

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria



DIFERÈNCIES QUE ENS FAN IGUALS:

Percepcions i vivències de la població ugandesa enfront els
principals problemes del seu sistema sanitari

Treball Fi de Grau en Infermeria

Autor: Marc Giménez Quebradas

Dirigit per: Dra. Maria Antònia Martorell Poveda

Tarragona, 2017

A tota la societat ugandesa,
pel seu desig de llibertat i igualtat.

AGRAÏMENTS

La valoració d'aquest projecte evidencia que la realització d'aquest treball de fi de grau no hagués estat possible sense la participació de diverses persones i institucions que han facilitat les coses per tal d'aconseguir el resultat final obtingut. Per aquest motiu, és per mi, un deure i un plaer, utilitzar aquest apartat per ser just i conseqüent amb aquests, expressant els meus agraïments pel seu esforç i treball.

- ❖ De forma especial, a la meva tutora, la Dra. Maria Antònia Martorell Poveda, per la seva implicació en el projecte, la seva capacitat per guiar les meves idees, la seva col·laboració rigorosa, i el seu recolzament durant tot el desenvolupament del treball. Sense la seva confiança, hagués estat impossible.
- ❖ A la ONG Cooperating Volunteers i totes les institucions vinculades, que treballen dia a dia per aconseguir un benestar i una qualitat de vida de la població ugandesa de forma totalment desinteressada i altruista.
- ❖ A tota la població de Fort Portal per la naturalitat i la senzillesa de la seva vida quotidiana. Per la seva visió de la vida i la seva percepció dels problemes.
- ❖ A tots els professionals sanitaris que defensen la ciència de la infermeria.
- ❖ Al Sergi Homdedeu, per acompanyar-me en aquesta experiència.
- ❖ A l'Ariadna Roca, per la seva imaginació, el seu disseny i la seva originalitat.
- ❖ A l'Aya Ait i el Salim Gloyd per les seves tasques de revisió durant la traducció.
- ❖ A la Carme Berbís, per la seva ajuda en l'elaboració de la presentació.
- ❖ A la meva mare i al Jesús, per la seva revisió i els seus consells.
- ❖ A la Carlota, pel seu optimisme i positivisme.

I finalment, als meus avis, perquè sense ells, res seria possible.

ÍNDEX D'ACRÒNIMS

AAAS	American Association for the Advancement of Science
AA	Atenció basada en l'Autoatenció
AEPED	Associació Espanyola de Pediatria
AVD	Activitats de la Vida Diària
BCG	Vacuna de Bacillus Calmette-Guerin
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CIS	Centre Investigacions Sociològics
EEUU	Estats Units
EMB	Etambutol
FAO	Organització de les Nacions Unides per l'Agricultura i l'Alimentació
Fe	Ferro
FDA	Food and Drug Administration
FMI	Fons Monetari Internacional
HBP	Hiperplàsia Benigna de Pròstata
HSSP	Health Sector Stratregic Plan
IEC	Institut d'Estudis Catalans
IEP	Internet Encyclopedia of Philosophy
IMC	Índex de Massa Corporal
INH	Isoniazida
MDG	Millenium Development Goals
MgSO₄	Sulfat de Magnesi
MMA	Model Mèdic Alternatiu
MMH	Model Mèdic Hegemònic
MUAC	Mid-Upper Arm Circumference
MTS	Malaltia de Transmissió Sexual
NRA	National Resistance Army
ONG	Organització No Governamental
OMS	Organització Mundial de la Salut
PIB	Producte Interior Brut
PPME	Països Pobres Molt Endeutats
PZA	Pirazinamida

RAE	Reial Acadèmia Espanyola
RIF	Rifampicina
SEDCA	Societat Espanyola de Dietètica i Ciències de l'Alimentació
SIDA	Síndrome de la Immunodeficiència Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Salut
SRMNI	Salut Reproductiva, Materna, Neonatal i Infantil
TICs	Tècniques de la Informació i la Comunicació
TBC	Tuberculosi
UE	Unió Europea
UGX	Ugandan Shilling
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura
UNICEF	United Nations Children's Fund
ULGA	Ugandan Local Governments Association
URSS	Unió de Repúbliques Socialistes Soviètiques
UV	Universitat de València
VAT	Value Added Tax
VIH	Virus de la Immunodeficiència Humana
WHO	World Health Organization

Diferències que ens fan iguals

ÍNDIX D'ACRÒNIMS	5
ÍNDIX DE TAULES, GRÀFICS I IMATGES	10
Taules.....	10
Gràfics.....	10
Imatges.....	11
RESUM	15
ABSTRACT	15
1. INTRODUCCIÓ	19
2. REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA	25
2.1. La gestió de la salut a Uganda	25
2.2 Sanitat-religió: la medicina tradicional.....	26
2.3 La cultura en la salut.....	28
2.4 El procés d'emmalaltir.....	28
2.5 Els patiments.....	29
2.6 La multiculturalitat en la maternitat.....	30
2.7 La situació de la dona africana.....	32
2.8 El desenvolupament a Àfrica.....	33
2.9 El desenvolupament a Uganda.....	34
3. MARC TEÒRIC.....	35
3.1 Dades sociodemogràfiques sobre immigració africana	35
3.2 Uganda	36
3.2.1 Història.....	37
3.2.2 Situació geopolítica	38
3.2.3 Economia.....	38
3.2.4 Població.....	39
3.3 Introducció als sistemes sanitaris.....	40
3.3.1 Tipus de model sanitari segons el finançament.....	42
3.3.2 Tipus de model sanitari segons la visió de la malaltia	45
3.3.2 Sistema sanitari ugandès	47
3.3.3 Fort Portal Regional Referral Hospital.....	49
3.3.4 La importància de l'ajuda internacional.....	50
3.4 Principals patologies	50

3.4.1 Gestió dels recursos sanitaris	50
3.4.2 VIH/SIDA	51
3.4.3 Tuberculosi.....	54
3.4.4 Maternitat	56
3.4.5 Desnutrició infantil.....	58
4. OBJECTIUS.....	63
4.1 Objectius específics	63
5. METODOLOGIA	65
5.1 Tipus de treball	65
5.2 Fases del treball	67
5.2.1 Recerca d'informació	67
5.2.2 Reducció de les dades: categorització i codificació	70
5.2.3 Disposició i transformació de les dades	71
5.3 Rigor en la investigació	72
5.3.1 Rigor ètic	72
5.3.2 Rigor científic.....	72
5.3.3 Altres criteris de rigor	73
6. RESULTATS I ANÀLISI.....	75
6.1 Principals problemes dels sistema sanitari ugandès	75
6.1.1 Vivències i experiències de la gestió de la salut	75
6.1.2 Vivències i experiències del VIH/SIDA	78
6.1.3 Vivències i experiències de la tuberculosi	81
6.1.4 Vivències i experiències de la maternitat.....	83
6.1.5 Vivències i experiències de la desnutrició infantil.....	85
6.2 Valoració dels sistemes sanitaris	87
6.2.1 Sistema sanitari liberal	87
6.2.2 Model socialista.....	88
6.2.3 Model mixt públic	88
6.3 La importància de la cultura en la salut	89
6.3.1 Antropologia a l'àmbit de la infermeria.....	89
6.3.2 Els prejudicis	91
7. CONCLUSIONS.....	93
8. PROJECTE DE MILLORA	97
8.1 Introducció del projecte	97

8.2 Justificació	97
8.3 Anàlisi de la situació	98
8.4 Objectius de millora	100
8.4.1 Objectius principals	100
8.4.2 Objectius específics	100
8.5 Metodologia del projecte	103
8.6 Destinataris	103
8.7 Recursos necessaris	104
8.8 Estratègia del projecte	104
8.9 Propostes d'acció	106
8.10 Avaluació del projecte	110
8.11 Conclusió del projecte	110
8.11.1 Repercussió dels MDG sobre la maternitat	111
8.12 Indicadors	113
9. PLA DE TREBALL: CRONOGRAMA	115
10. BIBLIOGRAFIA	117
Articles	117
Llibres	123
Publicacions a diaris	124
Vídeos	125
Webgrafia	125
11. ANNEXOS	129
Annex 1: Assoliment dels Millenium Development Goals	129
1.1 Mortalitat infantil	131
1.2 Maternitat	132
1.3 VIH/SIDA	133
1.4 Tuberculosi	133
1.5 Malària	134
1.6 Desnutrició infantil	134
Annex 2: Fotografies	135
Annex 3: Gràfics de la situació d'Uganda	136
3.1 Informació general del país	136
3.2 Demografia	136
3.3 Sanitat	137

3.4 Polítiques socials	140
Annex 4: Consentiments informats.....	141
4.1 Consentiment pels informants	141
4.2 Consentiment pels tests del VIH i malària	143
Annex 5: Guió utilitzat a les entrevistes	144
Annex 6: CD amb fotografies	145

ÍNDEX DE TAULES, GRÀFICS I IMATGES

Taules

Taula 1: Revisió bibliogràfica de diferents protocols sanitaris de la maternitat.....	31-32
Taula 2: Avantatges del sistema sanitari liberal.....	43
Taula 3: Inconvenients del sistema sanitari liberal.....	43
Taula 4: Avantatges del sistema sanitari socialista.....	44
Taula 5: Inconvenients dels sistema sanitari socialista.....	44
Taula 6: Tractament farmacològic d'elecció per la tuberculosi.....	55
Taula 7: Descripció dels entrevistats a l'estudi.....	74
Taula 8: Morbilitat infantil de la <i>Maternity Ward</i> durant juliol i agost del 2016.....	85
Taula 9: Resultats del MUAC de la <i>Paediatric Ward</i> durant l'any 2015.....	86
Taula 10: Indicadors del projecte de millora.....	113-114
Taula 11: Assoliment dels MDG.....	129-130

Gràfics

Gràfic 1: Població estrangera resident a Espanya.....	36
Gràfic 2: Evolució estimada de les taxes de morbiditat infantil i materna, i rati de població que inicia els estudis d'educació primària.....	106
Gràfic 3: Evolució estimada del percentatge d'alfabetització dels nens ugandesos segons el sexe, i percentatge de parts atesos per un professional sanitari amb coneixements d'obstetrícia.....	107
Gràfic 4: Evolució estimada de la proporció de població que utilitza mètodes contraceptius, que realitza visites prèvies al part, i la incidència total del VIH.....	108
Gràfic 5: Evolució estimada de la proporció, segons el sexe, que va fer servir el preservatiu com a mètode de contracepció la darrera relació sexual, i la població que té coneixements específics sobre el VIH/SIDA.....	109

Gràfic 6: Proporció d'assoliment dels Millenium Development Goals l'any 2016.....	131
Gràfic 7: Inversió del PIB del país l'any 2015.....	136
Gràfic 8: Evolució de la població total d'Uganda.....	136
Gràfic 9: Percentatge de població segons l'edat.....	137
Gràfic 10: Percentatge d'accés a la sanitat pública segons la zona de residència.....	137
Gràfic 11: Evolució de l'esperança de vida al néixer segons el sexe.....	138
Gràfic 12: Evolució de la xifra de fills segons el nivell educatiu de la mare.....	138
Gràfic 13: Evolució de la mortalitat maternal.....	139
Gràfic 14: Percentatge de població amb la primària finalitzada segons el sexe.....	140
Gràfic 15: Percentatge de població amb accés a l'aigua corrent comparat amb el percentatge de població per sota del llindar de la pobresa del país.....	140

Imatges

Imatge 1: Mapa polític d'Uganda.....	17
Imatge 2: Polsera utilitzada per mesurar el MUAC en nens d'entre 0 i 5 anys.....	86
Imatge 3: Cronograma de l'elaboració del treball.....	115
Imatge 4: Venda ambulant de productes agrícoles per part d'una família.....	135
Imatge 5: Piki-piki utilitzat per la venda de bestiar.....	135
Imatge 6: Piki-piki utilitzat com a medi de transport.....	135
Imatge 7: voluntaris sanitaris durant la realització d'un dels <i>Workshop</i>	135
Imatge 8: tests utilitzats per l'anàlisi sanguini i detecció del VIH i la malària.....	135
Imatge 9: Consentiment dels informants.....	141
Imatge 10: Consentiment dels informants.....	142
Imatge 11: Consentiment informat per la recollida de mostres al <i>Medical Camp</i>	143
Imatge 12: Guió utilitzat en les entrevistes semiestructurades.....	144
Imatge 13: Portada del CD.....	145

“Aquí la vida em desborda. Viatjar és la columna vertebral de l’existència, perquè permet comparar cultures i obrir la ment. Et creus que ets alguna cosa i viatjant te n’adones que ets la última merda, i a sobre amb pretensions.”

Pepe Rubianes, escriptor i actor (1947-2009)

RESUM

Objectiu: descobrir les experiències i vivències de diferents pacients i professionals sanitaris locals enfront els principals factors de risc detectats del sistema sanitari d'Uganda, Àfrica.

Metodologia: estudi qualitatiu antropològic realitzat durant set setmanes a Fort Portal, (Kasese). Les tècniques més importants per a l'obtenció de dades van ser l'observació participant i l'entrevista etnogràfica. La investigació va finalitzar un cop obtingudes les dades considerades necessàries per respondre els objectius plantejats.

Resultats: la pobresa i altres condicions socials són la causa d'una població més vulnerable a la malaltia, provocant en ella una sèrie de sentiments i pensaments negatius enfront la seva situació.

Conclusió: el cuidatge holístic proposat dins de l'antropologia sanitària és necessari i millora la percepció de la sanitat, però es veu obstaculitzat a Uganda per determinades característiques del seu context cultural.

Paraules clau: Problemes sanitaris. Cuidatges d'infermeria. Sistema de salut. Infermeria transcultural. Procés d'emmalaltir. Antropologia mèdica.

ABSTRACT

Objective: to discover the experiences and views of different local patients and health professionals towards the main risk factors detected in the Uganda's health system.

Methods: qualitative study for seven weeks in Fort Portal (Kasese). The most important techniques used for data collection were participant observation and in-depth interviews. The research ended when got enough information for answer the objectives.

Results: poverty and other social conditions are the cause of a more vulnerable population to disease, causing in it several negative feelings and thoughts in front of their situation.

Conclusion: the holistic care proposed in health anthropology is necessary and improves the perception of health, but it is hampered in Uganda by certain characteristics of its cultural context.

Keywords: Health problems. Nursing care. Health system. Transcultural nursing. Disease process. Medical anthropology.



Imatge 1: Mapa polític d'Uganda.

1. INTRODUCCIÓ

Què és ser normal? I ser diferent? Tot depèn dels ulls amb què es miri. La normalitat i la diferència són dos conceptes delicats, i quan ens fan triar entre un o l'altre, sovint no ho tenim clar. I realment és impossible escollir perquè, pel que nosaltres és molt normal, per una altra persona pot ser totalment diferent. La normalitat és una apreciació subjectiva que fem de les coses o les persones.

“Moltes vegades associem normalitat a la freqüència, però, en el fons, la normalitat depèn de la ideologia.” (El Kadaoui, 2013:19'04”). A les persones amb una ideologia més tancada, moltes coses els hi semblaran anormals, en canvi, les persones amb una ideologia oberta, consideren normals moltes coses, com les migracions, l'orientació sexual, la malaltia...

En el cas d'un voluntariat sanitari com el dut a terme en aquest projecte, la diferència és evident en molts aspectes. Cal que sigui analitzada i que els coneixements resultants puguin ser aplicables a situacions de la vida diària, ja que molts cops la diferència està percebuda com una amenaça. El diferent és algú que amenaça, és algú que qüestiona l'ordre, la realitat que es concep com a normal, però que no deixa de ser una realitat singular. Davant d'una situació així, enfront un impacte de sistemes, de valors i de normes, hi ha dues possibilitats de reacció: formar un sentiment d'expulsió o acceptar una normalització. Cal destacar que, es triï l'opció que es triï, no deixen de ser formes de negar la diferència, que és irrefutablement existent.

Les situacions en les quals el concepte de normalitat i diferència no es valora de forma correcta, porten a casos d'exclusió social com el racisme¹ o a altres circumstàncies on hi predomina una ideologia de superioritat². Aquestes actituds enfront una situació cada cop més comú, són inadmissibles pels treballadors dels serveis de la salut. És per això que cal educar a tots els professionals amb coneixements com els que s'indiquen a continuació per comprendre que la diversitat és una possibilitat d'innovació, una obligació de canvi i una necessitat de millora.

Aquest estudi és el resultat d'una investigació d'orientació etnogràfica basada en l'antropologia per la infermeria realitzada a Fort Portal, Uganda (Àfrica). En el context

¹ Veure apartat Resultats: Els prejudicis.

² Segons el baròmetre del CIS, un estudi realitzat l'any 2012 afirma que el 29% de la població s'ha sentit, en algun moment de la seva vida, discriminat per alguna raó (un 25% durant el darrer any). En general, es considera que l'origen ètnic o racial és el principal motiu de discriminació, seguit del fet de tenir pocs recursos econòmics, l'aspecte físic, l'orientació sexual, el gènere (entenent que la dona està més discriminada) i les creences religioses. El 44'7% dels enquestats afirma preferir una societat on la majoria de la gent tingui el mateix origen, cultura i religió.

d'un projecte de col·laboració amb el Fort Portal Regional Referral Hospital, es van compaginar les tasques d'infermeria juntament amb la recerca.

S'estima³ que a Uganda viuen uns 39 milions de persones, on la majoria de la població es dedica a l'agricultura⁴, base de la subsistència i pilar fonamental de la seva alimentació. La seva collita, i en conseqüència, el seu aliment, depèn de les condicions climatològiques, convertint-lo en un sector vulnerable -però la millor forma d'aconseguir beneficis econòmics un cop superada la guerra civil iniciada l'any 1985-.

Malgrat la recuperació econòmica produïda durant els darrers anys, Uganda segueix estant en una situació on és considerat un país desfavorit política, social i econòmicament, en el qual, eradicar la pobresa extrema, el VIH/SIDA i la mortalitat maternal, són objectius principals i pendents dins dels Millenium Development Goals (MDG) proposats l'any 2001. S'ha de tenir en compte que, en nombroses ocasions, parlar de pobresa porta implícit una situació propensa a sofrir una malaltia, entenent aquest concepte com un dels principals factors d'emmalaltir.

Els sistemes de salut del continent africà, incloent l'ugandès, estan immersos en unes polítiques de govern inadequades, justificades aparentment per uns insuficients mecanismes de supervisió i control i l'escassetat de fons econòmics per la millora dels sectors públic i privat. Però la situació també es troba agreujada per l'existència d'estratègies inadequades⁵ i una falta de capacitat institucional per dirigir la situació.

Es detecten dos aspectes principals que suposen un repte de progrés i millora: d'una banda, els dèficits organitzatius del sistema sanitari general, i d'altra, la incidència de certes patologies i altres problemes sanitaris a una gran part de la població.

Pel que fa al primer aspecte, la gestió del sistema sanitari ugandès, és evident que les característiques del país fan que existeixi una important dificultat per garantir la qualitat de molts dels serveis que al món occidental es consideren bàsics i necessaris. Segons l'informe sobre la salut a la regió africana de la OMS (2008), el que fa que les coses estiguin en una situació realment dolenta a la regió ugandesa, és l'evidència d'una crisi de recursos humans. Això és degut bàsicament a tres aspectes: la manca d'educació sanitària (ja sigui a nivell d'educació primària a la població com la formació que se li dona als professionals sanitaris), en la insuficient capacitat de sostenir la situació i

³ Segons dades de l'indicador demogràfic de l'Institut Nacional d'Estadística.

⁴ Pràcticament la totalitat de la producció agrícola del país es basa en el cafè i el cotó.

⁵ Veure Annex 1: Assoliment dels Millenium Development Goals.

satisfer les necessitats de tota la població malalta i l'emigració de la gran part dels professionals de la salut qualificats.

El projecte de millora es centra especialment en el problema de la mortalitat durant el procés de la maternitat, incloent embaràs i part, ja que és considerat el principal aspecte de progrés dels *Millenium Development Goals*⁶ (MDG) actuals.

Aquesta situació es veu reflectida en el documental *Healthcare in Uganda*, realitzat per l'ONG *Direct Relief* amb la intenció de mostrar les deficiències d'un sistema sanitari precari i l'opinió de la població ugandesa d'aquest. S'observa que tot i que la situació de deficiència és coneguda i acceptada per la gran majoria dels treballadors de la salut ugandesa, molts professionals també critiquen que, a banda de tots aquests reptes i àmbits de millora dels quals ells són conscients, hi ha un fort control de les institucions internacionals sobre les polítiques nacionals dels països més empobrits.

Pel que fa a les patologies i problemes sanitaris tractats en aquest estudi, cal destacar que tot i ser uns temes universals, es manifesten amb major freqüència en països poc desenvolupats com és el cas d'Uganda. A nivell mundial, 36'7 milions de persones conviuen amb la malaltia del SIDA⁷, 10'4 milions de persona van contraure la tuberculosi l'any passat⁸, 165 milions de nens menors de cinc anys (un de cada quatre al món) pateix desnutrició crònica⁹ i cada dia moren 830 dones per causes relacionades amb l'embaràs i el part que es podrien prevenir¹⁰. A Uganda, l'estimació de la incidència es fa més difícil de realitzar a causa de la manca de dades de determinades zones i la poca informació al respecte. Tot i l'objectiva incidència que s'observa, és escassa la bibliografia existent sobre l'afrontament d'aquests problemes sanitaris en països amb pocs recursos. I encara hi ha menys estudis realitzats pel que fa a la investigació social i antropològica d'aquests aspectes.

Per això, malgrat que la falta d'informació pugui ser un impediment, es valora la necessitat de realitzar una investigació amb l'objectiu principal de tractar de comprendre el significat que la societat ugandesa proporciona a la vivència de les principals malalties i problemes sanitaris detectats, ja que es considera el punt de partida

⁶ Segons un estudi realitzat per la OMS a la Unió Europea l'any 2014, on es comparaven els diferents sistemes sanitaris dels seus països, Espanya lidera la classificació com el país amb més esperança de vida, i dins dels deu millors països pel que fa a recursos humans i a la qualitat de l'atenció sanitària.

⁷ Segons la fulla informativa d'ONUSIDA.

⁸ Segons la Organització Mundial de la Salut. Estadístiques Sanitàries Mundials. Ginebra: OMS; 2016.

⁹ Segons UNICEF: *Improving Child Nutrition: the achievable imperative for global progress* (2012).

¹⁰ Segons les estadístiques de la Organització Mundial de la Salut (2016).

per descriure els cuidatges que precisen els afectats, i alhora, conèixer si el context social i cultural existent a Uganda, fa possible el cuidatge holístic d'aquests.

Aquest treball presenta també una conclusió sobre els coneixements que s'associen amb els processos de salut i malaltia dins d'una cultura, analitzant i valorant el grup social en el que aquests succeeixen. Durant el treball que es troba a continuació es té en compte que *“els sistemes sanitaris i els seus processos assistencials de salut, així com les respostes que aquests ofereixen davant la malaltia, són sistemes culturals que tenen una repercussió directa amb el seu entorn social”*(Perdiguero, 2000:25). Es considera doncs, que comprendre aquestes connexions, creences i tradicions que constitueixen aquest procés, és totalment necessari per a la correcta formació de professionals sanitaris en l'àmbit sanitari, tant si aquests treballen a la zona d'estudi, com al món occidental, on la migració és cada cop més important i constitueix un percentatge considerable de la població.

La progressió del cuidatge en l'àmbit de la infermeria es nota en moments on el concepte cultura, com s'ha indicat anteriorment, està correctament emmarcat en una ciència de la salut. Es considera que encara queda molt per fer. El professional sanitari ha d'adonar-se que el coneixement d'aquest concepte i de la diversitat dels pacients permet actuar de forma més assertiva no només en àrees rurals o en poblacions indígenes, sinó que l'antropologia també és aplicable en el context urbà caracteritzat per la presència de diferents classes socials, religions i grups ètnics.

Cal insistir doncs, coincidint amb la descripció de l'individu de Menéndez (2003), que qualsevol persona està construïda socialment i que no percebem sensacions biològiques, sinó senyals amb significats construïts social i culturalment. Així doncs, el fet d'afegir la cultura dins de la terminologia d'un estudi sanitari és un argument que queda defensat a l'entendre que el procés de salut-malaltia i la seva corresponent atenció, malgrat ser un fet universal, inclou uns processos que condicionen els patiments, els danys a la salut i l'experiència viscuda per la persona com a part d'un procés social totalment subjectiu i que requereix una individualització. Si s'aconsegueix entendre aquesta necessitat d'holisme i de trencament amb la hegemonia patològica tradicional, es milloraran les representacions de les patologies i les seves conseqüents pràctiques en l'àmbit de la infermeria en pacients culturalment diferents pel professional sanitari, i alhora, de forma retroactiva, permetrà l'estructuració de coneixements específics per afrontar els patiments específics de forma més adient.

Aquests coneixements no són només aplicables en situacions de voluntariat o en tasques sanitàries realitzades a l'estranger, ja que l'evolució socioeconòmica i política que s'està produint a nivell mundial suposa l'increment de les migracions de forma considerable. Això comporta que les societats actuals es trobin altament influenciades per la multiculturalitat. Aquesta situació s'incrementa al nostre país, on la sanitat suposa una gran crida a causa del seu fàcil accés i el seu ampli abast de prestacions comparat amb altres països del continent europeu¹¹. Que el nostre sistema de salut “es trobi dins del sector públic” (Catsalut, 2010), ha fet que els treballadors del servei trobin un canvi en la tipologia de pacients, on els immigrants sol·liciten cuidatges i atenció cada cop més freqüentment. La reflexió és la següent: els nostres professionals sanitaris estan suficientment capacitats i tenen els coneixements necessaris per poder realitzar uns cuidatges de la salut adaptats per satisfer les necessitats d'aquests pacients?

A Catalunya, un dels creixements migratoris més importants és el de la població africana. Evidentment, les limitacions i barreres amb les que aquests pacients es presenten al sistema sanitari són diverses. Destaca la més evident: la barrera idiomàtica. Però no deixa de ser una més, no l'única, és per això que cal aprofundir en els diversos aspectes que condicionen a aquest tipus de pacient. Així doncs, en una ciència com és considerada la infermeria, on es prioritza cada cop més la formació constant i la renovació del coneixement, hi ha una manca important –i una capacitat de millora– pel que fa als protocols d'atenció a certs col·lectius, ja que aquests es troben emmarcats i estipulats dins d'uns paràmetres molt globals. No és fa evident que en cap hospital de l'estat s'individualitzi l'atenció dels cuidatges tenint en compte aspectes culturals.

Els pacients ugandesos, i en general, tota la població subsahariana, tenen unes percepcions i uns costums diferents que sovint passen desapercibuts o són ignorats pels treballadors de l'àmbit sanitari. Diversos estudis (Martorell, 2001; Muñoz et al., 2007; Luque, 2008) han intentat fer una revisió dels diferents comportaments enfront la malaltia tenint en compte les variants interpretatives d'uns mateixos símptomes. El seu resultat ha estat molt semblant. Demostren que, malgrat l'esforç i la inclusió de l'holisme en els cuidatges, encara queda molt per millorar en aquest aspecte, en el qual és necessari prioritzar intervencions o programes fonamentalment dirigits a la població per aconseguir una equitat en matèria de salut.

¹¹ Segons un estudi realitzat per la OMS a la Unió Europea l'any 2014, on es comparaven els diferents sistemes sanitaris dels seus països, Espanya lidera la classificació com el país amb més esperança de vida. També es troba entre els deu primers del rànquing de països amb millor qualitat pel que fa a recursos humans i l'atenció sanitària.

Aquesta varietat de pacients fa que els treballadors de la salut s'enfrontin durant la seva activitat diària, sigui en l'àmbit que sigui, a comportaments i pensaments singulars i únics enfront l'experiència de la malaltia. És per això que la inclusió de la cultura és important en l'àmbit sanitari, ja que aquestes particularitats no provenen de diferències biològiques, sinó de diferències socioculturals. Aquesta informació ens ha de ser útil per dissenyar propostes estratègiques que millorin els cuidatges rebuts per la població estrangera -no simplement la ugandesa o en general l'africana-, permetent als professionals de la infermeria realitzar la seva tasca utilitzant un visió transcultural.

2. REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

Queda clar que la malaltia és un malestar personal que es veu condicionat per factors socials i culturals. Cadascú viu el procés d'emmalaltir segons unes característiques individuals i, alhora, hi ha una construcció cultural particular per aquests patiments que condiciona el comportament del pacient i del professional sanitari encarregat del cuidatge i la recuperació de l'estat de salut. Aconseguir aquestes característiques ha estat un objectiu de l'antropologia sanitària durant els darrers anys, tal i com han fet referència diferents autors en diversos estudis:

2.1. La gestió de la salut a Uganda

“Les institucions financeres internacionals són les responsables de la crisi de salut del país i del continent, ja que han minat l'estat de la salut d'Àfrica a través de les polítiques que han imposat durant les dues darreres dècades”

Peter Ndemere, secretari executiu del Consell Nacional d'Uganda (2011)

Una bona gestió és una condició “*sine qua non*” per millorar l'eficiència i l'eficàcia dels serveis de salut. Els serveis sanitaris ugandesos viuen una situació molt paradoxal: per una banda han de fer front a l'augment de les demandes per part dels usuaris, i per l'altra, cada cop reben menys recursos destinats a l'atenció clínica. Hi ha bibliografia que destaca l'evidència de que les intervencions sanitàries perden gran part de la seva eficàcia si els seus serveis de salut estan mal gestionats (Tanner et al. 2006). Aquest és un dels conflictes bàsics que posen en dubte la fiabilitat del sistema sanitari i que cal tenir en compte alhora d'analitzar la situació sanitària del país, valorar-ho com un problema social i tenir-ho en compte alhora de realitzar les propostes que es consideren necessàries pel progrés.

Els experts de la gestió de la salut del país, accepten i tenen present que els sistemes sanitaris ugandesos s'enfronten a molts reptes, però critiquen la visió occidental – incloent la proposta principal d'aquest projecte- que afirma que el causant d'aquesta situació és la manca de coneixements sanitaris i la poca divulgació d'aquests. En el documental *Health Care under local Governments in Uganda*, realitzat per la *Uganda Local Governments Association* (ULGA), la majoria de població –tant professionals sanitaris com pacients- culpen a certes institucions internacionals¹² d'imposar un control

¹² Com el Banc Mundial o el Fons Monetari Internacional.

exhaustiu sobre les polítiques nacionals dels països més empobrits que limiten el seu progrés.

Per aquest motiu, el personal sanitari es sol mostrar molt reticent a l'aprenentatge de pràctiques i coneixements de persones estrangeres. Consideren aquesta informació com a perillosa, imposada i inadequada per a ells. Tal i com demostra l'opinió d'Amin (2012), la majoria de població defensa el pensament de que si Uganda vol superar els seus problemes de salut, els propis polítics del país han de recuperar el control sobre les prioritats nacionals i les polítiques de salut i no obeir i lluitar per uns objectius establerts per institucions globals. Proposen una perspectiva nacional individualitzada per al seu problema, és a dir, que el govern adopti una perspectiva pel desenvolupament del seu sistema de salut basada en les pròpies necessitats de la seva població i amb un enfocament comunitari.

Aquesta posició és realment comprensible un cop analitzada la situació. Les prioritats sanitàries actuals són totalment errònies: s'està invertint en moltes patologies conegudes mundialment i en tractar de reduir el seu impacte i la seva incidència, quan la principal preocupació hauria de ser vetllar per una organització social que garanteixi una qualitat assistencial d'aquestes. La població mundial pensa que el problema són els diners, i segueixen invertint capital en unes organitzacions totalment disfuncionals, quan realment el problema es troba en el personal en actiu a la planta, en la provisió de material bàsic com llits, llençols o medicaments...

Així doncs, podem afirmar que la població ugandesa té molt clar que la salut és un dret, no un privilegi. I que la sanitat és una necessitat i la primera i major de les riqueses que condicionen la qualitat d'un país. Tot i que és una necessitat bàsica de tots els éssers humans, cada societat veu condicionada les seves característiques de qualitat assistencial. A continuació es tracta la realitat existent a Uganda, la medicina tradicional, un punt d'unió entre la cultura i la sanitat.

2.2 Sanitat-religió: la medicina tradicional

En general, a tot el continent africà, es fa difícil separar la medicina de la religió. Coincidint amb l'opinió de Montufar (2010), s'observa que la teoria general sobre les

malalties es troba altament influenciada per factors teològics, fent que la relació entre la patologia i les forces espirituals es trobin realment lligades¹³.

El sector de la medicina tradicional ha estat present al llarg dels anys tot i l'oligarquia del sistema mèdic hegemònic. Aquesta forma de tractar els problemes s'ha mantingut perquè realment tenen èxit curant un gran nombre de malalties. Els sanadors posseeixen coneixements empírics, desenvolupats dins d'un mètode científic com l'assaig i els errors, als quals afegeixen certs instruments subjectius. Des del 1998, la OMS reconeix la importància de les diverses medicines tradicionals, acceptant que molts coneixements africans tradicionals han propiciat la investigació, validació i comercialització de productes utilitzats tradicionalment per a tractar problemes de salut¹⁴.

I no és per menys. A final del segle XVIII, una dona anònima va revelar a la medicina científica la utilitat de la planta *Digitalis sp.* per combatre la hidropesia¹⁵. Actualment constitueix la base dels fàrmacs per combatre la patologia indicada i la insuficiència cardíaca que la provoca. Altres exemples són els extractes de *khella* en gran part dels fàrmacs hipertensius, la *vinca* utilitzada com un potent antitumoral o el *pyge*, amb el qual s'elaboren els principals medicaments per combatre la hiperplàsia benigna de pròstata (HBP).

*“El 80% de la població africana no té accés a cap altre medicina
que no sigui la tradicional”*

OMS (2012)

Les farmacèutiques, emmarcades en el pensament capitalista que pateix la societat actual, no veuen rentable invertir en fàrmacs per la gran majoria de les malalties africanes –tot i que moltes d'elles són epidèmies mundials- a causa de la impossibilitat de la majoria de la població d'accedir a uns serveis tan cars. Com comenta l'article del diari *El País: medicina tradicional africana (2012)* això suposa la cronificació en la societat de moltes patologies per l'impediment de solucionar adequadament aquests problemes de salut i, alhora, converteix a la medicina tradicional en l'únic recurs vàlid i possible per la seva curació.

¹³ A més, en moltes poblacions allunyades de la societat, la figura del “sanador” acostuma a realitzar-se per un líder religiós amb coneixements sobre medicina tradicional.

¹⁴ Un cop aquests components han estat normalitzats, reben el nom de “medicaments tradicionals millorats” i són utilitzats com a opcions dins de la teràpia farmacològica hegemònica.

¹⁵ És una afectació greu que succeeix quan s'acumulen quantitats anormals de líquids en dues o més zones del cos d'un fetus o d'un nouat per causes subjacents.

2.3 La cultura en la salut

“La infermeria transcultural és una àrea formal d’estudi i pràctica enfocada al cuidatge holístic comparatiu de la salut, dels models de malaltia, d’individus i grups, amb respecte a les diferències i les semblances, en els valors culturals, creences i pràctiques, per tal de proporcionar un cuidatge congruent, sensible i culturalment competent a les persones de cultures diverses”

(Leininger, 2002:191)

Davant la situació de diferència cultural entre el professional sanitari i el pacient, hi ha el risc d’actuar adoptant situacions d’etnocentrisme cultural. Leininger (2002) ja va formular un model que tingués en compte aquesta situació: la infermeria transcultural.

A través d’aquesta visió de la situació, s’extreu que cada grup social té unes particularitats pel que fa a la salut –incloent pràctiques, creences, valors i tradicions– que impedeixen la globalització del cuidatge. La infermeria en aquest sistema representa el pilar del sistema sanitari pel que fa al fet de treballar amb la multiculturalitat a través de l’etnoinfermeria¹⁶ per combatre els possibles casos d’etnocentrisme.

Anteriorment, Llovet (1984) ja havia comentat que les possibilitats de percebre un problema de salut són diverses i que es troben socialment condicionades per factors com *“la responsabilitat o el rol familiar que la persona desenvolupi, així com les prioritats quotidianes i les activitats que es realitzen”*. Malgrat això, es considera que aquests són aspectes poc considerats realment al moment d’intervenir en un sistema sanitari perquè l’avaluació de tots aquests factors no forma part de tots els processos assistencials malgrat el coneixement d’aquestes característiques del pacient des de fa dècades.

2.4 El procés d’emmalaltir

“L’atenció sobre el procés de salut-malaltia es basa en una sèrie d’accions universals que operen estructuralment a tota societat i a totes les xarxes socials que la integren”

Menéndez (1990)

Queda clar que la malaltia és un concepte universal i que afecta a totes les societats sense excepció, però, dins d’aquesta totalitat, cada individu i població té una visió, una afectació i una sèrie de reaccions específiques.

La malaltia, els patiments o qualsevol afectació a la “normalitat” considerada salut, formen part d’un procés social i emmarcat en un context social que pateix de forma

¹⁶ És la teoria proposada per Leininger (2002) com a mètode de disseny específic per la investigació de les diversitats i els aspectes universals del cuidatge tenint en compte l’aspecte cultural.

inevitable coaccions internes i externes, provocant que aquesta vivència es converteixi en un fet totalment subjectiu. Això significa que el subjecte –en aquest cas, el pacient o persona malalta-, és una persona que, malgrat tenir la seva percepció individual i generar respostes pròpies enfront aquesta situació, es veu influenciat per una sèrie de processos estructurals pel simple fet de formar part d'un conjunt social.

És necessari conèixer informació sobre el país per comprendre certes actituds, perquè formen part de la identitat de cada un dels ciutadans, i per tant, dels possibles pacients. El fet de tenir coneixements sobre una societat¹⁷ permet no només generar representacions i pràctiques sanitàries específiques, sinó també elements específics que permeten afrontar i gestionar els possibles patiments de la població d'una forma més assertiva.

Sense anar més enllà, per conèixer les dimensions de la salut i la percepció de la població ugandesa sobre la seva gestió de la salut, cal conèixer inicialment quin significat i importància li donen a conceptes com “salut” o “emmalaltir”. Per evitar l'etnocentrisme és necessari entendre les connotacions socials respectives i analitzar en què consisteixen les accions que es duen a terme enfront les diferents situacions de patiment, això permetrà justificar certes actituds o respostes que a primera vista no trobem racionals o que considerem errònies sistemàticament.

2.5 Els patiments

Tal i com menciona Martorell (2010) en el seu treball d'anàlisi sobre la relació entre l'antropologia i la infermeria, hi ha una classificació sobre els diferents models de descripció del comportament¹⁸ enfront una malaltia.

Tot i la gran quantitat de models proposats per comprendre les possibles reaccions del pacient enfront un problema sanitari, es té en compte la classificació que Perdigüero et al. (2000) utilitzen, mencionant cinc categories que engloben els diferents patiments davant una situació de malaltia: microsociològics, econòmics, geogràfics, sociodemogràfics i de xarxes socials.

Centrant-nos en la primera categoria, en la qual emmarquem el nostre estudi, s'estableix que la comprensió absoluta de qualsevol coneixement d'una població és inabastable. La informació que nosaltres obtenim a través d'aquest projecte són unes dades que poden

¹⁷ Veure apartat Marc Teòric (inclou fets històrics, geopolítics, econòmics...)

¹⁸ Segons Young (2004) aquests comportaments venen determinats per certs aspectes com: la forma com l'individu respon als signes i símptomes, la importància que els hi dóna, com els interpreta, quina repercussió li produeix i les formes de tractament assistencial escollides.

permetre establir una sèrie de criteris i bases d'un cuidatge segons unes característiques d'una població concreta, però no són uns patrons imperatius que regeixen sobre cada individu de la població ugandesa.

Tenint en compte aquesta impossibilitat de conèixer una “veritat absoluta” i remarcant que aquesta percepció dels sentiments no són simples percepcions biològiques, sinó el resultat d'una sèrie de factors que determinen la percepció de l'individu, valorem que la opció terapèutica proposada per Comelles (2000:231-232) és la més aplicable a la societat ugandesa: un model d'atenció centrat en els processos assistencials ja que el més important és *“emfatitzar les pràctiques i no els discursos o representacions, per tal d'obrir les possibles categories assistibles”*. Aquests processos es consideren universals, però realment actuen de forma totalment diferent segons la societat, i venen derivats per la intervenció de diferents agents socials aliens a les pràctiques sanitàries, com la causalitat de fets polítics, econòmics, mediàtics o religiosos –entre altres-.

Coincidint amb l'enfocament d'aquest projecte, i tenint en compte els aspectes que condicionen la resposta de la població al procés d'emmalaltir, la infermeria representa una figura central en l'àmbit de la multiculturalitat. És evident que queden aspectes de millora importants com l'etnocentrisme, ja que és el gran impediment per a la implantació de la visió transcultural dels cuidatges, i per tant, una de les preocupacions més grans dins de l'aplicació de l'etnoinfermeria alhora de trobar la simbiosi entre els cuidatges que podem oferir i com fer que aquests puguin ser percebuts de la forma més empàtica possible en relació amb la cultura del pacient.

2.6 La multiculturalitat en la maternitat

La formació de personal sanitari amb coneixements sobre l'etnoinfermeria és realment baix, fet que es tradueix en casos de diferències culturals i situacions de conflicte on el pacient no rep uns cuidatges adaptats a la seva percepció d'emmalaltir ni es té en compte els seus pensaments ni sentiments específics sobre el seu estat de salut. L'atenció cultural a la sanitat és un aspecte poc valorat com aspecte de qualitat assistencial quan, paradoxalment, tothom té molt clar la importància de la individualització i l'holisme del pacient, on, per garantir un bon cuidatge, cal tenir en compte les dimensions polítiques, culturals, ideològiques, socials i psicològiques de la persona com un tot superior a la suma de les seves parts.

“En aquest marc tenim l’obligació de construir un sistema sanitari que tingui en compte, cada vegada més, les preferències i els valors de les persones que atén i que pugui adaptar-se a la seva realitat i a la del seu entorn”

Pla de Salut de Catalunya 2016-2020

La implementació de la multiculturalitat no és una realitat. S’han revisat diferents documents on s’ofereixen els protocols d’actuació en diversos moments del procés de maternitat i la informació específica pel que fa a procediments individualitzats d’assistència cultural –en aquest cas la maternitat, objectiu principal de l’actual projecte de millora d’Uganda- i s’ha comprovat que són gairebé nuls. S’han trobat diferents protocols i guies d’assistència vigents als nostres serveis sanitaris i s’ha valorat la informació que aquests aporten pel que fa a la gestió i l’atenció dels pacients amb uns costums, pràctiques, pensaments i/o sentiments de la malaltia d’una altra cultura:

Protocol d’assistència al part i al puerperi i d’atenció al nadó¹⁹	Pretén promoure l’ambient psicoafectiu en el prepart, el part i el puerperi. El document aporta una informació escassa sobre la individualitat de la vivència de la maternitat en l’àmbit de la sanitat catalana. No aporta cap tipus d’informació sobre l’atenció cultural o espiritual.
Protocol d’infermeria al part com a llevadores durant el procés de part²⁰	Describeix el procediment tècnic de l’assistent d’infermeria al part com a llevadora. En cap de les fases del procés descrites apareix informació sobre la individualització de cada part segons la cultura de la família. Simplement és una descripció dels fenòmens i actuacions en relació al procés del part pel professional sanitari infermer.
Guia de pràctica clínica sobre l’atenció al part²¹	Fa una breu referència a la necessària interpretació per part del personal de la vivència que suposa la maternitat en la vida del pacient tenint en compte el fet que és <i>“una vivència única en la vida de la dona”</i> però sense analitzar en cap moment aspectes socials ni culturals d’aquesta situació a la nostra societat.

¹⁹ Publicat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya l’any 2003.

²⁰ Publicat a la revista *Enfermeria 21*, dins de la secció de Matrones (Nº2), l’agost del 2016.

²¹ Guia de pràctica clínica del sistema nacional de salut del Ministeri de Sanitat i Política Social del Govern d’Espanya (2010) per a tot l’equip multidisciplinari encarregat de l’atenció en el naixement.

Programa MARE²²	Decàleg en el que es té en compte l'assistència obstètrica de l'embaràs, el part i el post part. Té en compte factors que determinen la qualitat del cuidatge segons les capacitats i possibilitats d'atenció del centre, però en cap moment fa referència a aspectes culturals.
Cultural competence in guidelines and protocols²³	És l'únic document de la bibliografia occidental en el qual s'ha observat un caràcter totalment antropològic i basat en l'assistència multicultural. Promou la informació i proposa guies de treball que promouen les interaccions constructives entre cultures.

Taula 1: revisió bibliogràfica dels diferents protocols sanitaris de la maternitat. Elaboració pròpia.

2.7 La situació de la dona africana

*“La pobreza tiene rostro de mujer,
el 70% de los pobres del mundo siguen siendo mujeres”*

(Alberdi, 2013)

Observada aquest dèficit en els nostres serveis sanitaris, cal aclarir la situació de la dona a la societat africana. Per entendre aquesta incidència majoritària pel que fa a índex de pobresa en dones, cal tenir en compte tots els sistemes d'una població que determinen una societat de forma indirecta. Tot i que les dones tenen una major esperança de vida que els homes²⁴, existeixen una sèrie de factors socials –i sanitaris– que fan que la qualitat de vida del gènere femení sigui objectivament inferior.

Fent referència a l'anàlisi social realitzat per *Unicef: la situació mundial de les dones i les nenes* (2009), s'observa que a la societat africana –i a la població mundial en general– imperen uns dogmes socials que discriminen a la dona, deixant de banda el seu dret a la igualtat, i anul·lant-ne d'altres com l'accés a la propietat, a l'educació, als crèdits bancaris o a un treball de qualitat. Simplement observant la societat i el seu dia a dia, es pot analitzar la realitat d'una desigualtat en contra del sexe femení. I aquesta discriminació és la causa de molts perills en la salut de les dones que cal tenir en compte en un treball com aquest: la violència física i sexual, les infeccions de transmissió sexual o l'increment durant els darrers anys del percentatge de dones fumadores.

²² Model actual de maternitat establert a l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

²³ Publicat per l'Ethnic communities' Council of Victoria (Austràlia) l'any 2006.

²⁴ Veure Annex 3: Gràfic de l'esperança de vida al néixer

Tot i l'error de la generalització, la gran majoria de dones observades a la societat ugandesa viuen en unes condicions bastant precàries: solen habitar en zones rurals, treballen la majoria del dia realitzant les tasques domèstiques o es dediquen a la venda informal en mercats i carreteres de productes agrícoles.²⁵ Dins de la mentalitat de millora d'aquest projecte, es valora la figura de la dona com un factor fonamental pel desenvolupament, ja que la seva activitat com a veritable educadora dels seus fills fan que sigui una agent de progrés per a la societat en els propers anys. És per això que critiquem el tracte i la violació dels drets del sexe femení, el qual realitza una tasca que considerem vital i que es troba infravalorada i poc reconeguda per la societat ugandesa.

2.8 El desenvolupament a Àfrica

“Tradicions i desenvolupament no són termes antitètics”

Burgos (2012)

Davant de la situació actual, i explicat el coneixement de gran part de la població de les carències i els dèficits dels seus serveis, la majoria d'ugandesos estan convençuts que la industrialització i l'aplicació de les TICs són útils i necessaris pel desenvolupament del país, fet que demostra el reconeixement per part de la societat del seu gran marge de millora.

Aquesta dualitat pot suposar una forma de treballar i d'afrontar el nostre projecte com una forma de demostrar que les nostres propostes de millora no són simplement instruccions imposades, sinó que les novetats poden ser complementàries al model establert i que ambdues són totalment compatibles.

La realitat a la que s'enfronta el continent africà, amb un seguit de revolucions en un període de temps relativament curt –econòmiques, polítiques, educatives, sanitàries– fa que la societat pugui generar certes situacions de rebuig a allò que consideren “nou”. L'objectiu real és no perdre aquesta veritable identitat, perquè es perdria l'essència de la cultura i per tant, deixaria de ser etnoinfermeria. Aquest projecte comprèn que el país té la capacitat suficient dins de la seva cultura per ser capaç d'acceptar les propostes sense haver de modificar tota l'estructura bàsica tradicional partint del concepte que *“en aquest món globalitzat, la cultura i la identitat canvien constantment”* (Schein, 1988).

²⁵ Veure Annex 2: Imatge 4, venda ambulant de productes agrícoles per part d'una família.

2.9 El desenvolupament a Uganda

És curiosa la paradoxa d'un país com Uganda. D'una banda, és un país ric en recursos humans, naturals i minerals: disposa d'una terra molt fèrtil que produeix dues collites a l'any i abundants jaciments de petroli, gas i altres minerals. Malgrat aquesta possible percepció de país de benestar, la realitat de la població ugandesa és que, tot i la prioritització del govern en promoure una educació primària i secundària gratuïta i universal, més de 7.000 estudiants que acaben la carrera universitària, es troben en situació d'atur i han de buscar feina a l'estranger²⁶. Això causa una situació realment precària²⁷ que repercuteix de forma directa en els objectius de desenvolupament i compliquen l'establiment d'un benestar general en la població.

Per poder mostrar aquesta ambivalència, es menciona l'exemple de la gestió econòmica en el repartiment de sous: el sou mig d'un treballador –com un mestre o un professional d'infermeria- cobra uns 37.000 xelins ugandesos²⁸ (UGX) al mes²⁹, mentre que el d'un parlamentari volta els 43.000.000UGX al mes. Cal destacar també que, malgrat el creixement econòmic i les remodelacions governamentals dels darrers anys, el 67% de les famílies de Kampala³⁰, la capital, viuen amb uns 3500UGX per dia i per persona, és a dir, en una clara situació de pobresa.

²⁶ Segons l'estudi realitzat a la població ugandesa per la Fundació Àfrica Sur (2012)

²⁷ El 80% de la població sobreviu del camp en un país on la taxa d'atur juvenil és del 82%.

²⁸ 1 euro = 3959'44 xelins ugandesos.

²⁹ Informació extreta de les nòmines d'alguns dels treballadors de l'hospital.

³⁰ Segons la informació obtinguda de les dades de la pàgina web del *Ministry of Health* d'Uganda (2016)

3. MARC TEÒRIC

S'ha considerat necessari, com a mètode introductori, descriure breument algunes de les característiques de la societat ugandesa i del seu sistema sanitari per tal de comprendre la repercussió que aquests factors poden tenir en els costums i les vivències en relació al procés d'emmalaltir. Creiem que aquests coneixements ens ajudaran a destacar els punts d'unió i els punts de divergències d'ambdues cultures, i que ens permetran adquirir un coneixement antropològic en qualsevol situació de confrontament ètnic.

Es divideix el marc teòric en dues parts principals: un resum de la situació actual de la població ugandesa i el seu sistema sanitari, i una breu explicació de les característiques principals de les patologies considerades com a principals factors de risc i amenaça de la sostenibilitat del sistema sanitari ugandès. Aquests són els coneixements que es consideren necessaris conèixer per entendre i comprendre els aspectes tractats posteriorment a l'estudi.

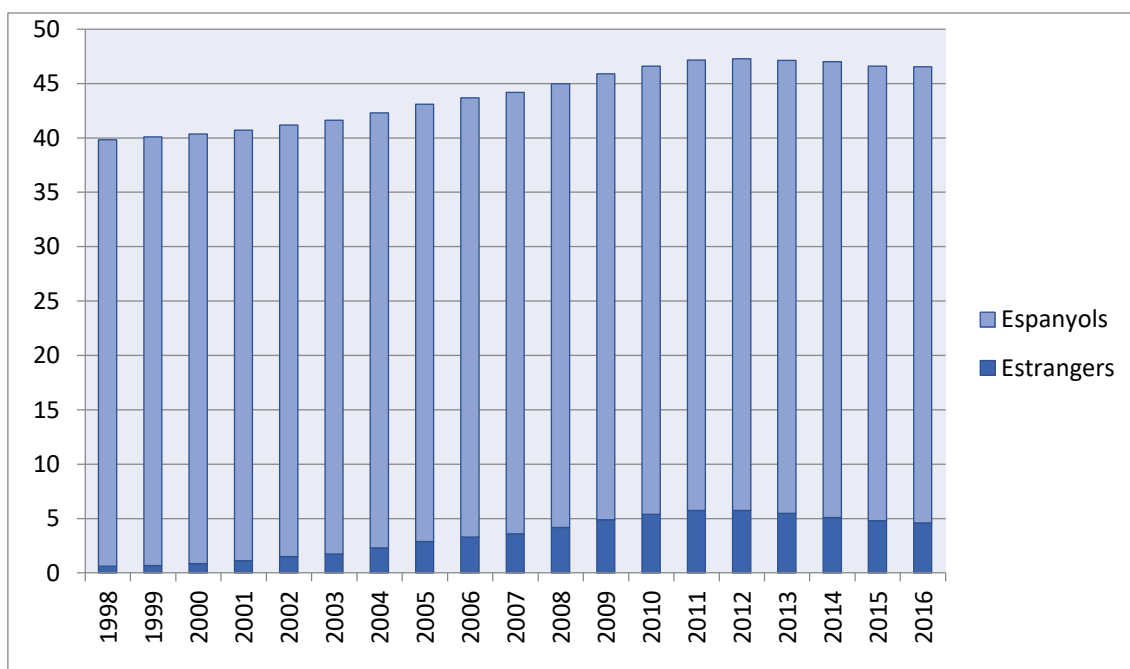
3.1 Dades sociodemogràfiques sobre immigració africana

Segons la Llei de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut (SNS)³¹, qualsevol habitant del país ha de gaudir d'un accés a la informació sanitària, d'un tractament i d'un suport de qualitat. Amb aquestes característiques es pretén assolir l'objectiu d'assegurar el dret de protecció a la salut de tots els ciutadans, reconeixent el principi d'igualtat, qualitat d'atenció i el respecte de l'autonomia de tots els pacients.

Per garantir aquesta qualitat alhora de prestar aquests serveis, és necessari tenir en compte les característiques de la població a la qual van dirigits. A la societat actual trobem un considerable augment en la xifra de població immigrant: Espanya és el tercer país de la Unió Europea (UE) amb un major nombre d'estrangers³², amb un total de 4'7 milions de residents. També lidera el rànquing de països de persones estrangeres que obtenen la ciutadania (*Eurostat 2015*). Segons l'INE, el nombre de naixements l'any 2015 va ser de 324.151 nadons, dels quals 75.316 van ser de progenitors estrangers, representant el 18% d'aquests.

³¹ Llei 16/2003 de la Consituació Espanyola redactada l'any 2003.

³² Concretament uns 4'6 milions empadronats, situant a Catalunya com la comunitat autònoma amb més concentració, amb més d'un milió, on un de cada cinc parts són de mare estrangera (INE, 2016).



Gràfic 1: Població estrangera a Espanya. Gener de 2016. Dades extretes de l'INE.

Davant aquesta situació, i tenint en compte que d'aquests estrangers la gran part són ciutadans africans –majoritàriament musulmans i subsaharians- i habitants de l'Europa de l'est, l'estat espanyol s'ha vist obligat a postular lleis i decrets que regulin els drets i els deures d'aquests ciutadans pel que fa a l'atenció sanitària per garantir la seva integració dins del SNS (Llei orgànica 4/2000 i Llei orgànica 2/2009).

A causa d'aquesta immigració i multiculturalitat evident a la nostra societat, i com a conseqüència del creixent nombre de pacients que requereixen atenció sanitària procedents d'altres cultures, es considera necessària l'educació en la diversitat dels tractaments dels pacients tenint en compte els factors que determinen el bon cuidatge.

Atès que es parla d'un treball de camp i no de les característiques de la població ugandesa a la nostra societat, es resumeixen diversos dels factors més determinants pel que fa a la descripció dels costums i la cultura d'una població. Totes les dades sobre Uganda són extretes de l'estudi d'avaluació social més recent realitzat al país, el *Report for Uganda*, publicat pel govern de la república ugandesa l'any 2015.

3.2 Uganda

Considerant que la història d'un país determina el tarannà de la seva població, és un factor a tenir en compte alhora d'entendre l'abordatge antropològic dels seus processos de salut-malaltia. Per aquest motiu es valora el fet d'explicar breument la seva situació històrica, política, geogràfica, econòmica i social:

3.2.1 Història

Les primeres eleccions a Uganda es van celebrar l'1 de març de 1961, un any després d'obtenir la independència de Gran Bretanya. Es va convertir en una república mantenint la mancomunitat amb el Regne Unit, fet que ja va provocar un conflicte entre els que donaven suport a formar un estat centralitzat republicà i els que preferien un estat federal on cada territori tingués un regnat amb un rol important i independent.

Al febrer de 1966, el Primer Ministre Milton Obote va suspendre la constitució, va fer fora al president electe i al vicepresident i va abolir els regnats tradicionals, fent que tot el poder de l'Estat recaigués en la figura del Parlament reclamant més democràcia.

Al 1971, va haver-hi un cop d'estat realitzat per les forces militars liderades pel comandant Idi Amin Dada amb la finalitat d'enderrocar aquest sistema de govern. Amin es va convertir en President, va dissoldre el Parlament i va modificar la Constitució per atribuir-se poder absolut. Durant el mandat d'Amin, es va produir un declivi econòmic, una desintegració social, i una violació completa dels drets humans i ètnics. L'exèrcit ugandès va atacar Tanzània a causa d'una disputa fronterera on molts exiliats ugandesos van ajudar a les tropes contràries. A canvi, l'exèrcit tanzà, va començar una guerra contra Amin, que finalment va ser capturat a Kampala, la capital, l'any 1979, forçant als seus defensors a fugir cap a Líbia.

Després de l'eliminació d'Amin del govern, va haver-hi una successió de líders abans del retorn del president Milton Obote l'any 1980. Les forces de seguretat d'Uganda tenien un dels pitjors historials de drets humans del món durant el mandat del president Obote. Va governar fins a 1985, quan una brigada de l'exèrcit es va fer càrrec de l'Estat i va proclamar un govern militar. Obote es va veure obligat a fugir a l'exili a Zàmbia. El nou govern va ser encapçalat per l'ex-comandant general de les forces de defensa Tito Okello. El govern d'Okello va dur a terme una brutal revolta en un intent per destruir el suport a l'oposició, dirigit per l'Exèrcit de Resistència Nacional (NRA), generant una guerra civil.

Malgrat diversos intents de negociacions entre ambdós fronts, i després de nombrosos alts el foc, finalment la NRA es va apoderar de Kampala i va fer que les forces d'Okello es veiessin obligades a marxar a Sudan. La NRA va organitzar el nou sistema de govern i va proclamar Yoweri Museveni com a president. El nou govern va acabar amb els abusos dels drets humans, va proposar àmplies reformes econòmiques i va iniciar l'alliberació dels presos polítics.

Actualment, la seva forma de govern és la d'una república presidencialista, amb un territori compost per 112 districtes, dividits per un sistema de regnats similar al proposat durant les primeres eleccions del 1961 per les tropes rebels.

3.2.2 Situació geopolítica

La República d'Uganda està situada a l'est d'Àfrica i es troba just a l'alçada de l'Equador. És un país sense mar que limita amb Kenya, Tanzània, Rwanda, la República Democràtica del Congo i Sudan del Sud.

El país té una àrea de 241.039 quilòmetres quadrats dividits en 112 districtes. A causa del sistema descentralitzat de govern, gran part de les funcions són cedides als governs locals. Tot i això, el govern central formula les lleis, les supervisa, les modifica i és l'encarregat de la seguretat nacional.



3.2.3 Economia

L'economia es basa primordialment en l'agricultura. És un país on la majoria de la població subsisteix del conreu i de petites indústries que comercialitzen productes agrícoles³³. El cafè és la principal font de divises. Malgrat que Uganda és autosuficient en productes alimentaris –ja que no té gairebé importacions-, la seva distribució és desigual en els diferents districtes.

Durant el període immediatament posterior a la independència, Uganda tenia una economia creixent d'un 5% del PIB a l'any. Però durant la guerra civil, es va produir una destrucció de la infraestructura econòmica i social, causant una afectació important en sistemes com l'educació i la sanitat.

A partir del 1986, el govern va introduir i implementar una sèrie de programes de reforma que van invertir immediatament la situació econòmica i van donar una imatge de prosperitat a la població, incrementant el PIB gairebé dos punts.

L'any 2000, Uganda va aconseguir satisfer els requisits per incorporar-se a la Iniciativa pels Països Pobres Molt Endeutats (PPME), el que va suposar un deute de 1.300 milions de dòlars. La situació actual, amb un govern més actiu i amb idees de regeneració ha aconseguit, segons dades del Fons Monetari Internacional (FMI) un valor molt més alt que els registrats durant les dècades dels vuitanta i noranta aconseguint un PIB de 23.767 milions d'euros l'any 2015, situant-se com l'economia número 103 al rànquing

³³ Veure Annex 3: Gràfic de Distribució del PIB.

dels 196 països dels que es publiquen el PIB, creixent més de 3.000 milions d'euros respecte a l'any anterior, el que indica una tendència al creixement.

3.2.3.1 Sistema fiscal

Es considera necessari parlar del seu sistema fiscal per poder comprendre el seu sistema sanitari i la seva font de finançament. A Uganda, tota persona o empresa que d'alguna forma obtingui beneficis generats al país, residents o no, estan obligats a pagar impostos al govern. L'impost de societats ugandès és del 30% i el VAT (Value Added Tax³⁴) és del 18%. Aquestes són les principals fonts d'ingressos que permeten la sostenibilitat econòmica del sistema sanitari mixt.

3.2.4 Població

Aquest estudi està basat en l'àmbit etnogràfic, i el seu objectiu és conèixer l'opinió de les persones. Els habitants d'Uganda, com tothom, són persones influenciades per diferents factors que els condicionen i que es considera necessari explicar breument. A continuació es resumeixen breument alguns aspectes són bàsics per poder comprendre els pensaments i els sentiments de cada habitant, que inevitablement forma part d'aquest entorn social.

3.2.4.1 Ètnies

Uganda ha estat, durant molt de temps, un punt de fusió de fins a quaranta grups ètnics diferents, tots ells pertanyents a les tres principals famílies lingüístiques: el bantú, el nilòticaynil i l'hamítica. Actualment té una població d'uns 40 milions de persones³⁵, Aquests pobles es diferencien entre si per les seves cultures, llengües i tradicions – tot i que l'idioma oficial sigui l'anglès, el suahili s'utilitza com a llengua comú- .

3.2.4.2 Religió

Uganda és un país amb un gran diversitat de religions: al voltant del 84% de la població és de religió cristina, dels quals el 42% pertany a l'església catòlica romana i la resta a diverses agrupacions protestants, entre les que destaca l'església anglicana d'Uganda amb un 36% de la població amb aquesta creença. També hi ha una minoria musulmana

³⁴ Impost corresponent al nostre IVA (Impost sobre el Valor Afegit).

³⁵ Veure a l'Annex 1 els gràfics de l'apartat de Demografia.

del voltant del 12% i altres minories que practiquen altres religions: creences indígenes, hinduistes (majoritàriament els asiàtics) i un percentatge molt baix de jueus.

3.2.4.3 Educació

El cost públic en educació és d'un 5'2% del PIB estatal, sent la segona prioritat després de la sanitat pel que fa a inversió de capital en els serveis. A cada curs, els alumnes han de superar uns exàmens estatals per accedir al següent. Hi ha una distribució bastant equitativa entre educació pública i privada, amb un sistema educatiu compost per 7 anys d'educació primària, 6 anys d'educació secundària (dividits entre 4 anys de secundària bàsica i 3 de secundària superior), i entre 3 i 5 anys d'educació superior. L'actual sistema va ser establert a principis de la dècada del 1960 i ha aconseguit que la mitja d'anys de formació a la població ugandesa sigui de gairebé 5 anys.

3.3.4.4 Sanitat

El primer projecte de millora sanitària realitzat a Uganda, el Health Sector Strategic Plan (HSSP I), es va realitzar durant el període 2000-2005, i va ajudar a guiar al govern en les seves inversions en el sector de la salut a través de polítiques imposades al Ministeri de Salut. Es van realitzar avaluacions trimestrals i a mig termini per tal d'avaluar l'execució de les propostes realitzades. Amb els resultats obtinguts, es va realitzar el HSSP II, vigent fins al 2010-2011. Aquest és el pla de salut del qual s'ha extret gran part de la informació del marc teòric perquè és la bibliografia més recent³⁶.

3.3 Introducció als sistemes sanitaris

La Organització Mundial de la Salut (OMS), al 1978, va definir la salut com "l'assoliment del més alt nivell de benestar físic, mental, social i de capacitat de funcionament que permeten els factors socials en els quals viu immers l'individu i el col·lectiu".

Per tant, la funció principal d'un sistema sanitari és assegurar el dret a la salut de la població, procurant que no emmalalteixi i que si ho fa, el pacient sigui correctament diagnosticat i tractat. Per assolir aquest objectiu es necessiten un conjunt d'estructures

³⁶ L'anàlisi dels resultats sanitaris de l'HSSP III no és possible perquè el Ministeri de Salut ha modificat el període d'acció d'aquest tercer pla estratègic i cobreix un període de 10 anys en comptes dels 5 previstos. Per tant, serà vigent fins l'any 2020/2021 i les seves dades actuals no són avaluables –excepte la informació demogràfica, política, econòmica i social que aporta–.

organitzatives com són els centres, els serveis i les activitats del sector públic i privat d'un país dirigides a donar resposta a les necessitats de la població en matèria de salut.

Un sistema sanitari compleix la missió de relacionar a un professional sanitari –l'oferta- i un pacient que pateix una malaltia i que es dirigeix al professional en cerca d'ajuda –la demanda-. El personal sanitari realitza la seva acció en resposta a la demanda de salut del pacient i a canvi rep un pagament per aquests serveis. Així doncs, en aquest sistema sanitari trobem dos elements principals: els proveïdors de l'atenció sanitària³⁷ -els serveis mèdics- i els receptors de la mateixa³⁸ -la població a la que s'atén-.

Tot i no formar part del sistema, un altre element principal d'un sistema sanitari és el Govern, que actua com a gestor i és l'encarregat de la seva regulació, que dicta un conjunt de normes que marquen les regles de funcionament.

El sistema sanitari és un bon exemple de la diversitat i la complexitat de les relacions entre el professional sanitari i el pacient que existeixen. És una relació d'agència³⁹ ja que només el personal sanitari posseeix els coneixements específics i propis de la seva professió, el que dificulta el control de la pròpia situació per part del pacient a l'hora de reconèixer el seu estat de salut i els possibles tractaments. Per això, el pacient delega la seva autoritat en el professional sanitari, perquè aquest actuï de la forma que ell consideri més assertiva, correcta i eficaç.

En aquest fet és on recau la importància de l'etnoinfermeria, l'ambició per aconseguir retornar la segona part d'aquesta agència, acabant de formalitzar aquesta relació de simbiosi, on ambdues parts obtenen un benefici.

Els resultats sobre la salut de la població dependran de com sigui el model en el que s'enquadri el sistema sanitari del país. Variaran l'equitat, l'eficàcia, l'eficiència, la satisfacció i la universalitat depenent de la prioritització de les característiques organitzatives i financeres dels sistemes de salut, es prioritzaran més uns o altres d'aquests objectes. Òbviament, no hi ha cap sistema que doni el màxim en totes, i pretendre millorar un objectiu implicar ser més modest en un altre. A més, en el cas del

³⁷ Pel que fa als serveis mèdics, els proveïdors que no només inclouen a metges o infermers que atenen directament a la malaltia, sinó a tot el conjunt de professionals sanitaris, organitzacions i institucions com: centres de salut, ambulatoris, hospitals, laboratoris, companyies d'ambulàncies o empreses que presten suport sociosanitari des de qualsevol vessant.

³⁸ Respecte al pacient, trobem a la població del país, en la qual els sistemes sanitaris han de tenir en compte les seves diferents característiques: demogràfiques, econòmiques, educatives i culturals, ja que totes influeixen en allò que demanen al sistema sanitari. Però a més, aquestes mateixes persones, com pacients, el que volen és que els diners no siguin cap problema i que quan estiguin malalts se'ls hi ofereixi la major qualitat, eficàcia, capacitat d'elecció i rapidesa.

³⁹ Tipus de relació definida per Jensen i Meckling on s'assoleix un acord entre dues persones on "una de les parts realitza un servei en el seu nom, delegant en ell certa autoritat o poder de decisió" (1976: 305).

sistema sanitari d'Uganda s'ha de tenir en compte la precarietat de la gestió econòmica de la salut en un país on l'esperança de vida no arriba als seixanta anys.

Segons la OMS, “un sistema sanitari òptim compleix els següents requisits: universalitat⁴⁰, atenció integral⁴¹, equitat⁴², eficiència⁴³ i flexibilitat⁴⁴”.

S'ha de tenir clar que qualsevol classificació d'un sistema sanitari és artificial, ja que simplifica la realitat, motiu pel qual s'ha de valorar com un instrument auxiliar per entendre la realitat de la sanitat d'un país. Es considera doncs, que no hi ha sistemes purs, i que el sistema sanitari de cada país presenta una barreja i una combinació de diferents models. A continuació es classifiquen i s'indiquen les seves principals característiques:

3.3.1 Tipus de model sanitari segons el finançament

Segons el tipus de recaptació dels recursos econòmics que tingui el model sanitari, podem diferenciar tres grans subsistemes: el model liberal, el model socialista i el model mixt. A continuació es valoren les diferents característiques de cada un, amb aquestes dades es justificarà, a l'apartat de Resultats, la decisió de que el problema no és el tipus de sistema sanitari, sinó els problemes implícits que porta la gestió dels recursos materials i l'organització dels sectors per garantir una eficiència i una eficàcia alhora de realitzar les activitats sanitàries.

3.3.1.1 Model liberal

També anomenat model de lliure mercat, és el model que impera als Estats Units on la salut es considerada com un bé de consum, i com a tal està sotmesa a les lleis de l'oferta i la demanda alhora de realitzar la distribució de recursos a la societat. L'Estat no ha de protegir la salut en tota la seva amplitud, realitza una contribució a l'assistència sanitària molt petita respecte a altres models. Pràcticament ho inverteix tot en atendre als grups més marginals i sense recursos. L'usuari paga directament al proveïdor, o més freqüentment mitjançant companyies privades de serveis. La regulació es limita a

⁴⁰ Fa referència a la capacitat d'abastir d'una cobertura total a la població sense cap tipus de distinció.

⁴¹ Significa que les seves tasques no es basen simplement en l'assistència clínica, sinó que inclou altres aspectes sanitaris com són la promoció, la prevenció, el tractament i la rehabilitació.

⁴² Suposa una igualtat en el tractament, l'accessibilitat als serveis i al rendiment d'aquests.

⁴³ Ha de tenir l'objectiu d'aconseguir el nivell màxim de salut i benestar utilitzant el mínim de prestacions necessàries per assolir cobrir totes les necessitats sanitàries proposades.

⁴⁴ Ha de ser capaç de tenir actuacions adequades de forma àgil i efectiva a les noves necessitats.

establir unes condicions per exercir -licències professionals- i la utilització dels serveis es basa totalment en la llei de l'oferta i la demanda.⁴⁵

Avantatges del sistema sanitari liberal
L'alta competitivitat entre els proveïdors per captar clients fa que la tecnologia i la investigació avancin de forma notable.
Porta implícita la llibertat d'elecció per part del ciutadà.
L'existència d'usuaris molt exigents i que paguen allò que calgui per rebre bons serveis ha fet que les companyies d'assegurances afinin al màxim en el cost per procés, amb la finalitat que els professionals sanitaris no utilitzin de forma desmesurada proves complementàries, excés de medicaments, estances prolongades...

Taula 2: Avantatges del sistema sanitari liberal

Inconvenients del sistema sanitari liberal
Suposa un alt cost per la societat, per exemple, als Estats Units està per sobre del 12% el cost sanitari del total del PIB total.
El sistema necessita xarxes de beneficència que atengui als que no poden pagar directament o no tenen assegurances que els tinguin àmpliament coberts. Aquesta situació genera situacions greus de falta d'equitat i discriminació.
L'Estat o més bé la societat en conjunt, gasta pràcticament tots els diners dedicats a la salut, en sanitat assistencial, deixant de banda la prevenció i l'educació sanitària per obtenir hàbits saludables.

Taula 3: Inconvenients del sistema sanitari liberal

3.3.1.2 Model socialista

El model socialista pur només ha estat present en països comunistes, dels quals els únics exemples que queden a l'actualitat són Cuba i Corea del Nord. Es caracteritza pel finançament en la seva totalitat amb els pressupostos generals de l'Estat, basant-se en la solidaritat financera de tots els membres de la societat. Presenta una cobertura universal,

⁴⁵ Una variant del model liberal és el model Singapur, que ha introduït als sistemes sanitaris el concepte de capitalització individual. El finançament es genera en una Central Provisora de Fons (20% del salari del treballador +20% empresaris) i una part d'aquest va a un compte anomenat Medisave, del qual cada individu pot retirar diners per cobrir despeses sanitàries.

equitativa i gratuïta a tota la població on els medis de producció són de propietat pública i l'Estat s'encarrega de la planificació i la distribució dels recursos.

Avantatges del sistema sanitari socialista
La cerca de l'eficiència fa que l'Estat aposti per la medicina preventiva i l'educació sanitària per incrementar els nivells de salut de la població i evitar la malaltia.
L'Estat actua en altres aspectes no plenament assistencials, també té en compte la salut pública amb mesures d'abastiment d'aigua a poblacions, depuració i eliminació de residus, promoció de la salut laboral, atenció als grups més vulnerables...

Taula 4: Avantatges del sistema sanitari socialista

Inconvenients del sistema sanitari socialista
Assolit un determinat nivell de salut, els ciutadans volen accedir a medicines i mètodes diagnòstics i terapèutics cada cop més sofisticats, que no només els curin, sinó que ho facin en un temps cada cop més breu, còmode i amb garanties.
La població, a l'obtenir-ho tot gratis, no valora realment el cost de la sanitat.

Taula 5: Inconvenients del sistema sanitari socialista

3.3.1.3 Model mixt

El model mixt és el model que impera en la gran part dels països occidentals. Es basa en la separació entre el finançament i la provisió dels serveis sanitaris, és a dir, el finançament dels serveis és majoritàriament públic, a través d'impostos, però el sector privat pot participar en el finançament d'aquells que es demandin directament pels ciutadans.

Tot i que la provisió de serveis sigui indiferentment pública o privada, ha de garantir el compliment d'uns paràmetres de qualitat assistencial adequada com la potencialització de la promoció i la prevenció incorporada en l'atenció primària de salut.

Segons com sigui el finançament en aquests països amb sistemes sanitaris mixtes, es poden distingir dos models: el mutualista o de Bismark i el públic o de Beveridge.

Model mutualista

També anomenat sistema de Bismark, el finançament prové de les cotitzacions dels treballadors i empresaris, i cobreix només als mutualistes i a les seves famílies. En principi aquest model garantia l'assistència només als treballadors que pagaven

l'assegurança obligatòria, obligant a construir xarxes paral·leles de beneficència pels treballadors que no cotitzaven. Actualment, tots els ciutadans poden gaudir d'una sanitat universal, gratuïta i amb condicions d'equitat⁴⁶.

Model públic

També anomenat sistema de Beveridge, el finançament prové dels pressupostos generals de l'Estat i es presta en condicions d'universalitat, equitat i gratuïtat. La planificació i la salut pública queda en mans de l'Estat, que elabora plans de salut, amb uns objectius definits, clars i avaluables per la millora.

Aquests models mixtes descrits, tenen un alt cost de prestacions sanitàries, que dificulta la seva viabilitat econòmica, i necessiten importants mesures per millorar la gestió de les prestacions, per optimitzar recursos, per introduir nous models de gestió mantenint el finançament públic i arribar a acords amb les empreses privades pel que fa a les diferents formes de provisió de serveis⁴⁷.

3.3.2 Tipus de model sanitari segons la visió de la malaltia

Deixant de banda la classificació financera dels models sanitaris, s'ha de tenir en compte l'abast multifactorial que els sistemes sanitaris han de tenir. Segons les característiques que menciona el Ministeri de Sanitat d'Espanya (2014:21), un sistema sanitari suposa *“la construcció teòrica, tècnica, ideològica, socioeconòmica i ha de vetllar per la participació en totes aquestes dimensions dels conjunts socials implicats en el seu comportament”*. Observem doncs la importància i la inclusió de l'àmbit social en tots els aspectes sanitaris, és per això que a continuació trobem una classificació segons el tipus d'abordatge dels patiments⁴⁸, un aspecte totalment influenciat per l'individu i la societat⁴⁹:

⁴⁶ Model sanitari vigent a països com França, Alemanya, Bèlgica, Luxemburg o Holanda, entre altres.

⁴⁷ Model sanitari vigent a països com Regne Unit, Suècia, Finlàndia, Noruega, Dinamarca, Itàlia, Portugal o Espanya, entre d'altres.

⁴⁸ Basant-nos en la classificació proposada per Menéndez (1992) dels patiments.

⁴⁹ Cal destacar que pel que fa a models segons la visió de la malaltia, no hi ha una única opció com en l'anterior classificació, sinó que es tracta de diferents tipus d'abordatge dels patiments, que malgrat normalment un sigui el més freqüent, es combinen entre ells en una mateixa població o país.

3.3.2.1 Model mèdic hegemònic (MMH)

El MMH, que correspon a la medicina facultativa o ortodoxa, s'entén com “*el conjunt de pràctiques, coneixement i teories generades pel desenvolupament del que es coneix com medicina científica*” (Menéndez, 1992:451).

Des de finals del segle XVIII ha anat aconseguint deixar de banda els altres conjunts de pràctiques que dominaven als conjunts socials, fins aconseguir identificar-se com l'única forma d'atendre a la malaltia, legitimada tant per criteris científics com per l'Estat. A més, molts autors (Prada, 2006; Gotzon, 2009) coincideixen en afirmar que existeix tota una organització social, ideològica, econòmica i política que enforteix aquesta hegemonia, mitjançant l'exclusió de possibilitats de veure i actuar de forma diferents. Probablement per aquesta raó s'accepta amb tanta facilitat, en quasi totes les disciplines i en tots els àmbits de la nostra vida. Cal destacar que això no implica la inexistència de diversitat ni de formes diferents de pensar i de sentir les diferents formes de gestionar els patiments.

En resum, es tracta d'una concepció mecanicista de l'ésser humà, que ens porta a separar les parts d'un tot, en contra de l'holisme, entre la ment i el cos, i entre l'individu i la societat, intentant buscar veritats absolutes, basant-se en la creença de la causalitat i infravalorant la subjectivitat. Unes característiques totalment negatives i oposades a l'adaptabilitat de la proposta d'enoinfermeria proposada en aquest treball.

3.3.2.2 Model mèdic alternatiu subordinat

En aquest model s'agrupen les pràctiques reconegudes generalment com a tradicionals. Però no només parlem de tècniques antigues i carregades de valors, sinó que també inclou pràctiques mèdiques d'alt nivell de complexitat i organització desenvolupades fins l'actualitat al marge del sistema mèdic⁵⁰.

La inclusió d'aquestes noves pràctiques a l'anàlisi del cuidatge radica en que suposen alternatives de tractament que el MMH ha intentat estigmatitzar i criticar d'inefectives per la seva relativitat científica -i que realment pretén subordinar-. Però la realitat és ben diferent, i incrementat en països amb unes condicions sanitàries precàries com Uganda, on els remeis casolans i naturals suposen molts cops l'única possibilitat de tractament per una població que, a causa de la manca de subministrament de fàrmacs o insuficients recursos econòmics, pot gaudir del tractament d'elecció indicat.

⁵⁰ Com per exemple l'acupuntura, les tècniques de relaxació o els herbolaris.

Tal i com Menéndez fa referència en el seu estudi on classifica els patiments, aquestes tècniques alternatives, que comencen sent alienes al MMH, poden entrar en un procés d'apropiació a causa de les limitacions de la biomedicina i acabar formant part d'aquest⁵¹. Aquest és un exemple evident de la inevitable relació entre salut i cultura.

3.3.2.3 Model d'atenció basat en l'autoatenció

És un model basat en el diagnòstic i atenció duts a terme per la pròpia persona o l'entorn més proper, en el que no actua directament un professional sanitari. Aquesta autoatenció inclou des d'accions conscients de no fer res -però sempre encaminades a la curació- fins a la utilització de tècniques i procediments més complexos.

Aquest model és universal i suposa la base de tot tractament d'un patiment o malestar, sent el primer nivell real d'atenció. Es troba a la base de tots els anteriors i *“la seva estructura es basa en funcions no només curatives”* (Menéndez, 2002:17) sinó que també inclou aspectes socials, culturals, religiosos i econòmics que determinaran i condicionaran la visió i la decisió del pacient enfront el problema de salut.

Així doncs, la percepció de la malaltia és personal, subjectiva i només es pot comprendre contextualitzada en una societat concreta, amb unes creences, uns valors i uns comportaments del medi social de la persona. És per això que es creu necessari considerar a la salut i la malaltia no solament com una situació social, sinó situar-la com el resultat d'uns factors condicionats per la pròpia experiència de vida, un fet que condiciona de forma important la pròpia percepció. A continuació intentem resumir aquests factors socials i globals –els únics aspectes avaluable sense un procés d'individualització- per tal d'entendre millor la visió d'emmalaltir en la societat ugandesa i el seu concepte de salut.

3.3.2 Sistema sanitari ugandès

En el cas d'Uganda, com a exemple de model mixt públic, la regulació de l'oferta dels serveis la realitza majoritàriament l'administració pública i s'expressa en forma de lleis, decrets i ordres –tot i que també hi ha consultoris de salut que formen part de l'àmbit privat-. Dins d'aquest apartat s'inclou l'aspecte del finançament, o el que és el mateix, quin és l'origen dels recursos econòmics dedicats a la prestació d'aquests serveis.

⁵¹ Com poden ser els casos de la quiropràctica o l'homeopatia, dues formes de tractament que al seu inici van ser considerades tècniques alternatives i actualment formen part del MMH.

Els diferents tipus de recollida de finançament pel que fa a la gestió i la inversió del capital per a la prestació de serveis a la sanitat ugandesa es realitza a través de⁵²:

1. Gran part –al voltant del 80% dels serveis sanitaris- a través d’una partida de diners procedents dels pressupostos generals de l’Estat. Els professionals sanitaris normalment són treballadors del sistema sanitari del país, i la distribució dels recursos és decidida segons les polítiques estatals.
2. Una baixa proporció de treballadors gaudeixen d’una assegurança social, la qual es rep a través d’unes quotes proporcionals als salaris. La companyia asseguradora és qui paga als proveïdors oferint una assistència bàsica als seus clients.
3. Un grup encara més reduït –no arriba al 3%- de la població gaudeix d’assegurances voluntàries que a través d’una companyia privada, ofereix una sèrie de prestacions contractades. En aquests casos, les asseguradores actuen com agències asseguradores i són les que paguen als professionals sanitaris.

També cal destacar un quart tipus de pagament dels serveis, el qual, a causa de l’increment de les consultes privades i la presència de clíniques, és una realitat a la societat ugandesa. Són consultes autònomes que es caracteritzen perquè el pagament és efectuat de forma directa i voluntària per l’usuari al proveïdor, on la utilització dels serveis es basa en la llei de l’oferta i la demanda i els preus es veuen condicionats per molts aspectes socials i existeixen en molts casos intercanvis de recursos.

Després d’analitzar els diferents sistemes de recaptació de recursos econòmics, sembla que la situació sanitària gaudeixi de totes les necessitats bàsiques per tal de vetllar i gaudir d’un sistema sanitari amb totes les qualitats òptimes descrites per l’OMS. Però enfront qualsevol plantejament polític, i més en països poc desenvolupats com el cas d’Uganda, l’aplicabilitat de la teoria a la societat, sol tenir factors que la compliquen⁵³.

Aquesta dualitat en la realitat del sistema sanitari ugandès es veu reflectida a l’estudi realitzat l’any 2015 per l’OMS, el qual afirma que, a nivell mundial, la inversió sanitària ha crescut de forma potencial en els darrers anys, impulsada majoritàriament pels canvis sorgits en l’àmbit de la tecnologia. Oposadament, a Àfrica, la situació es veu condicionada per un estil de finançament i una prestació de serveis realment precaris, provocant que el creixement hagi estat lent –i fins i tot s’hagi estancat durant la última dècada en certs països subsaharians-. Com a conseqüència, a la societat actual

⁵² Segons el Health Sector Strategic Plan III publicat pel Ministry of Health d’Uganda (2015).

⁵³ Veure apartat Resultats: gestió dels recursos

s'observen grans desigualtats, com la situació del continent africà, al qual li correspon aproximadament un 25% de la càrrega mundial de morbiditat, però només un 2% del cost sanitari mundial (OMS, 2016).

Per poder entendre la situació i les protestes per part dels professionals sanitaris sobre el sistema sanitari ugandès cal saber que els sistemes amb un model mixt tenen dos components que els determinen: els components estructurals⁵⁴ i els components socioeconòmics⁵⁵. És inimaginable una qualitat estructural dels serveis si existeix una precarietat en els fonaments com és la baixa inversió de diners públics en sanitat.

Però a més, sobre la salut de les persones influeixen molts altres aspectes com l'educació, la vivenda, l'alimentació i el treball, entre altres. Per tant, actuar sobre aquests factors ajudarà a millorar les condicions d'aquest país i és necessari valorar-los alhora de realitzar un estudi com aquest per comprendre de forma holística la comprensió i vivència de la malaltia.

3.3.3 Fort Portal Regional Referral Hospital

Conegut com a Buhinga's Hospital per la població local –a causa del districte on es troba situat-, és l'únic hospital públic de tota Uganda. Situat al nord-oest del país, es troba en una localització molt allunyada de les grans ciutats, amb una informació gairebé nul·la de senyalització ni indicacions de com arribar.

Aquest fet és realment important ja que centenars de persones van cada dia a l'hospital des dels racons més inhòspits ja que és l'única assistència sanitària gratuïta i per tant, la única que es poden permetre. La majoria de malalts acudeixen als centres sanitaris caminant, en bicicleta o en *piki piki*⁵⁶ ja que el servei d'ambulància i trasllat a l'hospital requereix d'un pagament d'uns 20.000 xelins ugandesos (UGX) -aproximadament uns 6€-. A més, quan finalment arriben, han d'esperar diverses hores per a ser rebuts, visitats i posteriorment atesos. No és per falta de personal, ja que hi sol haver un mínim de dos doctors per planta, però la gestió del temps que consideren rutina és realment

⁵⁴ Formats per l'atenció primària, l'atenció especialitzada, la salut pública (inclou factors com la higiene i la prevenció de la malaltia), la gestió i la planificació sanitària.

⁵⁵ Lligats a la distribució pròpia dels país, van relacionats amb la seva estructura i administració dels seus propis fons com per exemple el PIB.

⁵⁶ Motocicleta que constitueix el més important sistema de transport públic de la ciutat. Dóna treball a gairebé el 30% de la població, els treballadors paguen a l'Estat la quantitat de 80.000 UGX al mes per llogar el vehicle. Els possibles beneficis o pèrdues depenen de la demanda i els preus que ells mateixos estipulen, ja que no estan sotmesos a cap tipus de revisió, límit d'hores de treball ni garantia de seguretat. Veure Annex 2: Fotografies 5 i 6 de les utilitats del *piki-piki*.

qüestionable. El conegut com “*african time*”⁵⁷ és una realitat social i que s’inclou dins dels horaris de treball i de totes les activitats del dia a dia de qualsevol grup social, incloent la sanitat.

3.3.4 La importància de l’ajuda internacional

El Buhinga’s Hospital és l’hospital públic de referència de tota la població ugandesa, i com a tal, ha de garantir la satisfacció d’una sèrie de necessitats bàsiques. Això no seria possible sense l’ajuda de diferents organitzacions que col·laboren amb ell⁵⁸.

Aquestes institucions van instal·lar-se al país durant l’època de la guerra, quan els rebels mantenien batalles constants a la frontera amb la República Democràtica del Congo, al nord-oest del país. La seva funció era abastir amb uns mínims sanitaris als ferits en el camp de batalla i a la població en general, amb un equip format per metges i personal d’infermeria –incloent una llevadora a cada unitat- que garantís una certa estabilitat en conceptes de salut i tractament de malalties i lesions a cada regió.

Actualment, els treballadors de les diverses ONGs formen part del propi personal de l’hospital, i malgrat no tenir un horari establert, l’eficiència dels serveis seria nul·la sense ells. Aporten coneixements i tècniques a l’equip multidisciplinari de cada planta, però el més important, actuen com a coordinadors dins del caos d’una atenció hospitalària sense protocols, sense drets del pacient, sense deures del professional sanitari ni òbviament, cap requisit de qualitat assistencial.

3.4 Principals patologies

3.4.1 Gestió dels recursos sanitaris

Uganda, com molts països africans en vies de desenvolupament, tenia un sistema de salut que funcionava de forma “eficient” al començament de la dècada del 1960, però es va veure col·lapsat juntament amb els altres serveis públics a mesura que el país va patir canvis en la gestió política⁵⁹. Des de llavors, el govern ha estat implementant importants programes de rehabilitació de la infraestructura en el sector de la salut tot i que la millora en els resultats ha estat lleugera.

⁵⁷ L’expressió “*ampora ampora*”, utilitzada per dir al conductor del *piki piki* que circuli més lent, és una frase feta que fa referència a l’estil de vida asserenat i sense pressa que predomina a la societat ugandesa, el denominat *african time*.

⁵⁸ Principalment Metges Sense Fronteres, Cooperating Volunteers i Save the Children, entre altres institucions més petites que també fan donacions econòmiques o aporten voluntaris.

⁵⁹ Veure l’apartat Marc Teòric: història

3.4.1.1 Distribució dels recursos

L'organització de la gestió dels recursos sanitaris es basa en quatre estaments que estableixen una jerarquia que a continuació s'ordena de forma ascendent:

- Els dispensaris rurals, els quals representen el nivell més baix del sistema de salut d'Uganda. Proporcionen atenció ambulatoria preventiva, serveis de maternitat i de laboratori.⁶⁰
- Hi ha uns responsables de la supervisió i el control dels dispensaris, incloent el Comitè d'Administració de la Unitat de Salut (*Health Unit Management Committee*). S'encarreguen d'avaluar el funcionament quotidià de les instal·lacions.
- El Subdistricte de Salut (*Health Subdistrict*) té el propòsit de controlar l'entrega de fons, medicaments i serveis.
- El Ministeri de Salut s'encarrega de formular i establir normatives sanitàries que han de ser vigents a tots els districtes del país.

3.4.2 VIH/SIDA⁶¹

“Dels 36 milions de persones que pateixen la malaltia, el 95% viuen en països pobres”
(ONU, 2016)

3.4.2.1 Etiopatologia

El virus de la immunodeficiència humana (VIH) és el causant d'aquesta malaltia. Quan una persona s'infecta amb aquest virus, ataca i debilita el sistema immunitari. A mesura que es va debilitant, el risc de contraure infeccions i l'aparició de càncers augmenten i poden desencadenar en la mort. En el moment que això passa, la malaltia es diu SIDA (Síndrome de la Immunodeficiència Adquirida) i aquest virus es manté permanentment a l'organisme durant tota la vida.

3.4.2.2 Causes

El virus es propaga i es transmet d'una persona a una altra de qualsevol d'aquestes maneres:

- Al mantenir relacions sexuals amb penetració anal o vaginal sense preservatiu. Si es practica sexe oral hi ha més risc per la persona que el realitza i aquest és

⁶⁰ Els exemples de dispensaris que es van observar durant l'estada estaven constituïts normalment per un doctor, dos infermeres i una sèrie d'ajudants que no requerien coneixements sanitaris específics.

⁶¹ Informació extreta de la descripció de la malaltia de la pàgina web d'UNAIDS, programa conjunt amb les Nacions Unides sobre el VIH/SIDA.

major si la persona rep el semen a la boca. Si a més hi ha altres infeccions de transmissió sexual, hi ha més risc de contraure el virus del VIH.

- Per compartir xeringues, agulles, material d'injeccions o qualsevol objecte que pugui tallar o punxar i que hagi estat en contacte amb sang infectada.
- De la mare al fill, ja sigui durant l'embaràs on la dona transmet el virus al fetus mitjançant la circulació sanguínia compartida o una mare lactant que li passa al seu nadó per mitja de la llet materna.

3.4.2.3 Diagnòstic

Mencionem aquest apartat tot i no ser una tasca realment d'infermeria pel fet que el procediment de diagnòstic no es realitza sempre d'igual forma que a la sanitat occidental. Malgrat que el mètode diagnòstic d'elecció és el recompte de limfòcits T-CD4, s'ha observat que molts cops es fan servir els criteris de Bangui⁶² com a mètode de detecció del VIH. Aquest sistema de diagnòstic és realment criticat per la gran part de la bibliografia (Díaz et al., 1998; Muñoz, 2017) perquè pot donar molts casos de falsos positius i per tant, tenir part de la població sobremedicada. Es fa servir per la dificultat de diagnosticar VIH/SIDA sense l'ajuda de laboratoris complexos.

Tot i que des del 1985 existeix el test per la infecció del virus VIH, la major part d'Àfrica no posseeix accés total a ell, així que es van crear aquests criteris per facilitar a la comunitat sanitària el diagnòstic del VIH/SIDA a les zones amb menys recursos econòmics. La veracitat d'aquests resultats es troba realment en una situació paradoxal a causa de la manca de recursos per garantir una bona exploració clínica. En molts casos, quan el diagnòstic no és del tot clar, alguna d'aquestes clíniques poden estar presents però no ser sinònim de la infecció del virus VIH. Tot això fa que hi hagi una població sobremedicada i amb els conseqüents efectes adversos d'aquesta medicació en una persona relativament sana.

3.4.2.4 Evolució

Els símptomes associats a la infecció aguda per VIH per primer cop poden ser similars a la grip o altres malalties virals: febre, dolor muscular, cefalea, sudoració nocturna, úlceres bucals o candidiasi, ganglis limfàtics inflamats, diarrea...

⁶² Els criteris de Bangui estan formats per una combinació de signes i símptomes de caràcter clínic com la pèrdua de pes important, diarrees, tos o febre de més d'un mes de duració, aparició de sarcomes de Kaposi o recurrències d'herpes zòster, herpes simple, candidiasi orofaríngia i altres tipus d'infeccions.

Tot i que també és comú que es presenti la infecció sense presentar cap d'aquests símptomes. Aquesta infecció progressa durant unes setmanes o mesos per convertir-se en una infecció en fase asimptomàtica que pot durar 10 anys o més. Durant aquest període, la persona podria no tenir cap sospita que es portadora del virus, però el pot transmetre a altres persones.

De no rebre tractament, gairebé totes les persones infectades amb el VIH contrauran el SIDA. El progrés de la malaltia és molt individual, i l'aparició de les infeccions oportunistes depenen del pacient.

3.4.2.5 Tractament

La malaltia es tracta amb medicaments que eviten que el virus es reproduïxi dins de l'anomenada teràpia antiretroviral. Aquests fàrmacs no són capaços de curar la malaltia, tot i que poden evitar que el virus es reproduïxi o faci còpies d'ell mateix. Aquesta medicació té quatre objectius fonamentals:

- Augmentar l'esperança i la qualitat de vida
- Evitar la progressió de la malaltia reduint la càrrega viral i limitant el desenvolupament de resistències al propi fàrmac.
- Tornar el sistema immunitari al seu estat normal i mantenir-lo així durant el major temps possible controlant el nivell de cèl·lules CD4 per evitar infeccions.
- Minimitzar la transmissió del virus a altres persones.

El desenvolupament accelerat de fàrmacs amb capacitat d'inhibir la replicació del virus de la immunodeficiència humana i la seva posterior utilització en pacients infectats, ha aconseguit alterar l'evolució natural de la infecció aconseguint que una malaltia que era ràpidament mortal, s'hagi convertit en una afecció crònica.

3.4.2.6 Prevenció⁶³

- Realitzar proves de detecció, les persones que no saben que estan infectades pel virus i que es senten saludables són més propenses a transmetre'l.
- Evitar el contacte amb la sang d'una altra persona, no compartir agulles, xeringues o altres objectes que puguin ser de risc.
- Si s'obté un resultat positiu en un examen del VIH, no donar sang, plasma, òrgans ni semen.

⁶³ Veure Annex 2: fotografies 7 i 8 del Workshop sobre l'educació primària del VIH/SIDA.

- Mantenir pràctiques sexuals amb precaució, tot i que no garanteixen el 100% de protecció de transmissió de la malaltia, l'abstinència és l'únic mètode totalment fiable per prevenir la transmissió sexual del VIH.
- Les dones VIH positives que poguessin quedar embarassades han de valorar la opció de prendre medicaments antiretrovirals durant l'embaràs i evitar la lactància materna.

3.4.3 Tuberculosi⁶⁴

“La incidència mundial no para de créixer tot i ser curable i poder-se prevenir”

(OMS, 2016)⁶⁵

3.4.3.1 Etiopatologia

És una infecció bacteriana causada per la bactèria *Mycobacterium tuberculosis*⁶⁶. Sol afectar als pulmons, però també pot afectar a altres parts del cos. La tuberculosi és contagiosa, es dissemina a través de l'aire, es pot adquirir per d'inhalació de gotetes d'aigua expulsades quan una persona infectada tos, esternuda o parla. La infecció pulmonar resultant s'anomena tuberculosi primària.

La majoria de les persones es recupera de la infecció primària sense manifestacions majors de la malaltia⁶⁷. Es pot mantenir de forma inactiva o latent durant anys i, en certes persones, s'activa de nou en el procés anomenat reactivació, provocant una nova etapa de la malaltia, la tuberculosi activa.

Els grups amb més risc de reactivació de la tuberculosi són els ancians, els nadons i les persones amb un sistema immunitari debilitat. Per comprendre la incidència tan alta en països com Uganda, hi ha altres factors de risc com són les condicions de vida insalubres o d'afinament, la pobresa, la desnutrició o el nombre d'infeccions per VIH que provoquen més brots de tuberculosi resistents als medicaments.

⁶⁴ Informació extreta de la pàgina web de la WHO en el seu estudi anual de la incidència de la tuberculosi a nivell mundial (2016).

⁶⁵ Un dels objectius proposats per a l'any 2030 per l'OMS consisteix en acabar amb l'epidèmia de tuberculosi reduint les morts en un 90% i la incidència en un 80% en comparació a les xifres de 2015.

⁶⁶ Estudis recents mostren que la presència de la malaltia no depèn exclusivament, com es creia, de l'existència del bacil de Koch en els infectats, sinó que existeixen una sèrie de factors complementaris que predisposen la seva aparició.

⁶⁷ Es calcula que “una tercera part de la població mundial té tuberculosi latent” (OMS, 2016). Es refereix a les persones infectades pel bacil però que encara no han emmalaltit ni poden transmetre la infecció.

3.8.4.2 Síntomes

La fase primària de la tuberculosi es presenta de forma asimptomàtica, posteriorment apareixen símptomes com la dificultat respiratòria, dolor toràcic, tos amb o sense expectoració, sibilàncies, sudoració excessiva, fatiga o pèrdua de pes.

3.8.4.3 Relació amb el VIH/SIDA

El VIH provoca un estat d'immunosupressió que propicia la infecció de múltiples microorganismes. Les formes més greus de tuberculosi afecten especialment a persones amb el sistema immunitari deprimat. Així doncs, ambdues infeccions van de la mà en moltes ocasions i l'epidèmia del VIH-SIDA ha fet ressorgir els casos de tuberculosi en moltes regions de l'Àfrica subsahariana.

Fent referència a Pacheco (1999), s'evidencia que el comportament de la malaltia en pacients VIH positius té una major possibilitat de desenvolupar formes greus d'aquesta patologia, així com recaigudes, multiresistència i formes de tuberculosi extrapulmonars.

3.8.4.4 Tractament

L'objectiu principal és curar la infecció amb fàrmacs que combatin les bactèries de la tuberculosi, per això és molt important que les persones infectades rebin un tractament complet de diversos fàrmacs que eliminin totes les bactèries i evitin que la tuberculosi es torni resistent, i per tant, molt més difícil i costosa de tractar.

La malaltia de la tuberculosi es pot tractar prenent diversos medicaments durant un període de sis a nou mesos. Actualment hi ha deu fàrmacs aprovats per l'Administració d'Aliments i Medicaments dels Estats Units (FDA), entre els quals destaquen quatre que són de primera elecció: la isoniazida (INH), la rifampicina (RIF), l'etambutol (EMB) i la pirazinamida (PZA).

Els esquemes posològics pel tractament de la malaltia tenen una fase inicial de dos mesos, seguida d'una fase de continuació en la que s'escullen diverses opcions de tractament, amb una duració de quatre o set mesos:

Fase inicial	Fase de continuació
INH, RIF, PZA i EMB (56 dosis diàries durant 8 setmanes)	1. INH i RIF (126 dosis diàries durant 18 setmanes) 2. INH i RIF (72 dosi a la setmana durant 18 setmanes)

Taula 6: Tractament farmacològic d'elecció per la tuberculosi. Elaboració pròpia.

3.4.3.5 Prevenció

La tuberculosi és una malaltia que es pot prevenir, fins i tot en aquells que han estat exposats a una persona infectada. La prova cutània per la tuberculosi s'utilitza en les poblacions d'alt risc o en persones que puguin haver estat exposades a aquesta malaltia, com els treballadors de la salut.

Les persones que han estat exposades a la tuberculosi han de ser sotmeses a un examen cutani tan aviat com sigui possible i un examen de control en una data posterior si la primera prova és negativa.

Una prova cutània positiva significa que s'ha estat en contacte amb la bactèria de la tuberculosi, però no significa que es tingui la malaltia activa o que sigui contagiós, per això el tractament oportú és molt important per controlar la propagació.

En alguns països amb una alta incidència de la malaltia s'apliquen vacunes BCG (vacuna antituberculosa) per prevenir la tuberculosi, tot i que la seva efectivitat és limitada i per això cal realitzar igualment proves cutànies per descartar la infecció.

3.4.4 Maternitat⁶⁸

“Cada dia moren unes 830 dones per causes relacionades amb el part i l'embaràs”
(OMS, 2016)

3.4.4.1 Etiopatologia

L'alt nombre de morts maternes en algunes zones del món reflexa la desigualtat en l'accés als serveis de salut i destaca les diferències entre rics i pobres. Gairebé la totalitat -al voltant del 99%- de la mortalitat materna correspon a països en desenvolupament, en els quals hi ha entorns fràgils i contextos de crisi humanitària. El major risc de mortalitat materna correspon a les adolescents de menys de 15 anys. Les complicacions de l'embaràs i el part són les causes de mort principals de les adolescents a la majoria de països en vies de desenvolupament.

3.4.4.2 Causes

La majoria de complicacions apareixen durant la gestació i la majoria són tractables o previsibles; altres poden estar presents des d'abans de l'embaràs, però s'agreugen amb la gestació, especialment si no es tracten com part de l'assistència sanitària a la dona. Les principals complicacions, causants del 75% de les morts maternes són: les

⁶⁸ Informació extreta de la conclusió sobre l'apartat de la maternitat del *Report for Uganda 2015*.

hemorràgies greus, les infeccions, la hipertensió gestacional, les complicacions al part i els avortaments perillosos.

Les altres causes estan associades a malalties com el paludisme o la infecció per VIH a l'embaràs o causades per les mateixes. Aquesta categoria té una major incidència a Uganda, on la pobresa, la distància al centre de salut, la falta d'informació i la inexistència dels serveis adequats augmenten el risc d'aparició.

3.4.4.3 Tractament

Com s'ha dit, la majoria de les morts maternes són evitables, les solucions sanitàries per prevenir o tractar les complicacions són ben conegudes. Explicarem el tractament dels tres problemes relacionats amb la maternitat que més es van observar: les hemorràgies, les infeccions i els problemes hipertensius.

- Per les hemorràgies greus, que solen produir-se després del part i que poden matar a una dona sana en dues hores si no rep l'atenció adequada, hi ha una injecció d'oxitocina que administrada immediatament després del part redueix el risc d'hemorràgies.
- Per les infeccions posteriors al part, es poden eliminar amb una bona higiene, reconeixent i tractant a temps els signes primerencs d'infecció.
- La preeclàmpsia s'ha de detectar i tractar-se adequadament abans de l'aparició de convulsions –eclàmpsia- o altres complicacions potencialment mortals. L'administració de fàrmacs com el sulfat de magnesi a pacients amb preeclàmpsia pot reduir el risc de patir eclàmpsia.

3.4.4.4 Prevenció

Per evitar la mort materna és fonamental que s'evitin tots els embarassos no desitjats o a edats molt avançades. Totes les dones, i en particular les adolescents, han de tenir accés a la contracepció, a serveis que realitzin avortaments en la mesura que la legislació ho permeti i a una atenció de qualitat després de l'avortament.

Cal destacar que les dones pobres de zones remotes com les observades a l'estudi, són les que tenen menys probabilitats de rebre una atenció sanitària adequada a causa de l'escassetat de professionals sanitaris qualificats. Tot i que l'atenció prenatal ha augmentat en moltes parts del món durant l'última dècada, només el 51% de les dones dels països d'ingressos baixos es beneficien d'una atenció especialitzada durant el part.

Això significa que milions de parts no són assistits per un metge, una matrona o una infermera diplomada o graduada⁶⁹.

3.4.5 Desnutrició infantil⁷⁰

“Més d’una tercera part de les morts infantils mundial s’atribueixen a la desnutrició”
(OMS, 2015)

3.4.5.1 Etiopatologia

La desnutrició és una malaltia greu provocada per la falta d’ingesta i en alguns casos -majoritàriament en països tercermundistes com el nostre cas- per la impossibilitat d’absorbir els nutrients dels aliments. Aquesta malaltia afecta al desenvolupament físic dels nens, que pateixen alteracions en la composició del seu cos provocades per la extrema primesa. A més, porta amb ella greus malalties infeccioses derivades de la ingesta d’aliments en mal estat i aigua contaminada, entre altres. Això inhabilita alhora el correcte desenvolupament mental i cognitiu dels nens, conseqüència que es veu reforçada per la inaccessibilitat a una educació en condicions que pateix el continent. En casos greus també és un factor de risc de desenvolupar patologies com el càncer o la tuberculosi.

És durant el període entre l’embaràs als tres mesos de vida quan té lloc el desenvolupament del sistema nerviós. A partir d’aquest moment és manifesten les primeres capacitats intel·lectuals en l’ésser humà, per això és fonamental tenir una bona alimentació. Si en aquest període no té lloc aquest desenvolupament, difícilment s’aconseguirà en un futur.

3.4.5.2 Signes i símptomes

La desnutrició infantil pot tenir conseqüències en diversos nivells que acompanyen a la persona afectada al llarg de tota la seva vida. Durant la infància, els nens que pateixen aquesta malaltia poden manifestar disminucions del creixement del teixit cerebral, de la massa muscular cardíaca, del consum d’oxigen, del flux plasmàtic renal i dels glòbuls vermells –anèmia-.

Pel que fa als problemes mentals, pot causar un retard de les capacitats cognitives, alteracions motrius, hipotèrmia, bufs cardíacs, diarrea aguda, fetge gras, hipotiroïdisme,

⁶⁹ Veure a l’Annex 3 el gràfic del l’apartat de mortalitat durant la maternitat.

⁷⁰ Informació extreta de la pàgina web d’Unicef i la Societat Espanyola de Dietètica i Ciències de l’Alimentació (SEDCA)

pal·lidesa... En resum, la desnutrició genera problemes irreversibles no només a nivell físic, sinó també social i fins i tot educatiu.

L'associació Espanyola de Pediatria (AEPED) defineix el retard del creixement com *“aquella situació en la que el nen deixa de progressar en el seu desenvolupament respecte al creixement esperat per la seva edat”*. Aquest retard és l'origen de la mencionada desnutrició infantil, que deriva en alteracions en la mida i la composició corporal. Això és degut a un dèficit de suport nutricional que habitualment fa que el pes es trobi per sota del percentil 5⁷¹. El nivell de desnutrició es pot classificar tenint en compte l'Índex de Massa Corporal⁷² (IMC) o segons la carència de macronutrients.

3.4.5.3 Graus de desnutrició infantil

Desnutrició de grau I: o lleu, es dona quan el pes per l'edat del nen és normal, però el pes en relació a la talla és baix. Es tracta de nens que malgrat tenir una talla normal, no han pogut aconseguir un pes acord amb aquesta. (IMC=17-18,5)

Desnutrició de grau II: o moderada, es dona quan el nen posseeix un pes baix per la seva edat, és a dir, posseeix una relació inferior a la normal entre el pes i la talla. (IMC=16-19,9)

Desnutrició de grau III: o greu, es produeix quan el nen manifesta una reducció de la relació entre el pes i la talla de més del 30% respecte al percentil 5. (IMC<16)

3.4.5.4 Tipus de desnutrició

En el context d'Uganda, es més correcte classificar la desnutrició segons els dos tipus de desequilibri més comuns i els quals es caracteritzen segons el dèficit de macronutrients que pateix l'individu::

Kwashiorkor: es deu a la falta de proteïnes en els aliments que s'ingereixen. És una malaltia característica dels nens en països subdesenvolupats on el símptoma principal és la retenció de líquids, fet que provoca la coneguda prominència abdominal a causa de la distensió abdominal.

Marasme: es produeix per la falta de calories i proteïnes. Provoca un aspecte extremadament prim i fràgil, a més d'importantes deficiències en el desenvolupament.

⁷¹ Els percentils són unes dades obtingudes mitjançant la comparació de la longitud, el pes i el perímetre cranial de les diferents mesures realitzades a una població amb una edat igual per classificar aquests paràmetres segons la normalitat estadística considerada a l'estudi realitzat per la OMS (1997-2003).

⁷² L'IMC és el resultat del quocient entre l'altura i el pes d'un individu. El valor proporciona una aproximació del contingut de greix i és una eina de detecció de risc de certes malalties.

3.4.5.5 Causes de la desnutrició

Està clar que el lloc on l'ésser humà creix durant els primers mesos de vida, així com la cultura que l'envolta, són factors determinants a l'hora d'afavorir el correcte desenvolupament de l'organisme en tots els nivells.

Quan aquestes condicions són negatives, com succeeix a les zones més rurals del continent africà com la sotmesa a estudi, es converteixen en la principal causa de mortalitat infantil a causa de la desnutrició.

Aquestes condicions precàries provoquen que, a part que l'aliment sigui de baixa qualitat, no pugui ser distribuït de forma equitativa. Tot i que la pobresa extrema és sens dubte la causa principal de la desnutrició infantil, existeixen altres factors de risc com la baixa producció agrícola, les guerres internes que es viuen entre poblats africans o la difusió del VIH-SIDA.

3.4.5.6 Gestió de la situació

És l'únic dels problemes detectats on considerem que no seria correcte proposar un tractament a causa de les condicions possibles al lloc d'estudi. Seria poc ètic i real indicar que el tractament a la malnutrició infantil és millorar les condicions i els hàbits alimentaris, fet que seria obvi utilitzar com a prevenció de la malnutrició a la societat occidental.

Diverses fonts bibliogràfiques que treballen en aquesta causa confirmen l'opinió de Blázquez (2015), en afirmar que el problema real no és la falta d'aliments, sinó la seva distribució no equitativa. Els experts asseguren que la realitat és que al món *“hi ha menjar suficient com per alimentar a un terç més de la població mundial existent”* (OMS, 2016). Coincidint amb l'actual projecte de millora del sistema sanitari ugandès, una de les consideracions principals alhora d'establir estratègies per combatre la desnutrició al territori ugandès és posar solució no des del naixement del nen, sinó ja durant l'embaràs de la mare⁷³.

⁷³ El fet de tenir cura de la correcta alimentació i hàbits saludables durant l'embaràs seria útil tant per la millora proposada en l'àmbit de la desnutrició com el de la morbiditat en la maternitat ja que les dones desnutrides tenen més possibilitats de morir durant la gestació.

3.4.5.7 *Prevenció*

Existeixen un gran nombre de propostes enfocades a eradicar la desnutrició a llarg termini començant des de l'embaràs. Per la seva banda, l'OMS i totes les ONG implicades en la lluita contra la desnutrició infantil, proposen una sèrie de mesures per fer-ho: sensibilitzar al món sencer contra aquesta greu malaltia, fer donacions per pal·liar aquesta fam, iniciar projectes amb la finalitat de millorar l'agricultura a Àfrica o distribuir aliments terapèutics...

Malgrat les incapacitats del sistema sanitari, es considera que proporcionar a les embarassades suplementos de micronutrients, calci, àcid fòlic i aliments amb alts continguts en hidrats de carboni ha de ser també un dels objectius fonamentals de tot programa destinat a eradicar el greu problema de la desnutrició infantil.

La seguretat alimentària i nutricional a escala mundial han d'anar de la mà. La inestabilitat en els preus dels aliments és un factor desencadenant dels diversos problemes de desnutrició que afecten a molts països africans.

4. OBJECTIUS

Aquest treball, com qualsevol altre investigació qualitativa, busca descriure el que existeix, com pot variar en diferents circumstàncies i quines són les causes. Al tenir relació amb l'àmbit sanitari, descriu com les persones donen sentit a un fet en concret en el seu entorn social i la forma com ho interpreten. Seguint la conclusió de la revisió bibliogràfica realitzada per Murillo (2010), on fa referència a diferents autors i els seus mètodes etnogràfics d'investigació, hem cercat explicacions, percepcions, sentiments o opinions *“tenint en compte la importància del punt de vista dels propis subjectes d'estudi, sense intentar cercar una veritat absoluta”* donant importància a la comprensió de les seves paraules, no a conclusions extremes per ells.

És per això que el propòsit de la investigació ha estat descobrir les vivències i els sentiments que experimenta la població ugandesa en relació a diferents problemes sanitaris per tal de comprendre la seva percepció de la salut i el procés d'emmalaltir i aconseguir establir protocols adequats i de qualitat pel que fa a aquests aspectes culturals.

4.1 Objectius específics

Un cop realitzada una tasca prèvia d'avaluació de la situació del país, centrant-nos en l'anàlisi de la situació sanitària⁷⁴, i comprenent la percepció del procés d'emmalaltir entre la població ugandesa, ens proposem uns objectius secundaris :

- Redactar una proposta d'intervenció en salut adaptada i aplicable a la situació real del país, que sigui aplicable a curt termini i permeti fer front a les principals afectacions detectades en el sistema sanitari ugandès.
- Comprendre, a través de l'anàlisi de les característiques socials, els factors que constitueixen la seva idea de qualitat assistencial per tal d'analitzar el tipus de cuidatge que s'ofereix a la població estrangera als nostres serveis sanitaris.
- Analitzar la presència de factors antropològics i etnogràfics en el cuidatge i proposar un model més humanista, social i cultural.

⁷⁴ Tenint en compte tots els factors socials que la condicionen.

5. METODOLOGIA

L'interès per conèixer el món social d'Uganda a través de la percepció i la visió de les seves principals afectacions sanitàries, descobrint així les seves creences i pràctiques culturals⁷⁵, ha fet que la investigació qualitativa sigui el millor element per respondre a les preguntes formulades. Aquest mètode d'investigació permet assolir el punt d'unió que es proposa com a prioritat en tot el treball entre el coneixement científic i les ciències naturals. Per aquest motiu, s'utilitza el mètode etnogràfic emmarcat en l'àmbit de l'antropologia i la infermeria. Per comprendre la visió de la població sobre diversos aspectes sanitaris, es va realitzar un estudi que permetés interpretar des de les pròpies concepcions i valoracions de la població ugandesa, els comportaments realitzats.

En aquesta investigació, la portera⁷⁶ va ser l'Helena, una infermera voluntària que formava part de la coordinació del projecte sanitari de la ONG amb la que vaig anar. Ella va ser el punt inicial de contacte amb els professionals sanitaris de l'hospital i amb els pacients. Va donar referències sobre persones que podrien oferir informació útil i col·laboració en anglès i amb un criteri adequat.

El contacte amb la població ugandesa per tal de comprendre aquests fenòmens sanitaris i la seva repercussió social, es va realitzar des d'una perspectiva emic⁷⁷. Malgrat començar amb dubtes i amb els objectius lleugerament formulats per la incertesa del que trobaria, el rol d'infermer realitzat, rotant per gairebé tots els serveis de l'hospital⁷⁸ -i amb una certa llibertat en els horaris per realitzar la tasca d'investigació necessària-, va permetre un ràpid assoliment de la recerca d'informació sobre tots els aspectes de l'estudi, els quals, malgrat semblar molt amplis i oberts, van acabar relativament clars i definits al final del meu voluntariat.

5.1 Tipus de treball

Aquest article es va realitzar a partir dels resultats obtinguts a través de la investigació realitzada en el marc de la infermeria antropològica a la població ugandesa –i aplicable

⁷⁵ Juntament amb que Uganda és un país amb poca bibliografia de recerca i investigació.

⁷⁶ Persona que representa un paper clau en la investigació, en aquest cas, una voluntària que porta al lloc d'estudi un temps. Representa una persona que ens situa al camp i ens ajuda en el procés de selecció de participant en els casos de les entrevistes o els grups focals a analitzar.

⁷⁷ Segons l'Institut d'Estudis Catalans, el concepte emic fa referència a la descripció d'un fet des d'un punt de vista extern. Valora que el coneixement d'un fet concret en una cultura es basa en la descripció d'aspectes relacionats amb la seva conducta i la interpretació dels agents involucrats.

⁷⁸ Durant el voluntariat al Fort Portal Regional Referral Hospital, el voluntariat sanitari en l'àmbit d'infermeria es feia a diferents plantes en períodes de dues setmanes, en el meu cas, la rotació va ser la següent: maternitat, pediatria, cirurgia, traumatologia i pediatria un altre cop.

a la qualitat assistencial de la sanitat en general- a la ciutat de Fort Portal, concretament al Fort Portal Regional Referral Hospital durant el període de 2016-2017.

Abans de realitzar la investigació, es va tenir en compte el problema a estudiar, ja que determinava la metodologia a utilitzar, com estudiar el camp i el sistema a partir del qual arribar als resultats i obtenir les respostes que es pretenien descobrir.

Per aquest motiu, aquest treball està basat en la investigació qualitativa. Aquesta busca *“comprendre de forma detallada les perspectives, vivències i sentiments de les persones que s'enfronten a un cert fenomen”* (Taylor i Bogdan, 1992), tractant d'identificar la naturalesa de la realitat, és a dir, descriure successos en el seu context.

“La realitat que importa és allò que les persones perceben com a important”

John, fragment d'una entrevista realitzada (febrer de 2017)

En aquest tipus de metodologia, les persones són vistes des d'una perspectiva holística, considerant-les un tot, buscant experimentar la realitat tal i com l'experimenten ells. S'han considerat que aquesta és la millor forma d'aconseguir les respostes a les nostres preguntes i assolir els nostres objectius, tot i les dificultats de la distància i les diferències viscudes al voluntariat, sempre tenint en compte que totes les perspectives són valuoses per la investigació.

Més concretament, la metodologia en la que es basa el treball, tal i com explica un dels seus fundadors, *“intenta explorar els fenòmens i descriure'ls”* (Husserl, 1998). Per això, cal una feina per part de l'investigador, que ha de deixar de banda allò que coneix o suposa sobre el fenomen i descriure'l tal i com es presenta, sense judicis de valor, suposicions o opinions subjectives. Durant tot l'estudi, s'ha intentat seguir aquest estil per aconseguir uns coneixements essencials sobre el tema tractat a partir de la interpretació de la realitat que cada subjecte aporta. En aquest cas, s'ha preguntat a diverses persones relacionades amb l'àmbit sanitari -ja siguin pacients o professionals de la salut- per intentar aconseguir una visió el més realista i àmplia possible sobre la situació del sistema sanitari sotmès a avaluació, les seves principals afectacions i mancances, la seva visió de les diferents patologies i s'avalua l'aplicació de possibles propostes de millora.

El mètode etnogràfic ha permès analitzar l'objecte d'estudi, en aquest cas, el sistema sanitari del país, a través d'una visió multifactorial i tenint en compte que no és un fenomen tancat, sinó que està influenciat per molts factors. *“L'investigador comprèn que la percepció permet l'accés a la vivència”* (Gadamer, 1973), tenint en compte que

la vivència en si mateixa és un procés interpretatiu i que aquesta interpretació no ha de ser influenciada per cap tipus de coacció externa. Malgrat l'impacte inevitable que la situació genera en aquest cas, es va tenir en compte al màxim aquest aspecte durant el procés de captació d'informació.

En el nostre cas, les dades s'obtenen principalment a través d'entrevistes fenomenològiques –i observacions de la vida quotidiana- amb la particularitat que s'indaga sobre un fenomen en particular, tenint en compte també aspectes generals de la societat, per finalment, aprendre les relacions entre aquests. És per això que durant tot el treball es barreja constantment una part de recerca bibliogràfica i una part qualitativa sobre gairebé tots els aspectes tractats en aquest estudi.

5.2 Fases del treball

Durant la realització d'aquest projecte, i tenint en compte la dualitat de l'obtenció de la informació –basada en la utilització de fonts bibliogràfiques acompanyades d'informació qualitativa pròpia recollida utilitzant diferents mètodes-, s'han obtingut una sèrie de dades, les quals han estat analitzades prenent com a base els diferents moments de l'estada a Uganda com a cooperant. L'estructura d'aquest treball s'ha organitzat segons el model d'un treball qualitatiu descrit per Austin (2008): recerca d'informació, reducció de les dades i transformació.

5.2.1 Recerca d'informació

Aquest estudi ha estat un treball de camp en el qual ha existit una convivència, una immersió en la cultura i un aprenentatge de la forma de vida dels informats durant un període de 8 setmanes aproximadament.

La immersió a la comunitat va permetre una recollida àmplia d'informació, obrint noves línies d'investigació en relació als problemes detectats prèviament. Com a tècniques d'obtenció i anàlisi d'informació qualitativa⁷⁹, s'han utilitzat diferents mètodes que es poden dividir en dos grups segons les seves característiques: tècniques directes -com la observació participant- i les entrevistes etnogràfiques i tècniques indirectes -com documentació oficial⁸⁰ i personal⁸¹-.

⁷⁹ Les més utilitzades van ser l'observació participant (afegint a les experiències la informació del diari de camp) i l'entrevista etnogràfica a través de preguntes semiobertes).

⁸⁰ Reculls de revistes, dossiers de salut, documents interns de l'hospital sobre les patologies estudiades, estatuts i propostes de millora de la sanitat del país, expedients internacionals...

⁸¹ Diari de camp sobre el dia a dia a Uganda, narratives escrites d'alguns dels pacients...

L'experiència de compartir les seves vivències formant part d'aquella societat va permetre observar directament a les persones, analitzar els seus diàlegs i valorar la seva relació amb la patologia dins del seu entorn. D'altra banda, les entrevistes, amb les seves característiques de flexibilitat i dinamisme, buscaven l'expressió d'emocions, sentiments, pensaments i coneixements tal i com els pacients ho descrivien, no com es percebia. Amb el consentiment d'alguns dels informants⁸², algunes entrevistes van ser gravades, altres simplement van ser converses informals o xerrades sense intencionalitat de formulació de preguntes, sinó diàlegs interns fruit de la relació professional-pacient o entre treballadors, que van aportar dades considerades interessants i es van afegir.

5.2.1.1 Diari de camp

Consisteix en una agenda on cada dia -a banda d'escriure les experiències com a dietari- s'anotaven diverses dades considerades d'interès i es categoritzaven. S'aprofitava per proposar temes d'estudi, agrupar conceptes extrets a les entrevistes i classificar-los segons la patologia, a banda d'afegir les pròpies experiències i visions obtingudes a la jornada laboral com a informació de la percepció objectiva i subjectiva de la situació.

L'arribada al camp d'estudi va ser complicada i els primers dies semblava molt difícil entrar dins de la rutina de l'hospital per les seves característiques de grup hermètic i reticent a la inclusió de noves persones⁸³.

L'elecció dels informants va variar durant l'estada. Inicialment havia pensat en realitzar un mostreig teòric, intentant seleccionar a persones de les diferents plantes tenint en compte el potencial de cada cas per la comprensió del tema sotmès a estudi. Però la realitat era diferent, -a banda de la limitació de l'idioma estranger- era complicat que la gent expliqués la seva situació, i més quan es buscava l'anàlisi de sensacions i sentiments enfront una patologia, explicada a una persona totalment desconeguda. A causa d'aquest fet, es va valorar l'opció d'escollir una mostra diferent, que garantís la comprensió del tema que s'analitza⁸⁴. El fet que una cirurgiana australiana que portava temps treballant a l'hospital em donés la oportunitat d'accedir al seu servei hospitalari, actuant com a porta d'entrada al sistema sanitari, va permetre obtenir una mostra adequada a les característiques requerides per a l'estudi. A través de la tècnica de la bola

⁸² Veure Annex 4: Consentiment informat

⁸³ Les quals molts cops també cometem l'error d'intentar imposar un canvi en la mentalitat i en la forma de fer les coses d'una població que ha après de generació en generació determinades pràctiques i coneixements, i que ha assimilat com a concepte de "normalitat".

⁸⁴ Fet que pot alterar la realitat obtinguda i analitzada d'alguns dels resultats de la percepció de les diverses malalties entre la població ugandesa.

de neu⁸⁵, es va tenir accés a alguns informants que presentaven a nous informants i aquests a altres. Aquest fet va permetre obtenir una xarxa social natural de persones disposades a col·laborar en la investigació i amb unes condicions òptimes.

A banda d'organitzar els diferents pacients i grups d'estudi, en aquest diari de camp també s'anotaven diferents propostes d'investigació i diferents possibilitats d'anàlisi fruit de les diverses situacions viscudes durant la jornada laboral a l'hospital. Alhora, s'anotaven conclusions extretes durant les entrevistes, analitzant els punts en comú i les divergències de cada una, per tal d'aconseguir uns conceptes més senzills i que permetessin un anàlisi més precís de les vivències dels pacients.

5.2.1.2 Entrevista

L'entrevista en la investigació qualitativa “*segueix el model d'una conversa normal*” (Robles, 2011), però amb la diferència que s'ha de tenir en compte que en situacions de tanta diferència cultural com la viscuda, l'investigador influeix en els seus informants de diferents formes inevitablement al fer-los sentir coaccionats⁸⁶. Efectes que s'han intentat reduir al màxim per tal que les dades obtingudes reflecteixin la realitat dels informants de forma precisa, sincera i natural.

Un cop realitzat el mostreig de les persones a entrevistar explicat a l'apartat anterior, es van descriure els objectius de les entrevistes i es va planificar el contingut d'aquestes.

Es van organitzar els diferents aspectes que es pensaven investigar de cada patologia, i sense proposar un ordre obligatori a seguir, es van redactar una sèrie de temes que es consideraven bàsics i necessaris tractar en cada una de les entrevistes per tal d'assolir el propòsit⁸⁷. Per aquests motius es va decidir utilitzar una modalitat d'entrevista semiestructurada, amb preguntes concretes però obertes, que permetien a l'informant descriure la seva situació amb respostes llargues i elaborades amb la finalitat de comprendre al màxim la seva visió i no limitar la seva vivència. A partir del guió orientatiu de l'entrevista, van sorgint punts en els quals cal incidir més o apartats que no cal aprofundir tant i que van desviant la intenció de l'entrevista. És per això que un factor molt important va ser l'escolta activa que permetia la reconducció de la conversa

⁸⁵ Tècnica utilitzada a la investigació qualitativa en mostres d'estudi estranyes o limitada a un grup molt petit de la població. És un mostreig en cadena, un cop s'observa un primer subjecte, l'investigador demana ajuda a aquest per identificar a altres persones amb uns caràcters semblants i d'interès.

⁸⁶ Factors com el desconexament entre investigador i informant, les enormes diferències racials, la incomprensió tecnològica (les entrevistes eren gravades amb notes de veu al mòbil), entre altres...

⁸⁷ Entrevistes amb preguntes semiobertes amb un guió previ que permeti l'assoliment dels objectius proposats en la investigació. Veure Annex 5: Guió de les entrevistes.

cap al terreny que més convenia a l'investigador. Tot i aquest lleu factor de jerarquia, l'objectiu era aconseguir una fluïdesa i una naturalitat en el diàleg, estimulants el discurs de l'entrevistat, per aconseguir un procés de comunicació el més similar a una conversa normal -ahora que s'aconsegueix indagar en el tema sotmès a estudi-.

En aquesta primera fase de recollida d'informació es reflexa de manera textual allò expressat per l'informant durant l'entrevista. En aquest cas en particular, la recollida de dades es va fer a través de la gravadora del mòbil, motiu pel qual la descripció de l'experiència de vida de les persones a les que s'entrevista es troba en format d'àudio.

Dins de l'apartat d'entrevistes no formals realitzades de forma natural durant l'estada, cal destacar la utilització de la tècnica de l'observació participant, un procés que va ser realitzat gairebé de forma inconscient però que aporta una visió de la situació molt important, condicionant la valoració subjectiva de l'investigador a l'analitzar i extreure conclusions dels fenòmens, les accions, els processos i les situacions viscudes.

5.2.1.3 Altres mètodes de recerca d'informació

També es van utilitzar altres tècniques de recollida de dades com l'anàlisi del material iconogràfic: fotografies, vídeos, històries clíniques, cartells sanitaris realitzats per anteriors voluntaris de l'ONG...

5.2.2 Reducció de les dades: categorització i codificació

En aquesta segona fase del treball qualitatiu, cal identificar els temes d'importància per tal d'intentar reflectir amb la major precisió el fenomen viscut sotmès a estudi i aconseguir una descripció el més concisa possible.

És per aquest motiu que es va tenir en compte en tot moment la importància que l'investigador evités realitzar judicis de valor ni s'utilitzessin preconceptes o idees que ja es tenien abans sobre el fenomen que s'estudia. Amb l'objectiu de descriure la realitat que viuen els individus des de la seva pròpia perspectiva, s'eviten tota mena de prejudicis i conclusions subjectives, ja que l'existència d'alguns d'aquests factors condicionaria la veracitat i la utilitat de la informació obtinguda.

Gran part d'aquesta fase va consistir en extreure les principals afectacions d'un sistema sanitari amb in comptables defectes, les principals patologies que afectaven a la població i les vivències que aquestes suposaven a la població. Un cop decidits els aspectes que s'estudiarien la feina de categorització va consistir en seleccionar –entre l'escassa

bibliografia sobre el tema- informació que pogués complementar, afirmar i/o contrastar la informació obtinguda.

Com la fase anterior va ser gravada amb el mòbil, el següent pas va ser transcriure l'entrevista. Aquesta no va ser copiada al peu de la lletra, sinó que es van seleccionar les parts més importants, excloent les parts que es consideraven de menys rellevància alhora de reflectir el que es volia transmetre. També s'afegien diferents anotacions del diari de camp on expressava diferents anotacions de llenguatge no verbal que l'entrevistador considerava destacables del procés de recollida de dades i que podien permetre comprendre millor la realitat explicada.

La principal barrera d'aquesta fase va ser l'idioma. L'idioma oficial d'Uganda és l'anglès, però la majoria de la població de la regió de Kasusu parla rutoro, el seu dialecte local. El fet de no parlar aquest idioma limitava de forma considerable la possible població sotmesa a estudi que es podia afegir a la mostra. Aquesta barrera idiomàtica va ser compensada donant més importància de la que tenia previst inicialment a la tècnica de l'observació participant, actuant com a peça clau de la metodologia etnogràfica juntament amb l'entrevista. D'altra banda, l'idioma també va ser un factor a tenir en compte alhora de la recerca bibliogràfica ja que tots els protocols, documents de premsa de l'Estat, projectes sanitaris i altres articles es trobaven en anglès, fet que alienta l'anàlisi i la codificació dels aspectes tractats.

5.2.3 Disposició i transformació de les dades

La darrera fase del treball –on totes les dades ja estan recollides- consisteix en reconèixer i seleccionar quina informació és realment útil i estructurar-la de manera adient. En aquest període, es va realitzar una tasca d'interiorització de totes les dades analitzades, intentant no només identificar, sinó comprendre els motius pels quals es produïen les realitats obtingudes de les entrevistes.

Es van intentar cerca nexes d'unió entre la informació obtinguda, les vivències viscudes i la bibliografia anterior per tal de trobar punts comuns destacables que ajudin a comprendre les vivències i les experiències dels entrevistats sobre els diferents factors de risc del sistema sanitari sotmesos a estudi. En aquesta etapa les idees relacionades es van agrupar segons els criteris d'incidència i afectació observats en la població durant el període d'estada a Uganda.

Donant un ordre i seguint un fil conductor entre els diferents apartats⁸⁸, s'endreça tota la informació aconseguint que les diferents definicions de les situacions i els estats de les qüestions plantejades siguin presentades d'una forma clara i precisa al lector.

5.3 Rigor en la investigació

Per garantir la qualitat d'una investigació qualitativa –o qualsevol altre tipus d'estudi– cal que aquest garanteixi uns criteris de qualitat “*que tinguin en compte les realitats de la investigació qualitativa i la complexitats del fenomen humà que es busca entendre*” (Noreña et al. 2012) tal i com es descriuen en els diversos protocols d'aplicabilitat existents sobre els criteris de rigor i ètics en les investigacions qualitatives.

5.2.1 Rigor ètic

Segons la Real Acadèmia Espanyola (RAE), l'ètica és “*el conjunt de normes morals que regeixen la conducta humana*”. En qualsevol estudi, i més en un de tipus antropològic on s'expliquen vivències i experiències personals, l'investigador ha de tenir en compte que les seva redacció es basa en l'aplicació d'uns principis morals bàsics alhora de mostrar la seva visió, la descripció de la situació i la limitació de la subjectivitat. En aquest treball s'ha tingut en compte el respecte i la privacitat de la informació obtinguda⁸⁹ i, a banda, tota persona ha tingut el dret a ser informat de la finalitat d'aquest estudi i ha pogut prendre lliurement les seves pròpies decisions a l'hora de participar o no en aquest⁹⁰.

5.2.2 Rigor científic

L'estudi està basat en un procés sistemàtic, ordenat i flexible a les noves circumstàncies que anaven sorgint durant l'estada. La recollida de dades està condicionada amb els objectius plantejats i amb la finalitat d'aconseguir unes conclusions no previstes ni suposades prèviament a la meua estada a Uganda. A banda de les vivències i experiències, s'afegeix una activitat reflexiva durant tot el treball que funciona com a

⁸⁸ Cal mencionar que les etapes d'aquest projecte d'investigació qualitativa són dinàmiques i flexibles, és a dir, no parlem d'un procés lineal sinó que són fases interactives i que es solapen les unes amb les altres.

⁸⁹ A l'estudi apareixen els noms reals dels entrevistats, però no s'inclou en cap apartat el nom complet ja que es considera més correcte mantenir la seva confidencialitat. La revelació dels seus noms i cognoms no aportaria cap informació rellevant de qualitat, hi ha prou amb la descripció de les seves característiques a l'apartat de criteris de rigor posterior per comprendre la seva situació i la descripció de les seves vivències.

⁹⁰ Veure Annex 6: Consentiments informats.

notes analítiques de la pròpia percepció, que malgrat ser comentaris d'opinió personal, segueixen criteris científics.

Pel que fa a l'aspecte del treball, té en compte el valor de la veritat, l'aplicabilitat real de la situació en el context observat, la consistència i viabilitat de les accions proposades i la neutralitat alhora d'analitzar la informació.

El tema científic escollit mostra una validesa interna i externa, presenta una fiabilitat bibliogràfica i confirmada durant la meua estada a l'hospital i es manté una certa objectivitat en tota la informació bibliogràfica malgrat l'anàlisi subjectiu de les entrevistes, el registre de les notes de camp i les meves pròpies vivències.

5.2.3 Altres criteris de rigor

En un treball qualitatiu etnogràfic no podem oblidar que, malgrat les característiques naturalistes que posseeix, pel fet d'haver obtingut les dades utilitzant un mètode com és l'etnografia a través d'un sistema de recollida d'informació mixta, -en el que es barreja la recerca bibliogràfica i la investigació qualitativa-, manté un rigor científic que li aporta credibilitat, transferibilitat, dependència i confirmabilitat.

El procés per constituir la mostra seleccionada s'ha basat també en una sèrie de criteris d'igualtat i equitat, intentant garantir una visió global de la situació i intentant minimitzar els criteris d'exclusió per aconseguir uns resultats constituïts per un caràcter de diversitat. És per això que s'ha entrevistat a informants de diferents sectors socials, -amb la condició que parlessin anglès- indiferentment de l'edat ni condició per comprendre de la millor forma possible la relació entre malalt i professional sanitari i el procés d'emmalaltir.

Amb l'objectiu de garantir aquests criteris de rigor, s'han realitzat nou entrevistes formals realitzades durant l'estada al camp d'estudi -incloent tant pacients com professionals sanitaris de l'hospital- i una entrevista realitzada en dues sessions a un historiador de l'art africà que té una botiga a Tarragona i presenta uns amplis coneixement sobre sociologia -realitzada un cop acabat el voluntariat-.

Els resultats del treball van ser obtinguts de la vivència de la feina a l'hospital, de l'experiència de les pròpies situacions viscudes i de la realització d'entrevistes semiestructurades a cinc dones i quatre homes, per poder avaluar la possible diferències de les vivències entre sexes. Un cop realitzades, es conclou que hi ha una semblança pel que fa a la percepció d'una mateixa malaltia entre homes i dones, eliminant el gènere com a criteri d'exclusió. Per aquest motiu, els criteris utilitzats per seleccionar la mostra

es va enfocar en altres aspectes que podrien determinar una diferència destacable com l'edat, el temps d'evolució de la malaltia, els antecedents viscuts, el nombre de parts -en el cas de la maternitat-...

Per tal de detallar les característiques dels informants, s'adjunta a continuació una taula amb una descripció d'alguns aspectes que demostrin determinats criteris de rigor i fiabilitat dels resultats, analitzant les fonts d'informació seleccionades:

Nom	Edat	Sexe	Descripció
Andrew	34	Home	Director del Fort Portal Regional Referral Hospital des de fa tres anys, ens aporta informació sobre la gestió de la sanitat local i a nivell estatal.
John	25	Home	Pacient amb la malaltia del SIDA que acudeix a la consulta de recollida d'antiretrovirals.
Kathy	26	Dona	Pacient amb la malaltia del SIDA que acudeix a la consulta de recollida d'antiretrovirals.
Pam	23	Dona	Pacient amb la malaltia del SIDA que acudeix a la consulta de recollida d'antiretrovirals.
Charles	33	Home	Cap de servei de la unitat de <i>Male Ward</i> , ens informa sobre l'estigma, els sentiments de la malaltia del SIDA a la població i diverses anècdotes.
Jane	31	Dona	Pacient amb la malaltia de la tuberculosi –i amb antecedents familiars amb la malaltia dels quals va fer de cuidadora principal-.
Mary	19	Dona	Mare primerenca de la <i>Maternity Ward</i> .
Inmaculate	22	Dona	Mare múltipara de la <i>Maternity Ward</i> .
Jack	29	Home	Doctor especialista en ginecologia provinent dels Estats Units que col·labora amb una ONG a Uganda i que ens explica la situació de l'embaràs i el part.

Taula 7: Descripció dels entrevistats a l'estudi. Elaboració pròpia.

6. RESULTATS I ANÀLISI

L'experiència viscuda a Uganda demostra que la comprensió intercultural és la base de qualsevol intervenció sanitària -basada en l'antropologia- que es pretengui proposar com a model. D'una banda, el coneixement dels valors i les creences locals suposen una necessitat en el moment d'establir protocols de comportament adequats, de qualitat i adaptats a una societat concreta. Les experiències i les vivències provocades per una alteració del concepte “salut⁹¹”, un factor totalment individual i dependent de molts factors, presenta semblances entre cultures totalment diferents com són l'occidental i la ugandesa.

A continuació trobem un anàlisi descriptiu de la situació de la població ugandesa respecte les principals afectacions del seu sistema sanitari detectades, analitzant les entrevistes etnogràfiques realitzades i la pròpia observació participant:

6.1 Principals problemes dels sistema sanitari ugandès

6.1.1 Vivències i experiències de la gestió de la salut

La realitat observada pel que fa a la gestió de la sanitat i dels recursos sanitaris demostra que, gran part de la població, sense diferències de gènere ni edat, destacaven l'existència d'unes afectacions que impedièren un abordatge de qualitat de la salut de la població. Realitzant la transcripció de la informació obtinguda, es van identificar les diferents categories corresponents a aquests problemes i es van establir tres temes de primer nivell⁹²: el dèficit de professionals sanitaris, la precarietat de les infraestructures i les dificultats de l'abastiment de productes sanitaris –incloent medicació i material-.

“Es suposa que els serveis mèdics són gratuïts⁹³ a Uganda”. Malgrat això, una de les majors dificultats a les que s'enfronta el país és la de l'escàs nombre de professionals mèdics amb els que compten els sistemes de salut. Això provoca una sobrecàrrega de treball del personal sanitari i la impossibilitat -per falta d'especialistes mèdics i professionals d'infermeria- de desenvolupar programes de salut especialitzada o

⁹¹ Definit per la OMS com “*un estat de complert benestar físic, mental i social*”, no solament l'absència d'afeccions o malalties. És per això que cal analitzar les individualitats que condicionen aquest concepte.

⁹² Es va utilitzar un sistema de codificació de la informació recollida per tal d'agrupar de forma conjunta les diferents formes d'expressar el mateix problema i aconseguir uns resultats més precisos.

⁹³ Tenint en compte l'existència d'un model sanitari mixt de tipus públic o Beveridge.

primària, un dels principals aspectes de millora⁹⁴ de qualsevol sistema sanitari d'un país amb vies de desenvolupament i amb unes condicions sanitàries precàries.

La crítica realitzada a la dependència absoluta dels sistemes sanitaris ugandesos a determinades institucions internacionals⁹⁵, fet que limita la seva progressió reduint la seva autonomia, és un pensament generalitzat en la població. Molts dels treballadors de l'hospital amb qui es va treballar mostraven una actitud de rebuig enfront les polítiques imposades per unes *“empreses que no coneixen la nostra realitat”* (doctor, 19/07/2016), les quals consideren que són la conseqüència d'una gestió ineficaç i que no s'adapten a la realitat del país.

Malgrat aquest sentiment de jerarquització que culpa de la ineficàcia en la gestió sanitària a la generalització de molts dels països de l'Àfrica subsahariana per part dels monopolis de la salut occidental, també hi ha altres opinions que critiquen el seu propi sistema i la forma de gestionar els seus recursos. Analitzant l'entrevista amb el director de l'hospital de Buhinga, accepta que el principal problema és *“l'organització social”* (Andrew, 26/07/2016). Critica el fet que gran part de la població –malgrat el desconeixement d'una altra realitat- reconeix que la seva situació és precària, però el govern no és capaç d'avaluar la situació amb perspectiva i adonar-se dels errors que està cometent des de fa anys. *“El govern pensa que el que hi ha és un dèficit de diners”* (Andrew, 26/07/2016) i volen arreglar el problema aportant diners a institucions totalment disfuncionals i que necessiten d'unes pautes i unes directrius que els indiquin com prioritzar aquests recursos econòmics valorant les seves necessitats principals. A banda d'un gran índex de corrupció en grans institucions, està clar que la inversió del PIB no és proporcionat a les condicions del país, no s'inverteix de forma adequada o, com a mínim, seguint un ordre lògic. A l'observar la realitat que l'únic hospital públic d'Uganda no té prou llits, no té material sanitari suficient per garantir el confort dels malalts ni medicació suficient per pal·liar situacions agudes bàsiques i reversibles amb teràpia farmacològica, es demostra aquest fet.

Pel que fa al segon aspecte, la precarietat de les infraestructures, s'ha de tenir en compte que a Uganda –i a Àfrica en general- les necessitats d'hospitalització són més elevades que a la població occidental a causa de la major taxa de malalties infeccioses que

⁹⁴ La OMS considera que amb menys de 23 treballadors de l'àmbit de la salut per cada 10.000 habitants no es poden cobrir les necessitats derivades de l'atenció primària, una xifra que no s'assoleix en la gran majoria de països africans. Respecte a la proporció entre professional sanitari i població, només hi ha nou països africans que tenen un metge o més per cada 1000 habitants: Egipte, Líbia, Seychelles, Argèlia, Tunísia, Illes Maurici, Sud-àfrica, Marroc i Cap Verd.

⁹⁵ Veure l'apartat de Marc Teòric: la gestió de la salut a Uganda

requereixen ingrés hospitalari per realitzar el tractament i avaluar la seva evolució. La realitat és que, malgrat la destinació d'una bona proporció de la inversió estatal –més les nombroses ajudes internacionals-, el nombre de llits d'hospitalització és d'un per cada 1000 habitants, una xifra realment baixa tenint en compte les seves necessitats. Pel que fa a aquest aspecte, no es tracta de simples dades estadístiques, aquestes carències tenen un reflex directe en les condicions de vida i la qualitat assistencial d'aquests països. Precisament, els països amb menys professionals sanitaris, solen coincidir amb les taxes més baixes de llits hospitalaris i alhora, són els que registren les majors taxes de mortalitat materna i infantil, el principal aspecte de millora proposat.

El tercer tema valorat com a principal problema són les dificultats en la cadena de subministrament dels productes sanitaris. Aquest aspecte no és una novetat per a les zones més rurals i allunyades d'Uganda ja que *“les infraestructures no són les adequades”* (pacient, 11/08/2016). No es refereix simplement a la dificultat que suposa el transport⁹⁶ –tant de material com de pacients- per unes carreteres i camins de sorra que alenteixen qualsevol trasllat, sinó que també té en compte la dificultat de mantenir unes necessitats energètiques bàsiques per garantir determinats serveis –com per exemple l'electricitat per utilitzar determinats aparells o l'aigua per garantir unes condicions higièniques-.

Per últim, afegim un concepte que durant l'entrevista amb el director de l'hospital es repeteix diversos cops i que considerem interessant remarcar per la seva importància en la comprensió de la visió de la sanitat entre la població ugandesa. S'indica l'existència d'una *“cultura del silenci”* (Andrew, 26/07/2016) a la societat, una actitud que correspon a una relativa por a prendre el control i reivindicar els seus propis drets de la salut. Es fa una autocrítica de societat conformista malgrat saber la situació injusta –possiblement per la por a realitzar qualsevol acte de rebel·lió i desobediència- .

Un cop analitzada la situació, queda clar que hi ha molt per fer alhora de millorar els serveis de salut a Uganda, amb unes activitats d'acció principals: distribució del material sanitari més ràpid i freqüent, major eficàcia en la inversió del finançament, més centres de salut, millor qualitat salarial pels treballadors de salut i una retenció de personal professional i qualificat per poder complementar l'assistència als centres.

⁹⁶ Segons afirma una entrevista a Moses Kamabare, el gerent general de les botigues nacionals mèdiques, l'organització responsable de l'emmagatzematge i distribució dels fàrmacs als diversos centres de salut, afirma que es fa una entrega cada dos mesos a tots els districtes. Segons l'encarregat de rebre els fàrmacs al nostre hospital, ens informa que reben els productes sanitaris un cop cada tres mesos.

L'evolució durant els darrers anys pot avaluar-se com realment positiva, Uganda com a país ha fet grans avenços per construir l'estabilitat del seu sistema públic sanitari, però *“el problema són les instruccions que les institucions necessiten per funcionar correctament”* (doctor, 19/07/2016), per això es proposa el pla de millora tenint en compte aquests aspectes.

6.1.2 Vivències i experiències del VIH/SIDA

Un cop realitzades les tres entrevistes a diferents pacients infectats pel virus VIH/SIDA, s'observa que la influència i la repercussió de la malaltia presenta uns aspectes comuns malgrat diferències d'edat i sexe entre ells. La descripció de la percepció de la malaltia coincideix entre els diferents pacients, els quals afirmen l'existència d'un sentiment de culpa, una preocupació per la progressió de la malaltia de cara al futur i la presència d'un estigma a la població ugandesa enfront els malalts.

Comencem l'anàlisi de la situació des del primer moment de la malaltia, el diagnòstic. És al rebre la notícia quan la persona experimenta per primer cop aquest risc d'exclusió existent a la societat ugandesa com a conseqüència directa que la malaltia imposa al pacient uns límits socials –a banda d'un rebuig afectiu, laboral i/o social-. Aquests factors solen desencadenar en un procés depressiu que requereix d'un suport psicològic o emocional -molt escàs en la sanitat ugandesa, on la psicologia és inexistent i simplement es valoren trastorns psiquiàtrics-. Aquesta afectació no es limita només a una dimensió biològica, sinó que també causa un desequilibri psicològic, emotiu i fisiològic processat de forma individual segons l'individu.

Un cop la patologia és present, cal mencionar la importància de realitzar el tractament i mantenir una adherència, ja que aquest és un dels factors més importants alhora de condicionar l'evolució i la qualitat de vida del pacient:

“Fa 3 anys que tinc aquesta malaltia i la meua dona ja va morir de SIDA, així que conec prou bé la possible situació. Ella gairebé no es va tractar i va morir molt ràpid. Després de la seva mort, creia que jo també moriria aviat, però allò em va servir per adonar-me que era necessari i útil prendre aquests medicaments que vinc a buscar”.

(John, 25 anys, 08/08/2016)

El fet de viure amb aquesta malaltia en una societat com la ugandesa⁹⁷ suposa una discriminació cap al pacient. El malalt del VIH/SIDA viu rodejat d'especulacions i aïllament per la por al possible contagi –a causa d'una manca d'informació sobre els mètodes de transmissió de la malaltia entre la població-. Pel que fa a la població local, els factors que més els feien rebutjar als pacients amb aquesta patologia eren: que sigui una patologia crònica incurable, les pors propagades per una societat que veu morir gran part de la seva població per aquest motiu i el procés de deteriorament del pacient mentre va avançant la malaltia.

“Vaig venir a fer-me les proves a un Medical Camp⁹⁸ i no volia saber els resultats mentre esperava la notícia. Un cop diagnosticada, vaig estar una setmana a casa, la meua vida va canviar, preferia que la gent no em veiés perquè em sentia culpable”.

(Kathy, 26 anys, 12/08/2016)

Realment la culpabilitat és un fet comú a la nostra mostra. Malgrat estar parlant d'una malaltia que té una gran incidència entre la població, existeix un gran desconeixement de les característiques pròpies d'aquesta entre la gent. Com a conseqüència d'això, existeix una preocupació pel que fa a com informar de la malaltia a la família, amics i entorn, fet que encara incrementa més la situació d'aïllament. L'afrontament de la malaltia depèn de diverses variables psicosocials com la seva condició emotiva, l'existència d'un suport familiar ferm, el progrés de la infecció en si, el grau de coneixement de la malaltia per part del pacient, i, òbviament, l'accés regular a la teràpia farmacològica que permeti un correcte tractament.

Aquesta por es veu incrementada en les dones gestants. En aquesta situació, s'ajunten la por que ja porta implícit l'embaràs –en un ambient sanitari on la maternitat ja és un factor de risc important- i la inseguretat que suposa la possibilitat que el nadó neixi infectat i requereixi de cuidatges especials des de l'inici de la seva vida.

Es pot definir un cercle que relaciona els tres aspectes destacats i que es retroalimenten: el pacient diagnosticat del VIH/SIDA presenta un trastorn psicoafectiu amb una prevalença de sentiments –angoixa, tristor, ansietat, culpabilitat- que sorgeixen des del

⁹⁷ Cal tenir en compte el rebuig per gran part de la població a l'ús d'anticonceptius (fet que va provocar diversos problemes en certes escoles on es van realitzar xerrades al prohibir donar certa informació referent a l'ús del preservatiu i la prevenció del VIH/SIDA)

⁹⁸ Jornades realitzades pels cooperants del voluntariat sanitari a la comunitat de Chenguereke, una de les més allunyades del centre de Fort Portal, on es realitzaven renovacions de les cartilles de salut –incloïen pes, talla, temperatura-, dispensació de medicaments i tests de VIH i malària. Veure Annex 2: imatge 7.

moment del diagnòstic. Això provoca un estat de patiment, influenciat per factors socials, que com genera un rebuig a comunicar-ho a l'entorn per por a la discriminació i desigualtat.

Aquesta discriminació es descriu en una de les entrevistes com a “*SIDA social*” (Charles, 09/08/2016), un concepte utilitzat per a fer referència a la marginació equivocada que pateixen els malalts per part d'alguns membres de la població no infectada, per la por que senten d'una hipotètica transmissió del virus a través de comportaments habituals de la vida quotidiana⁹⁹. Aquesta sèrie de prejudicis i crítiques cap a aquests pacients estan influenciats per diverses tradicions com el masclisme, l'homofòbia i un conjunts de pensaments retrògrads que imperen en aquesta societat i que, com a totes, són conductes instaurades que costen molt de modificar:

“Aquí es pensa que tota la gent amb VIH té una vida amb uns hàbits totalment incorrectes, quan la realitat no és així. Hi ha una gran part d'infectats que ho són a causa de la mala gestió del material hospitalari. A Kasusu la gent discrimina molt als homosexuals¹⁰⁰ i als pacients malalts de SIDA, però hem d'acceptar que Uganda és un país molt tancat per tractar els temes sexuals i de diversitat en general”.

(Charles, 33 anys, 09/08/2016)

Així doncs, s'observa que els pacients diagnosticats amb aquesta malaltia experimenten en major o menor grau algun tipus d'alteració emocional. Aquestes pertorbacions inclouen la pèrdua d'autoestima i el sentiment de culpabilitat per l'activitat de risc passada¹⁰¹. Després d'assabentar-se que són seropositius, la inestabilitat emocional que presenten és d'intensitat variable segons les característiques de la persona.

Pel que fa a l'abordatge de les patologies, i emmarcant-ho a la visió holística proposada, es detecta una carència absoluta en el seu cuidatge i en la seva atenció en l'àmbit psicològic. Es considera un aspecte totalment oblidat i que constitueix un aspecte bàsic de l'atenció de la malaltia, juntament amb la implementació d'una prevenció i educació sexual entre la població ugandesa, detectada com un grup d'alt risc.

⁹⁹ Com per exemple donar la mà, fer una abraçada, fer un petó, compartir coberts, posar-se la mateixa roba, utilitzar el mateix lavabo, tossir... Una de les principals tasques de les xerrades realitzades era desmentir aquests mites per tal de garantir una major qualitat de vida dels pacients.

¹⁰⁰ La homosexualitat és un delictes penal a Uganda castigat amb penes de presó.

¹⁰¹ Tot i que cal insistir que molts cops no hi ha presència de coneixement d'aquest risc.

6.1.3 Vivències i experiències de la tuberculosi

L'experiència sobre la vivència de la tuberculosi és una història força ambivalent. Hi ha una certa incertesa social sobre la malaltia –com succeeix amb moltes– pel fet que s'explica que està present abans del diagnòstic però que no es manifesta. Un cop és diagnosticada, la por, la preocupació i la culpabilitat són presents tant en el pacient com en el seu entorn més proper. Però, d'altra banda, un cop aprofundeixen amb el coneixement específic de la malaltia, predomina un pensament de curació i de continuïtat amb les seves activitats de la vida diària.

Aquesta patologia és, segurament, un dels exemples més clars de la necessitat de la població d'estar informada i tenir uns coneixements mínims sobre diferents aspectes sanitaris –tant per part de la població com pels professionals sanitaris–. Les creences enfront la tuberculosi pateixen una gran modificació a mesura que s'incrementa el contacte amb el sistema de salut –normalment a causa del diagnòstic– i s'incorporen nous elements que modifiquen moltes creences errònies existents a la societat i que simplement cronifiquen i omplen de prejudicis als pacients diagnosticats de tuberculosi.

A la societat ugandesa existeix un gran desconeixement dels aspectes que constitueixen aquesta malaltia, situació observable des d'abans del diagnòstic –sistema de transmissió, factors de risc, mètodes de prevenció...–. Tanmateix, un cop la patologia ha estat diagnosticada, la informació rebuda per part dels professionals sanitaris és poc precisa, mantenint aquest desconeixement de les conseqüències per part del malalt¹⁰² i demostrant un baix coneixement de la situació, dificultant la detecció precoç, unes mesures adients pel pacient i una atenció adequada a les necessitats requerides.

Un cop diagnosticada la malaltia, destaquen certs sentiments d'angoixa i por, influenciats per la incertesa de la malaltia i les confusions comuns amb afeccions lleus –grips, refredats, infeccions respiratòries– a causa dels signes i símptomes clàssics que presenta la tuberculosi. Aquest factor és realment important per comprendre com una malaltia curable mostra unes taxes de mortalitat tan altes en la població ugandesa. Aquesta interpretació –basada totalment en aspectes socials i culturals– fa que pacients i familiars, condicionats per experiències prèvies, prenguin la decisió de no considerar aquests símptomes com a greus i no acudeixin a serveis d'atenció sanitària fins que la malaltia ja està molt avançada i és molt més difícil que el tractament sigui efectiu.

¹⁰² Un gran percentatge de les respostes obtingudes de pacients diagnosticats de tuberculosi on s'investigava la percepció de la seva malaltia demostraven un desconeixement sobre la gravetat de la seva patologia, la progressió d'aquesta i els cuidatges requerits.

Un cop la patologia està present, els sentiments més comuns són la por a l'evolució de la malaltia i la culpabilitat per no reconèixer de forma precoç els seus símptomes i no haver acudit anteriorment a un servei d'atenció sanitària pel seu malestar.

Dins de l'entorn social del pacient, es destaquen dos àmbits de preocupació principals: la família i el treball. Pel que fa al primer cas, cal indicar que a qualsevol família existeix una dependència dels seus membres entre si, i, el fet que un d'ells emmalalteixi, suposa una alteració i una amenaça de la integritat familiar. Aquesta situació es veu agreujada en el cas de la tuberculosi, a causa de la seva afectació a la vida quotidiana, el seu possible contagi i el rebuig social que pateix qualsevol persona pel simple fet d'estar malalt en una societat com la ugandesa, on hi ha una prevalença molt alta d'incidència i mortalitat de malalties infeccioses. A més, es va observar que era molt comú que les persones diagnosticades de tuberculosi desenvolupessin unes actituds hostils i altres tipus de conductes de rebuig que amenaçaven aquesta integritat familiar.

Com a últim aspecte a destacar, s'observa un canvi en la visió de la malaltia un cop s'informa de manera adequada de la situació de la malaltia. A l'inici, quan els pacients descobreixen l'afectació de la seva malaltia, valoren la tuberculosi com una malaltia mortal amb un alt risc de transmissió a altres persones –fet que suposa l'impacte emocional més fort segons les entrevistes-. Però, des del moment que es va fer incís en explicar la situació real de la malaltia i les opcions de tractament¹⁰³, la mostra va presentar certes actituds i creences diferents, tenint en compte que era una malaltia que es podia curar, confiant en la millora si es seguia el tractament i aconseguint una visió més optimista de la situació. Tot i aquesta proposta de canvi de perspectiva de la realitat de la tuberculosi, és inevitable l'existència de diferents creences sobre el possible contagi de la malaltia que s'evidencia amb la presència d'un clar procés d'estigmatització dels malalts –molts cops provocats per ells mateixos- per por a propagar la malaltia a l'entorn més proper. Aquestes creences es basen en experiències de persones amb complicacions de la malaltia -en les entrevistes es mencionen com a exemples d'hemoptisi, dispnea o deteriorament de l'aspecte físic, casos clarament greus de la malaltia que no convé generalitzar com el patró normal de la patologia-.

Així doncs, comprovem que el diagnòstic de tuberculosi causa alteracions tant del mecanismes físics com psicològics del pacient que cal tenir en compte per garantir un cuidatge òptim. És per aquest motiu que s'observa la necessitat d'una atenció

¹⁰³ Un aspecte que ens van remarcar antics voluntaris de l'ONG com a molt important: informar.

individualitzada a aquests pacients per part d'un personal de la salut especialitzat i capacitat per diagnosticar, tractar i tenir els cuidatges adequats per aquests casos, un fet que no només cal aplicar a la societat ugandesa, ja que a la sanitat occidental també hi ha casos de dèficit de formació per part d'alguns dels professionals sanitaris¹⁰⁴.

6.1.4 Vivències i experiències de la maternitat

La vivència de la maternitat en la població ugandesa, a l'igual que en qualsevol altre país, no es pot generalitzar. Els aspectes de la percepció del que significa ser mare no són absoluts i existeix una gran heterogeneïtat de casos i percepcions d'aquest procediment. La maternitat presenta caràcters de gran diversitat i complexitat en cada un dels casos investigats, és per això que en aquest apartat es mencionaran certs aspectes que s'avaluen com a factors comuns entre la majoria de les pacients de la mostra, fet que no significa que no es trobessin casos diferents al patró esmentat.

Pel que fa a la societat ugandesa en si, les condicions de pobresa de la població en general i l'existència d'una infravaloració de la població femenina –basant els seus rols en la criança dels fills i el treball domèstic- determinen i condicionen la situació de la maternitat, un aspecte altament condicionat per valors i factors socials i culturals.

A partir de les entrevistes i l'observació realitzada, es pot observar una tendència a valorar la maternitat com la formalització d'una relació descrita com *“el resultat que un matrimoni és correcte”* (Jack, 17/08/2016). La convivència en parella i casar-se no és prou mostra d'amor i fidelitat fins que no s'objectiva amb el naixement d'un fill. Dins d'aquest apartat, també es pot comprendre aquesta necessitat de reproducció com una necessitat bàsica o instint de futur. Per entendre-ho millor, en una societat de subsistència, l'objectiu de casar-se consisteix en tenir fills que, entre altres coses, col·laborin amb el seu treball a mantenir la família, i que quan siguin adults, s'ocupin del cuidatge de les persones grans. Així doncs s'observa una doble finalitat de la maternitat: la consolidació d'una relació i la formació d'un entorn familiar que garanteixi un cuidatge futur.

¹⁰⁴ A més, és important destacar que Espanya es situa a la primera posició de la Unió Europea en taxes de mortalitat per tuberculosi i que a Catalunya es produeixen 30 casos de tuberculosi cada 100 mil habitants; de cada 3 immigrants que moren, 1 és de tuberculosi. Més concretament, el darrer any, la taxa a Barcelona és de 37'5 casos per cada 100 mil habitants, però al districte de la Ciutat Vella la mateixa dada s'eleva a 174 casos, xifra comparable a la de molts països del tercer món. Segons les dades de l'Institut Municipal de la Salut de l'any 2016.

A continuació analitzarem les diferents fases de la maternitat per analitzar que implica cada etapa i comprendre les diferents actituds enfront aquesta situació:

Pel que fa a la primera etapa, l'embaràs és considerat com una cosa natural, i per tant, no requereix de controls. Les visites continuades a l'especialista són vistes com un símptoma d'anomalia, i les dones no consideren que l'embaràs suposi estar malalta. És per aquest motiu que les mares ugandeses no solen acudir als controls periòdics de l'embaràs, i molt menys a serveis de planificació familiar, com es fa periòdicament a la societat occidental¹⁰⁵.

En comptes d'aquests grups d'ajuda durant l'embaràs, la majoria de dones ugandeses tenen un costum que a la nostra societat s'ha perdut i que fa uns anys també era molt comú: durant el període gestacional, les mares s'ajunten amb les seves mares, amigues... i viuen aquest procés juntes, es donen consells, s'ajuden, es donen suport i resolen dubtes. És el que es coneix com crear un "*cercle de dones*" (Jack, 17/08/2016) que treballen amb un objectiu comú i recíproc com a comunitat, garantir la supervivència dels seus fills que ajudaran a garantir la supervivència de la comunitat.

És habitual que les dones tinguin una gran quantitat de fills –i a unes edats molt precoces– pel fet d'aconseguir una organització familiar òptima en un futur. Però, un fet curiós és que solen evitar dos parts molt seguits. El que evitin l'embaràs durant els mesos posteriors al part és perquè això suposaria tallar la lactància materna –que acostumen a realitzar mínim fins als dos anys aproximadament–, amb el consegüent risc de desnutrició pel nounat. En aquest cas, el mètode anticonceptiu més habitual és l'abstinència sexual¹⁰⁶.

Durant el part, destaquen els problemes d'anèmia –incrementats per la situació de desnutrició de moltes mares–, fet que provoca una alta morbiditat durant el moment de l'expulsió. Aquests factors, juntament amb les infeccions a causa de la falta d'aigua i neteja, incrementen la taxa de mortalitat de forma considerable. A més, les mares no solen mostrar gairebé mai una expressió de dolor ni realitzen queixes. Es considera com una ofensa per la família i pel nounat que la dona, a l'hora del part, expressi dolor, ja que aquest fet és una situació de bonança i felicitat.

¹⁰⁵ A banda dels problemes d'infraestructures i manca de centres sanitaris on rebre aquesta educació prèvia al part. Alhora, aquests desplaçaments suposarien una pèrdua de temps a causa de les obligacions que han de realitzar diàriament les dones, estiguin embarassades o no.

¹⁰⁶ Com s'ha comentat anteriorment, l'opció del preservatiu o altres mètodes anticonceptius no té una acceptació social i s'evita la seva promoció, reduint el seu coneixement per part de la població local i consegüentment, disminuint el seu consum.

	DEFUNCIONS			PARTS	
	Pre-part	Part	Postpart	Naixements	Total
Juliol	21	32	7	452	512
Agost	25	37	3	501	566

Taula 8: Taula de morbiditat infantil de la *Maternity Ward* els mesos de juliol i agost de 2016 extreta del recompte mensual de la secretaria de la unitat¹⁰⁷. Elaboració pròpia.

Per últim, durant el postpart, destaca que el cuidatge dels nens no depèn directament i exclusivament dels pares, sinó que és molt habitual que se n'encarreguin membres propers a la família –inclòs l'acte de la lactància materna, amb molts casos coneguts d'alletament compartit-.

6.1.5 Vivències i experiències de la desnutrició infantil

La situació nutricional d'Uganda és un exemple més de les desigualtats socials que es viuen: tots els districtes compten amb suficients recursos alimentaris com per cobrir les necessitats de la seva població, però malgrat això “*gairebé 4 de cada 10 dels infants sofreixen de desnutrició crònica*¹⁰⁸” (doctora, 19/07/2016) al país.

L'experiència viscuda ens ajuda a mencionar dos principals factors com a causants d'aquests dèficit nutricional de gran part de la població: d'una banda el dèficit de recursos materials i d'altra, factors socials i culturals.

Pel que fa al primer aspecte, l'habitatge de molts dels nens en situació de desnutrició pateix uns dèficits importants d'higiene. Gran part de la població no disposa d'instal·lacions adequades d'aigua potable i sanejament bàsic, fet que incrementa el risc de contraure malalties infeccioses –majoritàriament diarrees i paràsits-.

Pel que fa als aspectes socials i culturals, és evident que la desnutrició es relaciona directament amb l'extrema pobresa, limitant l'accés als aliments en les condicions de qualitat ni quantitat necessàries¹⁰⁹.

També cal destacar la presència d'un patró maternal que complica molt el correcte desenvolupament del nen pel que fa a la nutrició des dels primers anys de la seva vida.

¹⁰⁷ La taxa de morbiditat infantil durant el procés de maternitat recomptat a l'hospital de Buhinga reflexa un 11'7% d'índex de mortalitat durant el mes de juliol i de 11'4% el mes d'agost. Informació obtinguda del recompte propi realitzat pel servei d'infermeria de la *Maternity Ward* de forma mensual.

¹⁰⁸ Tenint en compte la gravetat d'aquesta patologia, i sense fer referència a la proporció d'infants que pateixen fam i tenen un nombre inadequat d'aliments sense patir cap malaltia crònica.

¹⁰⁹ En aquest apartat també s'inclouen altres factors com el baix nivell educatiu que provoca un dèficit de coneixements sobre nutrició, la manca d'accés a serveis d'atenció a la salut...

Entre les característiques més comuns trobem un deficient estat nutricional de la mare – fet que ja implica un baix pes del nadó des del moment del naixement- i la insuficient capacitat de la mare per a realitzar la lactància materna durant el període adequat, impeding aportar els nutrients necessaris pel correcte desenvolupament i obligant als nens a ingerir aliments que no satisfan les seves necessitats alimentàries.

Els exercicis realitzats a l'hospital per pal·liar i revertir aquesta situació eren mínims tenint en compte la magnitud d'aquest problema. A l'arribada d'un nen amb signes de desnutrició, s'avalua la MUAC (*mid-upper arm circumference*¹¹⁰) per categoritzar l'afectació d'aquesta malaltia en el pacient utilitzant la següent polsera:



Imatge 2: relaciona el gruix del braç i l'estat nutricional: el color verd indica la normalitat; el groc, risc de desnutrició; el taronja desnutrició moderada; i el vermell, desnutrició severa.

Juliol				Agost			
Verd	Groc	Taronja	Vermell	Verd	Groc	Taronja	Vermell
45	62	31	22	50	72	28	27

Taula 9: Taula extreta de l'estudi realitzat pel doctor voluntari entrevistat on duu un recompte dels resultats del MUAC dels nens entre 0 i 5 anys que arriben al seu servei. Elaboració pròpia.

La majoria d'aquests nens necessiten quelcom més que menjar, se'ls administren suplementes de ferro, tractament contra paràsits intestinals i antibiòtics. Alguns estan tan greument desnodrits que necessiten directament la inserció de sondes nasogàstriques.

El problema plantejat pel que fa a aquest aspecte és que no és un factor reversible a llarg termini. “*La majoria de nens es poden recuperar*” (doctora, 18/07/2016) tenint en compte que reben el tractament a temps i de forma adequada¹¹¹. Però aquest benefici suposa una millora a nivell físic, revertint la situació aguda de forma momentània. Però el tractament no té en compte els aspectes psicològics que la malaltia inclou ni garanteix que aquesta situació es mantingui a llarg termini.

Per fer front a aquesta situació “*cal l'aplicació d'unes polítiques ben definides*” (Andrew, 26/07/2016), invertint en àmbits productius i vetllant per una pròpia sostenibilitat –evitant la dependència exterior-. Pel que fa a la bibliografia revisada, (FAO, 2008; UNICEF, 2014) les fonts confirmen la hipòtesi que l'eradicació de la fam i

¹¹⁰ Terme que correspon a les sigles en anglès de la circumferència de la part superior del braç.

¹¹¹ La majoria de casos solen millorar a partir de la primera setmana però hi ha hagut pacients que han necessitat fins a vuit setmanes per revertir la situació de desnutrició amb la que arribaven a l'hospital.

la desnutrició és més rentable que fer front a totes les atencions sanitàries que requereixen els seus afectats a nivell mundial.

Un cop valorada la situació de la desnutrició infantil, considerem que el que necessita el sistema sanitari ugandès és que els serveis de salut més importants investiguin la forma de prestar serveis amb la major eficàcia possible. Observem que és complicat maximitzar l'eficiència d'un nombre tan petit de personal que no sempre està ben capacitat. Si hi hagués un sistema on tots els professionals sanitaris fossin coneixedors de la situació i de la millor forma de solucionar aquests problemes, l'educació primària de la salut seria molt més present i hi hauria una possibilitat molt més alta que tota la població estigués informada i conscienciada sobre els hàbits d'una correcta alimentació malgrat els in comptables factors que impedeixen una dieta completa, variada i equilibrada en aquests tipus de països subdesenvolupats.

6.2 Valoració dels sistemes sanitaris

Enfront la situació en la que es troba immersa el sistema sanitari ugandès, el qual no presenta cap criteri de sostenibilitat, eficiència ni eficàcia per proporcionar un cuidatge i una atenció òptima a les necessitats de la salut de la població, es valora l'opció que potser el problema no és la seva organització, sinó el sistema en si.

Un cop analitzades les característiques dels diferents tipus de sistemes sanitaris¹¹², s'estima que la millor elecció és mantenir el sistema actual, ja que es considera que és el més adient a les possibilitats del país, tenint en compte l'ample marge de millora i concloent que el veritable problema d'aquest és la seva gestió ineficaç.

Seguidament mostrem les justificacions per les quals rebutgem la possibilitat d'un canvi a un altre sistema diferent al mixt públic:

6.2.1 Sistema sanitari liberal

Malgrat totes les crítiques que es fan a Europa sobre aquest sistema, i tot i que la medicina americana es trobi a la primera posició del rànquing mundial, la salut de la seva població no reflecteix aquests criteris d'excel·lència. Així doncs, podem dir que la presència d'un sistema sanitari de qualitat no és un agent causal d'una qualitat sanitària en la seva població¹¹³. El sistema sanitari liberal dels EEUU no contempla l'educació

¹¹² Veure Marc Teòric: tipus de sistemes sanitaris.

¹¹³ Tot i que en aquest cas influeixen altres factors no comparables amb la societat ugandesa com són l'estil de vida (estrés, contaminació...) i els hàbits alimentaris (fregits, precuinats, menjar ràpid...).

sanitària –incloent la promoció de la salut i la prevenció de malalties- com un dels seus components principals, fet que és totalment necessari implementar en una societat com la ugandesa, amb un gran desconeixement de les activitats de prevenció i tractament de patologies amb una gran incidència al seu país.

Realment, el sistema liberal dels Estats Units acull als millors sanitaris de tot el món perquè ofereix més diners que cap. Aquesta és una condició impossible d'aplicar en un país en vies de desenvolupament i que es subvenciona amb ajuts internacionals per garantir la seva estabilitat econòmica. A més, com a exclusió total d'aquesta possibilitat, no es considera aplicable en una societat com la ugandesa –ni en molts països del continent europeu-, pel simple fet que, en uns països on impera l'estat del benestar, no serien acceptades situacions de falta d'equitat i de discriminació social segons els recursos econòmics com succeeix als EEUU.

6.2.2 Model socialista

Tot i l'avantatge que hi trobem pel que fa a l'aposta per la prioritització de la medicina preventiva i l'educació sanitària -un aspecte que considerem bàsic per millorar la salut de la població ugandesa-, rebutgem defensar aquest model socialista pur pel simple fet de l'evidència del seu fracàs en tots els països on es va dur a terme¹¹⁴.

6.2.3 Model mixt públic

Com a conclusió, considerem que el model mixt públic és el més adequat per les característiques i possibilitats reals del país ugandès. Hi ha una realitat universal pel que fa a aquest sistema sanitari que cal tenir en compte, cal valorar l'alt cost de les prestacions que s'ofereixen –especialment amb fàrmacs i altres tractaments-. El futur d'aquest finançament és realment incert ja que, amb les característiques de la població, farà que d'aquí uns anys aquests sistemes siguin econòmicament inviables.

I aquest problema es veu incrementat en països com Uganda, on caldria afegir a aquest fet, la precària situació econòmica de la seva sanitat. S'ha de valorar l'opció d'implementar mesures importants per millorar la gestió de les prestacions, optimitzar els escassos recursos, reduir les taxes de corrupció, avaluar els plans terapèutics... Amb aquesta visió de futur seria possible mantenir aquest model de gestió i fins i tot es

¹¹⁴ Per exemple: la URSS (1922-1991), Cuba (1959-actualitat), Veneçuela (1992-actualitat).

podria negociar amb les clíniques privades diferents formes de provisió de serveis definint uns acords pel que fa a prestacions que garanteixin la universalitat sanitària.

6.3 La importància de la cultura en la salut

Un cop emmarcada la situació de la sanitat ugandesa, es comprova la dificultat que suposa proposar un projecte de millora sense tenir en compte els aspectes culturals. No fem referència només a les diferents formes de tractar el procés d'emmalaltir segons les característiques d'una societat, sinó també a la valoració de la percepció individual d'un mateix fet segons la situació i l'origen del pacient. Per tal d'aconseguir un coneixement d'infermeria que sigui capaç de vetllar per un cuidatge integral i adaptat a les necessitats de la persona, analitzem una sèrie d'aspectes que ens ajuden a valorar la importància que pot arribar a tenir l'antropologia i la cultura alhora de tenir cura d'un pacient.

6.3.1 Antropologia a l'àmbit de la infermeria

Tot l'anàlisi realitzat durant aquest treball es basa en una visió antropològica de la salut. Això significa que la nostra prioritat és conèixer els conceptes socioculturals que influeixen en la salut de la població ugandesa i la percepció de la malaltia en la seva globalitat¹¹⁵, aspecte que considerem de necessària aplicació a la sanitat global.

Aquest model d'afrontament de la malaltia permet la possibilitat d'oferir una nova perspectiva al nostre àmbit, la infermeria. Aquesta visió permet descobrir una nova dimensió dels problemes de salut de la població, afegint a la realitat patològica, uns conceptes biològics -una dimensió social i cultural-.

Molts cops es planteja el progrés d'una societat amb uns aspectes que considerem erronis. No podem pretendre que l'evolució sanitària dels països en vies de desenvolupament es basi en garantir unes medicacions que no arribaran a la població o la implementació d'una tecnologia que no es podrà fer servir a causa d'unes infraestructures precàries. El que sí que es pot fer es garantir que la situació sigui el més adaptada a les seves necessitats reals, i això comença tenint en compte quins són els seus aspectes de qualitat alhora de ser atesos per un problema de salut.

¹¹⁵ Tot i que també el concepte d'antropologia de la salut també pot fer referència a l'estudi dels diferents procediments terapèutics en relació a l'àmbit cultural en el qual es desenvolupen, significat que no utilitzarem en el context del nostre estudi ja que no ens centrem en el tractament pel que fa a procediments i mètodes de curació de la patologia.

En qualsevol procés d'emmalaltir existeix una realitat biològica, el conegut com a *disease*, però alhora, una qualitat cultural anomenada *illness* i una social, la *sickness*. La inclusió de l'antropologia en l'àmbit de la infermeria proposada en aquest treball pretén valorar aquests tres aspectes, de forma equivalent, amb una finalitat doble: poder comprendre les seves actuacions relacionades amb la malaltia per tal de millorar el seu sistema adaptant la seva realitat actual, i alhora, reflectir els criteris que s'haurien d'aplicar a les diferents guies de cuidatge en qualsevol societat que tracti amb pacients amb una cultura totalment diferent com és la ugandesa.

La realitat observada ens demostra que la creença desmesurada en els resultats terapèutics dels medicaments provoca costos innecessaris a més dels efectes adversos que porten intrínsecs. És en aquest aspecte en el que l'antropologia pot prestar el seu suport als sistemes sanitaris de cara al progrés: les seves aportacions poden permetre la integració dels diferents models existents en funció de l'entorn social en el que ens trobem evitant la exclusivitat d'actuació de la biomedicina. Per tant, el repte antropològic s'ha de basar en aconseguir incloure les millors capacitats de cada model de tal forma que -en funció del context sociocultural-, s'aconsegueixi la millor rendibilitat dels recursos possible.

En el cas dels països en vies de desenvolupament com Uganda, on hi ha una carència de recursos econòmics, no es pot pretendre una imposició d'una "salut occidentalitzada", ja que seria una mala inversió dels recursos econòmics amb una finalitat irreal. En aquesta situació, sent realistes amb la capacitat d'acció de les propostes, seria molt més beneficiós l'aprofitament dels sistemes de curació existents en l'àmbit social, aconseguint una integració dels diferents sistemes disponibles, millorant la seva qualitat i ampliant les seves capacitats. D'aquesta forma, amb menys costos, s'aconseguiria una sanitat amb una major efectivitat, més afinitat social i cultural i constituiria l'inici de l'assoliment de l'objectiu general de tots els MDG, que suposaria el benestar de la població. Aquesta aportació de l'antropologia suposaria una nova realitat multicultural en l'abordatge de la malaltia, basada en la societat global actual, amb la finalitat d'aconseguir que els professionals sanitaris rebin la formació necessària en l'àmbit cultural que permeti garantir una atenció adequada, i que es produeixi un estudi de les necessitats socioculturals que permetin l'adaptabilitat del sistema a les noves realitats, generant així una situació de retroalimentació.

Es proposa doncs, com a recopilació final de les idees mostrades anteriorment, que l'antropologia aplicada a l'àmbit de la infermeria, i com a conseqüència, a l'àmbit de la

sanitat, ha de deixar de ser un treball secundari i convertir-se en una opció real per la seva capacitat de ser una font en el camp del coneixement. Aquesta inclusió suposaria un model que permetria superar el fracàs derivat de molts programes de desenvolupament per l'escassa adequació al marc cultural de les poblacions destinatàries, on en moltes ocasions, les realitats socials i culturals del món urbà, capitalista i desenvolupat, on impera el MMH, no encaixen i suposen conflictes.

6.3.2 Els prejudicis

L'observació de la societat ugandesa ha evidenciat clarament la situació de “conflicte” que suposa la confrontació d'una cultura totalment diferent a la pròpia. Per norma general, una persona viu la seva situació amb una identitat cultural pròpia i tendeix a diferenciar-se de la resta, per no ser absorbit per allò considerat culturalment diferent. En una experiència com la viscuda, la diferenciació és inevitable, *“afirmar una pròpia identitat fa que les diferències amb els altres siguin encara més òbvies”*. Per tant, queda clar que les diferències existeixen entre diferents cultures i que no poden ser ignorades malgrat molta ètica i igualtat que s'intenti imposar. Aquesta naturalesa, ens permet assegurar la pròpia identitat, però també crea inseguretat. Aquesta dualitat obliga a reflexionar sobre els dubtes en qualsevol trobada intercultural, com la del nostre estudi, i que s'experimenta també a qualsevol sistema sanitari en un món globalitzat com el de l'actualitat.

És senzill visualitzar escenes que ens sorprenen quan les realitza un estranger, amb uns costums totalment diferents i una forma de veure la vida difícil d'entendre com la societat ugandesa. Però no cal anar molt lluny per adonar-se de situacions de la nostra vida diària on, sense espai per a la reflexió, jutgem sense criteri, fets que no coneixem. Ens deixem endur per la facilitat d'emetre judicis de valor, sense tenir en compte, les conseqüències que comporten aquestes actituds tancades, que ens impedeixen comprendre els motius i les raons d'una situació o d'una actitud. I això, aplicat al nostre treball com a professionals de la salut, pot provocar un dèficit important en el cuidatge. Quan parlo sobre la meua experiència com a voluntari a Àfrica, escolto amb sorpresa -i perquè negar-ho, amb certes dosis de decepció-, paraules com: “por, inseguretat, perill, malaltia o misèria”. Totes elles paraules amb una gran càrrega de negativitat. Paraules utilitzades per descriure un racó del planeta on realment es percep alegria, felicitat, vitalitat, harmonia, calma, bondat...

Un racó del planeta on, realment, tens la possibilitat de sentir més a prop que mai, que la felicitat és un estat real al que tots podem aspirar, si som capaços de fer un pas endavant en forma de definir correctament les nostres prioritats.

En una confrontació de cultures com la viscuda, les reaccions del professional occidental al tractar amb una nova cultura s'agrupen en tres actituds diferents: el rebuig, la derivació i la negació¹¹⁶. Valorarem les tres opcions per tal de poder fer evident l'existència de prejudicis en situacions així.

“No entenc a aquells que tenen una cultura diferent”

Tot i que molts cops la reacció del professional es realitza de forma inconscient, el fet de no comprendre les actituds o els pensaments d'una persona perquè és d'una altra cultura, és una justificació utilitzada habitualment. En cap moment del treball s'ha negat l'existència de la diferència, de la diversitat i de les particularitats socials, però, el fet de posseir una identitat, en el moment que es realitza una experiència com la d'un voluntariat, implica una transformació i una alteració del jo i de la forma en com s'adquireixen aquests nous coneixements.

Justificar la diferència és un problema, però rebutjar-la també. Hi ha professionals que es comporten com si les diferències entre cultures no existissin, assumint una falsa equitat cultural entre ambdues persones. La negació de la singularitat de les societats, és una forma molt més desconeguda i subtil de prejudicis, fins i tot de racisme, constituint una forma d'etnocentrisme i discriminació dissimulats.

“No es pot resoldre la diferència, només es pot acceptar la diferència i acceptant-la, també hem d'acceptar que el diferent sempre continuarà sent diferent”

(El Kadaoui, 2013: 25'27")

Així doncs, els prejudicis racials i ètnics actuen, d'una banda, reduint la complexitat i facilitant la comprensió, però d'altra, són la causa d'estereotips negatius molt presents en la societat¹¹⁷ i realment perillosos per l'assoliment d'una bona relació terapèutica.

¹¹⁶ Tot i que a la pràctica no es solen donar de manera aïllada, ja que les reaccions del professional sanitari generalment es troben combinades i amb el predomini d'un tipus o un altre.

¹¹⁷ En les ocasions destacades, on els prejudicis actuen inconscientment, el professional sanitari hauria de desenvolupar les habilitats específiques per identificar, entendre i corregir els seus propis prejudicis.

7. CONCLUSIONS

La pròpia experiència demostra que la comprensió intercultural és la base de qualsevol intervenció sanitària. El coneixement dels valors i creences que actuen com a guies de cuidatge i els protocols d'actuació davant determinades patologies a la sanitat occidental moderna, no poden ser aplicades de forma universal. L'anàlisi del comportament i les vivències de la societat ugandesa d'aquests factors, proporciona nova bibliografia per a proposar noves estratègies d'intervenció considerades necessàries dins de la infermeria antropològica que es pretén implantar.

Les entrevistes etnogràfiques i la pròpia observació demostren que gran part de la població viu en un entorn desfavorable. S'observa que l'abastiment d'aigua i l'alimentació són inadequats per a molts habitants¹¹⁸. La dieta de la comunitat ugandesa està formada principalment per plàtans i productes feculents com la batata i el *matoke*¹¹⁹. Aquest últim suposa molts cops la dieta bàsica, i l'únic suport després de la lactància materna, provocant una alimentació inadequada en quantitat, proporció i varietat, factor predisposant a la malnutrició, i consegüentment, a la incidència de moltes de les malalties destacades a l'estudi.

Les malalties derivades de la pobresa, com la majoria de les esmentades en aquest estudi, necessiten d'un equip professional que compregui la situació social i sigui capaç de realitzar una visió antropològica de la situació. Es necessiten professionals que no imposin el seu model occidental "perquè és el bo", sinó que siguin capaços de pensar de forma original, viure amb la gent i entendre'ls, aquest simple pensament suposa una gran diferència i una millora progressiva.

Per aquesta raó concloem que és necessari donar importància a les intervencions d'infermeria de forma etnogràfica com un pilar fonamental de la millora del cuidatge holístic. Especialment en aquesta infermeria antropològica, considerem important donar èmfasi a l'educació al pacient, a l'entorn familiar i a les comunitats sobre aspectes sanitaris molt presents en una societat com la ugandesa. A més, també considerem important crear un ambient propici perquè el pacient es senti còmode durant el procés d'emmalaltir, fet que porta implícit conèixer la seva visió de la malaltia i els sentiments que això implica, ja que com a professionals de la salut també formem part del context social i del suport que el pacient rep.

¹¹⁸ Durant l'estada a Uganda es va patir la inaccessibilitat a l'aigua corrent i la llum de forma periòdica uns dos o tres cops per setmana per talls en el sistema de subministrament.

¹¹⁹ El *matoke* és una fruita derivada del plàtan verd amb midó afegit. El fruit es cull verd, acuradament pelat i després es cuina, bullit o al vapor, i normalment és servit en textura de puré.

El professional sanitari doncs, hauria d'evitar la simplificació que suposa emmarcar al pacient amb la idea que té sobre la seva cultura, obviant la influència dels processos d'aculturació i destacant la importància dels factors individuals necessaris per valorar un pacient. De fet, considerem necessari reflexionar sobre el caràcter real de la cultura del pacient ja que *“la cultura també evoluciona amb el context territorial. La cultura a la que el pacient emigrant es refereix ja no és la que ell ha conegut ni la que en l'actualitat regeix al seu país (...) La referència a la cultura ha de ser plural per tal d'englobar el conjunt de mutacions que afecten a les concepcions, valors i pràctiques tradicionals”* (Rechtman, 2001).

És per això que es considera necessari, en una societat globalitzada com l'actual, valorar com un requisit fonamental, la capacitat del professional sanitari per projectar una visió de la seva atenció basada cap a un àmbit més internacional i adaptat al pacient. Malgrat aquesta proposta, ens trobem amb una impossibilitat de proposar un protocol de cuidatge específic i adequat per a qualsevol tipus de societat a causa de les seves característiques d'individualitat. Així que, enfront la incapacitat d'establir unes pautes concretes d'atenció per la societat ugandesa –ni cap població en general-, es proposa que la qualitat assistencial es basa en la comprensió i el respecte de la cultura en general, tenint en compte que les seves accions i les seves actuacions poden ser el resultat de diferents aspectes socials propis.

La revisió dels diferents models sanitaris ha aportat avantatges teòrics per comprendre la possible aplicació del pluralisme assistencial proposat. Aquest aspecte és adaptable al sistema sanitari ugandès –i a molts sistemes occidentals-, els quals, en comptes d'estar tan influïts pels sistemes econòmics, haurien d'abandonar la rigidesa del MMH actual i fer un pas endavant per aconseguir entendre la complicada naturalesa social, cultural i biològica de la salut i la malaltia, millorant així la qualitat assistencial i la percepció de la sanitat per part de la població.

Pel que fa als problemes del sistema sanitari observats, el principal és la gestió dels recursos. Només per la descripció de “tercer món”, ja s'observa que la situació global és injusta. Es constata una crisi de lideratge i d'organització social en tots els nivells. És un canvi molt difícil de dur a terme, però és evident que sense uns acords sociopolítics justos, dialogats amb la població local i que realment tinguin la finalitat d'aconseguir el bé comú d'ambdues parts, la situació seguirà com es troba actualment, afavorint sempre al costat més fort.

Àfrica necessita molta ajuda, és evident, però sobretot necessita acords econòmics que siguin justos i que busquin el seu veritable benefici. Si ens posem a reflexionar sobre aquesta situació, les desigualtats mundials evidencien un cop més l'actual sistema capitalista que amb un camuflatge polític sempre beneficia al més fort. Molts cops la ciència, la tecnologia i el capital –elements indispensables per a la millora– no són elements suficients quan la gestió d'aquests es realitza de forma injusta i autoritària. La situació d'injustícia social a Àfrica no es solucionarà amb ajudes i almoïna pels més pobres, sinó a través de polítiques i estructures més solidàries, d'un comerç més just i equitatiu, d'una economia que realment busqui un bé comú i tot això realitzat per uns líders amb uns valors humans. Aquest pensament és aplicable a la resta de països.

Malgrat la situació de penúria descrita, trobaria totalment injust no donar l'altra cara de la situació que es viu a la societat ugandesa. Al continent africà, et dones compte del poc que es necessita per viure, de la riquesa material i espiritual de les coses i de l'entrega de les persones durant el dia a dia. Les possessions no tenen cabuda en una societat que viu el present, viu amb il·lusió una realitat on es prioritza el donar, el compartir i es dóna més importància al col·lectiu que a l'individu. S'estudia, es treballa, o simplement, es viu, per poder donar més i millor. Durant aquell període vaig aprendre alguns dels misteris de la vida, i de la utopia de la felicitat, on vaig arribar a viure pels altres i amb els altres; no a costa dels altres.

El canvi mentalitat per analitzar la realitat que, quant més tenim, menys donem, i per tant, som més pobres, ha millorat sens dubte, la visió dels pacients i és un aspecte de millora individual en el cuidatge com a futur infermer. Sembla un pensament essencial i bàsic, i realment es coneix des de fa molt de temps, tot i que molts cops sembla que no el sapiguem o l'ignorem. Ja ens ho deia el “Petit Príncep”, una reflexió sobre la vida sota l'aparença d'un conte per a nens als anys quaranta:

“L'essencial és invisible als ulls. Només es veu bé amb el cor”

(Antoine de Saint-Exupéry, 1943)

Per aquest motiu, ens hauríem de fer un favor: deixar enrere els prejudicis, obrir la nostra ment als nous temps, a les noves generacions, a les noves cultures, a la diversitat, deixar enrere els tòpics, que simplement són impediments de la realitat, oblidar els estereotips i aprendre a viure de veritat, fent-nos un espai per ser nosaltres mateixos, com la senzillesa tan complexa enfront la vida que vaig descobrir a Uganda.

8. PROJECTE DE MILLORA

8.1 Introducció del projecte

S'ha escollit aquest l'àmbit de la maternitat per a realitzar el projecte de millora ja que al darrer estudi sobre la situació del país, s'analitza la mortalitat durant la maternitat com a principal aspecte de millora durant els pròxims 5 anys.

Malgrat els avenços que la sanitat ugandesa ha realitzat durant els últims anys, cal mantenir aquesta tendència a la millora i proposar intervencions més específiques amb la finalitat de millorar la salut materna, i concretament, reduir la mortalitat. Aquest projecte de millora presenta una sèrie de propostes per accelerar el progrés cap a l'assoliment del MDG-5 a Uganda superant els diferents obstacles identificats.

L'atenció eficaç al procés de maternitat a la població ugandesa requereix que els serveis assistencials afrontin i resolguin una sèrie d'aspectes que afecten, de manera important - tot i que alguns siguin més obvis que altres - a la comunicació del problema, a la relació terapèutica, al diagnòstic i a la planificació, el procés i els resultats del tractament.

Amb l'aplicació de les mesures proposades a continuació es pretén millorar la qualitat de vida de les mares i els nadons¹²⁰ valorant la necessitat de crear, rehabilitar o ampliar infraestructures per tal d'aconseguir un ambient favorable per la prevenció i curació, amb un equipament òptim i un personal format per realitzar les tècniques necessàries.

8.2 Justificació

“Cada minut mor una dona a causa de complicacions derivades del part (al voltant de 529.000 tots els anys) i la majoria de casos són en països en vies de desenvolupament.”

(El País, 2008)

“Una de cada sis dones a l'Àfrica subsahariana té més probabilitats de morir durant l'embaràs o el part, en comparació amb 1 de cada 4.000 als països industrialitzats; la major diferència entre països rics i pobres en qualsevol dels indicadors de salut”

(UNICEF, 2014)

Les causes directes de la mortalitat maternal derivada de la maternitat més observades al Fort Portal Referral Hospital són les hemorràgies, les infeccions i els trastorns hipertensius durant l'embaràs. Sumat al fet d'un índex d'incidència molt alta pel que

¹²⁰ Incloent el període de lactància i els cinc primers anys de vida.

fa al paludisme¹²¹. A més d'aquests problemes observats, la bibliografia també menciona altres problemes detectats com a potencials a la població africana com les complicacions derivades dels avortaments realitzats en condicions perilloses, situacions d'obstrucció durant el part o lesions als músculs de la pelvis i altres òrgans.

“Els nens sans necessiten mares sanes”. Sembla una afirmació òbvia. I ho és. Més del 20% de les patologies sofertes pels nens menors de cinc anys estan relacionades amb la salut i nutrició deficient de les seves mares, o amb l'atenció durant el procés d'embaràs, part o postpart¹²². Una gran majoria d'aquestes morts o alteracions es poden prevenir, ja que la causalitat d'aquestes sol ser l'atenció insuficient.

Així doncs, davant d'aquesta situació, queda clar que la millora de l'atenció especialitzada durant tot el procés de maternitat és fonamental per salvar la vida de les mares i dels nens, i conseqüentment, millorar la qualitat del sistema sanitari.

Cal remarcar també, per últim, que igual que durant tot el treball, s'ha valorat l'aplicabilitat d'aquest projecte tenint en compte els determinants socials del país. S'ha avaluat la realitat del país i aplicat els factors de risc que es troben presents a la població ugandesa. Aquest anàlisi demostra que, tot i que hi ha hagut una reducció en els nivells de pobresa, una gran proporció de la població d'Uganda està encara atrapada en la misèria crònica, la infraestructura de salut està en mal estat, continua havent disparitats en els nivells d'alfabetització i que les desigualtats sexuals es veuen incrementades a les zones rurals. A més, també s'han avaluat altres limitacions d'aplicació com que la ciència, la tecnologia i la iniciativa de progrés són poc presents.

8.3 Anàlisi de la situació

Abans de formular els objectius proposats, s'han tingut en compte certes carències i aspectes de la situació del país d'Uganda, per tal de fer el projecte el més adaptat i realista possible i així aconseguir una major aplicabilitat. Els principals dèficits que s'han detectat, els quals suposen unes limitacions i unes complicacions en la realització i aplicació del projecte, són els següents:

- **Inadequada quantitat i qualitat de personal sanitari:** la sanitat ugandesa presenta un nombre insuficient de llevadores, que es suma a la manca

¹²¹ El paludisme o malària no suposa una causa de mort específicament obstètrica, però si és el principal factor de risc d'una anèmia, que augmenta el risc de mortalitat infantil i maternal, podent causar certs problemes en el desenvolupament com el baix pes (incrementat per la situació de carències nutricionals).

¹²² Segons la OMS, prop de 8 milions de nounats moren durant l'enllamenament o la seva primera setmana de vida cada any. A més, molts nens pateixen la mort de la seva mare, fet que incrementa per 10 la possibilitat de morir durant els dos primers anys de vida.

d'incentius apropiats per retenir el personal de la salut a les institucions públiques com podrien ser comoditats a les instal·lacions pels seus treballadors. Aquest fet, sumat a la mala contractació i gestió del personal i la inexistència de supervisió, promou el rebuig de la sanitat pública i incentiva als treballadors de la salut a optar per l'opció de les clíniques i consultes privades.

- **Barreres econòmiques que impedeixen l'oferta de serveis:** la gestió dels recursos econòmics enfront la sanitat presenta un dèficit obvi i una manca en la seva inversió. Aquesta realitat suposa una inadequada protecció financera, la garantia principal de qualsevol projecte d'aquest tipus, alhora de generar i establir programes sanitaris que permetin a la població ugandesa accedir als serveis de salut requerits¹²³.
- **Problemes en la cadena de subministrament de serveis:** les directrius de contractació de serveis públics i la seva posterior coordinació són realment fràgils. Els retards en la distribució i subministrament de medicaments, procés bàsic per garantir una atenció òptima, són freqüents entre les diferents unitats sanitàries del districte¹²⁴.
- **Manca d'infraestructures bàsiques:** molt relacionat amb l'apartat anterior, i provocant un dèficit en l'atenció extrahospitalària urgent. Cal tenir en compte la demografia, on gran parts dels camins són inexistents o no es troben en condicions òptimes per arribar a les unitats de salut o per permetre que les ambulàncies arribin a llocs concrets en casos d'emergència. Igualment, cal comentar el manteniment inadequat de les fonts d'aigua i l'escàs abast de les xarxes elèctriques que permetrien unes condicions d'higiene i uns serveis mínims hospitalaris.
- **Dèficits en els sistemes de comunicació interna:** trobem que els sistemes de comunicació entre els diferents treballadors és realment inadequada. Observem una gran dificultat -gairebé impossibilitat- de realitzar consultes entre professionals de diferents departaments ni entre els components del propi equip sanitari d'una planta.

¹²³ Ja que és necessari tenir en compte que la cobertura d'assegurança de salut del sistema sanitari mixt és limitat i no cobreix totes les necessitats que una persona necessita, incrementant la importància en la sèrie de cuidatges i tractaments requerits en el procés de maternitat.

¹²⁴ Una realitat d'aquest problema és la manca de disponibilitat de sang. Això, sumat a les existències insuficients emmagatzemades, segurament a causa de la consciència limitada i la falsa idea sobre conceptes mèdics com aquests, incrementa la problemàtica del subministrament de serveis sanitaris.

- **Les creences culturals i normes socials:** a causa de la manca d'educació sanitària i especialització obstètrica, existeixen circumstàncies on els naixements no són compatibles amb les creences que la dona té respecte el part, duent a terme pràctiques inapropiades per a la mare i empitjorant la visió del professional sanitari¹²⁵.

8.4 Objectius de millora

8.4.1 Objectius principals

El projecte necessari per millorar el cuidatge i tot el procés assistencial durant la maternitat a la població ugandesa requereix d'un treball multidisciplinari¹²⁶ amb una sèrie d'objectius bàsics per aconseguir reduir la xifra de morts evitables per problemes durant el procés de maternitat, i garantir que les dones, els nadons i els nens prosperin amb una vida més saludable. Les tres prioritats que hem considerat necessàries i claus pel progrés de la situació, són les següents:

Coneixement: incrementar l'accés al coneixement i a les innovacions per potenciar les polítiques i els programes que milloren l'accés universal a un cuidatge òptim de la salut reproductiva, materna, neonatal i infantil (SRMNI).

Promoció de les causes: mobilitzar recursos addicionals per la SRMNI a través de les actuacions dels diferents components del projecte i mantenir una gran visibilitat i actualitat sobre els temes de salut de les dones, els nens i els adolescents.

Avaluació de comptes: aconseguir que les parts interessades assumeixin les seves responsabilitats i s'esforcin en aconseguir els objectius proposats amb compromís.

8.4.2 Objectius específics

L'atenció durant el procés de gestació, part i postpart, és un tema universal: tots els països tenen problemes en la forma d'actualitzar i millorar el cuidatge i l'atenció durant la maternitat. Però els països més vulnerables, com Uganda, tenen uns reptes encara més gran, garantir la màxima seguretat clínica i reduir la mortalitat.

¹²⁵ Certes creences culturals i normes socials impedeixen a algunes dones embarassades fer ús dels serveis d'atenció de la salut, dificultant la demanda de serveis de salut materna (sol ser influenciada pel pare i familiars propers). Cal valorar que les formes en que l'embaràs i el part són administrats dins de les famílies i les comunitats, són diferents segons el districte on es troben, i per això les estratègies proposades valoren la maternitat com un problema local en el que cal valorar el nucli d'aplicació i adequar les necessitats culturals.

¹²⁶ Hauria d'haver-hi representació de les següents institucions: països associats, donants i fundacions, organitzacions multilaterals, organitzacions no governamentals, institucions acadèmiques d'investigació, associacions de professionals de la salut i associats del sector privat.

Justament per aquest motiu, a causa de la gran capacitat de progressió, es considera que un disseny adequat dels objectius de millora en el procés de maternitat, és encara més important. La revisió de la societat per tal de proposar un disseny el més adequat possible ha estat especialment complexa, però necessària a causa de les diferents necessitats culturals d'atenció durant aquest procés. Això ha estat un repte ja que es pretenia tenir rigor amb l'evidència científica, però, alhora, integrar els costums locals en relació al cuidatge holístic i personalitzat socialment.

Els principals objectius específics proposats com a prioritats de millora són:

- **Millorar l'atenció obstètrica:** es considera que la pràctica individual i especialitzada d'un professional sanitari amb coneixements i aptituds obstètriques durant un part és la intervenció més important per a garantir una maternitat sense risc -o com a mínim minimitzar-lo-. Dins d'aquest apartat s'inclouria la distribució del personal en tots els àmbits, incloent personal que s'encarregués del transport per dur al pacient al centre de salut i d'oferir una disponibilitat pel que fa a l'atenció obstètrica d'emergència¹²⁷.
- **Promoure la importància de l'atenció prenatal:** la majoria de població ugandesa no rep una visita de revisió o control durant el procés de maternitat, sinó que només sol acudir al centre de salut en el moment del part. Valorem que l'opció d'una educació sanitària que augmenti les visites preventives durant el període d'embaràs ajudaria a disminuir -o com a mínim, tenir detectats-, molts casos de trastorns hipertensius, de malnutrició o anèmies. Utilitzant simplement la promoció de la salut es pot aconseguir una gran millora a les comunitats¹²⁸: prestant informació a les dones i a les seves famílies sobre els símptomes que presenten les possibles complicacions de l'embaràs, els períodes de temps recomanats entre naixements, o simplement dubtes sobre la salut en general durant els períodes d'embaràs, postpart i lactància.
- **Equipar les infraestructures hospitalàries:** el sistema sanitari integral que es proposa porta inclòs un programa comunitari integral adaptat a la situació del país. En aquest aspecte es considera bàsic i necessari l'obtenció de, com a mínim, un aparell d'ecografies i la inclusió de mesures preventives per les

¹²⁷ És comú que moltes dones decideixin parir a casa per la por de donar a llum de camí al centre de salut més proper, a causa d'unes infraestructures i un transport ineficaç o inadaptat.

¹²⁸ En aquest apartat s'inclou l'educació al personal sanitari de pràctiques higièniques i/o perilloses, i la promoció de tractaments profilàctics disponibles per a embarassades.

picadures de mosquit, per tal de reduir les infeccions de malària -mosquiteres als llits i insecticides per protegir l'ambient i la pròpia pell-.

“L'animal més perillós d'Àfrica és el mosquit”

(Adrien, guia del safari Queen Elizabeth, 27/08/2016)

- **Evitar la transmissió del VIH de mare a fill:** es considera un pilar bàsic per l'assoliment del MDG-6a per revertir la propagació del VIH/SIDA¹²⁹. Aquest apartat inclou la complerta accessibilitat a antiretrovirals a tota la població infectada pel virus i l'abastiment de proves de detecció voluntàries i confidencials de la infecció. El procés de maternitat requereix una orientació sobre els mètodes de prevenció de la transmissió de la malaltia al fill, incloent el període d'embaràs i també la lactància.
- **Garantir l'educació escolar de les nenes:** trobem un gran avantatge al proposar una educació igualitària. Educar a les nenes, com a mínim durant l'etapa d'educació primària -fins aproximadament els 6-7 anys mínim-, suposa una millora tant per la mare com per la filla, incrementa les taxes de supervivència infantil, garanteix una socialització de l'infant i permet una millor gestió de la situació de les mares múltiples. L'objectiu és formar a les futures mares des de que són joves de la realitat de la maternitat. És evident que les mares que han rebut una educació bàsica tenen menys possibilitats d'agafar malalties de transmissió sexual; són capaces de demostrar major autoestima en situacions de violència i explotació; i seran capaces de difondre bones pràctiques de salut i curació al seu entorn social, generant així una reacció en cadena de coneixements sanitaris.

Com a resum, es pot afirmar que considerem necessari evitar els embarassos no desitjats -ja siguin embarassos precoços, a edats molt avançades o embarassos massa freqüents- i alhora, garantir que tots els parts són assistits de forma professional per prevenir i tractar les possibles complicacions. Dins d'aquest marc, es valoren les quatre propostes d'acció que es consideren bàsiques i prioritàries per revertir i fer front a la situació: permetre l'accés a uns cuidatges obstètrics d'emergència, formar i constituir un equip professional especialitzat, garantir l'accés per part de la població a cursos de planificació familiar i promoure la importància de les visites anteriors al part.

¹²⁹ S'estima que fins a un 45% de les mares VIH positives transmeten la infecció al seu fill, convertint-se en una de les causes de mortalitat derivada de la maternitat més importants.

8.5 Metodologia del projecte

Inicialment es va identificar una de les prioritats del MDG, en aquest cas la mortalitat durant la maternitat, a causa de la seva lenta progressió dels seus indicadors de millora segons les dades oficials¹³⁰, obtingudes durant la recerca bibliogràfica de la situació.

Seguidament, es van avaluar els diferents àmbits de possible millora en relació al tema de la maternitat i els buits que el sistema sanitari ugandès mostrava en l'assoliment d'una qualitat assistencial durant el procés d'embaràs, enllunament i lactància. L'estratègia del projecte es va proposar tenint en compte els aspectes que es consideraven que requerien una intervenció de forma més immediata per revertir i millorar la situació: millorar la qualitat assistencial, augmentar l'hàbit de visites obstètriques, garantir unes condicions sanitàries mínimes i promoure una educació sanitària sobre diferents aspectes que modifiquin els hàbits de la salut de la població. El següent pas va ser tenir en compte l'aplicabilitat del projecte i identificar els possibles obstacles i limitacions d'aquest. Es van tenir en compte l'impacte que aquest projecte suposaria en l'àmbit econòmic -pressupostos i finançament-, la prestació i oferta de serveis i la repercussió en l'àmbit social.

Per últim, es van proposar solucions i acordar el pla d'acció definitiu. Unes solucions que siguin aplicables per revertir i solucionar les limitacions del sistema sanitari, confiant que aquest pla d'acció permeti accelerar el progrés i el desenvolupament cap als Millenium Development Goals.

8.6 Destinataris

Aquest projecte està destinat a millorar la sanitat ugandesa, incloent tant a la població ugandesa amb necessitats sanitàries –concretament relacionades amb la maternitat i altres problemes ginecològics- com als professionals sanitaris els quals formen part de la seva atenció. També permet millorar els cuidatges de qualsevol professional en una situació on té com a pacient a una persona amb una cultura i una visió de la malaltia totalment diferent, utilitzant com a exemple, la percepció ugandesa de diferents patologies. El període d'aplicació i d'avaluació és de cinc anys.

¹³⁰ Segons les xifres obtingudes del National Development Plan, el pla d'acció en maternitat i neonatalitat i les polítiques de salut del Ministeri de Sanitat d'Uganda, en l'assoliment dels Development Goals sobre aquest aspecte, només s'han assolit 6 de les 18 iniciatives proposades per l'any 2015.

8.7 Recursos necessaris

Recursos humans: es requereix d'un equip multidisciplinari amb coneixements sobre economia, gestió d'empreses, educació, sanitat –entre d'altres- i que, a més, coneguin certs aspectes sobre la cultura ugandesa i les possibilitats d'aplicació i progrés dins el camp proposat. Com el projecte té com a propòsit contribuir al desenvolupament comunitari, hem de tenir en compte la part del programa que actua com a agents de suport i progrés, i, com a segon grups de recursos humans, els membres de les comunitats amb les que es treballa.

Recursos econòmics: un cop revisada la gestió dels recursos econòmics del país en l'àmbit de la sanitat, queda clar que la quantitat d'ingressos que l'estat ugandès dedica a la salut és clarament insuficient¹³¹. És per aquest motiu que cal garantir un pressupost per finançar el projecte, calculant prèviament el cost, i que pot provenir d'entitats especialitzades, de propietats privades o a través d'un *crowdfunding*¹³².

Recursos físics: en aquest apartat es troba la necessitat de trobar una localització on organitzar el projecte, diferents centres on actuar i realitzar la sensibilització de la població. També s'inclouen els recursos com el material sanitari, els instruments a utilitzar i el transport d'aquests.

8.8 Estratègia del projecte

El resultat final del projecte ha estat una proposta de les principals necessitats d'intervenció específiques observades durant el procés de maternitat, sent conscients de les limitacions del sistema sanitari i optimitzant els seus recursos, promovent una atenció holística que garanteixi la seguretat de la dona i el nadó, generant un ambient de salut i benestar que millori les opinions respecte la qualitat del sistema sanitari ugandès. L'estratègia per realitzar les propostes d'acció proposades en el següent apartat es basen en l'assoliment d'unes intervencions concretes, agrupades en set finalitats principals:

- ✓ Proporcionar un finançament adequat a la sanitat ugandesa.
- ✓ Enfortir l'abast del sistema sanitari a la població en general.
- ✓ Eliminar les barreres d'accés a l'òptima salut maternal –i obstètrica-.
- ✓ Millorar el sistema en la cadena de subministrament de material i recursos.

¹³¹ La OMS estima que els costos necessaris per garantir una atenció bàsica de la salut a un país africà de les característiques d'Uganda es situa entre els 30 i els 40 dòlars anuals per persona, mentre que la inversió per càpita d'Uganda és d'uns 11 dòlars aproximadament.

¹³² Terme anglès que descriu la cooperació, atenció i confiança col·lectiva de persones que treballen conjuntament i inverteixen diners en altres recursos junts, normalment per Internet, per donar suport als esforços iniciats per altra gent o organitzacions.

- ✓ Reclutar, formar i retenir: la base dels recursos humans.
- ✓ Millorar l'atenció als diferents problemes del procés de maternitat.
- ✓ Promoure la comunicació, l'educació i la consciència de la població en salut.

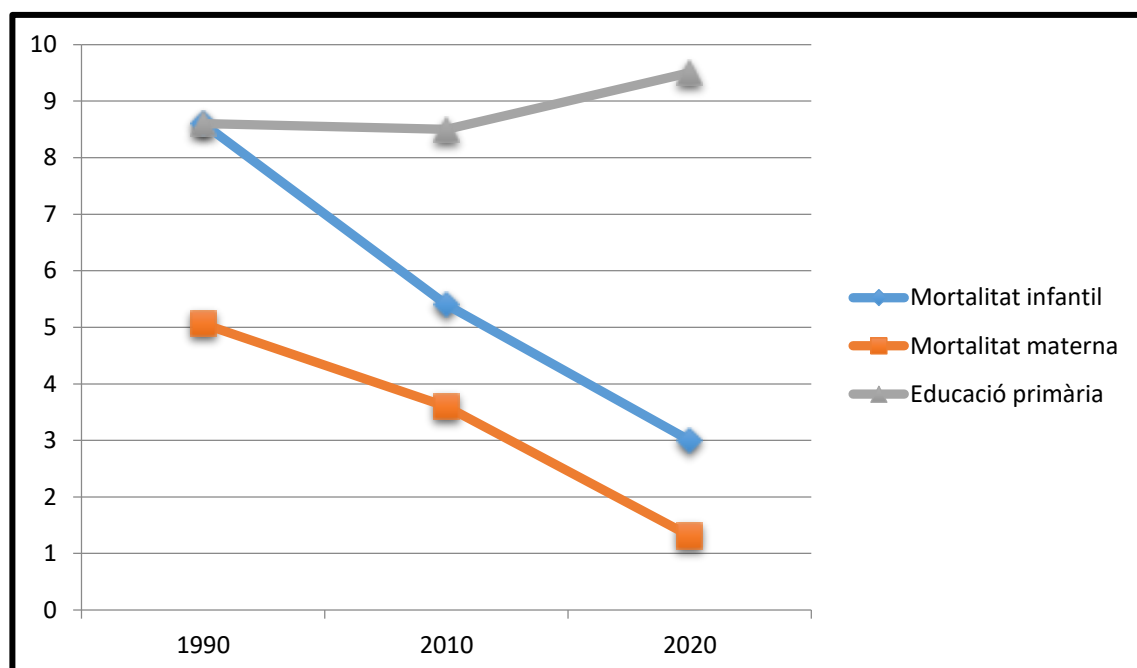
Per l'aplicabilitat d'aquesta estratègia cal tenir en compte certs aspectes que garanteixin una veritable millora en el camp d'estudi. S'ha de valorar que els estàndards de qualitat que s'estableixen en una societat no són globals, així que el progrés ha de ser analitzat específicament en el camp i a través de l'opinió de la població. És per aquest motiu, que durant l'execució de les activitats proposades per fomentar la qualitat de la sanitat, s'ha de mantenir una especial atenció a l'heterogeneïtat existent entre la població en tot moment, i no caure en l'error de pensar que és un projecte aplicable a qualsevol societat en vies de desenvolupament.

L'evolució del projecte serà seguit i avaluat per diferents treballadors –tant a la població com a distància- a través de l'avaluació diària de la qualitat assistencial del Buhinga's Hospital i de forma periòdica, a través de la revisió de l'assoliment dels indicadors de progrés que es troben a continuació. Aquestes dades permetran avaluar l'impacte del projecte, la utilitat en la comunitat, i conèixer els diferents aspectes de millora a aplicar:

8.9 Propostes d'acció

Davant dels objectius d'intervenció observats com a prioritaris, es descriuen una sèrie de possibles intervencions que suposen una millora en la qualitat de la prestació de serveis sanitaris a Uganda, principal objectiu d'aquest projecte:

Permetre l'accés a uns cuidatges obstètrics d'emergència
L'atenció obstètrica en casos d'emergència redueix la mortalitat maternal a través de la gestió de les complicacions de l'embaràs. Gran part de les morts maternes es deuen a causes –evitables– que es poden prevenir amb una intervenció adequada i eficaç. Aquest aspecte inclou les necessitats d'atenció extrahospitalària com d'atenció intrahospitalària urgent per satisfer les emergències obstètriques i neonatals. Per garantir aquest accés es requereix d'unes infraestructures apropiades per a realitzar diversos procediments obstètrics, equipament i material específic i un personal especialitzat per a dur a terme les activitats necessàries amb unes garanties de qualitat.
✓ Millorar l'adquisició i distribució de material especialitzat en tots els centres. ✓ Garantir unes infraestructures i uns medis òptims pel transport en casos d'emergència tant de domicilis a hospital com al revés. ✓ Augmentar la quantitat i qualitat de les transfusions de sang. ✓ Proporcionar una educació adequada als professionals de la salut en aspectes d'urgències obstètriques, neonatals i pediàtriques.



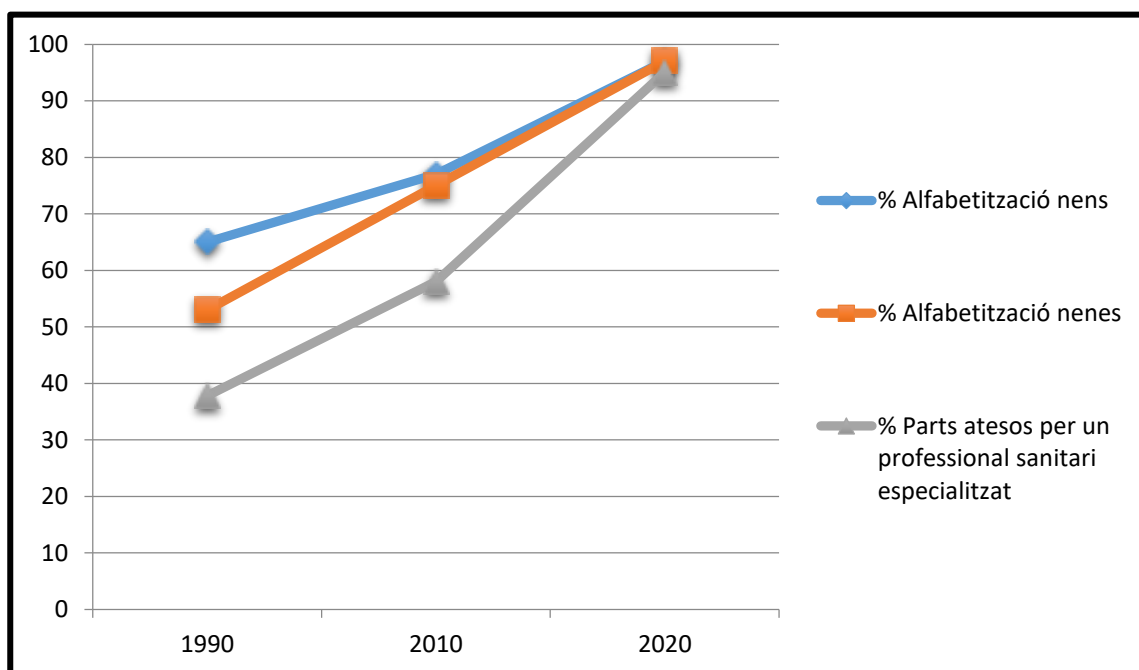
Gràfic 2: Evolució estimada de les taxes de mortalitat infantil i materna i rati de població que comença els estudis d'educació primària. Segons el perfil estadístic de la ONU. Elaboració pròpia.

Formar i constituir un equip professional especialitzat

Com les complicacions durant la maternitat no són pronosticables, totes les dones en un procés de maternitat requereixen d'una atenció per part d'uns professionals de salut qualificats capaços de prevenir alteracions, detectar-les i tractar-les.

Es considera necessari que cada cas gaudeixi d'un professional acreditat –ja sigui una llevadora, un ginecòleg o una infermera especialitzada- que garanteixi unes competències mínimes en les habilitats necessàries per gestionar embarassos normals i anòmals, les possibles complicacions del part i la capacitat per realitzar uns cuidatges òptims en qualsevol moment de la maternitat tan a la dona¹³³ com al nen.

- ✓ Augmentar el finançament i la despesa pública per als serveis de salut materna, garantint el material i la medicació necessària pels serveis obstètrics.
- ✓ Garantir que la descentralització funciona en la provisió de serveis durant l'embaràs, el procés de part i els primers mesos de lactància.
- ✓ Prioritzar les intervencions relacionades amb la maternitat a tots els districtes.
- ✓ Formar personal sanitari amb coneixements avançats d'obstetrícia.



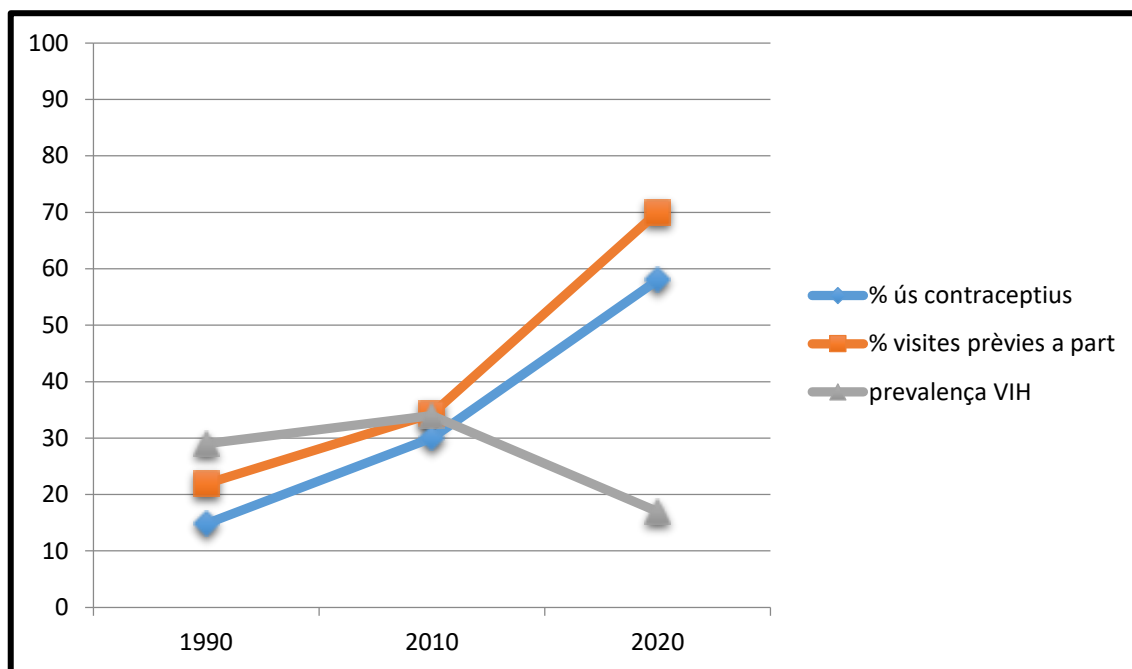
Gràfic 3: Evolució estimada del percentatge d'alfabetització dels nens ugandesos segons el sexe, i percentatge de parts atesos per un professional sanitari amb coneixements d'obstetrícia. Segons el perfil estadístic de la ONU. Elaboració pròpia.

¹³³ Especialment des del moment del part fins a les sis setmanes, ja que és en aquest període quan es produeixen la majoria de les morts maternes per causes com les hemorràgies, la sèpsis i les eclàmpsies.

Garantir l'accés a la població a cursos de planificació familiar

L'assistència a una educació sanitària relacionada amb la maternitat redueix la mortalitat i la morbiditat a l'ampliar els coneixements de la població respecte certs factors de risc i conductes beneficioses. Tot i que l'embaràs i el part siguin esdeveniments normals del cicle de la vida, cada dona es troba en una situació de risc capaç de desenvolupar complicacions potencialment mortals que cal que coneguin. És necessària una educació a la població sobre la necessitat d'espaiar els embarassos, evitar els precoços o tardans, els mètodes d'anticoncepció i els cuidatges necessaris.

- ✓ Millorar el subministrament i augmentar la distribució de projectes de planificació familiar en diferents aspectes.
- ✓ Incloure l'educació sanitària com un factor important i bàsic de l'estratègia sanitària de seguretat en la salut reproductiva.
- ✓ Destinar més fons en la formació dels professionals sanitaris capaços de transmetre a la població coneixements útils relacionats amb la salut.
- ✓ Incrementar el nombre de llevadores i infermeres capacitades per satisfer les demandes i resoldre els diversos dubtes de la població.
- ✓ Millorar el coneixement i la comprensió de la importància de la planificació familiar tant a homes com a dones.

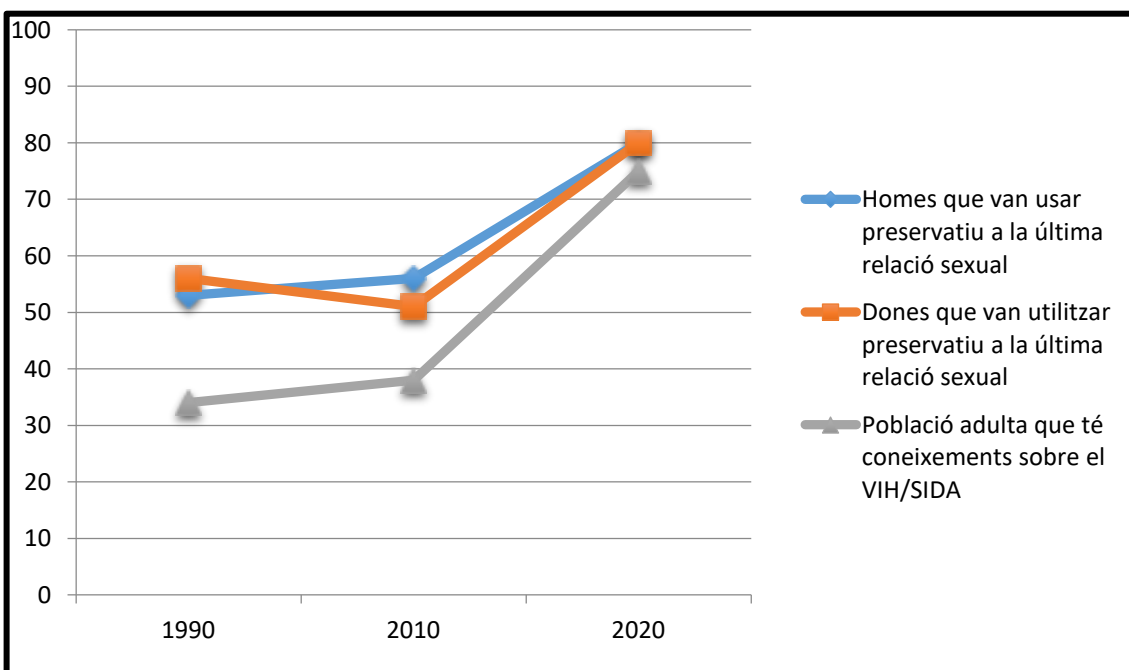


Gràfic 4: Evolució estimada de la proporció de població que utilitza mètodes contraceptius, que realitza visites prèvies al part, i la incidència del VIH. Dades extretes de l'estudi realitzat pel ministeri de sanitat d'Uganda l'any 2016. Elaboració pròpia.

Promoure la importància de les visites prèvies al part

L'atenció prenatal és una forma potencialment important per unir a la dona embarassada al sistema de salut. Garantint aquesta adherència s'aconsegueix un increment en la detecció i tractament de complicacions durant l'embaràs, i per tant, disminuir la mortalitat en la maternitat. Aquest seguiment de la dona embarassada és clau per disminuir situacions d'emergència, resoldre els possibles dubtes de la mare i mantenir una progressió de la situació de la pacient –els tres aspectes de millora anteriors-. Es recomana un mínim de quatre visites de control prenatal durant un període gestacional normal –sense tenir en compte la realització d'ecografies- per garantir un cuidatge adequat i preventiu de l'embaràs.

- ✓ Enfortir els sistemes de referència per fer front a possibles complicacions.
- ✓ Millorar la consciència pública per tal de millorar el diàleg entre professional sanitari i pacient pel que fa a al concepte salut-malaltia durant l'embaràs.
- ✓ Causar una consciència pública que permeti la capacitat del diàleg entre professional sanitari i pacients en la recerca d'atenció i resolució de dubtes.



Gràfic 5: Evolució estimada de la proporció, separada per gènere, que va fer servir el preservatiu com a mètode de contracepció la darrera relació sexual, i la població que té coneixements específics sobre el VIH/SIDA. Segons el perfil estadístic de la ONU. Elaboració pròpia.

8.10 Avaluació del projecte

S'ha de tenir en compte per valorar l'efectivitat del projecte i la seva aplicabilitat a la societat ugandesa l'assoliment dels següents objectius a mig termini:

1. Millorar la taxa de mortalitat materna l'any 2020, aconseguint reduir el 75% de les xifres obtingudes l'any 1990, fet que suposaria que es produïssin menys de 229 naixements morts per cada 100.000 naixements vius.
2. Aconseguir un accés universal a la salut reproductiva de les dones l'any 2020.
3. Garantir com a mínim un professional sanitari especialitzat en maternitat durant cada visita d'una dona embarassada o amb problemes obstètrics.

8.11 Conclusió del projecte

Un cop analitzada la situació, s'observa que l'increment del nombre absolut de dones que moren donant a llum -arribant a la xifra de 16 morts als dia en dones en qualsevol fase del procés de maternitat a tota Uganda-, és degut a l'augment de la població. La situació ha millorat, i la proporció de morts s'ha reduït, tot i tenir encara molts aspectes de millora com els proposats en aquest projecte.

Es considera que el nostre projecte es basa en un aspecte realment molt bàsic: l'educació primària, la qual garanteixi la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia. La constitució d'uns cuidatges obstètrics d'emergència i ambulatoris farien front a una gran part de les causes directes de la mortalitat maternal, garantint que hi hagués una atenció especialitzada realitzada per un equip amb coneixements sobre el procés de maternitat – i que permetés detectar i gestionar les possibles complicacions-.

Aquesta especialització dels professionals sanitaris, comportaria de forma secundària, unes conseqüències directes a la població. Promoure entre la població ugandesa hàbits sobre la salut reproductiva i conscienciar dels riscos que poden sorgir si no es realitza el correcte cuidatge incrementarà el seguiment d'un recorregut assistencial que permeti prevenir, detectar problemes sanitaris generals -malària, VIH/SIDA, anèmia...- però que freqüentment, també són causes indirectes de la mortalitat maternal.

Com a reflexió d'aquest projecte proposat, s'afirma que la salut en la maternitat és molt més que un simple problema de salut, és un repte cap al desenvolupament general del país. A continuació donem tres arguments que fomenten aquesta afirmació:

1. El que afecta a la salut de la mare i dels nounats, afecta també a la capacitat present i futura de generacions incapaces de participar plenament en la producció¹³⁴, un fet vital en una societat d'autosubsistència com és Uganda.
2. L'aplicació amb èxit de les intervencions del projecte depenen en gran mesura del progrés d'altres sectors. Les carreteres, l'electricitat i l'aigua són aspectes fonamentals per poder garantir l'atenció obstètrica proposada.
3. Les intervencions prioritzades són essencials per accelerar l'assoliment dels altres MDG. A continuació mostrem com aquesta prioritat està relacionada amb altres objectius proposats pel govern d'Uganda:

8.11.1 Repercussió dels MDG sobre la maternitat¹³⁵

Objectiu 1: Eradicar l'extrema pobresa i la gana
A nivell nacional, els països amb un major renda per càpita, tenen més recursos econòmics per invertir en els sistemes de salut, fet que beneficia a les mares a obtenir una atenció obstètrica bàsica, d'urgències i de forma universal. A Uganda, els costos directes de les patologies de salut comentades en aquest treball –i afegint la malària– suposen més del 60% dels recursos totals aplicats als serveis de salut. Aquest fet limita molt la possible inversió per part de l'Estat en problemes més específics com són la prevenció i tractaments específics com la maternitat. A més, la pobresa, és un gran factor de risc d'augmentar la mortalitat prematura relacionada amb l'embaràs i la morbiditat en l'edat adulta, fet que dificulta les condicions de sanitat i promoció de la salut entre la població respecte a l'embaràs i la maternitat. S'estima que, <i>“el fet de no fer front a la desnutrició, pot reduir el PIB d'un país fins al 2%”</i> . (Horton, 2010)

Objectiu 2: Assolir un accés universal a l'educació primària
Segons les dades estadístiques, a Uganda, les dones que han completat l'educació primària ¹³⁶ , presenten una sèrie de característiques que considerem beneficis: retarden més temps el seu primer fill, es redueix el risc de complicacions durant l'embaràs, hi ha una major probabilitat d'espaiar de forma correcta els embarassos, es redueix el risc de mort durant el part i són més propenses a buscar atenció sanitària en cas de necessitat.

¹³⁴ S'estima que les morts relacionades amb la mortalitat a Uganda causen una pèrdua en la productivitat de 15 bilions de dòlars anuals, constituint un veritable obstacle per al desenvolupament econòmic.

¹³⁵ Dades extretes del *Report for Uganda* (2015).

¹³⁶ Actualment, gairebé el 50% dels alumnes que inicien el cicle escolar, mantenen una adherència i arriben al darrer curs de primària.

Objectiu 3: Promoure la igualtat de gèneres i enfortir la posició de la dona

L'educació del sexe femení ajuda a millorar aspectes de la planificació familiar i és un factor directe de l'augment de l'esperança de vida del nen¹³⁷. En aquest aspecte, els homes –els quals formen gairebé la totalitat de càrrecs públics- tenen un paper fonament en l'assoliment d'aquesta igualtat de gènere. Aquest fet tindria una repercussió directa en la millora de les condicions de la vida de la dona, beneficiant l'estat de la salut materna i infantil, reduiria la transmissió del VIH i eliminaria els matrimonis de conveniència i la violència de gènere.

D'altra banda, aquesta millor planificació familiar repercutiria en el potencial de millorar les economies del país. Això és degut principalment a la seva constitució demogràfica: la població actual d'Uganda és majoritàriament jove. El fet d'aconseguir uns programes socials eficaços garantiria reduir aquesta proporció, tenint més taxa de població en situació de dependència i aconseguint més treballadors actius qualificats.

Objectiu 6: Combatre el VIH/SIDA, malària i altres patologies

Com principal causa de mort entre les dones en edat reproductiva a nivell mundial, en països amb alta prevalença de VIH, les seves complicacions es troben entre les principals causes de mortalitat durant la maternitat. Aquesta malaltia complica l'embaràs i és un factor molt important de la mort materna durant el part¹³⁸. La malària durant l'embaràs també és una causa de mortalitat amb una gran incidència, no a causa de la malaltia en si, sinó per les complicacions immunològiques que aquesta provoca.

Objectiu 7: Assegurar una sostenibilitat mediambiental

Aconseguir unes condicions d'abastiment d'aigua i electricitat a les zones urbanes –o com a mínim als hospitals- suposaria tenir unes condicions higièniques i tècniques òptimes pel subministrament i l'acondicionament de les instal·lacions sanitàries, millorant així l'eficàcia dels seus tractaments. L'accés a l'aigua neta –i l'aigua potable- de la població que viu a les zones més allunyades, permetria un sanejament òptim reduint el risc d'infeccions i altres afectacions que s'agreugen durant el període de la maternitat¹³⁹.

¹³⁷ Els nens de mares que han realitzat l'educació primària tenen un 40% més de probabilitats de sobreviure fins als cinc anys segons els *Millenium Development Goals* 2015.

¹³⁸ S'estima que el VIH/SIDA és el responsable d'aproximadament el 15% de les causes indirectes de mort materna a Uganda, xifres inferiors a la proporció observada al Buhinga's Hospital.

¹³⁹ L'accés a l'aigua potable redueix la mortalitat materna aproximadament un 30%.

Objectiu 8: Desenvolupar una associació mundial pel desenvolupament

El comerç –especialment de productes agrícoles-, provoca que les dones rurals aconseguixin més poder adquisitiu, motiu pel qual els permet l'accés a l'atenció mèdica i a altres serveis que milloren la salut materna.

A més, els països amb un gran deute econòmic, tenen menys recursos per invertir en serveis socials (atenció obstètrica durant la maternitat, part assistit, visites d'atenció prenatal...). És evident que en un país amb una manca de pressupost sanitari, no s'invertirà en la promoció de la salut, ja que no suposa uns avantatges momentanis ni tan quantificables com el tractament.

En aquest aspecte, la cooperació és realment important. La vinculació a empreses farmacèutiques podria abastir a la població de material relacionat amb la maternitat –com mètodes anticonceptius- i fàrmacs necessaris –com el Fe, $MgSO_4$, àcid fòlic o oxitocina-. D'altra banda, la cooperació amb companyies de comunicació i transport, podrien permetre un trasllat des del centre hospitalari a un domicili o a l'inrevés.

8.12 Indicadors

Per tal d'avaluar el disseny, la qualitat i l'adaptació del projecte proposat a la societat ugandesa, s'estableixen una sèrie d'aspectes a tenir en compte a mig termini –un període de 5 anys- els quals determinen la millora i el progrés del sistema sanitari amb les propostes indicades anteriorment:

MDG	Indicadors d'avaluació
MDG1: combatre l'extrema pobresa i la fam mundial	▪ Proporció de població per sota del llindar de pobresa ▪ Determinació del llindar de pobresa ▪ Consum total de les vivendes ▪ Taxes de treballadors i atur ▪ Prevalença de nens <5anys amb infra-pes.
MDG2: aconseguir una educació primària universal ¹⁴⁰	▪ Xifra d'inscripcions a centres de primària ▪ Taxa d'alumnes que finalitzen l'educació primària ▪ Taxa d'alfabetització de població entre 15-14 anys
MDG3: promoure la igualtat de gènere	▪ Rati entre ambdós sexes a l'educació primària, secundària, universitats i llocs de treball.

¹⁴⁰ Tenint en compte alhora, la diferència entre sexes, permetent alhora avaluar la progressió del MDG3.

MDG4: reduir la mortalitat infantil	▪ Rati de mortalitat infantil (<5 anys) ▪ Taxa de mortalitat durant el part ▪ Taxa de mortalitat postpart (<2 mesos) ▪ Proporció de nens amb una malaltia infecciosa
MDG5: millorar la salut maternal	▪ Rati de mortalitat materna durant el part ▪ Rati de mortalitat materna en el postpart ▪ Proporció de parts atesos per personal qualificat ▪ Nombre de casos atesos de forma extrahospitalària ▪ Nombre de visites prenatales realitzades ▪ Rati de població que utilitza l'anticoncepció ▪ Proporció de dones amb una MTS ▪ Xifra de treballadors especialitzats en obstetrícia ▪ Xifra de treballadors especialitzats en ginecologia ▪ Taxes d'embarassos no desitjats ▪ Taxes de dones múltiples ▪ Mitjana d'edat del primer part
MDG6: combatre el VIH/SIDA, malària i altres malalties	▪ Prevalença del virus VIH entre la població ▪ Rati de població que admet relacions de risc ▪ Venta de mètodes anticonceptius ▪ Coneixement de la població de les malalties ▪ Prevalença de malària entre la població ▪ Prevalença de tuberculosi entre la població

Taula 10: Principals indicadors del projecte de millora avaluable l'any 2020/21. Font: Millenium Development Goals. Uganda 2015. Elaboració pròpia.

9. PLA DE TREBALL: CRONOGRAMA

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VII	IX	X	XI	XII	XIII
	Juny	Juliol	Agost	Setembre	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny
Estada													
Índex													
Introducció													
Marc Teòric													
Objectius													
Metodologia													
Resultats													
Conclusions													
Bibliografia													
Annexos													
Projecte													
Presentació													
Defensa													

Imatge 3: Cronograma de l'elaboració del treball

10. BIBLIOGRAFIA

Articles

Argenter et al. (2010) La Salud como sector económico de Cataluña: análisis del gasto en Salud y sus interrelaciones con el resto de sectores productivos de Cataluña. *Informes del sistema sanitari*, (1):4-20. [Disponible a: www.catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/informacio-economica/documents/arxiu/informe_10_cast.pdf] (Consultat el 9 d'octubre de 2016)

Balsa, J. (2015) Pensar la hegemonía y la estrategia política en Latinoamérica. *Universidad Nacional de Quilmes*. [Disponible a: www.ides.org.ar/wp-content/uploads/2012/04/DOSSIER-2-Balsa.pdf] (Consultat el 25 de febrer de 2017)

Björkman, M. i Svensson, J. (2006) Supervisión comunitaria a los proveedores de salud primaria en Uganda. *Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab*. [Disponible a: <https://www.povertyactionlab.org/es/printpdf/1239>] (Consultat l'11 de gener de 2017)

Comelles, J.M. (2000) De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. *Dialnet*, 35 (1): 151-172

Ethnic Communities' Council of Victoria. (2006) Cultural competence guidelines and protocols. [Disponible a: <http://www.eccv.org.au/library/doc/CulturalCompetenceGuidelinesandProtocols.pdf>] (Consultat el 4 de març de 2017)

De la Cuesta, C. (2006) Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*, 25 (1):1-4. [Disponible a: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17054/3/FMetod_25.pdf] (Consultat el 22 de desembre de 2016)

Díaz, H. i Lubián, A. (1998) Definición de caso y clasificación de la infección por VIH y SIDA. *Cubana Med*, 37 (3): 157-165. [Disponible a: www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol37_3_98/med05398.htm] (Consultat el 19 de setembre de 2016)

Gil, M.T. (2016) Control y alta clínica puerperal a cargo de la matrona en la Unidad de Hospitalización Obstétrica. *Enfermería* 21.[Disponible a: www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/86/](Consultat el 4 de març de 2017)

Fornons, D. (2010) Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. *Índex de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 19(2):172-176. [Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3430886&info=resumen&idioma.com>] (Consultat el 12 de novembre de 2016).

Generalitat de Catalunya. (2015) Guia per al respecte a la diversitat religiosa en centres sanitaris de Catalunya. [Disponible a: https://governacio.gencat.cat/web/.content/documents/Guia_Creences_Centres_Sanitaris.pdf] (Consultat el 14 de gener de 2017)

Generalitat de Catalunya. (2005) Guia per al respecte de la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari ARGRA. *Departament de Salut*. [Disponible a: <https://www.tauli.cat/tauli/images/InfoCorporativa/documents/guiaplurireli.pdf>] (Consultat el 14 de gener de 2017)

Generalitat de Catalunya. (2016) Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just. *Departament de Salut*. [Disponible a: <https://www.fmc.cat/documents/18108/doc/Pla%20de%20Salut.pdf>] (Consultat el 14 de gener de 2017)

Generalitat de Catalunya. (2003) Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. *Departament de Sanitat i Seguretat Social*. [Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1203/protocol_assistencia_part_puerperi_atencio_nado_2003.pdf?sequence=1] (Consultat el 4 de març de 2017)

Goldberg, A. (2010) Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona. *Cuiculco*, 49 (1): 140-155

Horton, S. (2010) Scaling up nutrition: What will it cost? *World Bank*. [Disponible a: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Reviewed-Publications/ScalingUpNutrition.pdf>] (Consultat el 4 de febrer de 2017)

Jensen, M. i Meckling, W. (1976) Theory of the firm: managerial behaviour agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3:305-360 [Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304405X7690026X>] (Consultat el 21 de novembre de 2016)

Leininger, M. (1964) Nursing and anthropology: two worlds to blend. *Greyden Press*, Columbus OH (1):17-44

Leininger, M. et al. (2002) Transcultural nursing concepts, theories, research and practice: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Pubmed*, (3):189-192. [Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12113148>] (Consultat el 2 de juny de 2016)

Luque, M.A et al. (2008) La salud reproductiva en la mujer inmigrante: diferencias entre culturas. *Enfermeria Docente*, 89:10-14. [Disponible a: <http://www.index-f.com/edocente/89/r891014.php>] (Consultat el 22 de gener de 2017)

Martorell, M.A. i Comelles, J.M. (2010) Antropología y enfermería. Ética, salud y religión. *Publicaciones URV*, (1): 215-276. [Disponible a: https://issuu.com/publicacions-urv/docs/antropologia_enfermeria] (Consultat el 10 de setembre de 2016)

Martorell, M.A. (2001) ¿Antropoenfermería o enfermeantropología?. *Cultura de los cuidados*, 5(9):5-10. [Disponible a: [https://www.academia.edu/2055590/_Antropoenfermero/enfermeantropolog%C3%](https://www.academia.edu/2055590/_Antropoenfermero/enfermeantropolog%C3%9A)] (Consultat el 2 de juny de 2016)

Menéndez, E. (1992) Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales. *Antropología Médica de México*, pp.97-113 [Disponible a: www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_486-495.pdf] (Consultat el 2 de juny de 2016)

Menéndez, E. (2002) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *SciELO*, pp.1-22 [Disponible a: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>] (Consultat el 2 de juny de 2016)

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. (2017) Gobierno de España. Oficina de información diplomática. *Ficha país: Uganda*. [Disponible a: http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/UGANDA_FICHA%20PAIS.pdf] (Consultat el 5 de juny de 2016)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014) Sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud. *Información Sanitaria*. [Disponible a: www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInlSanSNS/pdf/SISNS.pdf] (Consultat el 2 de desembre de 2016)

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010) Gobierno de España. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. *Plan de calidad del SNS*. [Disponible a: www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf] (Consultat el 4 de març de 2017)

Ministry of Health. (2015) The Republic of Uganda. Health Sector Development Plan 2015/16-2019/20. *Situation analysis*. [Disponible a: <http://health.go.ug/publications/strategic-plans>] (Consultat el 25 de novembre de 2016)

Muñoz, A. (2017) Boletín Oficial de la Provincia de Burgos. Gerencia municipal de servicios sociales. 49 (3):26-27 .

Muñoz L. et al. (2007) Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, 38(4):98-104. [Disponible a: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1=en&nrm=iso&tlng=.es] (Consultat el 27 de gener de 2017)

Murillo, J. i Chyntia M. (2010) Métodos de investigación educativa. *Educación especial*, 3(1):5-21. [Disponible a: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf] (Consultat el 26 de gener de 2017)

Ndemere, P (2011) Describe science-driven efforts for stability and economic growth. AAAS. [Disponible a: <https://www.aaas.org/news/high-ranking-east-african-officials-describe-science-driven-efforts-stability-and-economic?sacampaign=News/201001-12/>] (Consultat el 10 de desembre de 2016)

Noreña, A.L. et al. (2012) Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Scielo*, 12 (3):263-274. [Disponible a: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf>] (Consultat el 18 de març de 2017)

Oficina Económica y Comercial de España. (2012) Informe económico y comercial. *Uganda*. [Disponible a: <http://www.comercio.gob.es/>] (Consultat el 12 de juny de 2016)

ONU. (2015) MDG Gap Task Force Report: taking stock of the global partnership for development. *MDG 8*. [Disponible a: <http://www.un.org/millenniumgoals/MDGGap2015Eweb.pdf>] (Consultat l'1 d'octubre de 2016)

OMS. (2016) Global Tuberculosis Report 2016. Informe mundial sobre la tuberculosis. [Disponible a: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/] (Consultat el 19 de setembre de 2016)

OMS. (2003) Patrones de crecimiento infantil de la OMS: longitud/estatura para la edad, peso para la edad, peso para la longitud, peso para la estatura e índice de masa corporal para la edad. *Departamento de Nutrición para la salud y el Desarrollo*. [Disponible a: http://www.who.int/childgrowth/standards/tr_summary_spanish_rev.pdf] (Consultat el 4 de març de 2017)

Pacheco et al. (1999) La tuberculosis, otra vez un problema de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(3):318-327. [Disponible a: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_3_99/mgi16399.htm] (Consultat el 19 de setembre de 2016)

Pedraza, L. (2015) Cultura organizacional desde la teoría de Edgar Schein: estudio fenomenológico. *Dialnet*, 9(17):1-9 [Disponible a:

https://www.researchgate.net/publication/305848294Culturaorganizacionaldesdelateoria_de_Edgar_Schein_Estudio_fenomenologico] (Consultat el 17 de desembre de 2017)

Pérez, I. (2015) Análisis del entorno de Malawi: como guía del cuidado de un niño con discapacidad. *Index Enfermería*, 25 (3): 136-140.

Rechtman, T. (2001) Transcripció de la conferència “El enfoque multicultural en salud mental: una mirada crítica”, impartida a la Conferència Europea sobre Estratègies de Promoció de la Salut i Immigració, Barcelona.

Robles, B. (2011) La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Scielo*, 18(52):52-55. [Disponible a: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v18n52/v18n52a4.pdf>] (Consultat el 26 de juny de 2016)

SEDCA. (2016) Educación, cooperación y ayuda al desarrollo. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. 37 (1): 49-70. [Disponible a: <http://revista.nutricion.org/>] (Consultat el 21 de febrer de 2017)

Tanner, C. et al. (2006) A Research-based model of clinical judgment in nursing. *Thinking like a nurse*, 45(6):204-209. [Disponible a: http://www.mccc.edu/nursing/documents/Thinking_Like_A_Nurse_Tanner.pdf] (Consultat el 3 de desembre de 2016)

Taylor S.J. i Bogdan, R. (1992) Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. *Paidós*, pp:31-282. [Disponible a: <https://www.academia.edu/5095570/Taylor-S-J-Bogdan-R-Introduccion-a-Los-Metodos-Cualitativos-de-Investigacion>] (Consultat el 20 de setembre de 2016)

The Republic of Uganda. Millenium Development Goals Report for Uganda 2010. Special theme: Accelerating progress towards improving maternal health (1):80-104. [Disponible a: https://www.unicef.org/uganda/Uganda_MDG_report_2010_final.pdf] (Consultat l'1 d'octubre de 2016)

The Republic of Uganda. Millenium Development Goals Report for Uganda 2015. Special theme: Results, Reflections and the way forward. (1):8-84. [Disponible a: https://ug.usembassy.gov/wp-content/uploads/sites/42/2016/07/UGANDA-MDG_2015-FINAL-REPORT.pdf] (Consultat el 10 de gener de 2017)

UNESCO. (2016) El aumento de las desigualdades puede poner en peligro los objetivos de desarrollo. *Servei de premsa*. [Disponible a: http://www.unesco.org/new/es/media-services/singleview/news/unchecked_inequalities_could_threaten_uns_sustainable_dev/] (Consultat el 30 de novembre de 2016)

UNICEF. (2011) La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. pp:6-13 [Disponible a: <https://old.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>] (Consultat el 19 de setembre de 2016)

UNICEF. Unite for children (2013) Improving child nutrition: the achievable imperative for global progress. [Disponible a: <https://www.unicef.org/publications/files>] (Consultat el 10 de setembre de 2016)

United Nations. (2015) The Millenium Development Goals Report: time for global action for people and planet. [Disponible a: [http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)] (Consultat el 21 de desembre de 2016)

WHO. (2016) Factsheets of health statistics 2016. African Health Observatory. *Uganda*. [Disponible a: http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/f/fb/Uganda-Statistical_Factsheet.pdf] (Consultat el 25 de febrer de 2017)

Young, J.T. (2004) Illness behaviour: a selective review and synthesis. *Medline*, 26(1):1-31 [Disponible a: www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2004.00376x/full] (Consultat el 9 de setembre de 2016)

Llibres

Comelles, J.M. et al. (2010) Migraciones y salud. *Publicaciones URV*. Tarragona: 42-67
De Saint-Exupéry, A. (1943) El petit príncep. *Editorial Estela*, Barcelona.

Llovet, J.J. (1984) Servicios de salud y sectores populares: los años del proceso. *CEDES*, Buenos Aires: 32-51.

Perdiguero, E. i Comelles J.M. (2000) Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina. *Región y sociedad*, Bellaterra: 231-317.

Publicacions a diaris

Adrover, B. (2012) Medicina tradicional africana: algunas razones para respetarla. *El País*. [Disponible a: <http://elpais.com/elpais/2012/08/24/africanoesunpais/134578.html>] (Consultat el 4 de març de 2017)

Agencia EFE. (2008) Cada minuto muere una africana por problemas en la gestación. *Sociedad. El País*. [Disponible a: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2008/08/06/actualidad/1217973606_850215.html] (Consultat el 20 de desembre de 2016)

Alberdi, M. (2013) Las mujeres son un 70% de las personas que viven en la extrema pobreza en el mundo. *Internacional. 20 Minutos* [Disponible a: www.20minutos.es/noticia/209896/0/dia/mujer/educacion/] (Consultat el 18 de febrer de 2017)

Bañuelos, J. (2016) World health statistics 2016. *Cadena SER*. [Disponible a: http://cadenaser.com/ser/2016/05/17/sociedad/1463502398_926154.html] (Consultat el 21 de gener de 2017)

Blázquez, S. (2015) El problema no es la falta de agua, sino su mala gestión. *El País*. [Disponible a: http://elpais.com/elpais/2015/03/20/planeta_futuro/1426855527774.html] (Consultat el 9 de març del 2017)

Carra, C et al. (2014) La Sanidad Española, entre las mejores de la Unión Europea, según la mayoría de los indicadores. *ABC*. [Disponible a: <http://www.abc.es/sociedad/abci-comparativa-espana-salud.html>] (Consultat el 8 d'octubre de 2016)

Jimenez, J. (2014) ¿Por qué es tan importante la salud para África? *World Economic Forum*. [Disponible a: <https://www.weforum.org/es/agenda/2014/01/por-que-es-tan-importante-la-salud-para-africa/>] (Consultat el 21 de desembre de 2016)

Natukunda, C. (2016) We have enough drugs for hospitals. *New Vision*. [Disponible a: http://www.newvision.co.ug/new_vision/news/1423563/drugs-hospitals-nms] (Consultat el 21 de desembre de 2016)

Wambi, M. (2011) Salud-Uganda: lo barato sale caro. *Inter Press Service*. [Disponible a: <http://www.ipsnoticias.net/2011/07/salud-uganda-lo-barato-sale-caro/>] (Consultat el 21 de desembre de 2016)

Vídeos

Summa Positiva. Pàgina web de la Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals. Publicat el 30 d'octubre de 2013. Ser diferent. [Disponible a: <http://www.ccma.cat/tv3/alacarta/summa-positiva/ser-diferent/video/4736771/>]

Thurston, S. Canal de Youtube: *ONG Direct Relief*. Publicat el 18 de gener de 2008. Healthcare in Rural Uganda. [Disponible a: <https://www.youtube.com/watch?v=z7LJ5YnTMGw&t=64s>]

Moturi J. Canal de Youtube: *ULGA*. Publicat el 24 de maig de 2012. Health care under local governments in Uganda. [Disponible a: <https://www.youtube.com/watch?v=BsYrKTL-zco>]

Hospital Sant Joan de Déu. (2016). Conócenos. *Programa Mare*. [Disponible a: https://www.youtube.com/watch?v=wMhNMMBv_4]

World Focus. Canal de Youtube: *worldfocusonline*. Publicat el 10 de desembre de 2008. Free healthcare but long lines in Uganda. [Disponible a: <https://www.youtube.com/watch?v=UELQTgPqFMM>]

Webgrafia

Acción Contra el Hambre. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y de las enfermedades relacionadas. *Nutrición y Salud*. [Disponible a: <https://www.accioncontraelhambre.org/es/que-hacemos/ejes/nutricion-y-salud>] (Consultat el 22 de desembre de 2016)

AEPED. (2011) Publicaciones: *Evidencias en pediatría*, 13(2):8-25. [Disponible a: <http://www.evidenciasenpediatria.es/>] (Consultat el 19 de setembre de 2016)

Eurostat. (2015) International trade in goods. *UE*, 2015. [Disponible a: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Internationaltrade_in_goods] (Consultat el 25 de novembre de 2017)

Austin, T. (2008) Investigación Cualitativa. *Metología de la investigación*. [Disponible a: <https://metodoinvestigacion.wordpress.com/2008/02/29/investigacion-cualitativa/>] (Consultat el 25 de juny de 2016)

CDC. (2016) Transmisión del VIH. [Disponible a: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/transmission.html>] (Consultat el 21 de desembre de 2016)

Fundación África Sur. (2012) Fenómenos sociales de África. *Uganda*, 2011. [Disponible a: <http://www.africafundacion.org/spip.php?rubrique17>] (Consultat el 19 de novembre de 2017)

Gotzon, J. (2009) Sistemas médicos-modelos médicos. *Cultura y salud*. [Disponible a: <https://culturaysalud.wordpress.com/2009/03/12/sistemas-medicos-modelos-medicos-4-modelo-medico-hegemonico/>] (Consultat el 7 de juny de 2016)

IDESCAT. (2016) Estadística de naixements: *Catalunya*, 2015. [Disponible a: http://premsa.gencat.cat/pres_fsyp/docs/2016/10/19/10/35/44c50f07-511a-4b279c0.pdf] (Consultat el 21 de gener de 2017)

IEC. Diccionaris. Diccionari de l'Institut d'Estudis Catalans 2: *emic*. [Disponible a: <http://www.iec.cat/activitats/entrada.asp>] Consultat el 25 de març de 2017)

INE. (2016) Fenómenos Demográficos. Estadística de Nacimientos: *España*, 2015. [Disponible a <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pis&path=/t20/e304/&file=inebase>] (Consultat el 21 de gener de 2017)

Hospital Sant Joan de Déu. (2016) Conócenos. *Programa Mare*. [Disponible a: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/mujer/programa-mare>] (Consultat el 4 de març de 2017)

Landgrebe, L. Edmund Husserl. *Encyclopaedia Britannica*. [Disponible a: <https://www.britannica.com/biography/Edmund-Husserl>] (Consultat el 31 de març de 2017)

Ministry of Health. (2016) Republic of Uganda. *Hospitals and programs*. [Disponible a: <http://www.health.go.ug/>] (Consultat el 2 de juny de 2016)

Ministerio de Interior. (2003) Gobierno de España. Real Decreto 16/200 de cohesión y calidad del SNS. [Disponible a: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2003-2515] (Consultat el 3 de març de 2017)

Ministerio de la Presidencia y para las administraciones territoriales. (2000) Gobierno de España. Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. [Disponible a: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544>] Consultat el 4 de març de 2017.

Ministerio de la Presidencia y para las administraciones territoriales. (2009) Gobierno de España. Reforma de Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. [Disponible a: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-19949] Consultat el 4 de març de 2017.

ONUSIDA-UNAIDS. (2016) Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA: 3-4. [Disponible a www.unaids.org/es/resources/fact-sheet/] (Consultat el 10 de setembre de 2016)

OMS. (2016) Centro de prensa: *nutrición*. El departamento de nutrición y sus desafíos. [Disponible a: http://www.who.int/nutrition/about_us/es/] (Consultat el 19 de setembre de 2016)

OMS. (2016) Centro de prensa: *mortalidad materna*. Estadísticas sanitarias mundiales de l'any 2016. [Disponible a <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>]

OMS. (2016) El personal sanitario es imprescindible para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. [Disponible a: http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/] (Consultat l'11 de febrer de 2017)

OMS. (2014) Estadísticas sanitarias mundiales: *resumen de la situación actual y tendencias*. [Disponible a: <http://www.who.int/gho/worldhealthstatistics/2014/es/>] (Consultat l'1 d'octubre de 2016)

OMS. (2017) Nota descriptiva de la situación actual de la tuberculosis. [Disponible a: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>] (Consultat el 29 de març de 2017)

OMS. (2016) Países. Uganda. [Disponible a: <http://www.who.int/countries/uga/es/>] (Consultat el 4 de juny de 2016)

OMS. (2017) Preguntas más frecuentes. *¿Cómo define la OMS la salud?* [Disponible a: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>] (Consultat el 24 de febrer de 2017)

OMS. (2016) Temas de salud: *Medicina tradicional*. [Disponible a: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/es/] (Consultat el 24 de febrer de 2017)

Prada, A. (2006) Modelo médico hegemónico. *Blogspot*. [Disponible a: www.socioantro2.blogspot.com.es/2006/07/modelo-mdico-hegemnico.html] (Consultat el 22 de febrer de 2017)

RAE. Diccionarios. Diccionario de la lengua española: *ética*. [Disponible a: <http://dle.rae.es/?w=%C3%A9tica>] (Consultat el 25 de febrer de 2017)

Swayne, L. Hans-Georg Gadamer. *Internet Encyclopedia of Philosophy (IEP)*. [Disponible a: <http://www.iep.utm.edu/gadamer/>] (Consultat el 31 de març de 2017)

UNAIDS. (2016) Countries. Eastern and Southern Africa. Documents. [Disponible a: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/regions/easternandsouthernafrika>] (Consultat l'11 de gener de 2017)

UNICEF. (2014) El objetivo: mejorar la salud materna. *Salud Materna*. [Disponible a: <https://www.unicef.org/spanish/mdg/maternal.html>] (Consultat el 20 de desembre de 2016)

UNICEF. (2009) La situación de las mujeres y las niñas: hechos y cifras. [Disponible a: https://www.unicef.org/spanish/gender/3984_factsandfigures.html] (Consultat el 30 de març de 2017)

11. ANNEXOS

Annex 1: Assoliment dels Millenium Development Goals

Per tal d'analitzar la fiabilitat, sostenibilitat i progressió del sistema sanitari i relacionar-lo amb els nostres temes d'estudi, observem les dades de les missions proposades pel Govern d'Uganda dels darrers anys i els comparem amb les últimes dades.

Objectiu 1: Eradicar l'extrema pobresa i la gana	
Propòsit 1a: reduir a la meitat, entre el 1990 i el 2015, la proporció de població que ingressa menys d'un dòlar al dia	ASSOLIT
Propòsit 1b: garantir un treball productiu per a tota la població ugandesa, incloent les dones i la gent jove	SENSE DADES
Propòsit 1c: reduir a la meitat, entre el 1990 i el 2015, la proporció de població que pateix gana	NO ASSOLIT

Objectiu 2: Garantir un accés universal a l'educació primària	
Propòsit 2a: assegurar, al 2015, que tots els nens i nenes ugandesos, tindran la capacitat d'acabar un cicle complert d'educació primària a l'escola	NO ASSOLIT

Objectiu 3: Promoure la igualtat de gènere i potenciar la situació de la dona	
Propòsit 3a: eliminar les diferències de gènere a l'educació primària i secundària, l'any 2005, i a tots els nivells educatius abans de l'any 2015.	NO ASSOLIT

Objectiu 4: Reduir la mortalitat infantil	
Propòsit 4a: reduir en dos terços, entre el 1990 i el 2015, la taxa de mortalitat infantil en nens i nenes ugandesos amb una edat inferior als cinc anys de vida	NO ASSOLIT

Objectiu 5: Millorar la salut durant el procés de maternitat	
Propòsit 5a: reduir tres quarts, entre el 1990 i el 2015, la taxa de mortalitat materna	NO ASSOLIT
Propòsit 5b: garantir al 2015 accés universal a la salut reproductiva en dones	SENSE DADES

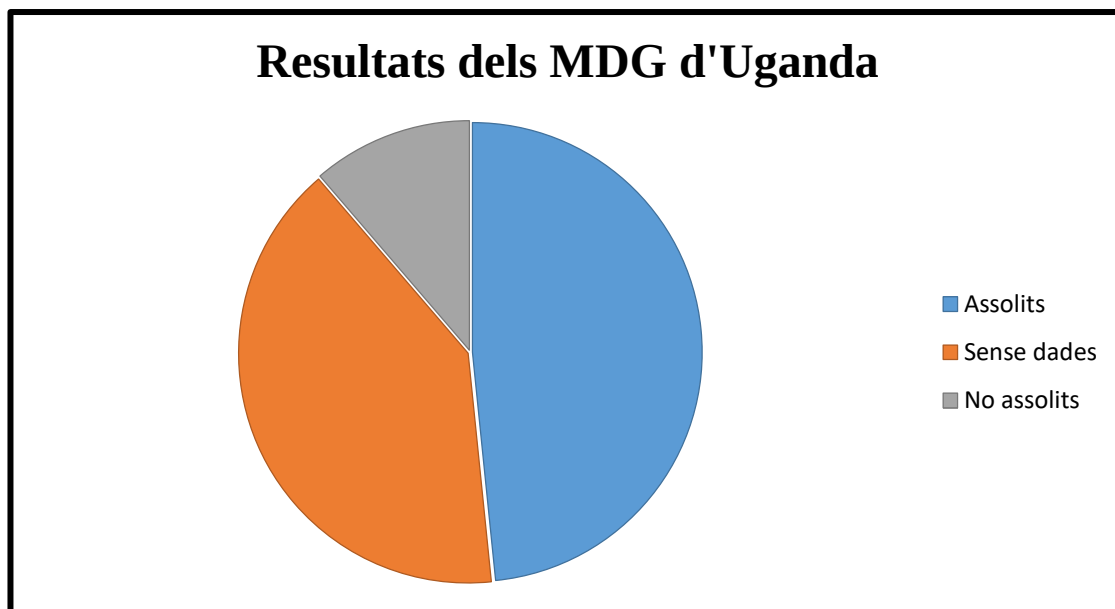
Objectiu 6: Combatre el VIH/SIDA, la malària i altres malalties	
Propòsit 6a: combatre a l'any 2015 el VIH/SIDA detenint i començant a revertir la propagació	NO ASSOLIT
Propòsit 6b: aconseguir accés universal al tractament contra el virus del VIH/SIDA per tots aquells que ho necessitin garantint una cobertura d'antiretrovirals l'any 2010.	ASSOLIT
Propòsit 6c: detenir al 2015 el creixement en el nombre de casos i començar a revertir la incidència de malària i altres malalties greus.	ASSOLIT

Objectiu 7: Assegurar una sostenibilitat mediambiental	
Propòsit 7a: reduir la pèrdua de biodiversitat, aconseguint una reducció de la taxa de pèrdua per l'any 2010.	SENSE DADES
Propòsit 7b: reduir a la meitat, l'any 2015, la proporció de població sense accés segur a l'aigua potable i als serveis bàsics de salut	NO ASSOLIT
Propòsit 7c: aconseguir per l'any 2020 una millora significativa en les vides de com a mínim 100 milions d'habitants de les zones més pobres i marginades.	SENSE DADES

Objectiu 8: Desenvolupar una associació mundial per al desenvolupament	
Propòsit 8a: atendre les necessitats especials de les zones del país menys desenvolupades	NO ASSOLIT
Propòsit 8b: afrontar els problemes del deute dels països en desenvolupament amb mesures nacionals i internacionals per tal de fer el deute sostenible a llarg termini	ASSOLIT
Propòsit 8c: cooperar amb les companyies farmacèutiques per tal de proporcionar accés assequible a fàrmacs essencials a les zones en desenvolupament del país.	ASSOLIT
Propòsit 8d: cooperar amb el sector privat per fer possible l'abast als beneficis de les noves tecnologies, especialment en l'àmbit de la informació i la comunicació.	ASSOLIT

Taula 11: Assoliment de les principals propostes de millora proposades al darrer pla de salut d'Uganda establertes com a indicador per l'any 2015. Elaboració pròpia.

Així doncs, podem concloure que l'assoliment dels MDG no ha estat l'esperat i no s'han complert¹⁴¹ ni la meitat de les propostes d'intervenció esperades com podem comprovar en aquest gràfic:



Gràfic 6: Proporció d'assoliment dels Millenium Development Goals l'any 2016. Dades extretes de l'estudi realitzat pel ministeri de sanitat d'Uganda l'any 2016. Elaboració pròpia.

A continuació expliquem de forma més detallada la situació actual i l'evolució realitzada durant els darrers anys pel que fa als diferents MDG relacionats amb els aspectes sanitaris tractats al treball, per tal d'aconseguir una visió més quantitativa i específica de cada objectiu de millora:

1.1 Mortalitat infantil

MDG-4a: Reduir dos terços, entre el 1990 i el 2015, la taxa de mortalitat infantil en nens amb una edat inferior als cinc anys de vida		
1990	2015	✓
179 morts/1000 vius	67 morts/ 1000 vius	

ASSOLIT: l'objectiu inicial era aconseguir una proporció de 67 morts per cada 1000 naixements vius i s'ha superat fins una xifra de 55 morts, aconseguint rebaixar un 71% dels casos.

¹⁴¹ O no és té informació suficient com per garantir una xifra estadística realista.

MDG-4b: Immunitzar amb la vacuna del xarampió (MCV) a la totalitat dels nens i nenes amb una edat inferior a l'any de vida

1990	2015	
52% vacunats	100% vacunats	

NO ASSOLIT: no s'ha aconseguit que tots els nens i nenes inferiors a un any estiguin vacunats contra el virus del xarampió tot i que s'ha produït una millora considerable arribant a tenir immunitzats al 82% de la població diana.

1.2 Maternitat

MDG-5a: reduir tres quarts, entre el 1990 i el 2015, la taxa de mortalitat materna

1990	2015	
687 morts/100.000 vius	229 morts/100.000 vius	

NO ASSOLIT: no s'ha produït la reducció del 75% prevista per l'any 2015, ja que la taxa de mortalitat materna va ser de 343 mares mortes per cada 100.000 naixements vius, però s'ha aconseguit reduir més del 50% d'aquestes morts respecte fa quinze anys.

MDG-5b: aconseguir accés universal a la salut reproductiva on totes les mares tinguin mínim una visita antenatal mínima en tots els embarassos

1990	2015	
79%	100%	

NO ASSOLIT: la xifra estimada a causa de la dificultat de recollir dades de les zones més rurals i allunyades, és que el 95% de les mares visiten la consulta de ginecologia com a mínim un cop durant el seu procés d'embaràs per a controls i revisions.

MDG-5c: millorar la salut reproductiva aconseguint augmentar la incidència de naixements atesos per personal sanitari professional

1990	2015	
41%	90%	

NO ASSOLIT: la xifra estimada a causa de la dificultat de recollir dades de les zones més rurals, és que el 58% dels naixements es realitzen a un centre amb personal especialitzat. Hem de tenir en compte diferents factors que fan que encara s'estigui lluny d'assolir l'objectiu proposat: el fet que només hi hagi un hospital públic, el Buhinga's Hospital, en tota la regió, que la majoria de clíniques ofereixin serveis de matrona, però amb un cost elevat per a la mitjana de la població, i que la majoria de mares que van a donar a llum tenen familiars múltiples amb uns coneixements bàsics però suficients com per fer de llevadora.

1.3 VIH/SIDA

MDG-6a: combatre el VIH/SIDA detenint i començant a revertir la propagació		
1990	2015	
0'48%	0'36%	

NO ASSOLIT: l'objectiu inicial era aconseguir una reducció del 25% en la incidència d'infectats pel virus del VIH/SIDA. No només no s'ha assolit aquesta xifra, sinó que no s'ha aconseguit revertir la situació i la xifra ha augmentat arribant al 0'60%.

MDG-6b: aconseguir accés universal al tractament contra el virus del VIH/SIDA per tots aquells que ho necessitin garantint una cobertura d'antiretrovirals		
2007	2015	
33%	80%	

ASSOLIT: l'objectiu inicial de garantir el 80% dels tractaments antiretrovirals per als pacients que el necessitessin a partir de l'any 2007 que és quan es va iniciar aquesta cobertura sanitària per part del Govern i s'ha aconseguit produint-se una millora arribant a més del 90% de cobertura.

1.4 Tuberculosi

MDG-6c: combatre la tuberculosi disminuint la taxa de mortalitat		
1990	2015	
50/100.000 habitants	11/100.000 habitants	

ASSOLIT: l'objectiu inicial era aconseguir una proporció de 25 morts per cada 100.000 habitants i s'ha superat fins una xifra d'11 morts, aconseguint rebaixar un 78'85% dels casos de mortalitat a causa de la tuberculosi.

1.5 Malària

MDG-6d: combatre la malària reduint la seva incidència		
2007	2015	
11%	2'75%	

NO ASSOLIT: no s'ha produït la reducció del 75% prevista per l'any 2015, ja que la taxa d'incidència de malària va ser de 9'31 casos per cada 100 habitants, però sí que s'ha rebaixat dos punts la seva incidència a la població ugandesa.

1.6 Desnutrició infantil

MDG-1: eradicar l'extrema pobresa i la fam reduint per la meitat, entre el 1990 i el 2015, la proporció de gent amb gana i desnutrició, tenint en compte la taxa de nens amb una edat inferior a 5 anys en situació d'infra-pes		
2007	2015	
21'5%	7%	

NO ASSOLIT: no s'ha produït la reducció del 75% prevista per l'any 2015 ja que la taxa d'infra-pes en nens d'edats inferiors a cinc anys va ser del 14'1% , rebaixant la incidència de casos aproximadament un terç en aquesta situació des de l'any 1990.

Annex 2: Fotografies



Imatge 4: venda ambulant de productes agrícoles per part d'una família.



Imatges 5 i 6: el medi de transport i, ahora, el treball més freqüent, el piki-piki.



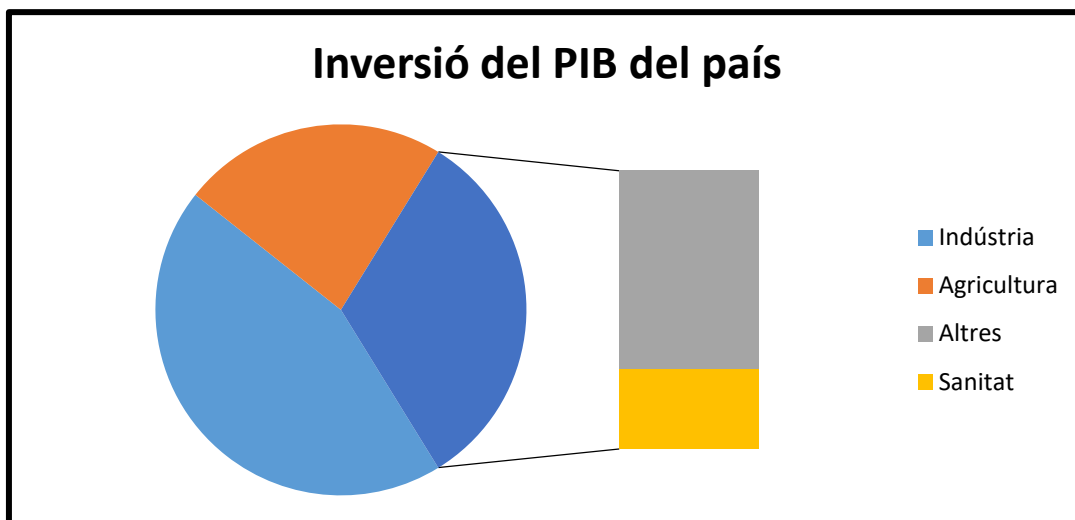
Imatges 7 i 8: voluntaris sanitaris durant la realització d'un Workshop i tests utilitzats per l'anàlisi sanguini i la detecció del VIH i la malària.

Annex 3: Gràfics de la situació d'Uganda

Per tal d'entendre de forma més visual el context i la situació del país adjuntem una sèrie de gràfics on es reflecteixen alguns aspectes de la societat ugandesa:

3.1 Informació general del país

3.1.1 Economia: distribució del PIB per sectors

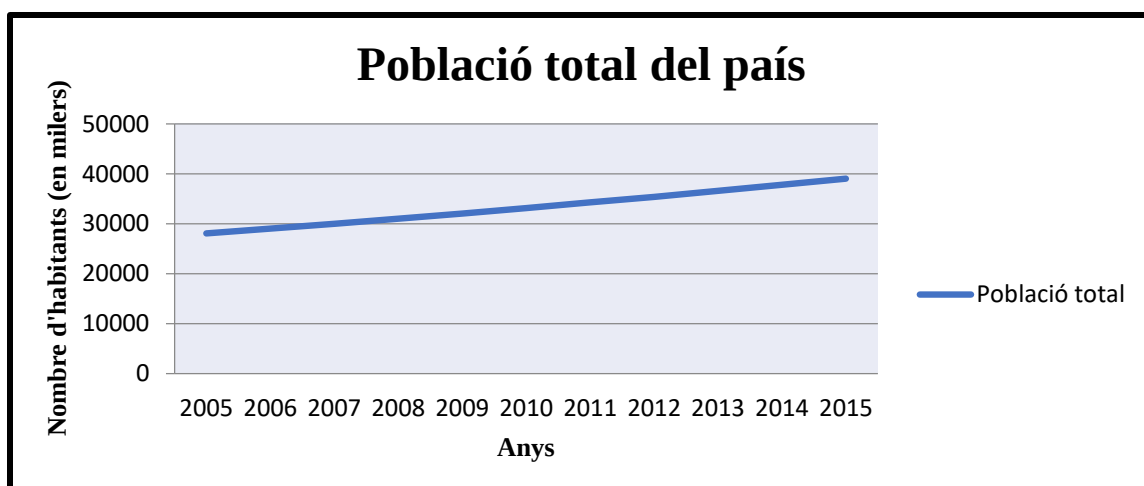


Gràfic 7: Inversió del PIB. Font: Millenium Development Goals Uganda 2015. Elaboració pròpia

El Producte Interior Brut es distribueix en tres sectors principals: la indústria, l'agricultura i els serveis. D'aquest últim, només el 10'97% va destinat a sanitat, la resta es distribueix en costos d'educació (11'76%), la salut (10'97%), defensa (12'28%) i cost públic (18'09%).

3.2 Demografia

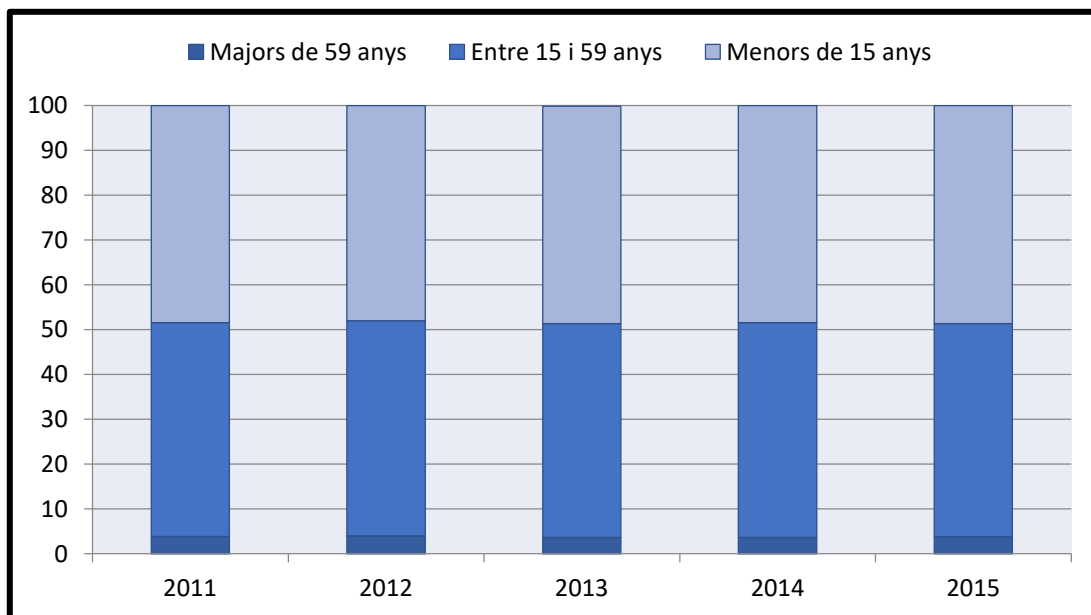
3.2.1 Evolució demogràfica de la població



Gràfic 8: Població total d'Uganda. Font: African Health Observatory 2016. Elaboració pròpia.

La població ugandesa mostra un creixement aproximat de dos milions d'habitants per any, constituint una societat extremadament jove -a causa de la seva baixa esperança de vida- la qual cosa pot donar lloc a un col·lapse generacional a mig i llarg termini. El següent gràfic demostra aquesta realitat:

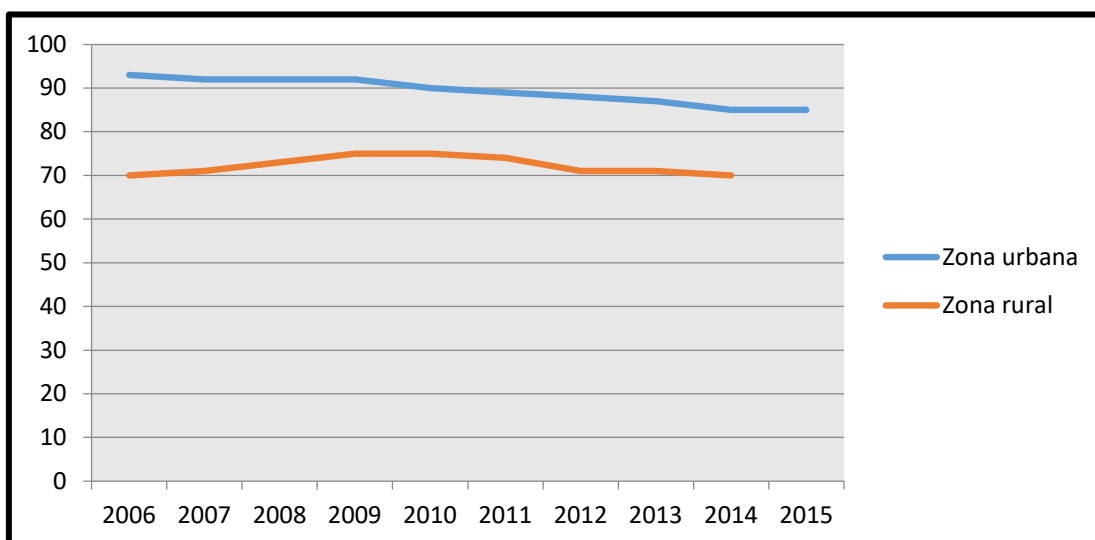
3.2.2 Proporció de població segons l'edat



Gràfic 9: Percentatge de població segons diferents franges d'edat. Font: African Health Observatory 2016. Elaboració pròpia.

3.3 Sanitat

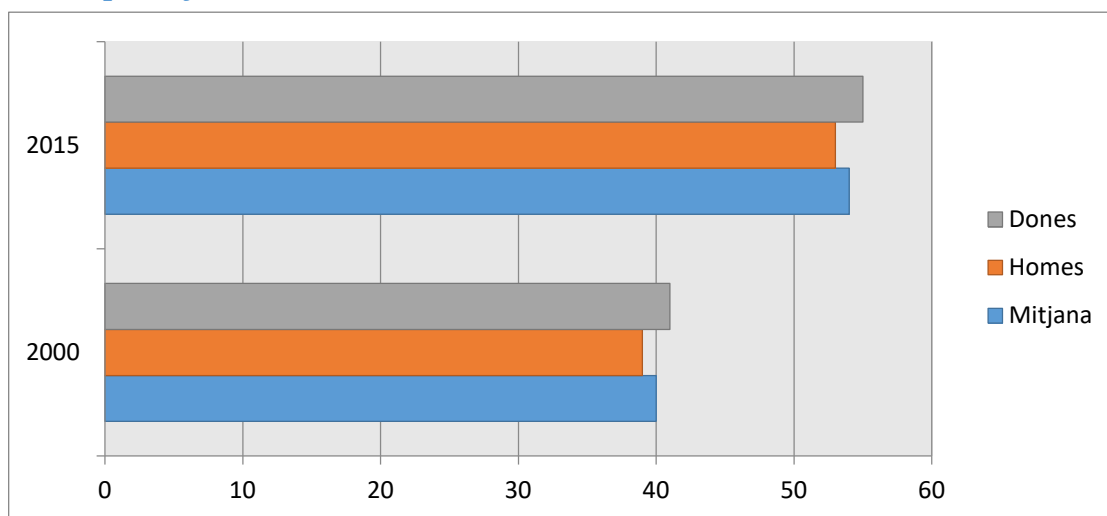
3.3.1 Accés a la sanitat pública



Gràfic 10: Percentatge d'accés de la població a centres sanitaris públics segons la seva zona de residència. Font: African Health Observatory 2016. Elaboració pròpia.

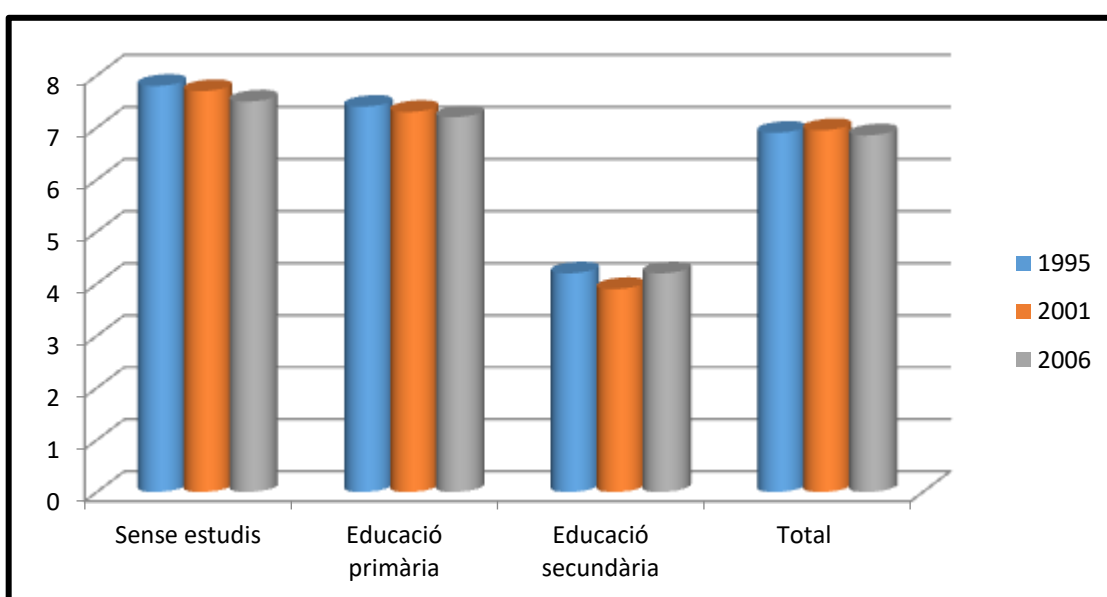
Malgrat les expectatives de garantir una universalitat pel que fa a la sanitat en les zones més desenvolupades, s'observa que la realitat és totalment diferent. Aproximadament 1 de cada 3 ugandesos no tenen la capacitat ni les condicions necessàries per acudir a un centre de salut públic o gratuït, ni la possibilitat de gaudir de cap dels serveis d'atenció sanitària. Per entendre aquesta realitat cal afegir, al dèficit de centres de salut, les infraestructures, la qualitat assistencial dels serveis i les condicions laborals, econòmiques i socials de la població. A continuació, alguns dels factors sanitaris de la societat ugandesa més importants relacionats amb els aspectes del treball:

3.3.2 Esperança de vida al néixer



Gràfic 11: Evolució de l'esperança de vida segons el sexe els darrers anys. Font: African Health Observatory 2016. Elaboració pròpia.

3.3.3 Nombre de fills segons el nivell educatiu de la mare



Gràfic 12: Evolució de la xifra de fills segons el nivell educatiu de la mare. Font: African Health Observatory 2016. Elaboració pròpia.

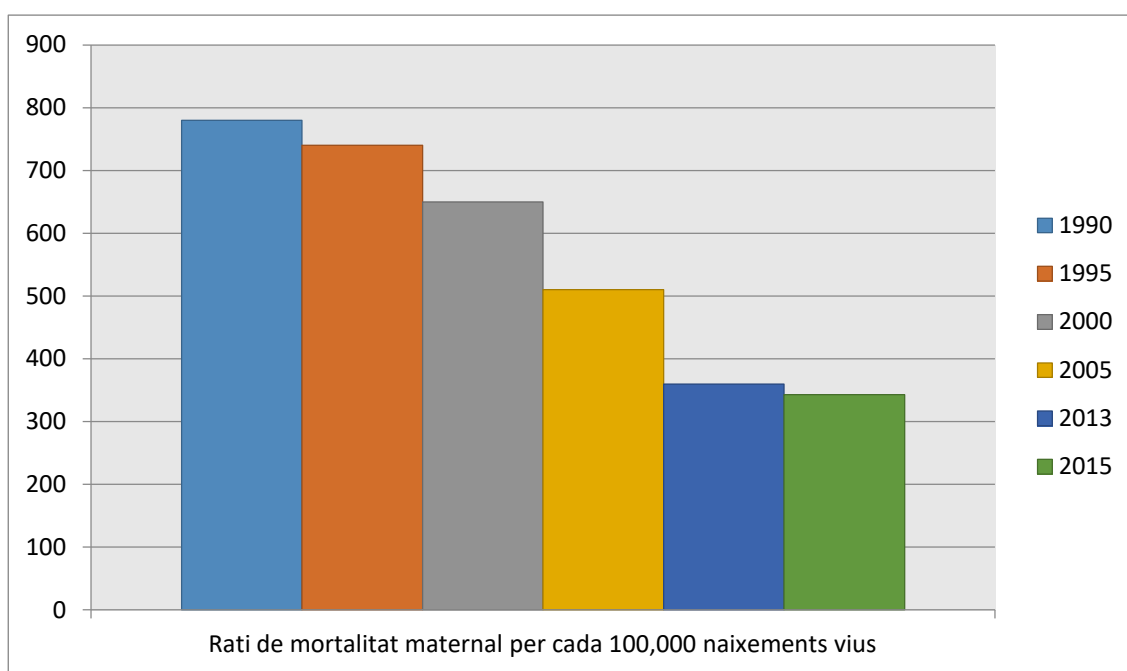
Aquesta darrera gràfica suposa un punt d'unió important entre dos aspectes esmentats al projecte: l'educació sanitària sobre la maternitat i el progrés dels MGD.

“L'educació és l'arma més poderosa per canviar el món”

(Mandela, 1995)

Els gràfics mostren la relació entre el nivell d'estudis de la mare i la quantitat de descendents. Un aspecte realment important per la població ugandesa, com s'ha comentat prèviament, és l'augment en les bases de la seva piràmide de població, un aspecte que pot generar una inestabilitat social –tenint en compte la baixa esperança de vida-. És per aquest motiu que una de les principals propostes d'acció d'aquest treball, és vetllar per l'educació universal mínima, ja sigui per millorar en aspectes obstètrics i ginecològics -com s'intenta proposar al projecte de millora-, com en aspectes sanitaris generals, degut a la seva causalitat. Seguidament, podem veure un exemple d'aquest progrés en la reducció de morts durant el procés de maternitat:

3.3.4 Taxa de mortalitat maternal durant el procés de maternitat

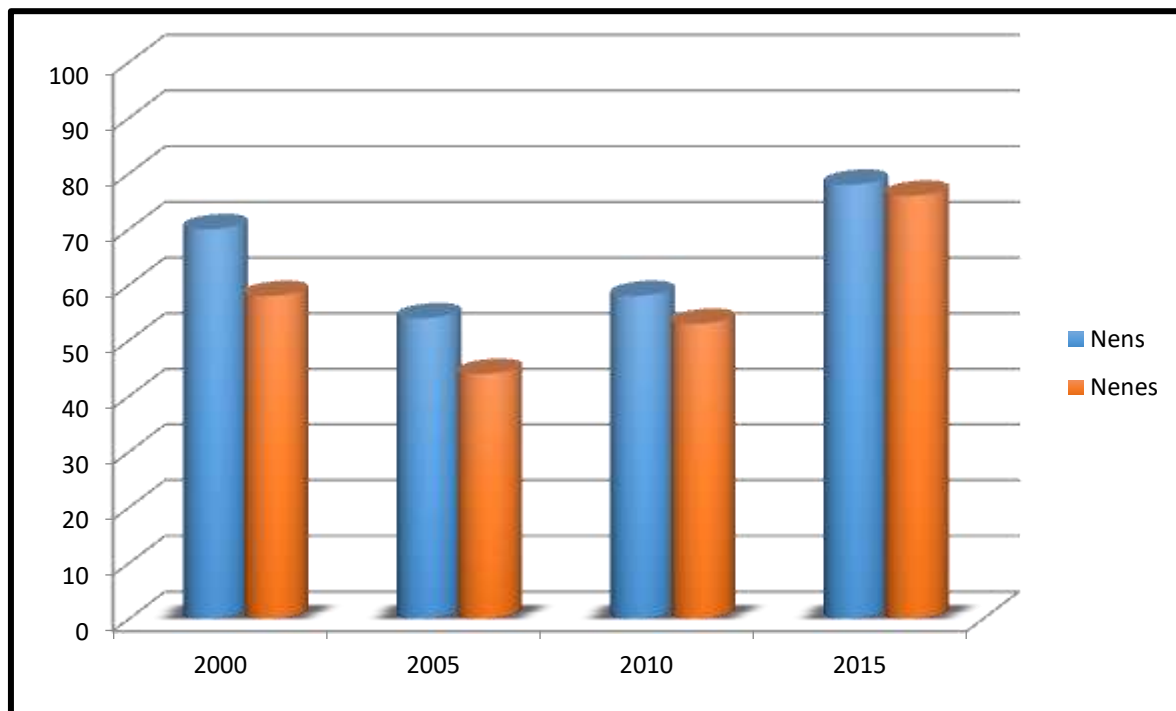


Gràfic 13: Disminució progressiva de la mortalitat maternal en els darrers anys. Font: African Health Observatory 2016. Elaboració pròpia.

Tot i les dades i els indicadors de factors sanitaris, cal tenir en compte la multicausalitat avaluada durant tot el treball pel que fa a qualsevol patologia o patiment. És per això, que es considera necessari alhora, mostrar altres aspectes que poden condicionar la qualitat i la percepció de la salut entre la població ugandesa, incloent-hi els següents indicadors socials:

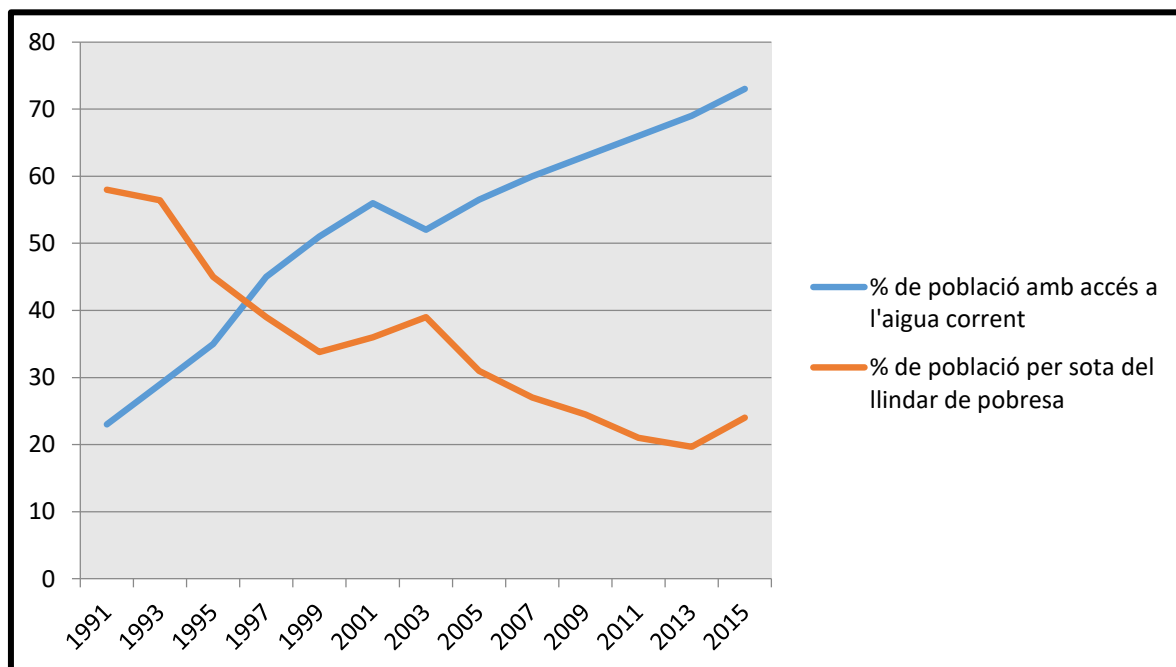
3.4 Polítiques socials

3.4.1 Proporció de població amb estudis d'educació primària finalitzats



Gràfic 14: Percentatge de nens i nenes amb estudis primaris finalitzats . Font: Segons l'African Health Observatory de la WHO, any 2016. Elaboració pròpia.

3.4.2 Benestar social



Gràfic 15: Percentatge de la població amb accés a l'aigua i per sota del llindar de la pobresa. Font: Segons l'African Health Observatory de la WHO, any 2016. Elaboració pròpia.

Annex 4: Consentiments informats

4.1 Consentiment dels informants



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

MARC GIMÉNEZ QUEBRADAS
TREBALL DE FI DE GRAU
GRAU D'INFERMERIA
2016/2017

Your participation in this research is entirely voluntary. You can choose to participate or not. Whether you do or not, all the services you receive will continue

In this hospital and nothing will change. You can change your mind later and stop participating even if you have accepted before, there is no problem or commitment.

It is clarified that the patient can withdraw from the study:

1. Whenever
2. Without having to give explanations
3. Without any affection towards your medical care.

I have read the information provided or it has been read to me. I have had the opportunity to ask about it and I have been satisfactorily answered the questions I have asked. I voluntarily consent to participate in this research as a participant and understand that I have the right to withdraw from the research at any time without affecting my medical care in any way.

PARTICIPANT NAME:

DATE:

PARTICIPANT SIGNATURE:

I have read accurately or witnessed the exact reading of the informed consent document for the potential participant and the individual has had the opportunity to ask questions. I confirm that the individual has given consent freely.

INVESTIGATOR NAME:

DATE:

INVESTIGATOR SIGNATURE:

Fort Portal, Kasese (Uganda)

July, 2016



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

MARC GIMÉNEZ QUEBRADAS
TREBALL DE FI DE GRAU
GRAU D'INFERMERIA
2016/2017

Your participation in this research is entirely voluntary. You can choose to participate or not. Whether you do or not, all the services you receive will continue

In this hospital and nothing will change. You can change your mind later and stop participating even if you have accepted before, there is no problem or commitment.

It is clarified that the patient can withdraw from the study:

1. Whenever
2. Without having to give explanations
3. Without any affection towards your medical care.

I have read the information provided or it has been read to me. I have had the opportunity to ask about it and I have been satisfactorily answered the questions I have asked. I voluntarily consent to participate in this research as a participant and understand that I have the right to withdraw from the research at any time without affecting my medical care in any way.

PARTICIPANT NAME:
DATE:
PARTICIPANT SIGNATURE:

I have read accurately or witnessed the exact reading of the informed consent document for the potential participant and the individual has had the opportunity to ask questions. I confirm that the individual has given consent freely.

INVESTIGATOR NAME:
DATE:
INVESTIGATOR SIGNATURE:

Fort Portal, Kasese (Uganda)
July, 2016

Imatges 9 i 10: Consentiment elaborat segons les normes per realitzar un consentiment informat del Comitè d'Avaluació Ètica en la Investigació de la Organització Mundial de la Salut.

4.2 Consentiment pels tests del VIH i malària



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

MARC GIMÉNEZ QUEBRADAS
TREBALL DE FI DE GRAU
GRAU D'INFERMERIA
2016/2017

INFORMED CONSENT OF THE DATA

This Informed Consent Form is addressed to men and women who are attended in the Fort Portal Regional Referral Hospital and are invited to participate in the research called: "The main impacts of the Ugandan health system". In this Medical Camp we want to assess the incidence of HIV / AIDS and malaria in the population of Chenguereke (Kasese).

Marc Giménez Quebradas, student of the fourth course of Nursing at the Universitat Rovira i Virgili of Tarragona, within the research project Treball de Fi de Grau, states:

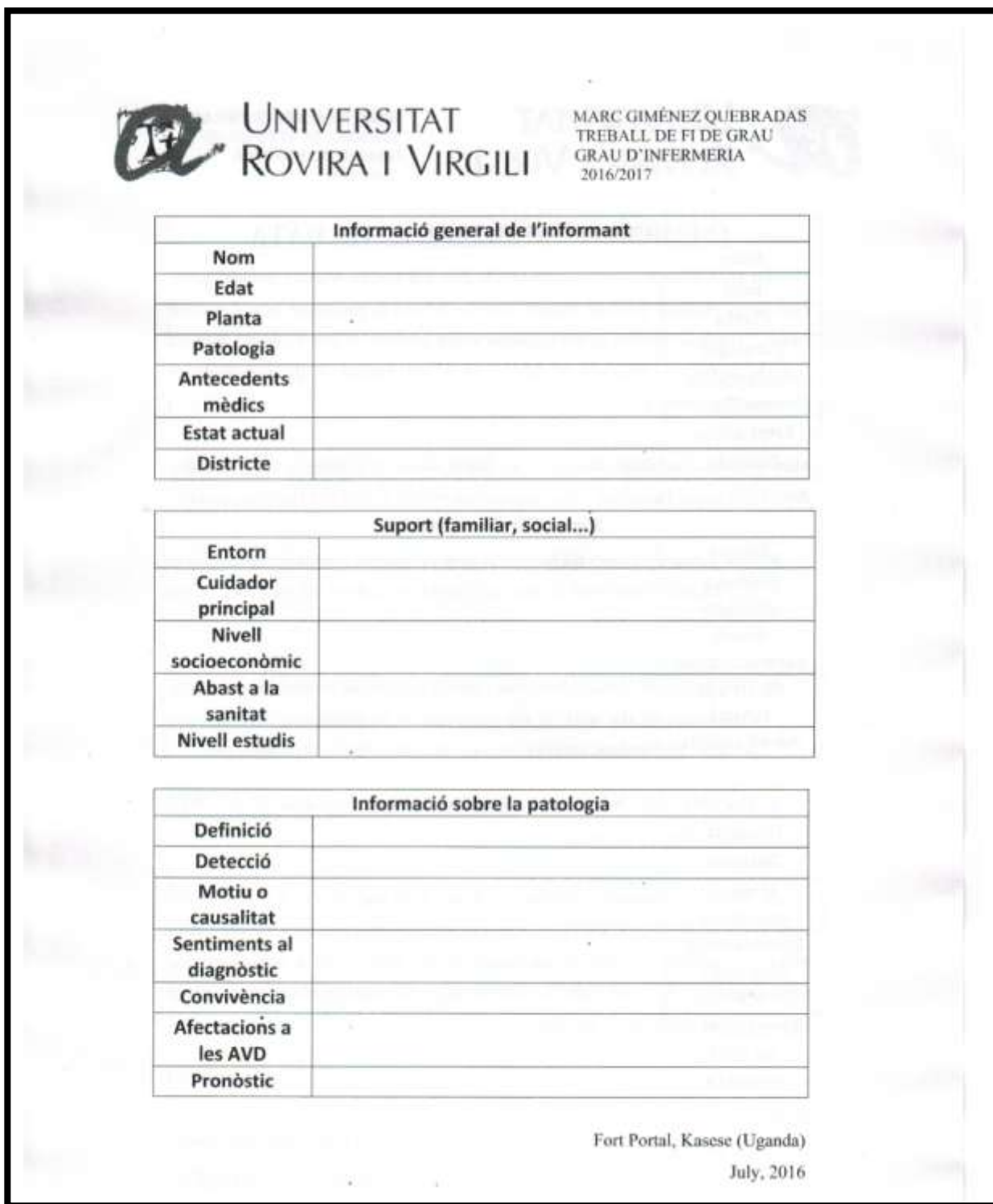
- ❖ That during the project the biological samples from the extractions carried out in this Medical Camp will be used as a result to analyze the incidence of the diseases being studied.
- ❖ That the results obtained from this research project can be divulged during the presentation of the work in the university, as in congresses, meetings and scientific publications, always protecting the confidentiality of personal data.
- ❖ That this study will be carried out with the collaboration of the NGO Cooperating Volunteers

I have read the information provided or it has been read to me. I have had the opportunity to ask about it and I have been satisfactorily answered the questions I have asked. I voluntarily consent to participate in this research as a participant and understand that I have the right to withdraw from the research at any time without affecting my medical care in any way.

PARTICIPANT NAME:
DATE:
PARTICIPANT SIGNATURE:

Fort Portal, Kasese (Uganda)
July, 2016

Imatge 11: Consentiment informat per la recollida de mostres sanguínies al *Medical Camp*.

Annex 5: Guió utilitzat a les entrevistes¹⁴²


 **UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

MARC GIMÉNEZ QUEBRADAS
TREBALL DE FI DE GRAU
GRAU D'INFERMERIA
2016/2017

Informació general de l'informant	
Nom	
Edat	
Planta	
Patologia	
Antecedents mèdics	
Estat actual	
Districte	

Suport (familiar, social...)	
Entorn	
Cuidador principal	
Nivell socioeconòmic	
Abast a la sanitat	
Nivell estudis	

Informació sobre la patologia	
Definició	
Detecció	
Motiu o causalitat	
Sentiments al diagnòstic	
Convivència	
Afectacions a les AVD	
Pronòstic	

Fort Portal, Kasese (Uganda)
July, 2016

Imatge 12: Guió per realitzar les entrevistes semiestructurades.

¹⁴² Gran part de la informació general del pacient era extreta de la llibreta sanitària ja que molts cops la persona no coneix l'estat real de la seva situació ni l'evolució de la seva patologia. A més, gran part de la població no complien alguns dels criteris d'inclusió de l'estudi.

Pel que fa als sentiments del pacient, es va intentar orientar l'entrevista per tal de conèixer la pròpia percepció de les conseqüències i la gravetat percebuda en un futur, intentant rebutjar la informació rebuda sobre el desenvolupament clínic de la malaltia, la progressió o l'esperança de vida.

Annex 6: CD amb fotografies

Amb el treball s'adjunta un CD amb un vídeo d'imatges realitzades durant l'estada a Uganda. Es presenta amb una doble finalitat: d'una banda, ampliar l'Annex 2 mostrant més informació visual sobre la societat ugandesa; i d'altra, confrontar la visió que poden transmetre molts eslògans publicitaris sensacionalistes que busquen impactar a l'espectador mostrant unes situacions de misèria i desolació –que no deixa de ser una realitat existent-. L'objectiu és mostrar l'altra cara de la moneda: la felicitat, les mirades que transmeten i la capacitat de fer front amb un somriure a les situacions més complicades.



Imatge 13: Portada del CD realitzada a mà expressament pel Treball de Fi de Grau.

Autora: Ariadna Roca

