, *Homólogo*. El consorcio Child Fund lo hizo efectivo y esencial. Además, otros socios como UNICEF están inscritos en colaboración con el consorcio para la promoción de

actividades de supervivencia infantil. El paquete de servicios ofrecido incluye la salud materna, el tratamiento de la malaria, la neumonía, la diarrea, etc.

4.6.ACCIÓN DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES EN SALUD NEOMATERNAL EN AFRICA. SENEGAL. UNICEF, OMS, ONU, ONGds

Además de la colaboración de *UNICEF* en consorcio de la *USAID* en Senegal para promover la supervivencia infantil, organizaciones como la *OMS* y *ONU* han trabajado en los siguientes ámbitos:

. Promoción de la salud materna y reproductiva

Mediante la aplicación de programas voluntarios de Planificación Familiar (*PF*), el Fondo de Población de Naciones Unidas (*FNUAP*) ha promovido el derecho de las personas a decidir por sí mismas el número de hijos que desean tener, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, ayudándoles a adoptar decisiones con conocimiento de causa y dándole a las familias, especialmente a las mujeres, un mayor control sobre sus vidas. La disminución del número de embarazos no deseados conlleva también una reducción de la mortalidad materna y de los abortos practicados en condiciones peligrosas. El *FNUAP* y algunos de sus asociados ayudan también a que se preste atención médica cualificada en el parto y a que haya acceso a la atención obstétrica de urgencia para reducir la mortalidad materna. El *FNUAP* apoya iniciativas de maternidad sin riesgo en más de 90 países.

. Respuesta al VIH/SIDA

El *ONUSIDA* coordina las actividades mundiales contra la epidemia que afecta a unos 34 millones de personas. Sus actividades en más de 80 países proporcionan acceso universal a los servicios de prevención y tratamiento del VIH, al tiempo que reducen la vulnerabilidad de las personas y comunidades, mitigando los efectos de la epidemia.

. Reducción de la mortalidad infantil

En 1990, uno de cada diez niños moría antes de cumplir los cinco años de edad. Gracias a la terapia de rehidratación oral, el abastecimiento de agua potable y el saneamiento, así como otras medidas en materia de salud y nutrición emprendidas por los organismos de la ONU, ha ayudado a disminuir la tasa de mortalidad infantil.

. Freno a la propagación de epidemias

La OMS ayudó a detener la propagación de Síndrome respiratorio agudo grave (SARS). En marzo de 2003 decretó una alerta mundial y emitió una advertencia de emergencia sobre viajes, y su liderazgo ayudó a poner freno a esta nueva enfermedad que podría haberse convertido en una epidemia de alcance mundial. La OMS investiga más de 200 brotes epidémicos cada año, de los cuales entre 15 y 20 requieren una respuesta internacional. La OMS encabeza la respuesta mundial contra algunas enfermedades tan destacadas como la meningitis, el Ébola, etc.

. Protección de la salud de los consumidores

Para garantizar la seguridad de los alimentos que se venden en el mercado, la FAO y la OMS, en colaboración con los Estados Miembros, han establecido normas para alrededor de 300 productos alimenticios básicos, límites de seguridad para más de 3.000 contaminantes de alimentos y reglamentos sobre la elaboración, el transporte y el almacenamiento de alimentos. Las normas sobre el etiquetado y la descripción tienen como finalidad asegurar que no se engañe a los consumidores.

.ONGds: Amref

Desde el año 2008, se realiza una labor de cooperación en el centro sanitario del distrito de Roi Baudoin, en Guégiawaye, atendiendo a 298.000 pobres, de los cuales 18 000 son mujeres en edad fecunda. El centro sanitario cuenta con capacidad para tratar complicaciones durante el embarazo, el parto y la cirugía de emergencia en el posparto, utilizando ocho camas de la sala parto del pabellón de maternidad. Cinco agentes sanitarios cualificados atienden durante las 24 horas a las mujeres que dan a luz en el servicio. Todas las mujeres que acuden para recibir atención prenatal pueden asistir a clases informales sobre embarazo, nutrición, higiene y planificación familiar. Además,

es el primer servicio de Senegal que ejecuta un programa piloto para prevenir la transmisión de VIH/SIDA de madres a hijos.

Actualmente están trabajando en un programa de formación de matronas en Senegal.⁵⁰

4.7.LA ACCIÓN DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SENEGAL

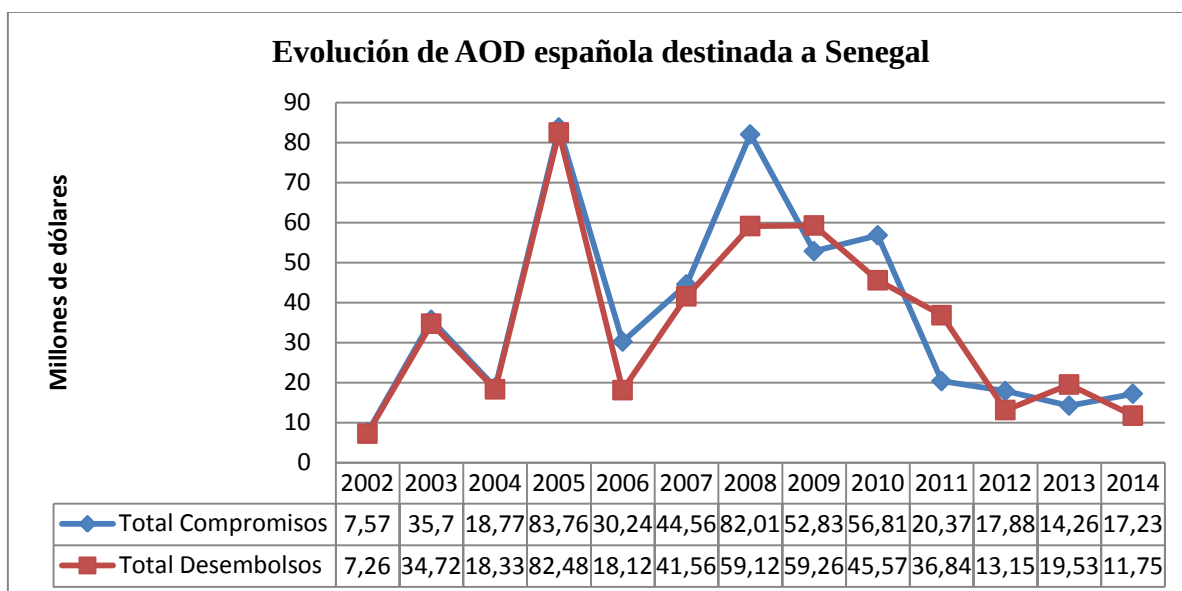


Ilustración 22 Elaboración propia- Fuente: OECD. Stat

En la evolución de la AOD que Senegal ha recibido de España, destaca el año 2008 donde la crisis azota el dinero destinado para la cooperación, siendo los compromisos mayor al desembolso, efecto ocurrido con el cambio de gobierno. A pesar de la crisis, observamos que en el 2013 hay mayor desembolso que compromisos, siendo la AOD bilateral bruta total de 15.362.876€, de la cual el 44,94% fue destinado a Infraestructuras y Servicios sociales, y solo el 6,4% a Salud.

⁵⁰ Dato obtenido de la entrevista realizada a Raquel Martín, ver Anexo

Reparto de la AOD de España a Senegal en el año 2013

■ Presupuesto € ■ Porcentaje % sobre la AOD total

Otros Servicios Sociales e Infraestructuras...	38.683	0,25
Org. e Inst. para la igualdad de las mujeres	187.875	1,22
Gobierno y Sociedad Civil	4.384.284	28,54
Abastecimiento y Depuración de Agua	37.464	0,24
Prog. / Pol. de Población y Salud Reproductiva	305.887	1,99
Salud	983.187	6,4
Educación	1.153.695	7,51
Infraestructuras y Servicios Sociales	6.903.469	44,94

Ilustración 23 Elaboración propia- Fuente: Cooperación Española y el AECID

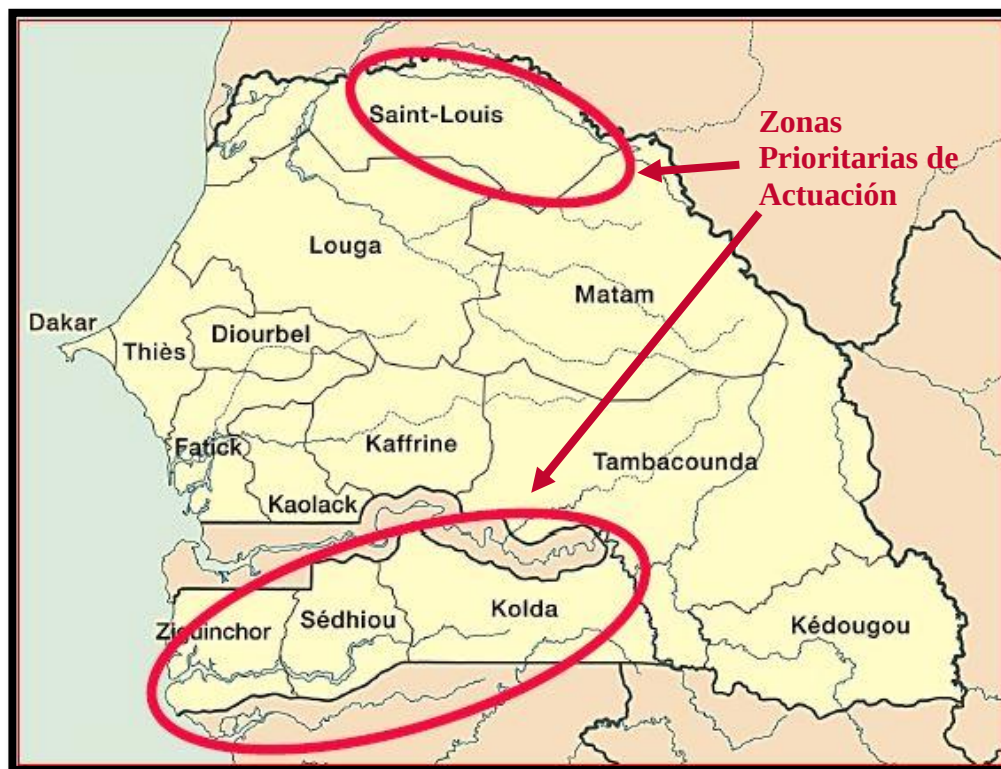


Ilustración 24 Elaboración propia- Fuente: AECID 2015

En las zonas prioritarias de actuación marcadas en el mapa, es en las que se promueve oportunidades económicas para los más pobres, en el ámbito de desarrollo rural y territorial, mejorando la situación nutricional de la población según sus hábitos y aspectos culturales, entre otros.

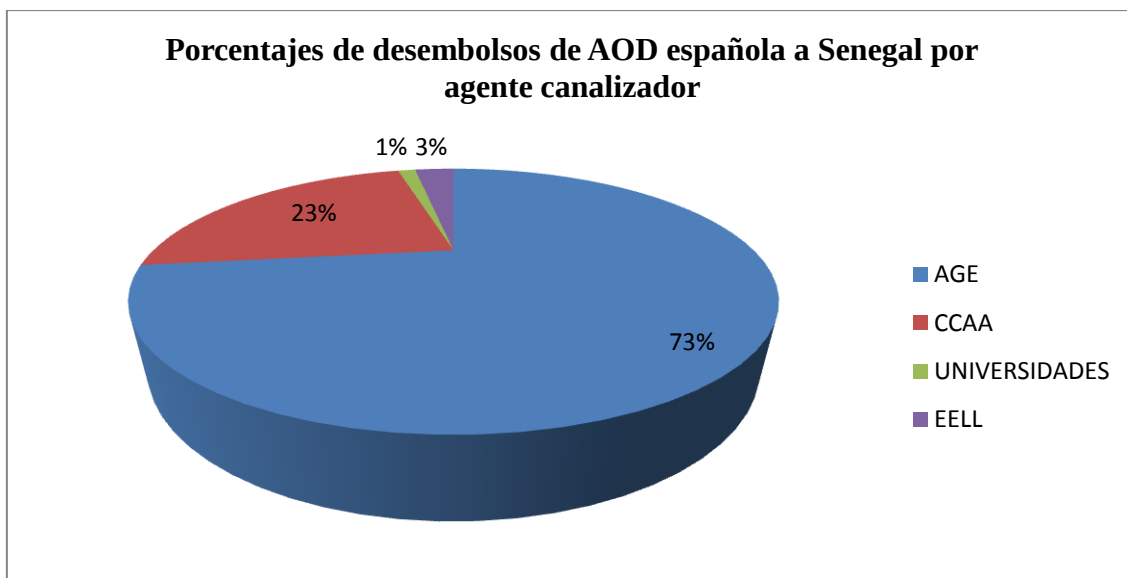


Ilustración 25 Elaboración propia-Fuente: PACI 2015 de MAEC

El mayor desembolso de la AOD efectuado en 2015, fue por la Administración General del Estado, como agente catalizador.

En el Informe anual del año 2012, según los datos de la Coordinadora Ongd-España, encontramos que las organizaciones donantes a Senegal fueron *20 ONGD*, con su participación en *74 proyectos*, de un monto de *35.999.233,0 euros* en fondos ejecutados en el año 2011, de los cuales destacamos los destinados al sector salud:

AOD de ONGs a Senegal en el setor Salud y otros año 2011

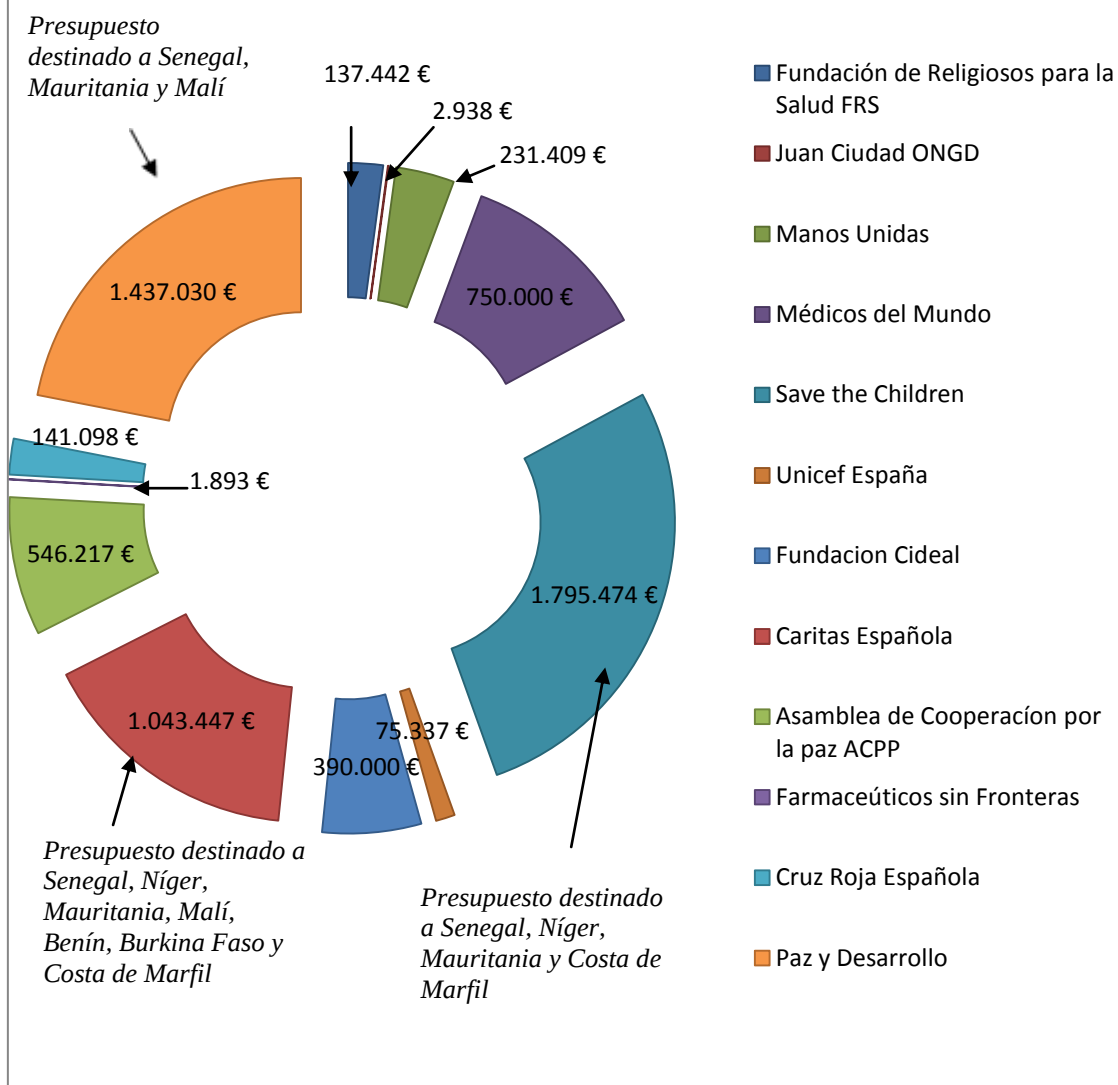


Ilustración 26 Elaboración propia- Fuente: Coordinadora 2012

5. CONCLUSIONES

En el desarrollo del TFM se refleja que una de causas relevantes de la mortalidad en el parto de las mujeres, es la carencia de centros especializados de Maternidad que puedan asistirlos, debido a las grandes distancias a recorrer y a que la capacidad de las infraestructuras existentes en la zona, están desbordadas. Se estima que sólo el 30% de la atención está cubierta por 18 hospitales desigualmente distribuidos en el país.⁵¹

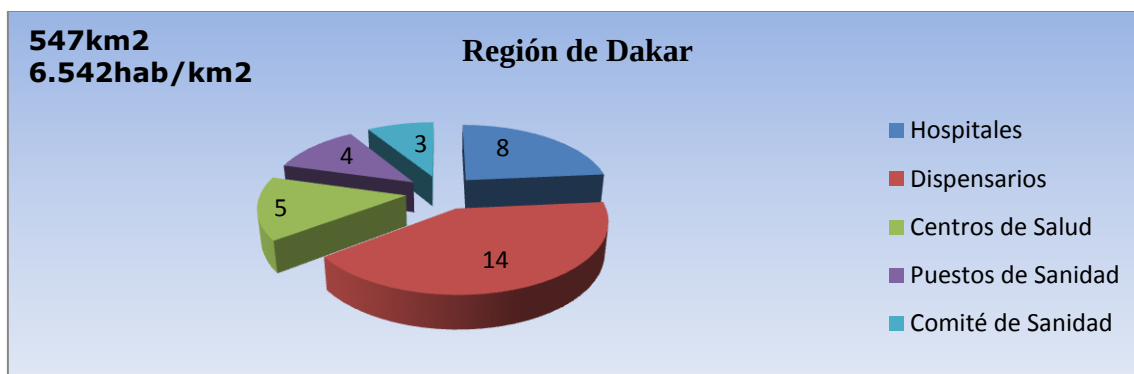


Ilustración 27 Elaboración propia- Fuente: MSAS

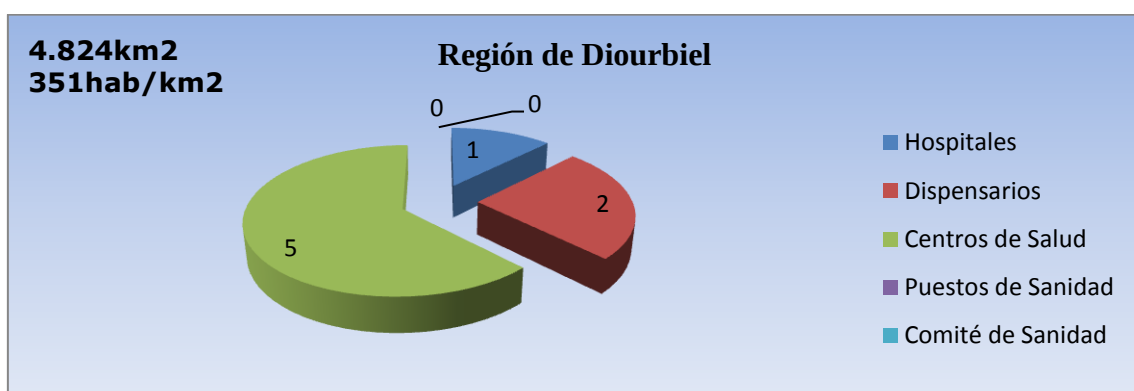


Ilustración 28 Elaboración propia- Fuente: MSAS

⁵¹ Datos obtenidos del Ministerio de Sanidad y de la Cartografía de Senegal, Consultado el 13 de Mayo del 2017
<http://www.sante.gouv.sn/>
http://www.cartographie.ird.fr/SenegalFIG/encadrement_sani.html

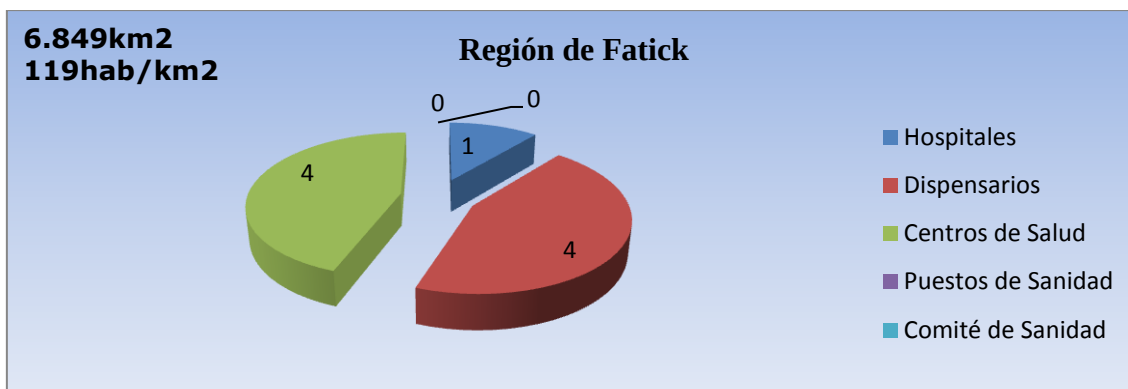


Ilustración 29 Elaboración propia- Fuente: MSAS

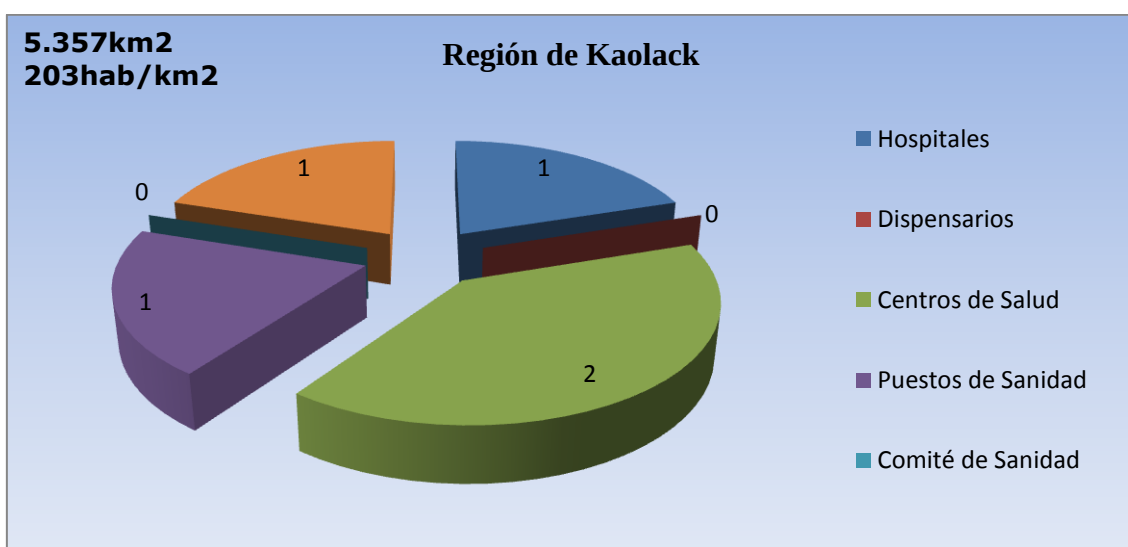


Ilustración 30 Elaboración propia- Fuente: MSAS

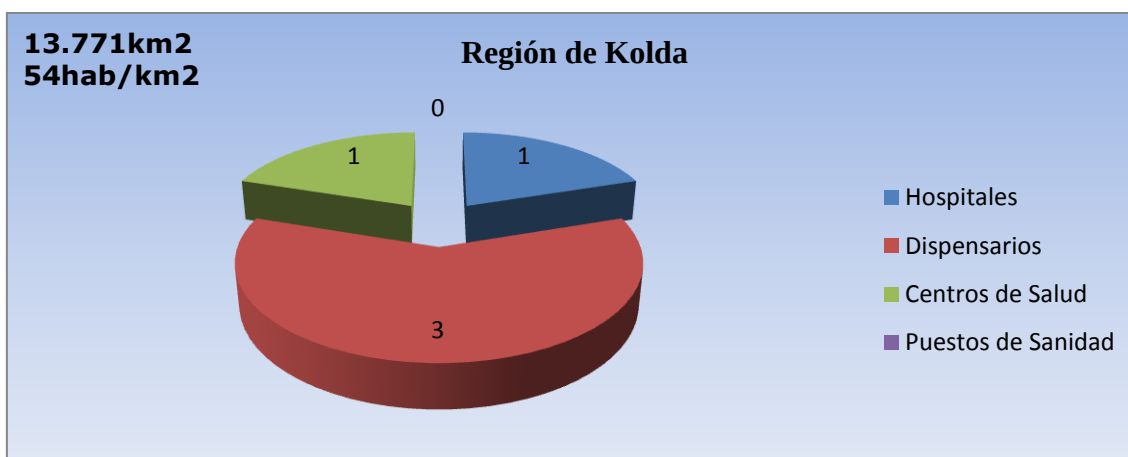


Ilustración 31 Elaboración propia- Fuente: MSAS

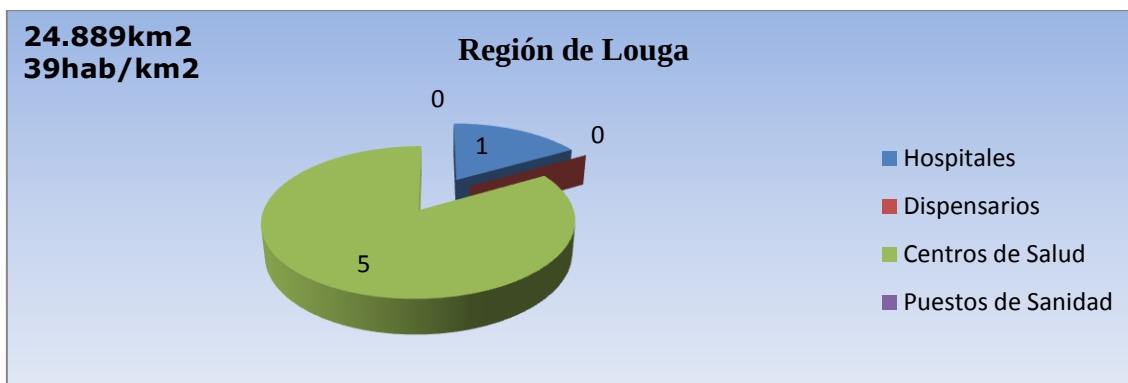


Ilustración 32 Elaboración propia- Fuente: MSAS

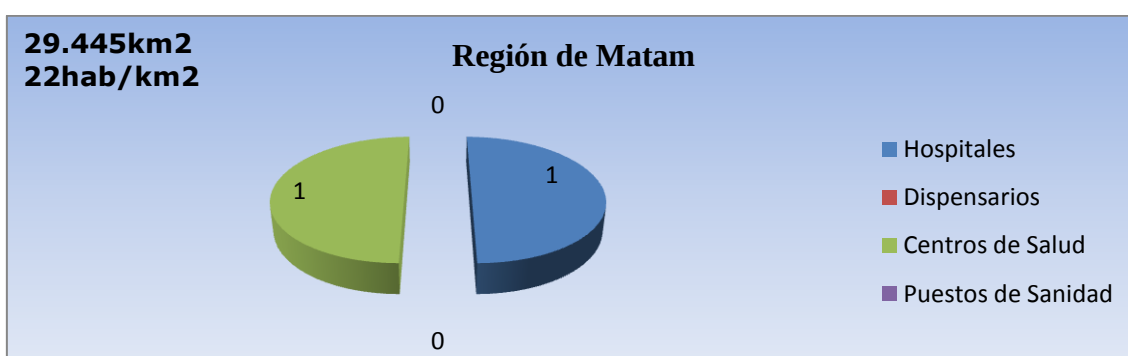


Ilustración 33 Elaboración propia- Fuente: MSAS

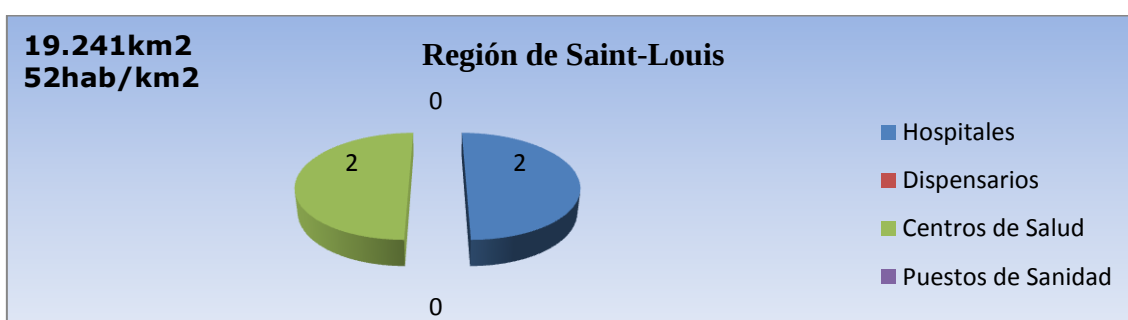


Ilustración 34 Elaboración propia- Fuente: MSAS

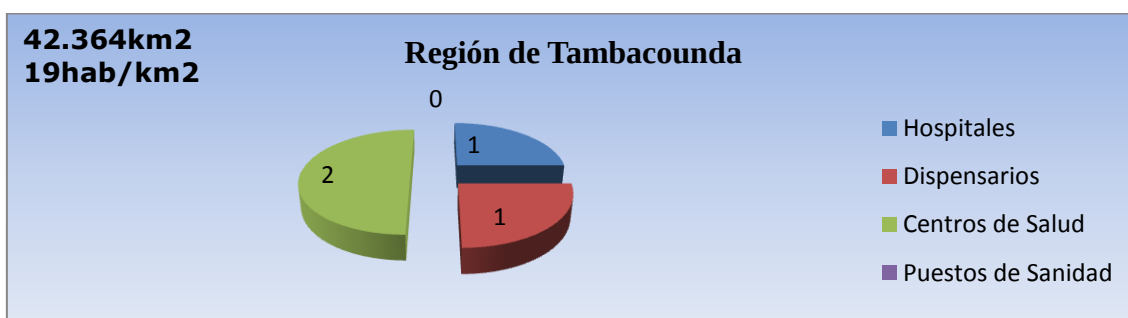


Ilustración 35 Elaboración propia- Fuente: MSAS

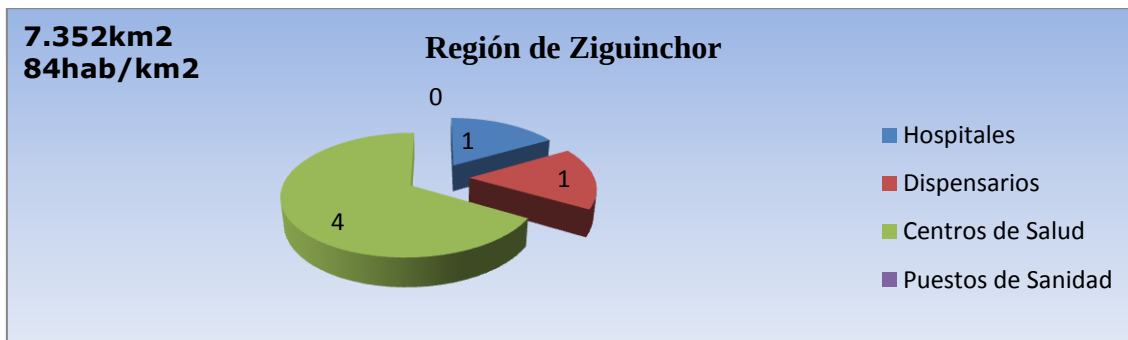


Ilustración 36 Elaboración propia- Fuente: MSAS

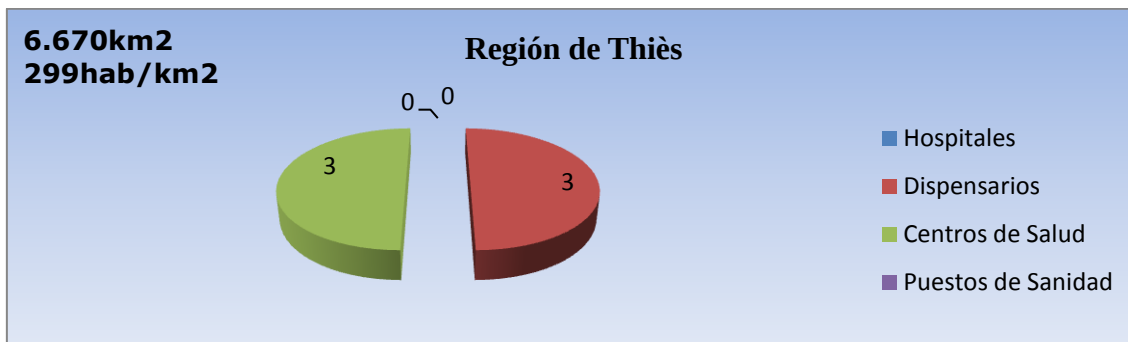


Ilustración 37 Elaboración propia- Fuente: MSAS

Además de todo lo anteriormente descrito, comentar que las regiones, Kaffrine (58hab/km²), Kédougou (10hab/km²) y Sédhiou (70hab/km²) no disponen de infraestructuras sanitarias adecuadas, por lo que podríamos validar la hipótesis n° 1.

La malnutrición es un problema de la salud pública, y sabemos que la pobreza sigue siendo uno de las mayores causas que elevan la mortalidad en mujeres y niños, por no tener acceso a las necesidades básicas, quedando expuesta a una inseguridad alimentaria y sanitaria. La herencia sociocultural, la falta de información o educación, la poca escolaridad de las madres y la alta tasa de analfabetismo, los embarazos adolescentes, y las tradiciones de casamientos de jóvenes con personas mayores, agravan el problema. Por lo que podríamos considerar como válida, la hipótesis n° 2.

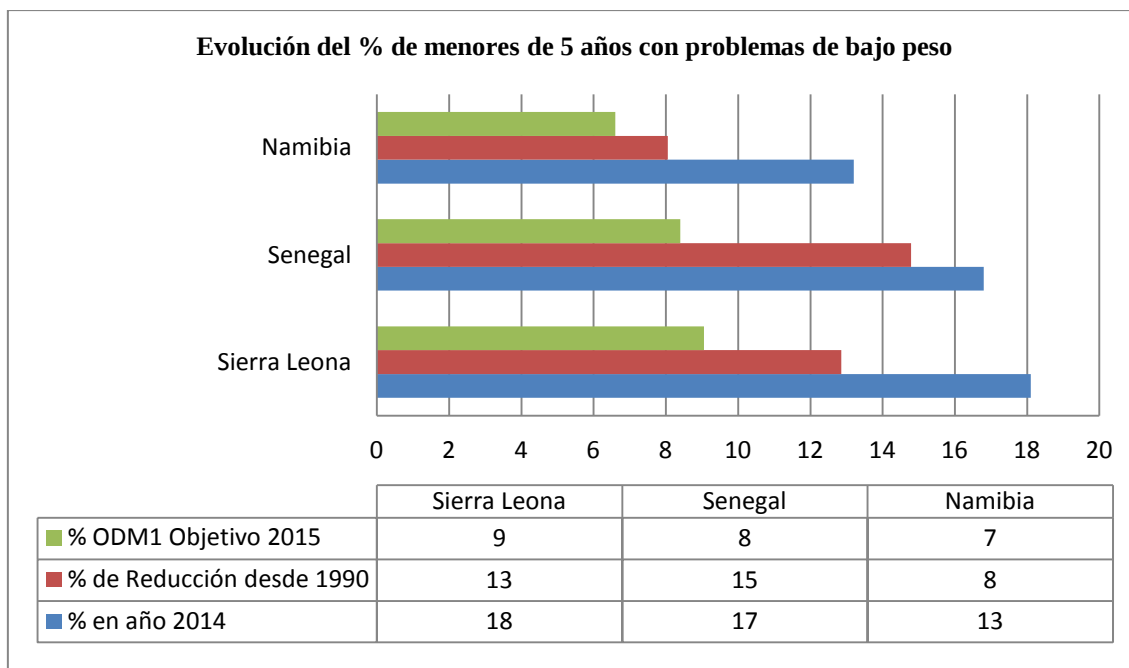


Ilustración 38 Elaboración propia- Fuente: Atlas de la Salud 2016 OMS

Por otro lado, la OMS está luchando por conseguir reducir los riesgos de las enfermedades de transmisión, pero considero que no debe ser el único actor que asuma la problemática. Hay que educar a las comunidades, empoderarlas teniendo en cuenta su diversidad cultural y costumbres, para trabajar desde una antropología desarrollada que entienda sus circunstancias ajustando culturalmente las acciones en lugar de ignorarlas o imponerse. En los últimos años la cooperación se ha transformado de una *colonización paternalista*⁵² al empoderamiento de la sociedad civil local, respetando sus culturas. Por lo que no podríamos validar esta hipótesis al 100%.

Se ha visto la importancia de papel de las comadronas en la vida de las mujeres en las comunidades, ellas se encargan del seguimiento durante el embarazo, de la preparación del futuro papá y del resto de la familia. Cuida, protege, informa, respeta, escucha a la mujer durante toda la trayectoria del embarazo, acompañándola en el momento del nacimiento del niño, advirtiéndole los riesgos que pudieran existir y aconsejando en el momento de la lactancia del niño y en sus cuidados nutricionales en su crecimiento, validar la hipótesis del papel de las comadronas está sobreentendido.

⁵² Dato corroborado por la entrevista realizada a Catalina Mikúe, ver Anexo

Además de todo lo anterior, es de destacar en la comunidad senegalesa es la iniciativa *Bajenu Gox*, herramienta crucial para perseguir, apoyar y dar respuesta a una problemática existente.

Por lo tanto, para poder diseñar un Centro de Maternidad en una comunidad Senegalesa, es importante realizar un estudio detallado del *hábitat*⁵³ de la misma, haciendo un seguimiento antropológico, y teniendo en cuenta las consideraciones oportunas para que sea sostenible.

⁵³ *Ver Anexo*

PROPUESTAS TEÓRICAS

- Realización de una *Evaluación del proyecto inicial de Maternidad*,⁵⁴ que se está construyendo en la Comunidad de Fass Mbaou, Dakar Senegal, para poder validar el proyecto inicialmente planteado.
- Formación de Personal cualificado; la introducción de las Matronas como enlace entre la comunidad y el centro de Maternidad, para conseguir el compromiso del Ministerio de Sanidad de Senegal, con *impacto político*.⁵⁵
- El empoderamiento de las mujeres, apoyo y seguimiento al proyecto ya existente en la región de Senegal, *Bajenu Gox, a través de Campañas*.⁵⁶
- *Empoderamiento de la comunidad local*, con su participación en la construcción del proyecto involucrándoles en el mismo para que lo sientan suyo, consiguiendo así, la sostenibilidad del proyecto.⁵⁷
- La viabilidad de que el proyecto elaborado, ajustando diseño y materiales pueda valorarse también para su construcción en *un Campo de Refugiados*.⁵⁸

⁵⁴ **Evaluación** es la verificación del proyecto inicial proyectado con lo que realmente se ha ejecutado, basado en un diagnóstico objetivo, con unos criterios establecidos para poder medir la pertinencia, eficacia, eficiencia, el impacto y la sostenibilidad del mismo- concepto visto en clase de Pedro Surja el 01/02/17_ Módulo VI. Diseño, Seguimiento y Evaluación de Proyectos de Cooperación al Desarrollo

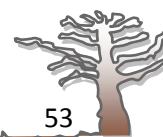
⁵⁵ Buscando lograr cambios a través de estrategias trabajando el impacto político -concepto visto en clase de Nacho Uriarte el 11/05/17_ Módulo IX. Campañas e Incidencias

⁵⁶ El **objetivo de las Campañas** es generar a través de una estrategia, cambios sostenibles en ideas, valores y prácticas que afectan a la población empobrecida -concepto visto en clase de Chema Vera el 04/05/17_ Módulo IX. Campañas e Incidencias

Las herramientas a utilizar son; trabajo de investigación, lobby, medios de comunicación, movilización ciudadana y alianzas - concepto visto en clase de Gonzalo Fanjul el 03/05/17_ Módulo IX. Campañas e Incidencias

⁵⁷ “**Si quieres dejar de ser pobre, deja de pensar como un pobre**” Las nuevas políticas de cooperación para el desarrollo, pretende evitar el “paternalismo” empoderando a las comunidades- concepto visto en clase de Rafael Díaz Salazar el 12/01/17_ Módulo IV. Políticas y Sistemas de Cooperación Internacional al Desarrollo.

⁵⁸ Nos encontramos en la búsqueda del **nuevo modelo de Campo de Refugiados**, ya que el existente, tiene carencias- concepto visto en clase de Gonzalo Sánchez Terán el 24/04/17_ Módulo XII. Derecho Internacional de Refugiados



PROPUESTAS ARQUITECTÓNICAS

Proyecto de Construcción de una Maternidad tipo en Senegal.

Considerando el caso estudiado de la Comunidad en Fass Mbao, se define que el número de beneficiarios directos es de 29.500 habitantes.⁵⁹ Y los beneficiarios indirectos serán las mujeres de las comunidades colindantes.

DATOS GENERALES	
SUPERFICIE PARCELA	635,00 m2
SUPERFICIE CONSTRUIDA PLANTA BAJA	432,83 m2
SUPERFICIE CONSTRUIDA PLANTA PRIMERA	125,27m2

La siguiente propuesta se consensuó con el gabinete de arquitectura del Ministerio de la Salud y de la Acción Social (MSAS),⁶⁰ puntualizándose las siguientes consideraciones:

i) Que quedara recogida alguna sala de consulta general para los habitantes de la comunidad, así como una zona de atención de emergencia; ii) Nos comentaron que no era necesaria una habitación para la Morgue, ni tampoco habitaciones aisladas para los casos de personas con enfermedades contagiosas, ya que para ello, se trasladaría al paciente al hospital más cercano; iii) También se sugirió que el cálculo de la estructura estuviera sobredimensionado para posibles ampliaciones en altura de plantas futuras.

La comunidad cuenta con red eléctrica y agua potable, resolviéndose el sistema de saneamiento con fosas sépticas impermeabilizadas, que exigirán un mantenimiento continuo a través del servicio de camiones de limpieza ya existentes en la comunidad. No obstante se ha pensado en reforzar la red eléctrica con la introducción de placas solares en la cubierta, como red alternativa, debido a los habituales cortes eléctricos en el país.

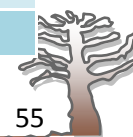
La estructura es acorde a la tipología del suelo encontrado y en consonancia con la época de lluvias.

Los accesos al centro de Maternidad son aceptables, habiendo vías asfaltadas y de tierras en los alrededores.

⁵⁹ *Número de Beneficiarios de la comunidad afectada- concepto visto en clase de Pedro Surja el 02/02/17_Módulo VI. Diseño, Seguimiento y Evaluación de Proyectos de Cooperación al Desarrollo*

⁶⁰ *Reunión en el MSAS, en visita de campo el 05/04/13 con el secretario General Moussa Mbaye y la arquitecta Renée James Ndiaye, consejera técnica del Ministerio.*

LOCAL	SUPERFICIES ESTIMADAS M2	USO
ÁREA DE ACCESO		
Porche	28,73	P
Acceso	13,20	P
ÁREAS COMUNES		
Recepción	5,50	PC
Vestuario Recepción	2,70	PC
Zona de espera	13,85	P
Comedor	17,20	P
Cocina Office	3,60	P
Sala de limpieza	4,48	PC
Despensa	2,91	PC
Aseos	7,34	P
ÁREA DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA		
Sala de trillaje	8,82	PC
Sala de vital-box	10,18	PC
Sala de cirugía menor	8,82	PC
ÁREA DE CONSULTAS		
Sala de Consulta General	12,96	PC
Farmacia	5,96	PC
Sala de Consulta Neo maternal	12,96	PC
Laboratorio	10,62	PC
Almacén de Sangre	4,78	PC
ÁREA DE PARITORIOS		
Vestuario del paciente	4,38	AR
Sala polivalente- Sala de formación de Matronas- Sala de reuniones	13,88	PC
Vestuario de matronas- enfermeras	4,34	PC
Sala de recuperación ante- quirófano	14,56	AR
Sala de lavado	2,98	AR
Sala de esterilización	2,52	AR
Sala de Paritorio	10,45	AR
Aseos y Vestuarios	6,95	AR



LOCAL	SUPERFICIES ESTIMADAS M2	USO
ÁREA DE PRE-POST PARTO		
Sala Preparto	24,66	AR
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN		
Sala de Hospitalización	80,73	AR
Sala de recién nacidos- cambiador-incubadora	14,89	AR
Aseos y Vestuarios	15,33	AR
SERVICIOS DE CUIDADO OBSTÉTRICO		
Puesto de Vigilancia de enfermería- matrona	4,53	PC
OTROS SERVICIOS		
Lavandería	4,63	PC
Almacén	4,70	PC

P- Público; PC- Personal Cualificado; AR- Acceso Restringido

El área de hospitalización, junto con los servicios de cuidado obstétrico, es la planta que se repetiría en altura, según necesidades. Cada una de ellas admite 10 camas y baño equipado con WC, lavabos y duchas, siendo la sala más importante del centro, contando con matronas y una sala de ingresos de mujeres, tanto para el postparto como para la dilatación. Se calcula atender entre 20-30 partos a la semana/matrona.⁶¹

Consultas generalistas para atender al día alrededor de 300 hombres, mujeres y niños.

La sala de curas, es donde se llevarán a cabo las funciones de enfermería, fundamentalmente curas de heridas, de quemaduras, de infecciones y pequeñas intervenciones quirúrgicas, estimándose una afluencia de unos 200 pacientes al día.

La farmacia y el laboratorio son salas destinadas al almacenamiento y venta de medicamentos, así como a la realización de análisis y diagnósticos o preparación del material quirúrgico.

⁶¹ Dato obtenido en la entrevista a Anabel Carabantes, ver Anexo

Otra de las salas importantes es la polivalente, enfocada a la formación de matronas, charlas de SR etc.

El objetivo no solo es la atención sanitaria a las personas de la comunidad, sino dinamizar y promover la educación sanitaria, además de tener un espacio para llevar a cabo actividades de salud comunitaria.

1. Datos de visita de campo, Reuniones relevantes y Entrevistas

- ✓ Carabantes, Anabel. Comadrona especialista en asistencia, cuidado y seguimiento de las mujeres embarazadas en el parto, parto y postparto desde 1984, Madrid. (Mayo 2017)
- ✓ Ceccherini, Alexia. Cooperante en misión de la Crisis del Ébola en Sierra Leona en el año 2015. (Noviembre 2016)
- ✓ James Ndiaye, Renée. Arquitecta consejera del gabinete técnico del Ministerio de Sanidad y la acción social, Senegal. (Abril 2013)
- ✓ Khady Ba, Mme. Alcaldesa de la Ville de Pikine, Dakar, Senegal. (Abril 2013)
- ✓ Lassa, Mamma. Interlocutora y enlace de la Comunidad de Fass Mbaou, Dakar, Senegal. (Abril 2013)
- ✓ Martín, Raquel. Responsable de Comunicación en la ONG Amref Salud África, Madrid. (Febrero 2017)
- ✓ Mbaye, Moussa. Secretario general del Ministerio de Sanidad y la Acción Social, Senegal. (Abril 2013)
- ✓ Mikué, Catalina. Auxiliar enfermería y Concejala de Cooperación Internacional en el Ayuntamiento de Getafe, 2003-2007, Madrid. (Febrero 2017)

2. Aportaciones de las Clases del Máster

- ✓ Ballesteros, Carlos. *“Debido al número elevado de explotación infantil o adolescente, fue creado un grupo de niños adolescentes trabajadores los NATS en 1994, que impulsó en Senegal el Movimiento Africano de niños y jóvenes trabajadores, para defender sus Derechos,”* concepto visto en clase el 21/02/2017_Módulo 8. Dimensiones e Instrumentos de la Cooperación. Aspectos Económicos. Taller de Comercio Justo
- ✓ Díaz Salazar, Rafael. *“Si quieres dejar de ser pobre, deja de pensar como un pobre” Las nuevas políticas de cooperación para el desarrollo, pretende evitar*

el paternalismo empoderando a las comunidades,” concepto visto en clase el 12/01/17_ Módulo IV. Políticas y Sistemas de Cooperación Internacional al Desarrollo.

- ✓ *Fanjul, Gonzalo. “Las herramientas a utilizar son; trabajo de investigación, lobby, medios de comunicación, movilización ciudadana y alianzas,”* concepto visto en clase el 03/05/17_ Módulo IX. Campañas e Incidencias
- ✓ *Fernández, Mercedes. “La Comunidad senegalesa en España representa el 1%/6M de migrantes del país,”* concepto visto en clase el 06/04/17_ Módulo XI. Codesarrollo y Migraciones Internacionales
- ✓ *Gómez, Pedro José. “Vida digna es aquella que permite dar a una persona; seguridad de salud básica, alojamiento, agua potable alimento suficiente y acceso a la educación mínima,”* concepto visto en clase el 19/12/16_ Módulo IV. Políticas y Sistemas de Cooperación Internacional
- ✓ *Iglesias, Juan. “Las Remesas”,* concepto visto en clase el 08/04/17_ Módulo XI. Codesarrollo y Migraciones Internacionales
- ✓ *Kabunda, Mbuyi. “Camítica, proviene de Cam, hijo de Noé, cuyos descendientes son los esclavos, procedentes de los pueblos de diferentes etnias, Haussas, Bantús, Nilóticos, Peuls y Mandigas, estos últimos, como los Senegaleses (hombres fuertes y altos),”* concepto visto en clase de Mbuyi Kabunda el 29/11/16_ Módulo II. Aspectos Sociológicos, Antropológicos y Políticos de Desarrollo
- ✓ *Kabunda, Mbuyi. “Densidad promedia 40 habitantes/km², encontrando extremos como 300 habitantes/km² alrededor de los grandes lagos, o 2 habitantes/km² en la zona del desierto de Namibia,”* concepto visto en clase el 29/11/16_ Módulo II. Aspectos Sociológicos, Antropológicos y Políticos de Desarrollo
- ✓ *Kabunda, Mbuyi. “El animismo, del latín ánima, alma, concepto que engloba diversas creencias en las que tanto objetos, como cualquier elemento del mundo natural; montañas, ríos, el cielo, la tierra, determinados lugares característicos, rocas, plantas, animales, árboles, etc.. están dotados de alma o consciencia propia,”* concepto visto en clase el 30/11/2016_ Módulo II. Aspectos Sociológicos, Antológicos y Políticos de Desarrollo

- ✓ Núñez, Jesús. *“En el año 2015, la brecha de la desigualdad en el mundo, motor de conflictos violentos, ha sido la mayor de todos los tiempos, siendo el principal objetivo de las Relaciones Internacionales, reducirla o eliminarla,”* concepto visto en clase de Jesús Núñez el 15/11/16_Módulo III. Relaciones Internacionales
- ✓ Sánchez Terán, Gonzalo. *“Nos encontramos en la búsqueda del nuevo modelo de Campo de Refugiados, ya que el existente, tiene carencias,”* concepto visto en clase el 24/04/17_Módulo XII. Derecho Internacional de Refugiados
- ✓ Sanz, Jesús. *“La Antropología del Desarrollo como herramienta de conocimiento de una sociedad utilizando la metodología de la etnografía, para sacar conclusiones de un grupo de personas mediante la participación directa del investigador,”* concepto adquiridos en las clases del 16-17/11/16_ Módulo II. Aspectos Sociológicos, Antropológicos y Políticos de Desarrollo
- ✓ Serrano, Jorge. *“El IDH es una medición elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), basado en tres parámetros; vida larga y saludable, educación y nivel de vida digna,”* concepto visto en clase el 10/11/16_Módulo II. Aspectos Sociológicos, Antropológicos y Políticos del Desarrollo
- ✓ Surja, Pedro. *“Evaluación es la verificación del proyecto inicial proyectado con lo que realmente se ha ejecutado, basado en un diagnostico objetivo, con unos criterios establecidos para poder medir la pertinencia, eficacia, eficiencia, el impacto y la sostenibilidad del mismo,”* concepto visto en clase el 01/02/17_Módulo VI. Diseño, Seguimiento y Evaluación de Proyectos de Cooperación al Desarrollo
- ✓ Surja, Pedro. *“Número de Beneficiarios de la comunidad afectada,”* concepto visto en clase el 02/02/17_Módulo VI. Diseño, Seguimiento y Evaluación de Proyectos de Cooperación al Desarrollo
- ✓ Torres, Íñigo. *“En la región del Sahel, la pobreza es extrema; el cambio climático, las crisis alimentarias y nutricionales recurrentes, la explosión demográfica, los conflictos armados y la violencia entre comunidades pastoriles y agrícolas, convergen peligrosamente y comprometen la vida y el desarrollo de millones de personas, siendo desde hace años, el principal teatro de*

operaciones humanitarias del mundo,” concepto visto en clase el 29/03/17_Módulo X. Ayuda Humanitaria

- ✓ *Urgoiti, Ana. “Ciclo de un Proyecto,”* concepto visto en clase el 23/01/17_Módulo VI. Diseño, Seguimiento y Evaluación de proyectos en Cooperación al Desarrollo
- ✓ *Uriarte, Nacho. “Buscando lograr cambios a través de estrategias trabajando el impacto político,”* concepto visto en clase el 11/05/17_Módulo IX. Campañas e Incidencias
- ✓ *Vera, Chema. “El objetivo de las Campañas es generar a través de una estrategia, cambios sostenibles en ideas, valores y prácticas que afectan a la población empobrecida,”* concepto visto en clase el 04/05/17_ Módulo IX. Campañas e Incidencias

3. Libros, Capítulos en libros y Cuadernos

- ✓ Amnistía Internacional. (1998). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación*, p- 21. EDAI, Madrid, España. Disponible en: <http://amnistiainternacional.org/publicaciones/12-refugiados-los-derechos-humanos-no-tienen-fronteras.html>
- ✓ De Dieu Madangi, Jean. (2016). *Muletas para un Perplejo (Mística y Universo simbólico Africano)*. Punto Rojo Libros 2016. Madrid, España
- ✓ Fundación Sur (2013). *Medicamentos que curan o matan en África*. Cuadernos (XXVII), nº1, p-17. Madrid, España
- ✓ Index de Enfermería (2012). *Hierbas Medicinales en el hospital*, 21 (4), p-201. Fundación Index ISSN:1132-1296. Granada, España
- ✓ Miampika, Landry-Wilfrid. (2013). *La palabra y la Memoria: Guinea Ecuatorial 25 años después (ensayo, poesía, relatos, teatro)*. *Verbum*, 2013. Ondo’O Ayekaba, Mitoha. *Como agua de lágrima para las flores*, p.142-157. Madrid, España
- ✓ Saint-Exupéry, Antoine. (1943). *Le Petit Prince*. Gallimard Jeunesse 2007, p-30. Luçon, Francia

- ✓ Volpato, Gabriele. *Plantas Medicinales Saharaui*. ONLUS África 70. Monza, Italia. Disponible en: <http://www.africa70.org/>

4. Artículos Periodísticos, en Revistas y Reseñas

- ✓ Europa_Press. (Febrero 2017). *La ONU advierte de que el mayor reto para el Sahel es su rápido crecimiento demográfico*. Expansión. Madrid, España. Disponible en: http://www.expansion.com/agencia/europa_press/2017/02/26/20170226092742.html
- ✓ Kabunda, Mbuyi. (Agosto 2016). *África: Crecimiento sin desarrollo*. Voces en el Fenix n° 57, p-36: África Mía, Diamante de Sangre, Córdoba, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.vocesenelfenix.com/content/%C3%A1frica-crecimiento-sin-desarrollo>
- ✓ Kemei, Kipchumba. (Octubre 2008). *Donde dar a luz puede ser tan barato como comprar una cabra*. The Standard, Kenia. Disponible en: <http://www.africafundacion.org/spip.php/pagina/spip.php?article2015#.WIIQTuAJEc0.email>
- ✓ Lobo, Ramón. (2013). Entrevista a Chema Caballero: *No interesa que África cambie, interesa que la podamos seguir manejando*". Jot Down Cultural Magazine. España. Disponible en: <http://www.jotdown.es/2013/01/chema-caballero-no-interesa-que-africa-cambie-interesa-que-la-podamos-seguir-manejando/>
- ✓ Molina, Antonio. (Abril 2015). *Nacer en África*. Bitácora Africana. Fundación Sur. Disponible en: http://www.africafundacion.org/spip.php?article20388#.WIIOTV0IN_g.email
- ✓ Samb, Babacar (Enero 2010). "Estado laico y sufismo en Senegal". Revista Nova Africa, n° 26. Centre d'estudis Africans. Dakar, Senegal. Disponible en: http://www.novafrica.net/documentos/archivo_NA26/01NA26.Samb7-22.pdf
- ✓ Sánchez, Mercedes. (Enero 2016). *Casas de maternidad en Namibia para proteger a los recién nacidos y a sus madres*. Organización Mundial de la salud

(OMS). Crónicas y reportajes. Fundación Sur. España. Disponible en: <http://www.africafundacion.org/spip.php?article23004#.WIIJwR6J9hU.email>

- ✓ Sebgo, Pascaline.(2002). *La salud de las mujeres en África en el siglo XXI: problemas y retos*. Matronas Profesión 2002, (10), p 4-9. Ouagadoudou, Brurkna Faso. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/423/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/d>

5. Monografías, Tesis, Estudios e Investigaciones

- ✓ Alford, Sylvia;Taylor Rachel; Touré, Lalla; Wane, Defa; (Abril 2012). *Sante Maternelle et Neonatale au Senegal: Succès et Défis*. USAID du People Americain. *Maternal and Child Health Integrated Program* (MCHIP). Disponible en:http://www.mchip.net/sites/default/files/Senegal%20case%20study_French.pdf
- ✓ Arquitectura sin Fronteras (ASF). (2013). *Estudio de la ciudad de Joal Fadoiuth*. Disponible en: <https://asfsenegal.blogspot.com.es/2017/>

6. Webgrafía y documentos multimedia

- ✓ Amref Salud África. *África necesita a sus Mujeres y las madres necesitan Matronas*. Disponible en: <https://www.amref.es/news/africa-necesita-a-sus-madres/>
- ✓ Amref Salud África. *Proyecto de Formación de Matronas*. Disponible en: <http://amref.fr/standupforafricanmothers/>
- ✓ Ba, Mamadou “Campos”. (2011). *Guía de Senegal. Etnias de Senegal*. Disponible en: <http://www.guiadesenegal.com/es/kasumay/las-etnias-de-senegal>
- ✓ Latribu09. (2010). *En tribu. Crianza en otras Culturas. Senegal*. Disponible en: <https://entribu.wordpress.com/2010/05/11/crianza-en-otras-culturas-senegal/>
- ✓ MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. *Sepsis Neonatal: Infección de la sangre que ocurre en un bebé de menos de 90 días de edad*. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007303.htm>



7. Legislación, Organismos Oficiales y Agencias de Cooperación

- ✓ *Agence National de la Statistique et de la Démographie du Sénégal (ANSD),*
<http://www.ansd.sn>
- ✓ *Agencia española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, AECID Senegal:*<https://aecid-senegal.sn/wp-content/uploads/2016/08/Presentacion-Cooperacion-Espanola-E28093-octubre-2015-Quienes-somos-1.pdf>
- ✓ *Cooperación Española:* <http://www.cooperacionespanola.es/>
Cooperación Española en Senegal
<http://www.cooperacionespanola.es/es/senegal>
- ✓ *Dipublico Org. Derecho Internacional: Acta General de la Conferencia de Berlín (26 de Febrero de 1985).* <http://www.dipublico.org/3666/acta-general-de-la-conferencia-de-berlin-26-de-febrero-de-1885/>
- ✓ *El Banco Mundial de Desarrollo:*
<http://donnees.banquemondiale.org/pays/senegal>
<http://datos.bancomundial.org/pais/senegal>
- ✓ *Enquête Démographique et de Santé Continue 2015 (EDS-Continue 2015):*
<http://www.ansd.sn/ressources/rapports/EDS%20CONTINUE%202015%20RAPPORT%20PRELIMINAIRE-1.pdf>
- ✓ *Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME):*
<http://www.federacion-matronas.org>
Declaración sobre las competencias profesionales de las Matronas
<http://www.federacion-matronas.org/documentos>
- ✓ *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF:*
https://old.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/emi_2014_0.pdf
Unicef Senegal
<https://www.unicef.org/infobycountry/senegal.html>
- ✓ *Índice de Desarrollo Humano de Senegal:*
<http://hdr.undp.org/es/data>

- ✓ *La Cartografía de Senegal:*
<http://www.cartographie.ird.fr/SenegalFIG/>
- ✓ *La Iniciativa Bajenu Gox:*
International Development Research Centre IDRC
<https://www.idrc.ca/fr/project/bajenu-gox-une-approche-communautaire-pour-la-sante-des-meres-et-des-enfants-du-senegal>
Save de Childreen Senegal
<https://senegal.savethechildren.net/news/formation-de-300-bajenu-gox-et-de-116-maejt-sur-la-pr%C3%A9vention-de-la-mve>

Organisation Ouest Africaine de la Santé
<http://www.wahooas.org/spip.php?article1566>
- ✓ *Ministère de la Santé y de l'Action Sociale du Senegal (MSAS)*
<http://www.sante.gouv.sn/>
Acciones del MSAS:
<http://www.sante.gouv.sn/lire-base-documentaire.php>
Formación para la sanidad de la mujer:
<http://www.sante.gouv.sn/document/1432206172.pdf>
Medicina Tradicional:
<http://www.sante.gouv.sn/document/1432206036.pdf>
Iniciativas para enfermedades de transmisión:
<http://www.sante.gouv.sn/document/1432206122.pdf>
- ✓ *Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC):*
<http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/Paginas/inicio.aspx>
<http://www.federacion-matronas.org/documentos>
- ✓ *Ministerio de la Organización Administrativa de Senegal, Ministerio del Interior,* <http://www.interieur.gouv.sn/>
- ✓ *Organización de las Naciones Unidas (ONU):*

Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM:

<http://www.un.org/es/millenniumgoals/>

<http://www.un.org/es/millenniumgoals/childhealth.shtml>

<http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>

<http://www.un.org/es/mdg/summit2010/>

http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

Objetivos de Desarrollo Sostenible, ODS:

<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Proyectos de la ONU sobre Sanidad

<https://esa.un.org/techcoop/spanish/proyectos.asp>

<http://www.un.org/spanish/africa/osaa/intlsupport.html>

<http://www.un.org/en/africa/osaa/peace/women.shtml>

<http://www.un.org/es/un60/60ways/health.shtml>

✓ Organización Mundial de la Salud (OMS):

Datos Estadísticos Sanitarias Mundiales

<http://www.aho.afro.who.int/>

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?ua=1&ua=1&ua=1

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf

<http://www.aho.afro.who.int/sites/default/files/publications/5266/Atlas-2016-en.pdf>

La OMS y las plantas medicinales

<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2299s/>

<http://archives.who.int/tbs/trm/s2295s.pdf>

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es/>

Labores realizadas anteriormente en Senegal

http://www.who.int/features/2008/senegal_pregnancy/photo_story/es/index3.html

✓ Plan Strategique de la Santé de la Reproduction 2011-2015:

<http://www.unfpa.org/sites/default/files/admin->



[resource/Senegal%20Plan%20for%20maternal%20newborn%20and%20family%20planning%202010%20French.pdf](#)

- ✓ Programa de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, PDHNU:
<http://www.undp.org/es/>
- ✓ Service National Education et Information pour la Santé du Senegal (SNEIPS):
<https://www.senenews.com/tag/sneips>
http://www.cartographie.ird.fr/SenegalFIG/encadrement_sani.html



Selección de los entrevistados

Las personas entrevistadas fueron seleccionadas para obtener datos desde diferentes puntos de vista, al pertenecer a diversos campos de actuación.

La primera persona seleccionada, es una mujer joven de 27 años dedicada al mundo de la cooperación y que ha realizado un voluntariado en campo, en la crisis del Ébola en Sierra Leona, identificando la ayuda humanitaria en la sanidad en África, teniendo en cuenta, y tras la investigación realizada, que Sierra Leona es el país con peores estadísticas de mortalidad neo maternal en África, en las comparativas realizadas, los puntos fuertes y débiles de las ONGs en actuaciones de situaciones de emergencia en el riesgo de enfermedades de transmisión y sus comportamientos frente a la comunidad beneficiaria, esta entrevista fue realizada en noviembre del 2016 y también fue utilizada para el trabajo del Máster del Módulo II, Ensayo Escrito. La segunda persona seleccionada, es la responsable de comunicación, en Madrid, de la ONG Amref Salud África, también de 27 años, ha transmitido la labor realizada por su organización en el ámbito de la salud ginecológica y para la lucha de la mortalidad materna natal en África, así como la visión del papel fundamental de las Matronas, esta entrevista fue realizada en febrero del 2017. La tercera persona seleccionada es una mujer profesional de la salud y con un background político, que me transmitió las dificultades encontradas en la cooperación norte-sur, así como los problemas de la Salud existentes en África, esta entrevista tuvo lugar en febrero del 2017. La cuarta persona seleccionada, es una mujer especialista matrona con más de 20 años de experiencia en el cuidado de la salud materno natal en España con diferentes culturas, transmitiéndome el papel fundamental que tienen las parteras para las mujeres y sus hijos, la tradición y la cultura a tener en cuenta, entrevista realizada en mayo del 2017.

Todas las entrevistas han sido grabadas con el consentimiento de la persona entrevistada, y posteriormente transcritas.

Objetivo Principal

Analizar el sistema sanitario y la situación de la Salud Neo maternal en África, y en Senegal, así como las diferentes enfermedades de transmisión existentes, cómo funcionan las atenciones sanitarias, que tipos de infraestructuras existen, que mejoras son necesarias en cuanto a salud, cuáles son los riesgos o limitaciones más comunes y cuáles son las consideraciones a tener en cuenta.

Estructura de la Entrevista

1. *Nombre:*
2. *Profesión:*
3. *Nacionalidad:*
4. *Relación con el sector Sanitario:*

Q1: ¿Dónde has trabajado? ¿Cuál ha sido tu experiencia?

Q2: ¿La visión de las ONGs como cooperantes?

Q3: ¿Cómo es el funcionamiento de la Sanidad en África? ¿En Senegal?

Q4: ¿Cuáles son las limitaciones que se suelen encontrar en las infraestructuras sanitarias en África?

Q5: ¿Hay suficientes médicos especialistas africanos, locales?

Q6: ¿Cómo afecta las enfermedades de transmisión a la población?

Q7: ¿Que se puede mejorar en la sanidad de África?

Q8: ¿En que influye las diferentes etnias, culturas y costumbres en las prácticas de Sanidad?

Q9: ¿Cuál es la problemática de la mutilación genital para las mujeres?

Q10: ¿Cuál es el papel de las matronas en las comunidades?



1. *Alexia Ceccherini*
2. *Cooperante*
3. *Francesa*
4. *Voluntariado en misión de la Crisis del Ébola*

Q1: En sierra Leone dos veces, tres meses cada una, con ONGs francesas diferentes.

Q2: La flexibilidad en el manejo de las actividades no era todo lo operativo que debería en las ONGs en las que estuve, había momentos donde no había que asistir muchos pacientes y en lugar de ir a las zonas más afectadas, nos quedamos esperando, teóricamente por razones de seguridad. Se ha perdido tiempo y dinero mientras que hubiéramos podido ir al hospital del pueblo donde había mucha demanda y muy poca calidad.

NO había acuerdo entre el donante y el gobierno.

Por otro lado, la comunicación entre las ONG que cooperaban en la región era pésima, a veces no se coordinaban en los trabajos, en lugar de hacer un único protocolo para la IPC *Infection Prevention and Control*, cada una tenía el suyo propio... una pérdida de tiempo y desconocimiento de la enfermedad.

La gran debilidad de las ONGDs es la “la prostitución humanitaria” hay mucha dependencia del donante a nivel financiero, teniendo un impacto en la calidad de los proyectos y en el respeto de los beneficiarios, que no debería ser aceptado y que es contrario a los principios que gritamos tan fuerte como la dependencia de hecho.

Q3: Por lo general la capacidad de reacción en cuanto a asistencia sanitaria en África, ha sido muy deficiente, hay grandes carencias y mal funcionamiento, y en ciertos países como Sierra Leone, apenas existentes.

Q4: Entre las limitaciones encontradas; la debilidad y la corrupción del gobierno no facilitaron la labor de autonomía en el proyecto en cuanto a la transacción del mismo. A veces una inyección enorme económica (460 millones

de libras) en situaciones de emergencias son inmanejables por los gobiernos, que se encuentran sin la capacidad para hacerlo, por lo que sería necesario la correcta formación del gobierno para que pueda llevar a cabo esa labor, pero no se hace...

También el hecho de que son pueblos acostumbrados a la medicina natural, fue un problema enorme al principio de la crisis ya que la gente no iba al hospital y los médicos tradicionales fueron acusados de tener un papel en la divagación del virus. El gobierno les prohibió practicarlo. Para las mujeres embarazadas también hay una costumbre local que hace que las mujeres no vayan al hospital para dar la luz, pero porque tampoco tienen acceso a todo eso, están perdidas en el medio de la nada ni saben lo que es un coche.

Q5: Se criticó mucho el OMS por su falta de rapidez y también de eficacia. También hay que apuntar que hubo muchos doctores internacionales, africanos incluidos, que participaron en la inyección de ayuda, porque por lo menos Sierra Leone tiene un nivel de salud pública desastroso. Tal vez hay 3 médicos calificados en el país...sin exagerar... Pero, la mayoría de los trabajadores de la crisis fueron nacionales. Hay una gran cantidad de personas que se capacitaron y al cerrar los proyectos la gran pregunta era:

¿Va a ser el gobierno capaz y honesto para trabajar con esta gente capacitada? o ¿cada ministro va a poner su primo que no tuvo experiencia?!

Q6: El virus del Ébola es un claro ejemplo de la problemática de las enfermedades de transmisión, con un impacto mortal muy alto en las comunidades.

Q7: Por supuesto, la situación tan pobre de un país es una de las razones principales de que no haya una buena respuesta frente a este tipo de situaciones de emergencia, no se puede responder a la crisis Ébola en pueblos donde no hay agua, donde no hay baños. La falta de higiene, de agua, de condiciones de vida sanas son las razones principales de la contaminación de lo que sucedió, así como la causa de muchas muertes neo maternas. Es básico, pero es una verdad que no se puede evitar y eso es un trabajo a largo plazo para poder mejorar la

sanidad en África. En cuanto a las mujeres embarazadas pues forman parte de las personas más vulnerables, con un riesgo muy alto de contaminar al bebé, aunque asombrosamente, hubo excepciones de unos bebés que salieron sanos... Hay que saber que la salud infantil y materna en Sierra Leone es muy deficiente, tiene un nivel igual a una situación de crisis humanitaria pero a un nivel cotidiano. Así que te dejo imaginar los impactos del virus.

Desde mi punto de vista habría que mejorar:

- i) un papel más políticamente independiente y eficaz por parte del OMS; ii) una reacción más rápida de la comunidad internacional; iii) más personas empleadas para PENSAR la respuesta y poder anticipar lo posible a lo largo de la respuesta. Claro el contexto es muy particular, la enfermedad no se conocía bien, el objetivo era de parar la contaminación pero, como muy a menudo en las emergencias humanitarias, nos vamos como locos sin pensar bastante antes así que al final se pierde por ejemplo en durabilidad; iv) incluir más el gobierno desde el principio, eso siempre se habla y nunca se hace bastante. Es un debate por supuesto porque por un lado quiere decir invertir tiempo, tal vez tener más víctimas por falta de eficacia inmediata...pero al final son ellos que tienen que ser capacitados para la próxima crisis; v) más interacción entre los actores para uniformizar la respuesta; vi) pensar en estructuras durables; vii) establecer un *approach* más humana y adaptada a la cultura, a las personas, etc.; viii) invertir tanto dinero de repente en un país tan pobre siempre es muy delicado... rápidamente se ve corrupción y comportamientos raros...eso también tiene que formar parte de la respuesta.

Q8: Precisamente por las prácticas y diferentes costumbres y tradiciones, el contagio del virus del Ébola, fue mucho más rápido. Lo que se puede notar que éste, estaba inherente en el aspecto humano, social, y cultural, y no fue lo bastante incluido en los métodos de acción de la ayuda. La gente tenía miedo y sabíamos por qué, lo difícil fue adaptar la respuesta a la reacción comunitaria.

Q9: Este punto no lo viví de cerca en mi experiencia, pero entra dentro de las costumbres de algunas comunidades y que a través de sus prácticas por las matronas de las comunidades, se corre el riesgo del contagio.

Q10: Dado a la pobreza de las comunidades de la región, y la inaccesibilidad a centros sanitarios adecuados, las matronas son, la mayoría de las veces, la única opción de las mujeres.

Entrevista 2

1. *Raquel Martín*
2. *Comunicación*
3. *Española*
4. *Trabajadora en Amref Salud África*

Q1: Trabajamos fundamentalmente en la región de África Subsahariana; Senegal, Kenia, Etiopía, Tanzania, Sudán del Sur, y otros proyectos desde 1957, nuestro ámbito de cooperación es en; ayuda humanitaria en la crisis del Ébola, cooperación sanitaria y en salud ginecológica, mutilación genital femenina y enfermedades de transmisión en de manera general en África, así como el fortalecimiento de las infraestructuras de salud ginecológica y uno de los proyectos más importantes es el de formación de matronas en África “*Stand up for African Mothers.*”

Actualmente en Senegal, trabajamos en un proyecto de salud y nutrición y SR en las escuelas entre los adolescentes.

Q2: Amref como ONG, trabaja empoderando a las comunidades locales, formando a los talentos jóvenes en el ámbito sanitario, darles las herramientas para que sean autosuficientes, trabajando con una socia local.

Q3: En general, las infraestructuras son muy deficientes.

Q4: Difícil accesos en carreteras y trayectos muy largos, y la peligrosidad a partir de las 6 de la noche en ciertas zonas, al existir poca iluminación en los caminos.

Q5: No, por eso se está trabajando en la formación de sanitarios y de matronas africanas.



Q6: Hay desinformación y a veces por la cultura o costumbres, no facilita la prevención de ello.

Q7: Mejoras de infraestructuras, SR, formación y empoderar a las mujeres y aprovechar el talento joven que tiene África para ensalzarlo.

Q8: Cada etnia tiene sus costumbres y hay que respetarlos.

Q9: Por sus propios rituales y costumbres, hay un desconocimiento y desinformación sobre el tema, hay que intentar entenderlos, escucharles, y darles alternativas para que puedan arraigar esta “*solución*”.

Q10: Es fundamental, por ello tenemos un proyecto de formación de matronas en África, para garantizar la higiene, y el cuidado de la mujer en el parto y para que en caso de que las mujeres no quieran ir al hospital tener el mejor apoyo posible, además de ayudar a mejorar la nutrición infantil de menores de 5 años.

Entrevista 3

1. *Catalina Mikúe*
2. *Auxiliar enfermería y Concejala de Cooperación Internacional en el Ayto. de Getafe 2003-2007*
3. *Guineana (Guinea Ecuatorial)*
4. *Trabajadora sanitaria*

Q1: Como concejala, he colaborando sobre todo en la cooperación al Sahara.

Como auxiliar sanitaria, en el cuidado de personas mayores en España, y mi desarrollo personal de los primeros años de mi vida en Guinea Ecuatorial y Gabón.

Q2: La cooperación española le da más bombo a los presupuesto que a la ayuda que realmente presta, y además no llega todo el dinero a su destino. España no está todavía a la altura.

“La mejor manera de contar lo que ocurre en África, es que una persona africana que lo ha vivido de primera mano, lo cuente... no una persona blanca que lo cuente en tercera persona... se pierde la esencia.”



Q3: Hay mucha desigualdad dependiendo de las regiones de África, hay seguridad social sanitaria en algunas zonas, pero otras no funcionan como deberían. Otras regiones tienen los hospitales abandonados, donde son los propios médicos trabajadores los que tratan de mantenerlo y en otras ocasiones hay hospitales que son privados y totalmente inaccesibles para la población empobrecida mayoritaria.

Q4: Hay escasez de infraestructura, hay mujeres que durante el embarazo no van al médico ni le hacen su seguimiento, por no poder acceder al centro médico más cercano, ya que tendrían que hacer grandes trayectos hasta llegar a ellos. Por la falta de medios, a veces ocurre que los médicos son extranjeros, chinos, iraquíes, etc., y a la hora de comunicarse con el paciente, es totalmente inoperativo, ya que los gobiernos no han reglado que el personal médico tengan que hablar el mismo idioma.

Q5: No hay suficientes personal cualificado, a veces son de otros países, pero esto también se puede convertir en un inconveniente.

Q6: Hay que informar más a las comunidades para que puedan mejorar en las enfermedades de transmisión, todavía queda por hacer mucho trabajo en África respecto a esto.

Q7: Los propios gobiernos de los países africanos deberían preocuparse más por sus centros hospitalarios y la prestación sanitaria de sus comunidades, y en la mayoría de los casos no lo hacen.

Q8: Hay que respetar sus rituales y la utilización de las plantas medicinales en sus costumbres sanitarias que los curanderos, hechiceros y matronas suelen utilizar para poder curar.

Q9: Es muy interesante la negociación, hay que hacerles entender cuáles son las consecuencias, no podemos hacer las cosas como Europa... invadiendo el espacio de las personas.

Q10: Hacen milagros, hacen un parto difícil en algo fácil con sus manos, con pocas herramientas, sus plantas, y sus rituales. Habría que aprender de ellas y si ellas pudieran aprender de nosotros, con las técnicas actuales, podrían hacer todavía mucho más en sus comunidades.

1. *Anabel Carbantes*
2. *Matrona*
3. *Española*
4. *Trabajadora especialista en atención preparto/parto/postparto*

Q1: España, desde 1984, en diferentes hospitales y partos domiciliarios como comadrona, derecho de la mujer donde puede elegir donde cómo y con quien pueden dar a luz, asesorando y acompañando a las mujeres, sus hijos y sus maridos futuros padres. Tanto con mujeres europeas como mujeres marroquíes.

Q2: A veces cuando una organización va a ayudar a centros de sanidad en algunas comunidades, las mujeres en el parto se pueden sentir “violadas”, porque no están acostumbradas a parir con las piernas abiertas atadas y subidas en el potro donde el médico la ve y la manipula... esto es muy agresivo para ellas. A veces ciertas organizaciones les daban dinero a las mujeres para que parieran en esos centros... en cierto modo se les han manipulado. No escuchan a las mujeres que van a dar a luz. Yo voy a hacer lo mejor para ti.. pero sin contar contigo. Paternalismo.

Q3: No conozco muy bien como es el funcionamiento de la sanidad en África, pero por los congresos y conferencias que he asistido, siempre nos han mostrado las carencias existentes en el país.

Q4: La comunicación verbal y sus costumbres Hay ciertas costumbres que impiden que las mujeres se desnuden para dar a luz, no hacía falta hablar, solo las escuchaba y las miraba y todo fluía,

Q5: Entiendo que no, y que tendríamos que tratar de formar a matronas, pero también aprender de las mujeres de esas comunidades que lo necesitan. Deberíamos dejarnos educar por ellas.

Q6: Estuve trabajando en el 1984-87, en una zona de ventas de drogas, y las mujeres eran heroinómanas, tenían sida, etc... el parto era duro... pero no se enteraban y los bebés se los llevaban la protectora social.

Tuve la experiencia de que una mujer murió en el parto por un contagio del bebe de varicela, y no fue fácil.

Q7: Los profesionales sanitarios tienen que establecer lazos con las comunidades indígenas y que están de la mano de las parteras para colaborar con ellas.

La mejora pasa por habilidades de comunicación, es muy importante la escucha y el entendimiento con la mujer embarazada y su entorno, estamos tratando con personas.. y nos olvidamos de ello.

Q8: Hay ciertas costumbres que impiden que las mujeres se desnuden para dar a luz, no hacía falta hablar, solo las escuchaba y las miraba y todo fluía, Cada familia es un mundo, se aprende cada día a mejorar la tolerancia, incluso entre las diferentes poblaciones españolas hay grandes diferencias, la manera de relacionarse, es el idioma no verbal de costumbres el que hay que saber. Cuando la mujer que no habla tu idioma

Tenemos que adaptarnos a las costumbres de sus casas. Hay que vivir la sociedad, por ejemplo, si no comen carne en sus costumbres, y la mujer embarazada tiene que comer carne, tienes que saber buscar de donde pueden tomar las proteínas necesarias.

Las plantas medicinales es la base de la farmacología, son muy importantes y suelo utilizarlas en todos los procesos de los embarazos de mis pacientes, sobre todo en el postparto para hacer cataplasmas de plantas con base de arcillas.

Q9: Trabajé con mujeres en Fuerteventura con mujeres que venían en pateras y hubo tres mujeres que tenían practicada la mutilación genital, sin saber en qué condiciones venían... ellas no tenían miradas... no sabía cómo poder escucharlas .. a veces la única solución es la cesárea.

Si en la *Ablación*, solo le han quitado el glande, si podrían parir, aunque con dificultad física, aunque con consecuencias. En Ablaciones completas, si quitan además del glande, los labios y demás, la vagina no se puede abrir, por lo que es imposible tener un parto natural.

Obviamente, las consecuencias psicológicas en estas mujeres son brutales. Probablemente, con una buena cirugía, podría ser reversible.

Las ablaciones las hacen las propias comadronas con cuchillas, con el consentimiento de la madre, y el jefe de la comunidad, por lo que para llegar a cambiar estas costumbres habría que llegar a ellos. O al menos tratar que lo haga un especialista en un centro con condiciones higiénicas adecuadas, para evitar contagios y otras enfermedades.

Q10: Sabemos y conocemos a fondo las estructuras familiares, sus costumbres y sus rituales. A nivel europeo, las comadronas están capacitadas para la educación, asistencia y el acompañamiento de una mujer en toda su vida desde que nacen hasta que mueren, información de SR, cuidado en las transmisiones de las enfermedades sexuales, y advertir y aconsejar en el caso de que tengan que asistir a un centro especializado.

“El parto es tuyo, tú lo estas sintiendo, nuestra función es observar que el parto evoluciona adecuadamente y que el bebé y la madre están bien, tenemos que facilitar lo que las mujer necesitan en el parto”

ANEXOS

ANEXO. PLANTAS MEDICINALES

NOMBRE DE LA PLANTA MEDICINAL	LOCALIZACIÓN	PERÍODO USADO	MODO DE USO MÁS COMÚN	PROPIEDADES Y EFECTOS DE LA PLANTA MEDICINAL
ACACIA EHRENBERGIANA <i>Tamat</i>	Abundante en el Sahara meridional y oriental. Raramente en el Sahara occidental	Durante la gestación	Las hojas <i>Lurag tamat</i> , secadas y trituradas, hervidas con leche de cabra. En ayunas durante tres días seguidos	En caso de amenaza de aborto
ACACIA SENEGAL <i>Aureur</i>	Áreas pre-desérticas de Mauritania y Mali	En cualquier momento	Los frutos <i>Sallaha</i> , se machacan y luego toman agua y azúcar	En caso de anemia y problemas digestivos Remedios mágicos y rituales para espantar los malos espíritus
ACACIA TORTILIS <i>Talha</i>	Abundante en el Sahara occidental, en el valle del Sahara central y meridional	Durante la gestación	La resina <i>Elk</i> , triturado y hervido junto con hemera <i>hematitis roja</i> , rayada tomada tres veces	En caso de hemorragia con amenaza de aborto
ADANSONIA DIGITATA <i>Teidoun, Taquiat teidoun</i> <i>El Baobab</i>	Abundante en toda África hasta las regiones áridas del Sahel del norte	A los niños en su periodo de la lactancia	Mezclando la masa del fruto, secada y molida <i>Tashmaht</i> , con agua, azúcar y otros, el <i>Elk hervido</i>	En caso de diarrea
AMMODAUCUS LEUCOTRICHUS <i>Kamunat rag</i>	Común en todo el Sahara, sobretodo en el Sahara occidental, en el litoral oceánico y en el interior en los ríos secos y en las depresiones de la Hamada	A los niños en su periodo de la lactancia	Las semillas hervidas en un vaso de agua	En caso de diarrea

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



NOMBRE DE LA PLANTA MEDICINAL	LOCALIZACIÓN	PERÍODO USADO	MODO DE USO MÁS COMÚN	PROPIEDADES Y EFECTOS DE LA PLANTA MEDICINAL
ANASTATICA HIEROCHUNTICA <i>Kamsha</i>	Común en todo el Sahara, más abundante en la parte oriental, con preferencia en depresiones arcillo-arenosas	En el momento del parto	Decocción de las partes aéreas verdes de la planta	Para inducir las contracciones en el momento de dar a luz

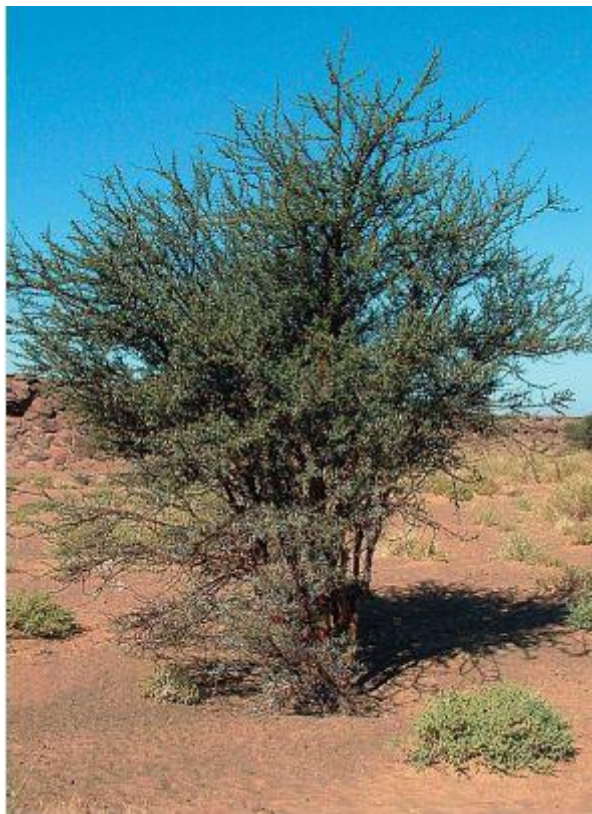
Además de estas especies específicas de plantas medicinales de África del Sahara o del Sahel, encontramos una gran diversidad de plantas, comunes en nuestro Europa como la *Manzanilla*, *el Brevo*, *Apio* y *la Ruda*, para acelerar el parto; *Hinojo* y *Anís*, para bajar o subir la leche; *Hierbabuena* para las náuseas; *Caléndula* para cicatrizar la cesárea; *Té verde* para cicatrizar pezones y aréola. La cultura de la gestante incluye prácticas empíricas para el cuidado de su salud, como infusiones, cataplasmas, baños, cremas, etc. Las mujeres usan las hierbas medicinales por recomendaciones o bien de las abuelas, de las matronas, de los curanderos, de las hechiceras, etc.⁶²

La Organización Mundial de la Salud OMS, reconoce la medicina con hierbas e invita a los países, a crear políticas sobre seguridad, eficacia, calidad, acceso y el uso racional de las mismas.⁶³

⁶² Datos obtenidos a través de la Entrevista a Anabel, Matrona especialista el 04/05/17

⁶³ Estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (2002). Disponible: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2299s/>
 Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Medicina tradicional-Necesidades crecientes y potencial.Nº2 (Mayo 2002). Disponible: <http://archives.who.int/tbs/trm/s2295s.pdf>
 Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales. Ginebra: Organización Mundial de la salud (2004).Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es/>
 (Consultado el 21/05/17)





Acacia Tortilis (Hayne Leguminosae)

Tamat



Acacia Ehrenbergiana (Hayne Leguminosae)

Aureur

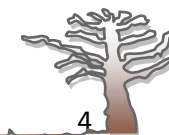


Acacia Senegal (Willd Leguminosae)

Talha



Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



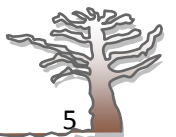


Adonsonia Digitata (Bombacaceae), *Baobab*



Ammodaucus Leucotrichus (Apiaceae), *Kamunat rag*

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia





Anastatica Hieracuntica (Brassicaceae)

Kamsha

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia





Foto Consolación Castro, sept. 2012

Curandera del poblado preparando su sesión con la utilización de plantas medicinales

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



Para realizar una buena identificación de las condiciones existentes en una comunidad, en éste caso en Senegal, objeto de estudio, previo a la formulación del *Proyecto de Construcción de una Maternidad Tipo*, es importante realizar un estudio detallado del *hábitat*, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones para que sea sostenible:

1. **La comunidad y la integración en su medio ambiente;** dónde se tendrá en cuenta su ubicación, fronteras, si está rodeada de mar o manglares que pueden condicionar la solución adoptada. Así como las estaciones de lluvias que pueden provocar grandes inundaciones rápidamente. Tipo de vegetación existente, y las características de los asentamiento humano por barrios.
2. **La topografía de la Comunidad;** así como de la extensión de los barrios.
3. **Identificación de los Riesgos;** Inundaciones, Erosión Costera, Desertificación; Degradación del suelo, Salinización de los suelos, Ciclones, y terremotos.
4. **Vegetación y Medio Ambiente;** degradación vegetal, protección de especies y los tipos de suelos.
5. **Animales, su hábitat y sus enfermedades;** silvestres, de tiro para la agricultura, de abasto, de carga, y domésticos.
6. **Agricultura, ganadería y Pesca;** debilidades, epidemias y riesgos de transmisión de enfermedades, y fortalezas, mejora de la economía.
7. **Desarrollo Histórico de la Comunidad, las diferentes etnias y sus tradiciones.**
8. **Estudio del urbanismo;** viario: vías asfaltadas, vías de laterita, vías de tierra y vías de conchas. Infraestructuras existentes de las redes de transporte y comunicaciones; transporte interno e interurbano de la comunidad, precios y accesibilidad a los mismos.
9. **Infraestructuras Sanitarias existentes en la comunidad y sus alrededores.**
10. **Estudio de las redes de distribución principales;** red eléctrica, red de agua potable, saneamiento de la región.



11. Estudio de los sistemas de construcción y materiales locales utilizados; canteras y tipologías de tierras de la región. Posibles patologías (incluidos en Anexos de Materiales de Construcción).

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



ANEXO. MATERIALES Y SISTEMAS CONSTRUCTIVOS

Entre la *tipología de suelos* más común, encontramos la *Laterita*, propia regiones cálidas, son tierras altamente expuestas a la intemperie y caracterizadas por ser pobres en sílice, pero ricas y variables en óxido de hierro, aluminio, cuarzo y otros minerales. Abundantes en los trópicos y sub-trópicos, aparecen bajo grandes praderas o en claros de bosques en regiones lluviosas. Los colores pueden variar desde ocre hasta rojo, dependiendo de la concentración de óxido de hierro. Mientras más oscura sea la laterita, más dura, pesada y resistente a la humedad.

Se calcula que la superficie de suelos lateríticos cubre aproximadamente un tercio de la superficie terrestre continental, siendo muy abundante en Senegal. Una de las principales canteras es la de Sindia, situada a las afueras de Dakar, en la región de Thiés.

La laterita es una de las tipologías de tierras más utilizada en la construcción, en la elaboración de materiales como el ladrillo, en cimentaciones y en carreteras: *couche de base* + 2% de cemento y *couche de fondation* con el 95% compacidad.

En la estación seca, la laterita pierde todo su contenido en agua, haciendo que sus componentes de aluminio-ferruginosos se conviertan en una costra dura y espesa, cualidad óptima para la construcción de carreteras y cimentaciones, donde la impermeabilidad del material es fundamental. La laterita presenta deficiencias en el nivel de plasticidad en la capacidad portante, por lo que se necesita una estabilización química realizada la mayoría de las veces con cemento, pero hay que tener en cuenta

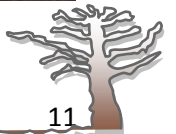


que el hecho de estabilizarla in situ, puede provocar deformaciones del material.

Senegal posee importantes reservas de piedras calcáreas, la más conocida es la *Reserva de Bandia*, también situada en la región de Thiès, y cuya situación geológica ha favorecido la instalación de numerosas unidades de explotación en la zona, sirviendo entre otros, a la fabricación de cemento Portland. Esta tipología de piedra machacada, también es un material muy apto como capa base de la construcción de las carreteras.



Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



Existen regiones en Senegal que utilizan las conchas procedentes del océano y de los manglares, para la fabricación de: cal, bloques, rellenos de tierras y drenajes.



Aplicaciones: En terminaciones como por ejemplo el coquillage



Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia

Las arenas y las gravas utilizadas para la construcción en Senegal, provienen de las dunas o en su defecto de la playa. Mientras que las gravas y gravillas provienen de la región de Thiès y de la península de Cabo Verde.

Los cementos senegaleses provienen de los alrededores de Rufisque y Kirene, aunque también se pueden encontrar cementos importados de Túnez o España.



Sococim Industries, Ciments du Sahel, Polysius AG, entre otras.

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



En los sistemas constructivos, cabe destacar el *bloque de adobe* y los *bloques de hormigón fabricados in situ*:



Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



En cuanto a las *Maderas* utilizadas en Senegal, se fabrican aproximadamente unas 80 td al año, procedentes de la región de Casamance, aunque la mayoría son importadas de países más al sur. Así podemos encontrar:



Frake para mobiliario resistente



Pino Blanco para encofrados



Pino Rojo para estructuras



Dibetu para muebles (de Republica del Congo y Costa de Marfil)

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



Otras Maderas utilizadas:



Samba



Bois Rouge-Sipo



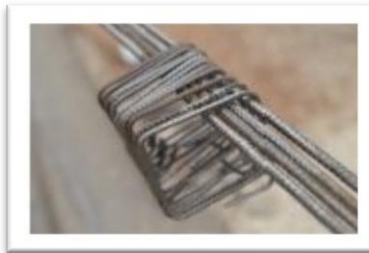
Bois Rouge-Makoré



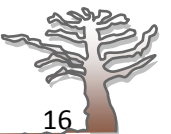
Bois Rouge-Akayú

Los contrachapados se fabrican con madera de *Frake* o *Lotofo*, y los espesores van desde 4mm hasta 15mm.

El Acero en barra *fer à beton*, y la mayoría de perfiles metálicos que se utilizan en Senegal son importados, la materia prima viene de Mauritania terminando su fabricación en Dakar. Existe no obstante, una producción local muy pequeña.



Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia





Perfil Rectangular



Perfil Cuadrado sólido



Perfil Angular



Perfil Cilíndrico



Perfil Bizarre



Pliet- Plancha 2x1m e=12, 15mm

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



En la tipología de *Muros y Cerramientos*, nos encontramos con; Mampostería de piedra, Bloques de cal y conchas, Bloques de hormigón, estampado y con concha, Ladrillo cocido, Troncos y cañizo y Chapa metálica.

En cuanto a las tipologías de *Cubiertas*, la mayoría están realizadas con chapa metálica, sujeta a una estructura de madera o elaborada por perfiles metálicos. Siendo la forma de la cubierta más habitual a dos y cuatro aguas, y plana si el nivel adquisitivo es óptimo. En algunas ocasiones también nos encontramos con cubiertas construidas con vegetales acompañadas de plásticos para su impermeabilización.

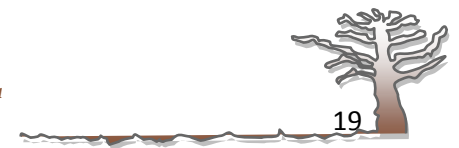


Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



El *Sistema Constructivo* más habitual, es el de estructura mixta de muros de fábrica de bloques y pilares y vigas de hormigón. Sobre una cimentación de zanja corrida se levanta un pequeño murete de dos hiladas de fábrica de bloques que aísla la construcción frente inundaciones. El espacio interior es rellenado y compactado sobre la que se vierte una solera armada o no. En esquinas, cambios de planos de fachada o en aquellos muros de mayor longitud éste se refuerza con pilares embutidos en la fábrica, de forma que en su ejecución solo es necesario el encofrado de las caras anterior y posterior. Sobre el muro se arma un zuncho perimetral hormigonado al mismo tiempo que la capa de comprensión del forjado de viguetas y bovedillas, que también suelen ser fabricadas in situ con los moldes correspondientes, como hemos visto anteriormente.

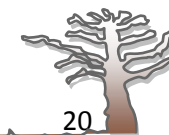
Este sistema es el sustituto del que se construía con material vegetal entretejido sobre estructura ligera de palos de madera, la técnica del Kiritín.





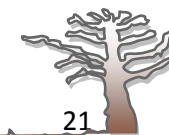
Ejemplos de Construcción de viviendas

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia





Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



En la resolución de vanos de puertas y ventanas, lo más común es encontrar ventanas de madera, de hoja ciega o/y de lamas para facilitar la ventilación. También existen las lamas metálicas de hoja abatible o fija, o bien chapa metálica, que son reutilizadas de restos empleados en cubiertas, son ciegas por lo que no se puede regular la entrada de luz ni de ventilación. A menudo se observa detalle de voladizos sobre las ventanas para evitar que el agua de lluvia entre directamente.



Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



En cuanto a las *Celosías* existe una gran diversidad de ellas, dejando pasar la luz y proporcionar fresco al ambiente.



Diferentes *Sistemas de Acabados*,:

Morteros de cemento y cal y Pinturas plásticas



Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



Técnica del azulejo partido

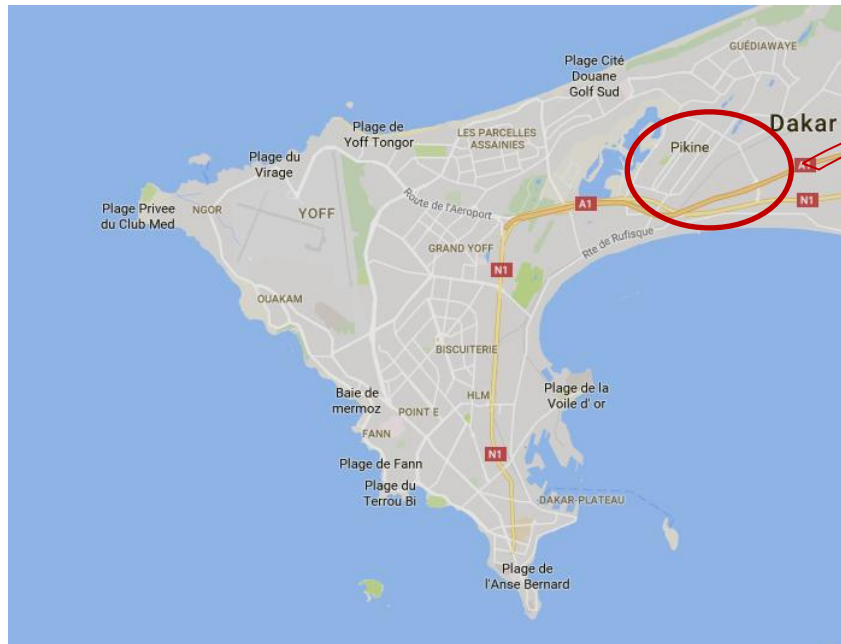


Técnica de conchas o Coquillage

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



ANEXO. PROYECTO CENTRO DE MATERNIDAD



Mapa 1. Municipio de Pikine, perteneciente a Dakar



Mapa 2. Comunidad Fass Mbao, perteneciente a Pikine

El Proyecto inicialmente planteado estaba ubicado en la Comunidad de Fass Mbao, perteneciente al Municipio de Pikine, en Dakar.

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia





Plano 1. Plano de situación inicial

En el plan Urbanístico de la Comunidad de Fass Mbaou, nos encontramos que la parcela 1 está destinada para una Escuela y la parcela 2 es una Mezquita, el *Centro de Maternidad* inicialmente planteado está ubicado en la parcela 3 de la comunidad, área muy próxima a la Autopista de peaje Dakar-Thiès.

De acuerdo con las carencias que tiene esta comunidad, he elaborado el árbol de problemas y el de objetivos.

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



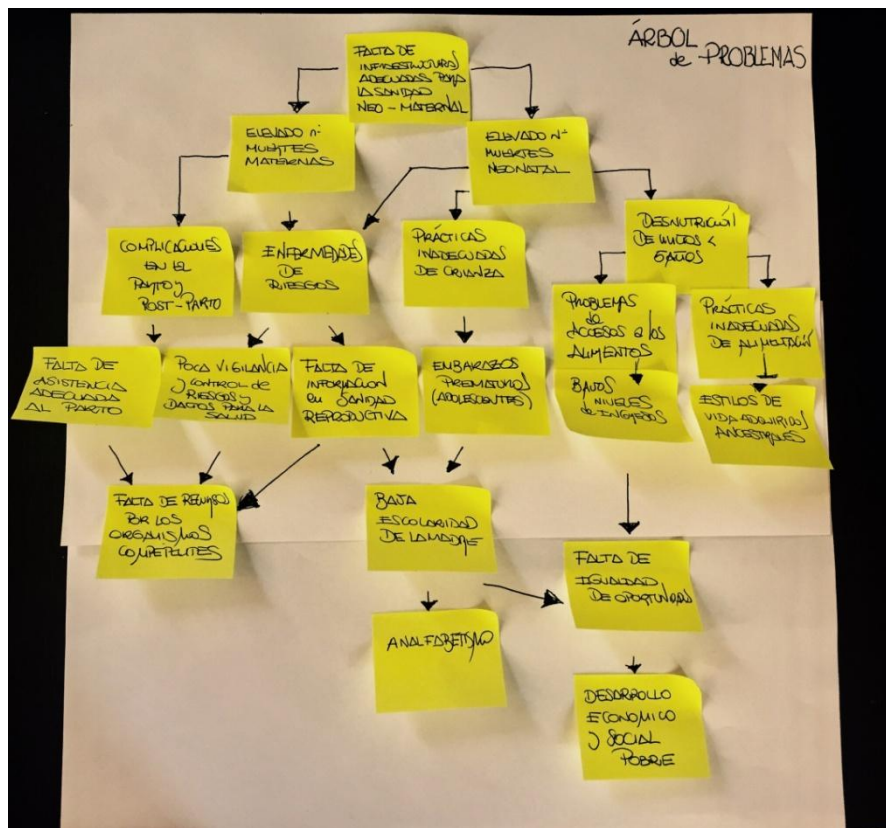


Ilustración 1. Árbol de Problemas

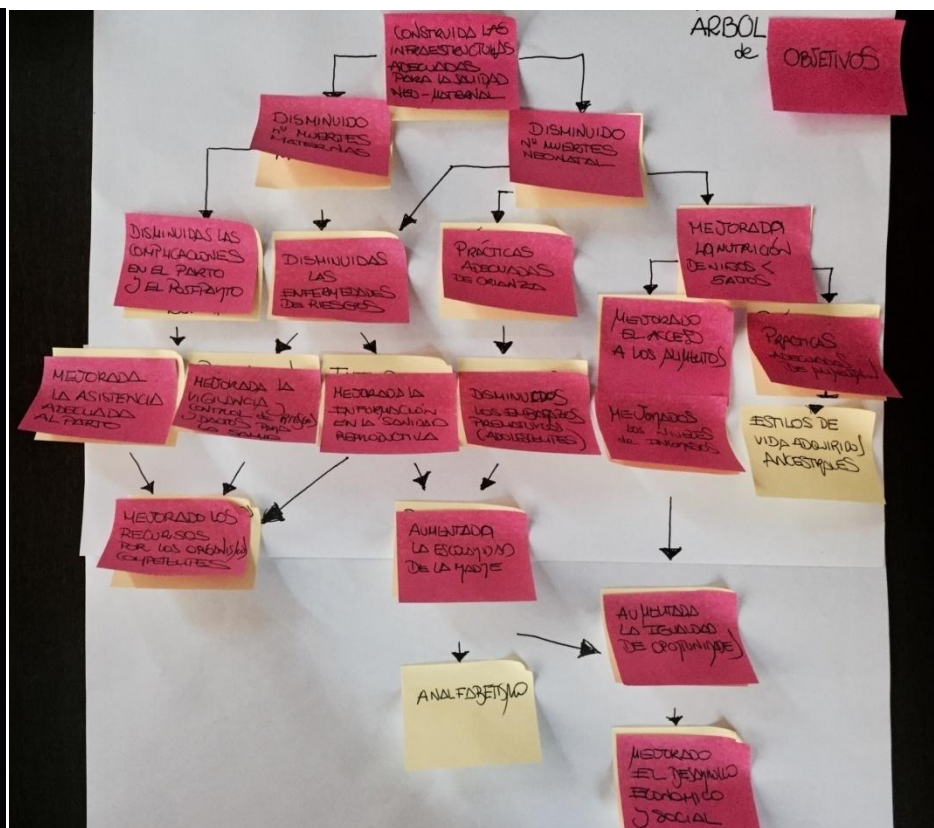


Ilustración 2. Árbol de Objetivos

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia

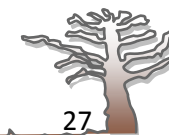
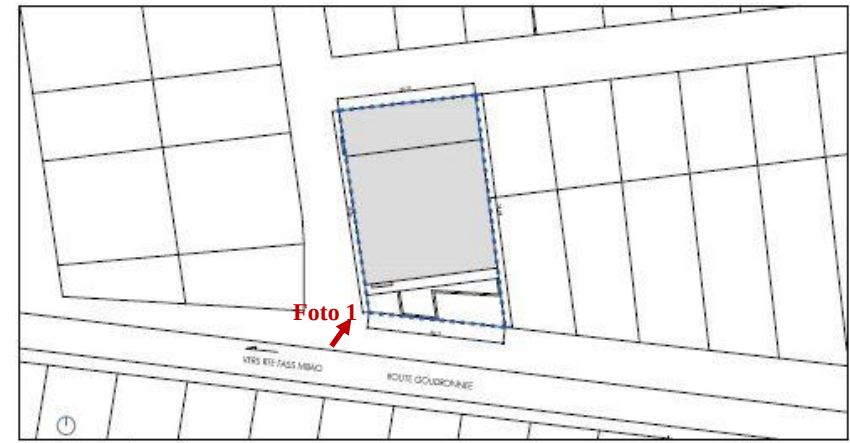




Foto1. Parcela nº 3 destinada para el Centro de Maternidad, Abril 2013



Plano 2. Plano de la Parcela

La superficie de la parcela es de 635 M2

Tiene su entrada principal por la calle Goundronnee

En Abril del 2013, durante una visita de campo a la comunidad de fass Mbao, se identificó el problema planteado.

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia

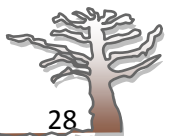
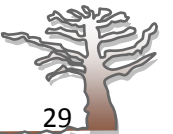




Foto 2 y 3. Levantamiento topográfico de la parcela, fachada este, Abril 2013

Para la comprobación de las dimensiones de la parcela destinada al Centro de Maternidad, se procedió a realizar in situ, un levantamiento topográfico del terreno, perimetralmente y de sus diagonales, concluyendo que la fachada Norte mide 20,22m, la fachada Sur 20,21m, la fachada Este 34,38m y la Oeste 29,89m, abarcando una totalidad de superficie de 635m².

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia





Posteriormente a la visita a la comunidad, se visitó el Centro de Salud más cercano a Fass Mbaou:

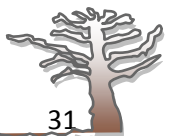


Foto 4. Área de Maternidad en el Centro de Salud Khadimou Rassoul



Foto 5. Área de acceso al Centro de Salud Khadimou Rassoul

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia

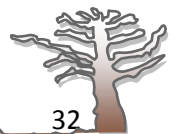




Fotos 6, 7, 8 y 9. Ambiente y Zona de Consultas y Planificación Familiar del Centro de Salud Khadimou Rassoul



Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia

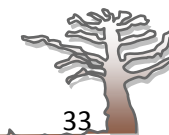




Fotos 10, 11,12 y 13. Laboratorio del Centro de Salud Khadimou Rassoul



Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



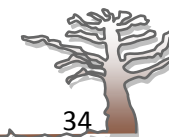


Fotos 14 y 15. Área de Baños y saneamiento del Centro

Tras la visita al Centro de Salud, se visualizan las carencias existentes; contaba con solo un enfermero jefe que se encargaba de las consultas, evidenciando la falta de personal cualificado; el laboratorio deficiente, es atendido por una sola persona responsable, quien manipulaba los elementos de análisis. El área de baños y saneamiento no estaban en las mejores condiciones, aunque si estaban dando el servicio requerido.

Con la información recopilada en la visita de campo, comencé a formular el Proyecto del Centro de Maternidad para la Comunidad de Fass Mbao.

La construcción del Centro de Maternidad, consta de un volumen semi-abierto, de planta rectangular, de dos plantas, baja y planta primera. Proyectada de estructura de hormigón armado, con cimentación de zapatas aisladas y corridas; la cubierta es plana con una pendiente del 2%,



invertida y acabado de grava, con uso exclusivo para mantenimiento. El cerramiento está planteado con un muro de 1 pie de fábrica de ladrillo, con aislamiento en su cámara de aire.

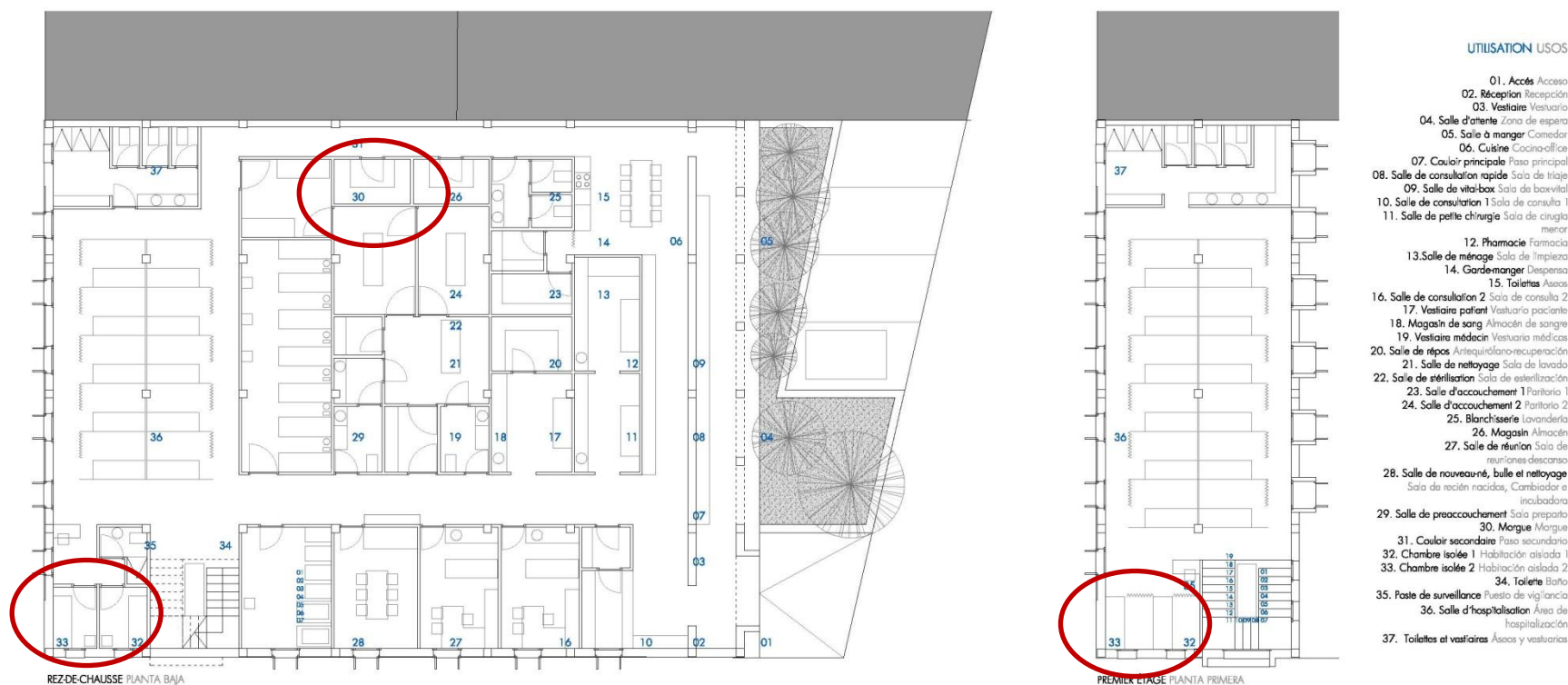
La tabiquería interior, para dividir los espacios están propuestas con tabicón, de revestidos de yeso y pintados, de colores blanco y azul.

Se proponen los suelos de terrazo microgramo pulido en obra, en todas las estancias salvo en los núcleos húmedos, donde se colocará gres antideslizante.

La Carpintería interior se propone de madera pintada de color azul y blanco. La Carpintería exterior y las contraventanas serán metálicas, también de colores azules y combinados con vidrios tipo climalit.

En general los acabados exteriores serán ejecutados con revestimientos de enfoscados pintados posteriormente de colores en blanco y azul.

En la cubierta se colocarán placas solares para la producción de agua caliente sanitaria, que contarán con el apoyo de termos eléctricos en las áreas de núcleos húmedos. Igualmente, las instalaciones eléctricas estarán apoyadas por placas fotovoltaicas.

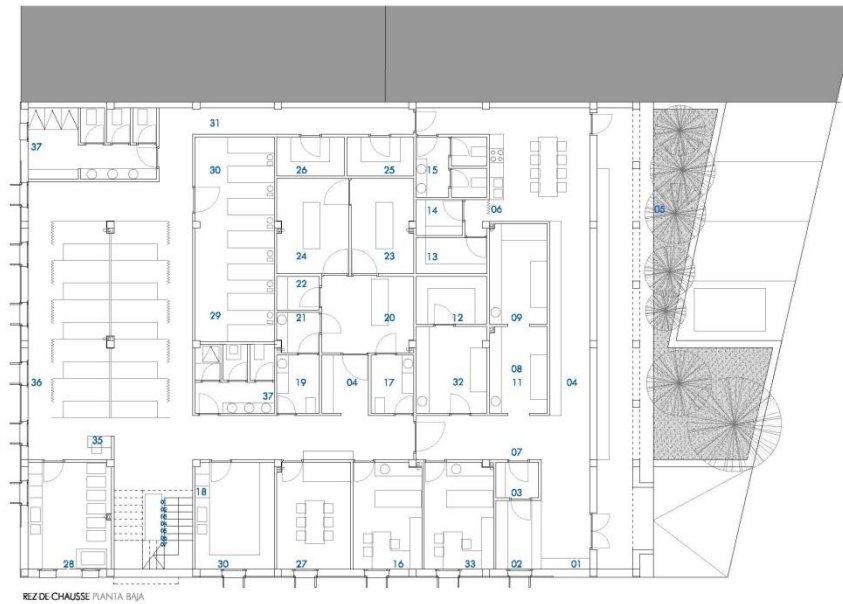


Plano 3. Plano de Planta Versión 0

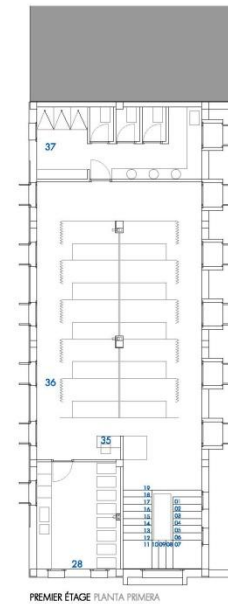
En esta primera versión del proyecto, se incorporó una sala para el Morgue (sala 30) que luego se cambió para que cumpliera la función de almacén. Por otro lado existía una sala de dos habitaciones aisladas (salas 32 y 33) para personas que pudieran tener algún tipo de enfermedad de transmisión o contagiosa, que se cambió por la sala de recién nacidos, cambiador e incubadora (sala 28), sala más necesaria para este tipología de centro.

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia





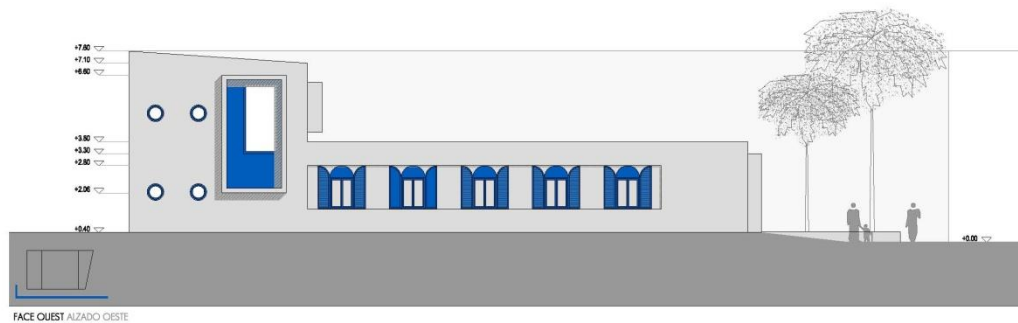
REZ-DE-CHAUSSEE PLANTA BAJA



PREMIER ETAGE PLANTA PRIMERA

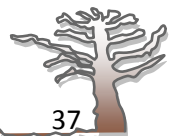
UTILISATION USOS

- 01. Accès Acceso
- 02. Reception Recepción
- 03. Vestiaire Vestuario
- 04. Salle d'attente Zona de espera
- 05. Salle à manger Comedor
- 06. Cuisine Cocina/oficina
- 07. Couloir principal Paso principal
- 08. Salle de consultation rapide Sala de triage
- 09. Salle de vitobox Sala de biovitral
- 10. Salle de consultation 1 Sala de consulta 1
- 11. Salle de petite chirurgie Sala de cirugía menor
- 12. Pharmacie Farmacia
- 13. Salle de ménage Sala de limpieza
- 14. Gardemanger Despensa
- 15. Toilettes Aseos
- 16. Salle de consultation maternité Sala de consulta maternidad
- 17. Vestiaire patient Vestuario paciente
- 18. Magasin de sang Almacén de sangre
- 19. Vestiaire médecin Vestuario médicos
- 20. Salle de repos Arregulación recuperación
- 21. Salle de nettoyage Sala de lavado
- 22. Salle de stérilisation Sala de esterilización
- 23. Salle d'accouchement 1 Partorio 1
- 24. Salle d'accouchement 2 Partorio 2
- 25. Blanchisserie Lavandería
- 26. Magasin Almacén
- 27. Salle de réunion Sala de reuniones/debates
- 28. Salle de nouveau-né, bain et nettoyage Sala de recién nacidos, Cambiador e incubadora
- 29. Salle de proaccouchement Sala parto
- 30. Laboratoire Laboratorio
- 31. Couloir secondaire Paso secundaria
- 32. Salle de consultation générale 1 Sala de consulta general 1
- 33. Salle de consultation générale 2 Sala de consulta general 2
- 34. Toilette Baño
- 35. Poste de surveillance Puesto de vigilancia
- 36. Salle d'hospitalisation Area de hospitalización
- 37. Toilettes et vestiaires Aseos y vestuarios



FACE OUEST ALZADO OESTE

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



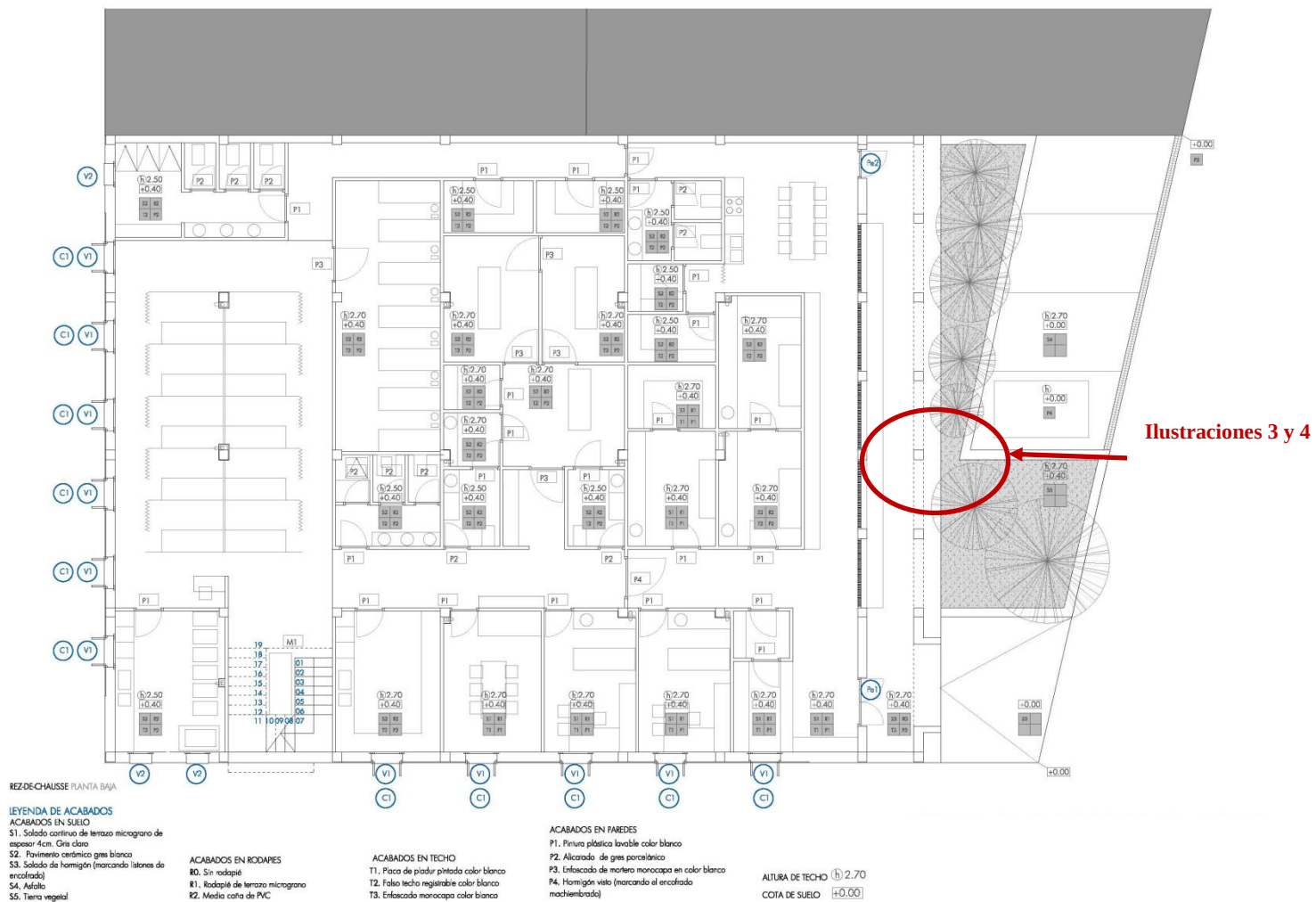
Plano 4. Plano de Planta y Alzado Versión 1



Plano 5. Plano de Secciones Versión 1

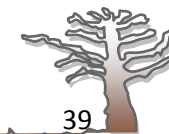
Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia





Plano 6. Plano de Acabados Versión 1

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



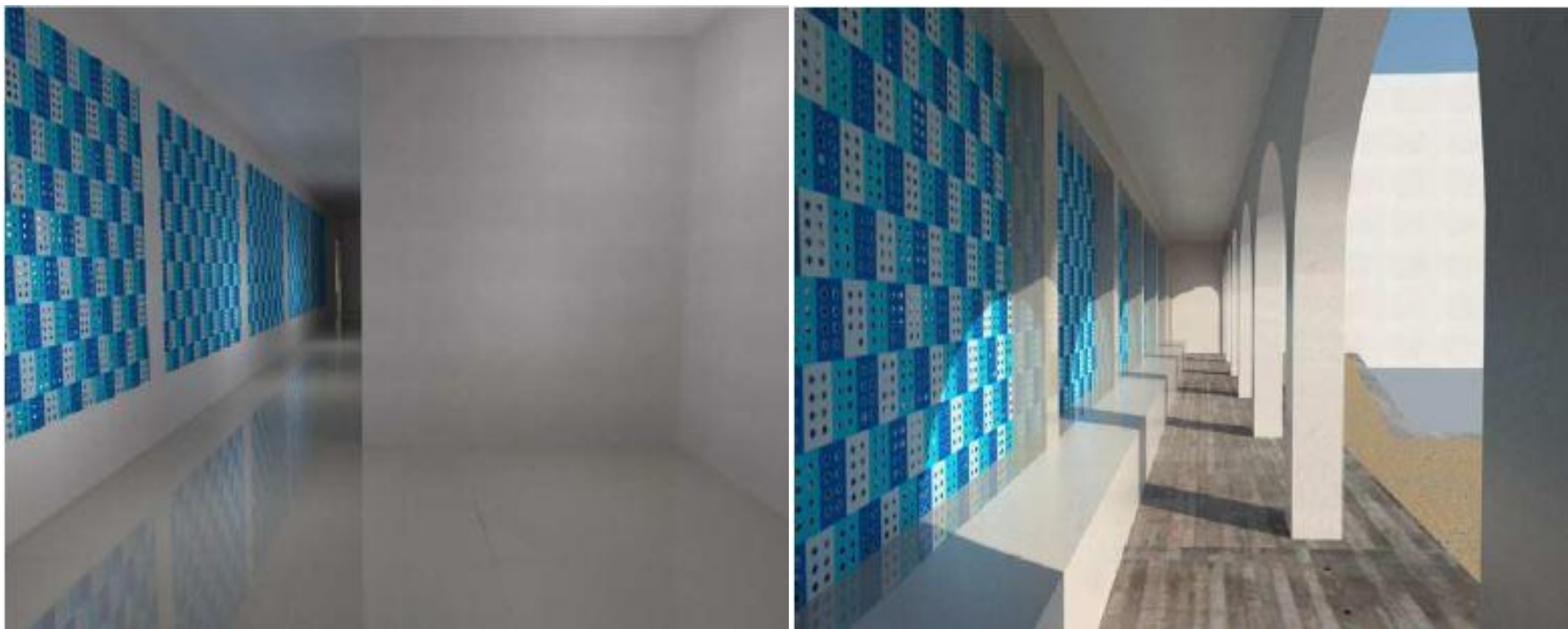


Ilustración 3 y 4. Área de Accesos del Centro de Maternidad

Podríamos decir que el proyecto diseñado, es funcional, pero probablemente no totalmente sostenible, ya que los materiales de acabado planteados no son los materiales locales comunes de Senegal, todo ello lo fui descubriendo en el transcurso de las clases del máster y del proceso de investigación del TFM. En otros Anexos, se pueden ver las diferentes técnicas utilizadas, así como los materiales más usados en la construcción. Así pues, con estas nuevas ideas, se modificaron los acabados del Centro de Maternidad de manera que se integraran en con el

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia

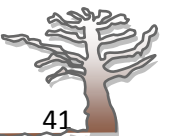


entorno físico comunitario y su hábitat; sustituyendo los azulejos de gres por la técnicas del azulejo partido, el ladrillo por bloques de hormigón o bloques de tierra compactada, y la utilización de la técnica del coquillage en lugar de asfalto en los caminos de entrada al centro de Maternidad.



Ilustración 5. Perspectiva del centro de Maternidad totalmente integrado en la Comunidad

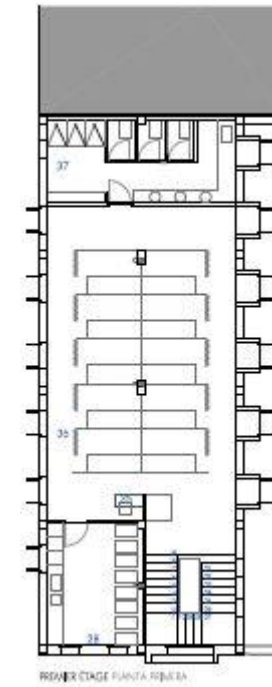
Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia



Se puede decir, que teniendo en cuenta todas la consideraciones anteriores, en la elaboración del Proyecto del Centro de Maternidad de Fass Mbao, éste sería perfectamente válido para cualquier otra Comunidad en Senegal, utilizándose de manera totalmente independientemente, una sola planta, y en el caso de que se requiriera, se repetiría en altura la parte más importante del Centro de Maternidad, el bloque de hospitalización, que dispone de 10 camas, el cambiador para los bebes, y baños totalmente equipados.



Plano 7. Plano de Planta Baja Versión 2



Plano 8. Plano de Planta Baja Versión 2

Cuando dibujé los baobabs estuve animado por un sentimiento de urgencia

