

2

Informe Recover

EL SISTEMA EDUCATIVO Y LA
FORMACIÓN SANITARIA EN BENÍN,
CAMERÚN Y COSTA DE MARFIL

Editado por:

Fundación Recover, Hospitales para África

Hilarión Eslava, 27 Bis. 1ª planta, local 7

28015 Madrid

Tel.: +34 91 411 09 68

info@fundacionrecover.org

www.fundacionrecover.org

Redacción de textos:

Mario Lebrón

Coordinación:

Susana Romao

Revisión de textos:

Judith Sinova

Katia Álvarez

Diseño y maquetación:

Escriña Diseño Gráfico

Katia Álvarez

Año: 2019

Prólogo.....	4
Resumen.....	5
1. Introducción.....	9
2. Sistemas de formación y estrategias actuales.....	11
2.1 Benín.....	11
2.2 Camerún.....	13
2.3 Costa de Marfil.....	15
3. Formación en Benín, Camerún y Costa de Marfil: estadísticas.....	19
3.1 Indicadores generales.....	19
3.2 Indicadores de matriculación.....	25
4. Sistemas de formación superior sanitaria.....	30
4.1 Benín.....	30
4.2 Camerún.....	31
4.3 Costa de Marfil.....	31
5. La salud en números.....	34
6. Proyectos de salud en África subsahariana.....	39
6.1 Benín.....	39
6.2 Camerún.....	40
6.3 Costa de Marfil.....	42
7. La telemedicina: alternativa de formación y atención.....	45
7.1 Benín.....	45
7.2 Camerún.....	46
7.3 Costa de Marfil.....	47
7.4 Retos de la telemedicina en África subsahariana.....	47
8. Conclusiones: África subsahariana, salud y educación.....	50
9. Indicadores clave por países.....	54
Bibliografía y notas a pie de página.....	59

Prólogo

En Fundación Recover, Hospitales para África trabajamos por un **modelo de sanidad sostenible en África** subsahariana. Por esta razón, desde 2007 apoyamos la gestión y el desarrollo sanitario de hospitales sin ánimo de lucro para que ofrezcan una atención y asistencia sanitaria digna y acorde con las necesidades de la población, principalmente en Camerún, Costa de Marfil y Benín. Creemos, además, que **la profesionalización del personal local es una de las herramientas de desarrollo con más impacto** a largo plazo. Sin embargo, para lograr un desarrollo efectivo la formación no puede actuar de forma aislada, sino con el apoyo de recursos y estructuras de base.

Por eso nuestra estrategia consiste en trabajar con los centros sanitarios de forma integral, reforzando sus infraestructuras, dotándoles del equipamiento pertinente y fomentando la formación y el intercambio científico entre especialistas.

La realización de este informe surge de la necesidad de agrupar los indicadores relevantes de educación de cada país, para poder así mejorar las acciones de formación que desarrollamos **junto a nuestras contrapartes y contribuyendo al logro de los ODS 3 y 4**. Problemas tan complejos como el acceso a la educación o la salud tienen que ser ampliamente analizados y diseccionados, siendo el primer paso para ello el tener una sólida recopilación de información.

Sin embargo, debemos destacar que las bases de datos y la información estadística y cualitativa disponible para el sector educativo es más bien incompleta, sobre todo en el análisis de resultados de proyectos implementados. Además, algunos sectores más específicos, como por ejemplo la educación terciaria en salud, presentan debilidades importantes en términos de recolección de datos.

Frente a esta ineficacia de los sistemas estadísticos de los países analizados, los números presentados deberán ser vistos en su conjunto y no en números absolutos. También por esta razón, en la elaboración de este informe se ha pretendido incorporar un **análisis cualitativo** basado en la información genérica facilitada por las instituciones locales.

Más allá de las cifras y su análisis, sabemos en primera persona que se trata de una realidad dura e innegable. **Para muchas personas en Benín, Camerún o Costa de Marfil, los números son sólo pálidos reflejos de lo que viven a diario.**

Por ello, sensibilizar a nuestra sociedad sobre la desigualdad internacional en derechos fundamentales como son la educación y la salud es una parte fundamental de nuestra misión. Así como también lo es **seguir trabajando para que el lugar donde nacemos no determine la salud que vamos a tener.**

Chus de la Fuente

Directora de Fundación Recover

Resumen

África subsahariana sufre una **alarmante escasez de profesionales sanitarios**, lo que afecta directa y negativamente a la calidad de los cuidados de salud y el bienestar de las personas; una situación que va contra el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 3. Esta carencia de recursos humanos se puede explicar tanto cuantitativa como cualitativamente. Por un lado, los sistemas educativos nacionales, en general, no tienen la capacidad de formar al número necesario de personas para responder a la demanda. Además, a medida que se avanza en el nivel educativo, **el acceso y la retención de estudiantes va siendo cada vez menor**, lo que significa que el sistema va perdiendo potenciales profesionales. En consecuencia, **las tasas de matriculación en educación terciaria en la región de África subsahariana son las más bajas del mundo**, con un 6% que se contrapone al 26% de promedio mundial en 2008.

Por otro lado, **existe una falta de calidad en el ámbito educativo, que pasa por la falta de recursos y condiciones materiales, ratios de alumno por aula excesivos, una baja motivación del personal docente, absentismo o falta de preparación pedagógica de los docentes**, entre otros. Además, las ofertas formativas no son las más adecuadas a las necesidades, en términos programáticos, especialmente en el sector sanitario.

Analizando los datos emitidos por organizaciones internacionales como el Banco Mundial o las Naciones Unidas, es evidente que la base de los sistemas formativos en África Subsahariana enfrenta problemas de gran envergadura. La **disparidad de género, tanto en términos de acceso como de permanencia** en los sistemas educativos, es una condición perceptible tanto a nivel regional como en los países analizados en este informe. En Benín, el número de años de escolarización promedio es tan solo de tres para las mujeres y cuatro para los hombres. En Camerún, esta diferencia entre géneros sube a tres años, con una escolarización promedia de 4,7 años para mujeres y 7,6 años para hombres. Finalmente, en Costa de Marfil, los valores son de 4,0 y 6,2 para mujeres y hombres, respectivamente.

A su vez, **el absentismo docente, la escasa capacidad de los gobiernos para gestionar sus instituciones, la baja calidad del sistema y las disparidades por región y clase social son otros fenómenos característicos de estos sistemas educativos** que, aunque registran mejoras, se encuentran muy rezagados en comparación con el resto del mundo. Para los tres países analizados en el informe, **la tasa de alfabetización adulta permanece por debajo del 50%**, según las cifras más recientes.

Los sistemas de salud en la región subsahariana también presentan sus propias debilidades, que se reflejan en las **elevadas tasas de mortalidad y prevalencia de enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles**. Al igual que en el ámbito formativo, la mejoría a lo largo del tiempo es evidente, pero en comparación con otras regiones, África subsahariana y, en particular, Benín, Camerún y Costa de Marfil, permanecen muy rezagados.



Un indicador relevante es la **mortalidad materna**, que en 2015 se encontraba en la región en 542 muertes por 100.000 nacimientos. Camerún y Costa de Marfil presentan cifras por encima de este promedio regional, de 596 y 645, respectivamente. Benín, en cambio, presenta estadísticas más bajas, con 405 muertes maternas por 100.000 nacimientos, pero aun así se trata **del doble de la media global**.

La incidencia de enfermedades transmisibles como el VIH, la malaria o la tuberculosis, tanto en África Subsahariana como en los tres países analizados, supera la media mundial y de otras regiones con bajo índice de desarrollo humano. Por ejemplo, en Camerún, por cada 1.000 personas 1,4 están infectadas con VIH, por encima de las 1,2 personas contabilizadas de media en la región y aún muy lejos del promedio mundial, que está en 0,26. Y en países como Benín, por cada 1.000 personas en riesgo de contraer malaria, 300 la contraen, reflejando una elevada tasa de prevalencia en la actualidad.

También las enfermedades no transmisibles presentan tasas superiores a la media mundial. De hecho, en Costa de Marfil la probabilidad de defunción por cardiopatías, nefropatías, diabetes o cáncer es del 29,1%, más de ocho puntos porcentuales por encima de la media del continente. Así mismo, para dar respuesta al incremento registrado en patologías crónicas **será necesaria una reestructuración de los modelos sanitarios** existentes, pasando de un enfoque en enfermedades agudas a un plan más a largo plazo que incluya también las enfermedades crónicas, como es el caso de la diabetes o de la hipertensión arterial. Para ello, **es importante poder contar con un diagnóstico correcto, tratamientos de larga duración y revisiones clínicas frecuentes**, lo que supone evidentemente un esfuerzo presupuestario considerable para los gobiernos.

Estas cifras exponen la vulnerabilidad de los sistemas de salud en estos países y la necesidad de **actuar de forma estratégica y eficaz sobre los puntos más deficitarios** de cada sistema. Ante esta circunstancia, resulta de gran importancia la labor de organizaciones sin ánimo de lucro que apoyan en terreno, además de la gestión de los gobiernos locales, para lograr un impacto y una sinergia entre los sectores de salud y formación.

La necesidad de **contar con personal formado, capacitado y motivado es esencial**, junto a otros factores, para que el sector salud logre explotar su potencial, ser resiliente y eficaz, atendiendo a los ciudadanos con rapidez y calidad y, en definitiva, mejorando la salud de todas las personas. **La exploración de nuevas metodologías y medios de traspaso de conocimiento como la telemedicina brinda nuevas esperanzas a la región.** Sin embargo, conseguir implementar proyectos de impacto más duraderos y con mayor integración es quizás uno de los mayores retos de las organizaciones que apoyan en terreno.

En este contexto, el presente informe expone un **resumen de los sistemas formativos de Benín, Camerún y Costa de Marfil basado en los datos disponibles de organismos nacionales e internacionales especializados**, mencionando también las estructuras de formación y capacitación de personal sanitario presentes en cada país. Además, se analizan de forma breve algunos de los indicadores clave de salud. El informe concluye con un listado de ejemplos de proyectos multilaterales, ejecutados o en ejecución, que tienen como objetivo la mejora de ambos sectores, educativo y sanitario, tanto de manera conjunta como de manera independiente, de cara a mejorar el bienestar de las sociedades de la región.



“La necesidad de contar con personal formado, capacitado y motivado es esencial, junto a otros factores, para que el sector salud logre explotar su potencial, ser resiliente y eficaz, atendiendo a los ciudadanos con rapidez y calidad y, en definitiva, mejorando la salud de todas las personas.”

“No importa dónde nazca, no importa cuán marginada pueda estar su comunidad: el mundo está decidido a llevarnos a todos en nuestro viaje hacia un futuro mejor y más equitativo.”

António Guterres

Secretario General de las Naciones Unidas

1. Introducción

De acuerdo a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y, su predecesor, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, **la mejora de los sistemas educativos y de salud son dos de los pilares fundamentales a la hora de garantizar el bienestar de las sociedades.** Con el enfoque de género y reducción de las desigualdades como ejes transversales a toda la agenda 2030, hoy en día resulta prioritario para los estados y agentes locales la formulación y aplicación de nuevas políticas y estrategias inclusivas de cara a una provisión de servicios sociales más justa, representativa y de mayor calidad.

Sin embargo, **las desigualdades del mundo actual suponen que hablar de mejoras en el sistema formativo en la Unión Europea diste mucho de lo que pueda debatirse en África Subsahariana.** En países nórdicos ya se discuten, promueven y aplican metodologías de enseñanza novedosas de cara a garantizar una formación integral. Temáticas como el acceso o la permanencia en el sistema educativo no son hoy en día dificultades de relevancia en Suecia, Finlandia o incluso España, pero aún son temas centrales en muchos países africanos, donde el camino hacia un alto índice de desarrollo humano aún es largo.

En países como Benín, Camerún o Costa de Marfil, sin desestimar el progreso logrado en las últimas décadas, el acceso a la educación es desigual y la calidad de la enseñanza no cumple los estándares mínimos. Un estudio de 2012 concluye que, en África, más de un 38% de los alumnos, a pesar de estar inscritos en la escuela, no aprenden habilidades básicas¹. Este número se eleva al 41% en Benín y Costa de Marfil. Camerún, por otro lado, presenta mejores resultados, con menos del 10% de niños escolarizados con bajos niveles de aprendizaje. Sin embargo, en el mismo estudio se puede verificar que, en los tres países, las oportunidades para la educación están marcadas por profundas desigualdades.

El fenómeno es parecido si se habla de salud. En países como Benín, Camerún y Costa de Marfil **el sistema sanitario público es de pago.** El acceso a la salud es, por ello, extremadamente desigual entre la población, lo que contribuye a un ineficaz control de epidemias, una débil atención y diagnóstico y, en consecuencia, una peor salud para gran parte de sus ciudadanos. Esto mismo refleja **la esperanza de vida al nacer, que en estos países se encuentra alrededor de los 58 años,** 25 menos que en España. Es importante resaltar que a estas cifras contribuyen en gran parte las altas tasas de mortalidad infantil, ya que de cada 1.000 niños nacidos vivos, entre 84 y 98 mueren antes de llegar a cinco años, en contraste con tres en España².

Es necesario, a su vez, destacar la importancia de las entidades gubernamentales y locales de cara a una mejora en ambos sistemas. Sin embargo, una de las ventajas de la globalización y sus implicaciones es el **traspaso de conocimientos más allá de las fronteras;** en este sentido, la cooperación internacional puede jugar un papel relevante en el desarrollo de estos países. Con esto presente, el informe analiza a grandes rasgos la situación actual de los sistemas formativos y de salud en África Subsahariana, específicamente Benín, Camerún y Costa de Marfil, así como los **esfuerzos locales y de colaboraciones multilaterales para lograr la mejora de ambos sistemas** de cara a un incremento en el bienestar de sus sociedades.

“La educación nos hace los seres humanos que somos. Tiene un gran impacto en el desarrollo económico, en la equidad social y en la equidad de género. Nuestras vidas se transforman en todo tipo de formas debido a la educación y la seguridad. Incluso si no tuviera ni un ápice de efecto en la seguridad, seguiría siendo, a mi juicio, la mayor prioridad del mundo.”

Amartya Sen

Premio Nobel de Economía en 1998

2. Sistemas de formación y estrategias actuales

Benín, Camerún y Costa de Marfil tienen sectores educativos particulares, con sus fortalezas y debilidades específicas y **planes oficiales de gestión** vigentes en la actualidad. A continuación, se presenta una breve síntesis de la composición de dichos sistemas, así como los planes de corrección de las debilidades de cada sector propuestos por las autoridades locales.

2.1 Benín

El sistema educativo de Benín consta de **cuatro etapas de diferente duración**, donde el Estado es el principal financiador de un sector social que enfrenta una importante disparidad de género y bajas tasas de inserción.

Imagen 1. Etapas del sistema educativo en Benín

Primaria	6 años
Secundaria primer ciclo	3 años
Secundaria segundo ciclo	4 años
Terciaria	Sujeto al tipo de formación

Fuente: UNESCO

A finales de 2006, el gobierno beninés aprobó un decreto que establece la gratuidad de la educación primaria en el país. Según algunos observadores externos, como es el caso de UNICEF³, **la decisión de la gratuidad es claramente positiva, aunque aún no se cumplen todas las condiciones de acompañamiento para garantizar su éxito**. Por ejemplo, existe una distribución de estructuras educativas muy desequilibrada entre las zonas urbanas y rurales. Además, existen dificultades considerables en el acceso a la educación de las niñas.

La Alianza Global por la Educación señala que la **disparidad geográfica y social en la provisión y calidad educativa es un problema de urgencia en Benín**.

En concreto, la falta y ausentismo de profesores, así como la falta de capacidad de manejar el sistema son dos problemas claves a enfrentar, según la entidad⁴. Por su parte, el Proyecto Borgen indica que el sistema educativo de Benín enfrenta dos desafíos imperantes en las reformas educativas y formativas presentes y futuras: **la crítica disparidad de género en el acceso y permanencia en el sistema y los elevados niveles de deserción** escolar.

Durante la crisis económica de 1988 y 1989, estos desafíos alcanzaron sus puntos álgidos, impactando más profundamente en las mujeres y la población de menor ingreso medio⁵. Además, **a pesar de la gratuidad de la matrícula, existen costes adicionales no despreciables que deberían ser considerados**. Es el caso de las tasas para asociaciones (en francés, UASES y bureau des parents d'élèves), los gastos de material, los uniformes o las tarjetas de identificación escolar. Estas, entre otras razones, llevan a que las tasas de retención en el ciclo primario sean aún bajas, a pesar de los esfuerzos por una educación primaria universal.

Respecto a los niveles secundario y terciario, no existe gratuidad, por tanto la educación a partir de los 11-12 años (nivel designado en francés, sixième) es de pago en Benín. **Sin embargo, que el nivel primario cuente con matriculación gratuita ha permitido un aumento en el número de niños y niñas que progresan en las etapas siguientes del sistema educativo.**

Como resultado de la entrada masiva de estudiantes en primaria entre 2006 y 2013, el gobierno ha aportado mejoras en la educación secundaria, como la construcción de más clases y cantinas y la contratación de más docentes. También cabe destacar positivamente que **Benín ha establecido un sistema de aprendizaje dual y flexible que complementa la capacitación de los estudiantes de secundaria en centros de formación profesional** mediante la creación de un examen nacional denominado “Certificado de calificación profesional”.

Sin embargo, aunque no existen datos estadísticos fiables en relación a la calidad de la enseñanza a partir del nivel secundario, la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD) realizó en 2012 una evaluación⁶ donde concluye que las escuelas sufrían aún de una importante **falta de aulas, equipamiento básico y material didáctico**. En el mismo informe, destacan que en las estructuras de educación terciaria el ratio profesor/alumno ha aumentado de 1/44 en 2005 a 1/74 en 2010 (con una proporción superior a 1/100 en las facultades clásicas). Además, las infraestructuras y el equipamiento disponibles no han podido seguir el ritmo del aumento en el número de estudiantes. Por tanto, se muestra un deterioro en la calidad de la enseñanza también en el nivel superior.

En la actualidad, Benín se encuentra elaborando un nuevo plan sectorial para el período 2017-2025, cuya financiación está parcialmente provista por la Alianza Global por la Educación tras la aprobación de una donación en 2016⁷.

El más reciente compendio de estrategias elaborado hace referencia a la tercera fase del plan Educativo de Benín, que abarca el período 2013-2015. El documento hace hincapié en la **necesidad de reformar los sistemas de formación existentes con la meta primordial de mejorar el acceso, la calidad y las condiciones de la formación y la enseñanza.**

En concreto, esta fase comprende siete programas:

- 1. Enseñanza Maternal** – mejorar las tasas de inserción en la etapa formativa a través de la creación de escuelas infantiles públicas y su sostenibilidad a través de iniciativas privadas.
- 2. Enseñanza Primaria** – con el foco de atención en 25 comunidades con bajas tasas de escolaridad para mejorar sus niveles de inserción, calidad e igualdad, con especial atención al sexo femenino y alumnos con necesidades educativas especiales.
- 3. Enseñanza Secundaria General** – aumentar la calidad y tasas de inserción, además de la gestión de los recursos humanos.
- 4. Enseñanza Técnica y Formación Profesional, Reconversión e Inserción de Jóvenes.**
- 5. Enseñanza Superior e Investigación Científica** – con la mejora de la gestión y el manejo de los recursos y la promoción de la ciencia y tecnología como claves del desarrollo sostenible.
- 6. Alfabetización y Promoción de Lenguas Nacionales.**
- 7. Gestión y Manejo del Sistema Educativo.**

Benín pertenece a la Alianza Global por la Educación desde 2007.

2.2 Camerún

En Camerún operan en la actualidad **dos sistemas de educación, por un lado el sistema francés y por otro el sistema británico**. Ambos se subdividen en educación primaria, educación secundaria de primer ciclo, educación secundaria de segundo ciclo y educación terciaria. A su vez, la educación secundaria puede ser desglosada en modalidad general o técnica en los dos sistemas educativos.

En términos generales, tanto el sistema francés como el británico presentan **13 años** desde el inicio de la primaria hasta el cierre de la secundaria. Sin embargo, su distribución es diferente:

Imagen 2. Etapas del sistema educativo en Camerún

	Francés	Británico
Primaria	6 años	
Secundaria primer ciclo	3 años	2 años
Secundaria segundo ciclo	4 años	5 años
Terciaria	Sujeto al tipo de formación	

Fuente: UNESCO

La educación en Camerún está descentralizada en cinco ministerios:

- **MINEDUB:** encargado de la educación infantil y primaria y formación docente.
- **MINESEC:** enfocado en educación secundaria, tanto general como técnica.
- **MINESUP:** a cargo de la educación universitaria y terciaria.
- **MINEPF:** responsable de la educación profesional para quienes dejan la escuela.
- **MINSEP:** dedicada al ámbito deportivo.

Desde 2001 y como parte del objetivo de alcanzar una educación primaria universal, el Gobierno de Camerún ha implementado una **política de educación primaria gratuita** al eliminar la única cuota de inscripción de pago, pero, tal y como ocurre en el caso de Benín, **no afecta a otros costes directos e indirectos relacionados con la escolarización**, como por ejemplo los libros de texto, material escolar, uniformes, tasas de exámenes y otras tasas como la cuota APE (en francés, Association de Parents d'Élèves) reclamados por los responsables de los colegios.

Además, teóricamente, para inscribir a los niños en la escuela primaria es obligatorio presentar el libro de familia (en francés, acte de naissance), que supone un coste no despreciable para muchas familias en situación de riesgo de exclusión social. Al sumarse a estos factores la falta de calidad de la enseñanza, el absentismo de los docentes y la falta de mantenimiento en general de las infraestructuras, **la capacidad educativa real no es la adecuada para garantizar una enseñanza de calidad y gratuita para todos**. Por eso, se podría afirmar que en Camerún la educación primaria gratuita, por el momento, sigue siendo algo más teórico que práctico.

En cuanto al nivel secundario y terciario, no existe gratuidad de las tasas de matriculación, por lo cual tanto el sistema público como el privado son de pago en el país. Aunque el sistema público se presente como más asequible, **la falta de calidad y de adecuación de los programas supone que muchos estudiantes deban optar por elegir centros privados**, excepto para la franja de población que no puede asumir el gasto. Esto, por un lado, potencia el abandono escolar y, para los que logran completar los distintos niveles educativos en el sistema público, muchas veces tiene como consecuencia una formación deficitaria y falta de preparación para el empleo.

Durante el período 2006-2011, Camerún puso en práctica una política educativa partiendo de las bases del **Documento de Estrategia por la Reducción de la Pobreza (DSRP)**. Sin embargo, los resultados de las estrategias derivadas de este documento fueron precarios, con cambios no significativos en los niveles de pobreza y otros indicadores. A raíz de ellos, el Gobierno camerunés consideró pertinente la **reactualización de las estrategias relacionadas con el sector educativo y formativo, para que fuesen en línea con las leyes educativas vigentes en el país** (Ley de Orientación a la Educación, 1998; Ley de Orientación a la Enseñanza Superior, 2001), con sus compromisos internacionales y el Documento de Estrategia para el Crecimiento del Empleo (DSCE). En este sentido, el Estado y los organismos pertinentes elaboraron el Documento de Estrategia del Sector de Educación y la Formación, comprendiendo el período 2013-2020.

Dicha estrategia establece la mejora de tres ejes principales:

- 1. El acceso y la equidad** – a través del cual se buscará aumentar la inserción en la etapa preescolar en un 40%, incluir la educación secundaria de primer ciclo en el marco de la educación básica, diversificar la formación profesional, mejorar la educación terciaria, promover la alfabetización y mejorar las infraestructuras, entre otros objetivos.
- 2. La calidad y relevancia** – que buscará realizar reformas curriculares, programas de alfabetización, proveer materiales educativos, promover la investigación, fortalecer la formación docente y promover la salud en las instituciones para conseguir un sistema educativo de mayor calidad.
- 3. Un buen gobierno** – contemplando el desarrollo de nuevos mecanismos regulatorios, la mejora del manejo de recursos humanos, la mejora de las condiciones del personal docente y el impulso de la transparencia.

Estas nuevas estrategias responden a la **Visión 2035 de Camerún**, de cara a perseguir la reducción de la pobreza, el alcance del nivel de vida de economías de ingresos medios, la industrialización y la consolidación de los procesos democráticos y de unidad nacional.

El documento identifica de igual modo la escasa capacidad del Gobierno para gestionar sus instituciones, la distribución ineficiente de recurso, las desigualdades por temas de género, región o ingresos y la baja calidad como debilidades principales del sistema educativo camerunés actual.

Camerún pertenece a la Alianza Global por la Educación desde 2006⁸.

2.3 Costa de Marfil

El sistema educativo en Costa de Marfil cuenta en la actualidad con cuatro etapas:

Imagen 3. Etapas en el sistema educativo de Costa de Marfil

Primaria	6 años
Secundaria primer ciclo	4 años
Secundaria segundo ciclo	3 años
Terciaria	Sujeto al tipo de formación

Fuente: UNESCO

En Costa de Marfil, **la educación primaria y secundaria de primer ciclo, hasta los 15-16 años, momento en el que empieza la terciaria, es gratuita**. En primaria, los libros de texto son distribuidos gratuitamente a los alumnos y no hay ninguna tasa de matriculación suplementaria a pagar. Sin embargo, en el sistema secundario inicial, aunque la matrícula sea gratuita, existen contribuciones obligatorias para los comités de gestión escolar (en francés, COGES), que pueden alcanzar un valor considerable.

Además, todo el material, desde uniformes y otras tasas hasta documentación obligatoria para acceder a los distintos cursos están a cargo de las familias. **A pesar de que el Gobierno marfileño ha puesto la educación como prioridad en sus programas, esta vive actualmente una crisis en el país, debida en gran parte a la debilidad de la planificación en el sector**. El resultado –y motivo de distintas huelgas y manifestaciones populares– es un grave déficit de infraestructuras formativas en todos los niveles (primaria, secundaria y superior), que ilustra el **profundo desequilibrio entre la muy limitada oferta de instalaciones y la alta demanda**.

Actualmente, Costa de Marfil cuenta con un **Plan Sectorial de Educación/Formación** para el período 2016-2025, con el cual trata de conseguir una mejora de sus niveles educativos bajo tres premisas principales:

1. **Aumento de la calidad** y diversificación de la oferta educativa y de formación.
2. **Mejora del ambiente** escolar, familiar y comunitario para incrementar la demanda.
3. **Incremento de la calidad** de la gestión y gobernanza del sector.

El plan fue **aprobado e impulsado** por el Ministerio Nacional de Educación, Enseñanza Técnica y Formación Profesional y el Ministerio de Enseñanza Superior e Investigación Científica.

Sus ocho áreas principales son:

1. Enseñanza Preescolar.
2. Enseñanza Primaria y Alfabetización.
3. Enseñanza Secundaria de primer ciclo.
4. Enseñanza Secundaria de segundo ciclo.
5. Enseñanza Técnica y Formación Profesional.
6. Enseñanza Superior.
7. Investigación Científica.
8. Asuntos Institucionales y Organizacionales.

Antes de este plan, el país contaba con un Plan Transicional de Educación (TEP) para el período 2012-2014, el cual se prolongó dos años más antes de la implementación del plan sectorial de diez años.

La Alianza Global por la Educación indica que **los principales retos que enfrenta el sector educativo en Costa de Marfil son, por un lado, la mejora de la calidad educativa y, por el otro, lograr que el sistema se adapte y penetre en comunidades que han sido aisladas tras décadas de crisis sociopolítica** en el país. Destaca, incluso, la falta de acceso al sistema de jóvenes que viven en campamentos y que trabajan en plantaciones⁹. En su portal oficial, UNICEF indica que **la oferta educativa en el país es insuficiente**, atribuido a la falta de profesores e infraestructura. Además, corrobora la baja calidad de la oferta educativa disponible¹⁰.

Costa de Marfil pertenece a la Alianza Global por la Educación desde 2010.

“La decisión de la gratuidad es claramente positiva, aunque aún no se cumplen todas las condiciones de acompañamiento para garantizar su éxito. Por ejemplo, existe una distribución de estructuras educativas muy desequilibrada entre las zonas urbanas y rurales. Además, existen dificultades considerables en el acceso a la educación de las niñas.”

“El desarrollo de un país no se puede hacer sin recursos humanos de calidad.”

Jean-Baptiste Mensah

Representante del Ministerio de Educación Superior e Investigación Científica de Benín

3. Formación en Benín, Camerún y Costa de Marfil: estadísticas

Como ya se mencionó anteriormente, tanto los propios Estados como entidades internacionales han identificado amenazas y debilidades en los sistemas formativos en África Subsahariana, en particular, en Benín, Camerún y Costa de Marfil. Estos puntos álgidos se ven reflejados en las estadísticas recopiladas por organismos internacionales en relación al sector. Las cifras no solamente reflejan puntos que hay que mejorar con urgencia en términos globales, sino que también incluyen un desglose por colectivos y ramas de la población en particular. Sin embargo, evidencian una evolución sustancial en los últimos años.

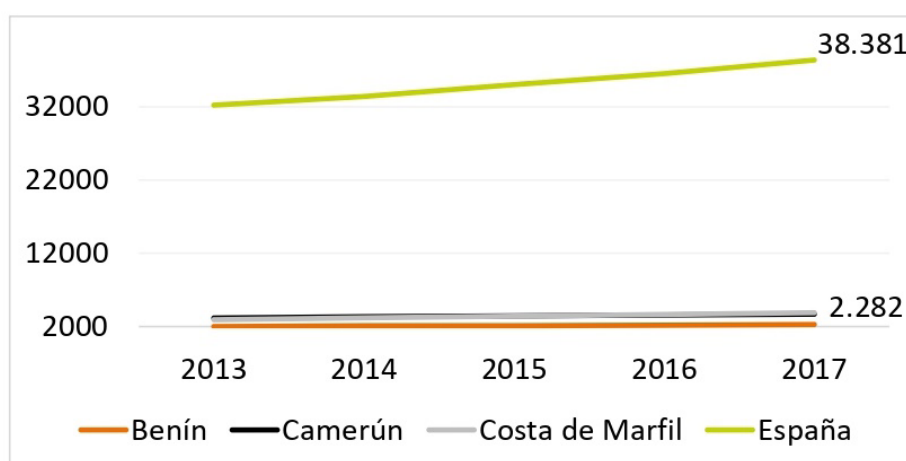
3.1 Indicadores generales

En términos generales, **los países de África Subsahariana presentan ingresos medios por habitante muy por debajo de la media global**, por lo que su capacidad de gastar e invertir en educación y formación es más limitada. A cierre de 2017, Benín, Camerún y Costa de Marfil registraban un PIB per cápita (PPP) inferior a 4.000 dólares al año.

Las cifras españolas, por ejemplo, son diez veces más altas que las de Costa de Marfil, el país mejor posicionado; por cada dólar que recibe o tiene un habitante de este país, un español gana diez. En Benín, el caso es más grave; **por cada dólar que gana un beninés, un español gana 19**. De la misma forma, los tres países se encuentran en el quintil más bajo en relación a los indicadores de pobreza multidimensional provistos por la Organización de las Naciones Unidas¹¹.

Ante **gobiernos que no tienen la capacidad económica de responder eficazmente** ante las lagunas y los rezagos educativos que existen, es necesaria la dotación de recursos y la implementación de planes de mejora educativa sostenibles.

Imagen 4. PIB per cápita (PPP) en USD



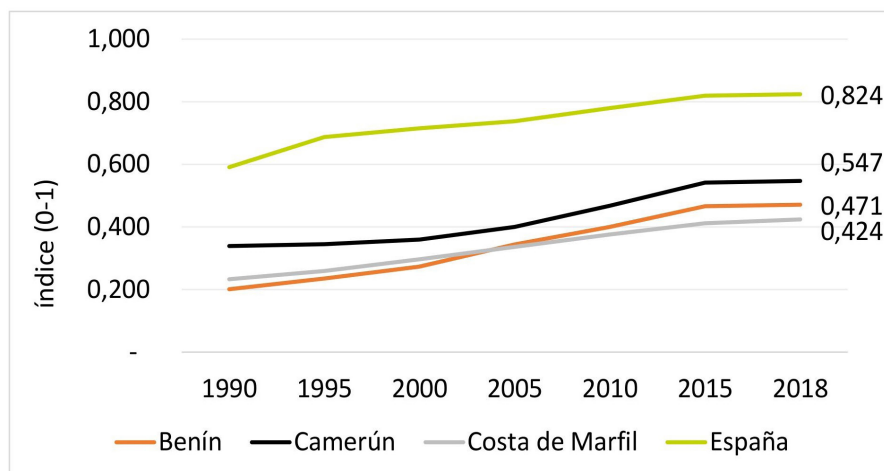
Fuente: Banco Mundial

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo elabora y actualiza anualmente un **Indicador de Desarrollo Humano (IDH)** como forma de **medir el nivel de desarrollo alcanzado por cada país y su evolución a través de los años**. Dicho indicador está compuesto por tres ejes principales: salud, ingresos y educación.

La educación se mide a través del **Índice de Educación**, subcomponente del IDH, y se calcula a su vez ponderando los años de escolaridad previstos¹² y los años de escolaridad promedio¹³ efectivamente cursados.

Al analizar la evolución de dicho indicador en el período 1990-2017 en Benín, Camerún y Costa de Marfil, se observa que, para los tres países, se registra un **incremento paulatino a lo largo de los años**. Sin embargo, **los tres permanecen muy por debajo de la media mundial, al igual que la mayor parte de África Subsahariana**, reflejando el rezago educativo existente en la región. Si se compara con, por ejemplo, el indicador para España, se observa que este es prácticamente el doble. Este fenómeno refleja la falta de convergencia entre los países de ingresos altos como es el caso de España, y aquellos de ingresos bajos, como Benín, Camerún y Costa de Marfil.

Imagen 5. Índice de Educación

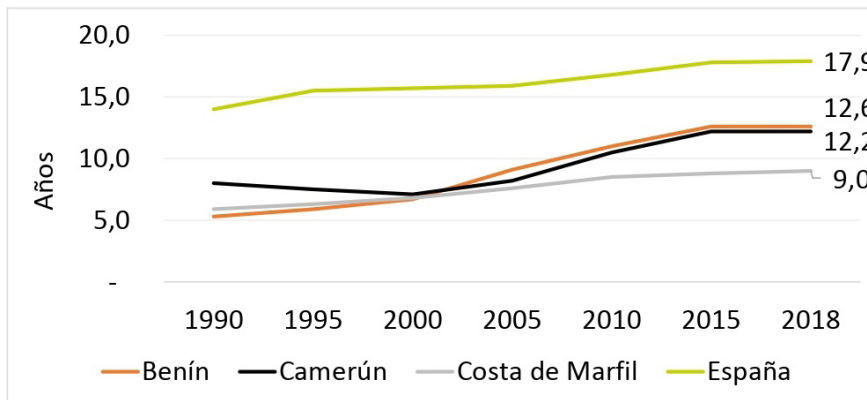


Fuente: Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo

Al monitorizar la evolución en el tiempo de los años de educación previstos para un niño en los tres países en cuestión, se observa que, desde el año 2000, **tanto Camerún, como Benín y Costa de Marfil presentan incrementos sustanciales en sus cifras**. La escolaridad prevista para un beninés incrementó entre 2000 y 2015 de 7 a 13 años, reflejando un avance crucial para el sistema educativo nacional en cuanto a expectativas. También Camerún evidencia cifras alentadoras, con un incremento de 7 a 12 años en el mismo período de tiempo. Costa de Marfil, por su parte, presenta un mayor rezago, aunque se evidencia cierto crecimiento.

La cara negativa de estas cifras radica en que una escolaridad esperada de, como mucho, **13 años, apenas cubre la educación secundaria**, indicando que la educación terciaria o especializada permanece lejos del alcance de grandes segmentos de la población. **En España, por ejemplo, la cifra promedio asciende a 18 años**, indicando que se prevé que los alumnos alcancen al menos algún estudio terciario. En promedio, se espera que un español tenga una escolarización 6 años más larga que un camerunés.

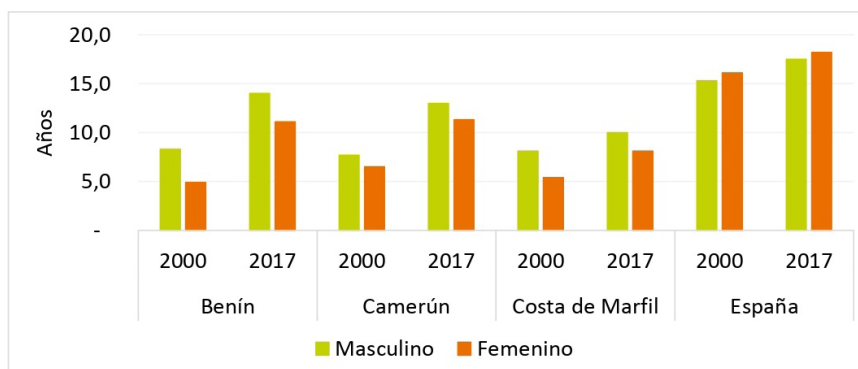
Imagen 6. Años de educación previstos



Fuente: Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo

Si se analizan los datos anteriores por sexo, también **puede observarse una importante disparidad entre hombres y mujeres en África subsahariana, aunque con mejoras evidentes**. En Benín, por ejemplo, en el año 2000 se preveía que la etapa de escolarización de un hombre prácticamente duplicaría la de una mujer. Hoy en día, se espera que un hombre se escolarice durante 14 años, mientras que una mujer, 11. Si bien la diferencia de años permanece relativamente igual, la proporción de años de escolarización de los hombres con respecto a las mujeres ha disminuido, indicando un potencial cierre de la brecha de género. Sin embargo, la prevalencia en los tres países de una desventaja para las mujeres a la hora de escolarizarse refleja la **necesidad de seguir impulsando estudios y proyectos de equidad de género en la zona**. En el caso de España, por ejemplo, la situación es diferente, pues los años de escolarización previstos para las mujeres superan al de los previstos para los hombres.

Imagen 7. Años de educación previstos por sexo



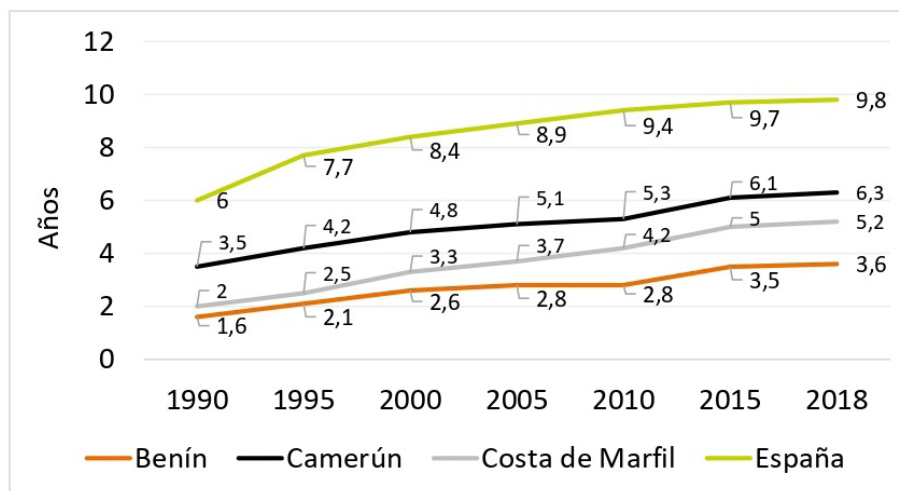
Fuente: Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo

Sin embargo, al analizar los años de escolaridad cursados por la población de 25 años o más, se obtiene un indicador de la situación de la población que ya ha concluido su escolaridad (o con la edad suficiente para haber concluido al menos 3 años de educación superior). Observando los números, puede verse que, en sentido general, **las medias por país han ido en constante aumento a través de los años**. Esto quiere decir, aislando otros factores que podrían influir, que año tras año la población mayor de 25 años ha recibido una escolarización más extensa.

Sin embargo, **los números siguen siendo muy bajos**. En Benín, por ejemplo, en 2017 una persona en este rango de edad tenía en promedio de apenas 4 años de vida escolar. Si bien se trata del doble que en 1990, esto apenas cubre una parte de la educación primaria; en el mejor de los casos. Camerún, el caso más positivo de los tres países africanos analizados, apenas acumula 6 años. En España, sin embargo, las cifras prácticamente se duplican, alcanzando los diez años, es decir, el nivel secundario.

Es importante destacar que **la cifra incluye grupos de población que estudiaron bajo distintas condiciones sociopolíticas y económicas** y con distintos sistemas educativos, por lo cual, si estos grupos recibieron formación durante pocos años, siempre empujarán estas cifras hacia abajo.

Imagen 8. Años de escolarización promedio > 25 años

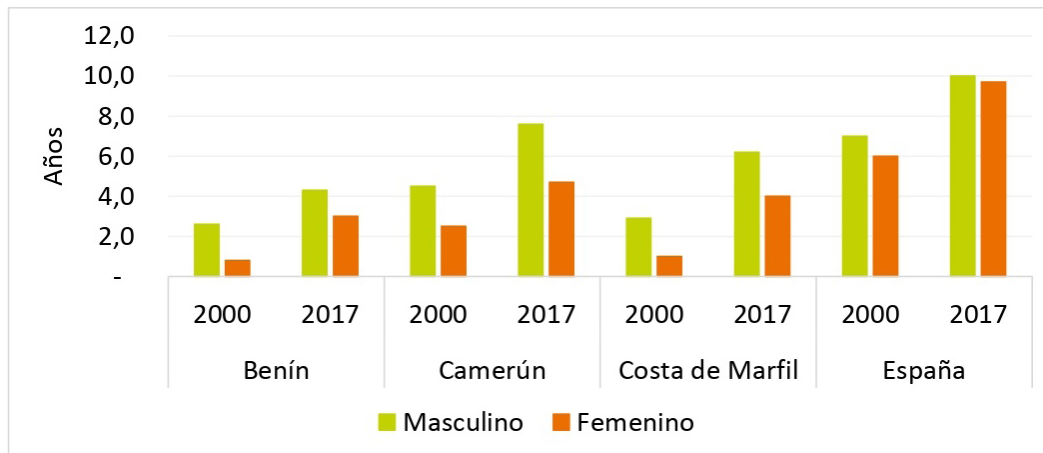


Fuente: Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo

Si se desglosan las estadísticas anteriores por sexo, se observa cómo las mujeres han recibido un nivel de escolarización (en este caso, medido en años) mucho menor al de los hombres en los países analizados, y como, **a pesar de que las cifras presentan mejorías, la brecha por sexo continúa siendo aún significativa**. En el año 2000, la mujer promedio de Benín había recibido un año de escolarización, aunque en 2017 esta cifra aumentó a 3 años de escolarización, siendo superior en el sexo masculino.

Sin embargo, se puede apreciar que queda **aún un largo trayecto que recorrer** comparando Benín con otros países de su región, como Camerún, el cual prácticamente duplica sus cifras. Si se compara a los tres países seleccionados con España, se observa que este último presenta cifras promedio mucho mayores y, de la misma forma, una brecha por sexo mucho menor.

Imagen 9. Años de escolarización promedio > 25 años por sexo



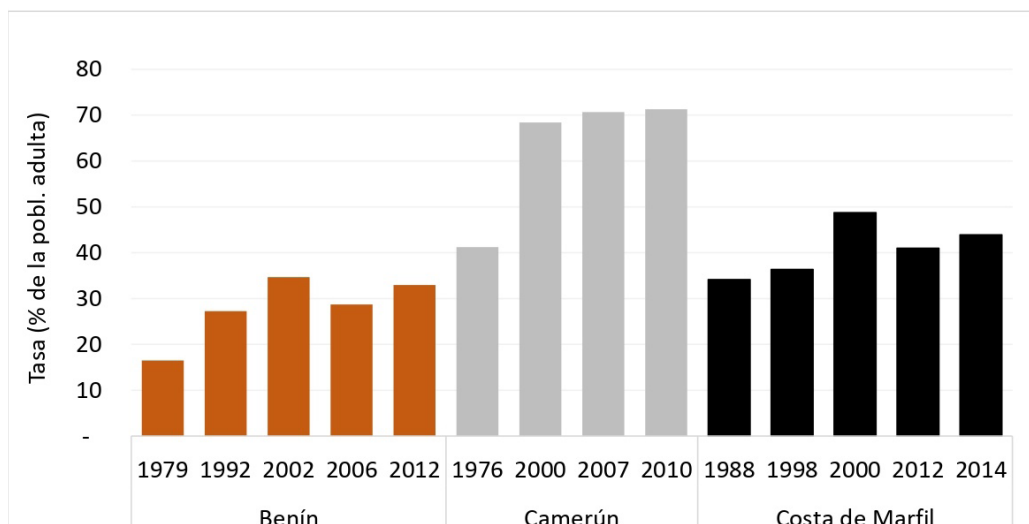
Fuente: Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo

Históricamente, la **tasa de alfabetización** ha sido un indicador base a la hora de evaluar el panorama educativo de un país. Al evaluarla, para los países analizados en este informe, se observa que estas **reflejan la insuficiencia de los sistemas de formación locales**.

Del mismo modo, las cifras reflejan disparidades importantes entre los países seleccionados. Por ejemplo, en 1979 tan solo el 16% de la población adulta de Benín sabía leer y escribir. En 2012 el porcentaje se había duplicado, alcanzando el 33%. Pero aunque la mejora es evidente, la cifra queda muy por debajo del promedio regional y global.

En el caso de Costa de Marfil, en 1988 el porcentaje de alfabetización ya era superior a la cifra de 2012 de Benín, con un 34%. En 2014, el porcentaje aumentó a 44%, lo que sigue estando **muy por debajo del promedio regional y global**. Camerún, por su parte, presenta la mejor situación de los tres. Entre 1976 y 2010 logró aumentar su tasa de alfabetización de 41% a 71%. Aunque **en África subsahariana Camerún es uno de los países con mejores cifras**, al compararlo con otras regiones como América Latina se aprecia que aún permanece muy por debajo. Si se compara con las cifras españolas, que alcanzan en 2016 el 99.6%, se demuestra que aún queda un largo camino por recorrer.

Imagen 10. Tasa de alfabetización en edad adulta (15 años en adelante)

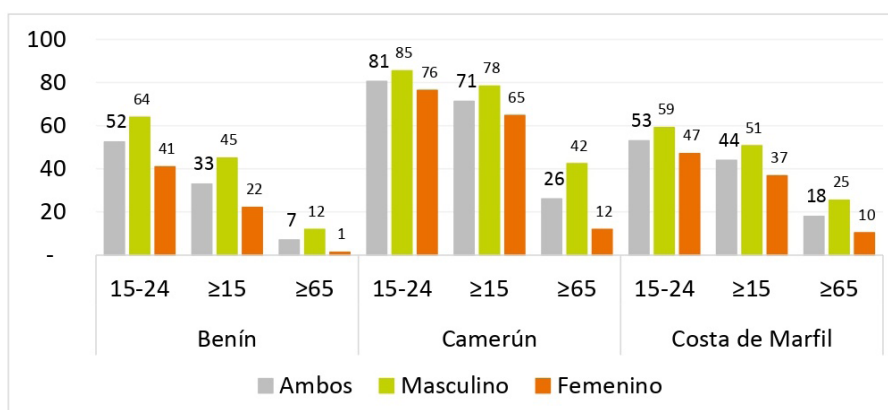


Fuente: UNESCO

Se evidencian importantes diferencias al desglosar los datos anteriores por edad y sexo. De acuerdo con los datos más recientes recopilados por la UNESCO, por ejemplo, se observa que **en jóvenes de 15 a 24 años la brecha por sexo es considerablemente menor** en Camerún que en Costa de Marfil o Benín. En Benin, en 2014, por cada tres jóvenes hombres alfabetizados solo dos mujeres lo estaban. El panorama en Camerún y Costa de Marfil era diferente, con proporciones de 8:7 y 5:4, hombres:mujeres, respectivamente.

Sin embargo, a pesar de la diferencia de género, es destacable el progreso en Benín. La tasa general de la población mayor de 65 años era de apenas un 7% en 2012. El dato más sorprendente es que para las mujeres, la tasa era de tan solo un 1%; por cada 12 hombres mayores de 65 años que leían y escribían, apenas una mujer lo hacía. Si se comparan estas cifras con las de la población entre 15 y 24 años, **puede verse una mejora general en las tasas y una reducción de la brecha por sexo**. Esto puede ser un indicador de mejora en el acceso equitativo a la educación, aunque el camino por recorrer es largo. Tendencias similares se reflejaron en Camerún y Costa de Marfil, aunque las tasas generales de Camerún son muy superiores a las de los otros dos países.

Imagen 11. Tasa de alfabetización (%) por país, edad y sexo



Fuente: UNESCO (Benín – 2012, Camerún – 2010, Costa de Marfil – 2014)

3.2 Indicadores de matriculación

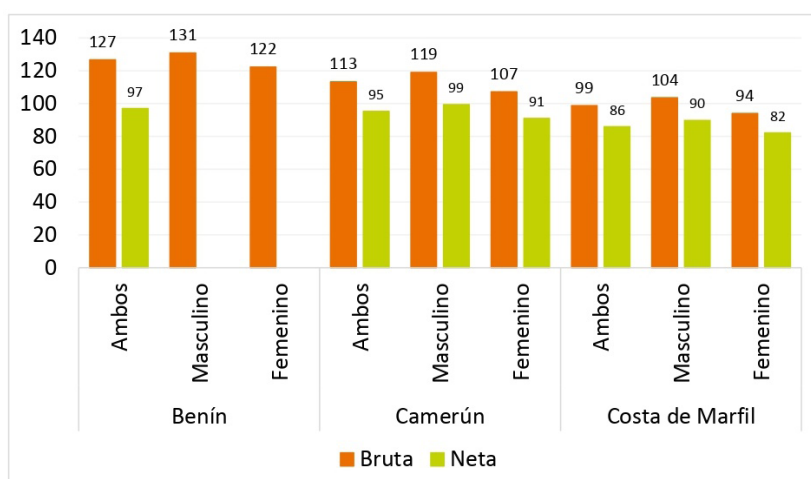
Las **tasas de matriculación** son importantes indicadores a la hora de evaluar el acceso al sistema educativo. En este sentido, a la hora de evaluar las tasas de matriculación bruta¹⁴ y neta¹⁵ de Benín, Camerún y Costa de Marfil, se evidencia que, a pesar del progreso evidente logrado en la materia, **la oferta educativa resulta poco accesible** para porcentajes importantes en la población; fenómeno que tiene parte de su sustento en la visible brecha de género.

Educación primaria

Si se analizan, por ejemplo, las tasas de matriculación neta de la educación primaria en 2017 para los países en cuestión, se observa que **la mayor parte de los niños en edad de cursar dicho nivel educativo, lo están haciendo**. En los casos más exitosos, Benín y Camerún, la UNESCO reporta que, en el año analizado, el 97% y el 95% (respectivamente) de la población en edad de cursar educación primaria, lo hacía. Dichas cifras no distinguen si la edad corresponde al grado en específico de estudio, por lo cual es difícil diferenciar rezagos dentro del nivel educativo. Sin embargo, las cifras reflejan casi su totalidad en ambos países. Las cifras de Costa de Marfil rondan el 86%. Al desglosar por género, se identifica que, en Camerún, **por cada 8 niñas que acceden a la educación primaria, 9 niños lo hacen**. Cifras similares se identifican en Costa de Marfil, mientras que Benín no presenta información al respecto.

Si se observan las tasas brutas, puede verse que estas sobrepasan el 100%, debido a que esta **contabiliza no solo aquellos que están en el rango de edad esperado para el nivel educativo, sino cualquier persona que esté en el mismo**. En los casos de Benín y Camerún se refleja este fenómeno, lo cual pudiera responder a dos factores en particular: que las debilidades a la hora de acceder al sistema educativo impliquen que las personas accedan de manera tardía y que el incremento en el acceso a la educación implique que personas que no tenían acceso a la educación anteriormente ahora lo tengan. En países donde no se alcanza la totalidad en el rango de edad correspondiente, es difícil determinar cuál de los dos factores es el relevante.

Imagen 12. Tasas bruta y neta (%) de matriculación en educación primaria en 2017



Fuente: UNESCO

Si se comparan los casos anteriores con el caso español, se identifican las debilidades relativas a los sistemas educativos analizados anteriormente. Por ejemplo, **la tasa neta de matriculación en la educación primaria española es de 98.5%**, con una brecha por sexo de apenas 0.1% en favor del sexo femenino. Es decir, es prácticamente la totalidad tanto para hombres como mujeres. La tasa bruta apenas aumenta a 103%, lo cual indica que son pocas aquellas personas que cursan educación primaria fuera de la edad determinada. Esto evidencia un **sistema de educación primaria más accesible**, inclusivo y estable.

Educación secundaria

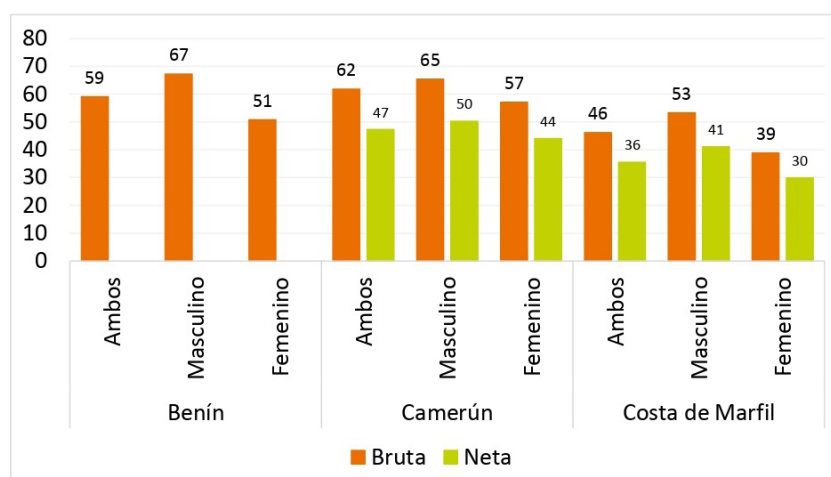
Al aumentar el nivel educativo, se observa que las tasas tanto bruta como neta para los países analizados empiezan a disminuir, lo cual indica que la **dificultad de acceder al sistema educativo aumenta a medida que la complejidad de la formación incrementa**.

En el caso de Camerún, apenas el 47% de la población en edad de pertenecer al nivel secundario se encontraba en el mismo en 2016. Al desglosar por sexo, se evidencia una disparidad similar al caso de la educación primaria. Costa de Marfil presenta cifras netas más bajas aún: 35% sin distinción de sexo y, en específico para el sexo femenino, menos del 30%.

Al observar las tasas brutas de la UNESCO, se observa que **Benín tiene una mayor disparidad de género que Camerún y Costa de Marfil**. Sin embargo, realizar alguna otra deducción es complicado puesto que la tasa neta de Benín no se encuentra disponible.

En el caso español, la disminución de las tasas es mucho menos significativa. El 96% de las personas en edad de estar en el nivel de educación secundaria lo está. Si se compara esta cifra con el 98% registrado para la educación primaria, se observa que, al aumentar el nivel educativo, no necesariamente disminuye el acceso al sistema de manera significativa. Este fenómeno no se verifica en los tres países africanos analizados.

Imagen 13. Tasas bruta y neta (%) de matriculación en educación secundaria en 2016



Fuente: UNESCO

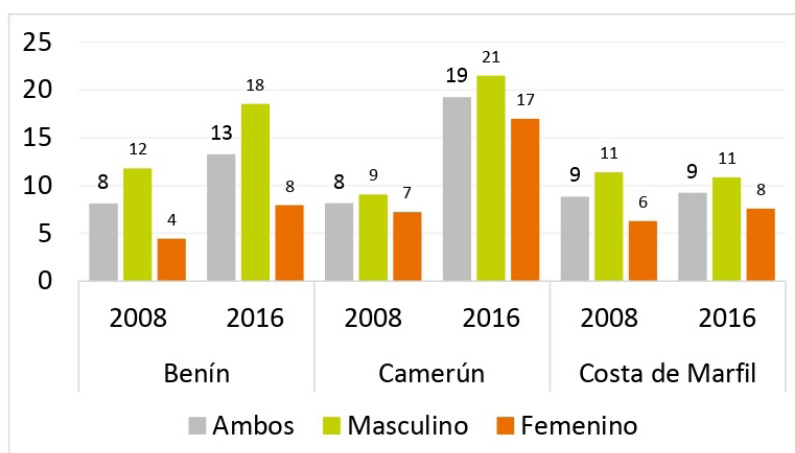
Educación terciaria

Sin embargo, las cifras que reflejan una mayor necesidad de reforzar el sistema de formación de los países en cuestión son las relativas a la educación superior, con una **mayor disparidad de género y porcentajes de matriculación mucho menores** a nivel general. En Camerún, el caso más exitoso de progreso de los tres, la tasa bruta de matriculación en educación superior¹⁶ es de apenas el 19%, 17% en el caso de las mujeres. En Benín, la tasa general es del 13% mientras que en Costa de Marfil apenas llega al 9%, con importantes disparidades de género por igual, especialmente en Benín.

Las bajas cifras reflejan así la **necesidad de generar mecanismos de acceso e incremento de oferta educativa a nivel superior en los tres países**, aunque determinar las aristas específicas para cada país requeriría un análisis de mayor envergadura, con una mayor disponibilidad de información. Los datos provistos para la educación superior tampoco distinguen entre subtipos de formación que pudiese recibir el estudiante.

En el caso español, las tasas de inserción en la educación superior son globalmente de 91%: 99% para mujeres, y 83% para hombres, al menos cuatro veces mayores a las de los países africanos analizados.

Imagen 14. Tasa bruta (%) de matriculación en la educación superior

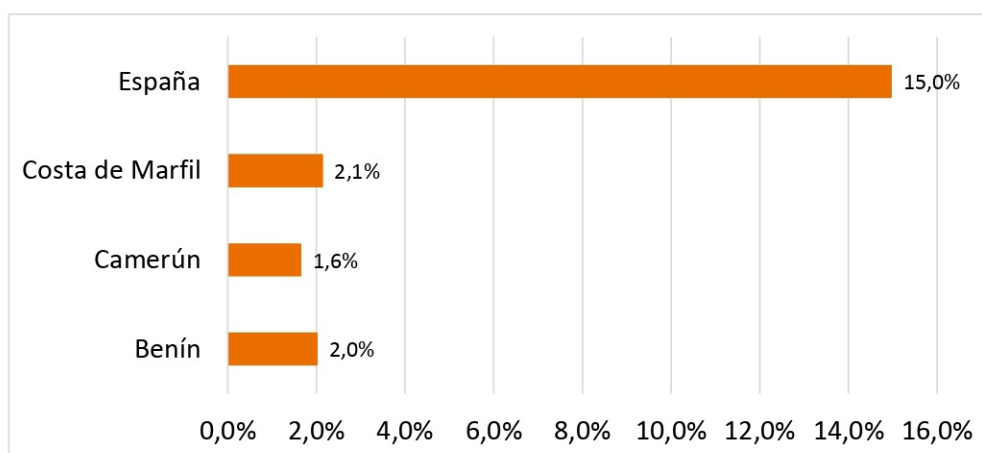


Fuente: UNESCO

Los datos provistos en 2010 por el Banco Mundial indican que **apenas un 2% o menos de la población mayor de 15 años en Benín, Camerún y Costa de Marfil habían completado esta etapa de estudio**. En España, la cifra reportada alcanzaba el 15% en 2010, cifra incluso mayor a la de países cercanos como Portugal, Italia o Francia y que ha evolucionado muy positivamente; según un estudio de la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas, un 35% de la población española de 25 a 64 años contaba con estudios superiores en 2017, mientras que la media de la Unión Europea se sitúa en el 33%. Aunque no hay datos actuales, se espera que los países africanos analizados también hayan evolucionado.

Sin embargo, su situación aún distará mucho de la española. Un informe del Banco Mundial de 2007 sobre la financiación de la enseñanza superior¹⁷, destaca que “los sistemas de educación superior de los países africanos francófonos enfrentan hoy muchos retos. **Su cobertura cuantitativa se encuentra entre las más bajas del mundo**, con una tasa de escolarización en educación terciaria en 2004 de un 3% de promedio, frente al 8% en países con niveles comparables de desarrollo humano”. En el mismo informe, se concluye que **una persona de un hogar clasificado entre los 20% más pobres, tiene 15,2 veces menos probabilidades de obtener una educación superior que otra de los 20% más ricos**, frente a 5,1 veces menos para el nivel secundario y 1,5 veces menos para el nivel primario.

Imagen 15. % de la población que completó la educación terciaria a 2010 (>15 años)



Fuente: Banco Mundial

Aunque las estadísticas elaboradas por el Banco Mundial datan de 2010, si se observa el incremento sustancial en otros indicadores, como la tasa bruta de matriculación en la educación terciaria y la implantación de planes estatales y proyectos de mejora del sistema, probablemente las cifras de finalización de estudios sean mucho mejores en la actualidad.

En este sentido, es importante recalcar la **necesidad de mejorar los sistemas de recolección, análisis y organización de datos** de cara a poder monitorizar el estado de los distintos sectores, en específico el sector formativo. De todos modos, el crecimiento del sector también plantea la cuestión de la capacidad de los sistemas de educación superior para responder a dicha demanda.

La calidad de la formación, así como la relevancia de la formación en relación con las necesidades del mercado laboral, representan otros desafíos importantes para estos países.

“El propósito de la información no es el conocimiento, es poder tomar la acción correcta.”

Peter Drucker

Escritor y consultor de estrategia empresarial

4. Sistemas de formación superior sanitaria

A pesar de las negativas cifras en materia de salud en África subsahariana, es importante destacar que **cada país cuenta con su propio sistema de formación y capacitación de profesionales de ciencias de la salud**, con sus fortalezas y debilidades.

Si bien es cierto que los sistemas de formación en salud han mejorado con el tiempo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) reporta que, en 2017 en Benín, por cada 10.000 pacientes había 1,5 médicos, en Camerún 0,8 y en Costa de Marfil 1,4. Mientras tanto, en España esta cifra ronda los 40 médicos.

La comparación refleja las **enormes desigualdades entre países de bajos y altos niveles de desarrollo humano**. La OMS constató que 2,3 sanitarios (entre personal médico y de enfermería) por 1.000 habitantes es el umbral mínimo para garantizar cuidados básicos de salud al 80% de la población de un país. En efecto, los tres países analizados están muy por debajo de este umbral.

Entre otras razones, estas cifras apuntan al hecho de que sus sistemas educativos **no forman suficiente personal médico para saciar las necesidades de sus habitantes**. A continuación, se expone una breve síntesis sobre los mismos para Benín, Camerún y Costa de Marfil en específico.

4.1 Benín

En lo relacionado con Benín, se han identificado las siguientes **tres universidades** como entidades formadoras de médicos a nivel local:

1. **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad de Abomey-Calavi (UAC) – Cotonou (pública).
2. **Facultad de Medicina** de la Universidad de Parakou (UP) – Parakou (pública).
3. **Instituto de Formación en Enfermería y Obstetricia** (IFSIO)- Parakou (público).

En este mismo contexto, el Instituto Regional de la Salud Pública ofrece especializaciones y formaciones de corta y larga duración en distintas ramas de las ciencias médicas. De manera complementaria, se imparten estudios de **ciencias farmacéuticas**. El Centro Regional de Desarrollo Sanitario también ofrece formaciones técnicas.

4.2 Camerún

Según lo postulado por el Perfil de Recursos Humanos para La Salud, dirigido por el Ministerio de Salud Pública de Camerún, el país cuenta con **siete facultades e institutos** públicos y privados aprobados para formar médicos¹⁸:

1. **Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas** de la Universidad de Yaundé – Yaundé (pública).
2. **Facultad de Medicina y Ciencias Farmacéuticas** de la Universidad de Duala – Duala (pública).
3. **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad de Buéa – Buéa (pública).
4. **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad de Bamenda – Bamenda (pública).
5. **Facultad de Ciencias Profesionales Biomédicas y Médicas** de la Universidad de Ngaoundéré – Ngaoundéré (pública).
6. **Instituto Superior de Ciencias de la Salud** de la Universidad de las Montañas de Bangangté – Bangangté (privada).
7. **Instituto Superior de Tecnología Médica** Nkolodom – Yaundé (privado).

A nivel de especialización, sólo la **Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas** de Yaundé ofrece ciclos, en específico, para 23 especialidades.

4.3 Costa de Marfil

En el caso de Costa de Marfil, se han identificado las **dos universidades** siguientes como formadoras de médicos a nivel local¹⁹:

1. **Facultad de Ciencias Médicas** de la Universidad Félix Houphouet Boigny – Abidjan (pública).
2. **Facultad de Ciencias Médicas** de la Universidad Alassane Ouattara – Bouaké (pública).

Por otro lado, la Universidad Nangui Abrogoua, también en Abidjan, provee estudios y formaciones preparatorias en medicina y odonto-estomatología.

Analizando los tres países, Camerún cuenta con una oferta más amplia en términos cuantitativos y de especialidades clínicas. **Benín y Costa de Marfil presentan un número más reducido de estructuras** de enseñanza superior en salud. De cualquier modo, los tres países viven una crisis profunda de origen multifactorial en materia educativa y de salud.

Por un lado, es cierto que el número limitado de plazas en instituciones educativas con cursos de salud restringe la oferta, pero también es importante mencionar que **existe un número no despreciable de diplomados que acaban saliendo del país en busca de mejores condiciones laborales**. Otras veces, los sanitarios buscan especializaciones en otros países, donde la oferta y la calidad cumplen los criterios internacionales estandarizados. Algunos ya no vuelven a su país al terminar la formación, pues una vez fuera, les surgen mejores oportunidades.

Además de un déficit cuantitativo, los recursos humanos en salud sufren también un importante déficit cualitativo. Por una parte, las ofertas formativas no son las más adecuadas para las necesidades del sector. Por otra, hay una **escasez de calidad educativa** que pasa por la **falta de condiciones materiales, el ratio de alumno por aula superior al aforo, la baja motivación del personal docente y la falta de preparación pedagógica** del mismo. Esto tiene repercusiones directas en la calidad de la atención sanitaria prestada. Por eso, en los tres países, se están llevando a cabo acciones estratégicas para reforzar el sector salud. Las acciones son variadas pero la mayoría pasan por:

- Incrementar el número de efectivos.
- Mejorar la remuneración del personal sanitario y docente.
- Mejorar las condiciones materiales del espacio laboral.
- Potenciar la formación continua para reforzar competencias técnicas y profesionales.
- Reestructurar los programas formativos en la educación terciaria.

Tanto los Gobiernos de los países como la Organización Mundial de la Salud también mencionan la importancia de la **formación continua**. Se consideran como acciones de formación continua todas las que se dirijan a profesionales diplomados, en formato teórico, práctico o mixto y que tengan como objetivo el desarrollo profesional de sus beneficiarios.

Generalmente, la formación continua se realiza por medio de cursos o talleres especializados, pero, en su sentido más amplio, la formación continua es **cualquier acción desarrollada con el objeto de reforzar o perfeccionar técnicas y/o competencias profesionales**. Este tipo de formación puede a la vez cubrir carencias actuales urgentes o potenciar el reciclaje de conocimientos y la actualización de los mismos.

Cuando se implementa a largo plazo y de acuerdo con las necesidades del personal, la formación continua puede servir como factor de motivación y valor añadido para los empleados de estructuras sanitarias.

“Si no se hace nada, cerca de 400 millones de personas morirán por enfermedades crónicas en los próximos 10 años. Muchas de estas muertes ocurrirán de forma prematura, afectando a familias, comunidades y países por igual.”

Catherine Le Galès-Camus

Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental

5. La salud en números

Según lo registrado en las estadísticas oficiales de organismos internacionales especializados, **África subsahariana es la región del mundo más vulnerable en términos de salud, a pesar de su evolución durante los últimos años**. La prevalencia de enfermedades ya controladas en otras regiones refleja sistemas de formación mejorables, baja oferta médica y problemas de acceso a un sistema de salud de calidad e igualitario para toda la población. Efectivamente, aunque la educación y la formación técnica y profesional sean de gran importancia para combatir problemas sanitarios, no pueden actuar de forma aislada. **Existe todo un sistema de base a nivel de infraestructuras, equipamiento y coordinación imprescindible** para la actividad sanitaria.

Además, otros medios más indirectos, como son la disminución de la pobreza, el incremento del empleo, la consolidación de las actividades económicas y todo lo que contribuya al desarrollo económico, son también factores importantes a la hora de garantizar a largo plazo los cuidados universales de salud.

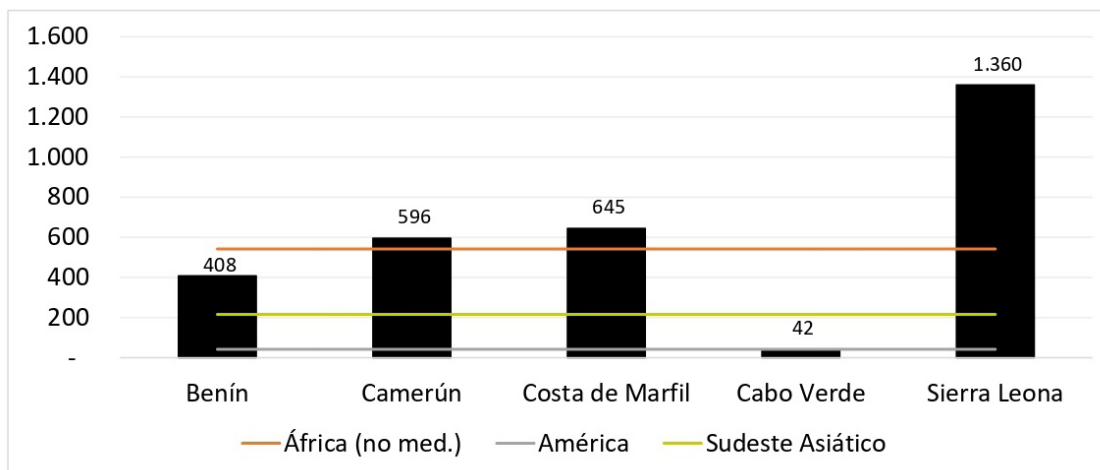
Por tanto, **la salud depende directamente del logro de distintos objetivos que se encuentran dentro de una compleja red de instituciones políticas, sociales y económicas**. Cuando los países, como es el caso de Benín, Camerún y Costa de Marfil, presentan fragilidades en muchas vertientes, esto tendrá un impacto directo en la atención sanitaria que puedan garantizar a sus ciudadanos. Por todo esto, los indicadores de salud en estos países son, aún a día de hoy, muy preocupantes.

Los datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud reflejan que **África (no mediterránea) es la región²⁰ con mayor incidencia de mortalidad materna**. De media, de cada 100.000 nacimientos 542 madres mueren por consecuencia del parto o del embarazo. En el sudeste asiático, por ejemplo, la tasa promedio es de 164. Para América esta es de apenas 42, cifra que presenta un importante sesgo por la elevada tasa en Haití: 359. Sin embargo, la tasa del país en peor situación socioeconómica de América Latina se ubica muy por debajo del promedio regional de África.

En países como Sierra Leona, 1.360 madres mueren por cada 100.000 nacimientos. En países como Chad, Nigeria o Sudán del Sur, las cifras superan las 800 muertes. La cifra promedio para América coincide con la cifra más baja para un país africano, Cabo Verde.

De los países analizados en este estudio, es importante destacar que **Costa de Marfil y Camerún presentan cifras de 645 y 596 respectivamente**, ambas ligeramente por encima del promedio regional, aunque muy por debajo de naciones como Sierra Leona. Benín, por su parte, registra cifras menores, 405, aunque aún por encima de la media global, que se ubica en 216.

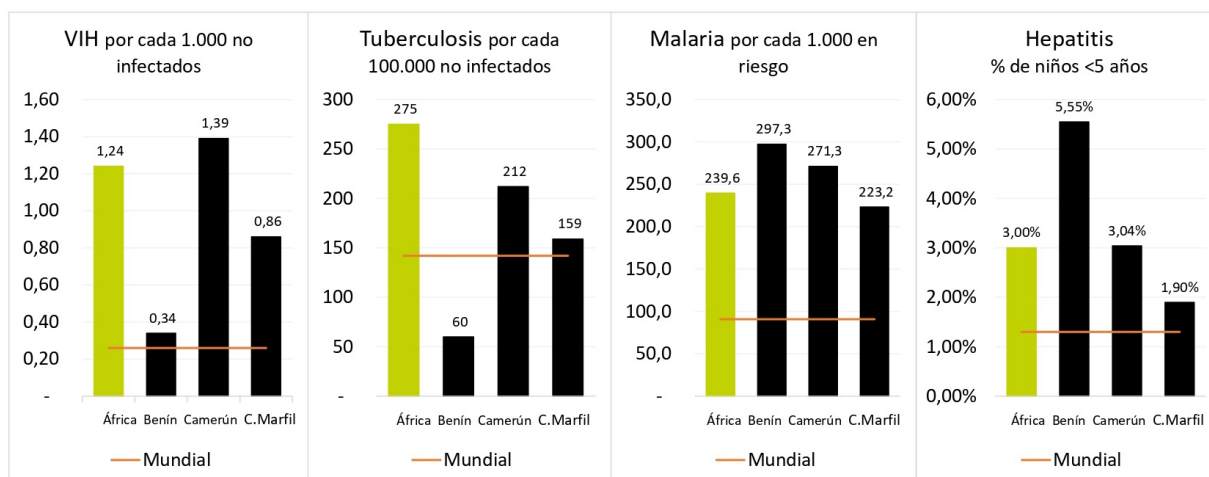
Imagen 16. Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 partos) en 2015



Fuente: OMS

Otro problema latente en términos de salud en África subsahariana es la **prevalencia de enfermedades que en otras regiones están más controladas o reducidas**. La epidemia del **VIH** en la región, a pesar de presentar una disminución tendencial en los últimos años, continúa estando presente con cifras elevadas. Los datos de la OMS reflejan que, en 2015, por cada 1.000 personas 1,4 estaban infectadas en Camerún, cifra por encima de los promedios regionales (1,2) y mundiales (0,26). Costa de Marfil (0,9) y Benín (0,3) presentan cifras por debajo de la media regional, pero por encima de la mundial.

Imagen 17. Prevalencia de enfermedades en África no mediterránea en 2015



Fuente: OMS

Por otro lado, Camerún y Costa de Marfil presentan **cifras superiores a la media mundial** en términos de incidencia de **tuberculosis**, aunque por debajo de la media regional. Benín, por su parte, se encuentra por debajo de ambas medias. Sin embargo, supera las medias regionales y mundiales tanto en casos de **malaria** como de **hepatitis**. Por cada 1.000 personas en riesgo de contraer malaria en Benín, 297 la contraen, siendo la media mundial de apenas 91. Camerún también se encuentra por encima de ambas medias.

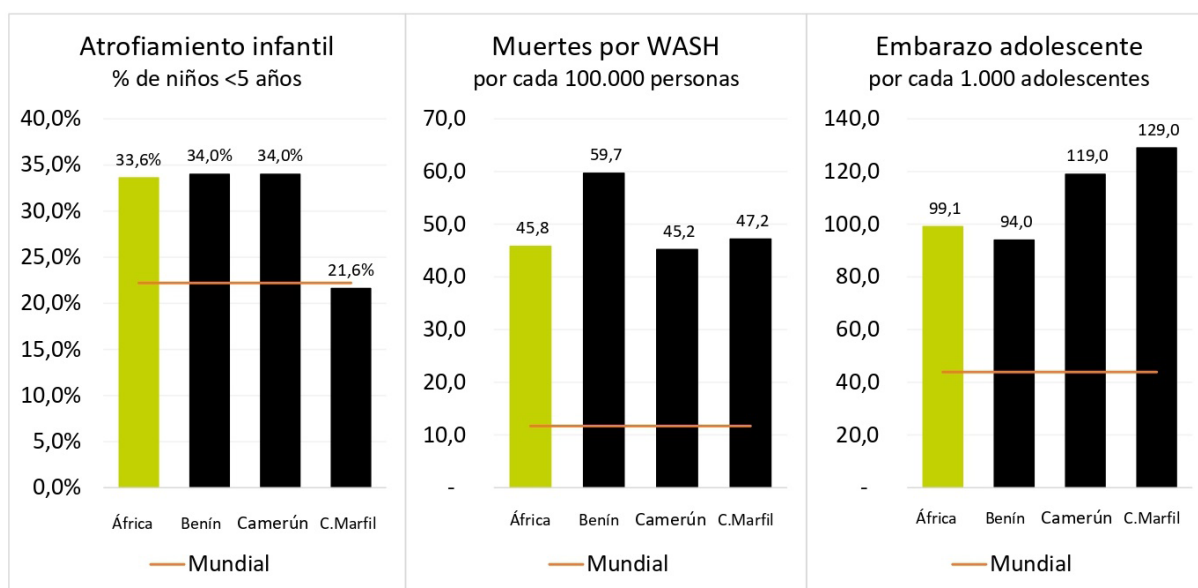
En el caso de la hepatitis, más de un 5% de los niños menores de 5 años la han contraído en Benín, muy por encima de las medias regional y mundial.

En términos de **atrofia infantil**, relacionada parcialmente con **problemas nutricionales**, África como región se encuentra por encima de la media mundial para niños y niñas menores de 5 años. Camerún y Costa de Marfil, por ejemplo, superan la media regional, con cerca del 35% de niños y niñas en el rango de edad especificado que se encuentran por debajo del tamaño adecuado para su edad.

Aún más drásticas son las cifras de muerte por **falta de servicios WASH (agua, saneamiento e higiene)**. Por cada 100.000 personas, 60 mueren en Benín por causas relacionadas con la pobre provisión de estos servicios. La media mundial es 11,7, mientras que la de África subsahariana es de 45,8.

Las cifras de **embarazo en jóvenes adolescentes** muestran tendencias similares, con África (y en específico, Benín, Camerún y Costa de Marfil) **por encima de la media mundial**. Por cada 1.000 adolescentes, 129 se quedan embarazadas en Costa de Marfil.

Imagen 18. Otros indicadores del sector salud en 2015



Fuente: OMS

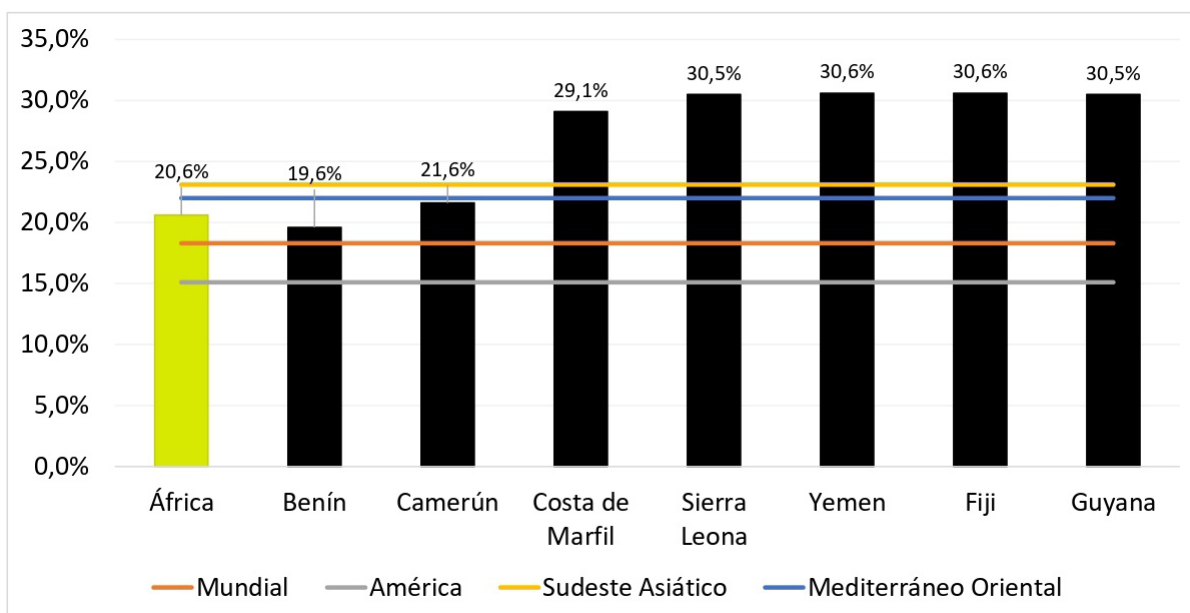
En relación a **enfermedades no transmisibles**, tales como **diabetes, cáncer, enfermedades renales o cardíacas**, la OMS indica que en 2018 la probabilidad de fallecer a causa de una de estas enfermedades era del 20,6% en el continente africano. Para países como Camerún y Costa de Marfil, la cifra es mayor, alcanzando cerca del 30%. La mortalidad por estas causas para Sierra Leona roza el 30,5%, siendo apenas superada por Yemen y Fiji.

Si bien es cierto que el Sudeste Asiático como región registra una mayor probabilidad, la estadística para África no debe desestimarse dada la **vulnerabilidad** de los sistemas de salud en muchos de los países de la región.

Una comisión liderada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard informó en 2017 de un **incremento en la prevalencia de diabetes en la región**, indicando que para personas de 55 a 65 años, esta alcanzaría el 30% de mortalidad. De estos casos, solo la mitad son diagnosticados y apenas uno de cada diez, tratados.

El informe atribuye este incremento, en parte, a que los sistemas de salud han volcado sus esfuerzos en lidiar con enfermedades de transmisión, mostrándose **poco preparados para enfrentarse a otro tipo de enfermedades, sobre todo enfermedades crónicas no transmisibles** como la diabetes²¹.

Imagen 19. Probabilidad de muertes por cardiopatías, enfer. renales, diabetes o cáncer en 2016



Fuente: OMS

“La salud depende directamente del logro de distintos objetivos que se encuentran dentro de una compleja red de instituciones políticas, sociales y económicas. Cuando los países, como es el caso de Benín, Camerún y Costa de Marfil, presentan fragilidades en muchas vertientes, esto tendrá un impacto directo en la atención sanitaria que puedan garantizar a sus ciudadanos.”

“Si bien se ha hecho mucho, el Gobierno es plenamente consciente de los esfuerzos que aún hay que hacer para mejorar la calidad y la pertinencia de las formaciones en universidades y escuelas públicas.”

Abou Karamoko

Presidente de la universidad Félix Houphouet Boigny de Costa de Marfil

6. Proyectos de salud en África subsahariana

A pesar de la posición poco ventajosa en la cual se encuentra el sector salud en África subsahariana en comparación con el resto del mundo, o quizá por ello, **la implementación de proyectos para la mejora de los sistemas en el área ha sido uno de los focos principales** de los organismos multilaterales especializados. Ya sea con un enfoque en enfermedades en concreto, mediante la financiación de mejoras infraestructurales o proveyendo formación para profesionales médicos, los proyectos en África han sido diversos.

En esta sección se encuentran plasmados tan solo algunos **proyectos ya ejecutados o en fase de ejecución**, enfocados en distintas vertientes del amplio sector sanitario en Benín, Camerún y Costa de Marfil. Es importante resaltar que los siguientes proyectos no son los únicos ejecutándose en estos países, sino que se trata más bien de **ejemplos específicos para plasmar las diversas áreas en las que se trabaja en el sector**. Más allá de los ejemplos que siguen, es así mismo importante tener en cuenta que existen centenares de pequeñas y medianas organizaciones que implementan proyectos de salud en la región.

6.1 Benín

La Organización Mundial de la Salud resalta la **importancia de las contrapartes** técnicas y financieras para el sector salud en Benín. Sin embargo, destaca la existencia de actuaciones no publicitadas (en inglés, hidden agendas) que dificultan la implementación de los planes diseñados y disminuyen la importancia del **Plan de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo** en el sustento de programas y proyectos del sector salud. Según la OMS, los puntos focales de su propia agenda en Benín son²²:

1. Enfermedades transmisibles.
2. Enfermedades no transmisibles.
3. Mejorar los indicadores de salud.
4. Reforzar el sistema de salud.
5. Mejorar la eficiencia y la gestión de resultados.

El proyecto relacionado con el **Desempeño del Sistema de Salud**, financiado entre 2010 y 2017 por el **Banco Mundial**, perseguía mejorar el desempeño de los centros de salud, el acceso financiero al sistema y fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud. El Gobierno de Benín fue el receptor de la financiación, así como el ejecutor del proyecto. El coste total de este proyecto fue de 33 millones de dólares²³.

Entre 2013 y 2019, el **Banco Mundial** también ha financiado en Benín un **Proyecto Multisectorial en Nutrición y Salud Alimentaria**, con el objetivo de incrementar la cobertura y utilización de las intervenciones relacionadas con la nutrición y el crecimiento infantil en comunidades de áreas seleccionadas de Benín. El proyecto busca fortalecer la coordinación estableciendo grupos comunitarios de consulta, el desarrollo de mecanismos de seguimiento, el fortalecimiento de programas agrarios y alimentarios y la mejora del acceso a alimentos y servicios de salud y el desarrollo de proyectos subcomunales específicos. El Gobierno beninés recibió el préstamo para el proyecto, que fue ejecutado junto al Consejo de Alimentación y Nutrición. El coste total del proyecto fue de 28 millones de dólares²⁴.

En otro orden, **USAID** financió de 2006 a 2012 un **Proyecto Integral de Salud Familiar** (PISAF), enfocado en la salud materna y neonatal, salud infantil, malaria, planificación familiar y VIH / SIDA. PISAF buscó mejorar la capacidad del personal y la administración de los servicios de salud y fortalecer los servicios dentro de los centros de salud. También mejoró la calidad de la recopilación de datos a nivel nacional y los sistemas de información para la malaria. Los tres objetivos principales de USAID a la hora de implementar el proyecto fueron: crear un ambiente de implementación saludable, incrementar el acceso a los servicios y productos sanitarios de calidad e incrementar la demanda de dichos servicios y productos²⁵.

Por su parte, el **Fondo de Kuwait para el Desarrollo Económico Árabe**, financió con 17 millones de dólares en 2015 un proyecto para **construir y equipar el Hospital de la Zona de Tcharourou** y un proyecto de desarrollo de seis centros de salud. El proyecto buscó contribuir satisfaciendo la demanda de servicios de salud existente en la zona, mejorando la calidad y garantía de los servicios de salud mediante la provisión de infraestructuras, equipamiento médico y facilidades técnicas²⁶.

6.2 Camerún

De acuerdo con los datos provistos por la **Organización Mundial de la Salud**, **la cooperación externa representa el 20% de la financiación del sector salud en Camerún**, según los datos más recientes. Entre los principales financiadores de ayuda multilateral destacan el Banco Mundial, la Unión Europea, el Banco Africano de Desarrollo, el Banco Islámico de Desarrollo, UNITAID y la Fundación Clinton, entre otros. La agenda estratégica de la OMS relativa al sistema de salud en Camerún tiene como puntos focales²⁷:

1. Apoyar la lucha contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
2. Mejorar los indicadores de salud en todas las etapas de la vida.
3. Mejorar la calidad de la seguridad sanitaria.
4. Fortalecer el sistema de salud.
5. Mejorar la eficiencia y la gestión de resultados.

Entre 2014 y 2016, el **Banco Mundial** financió el proyecto **Inversión para el Apoyo del Sector Salud en Camerún** (SWAP), con el objetivo de incrementar la utilización y mejorar la calidad de los servicios de salud con un enfoque particular en la salud infantil y materna, así como en enfermedades transmisibles. El receptor del préstamo fue el Gobierno camerunés y las agencias implementadoras del proyecto fueron el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo Regional; el Ministerio de Salud Pública y una Unidad Técnica de Financiamiento. El coste total del proyecto fue de 25 millones de dólares²⁸.

Desde 2016, la misma entidad financia un **Proyecto de Refuerzo de Rendimiento del Sistema de Salud**, con el objetivo de incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud con el foco puesto, también, en la salud materna, infantil, adolescente y reproductiva. Además, integra mejorar los niveles de nutrición en las comunidades camerunesas. El préstamo fue asumido por el Ministerio de Salud Pública, agencia que ejecuta el proyecto junto al Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo Regional. El coste total del proyecto fue de 127 millones de dólares²⁹.

Por su parte, a lo largo de su existencia, la **Coalición Canadiense para la Investigación en Salud Global** ha implementado **proyectos de investigación, formación y mejora de las condiciones** del sector sanitario en Camerún. Entre estos, se pueden destacar los siguientes³⁰:

1. La gestión de los residuos y el agua mejora la salud en Camerún (2003-2009)

Proyectos de **prevención en salud e higiene** en el hogar y las comunidades y gestión del agua en áreas menos privilegiadas de Yaundé, Camerún. La organización asegura una disminución en las tasas de diarrea e infecciones parasitarias en niños menores de 5 años y un mayor nivel de conciencia e instrucción con respecto a temas medioambientales, agua, higiene y sanidad.

Financiador: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.

Contraparte local: Escuela Nacional Superior Politécnica de Camerún.

2. Creación de competencias sostenibles para actividades de transmisión de conocimientos para una mejor salud en África Central (2008-2012)

El proyecto buscaba apoyar el sistema de atención médica en Camerún para responder adecuadamente a la creciente carga de **enfermedades crónicas, como las enfermedades no transmisibles y el VIH/SIDA**. El Dr. Pierre Ongolo-Zogo espera crear un centro de transmisión de conocimientos que desarrolle competencias sostenibles para un mejor sistema de salud en la subregión de África Central.

Financiador: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.

Contraparte local: Hospital Central de Yaundé.

3. La versión piloto de SMS móvil en Camerún - CAMPS (2010-2011)

Fue un ensayo controlado y aleatorio de **mensajes de texto de teléfono móvil vs. atención habitual** para lograr que más personas contagiadas con VIH en el Hospital Central de Yaundé se adhirieran a los medicamentos necesarios de la forma más adecuada. Implicó una encuesta cualitativa preliminar para determinar de qué manera los mensajes de texto deben adaptarse y una evaluación de la satisfacción de los participantes en el estudio y de los trabajadores de salud. No hubo una diferencia significativa estadísticamente hablando, pero el nivel de satisfacción de los pacientes y personal del centro fue alto.

Financiador: Red Canadiense de Pruebas de VIH de CIHR.

Contraparte local: Hospital Central de Yaundé.

Finalmente, destaca que en Camerún, en los últimos años, se ha introducido el enfoque PBF (Financiamiento Basado en el Rendimiento), mediante el cual los centros de salud pueden **recibir subsidios y otros incentivos económicos de acuerdo con los resultados que consigan**. Dicho enfoque ha sido aplicado ya en distintos proyectos del sector en la nación, aunque aún no se cuenta con datos para saber si el enfoque ha sido exitoso, pues se encuentra en su fase de implementación.

6.3 Costa de Marfil

La **Organización Mundial de la Salud** afirma tener un **rol coordinador en lo referente a contrapartes técnicas y financieras** para proyectos de salud en Costa de Marfil, trabajando a su vez junto al Ministerio de Salud marfileño. El país forma parte de distintos marcos, iniciativas y alianzas, entre las que la OMS destaca HQ+, Iniciativa Muskoka, IHP+, Fondo Global y Alianza GAVI, entre otras. La agenda estratégica de la OMS relativa al sistema de salud en Costa de Marfil tiene como puntos focales³¹:

1. Fortalecer la gobernanza del sector salud.
2. Fortalecer el sistema de salud.
3. Mejorar la salud infantil, reproductiva y materna.
4. Fortalecer el control de enfermedades.
5. Fortalecer la preparación y respuesta a emergencias.

La relación entre el Banco Mundial y el sector salud en África subsahariana es longeva. En 1985, el banco también financió un **Proyecto de Salud y Demográfico**, el primer proyecto financiado por la entidad en temas de salud. El mismo buscó apoyar al Ministerio de Salud en su intención de expandir la **capacitación en enfermería** para enfrentar el déficit de oferta.

El proyecto incluyó una revisión del currículum existente, fortaleciendo la formación en trabajo de campo y planificación familiar. El Gobierno de Costa de Marfil fue el receptor del préstamo³².

Desde 2014, el **Banco Mundial** ha financiado también el proyecto **Fortalecimiento de los Sistemas de Salud y Preparación Frente al Ébola**, el cual busca aumentar la financiación de los servicios de salud para mejorar la provisión de los mismos en sentido general. Además, buscará fortalecer la calidad de los cuidados, utilización de los servicios de salud y protección financiera para las comunidades empobrecidas y vulnerables. El Gobierno costamarfileño asume el préstamo y, junto al Ministerio de Salud y Lucha Contra el VIH, lo implementa³³.

Por otro lado, **USAID** ha financiado el **Proyecto de Mejora del Cuidado de la Salud**, en el que trabajó junto al Ministerio de Salud y sus programas relacionados con la prevención y tratamiento del VIH en 120 localidades de todo el país. El proyecto ha abarcado terapias antirretrovirales y prevención de la transmisión vertical del VIH, de madres a hijos; atención a niños y niñas huérfanos y vulnerables; prevención del VIH, y el programa de acreditación de laboratorios³⁴.

“La implementación de proyectos para la mejora de los sistemas en el área de la salud ha sido uno de los focos principales de los organismos multilaterales especializados, ya sea con un enfoque en enfermedades en concreto, mediante la financiación de mejoras infraestructurales o proveyendo formación para profesionales médicos.”

“La salud digital, que es donde la tecnología digital apoya la provisión de atención médica, es probablemente la herramienta más poderosa que las comunidades de bajos y medianos ingresos pueden usar para combatir enfermedades no transmisibles y lograr una cobertura de salud universal.”

Ann Aerts

Directora de Fundación Novartis

7. La telemedicina: alternativa de formación y atención

Trabajar para que los sistemas formativos de África subsahariana tengan la capacidad de producir suficientes profesionales, debidamente capacitados, y poder responder así a las necesidades sanitarias de la población es un **proyecto a largo plazo**. No obstante, las condiciones actuales del sector salud en África subsahariana demandan la **acción inmediata tanto interna como externa y la introducción de nuevos mecanismos** para lograr un mayor impacto en las comunidades más vulnerables. En este sentido, la **telemedicina**, como herramienta de incidencia positiva, ha surgido como una alternativa de diagnósticos, tratamiento y formación médica a distancia.

En África subsahariana, Malí es el país pionero en cuanto a telemedicina, registrando actividades relacionadas con este ámbito desde 1996. Sin embargo, no fue hasta 2008 cuando se institucionalizó la telemedicina a través de la creación de la **Agencia Nacional de Telemedicina e Informática Médica** (ANTIM). La telemedicina ha sido utilizada en Malí para consultas, neurocirugía, radiología y formación en zonas rurales, entre otras áreas del sector salud³⁵. La ANTIM ha desarrollado, a lo largo de su existencia, distintas plataformas, tales como la REEVASAN (Red Electrónica para la Evacuación Sanitaria), complementaria a la evacuación de pacientes que son trasladados de zonas rurales a centros urbanos.

Desde el año 2000, los Hospitales Universitarios de Ginebra están inmersos en coordinar una **red de desarrollo de telemedicina en África**, especialmente en la parte francófona. La RAFT (Red del África Francófona de Telemedicina), opera ya en más de 15 países y fue precisamente Malí el primer país en el que la red operó inicialmente.

7.1 Benín

En Benín, al igual que en Costa de Marfil y Camerún, se han implantado y desarrollado proyectos que utilizan la **telemedicina como herramienta para incrementar la calidad de la gestión de la salud** en el país. Un ejemplo de estos proyectos es el de la empresa Inmarsat, que ha desplegado terminales sin coste para conectar a los trabajadores locales de Aldeas Infantiles SOS con especialistas en un hospital urbano y permitir el intercambio de datos médicos. El proyecto piloto, lanzado en 2014, logró propulsar cientos de consultas digitales en sus primeros tres meses³⁶.

7.2 Camerún

A pesar de su reciente inserción, la telemedicina en Camerún ha ido posicionándose como una alternativa potencial de interés para **acortar distancias entre los pacientes con poco acceso al sistema y su inserción en el mismo**, ya sea bajo iniciativas públicas o privadas, locales o extranjeras.

En 2009, Camerún anunciaba la introducción de un proyecto de telemedicina en colaboración con organismos internacionales tales como la UNESCO. Dicho proyecto, propulsado por el científico camerunés Jacques Bonjaw, contaba también con la colaboración de los Ministerios de Economía y Salud y la Compañía de Telecomunicaciones CAMTEL, buscando dotar al sistema de salud de **acceso a la población rural mediante el desarrollo de una aplicación y la apertura de cuatro centros que estarían conectados** a un mismo servidor principal. Dicho proyecto contó con la colaboración de especialistas locales de áreas como cardiología e investigación, entre otros³⁷.

La médica camerunesa Patricia Sigam desarrolló en 2012, junto con el australiano Andreas Lorenz, la compañía digitalMedLab, que brinda soluciones a problemáticas del sector salud en África a través de la telemedicina. Con base en Zúrich (Suiza), Sigam y Lorenz han elaborado aplicaciones de distintas vertientes para disminuir la brecha existente entre el ciudadano y su sistema de salud correspondiente. La aplicación +WoundDesk, por ejemplo, busca **optimizar el sistema de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de heridas** a través de la telemedicina. Dicha aplicación ya ha sido utilizada en Camerún y continúa abriendo las puertas al mundo de la medicina remota en el país³⁸.

Además, en 2018, un grupo de médicos locales lanzó la aplicación iDocta, la cual permitiría a los pacientes **conectarse y solicitar directamente un médico para realizar una consulta en línea**, aunque pudiera posteriormente proponer consultas presenciales y grupos de discusión entre médicos sobre diagnósticos y casos de estudios. Dicha red busca producir impacto en áreas médicas como la medicina general, medicina interna, ginecología, pediatría, cirugía, radiología y odontología, entre otras. Esta red cuenta con más de 150 profesionales y busca desarrollarse en al menos diez regiones del país³⁹. Con este mismo objetivo, el camerunés Eloi Hermann Monkam Tsokam lanzó la aplicación Thea (That Health Again), de aspiraciones similares. Creada en 2017, la aplicación cuenta con decenas de médicos generalistas para la realización de consultas.

“La telemedicina en Camerún ha ido posicionándose como una alternativa potencial de interés para acortar distancias entre los pacientes con poco acceso al sistema y su inserción en el mismo.”

7.3 Costa de Marfil

Teniendo en cuenta las recomendaciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud y la Cumbre Mundial de la Sociedad de la Información, la telemedicina se insertó en el Plan Nacional de Desarrollo de Costa de Marfil 2012-2015; específicamente, se desarrolló en 2012 un **Plan Estratégico Nacional de Desarrollo de la E-Salud**. Dos años más tarde, Costa de Marfil inauguraba un **Centro Nacional de Telemedicina** y una Coordinación Nacional para el Desarrollo y Uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en el campo de la Salud (CDNTIC). La reforma hospitalaria de 2015 integró este tipo de herramientas como uno de los puntos clave en su agenda. Estos eventos sentaron las bases para el desarrollo de nuevos proyectos de telemedicina en el país⁴⁰.

Por otro lado, en junio de 2016, GlobalMed se alió con el grupo Local Mbaoua para establecer operaciones en África y desarrollar proyectos de telemedicina, comenzando en la ciudad de Abidjan. GlobalMed es una empresa estadounidense dedicada a proveer servicios y tecnologías relacionadas con la telemedicina, con aliados en distintas regiones del mundo. Con este mismo objetivo, USAID y la Fundación Angela Khan desarrollan desde ese mismo año un proyecto de telemedicina para construir dos centrales: en Abidjan y Boundali. A su vez, el proyecto contempla **campañas de sensibilización**, la expansión de seis centros locales y mejoras en el tratamiento del VIH a través de una mejor provisión de retrovirales⁴¹.

7.4 Retos de la telemedicina en África subsahariana

De cara a expandir y optimizar la telemedicina como herramienta para incrementar el acceso de la ciudadanía a una atención médica digna y competente, los Estados, así como las entidades privadas involucradas, **enfrentan retos infraestructurales de envergadura** en África subsahariana. **El acceso a los servicios de telecomunicación** es probablemente el desafío más importante de cara a una mayor difusión de los beneficios de la telemedicina. África es el continente con la menor tasa de acceso a Internet, lo cual representa un obstáculo primordial a la hora de recibir y percibir los servicios y beneficios de redes y plataformas de telemedicina. En Camerún, por ejemplo, el porcentaje de usuarios con **acceso a Internet era de apenas un 23%** en 2017⁴².

La introducción y expansión de nuevas infraestructuras implicaría también un **compromiso estatal y privado para proveer servicios de mantenimiento** y soporte adecuados, que traen consigo no solo elevados costes, sino también la necesidad de adquirir conocimientos y contar con expertos. La telemedicina requiere también contar con médicos, enfermeros, técnicos y **personal administrativo cualificado y en cantidad suficiente**. Por ende, resulta imperativo invertir en la capacitación de la materia prima humana local y en la mejora del sistema educativo escolar y superior de la región.

Por otro lado, es importante **fomentar la motivación de la población para recibir, asimilar y utilizar procesos y metodologías de atención y aprendizaje innovadores**. En muchas de las regiones en las que se intenta introducir la metodología, factores como la falta de conocimiento tecnológico, exceso de trabajo o elevada burocracia pueden desincentivar el interés en utilizar la telemedicina como herramienta, por lo que el fomento explícito puede ser en muchos casos muy necesario.

Además, aunque los tres países tengan activos distintos programas de telemedicina, **no existen datos sobre el impacto o beneficios reales** de los mismos. Para poder mejorar y ampliar estas redes de salud digital, habría que realizar un estudio de impacto más exhaustivo en cada país.

Finalmente, aunque no menos importante, es esencial la **sensibilización** de la población local sobre la importancia y facilidades de utilizar los recursos provistos por la telemedicina para que los proyectos desarrollados sean sostenibles y duraderos.

“La educación es un derecho humano con inmenso poder de transformación. Sobre sus cimientos descansan las piedras angulares de la libertad, la democracia y el desarrollo humano sostenible.”

Kofi Annan

Secretario General de las Naciones Unidas entre 1997 y 2006.

8. Conclusiones: África subsahariana, salud y educación

Distintos estudios y organizaciones han evidenciado la **relación directa entre la falta de acceso a la educación y la pobreza**. Algunos consideran que, de hecho, la educación es el factor más importante para reducir la pobreza, por encima del acceso a la salud, del crecimiento económico, del refuerzo de las capacidades de los Estados u otros factores. Una posición más moderada indica que para lograr una efectiva reducción de la pobreza, hay que tener en cuenta las interacciones de muchas organizaciones y procesos.

En cualquier caso, e incluso desde un punto de vista global y multifactorial, es indiscutible que **la educación y la salud tienen un papel primordial en la mejora de las condiciones de vida de las poblaciones**. De forma general, la educación aumenta el potencial de las personas de recibir ingresos más altos, contribuyendo directamente a la salida de la pobreza. Cuanto más alto es el nivel educativo, también más efectiva es la reducción de los niveles de pobreza.

Además, la propia experiencia profesional y el refuerzo de competencias técnicas a lo largo del tiempo representan del mismo modo un alto potencial de incremento de ingresos. Al mismo tiempo, **una mejor capacitación profesional genera trabajadores más productivos**, el llamado capital humano, en el sentido en que mejora la producción. En relación a la salud, es innegable que el bienestar físico y mental de cada individuo permite que pueda estudiar, trabajar y así contribuir al sistema económico de su país. En países donde no existen sistemas de seguridad social que garanticen un sistema de salud público gratuito o asequible, los gastos de cada persona en salud (en inglés, out-of-pocket payments) son importantes predictores de dificultades financieras y de riesgo de pobreza.

Saliendo de un análisis puramente económico, se puede argumentar que la educación y la salud son importantes vectores para el **desarrollo de las capacidades humanas**. Según la teoría del economista Amartya Sen, el verdadero desarrollo es aquel que expande las libertades de las personas, mejorando las oportunidades reales de cada uno. **Una persona sana, formada e informada es sin duda una persona con más capacidad de entender sus derechos** y de elegir las opciones que conducen a su bienestar y el de su familia. Por ejemplo, se sabe que la alfabetización femenina tiene un impacto reductor indiscutible y estadísticamente significativo en la mortalidad de menores de cinco años⁴³. También hay evidencias que soportan que cuanto mayor es el nivel educativo de las mujeres, menores son las tasas de fertilidad. Es decir, que la mujer tenga la capacidad y la libertad de decidir no solamente impacta en su bienestar personal, sino que llega mucho más allá, impactando en la sociedad en su conjunto.

La retroalimentación entre el sector educativo y de salud es incuestionable: los países necesitan personas formadas correctamente para el desempeño de tareas tanto en el sector salud como en cualquier otro. Pero, para poder formarse y sostenerse a largo plazo, **los profesionales deben gozar de una garantía sanitaria** y un sistema de salud al cual puedan acceder con confianza y sin que eso represente un inmenso riesgo financiero.

Resulta evidente, estadísticamente hablando, que África subsahariana refleja retrasos importantes en materia formativa y educativa en comparación con el resto del mundo. Dichas debilidades han sido reconocidas tanto por los Estados como por las entidades internacionales. En Benín, Camerún y Costa de Marfil, la falta de acceso a sistemas sociales de calidad, que garanticen un mayor bienestar para la ciudadanía, sigue siendo uno de los principales retos en materia social.

Contar con **programas formativos adecuados para profesionales en el área de la educación**, así como planes estratégicos que incentiven la evolución y el progreso de la estructura educativa pública, resulta de suma importancia y debe ser hoy en día uno de los puntos focales en la agenda de los gobiernos locales. Por otro lado, en cuanto al sector salud, se evidencia una mayor prevalencia de enfermedades transmisibles en la región con respecto al resto del mundo, además de las más altas tasas de mortalidad. Este fenómeno refleja la necesidad de fortalecer de manera integral también el sector sanitario.

Sin embargo, también **se deben valorar los esfuerzos ya realizados**, tanto locales como internacionales, para la mejora de ambos sistemas en Benín, Camerún o Costa de Marfil; esfuerzos innovadores y relevantes, dadas las realidades enfrentadas en estos países. Por ejemplo, **utilizar la tecnología como ventana para el traspaso de conocimiento** y la atención médica a través de la telemedicina es hoy en día una herramienta de poder y en sí un agente de cambio e impacto. El principal reto de cara a un futuro prometedor en materia formativa y de salud es utilizar las herramientas con la mayor solvencia posible, de cara a lograr **resultados sostenibles** a lo largo del tiempo.

Para mejorar el sistema educativo es importante priorizar la **equidad en el acceso**, invertir en infraestructuras y recursos materiales, incrementar el número de docentes y asegurar retribuciones justas, apostar por la calidad y garantizar un buen gobierno. Es igualmente importante que el sistema educativo sea evaluado periódicamente, no solo en base a números de alumnos inscritos, sino también en base a los conocimientos reales adquiridos. Además, formar una **masa crítica pro-activa y participativa** debería ser una de las preocupaciones de los Estados, con el objetivo de asegurar el mantenimiento de sistemas democráticos productivos y, con ello, el desarrollo socio-económico de cada país.

En paralelo, también la mejora de la salud de las personas en África subsahariana responderá a **gestiones más eficientes de los sistemas sanitarios nacionales**. Los principales factores necesarios para que el sistema de salud funcione son: personal capacitado y motivado; infraestructura digna y competitiva; y equipamiento actualizado y pertinente. Para ello, son necesarias tanto la **inversión en recursos materiales, humanos y de conocimientos** como el garantizar que estas inversiones sean integrales y tengan un impacto de mayor duración. Las inversiones también deben tener un efecto multiplicador que, en palabras más llanas, indica que las gestiones de hoy deben dar lugar a nuevas posibilidades de inversión, aprendizaje y mejora en el futuro.

Para responder a todos estos retos, es innegable que **las autoridades locales tienen la mayor parte de la responsabilidad**. Sin embargo, hoy en día, la labor de miles de organizaciones no gubernamentales, indistintamente de su tamaño, sigue siendo vital, sobre todo en África subsahariana. La implementación de proyectos de formación, atención sanitaria o reconstrucción ha tenido una importante incidencia en la mejora de las condiciones de vida de las comunidades locales. No obstante, es importante que las **organizaciones** que implementen dichos programas o proyectos sean conscientes de la necesidad de que el **impacto de sus proyectos sea integral y sostenible** en el tiempo. Por ende, deben contar con las herramientas necesarias para medir y evaluar el impacto de sus proyectos. De aquí deriva la importancia de los procesos de seguimiento y continuidad de los proyectos y la realización de informes de situación, a menor o mayor escala, de forma periódica.

Fundación Recover espera, con este informe, poder **sensibilizar** sobre la relevancia de la formación de base y específicamente la formación superior en salud en países de África subsahariana, en particular Benín, Camerún y Costa de Marfil, como herramienta de combate a la inequidad internacional. Al mismo tiempo, se espera que, con esta recopilación y análisis de datos estadísticos, tanto Fundación Recover como otras ONG del sector sanitario y educativo puedan **valorar mejor y definir con eficacia** sus programas de contribución a la formación en salud en el marco de la cooperación internacional al desarrollo.

“La actividad más importante que un ser humano puede lograr es aprender para entender, porque entender es ser libre.”

Baruch Spinoza

Filósofo del siglo XVII

9. Indicadores clave por países

BENÍN



Información general	Cifra	Año	Fuente
Población:	11.175.692	2017	BM
Densidad poblacional (nº de habitantes/km ²):	99	2017	BM
Crecimiento demográfico (% anual):	2,8%	2017	UNESCO
PIB per cápita (US \$):	2.271,0\$	2017	BM
Economía informal (% de empleo total):	85%	2008	WIEGO
Salario mínimo (€/mes):	61,0€	2018	BM



Información sobre salud	Cifra	Año	Fuente
Inversión/gasto en salud (% de PIB):	3,99%	2015	BM
Esperanza de vida al nacer (hombre/mujer):	60/62	2016	OMS
Mortalidad infantil (<5años, por 1.000 nacimientos):	98	2017	BM
Estructuras sanitarias (total):	1.083	2005	MSB
Personal de salud (total, estimación):	14.532	2016	RVT
Médicos por cada 10.000 personas:	1,5	2017	PNUD
Número de médicos/as:	1.174	2010	CIOPF
Salario medio para médicos/as (estimación, €/mes):	280€	2018	FR
Número de enfermeros/as:	6.162	2010	CIOPF
Salario medio enfermeros/as (estimación, €/mes):	160€	2018	FR



Información sobre educación	Cifra	Año	Fuente
Inversión/gasto en educación (% de PIB):	4,0%	2016	UNESCO
Tasa de alfabetización (>15 años, % población):	33%	2012	UNESCO
Años de escolarización (promedio total pobl.):	3,6	2017	PNUD
Tasa neta de matriculación en educación primaria:	97%	2017	UNESCO
Tasa de finalización en educación primaria:	81%	2016	UNESCO
Tasa neta de matriculación en educación secundaria:	47%	2015	UNESCO
Tasa de finalización en educación secundaria (2º ciclo):	10,25%	2014	UNESCO
Tasa bruta de matriculación en educación terciaria:	13%	2016	UNESCO
Tasa finalización en educación terciaria (% total pobl.):	2%	2010	BM



Información general

	Cifra	Año	Fuente
Población:	24.053.727	2017	BM
Densidad poblacional (nº de habitantes/km ²):	51	2017	BM
Crecimiento demográfico (% anual):	2,6%	2017	UNESCO
PIB per cápita (US \$):	3.214,0\$	2017	BM
Economía informal (% de empleo total):	90%	2008	WIEGO
Salario mínimo (€/mes):	55,0€	2018	BM



Información sobre salud

	Cifra	Año	Fuente
Inversión/gasto en salud (% de PIB):	5,11%	2015	BM
Esperanza de vida al nacer (hombre/mujer):	57/59	2016	OMS
Mortalidad infantil (<5 años, por 1.000 nacimientos):	84	2017	BM
Estructuras sanitarias (total):	2.176	2010	MSC
Personal de salud (total, estimación):	30.009	2010	MSC
Médicos por cada 10.000 personas:	0,8	2017	PNUD
Número de médicos/as:	2.099	2010	MSC
Salario medio para médicos/as (estimación, €/mes):	400€	2018	FR
Número de enfermeros/as:	10.748	2010	MSC
Salario medio enfermeros/as (estimación, €/mes):	300€	2018	FR



Información sobre educación

	Cifra	Año	Fuente
Inversión/gasto en educación (% de PIB):	3,1%	2017	UNESCO
Tasa de alfabetización (>15 años, % población):	71%	2010	UNESCO
Años de escolarización (promedio total pobl.):	6,3	2017	PNUD
Tasa neta de matriculación en educación primaria:	95%	2017	UNESCO
Tasa de finalización en educación primaria:	70%	2017	UNESCO
Tasa neta de matriculación en educación secundaria:	47%	2016	UNESCO
Tasa de finalización en educación secundaria (2º ciclo):	16,01%	2015	UNESCO
Tasa bruta de matriculación en educación terciaria:	19%	2016	UNESCO
Tasa finalización en educación terciaria (% total pobl.):	1,6%	2010	BM



Información general

	Cifra	Año	Fuente
Población:	24.294.750	2017	BM
Densidad poblacional (nº de habitantes/km ²):	76	2017	BM
Crecimiento demográfico (% anual):	2,5%	2017	UNESCO
PIB per cápita (US \$):	3.936,0\$	2017	BM
Economía informal (% de empleo total):	70%	2008	WIEGO
Salario mínimo (€/mes):	91,5€	2018	BM



Información sobre salud

	Cifra	Año	Fuente
Inversión/gasto en salud (% de PIB):	5,44%	2015	BM
Esperanza de vida al nacer (hombre/mujer):	54/56	2016	OMS
Mortalidad infantil (<5años, por 1.000 nacimientos):	89	2017	BM
Estructuras sanitarias (total):	2.609	2009	ODCI
Personal de salud (total, estimación):	31.827	2016	RVT
Médicos por cada 10.000 personas:	1,4	2017	PNUD
Número de médicos/as:	3.640	2016	MSCM
Salario medio para médicos/as (estimación, €/mes):	900€	2018	FR
Número de enfermeros/as:	8.000	2017	SECM
Salario medio enfermeros/as (estimación, €/mes):	380€	2018	FR



Información sobre educación

	Cifra	Año	Fuente
Inversión/gasto en educación (% de PIB):	4,4%	2017	UNESCO
Tasa de alfabetización (>15 años, % población):	44%	2014	UNESCO
Años de escolarización (promedio total pobl.):	5,2	2017	PNUD
Tasa neta de matriculación en educación primaria:	86%	2017	UNESCO
Tasa de finalización en educación primaria:	73%	2017	UNESCO
Tasa neta de matriculación en educación secundaria:	39%	2017	UNESCO
Tasa de finalización en educación secundaria (2º ciclo):	15,67%	2016	UNESCO
Tasa bruta de matriculación en educación terciaria:	9%	2016	UNESCO
Tasa finalización en educación terciaria (% total pobl.):	2,1%	2010	BM



Información general

	Cifra	Año	Fuente
Población:	46.572.028	2017	BM
Densidad poblacional (nº de habitantes/km ²):	93	2017	BM
Crecimiento demográfico (% anual):	0,2%	2017	BM
PIB per cápita (US \$):	37.997,0\$	2017	BM
Economía informal (% de empleo total):	-	-	-
Salario mínimo (€/mes):	900€	2019	ME



Información sobre salud

	Cifra	Año	Fuente
Inversión/gasto en salud (% de PIB):	9,17%	2015	BM
Esperanza de vida al nacer (hombre/mujer):	80/86	2016	OMS
Mortalidad infantil (<5años, por 1.000 nacimientos):	3	2017	BM
Estructuras sanitarias (total):	13.435	2009	MS
Personal de salud (total, estimación):	1.417.030	2016	ME
Médicos por cada 10.000 personas:	38,7	2017	PNUD
Número de médicos/as:	221.470	2017	INE
Salario medio para médicos/as (estimación, €/mes):	3.500€	2018	FR
Número de enfermeros/as:	225.473	2016	INE
Salario medio enfermeros/as (estimación, €/mes):	1.000€	2018	FR



Información sobre educación

	Cifra	Año	Fuente
Inversión/gasto en educación (% de PIB):	4,3%	2015	UNESCO
Tasa de alfabetización (>15 años, % población):	98%	2016	UNESCO
Años de escolarización (promedio total pobl.):	9,8	2017	PNUD
Tasa neta de matriculación en educación primaria:	98%	2016	UNESCO
Tasa de finalización en educación primaria:	98%	2016	UNESCO
Tasa neta de matriculación en educación secundaria:	96%	2016	UNESCO
Tasa de finalización en educación secundaria (2º ciclo):	-	-	-
Tasa bruta de matriculación en educación terciaria:	91%	2016	UNESCO
Tasa finalización en educación terciaria (% total pobl.):	15%	2010	BM

“La formación tiene un efecto multiplicador: no sólo transforma la vida de la persona que refuerza sus conocimientos, sino también la de sus compañeros de profesión, que pueden aprender de ello, y, sobre todo, cambia la vida de miles de pacientes que verán esa formación convertida en una atención sanitaria de calidad y, así, tendrán más y mejores oportunidades.”

Fundación Recover, Hospitales para África

Bibliografía y notas a pie de página

Notas a pie de página

1. Brookings Center for Universal Education and the Financial Times, 2012
2. Fuente: Banco mundial 2017
3. www.unicef.org/benin/education.html
4. Education in Benin. (n.d.). Obtenido de <https://www.globalpartnership.org/country/benin>
5. Greeley, P. (2017, Julio 04). Five Important Facts on Education in Benin. Obtenido de <https://borgenproject.org/five-facts-education-in-benin>
6. Evaluation à mi-parcours du Plan décennal de développement du secteur de l'éducation du Bénin (PDDSE 2006-2015)
7. Obtenido de: <https://www.globalpartnership.org/news-and-media/>
8. Education in Cameroon. (n.d.). Obtenido de <https://www.globalpartnership.org/country/cameroon>
9. Education in Cote D'Ivoire. (n.d.). Obtenido de <https://www.globalpartnership.org/country/cote-divoire>
10. Education in Cote D'Ivoire. (n.d.). Obtenido de <https://www.unicef.org/cotedivoire/education.html>
11. Datos extraídos de las bases de datos de Pobreza Absoluta, Pobreza Relativa, Pobreza Extrema y Pobreza Multidimensional de la Organización de las Naciones Unidas
12. Número de años que un niño en edad escolar puede esperar recibir si los patrones prevalecientes de las tasas de inscripción específicas por edad persisten lo largo de la vida del niño (PNUD)
13. Número promedio de años completos de educación de la población mayor de 25 años, excluyendo los años dedicados a la repetición de calificaciones individuales (UNESCO)
14. El total de personas matriculadas en determinado nivel educativo, independientemente de la edad, dividido por la población perteneciente al grupo quinquenal, partiendo de la edad en la que deberían finalizar la etapa anterior
15. Cantidad de personas en edad que oficialmente corresponde determinado nivel educativo y matriculados dicho nivel, como porcentaje de los niños de la misma edad en la población total
16. Referente a la educación universitaria
17. Brossard y Foko, Coûts et financement de l'enseignement supérieur en Afrique francophone, Banco Mundial, 2007
18. Obtenido y adaptado de medcamer.org
19. Adaptado de: <https://www.cotedivoire.news/actualite/37783-liste-et-classement-des-universites-cote-d-ivoire.html#universite-fhb>
20. Según el desglose de regiones oficial reportado en la base estadística de la OMS. Obtenido de www.who.int
21. Universidad de Harvard. Diabetes increasing at alarming rates in sub-Saharan Africa (2017)
22. OMS. Strategie de Cooperation – un aperçu: Benin (2018)
23. Obtenido del portal oficial del proyecto en: <http://projects.worldbank.org/>
24. Obtenido del portal oficial del proyecto en: <http://projects.worldbank.org/>
25. Obtenido del portal oficial de proyecto en: <https://www.urc-chs.com/projects/>
26. Obtenido de: <https://allafrica.com/stories/201508041307.html>
27. WHO. Country cooperation Strategy at a Glance: Cameroon (2018)
28. Obtenido del portal oficial del proyecto en: <http://projects.worldbank.org/>

29. Obtenido del portal oficial del proyecto en: <http://projects.worldbank.org>
30. Obtenido del portal oficial de proyectos de la organización: <https://www.ccghr.ca/>
31. WHO. Country cooperation Strategy at a Glance: Cote D'Ivoire (2018)
32. Obtenido del portal oficial del proyecto en: <http://projects.worldbank.org/>
33. Obtenido del portal oficial del proyecto en: <http://projects.worldbank.org>
34. Obtenido del portal oficial de proyecto en: <https://www.urc-chs.com/projects>
35. Le Mali, pionnier de la e-santé en Afrique (2014). Obtenido de <http://esante.gouv.fr/le-mag-numero-11/>
36. Inmarsat brings life-saving connectivity to remote African village (2014). Obtenido de <https://www.inmarsat.com/>
37. Cameroon to launch telemedicine programme in February (2009). Obtenido de <http://www.panapress.com/>
38. Cameroon: A telemedicine approach to wound management (2015). Obtenido de: <https://www.idgconnect.com>
39. Cameroun/Télémedecine: une nouvelle plateforme pour mettre en relation le patient avec un médecin traitant (2018). Obtenido de <https://www.lebledparle.com/>
40. La Télémedecine en Cote d'Ivoire, (n.d). Obtenido de: <http://africaine-sante.com.tn/les-grands-dossiers-dafricaine-sante/la-telemedecine-en-cote-divoire/>
41. TELEMEDICINE PROJECT IN CDI, (n.d.). Obtenido de: <https://partnerships.usaid.gov/partnership/telemedicine-project-cdi>
42. Data del Banco Mundial
43. Murthi et al, Mortality, Fertility, and Gender Bias in India: A District-Level Analysis, 1995

Otras fuentes

- Intercareers. (2018). The Cameroon Education Plan 2013-2020: Professional development in teaching: Challenges and solutions.
- Oficial. (2013). Document de Stratégie du Secteur de l'Éducation et de la Formation au Cameroun pour la période 2013-2020.
- Oficial. (2013). Plan décennal du secteur de l'éducation du Bénin. Troisième phase, couvrant la période 2013-2015.
- Oficial. (2016). Plan Sectoriel Education / Formation 2016 – 2025 – Cote D'Ivoire.
- Amartya Sen (1999). Development as Freedom. Oxford university Press.

Consultas web

- <https://www.scholaro.com/pro/Countries/Cote-d-Ivoire/Education-System>
- <https://www.epdc.org/country/benin>
- https://www.epdc.org/sites/default/files/documents/Benin_0.pdf
- <https://ourworldindata.org/tertiary-education>



...porque el lugar donde nacemos no debería determinar
la salud que vamos a tener.

Fundación Recover, Hospitales para África

Hilarión Eslava, 27 Bis. 1ª planta, local 7
28015 Madrid

Tel.: +34 91 411 09 68
info@fundacionrecover.org
www.fundacionrecover.org

Nº de cuenta: ES43 0075 5977 8706 0533 3585