

DIAGNÒSTIC DE SALUT COMUNITARI EN UNA ZONA RURAL DE SENEGAL

GRAU D'INFERMERIA

Idir Boulanouar Mohamedi
Júlia Casajuana Llauredó

Treball de Fi de Grau dirigit per Marta Peña García



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2019-2020

Agraïments

Després d'un llarg viatge de dues setmanes a Senegal plegat d'emocions, de noves amistats i d'experiències inoblidables, ens trobem a la recta final del nostre treball de fi de grau i a punt de començar una nova etapa com a infermers titulats. El voluntariat ens va donar molt més del que nosaltres vam poder aportar, hem après en moltíssims aspectes, des del valor de la infermeria a zones de necessitat, com a fer reflexions personals sobre el nostre dia a dia. Per això i molt més hem volgut agrair en aquest apartat a les persones que al llarg d'aquesta experiència han fet possible que aquest treball de fi de grau sortís endavant:

- A la Marta Penya, la nostra tutora, perquè tot i tenir mil i una coses al cap sempre ens ha ajudat en tot el que ha pogut, perquè a més de tutora ha sigut una companya amb la preparació del viatge i perquè gràcies a ella hem viscut una de les millors experiències de les nostres vides.
- A la Meri, integrant de la ONG, que de forma desinteressada ens va ajudar amb l'estructura del treball i ens va animar a fer-ho cada vegada millor.
- Al Carlos, director de la ONG GADIS, que amb molta voluntat ens va ajudar amb la recollida de les dades.
- Al MD i la seva família, perquè ens van acollir a casa seva i ens va cuidar com a un més, perquè ens ha ensenyat fins on pot arribar la infermeria i, sobretot, per la feina heroica que implica el seu dia a dia.
- I al MA per ser com és, per totes les rialles i els moments divertits, per endinsar-nos en la vida senegalesa, per totes les explicacions i el seu altruisme i per les seves frases inspiradores, una de les quals voldríem utilitzar per a finalitzar els agraïments:

"Cada persona que té una posició privilegiada està cridada a ajudar als altres, és a dir, a tornar "alguna cosa" a la societat, ja sigui amb dedicació personal o mitjançant suport financer, perquè no té sentit posseir "alguna cosa", si no ho saps compartir amb els demés" – MA, 2019

Universitat Rovira i Virgili

Grau d'Infermeria

Diagnòstic de salut comunitari en una zona rural de Senegal

Idir Boulanouar Mohamedi

Júlia Casajuana Llauradó

Dirigit per Marta Peña García

Resum

Davant d'un món intercultural i globalitzat caracteritzat per una gran desigualtat entre països, existeixen diverses regions amb falta de cobertura de les necessitats més bàsiques. La cooperació internacional pot esdevenir una eina útil per a donar a conèixer altres realitats en el món de la salut i ajudar a desenvolupar projectes amb objectius mesurables ajustats a la realitat que s'intenta canviar. Amb aquest treball es pretén realitzar un diagnòstic de salut comunitari a Typ, una àrea rural de la regió de Touba, Senegal (Àfrica), per tal de coneixen les seves problemàtiques i mancances. Per la seva realització s'ha elaborat un estudi mixt tant de tipologia qualitativa: a través d'un anàlisi etnogràfic mitjançant l'observació participant, el diari de camp i les entrevistes semiestructurades; com quantitativa, amb un estudi observacional retrospectiu i transversal del registre de pacients de la consulta mèdica. Amb la present investigació s'ha observat que el sistema sanitari senegalès presenta moltes carències a nivell de material medicoquirúrgic, diagnòstic i farmacològic, d'infraestructures i de personal sanitari, accentuant aquesta situació a les zones rurals. Per tal de millorar-ne les condicions s'ha vist que és indispensable introduir el concepte d'infermeria transcultural en l'atenció sanitària per l'adequada comprensió de la comunitat amb la que es treballa i del significat que suposa per a ells el procés de salut-malaltia-mort.

Paraules clau: necessitat, cooperació internacional, diagnòstic de salut, infermeria transcultural, procés salut-malaltia-mort

Abstract

Faced with an intercultural and globalized world characterized by great inequality between countries, there are still several regions lacking even the most basic of needs. International cooperation can be a useful tool in raising awareness of other issues in the world of health and help develop projects with measurable objectives adjusted to the situation that it is trying to change. The aim of this project is to carry out a community health diagnosis in Typ, a rural area in the Touba region, Senegal (Africa) to learn about its problems and shortcomings. To carry it out, a mixed study of qualitative typology has been prepared: through an ethnographic analysis through participant observation, a journal and semi-structured interviews; with a retrospective and cross-sectional observational study of the patient registry of the medical consultation. With the present investigation, it has been noted that the Senegalese health system is proven to have many deficiencies such as a lack medical-surgical, diagnostic and pharmacological material and also in terms of its infrastructure and health personnel, with rural areas being worse affected. In order to assess the conditions, carrying out a community health diagnosis has been recognised as something that was urgently required, in which the concept of cross-cultural nursing has been key in understanding the community in which it works and the meaning it implies regarding the health-disease-death process.

Key words: necessity, International cooperation, health diagnoses, transcultural nursing, health-illnesses-death procedure

Índex

Introducció	6
Hipòtesis	8
Objectius	9
Marc teòric.....	10
1. Descripció del treball del cooperant i la ONG GADIS.....	10
2. Àfrica i context sanitari	12
3. Descripció del model sanitari senegalès.....	15
Nivell internacional	15
Estructures de salut i organització a nivell internacional.....	15
Governació i finançament	17
Polítiques de salut	18
4. Dades epidemiològiques dins la sanitat	19
Mortalitat materna infantil	19
Malalties no transmissibles	20
Malalties transmissibles.....	22
Malalties tropicals	26
Desnutrició infantil	27
5. Diagnòstic de salut	29
6. El model d'infermeria de Madeleine Leininger	30
Metodologia.....	32
Mètodes de recopilació de dades	32
1. Fase de preparació	32
2. Fase d'acció	33
3. Fase d'anàlisi	36
Mètodes d'anàlisi de dades	36
Preparació de l'estada de cooperació.....	37
Anàlisis i resultats.....	40
Metodologia qualitativa.....	40
Introducció de l'anàlisi	40
Característiques de l'analitzador.....	40
Esquema de l'anàlisi	40
Anàlisi.....	41
Metodologia quantitativa	60
Formulació integral del diagnòstic de salut	71

Discussió.....	76
Conclusions.....	80
Bibliografia.....	82
Annexes	88
Annex 1. Organització de la piràmide administrativa i sanitària del sistema sanitari de Senegal.....	88
Annex 2. Diagrama de Gantt.....	89
Annex 3. Cronograma metodologia.....	90
Annex 4. Entrevistes	91
Annex 5. Diaris de camp	125
Annex 6: Imatges.....	163
Annex 7: Registre de pacients del dispensari mèdic.....	168

Introducció

Què és una necessitat? La Real Acadèmia Espanyola, defineix el terme necessitat com una mancança indispensable per poder conservar una vida plena, digna i sana. Tal i com es diu a la declaració universal de drets humans de 1948, tot ésser humà neix amb uns drets i unes llibertats, entre ells l'accés a les necessitats vitals, fisiològiques, socials, estructurals i comunitàries bàsiques, sense discriminació ni distinció per ordre d'origen, raça, color, sexe, idioma, religió, ideologia política i classe socioeconòmica(1).

La societat actual és coneixedora de la situació de desigualtat e injustícia que divideix el món en dos categories: països desenvolupats i no-desenvolupats. Hi ha persones que viuen en unes condicions de precarietat, carència i pobresa inacceptables. La discussió d'aquestes qüestions és important a nivell mundial, però cal començar a tractar el problema i donar-li un enfocament més enllà del nivell burocràtic, financer i industrial. És per aquest motiu que neix un nou instrument per abordar el tema centrat en la sensibilització i mobilització social: la cooperació internacional (2).

Segons el *"VI Estudio sobre voluntariado universitario"* (3), les missions de cooperació internacional impulsades per les universitats s'han incrementat durant els darrers anys, degut a l'augment en el compromís dels joves per atendre les necessitats properes i la creixent corrent solidaria que, de mica en mica, s'ha establert en la nostra societat. Aquest fenomen d'ajuda voluntària ha estat impulsat durant els darrers anys per molts governs del primer món i organitzacions privades, però sobretot per les ONG (organitzacions no governamentals) que han adquirit el paper protagonista en l'ajuda humanitària, la lluita contra la misèria i l'impuls per un desenvolupament humà sostenible i equitatiu.

La infermeria i en general els professionals de la salut juguen un paper molt important en aquest moviment. Els resultats i les conseqüències d'aquestes tasques col·laboratives creiem que poden tenir un efecte real i resolutiu sobre els determinants de la salut de les poblacions més vulnerables. Es busca millorar la qualitat de vida d'aquestes persones a través de la intervenció d'infermeria amb un treball eficaç, eficient i professional, que té com a objectiu aconseguir un aprenentatge i benefici mutu. La cooperació internacional ajuda i prepara als estudiants i professionals sanitaris a desenvolupar habilitats i eines de treball en entorns amb gran diversitat cultural (4).

En l'actualitat, el nostre món està caracteritzat per un procés de globalització que dona lloc a un gran pluralisme cultural. Als anys 50, Madeleine Leininger, va construir la seva

teoria transcultural, amb la que plasmava la importància de formar culturalment als professionals sanitaris per tal d'adaptar la seva actuació a l'entorn i la cultura amb la que es treballa i així oferir uns cuidatges infermers ajustats a les necessitats culturals específiques (5).

En el present treball d'investigació es pretén realitzar un estudi de camp de les necessitats que presenten la comunitat rural de Darou Salam Typ, a la regió de Touba, Senegal (Àfrica). La principal causa de la falta de cobertura de les necessitats bàsiques és la pobresa i misèria que es concentra en les perifèries de les grans ciutats, en zones rurals on hi viu un elevat percentatge de població (6). Senegal és un dels 25 països mundials més pobres (7) amb un nivell polític, social i econòmic desfavorit, fet que probablement impliqui un baix nivell de qualitat de vida poblacional, caracteritzat principalment per altes taxes de desnutrició infantil i mortalitat, sobretot materna infantil, juntament amb percentatges elevats de persones afectades per malalties tropicals, transmissibles i no transmissibles.

L'estudi es realitza amb l'interès principal d'obtenir una base de dades per donar a conèixer la situació de la regió i posteriorment treballar per oferir futures línies de projectes per tal de millorar la qualitat de vida de la comunitat, a nivell global però amb un cert enfocament sanitari. Es vol analitzar amb profunditat l'estructura i l'organització de salut de la comunitat i les malalties amb més incidència. També es pretén millorar el funcionament del dispensari mèdic de la zona, oferint material medicoquirúrgic i farmacològic, i treballar conjuntament amb l'equip sanitari, per exemple restaurant les infraestructures de la casa de sanitat. A més, complementar el paper de la infermeria en el món rural i promocionar e incrementar el treball del cooperant entre els estudiants universitaris, a través de la creació d'un document oficial entre la universitat i el màxim representant de la comunitat de Typ.

Hipòtesis

Hipòtesis nul·la (H0): El diagnòstic de salut comunitari és una eina útil en la identificació de necessitats de salut en una població i la planificació d'estratègies sanitàries en el món de la cooperació internacional.

Hipòtesis alternativa (H1): El diagnòstic de salut comunitari no és una eina útil en la identificació de necessitats de salut en una població i la planificació d'estratègies sanitàries en el món de la cooperació internacional.

Objectius

Objectiu general:

- Realitzar un diagnòstic de salut integral i participatiu de la zona rural de Typ.

Objectius específics:

- Analitzar les tasques i experiències del cooperant.
- Estudiar el paper de la infermeria.
- Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat.
- Identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat.
- Estudiar les malalties amb més incidència a la població.
- Valorar possibles línies de millora o d'estudi.

Marc teòric

1. Descripció del treball del cooperant i la ONG GADIS

El final de la segona guerra mundial i al inici de la guerra freda és el punt més decisiu del naixement i la posterior evolució de la cooperació internacional, degut al marc econòmic i polític del moment. Un altre element important va ser el procés de descentralització que es va donar a Àfrica i Àsia, entre els anys 1945 i 1980, amb el conseqüent sorgiment de nous països amb noves necessitats financeres i tècniques per al seu desenvolupament (8).

“Gómez et al. (8) defineixen la cooperació internacional pel desenvolupament com un conjunt d'actuacions entre països amb diferent renda que tenen com a objectiu fomentar el progrés econòmic i social dels països del Sud per equilibrar-los amb els del Nord”. Dins del sistema de cooperació pel desenvolupament existeixen entitats públiques (institucions multilaterals, els governs, les administracions públiques regionals i locals, les universitats...) i privades (empreses, sindicats i altres col·lectius socials i les organitzacions no governamentals (ONG)).

Un dels instruments més utilitzats de cooperació són les ONG (Organitzacions No Governamentals). “M^a Luz Ortega Carpio (1994) (8) les defineix com organitzacions voluntàries, sense ànim de lucre, autònomes i independents del govern, que tenen com a meta principal destinar tots els seus recursos a la creació de projectes d'àmbit de cooperació pel desenvolupament”. Els seus orígens es situen des de mitjans del segle XX fins al 1984. A Espanya les primeres es van crear amb incentiu religiós i després de la dictadura franquista en van sorgir de noves amb vessants polítiques. Entre els anys 1989 i 1993 Espanya va entrar a formar part del CAD (Comitè d'Ajuda al Desenvolupament), i entre el 1994 i el 2000 es va aprovar la llei de Cooperació Internacional (1998) i es va crear el Codi de Conducta de la CONGDE (Coordinadora de ONG pel Desenvolupament a Espanya). En l'actualitat les ONG es troben en un estat de consolidació (8).

Les universitats també juguen un paper molt important en l'àmbit de la cooperació internacional. La CRUE (Conferència de Rectors de les Universitats Espanyoles) considera que el sistema universitari espanyol ha d'intervenir en la formació i el desenvolupament dels seus alumnes i conscienciar-los de la problemàtica que existeix, les seves causes i les seves conseqüències. Amb això, es vol aconseguir incentivar-los a

millorar la realitat que ens envolta participant en programes i/o voluntariats de cooperació en el tercer món.

Segons el *VI Estudio sobre voluntariado universitario* (3) impulsat per la Mutua Madrilenya, l'any 2017 les universitats espanyoles van emprendre 1975 projectes de voluntariat. A més, el 77% d'aquestes tenen més de 100 alumnes que hi participen. Les universitats poden propulsar diferents tipus d'activitats, formals o no formals, en l'àmbit de la cooperació. Dins les formals trobem: assignatures obligatòries o de lliure elecció, programes de doctorats destinats a la formació especialitzada d'investigadors en l'àmbit, programes de postgrau i de formació contínua, programes de pràctiques i projectes de fi de carrera. Dins les no formals trobem activitats de sensibilització i conscienciació a través de xerrades, conferències i jornades (8).

GADIS (Grup d'Ajuda al Desenvolupament i la Salut) és una associació no governamental que des de fa més de 15 anys es dedica a la cooperació internacional a través de la creació de projectes en diferents zones rurals de països subdesenvolupats (9). Ha realitzat més de 100 projectes a Àfrica (Senegal n'és el principal, però també a Gàmbia, Mauritània i Guinea Bissau), Sud-Amèrica (Hondures, Perú i Nicaragua) i Àsia (Índia i Bangladesh) (10).

Aquests projectes es centren principalment en l'àmbit d'actuació sanitari, col·laborant en la construcció d'infraestructures adequades: dispensaris mèdics i cases de maternitat, l'aportació de material sanitari i farmacèutic i la proporció d'ajudes econòmiques per la formació de nous professionals (9).

En els últims anys, ha augmentat el número de voluntaris no sanitaris dins de l'organització, i això ha permès ampliar els camps d'actuació de l'entitat i crear nous projectes de desenvolupament integral amb diversos enfocaments com l'educatiu, destinat a la creació de noves escoles i al subministrament de nou material didàctic; a nivell de recursos naturals s'han creat nous camps de conreu, granges, piscifactories i pous per potenciar l'accés d'aigua potable i millorar les condicions de vida de la comunitat; i finalment plans destinats a millorar l'economia de la regió d'actuació (9,10).

2. Àfrica i context sanitari

Després de la segona guerra mundial el continent africà va iniciar un moviment d'alliberació colonial degut a la debilitat econòmica i militar dels països centreeuropeus i americans que va resultar en les noves formes de govern neocolonialista que han quedat instaurades a la majoria dels països del continent (11). Les revoltes produïdes en conseqüència van donar com a conclusió unes polítiques de govern en les quals s'hi va mantenir la influència occidental, motiu pel qual, la societat africana i la seva cultura ha quedat segada, occidentalitzada i paternalitzada per la influència externa i la jerarquia primermundista que ha acabat derivant en la inestabilitat, la ineficàcia i la dependència dels sistemes senegalesos d'administració i direcció governamentals actuals cap a les grans potències mundials.

La gran quantitat de carències a nivell polític i de govern ha creat un ventall de necessitats humanitàries, socials i econòmiques impossibles de gestionar de forma autònoma pels propis països africans, motiu pel qual, organitzacions com la OMS i la ONU, entre d'altres, treballen actualment per a poder eradicar, juntament amb els sistemes de govern africans i diferents organitzacions sense ànim de lucre, la pobresa, l'escassetat de recursos, la gana i, en general, la situació de precarietat que existeix avui en dia a l'Àfrica.

Aquesta influència històrica va conduir al continent cap a una partició demogràfica en la que trobem, el nord d'Àfrica, Sud Àfrica i l'Àfrica subsahariana amb les seves 4 subregions: l'Àfrica occidental, l'Àfrica oriental, l'Àfrica austral i l'Àfrica central (12).

La República del Senegal és un Estat de l'Àfrica Occidental. La població total estimada l'any 2019 va ser de 16,209,125 milions de persones. Té una superfície total de 196.7 km² que s'organitza en catorze regions: Sant-Louis, Louga, Dakar, Thiès, Diourbel, Matam, Fatick, Kaolack, Kaffrine, Tambacounda, Ziguinchor, Sédhiou, Kolda i Kédougou. Aquestes es divideixen respectivament en diferents departaments, un total de 45, i 117 districtes. Limita amb Mauritània al nord, a l'est amb Mali, al sud-est amb Guinea Bissau i amb l'oceà Atlàntic al oest. Dakar n'és la seva capital. La seva moneda és el franc CFA. Un euro equival a 655,96 CFA (13).

Senegal es troba en una fase de transició demogràfica caracteritzada per un augment de la població anual d'un 2,5% (13) amb una baixa esperança de vida, l'any 2018 en les dones era 69,4 anys i en els homes 65,39 anys, una disminució de les taxes de natalitat i en major proporció les de mortalitat (14). La població senegalesa està distribuïda de

manera desigual, concentrant-se la majoria a la part oest del continent, és a dir, a la part de la costa i a la part central. Per altra banda el nord i l'est del país està gairebé inhabitat (6). La població jove, menors de 25 anys, i la femenina és la predominant. El 5,2% reflecteix la població major de 60 anys (14) amb una taxa de dependència del 86% (15).

“Segons PROSALUS (7) Senegal es troba dins dels 25 països més pobres del món”. La pobresa es centra sobretot en les zones rurals respecte a les grans zones urbanes com Dakar i altres ciutats (6). Es clara la necessitat de respectar els drets humans d'aquestes persones i millorar les seves condicions de vida per tal de garantir una vida digna sense distinció de raça, color, sexe, idioma, religió, opinió política o situació econòmica.

Té un clima tropical calorós durant tot l'any en el que destaquen dues estacions: la seca durant novembre i juny, i la plujosa entre juny i octubre. Les temperatures properes són d'entre 26-30° durant tot l'any i la mitja de pluja anual és més elevada a mesura que anem baixant cap al sud del territori africà.

Els principals recursos naturals dels que disposa Senegal es troben a la regió de Thiès i són el calci i el fosfat d'alumini (principal producte miner). A prop de la costa també té reserves de petroli i gas natural, i ja no tant costaner alguns jaciments de ferro. Només un petit percentatge de la població rural té accés a aigua potable segura. En les àrees urbanes un 92% de la població té accés a aigua potable mentre que en les zones rurals no arriba al 60% (7). L'activitat econòmica que més predomina al país és l'agricultura on hi treballa una gran part de la població masculina i la ramaderia en segona posició. També és molt comú treballar en l'artesania. Només una petita part de la població treballa oferint serveis com per exemple de taxistes i altres a les indústries (16).

Els cacauets són l'aliment que més es produeix en el país, tot i que poc a poc s'està avançant en la producció agrícola i se'n conreen de nous com l'arròs (ingredient principal) i les tomaques. Degut a la gran riquesa de les seves aigües costaneres, amb una gran diversitat de sardines, dorades, mero i llenguados, la pesca també es considera una activitat important. Actualment, cada cop més el sector industrial està augmentant sobretot en les grans ciutats com Dakar (17).

El idioma oficial és el francès, ja que va ser una antiga colònia francesa, tot i que el més parlat és el Wòlof. El parla el 43,3% de la població total. Aquest va sorgir de l'ètnia wòlof i apart de parlar-se a Senegal també es parla a Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Malí, Mauritània, i curiosament a França (18). També existeixen altres dialectes, considerats

idiomes, ja que la població senegalesa està composta per una gran varietat de grups ètnics com el peul (33,8%), el serer (14,7%), diola (3,7%) i malinké (3%) (7).

Al Senegal les creences i les religions ocupen un lloc molt important en la cultura i la vida quotidiana del país. La majoria de la població és creient. El islam és la religió més extensa. Aproximadament el 92% de la població senegalesa és musulmana. Un 2% és cristiana, principalment catòlica. El cristianisme es practica normalment al sud-oest del país (Casamance, Sant-Louis, Dakar i Sérère). El 6% restant practica religions o creences indígenes. Pel que fa els temes religiosos una de les curiositats més sorprenents del país és la tolerància religiosa que existeix entre els diferents membres (17).

3. Descripció del model sanitari senegalès

Nivell internacional

El sistema sanitari del Senegal destaca per ser deficient i precari, amb una falta d'infraestructures adequades, personal sanitari qualificat i escassetat o inclús inexistència d'equips mèdics i fàrmacs. Aquesta situació empitjora sobretot en les zones rurals.

Degut a l'antiga colonització francesa, el sistema sanitari senegalès es basa en el model típic francès i està estructurat en tres nivells seguint una forma piramidal. El primer nivell és el central que està format pel Gabinet del Ministre i els seus departaments i serveis. Dins d'aquest trobem els hospitals nacionals i les estructures privades equivalents que tenen com a funcions oferir atenció bàsica i de referència a la població. Tots aquests es troben ubicats a la regió de Dakar, excepte un a la regió de Diourbel: Touba. En segon lloc està el nivell regional o entremig que constitueix les regions mèdiques de la sanitat, és a dir, els hospitals regionals, els hospitals departamentals i les estructures privades equivalents. Aquests solen oferir serveis de medicina- cirurgia general i cesàries. També es poden trobar algunes especialitzacions com per exemple oftalmologia, traumatologia, cardiologia i pediatria. N'hi ha un total de 14 en tot el territori de Senegal i cadascun d'ells està dirigit per un metge de salut pública. I en tercera posició, al nivell perifèric, hi ha el que es coneix com a districtes sanitaris. Aquests comprenen els centres de sanitat, cases o dispensaris de salut i les llars d'infermeria de les capitals de les comunitats i zones rurals. Hi ha un total de 77 districtes sanitaris dirigits per infermers que disposen de diplomes estatals on se'ls reconeix com a capacitats per oferir cuidatges bàsics. Ofereix l'atenció primària bàsica, realitzen activitats preventives i de sensibilització i en l'actualitat s'està intentant promoure l'atenció obstètrica d'urgència. En podem trobar de dos tipus: uns disposen de petits quiròfans amb possibilitat de fer cirurgia general i els altres no (4,19-21) (veure Annex 1: Organització de la piràmide administrativa i sanitària del sistema sanitari de Senegal).

Estructures de salut i organització a nivell internacional

El sistema sanitari senegalès disposa de dos sectors, el públic i el privat. Dins del sector públic s'ofereix (6):

- Establiments de salut pública (ESP): n'hi ha un total de 40 al llarg de tot el territori. D'aquests 35 són hospitals on 11 són del nivell 1, 15 del nivell 2 i 7 del

nivell 3 o perifèric; i 4 no hospitalaris on destaquen: el Centre Nacional de Transfusió Sanguínia (CNTS), el Centre Nacional d'Equips i Ortopèdia (CNAO), el Servei d'Assistència mèdica urgent (SAMU) i la Farmàcia Nacional d'Adquisicions (PRA).

- Districtes sanitaris on s'inclouen els centres de salut, els dispensaris de salut i les cases de sanitat
- Estructures d'higiene o brigades de sanitat militar. La majoria d'aquestes estan dins el nivell 2 o regional de la piràmide estructural sanitària. Pel contrari, només 61 districtes sanitaris disposen d'aquest servei.
- Estructures de l'acció social compostes per Centres Nacionals de Rehabilitació Social (CNRS), Serveis Regionals d'Acció Social (SRAS), Serveis Departamentals d'Acció Social (SDAS), Centres de Promoció i Reintegració Social (CPRS) i centres psiquiàtrics.

Per altra banda hi ha el sector privat. L'any 2017 es van identificar un total de 2754 estructures de salut privades (SPS) a la regió senegalesa, prevalentment a Dakar, entre les quals hi ha 3 hospitals, 37 centres de sanitat, 359 gabinets medicats i 443 paramedicals, 118 clíniques privades i 111 dispensaris mèdics privats. Apart, el sector privat és l'únic que ofereix clíniques i consultoris dentals, disposa de centres mèdics de diagnòstic per la imatge, altres tipus de proves com radiografies i un gran ventall de farmàcies i dipòsits farmacèutics (13).

També cal senyalar la gran importància de la medicina tradicional en el sector de la salut. S'han redactat i aprovat textos que regulen les lleis de la farmacopea¹ i les seves missions. L'oficina de medicina tradicional és l'encarregada de la seva administració i té com a objectius (22):

- Crear lleis que regulin el seu funcionament
- Identificar curanderos tradicionals, formar-los i sensibilitzar-los perquè col·laborin en el procés de malaltia i fomentar la utilització de la medicina tradicional en el sistema de salut
- Promoure la formació d'associacions de curanderos i proporcionar protocols de direcció

¹ Farmacopea: dit d'una planta que s'utilitza com a medicina

Degut a les fortes arrels i creences que la població senegalesa té cap aquest tipus de medicina, l'any 2007-2010 es va crear un pla estratègic amb la intenció d'incorporar la medicina tradicional en el sistema nacional de salut (21). També s'han creat 5 centres especialitzats que es dediquen a la investigació i la creació de medicaments a base de plantes medicinals (20).

Governació i finançament

Després de la independència francesa, l'Estat Senegalès es va trobar en la situació d'haver d'afrontar l'organització del sistema sanitari per si sol, cosa per la qual no es trobava preparat. Davant d'aquesta barrera, el sistema sanitari de Senegal tot estar governat i finançat per l'Estat en major part, va haver de pactar amb altres països per aconseguir ajudes econòmiques. El pressupost que els estats africans ofereixen a la sanitat està patint una evolució positiva. Destinen al menys el 9% del pressupost anual en la salut, tot i que Senegal sempre es troba per sota d'aquest. El govern local i el sector privat com les empreses, les ONG i les associacions també tenen un paper important en la contribució econòmica del sector sanitari, igual que també ho són els socis externs i les comunitats i poblacions locals. Des del 1998 el governament del sistema sanitari senegalès ve marcat per la creació de plans estratègics de 10 anys de durada posats en pràctica a tots els nivells de salut de la piràmide. El seu principal inconvenient és el baix impacte en l'activació d'aquests i l'alta taxa d'activitats planificades que finalment no es porten a terme (20).

El sistema sanitari senegalès es basa en el model de seguretat social o Bismark que es caracteritza per garantir cobertura sanitària als treballadors que paguen les quotes en forma d'impostos. A Senegal només un 20% de la població accedeix a una cobertura de salut, i d'aquests més del 50% són treballadors que el Institut de Segurs de Salut (IPRES) els hi obliga a tenir un pla de segur que els hi cobreix entre el 50 i el 80% dels costos relacionats amb la sanitat. El 95% de persones que utilitzen serveis sanitaris paguen directament al professional que els atén. Això comporta moltes despeses dins les cases i per tant un augment general de la pobresa i de la morbiditat, ja que no tothom pot pagar-ho i per alguns la única opció que tenen és assistir al marabú i/o curandero (20). Avui en dia, encara no existeix una cobertura sanitària generalitzada, tot i que persones amb característiques socials determinades tenen el dret a una seguretat social gratuïta entre d'altres: les persones majors de 60 anys, els nens, les dones embarassades i les persones amb tuberculosi, VIH i/o SIDA (21).

Polítiques de salut

Senegal ha creat un Pla Nacional de Desenvolupament de la Salut (PNDS) que avarca des de l'any 2009 fins al 2018 on es desenvolupen diferents objectius en polítiques de salut per tal de solucionar els problemes, enfortir el sector i guiar als treballadors en les seves accions i així ajudar a contribuir en la millora (21). L'objectiu principal és aconseguir un sistema de finançament sostenible per tal d'assolir una cobertura sanitària de qualitat, accessible per a tothom, preventiva i curativa. A més, també pretén (20,21):

- Millorar el governament i polir la capacitat de gestió, planificació i direcció administrativa i financera del sector
- Reduir la mortalitat materna infantil, neonatal i juvenil
- Dominar la fertilitat, la salut reproductiva i la planificació familiar
- Assolir una mirada multi sectorial per la vigilància, la prevenció i el control de malalties tropicals, transmissibles i cròniques
- Augmentar la disponibilitat de fàrmacs i material medicoquirúrgic
- Protegir els grups vulnerables

4. Dades epidemiològiques dins la sanitat

Mortalitat materna infantil

A Senegal la mortalitat materna infantil ha disminuït en els últims anys, tot i que segueix tenint valors elevats, sobretot a les zones rurals.

La taxa de mortalitat perinatal és aquella que va des de la setmana 28 de gestació fins als set primers dies de vida fora de l'úter. Alguns factors que influeixen en els seus percentatges són l'edat de la mare: com més gran és més risc de mort perinatal, el temps transcorregut entre els diversos embarassos i el seu nivell d'educació.

La taxa de mortalitat neonatal, engloba aquelles morts que succeeixen durant els primers 28 dies de vida del recent nascut. A Senegal, les causes més comuns de mortalitat neonatal són la prematuritat, la septicèmia, l'asfíxia, les pneumònies, les anomalies congènites i el tètanus. Aquests fets es poden prevenir si es realitza un bon seguiment de l'embaràs (fer un mínim de quatre consultes), millorant les condicions en què es fan els parts i procurant que la mare tingui un bon estat de salut nutritiva al llarg del procés (13).

Les causes més rellevants de la taxa de mortalitat infantil són la desnutrició, les malalties infeccioses, sobretot les diarreïques i les respiratòries, i la malària, que n'és la principal (4,20). En els últims anys les seves taxes han experimentat una millora degut als avenços en els calendaris vacunals anuals (15), gràcies al Programa Ampliat d'Immunització (EPI) que va portar a terme la UNICEF (Fons de les Nacions Unides per la Infància), enfocat a vacunar al menys un 80% dels nens i de les dones embarassades del tètanus, la diftèria, la tos ferina, la poliomielitis, la tuberculosi i el xarampió (20). L'any 2017 es va aconseguir vacunar al 75% dels nens entre 12 i 23 mesos d'edat (13).

Les principals causes directes de la taxa de mortalitat maternal per causes obstètriques són les hemorràgies durant el part, els trastorns relacionats amb la hipertensió arterial (preeclàmpsia i eclàmpsia), els parts obstruïts, les infeccions generalment després del part i els avortaments perillosos. Les causes indirectes són la malària, el virus de la immunodeficiència humana (VIH), l'anèmia i altres. La majoria d'aquestes es poden prevenir o tractar si se'n coneixen les complicacions (6). Un factor important per evitar la mortalitat maternal és evitar els embarassos no desitjats o a edats prematures. En l'actualitat a Senegal l'ús de mesures anticonceptives ha augmentat. L'any 1997 l'índex de fertilitat era de 5,7 fills per dona i només un 8% utilitzava algun tipus de barrera

anticonceptiva. Al 2017, s'ha demostrat que és de 4,6 fills per dona i el 26,3% utilitzen mètode anticonceptiu (13).

Malalties no transmissibles

Les malalties no transmissibles són la segona causa de morbimortalitat després de la malària (15) i constitueixen un dels principals obstacles pel desenvolupament del segle XXI. Són totalment previsibles, però requereixen intervencions específiques, com un bon diagnòstic i un control exhaustiu, entre les quals molts països no hi tenen accés per falta de recursos econòmics, polítics i estructurals. Actualment les que tenen major prevalença a tot el món són la diabetis, les malalties respiratòries cròniques, les malalties cardiovasculars i el càncer (22).

Segons l'*estudi MSAS* (6), la taxa d'afectació d'aquest tipus de malalties és d'un 22% a Senegal, i augmenta amb l'edat, el sexe i la regió. El 48,6% de persones majors de 65 anys presenten dos o més afeccions cròniques i es preveu que als voltants de l'any 2030 la mortalitat associada a aquest tipus de malalties superi la mortalitat associada a malalties transmissibles (23).

En els últims anys, a Senegal els casos de càncer han sigut la principal causa de mortalitat en persones grans. Tot i que no es coneix la seva prevalença amb exactitud degut a una falta de registre, hi ha una clara predominança cap al sexe femení on els òrgans més afectats solen ser les mames i el cervix. En els homes són la pròstata, el pulmó i el colorectal (6).

Altres malalties no transmissibles amb una elevada taxa d'afectació mundial són les malalties renals, endocrines, neurològiques, hematològiques, gastroenterològiques, hepàtiques, osteomusculars, dermatològiques, bucodentals, la ceguera i els traumatismes (23).

A Senegal la gran majoria de serveis de salut oral es troben dins del sector privat i per tant poca població hi té accés degut al seu cost elevat i al escàs ventall de personal sanitari qualificat. La seguretat social només cobreix les extraccions dentals, deixant de banda les pròtesis i altres tractaments, cosa que gran part de la població no sap. És per aquest motiu i també per la falta de coneixement bucal que els tractaments d'elecció dels habitants són l'automedicació, la medicina tradicional i les pròtesis artesanals (24). Segons l'*estudi STEPS* (13), l'any 2015 el 76,3% de la població tenia caries.

Una de les principals causes de mort als països subdesenvolupats són els traumatismes. Per una part i amb més proporció trobem aquells associats a accidents domèstics i/o de trànsit. En les zones rurals les carreteres no es troben en bon estat, els mitjans de transport són vells i poc segurs i les normes generals de trànsit i els coneixements són escassos. En número d'accidents de trànsit és superior en les zones urbanes (87,1%) que en les urbanes rurals (5,2%) o rurals (7,5%) (6).

Per altra banda, trobem els traumatismes associats a violència. Gran parts dels nens són maltractats psicològicament i castigats i abusats físicament i sexualment pels propis familiars i/o escoles. Una pràctica molt habitual de violència en les noies és la mutilació genital femenina. Segons l'estudi *EDS* (13) de l'any 2017, a Senegal el 14% de les nenes menors de 15 anys han sigut circumcidades.

En molts països de l'Àfrica hi ha una gran quantitat de persones afectades per patologies oftalmològiques, de les quals el 80% són previsible i tractables amb unes condicions adequades d'infraestructures, materials i equips mèdics. Segona l'article del País *Ojos que vuelven a ver* (25) a Senegal el 1,4% de la població, que equival a 55.000 persones, tenen discapacitat visual i el número de persones cegues ascendeix a 165.000, amb una previsió de que es dupliqui a l'any 2020 si no s'intervé. Les cataractes són la principal causa del 50% de persones cegues a Senegal, amb major afectació al sexe femení. Aquestes es deuen a diversos factors entre ells la desnutrició, la deshidratació, l'exposició al sol, per patologies oftalmològiques congènites i/o per traumatismes.

Segons les estadístiques de la World Health Organization l'any 2017 les causes principals de morbiditat estudiades en una població de 100.000 habitants a la regió d'Àfrica, en ordre de major a menor incidència van ser (25):

- 1) Infeccions del tracte respiratori inferior
- 2) VIH/SIDA
- 3) Síndromes diarreics
- 4) Malària/Paludisme
- 5) Parts preterme
- 6) Complicacions durant el part com l'asfíxia i/o traumatismes
- 7) Anomalies congènites
- 8) Tuberculosis
- 9) Accidents de trànsit
- 10) Infeccions o sèpsies neonatals

Per altra banda, les causes principals de mortalitat enregistrades en la mateixa població en ordre d'incidència van ser:

- 1) Infeccions del tracte respiratori inferior
- 2) VIH/SIDA
- 3) Síndromes diarreics
- 4) ICTUS
- 5) Accidents isquèmics
- 6) Tuberculosis
- 7) Malària/Paludisme
- 8) Parts preterme
- 9) Complicacions durant el part com l'asfíxia i/o traumatismes
- 10) Accidents de trànsit

Malalties transmissibles

Actualment gràcies a la implantació de diversos programes de vigilància epidemiològica de les malalties transmissibles la seva taxa d'afecció ha disminuït. En un futur es preveu que les malalties no transmissibles afectin a una major part de població que les transmissibles. Entre les més comuns trobem: la malària, el VIH i/o SIDA, la sífilis, la tuberculosi, la febre tifoide, la rubèola, la meningitis i el còlera.

Malària/paludisme

La malària/paludisme és una malaltia infecciosa que es transmet per la picada d'un mosquit femella *Anopheles* i és causada per un paràsit de la família Plasmodium. Només quatre espècies d'aquest poden afectar a l'ésser humà. La majoria de casos de contagi són per sang. Tot i que aquesta malaltia és més prevalent en climes tropicals, segons la OMS l'any 2017 es van detectar 219 milions de casos, dels quals el 92% van ser a la regió d'Àfrica, i 435.000 morts en tot el món. Els nens menors de cinc anys i les dones embarassades són la principal població de risc (20,27,28).

L'estratègia tècnica mundial contra la malària 2016-2030 té com a objectiu principal aconseguir eradicar el 90% de casos de mortalitat per malària cap a l'any 2030, enfortint els sistemes de salut, afrontant la resistència creada contra fàrmacs i insecticides i reforçant les actuacions en contra de la malària a nivell nacional i regional (28).

A Senegal la seva taxa d'afectació està disminuint progressivament degut a la posada en marxa l'any 1995 d'un programa nacional de control de la malària (NMPC) amb l'ajuda de la OMS (Organització Mundial de la Salut), el banc mundial, la UNICEF (Fons de les

Nacions Unides per la Infància) i el PNUD (Programa de Nacions Unides pel Desenvolupament). L'objectiu d'aquest és eliminar totalment la malaltia en el país. Gràcies a aquesta campanya antipalúdica s'ha aconseguit sensibilitzar i educar a la població respecte el problema, oferir tractament gratuït a les dones embarassades, gestionar eficaçment la compra de medicaments antipalúdics i augmentar l'accés a mesures preventives com els productes antimosquits i les mosquiteres (20). Des del 2012-2013 fins al 2017 el número de famílies que utilitzen mosquiteres a casa ha passat del 2,8 al 3,9% (13).

Virus d'immunodeficiència humana (VIH)/ Síndrome d'immunodeficiència adquirida (SIDA)

El VIH o virus de la immunodeficiència humana és el causant de la malaltia transmissible del SIDA (Síndrome de Immunodeficiència Adquirida). Aquest virus actua atacant el sistema immunitari i causant un estat d'immunodeficiència en la persona que fa que augmenti el seu risc de contraure infeccions, càncers i malalties que tota persona immunosuficient seria capaç de combatre (29). El virus té diferents formes de transmissió: mantenint relacions sexuals amb persones infectades, a través de la sang com és el cas de transfusions de sang contaminades o amb la reutilització de xeringues o altres objectes precontaminats i el pas de mare a fill durant l'embaràs, el part o la lactància (30).

Segons la OMS, l'any 2016 un milió de persones van morir degut a causes relacionades pel virus. La zona més afectada és l'africana on s'enregistren gairebé $\frac{2}{3}$ parts dels nous casos. L'any 2016 hi havia 25,6 milions de persones afectades (30).

A Senegal el primer cas diagnosticat de VIH va ser l'any 1986. Des de llavors, el país s'ha esforçat per coordinar un control del SIDA segur, efectiu i beneficiari pel pacient i així disminuir la taxa d'afectació i transmissió. L'any 2005 es va crear el CNLS (cos polític de decisió i orientació), identificat a Senegal com la principal estructura nacional del SIDA amb funcions de coordinació d'accions, presa de decisions, inversió i avaluació de respostes.

Les últimes estimacions de la ONUSIDA diuen que Senegal ha aconseguit que la prevalença de la malaltia sigui del 0,5%, convertint-se així en una de les més baixes del continent. A més, l'informe anual del CNLS diu que entre el període 2001 i 2016 hi ha hagut una disminució del 50% en el número de noves afectacions del VIH. En l'actualitat, segons la plataforma de dades estadístiques de l'Observatori Africà de Salut, s'estima

que 41.000 persones viuen amb VIH a Senegal. Aproximadament 36.000 són majors de 15 anys i 4.800 es troben entre els 0-14 anys (20,31).

Tuberculosis (TB)

La tuberculosi (TB) és una malaltia infecciosa crònica causada pel bacil *Mycobacterium tuberculosis*. Es transmet per via aèria quan una persona infectada expulsa partícules a l'aire per exemple a través de la tos o els esternuts. L'òrgan principal que afecta la bactèria són els pulmons, tot i que pot afectar-ne d'altres com el sistema nerviós, els ossos, la pell, els intestins, els genitals i els ganglis. Només la forma de tuberculosi pulmonar és contagiosa.

Existeixen diferents proves diagnòstiques, entre elles destaquen l'anàlisi d'esput a través de cultius, proves moleculars ràpides com la tècnica de Mantoux i l'observació dels símptomes. Aquesta última és difícil de dur a terme ja que segons l'òrgan afectat els símptomes de la malaltia són lleus i/o inespecífics i es poden confondre amb altres malalties gripals. Els més comuns són la tos persistent amb una evolució de dues setmanes, la febre, la pèrdua de gana i de pes, l'astènia, sudoració nocturna i malestar general (32,33).

La tuberculosi és una malaltia previsible i curable. El tractament d'elecció és farmacològic. S'utilitza una combinació de quatre tipus de fàrmacs durant sis mesos: isoniazida, rifampicina, piracinamida i etambutol. Per acabar de completar el tractament, la persona haurà de seguir prenent isoniazida i rifampicina durant els quatre mesos posteriors. En alguns casos més complexos es recomana allargar la pauta. En l'actualitat el principal inconvenient és la multi resistència farmacològica que s'està generant. La quantitat de pacients que són resistents als fàrmacs que ataquen la bactèria segueix sent alta i sense tractament la taxa de mortalitat és molt elevada. Per prevenir la malaltia es disposa d'una vacuna "BCG" que s'administra a tots els recent nascuts obligatòriament dins el calendari vacunal (13,33,34).

Hi ha diversos col·lectius de persones que tenen més risc de contraure la malaltia. Sol afectar més en homes que en dones. Els nens menors de 15 anys i les persones infectades per VIH són un grup de risc elevat degut a la debilitat del seu sistema immunològic (33,34).

Segons la OMS, aproximadament gairebé cada dia 30.000 persones contrauen la malaltia i unes 4.500 moren a causa d'ella. A nivell mundial, s'estima que l'any 2018, 10 milions de persones tenien tuberculosi. Geogràficament, un 44% d'aquests casos es

donen al sud-est Asiàtic, el 24% a Àfrica i en menor proporció a la regió del Pacífic Occidental, Amèrica i Europa (33,35).

A Senegal tot i que la incidència de la malaltia ha disminuït gràcies al programa nacional de control contra la tuberculosi implantat l'any 1985, les taxes segueixen sent altes. L'any 2018 la incidència total de tuberculosi era de 118/100.000 habitants. D'aquests casos un 16% moren i només un 71% són notificats i tenen accés a una cobertura de tractament (20).

Febre tifoide

La febre tifoide és una malaltia contagiosa causada per la bactèria *Salmonella typhi* adquirida a través de la ingesta d'aliments i/o aigua contaminada. Aquesta només viu en els humans i sol tenir un període d'incubació d'unes dues setmanes, tot i que depèn de la dosi ingerida. Un cop és dins el cos, es multiplica i passa al torrent sanguini on s'expulsa a través de la femta.

El símptoma principal és la febre, que sol empitjorar durant la nit i augmenta al llarg de les primeres setmanes. També en té d'altres com: cefalea, dolor abdominal, cansament, pèrdua de gana, restrenyiment i/o diarrea, tos i sordesa. També poden aparèixer certes complicacions, sobretot en persones immunodeprimides o en casos en que no s'hagi rebut tractament. En aquest cas els símptomes són més greus afectant principalment el sistema nerviós central i arribant a provocar quadres de meningitis i inclús el coma de la persona (35,36).

La febre tifoide es pot confondre fàcilment amb altres malalties febrils degut a la inespecificitat dels seus símptomes. Per confirmar el diagnòstic s'utilitzen hemocultius, tot i que en la gran majoria de casos es realitza únicament un anàlisi de sang simple, que permet identificar la presència o no de bacteris en sang. El seu tractament principal són els antibiòtics. Els més utilitzats són les furoquinolines, tot i que en l'actualitat està sorgint farmacoresistència i per tant n'estan buscant de nous per tal de combatre la malaltia.

Per tal de prevenir la malaltia des de fa anys es disposa de dues vacunes normalment ben tolerades, una injectable per majors de dos anys i una altra oral per majors de cinc. Proporciona una immunitat d'aproximadament tres anys amb una eficàcia del 70%. L'any 2017 la OMS va presentar una nova vacuna conjugada, injectable a partir dels 6 mesos d'edat i que proporciona una immunitat més perllongada. Aquesta es va començar a utilitzar l'any 2019 però només en països amb una major taxa d'afectació i/o

farmacoresistència. Com que la malaltia predomina en zones amb condicions higièniques precàries, l'accés a aigua potable i unes bones condicions de sanejament també són altres mesures que contribueixen en la seva prevenció (37).

La malaltia és potencialment mortal. Segons la OMS cada any afecta entre 11 i 22 milions de persones, de les quals en moren entre 128.000 i 161.000, majoritàriament a Àsia. A Àfrica la falta de dades no permet saber amb exactitud la taxa d'afectació i morbiditat. La població de risc són els nens en edat escolar (entre 5 i 15 anys), però sobretot en edat preescolar, ja que no estan immunitzats per la vacuna (38).

Malalties tropicals

Les malalties tropicals o també conegudes com malalties desateses són causades per paràsits, virus i bacteris molt específics i transmeses a l'ésser humà a través de vectors com els mosquits, els flebotoms, els xinxes, les paparres, les mosques, alguns àcars, els cargols i els polls. Les més comunes mundialment són: la filariosis limfàtica, la oncocercosis, la esquistosomiasis, helmintiasis transmesa pel terra, el tracoma, la febre groga, el paludisme, el dengue i la malaltia de Chagas; tot i que en algunes zones i poblacions específiques n'existeixen d'altres (39,40).

Aquestes malalties actuen atacant el sistema de l'individu afectat i provoquen discapacitats i greus deformacions en la persona. A més del impacte físic, també tenen repercussions socials, ja que impedeixen que la persona segueixi una vida amb normalitat. Solen afectar a poblacions vulnerables i pobres de les zones tropicals i subtropicals (39).

Dins el grup de les malalties transmissibles, representen el 17% de la carga total mundial. Actualment afecten a 1.500 milions de persones, de les quals el 40% es concentra en zones africanes. Cada any causen més de 700.000 morts. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'any 2016 a Àfrica hi havia 8 milions de persones amb algun tipus de malaltia tropical, i només 7,2 milions van rebre un tractament beneficiós (39,40).

Aquestes malalties són curables i previsibles. Els factors socials, demogràfics i mediambientals són determinants per controlar i prevenir la difusió dels vectors patògens. Intervenint per tal de reduir el contacte vector-humà és la principal activitat que pot permetre disminuir l'afectació d'aquestes malalties i inclús la seva total eradicació, juntament amb un compromís polític responsable i importants inversions econòmiques. Fins ara, només dos països africans han aconseguit eliminar una de les malalties

tropicals: Marroc el Tricoma i Togo la Filariosis limfàtica. La OMS ha establert com a objectiu pel 2023 l'eliminació d' almenys una malaltia tropical en 30 països més. A més, juntament amb diverses empreses farmacèutiques també té un paper important en el subministrament de medicaments pel tractament, el control i la prevenció de les malalties desateses. De fet, l'any 2016 van proporcionar 1,6 milions de medicaments (39,40).

Desnutrició infantil

La desnutrició es defineix com un estat patològic potencialment reversible causat per una ingesta d'aliments/nutrients insuficients que causa a la persona un desenvolupament físic i intel·lectual inadequat per la seva edat i inclús pot acabar evolucionant en un futur en l'aparició de malalties infeccioses i en els pitjors dels casos la mort. La nutrició és un dret humà fonamental, tot i que mundialment en l'actualitat una gran quantitat d'infants no tenen una adequada ingesta alimentària (41,42).

Durant l'embaràs i els 3 primers mesos de vida és fonamental que tant la mare com el nen tinguin una adequada alimentació pel correcte desenvolupament del sistema nerviós del nadó. La desnutrició infantil sol aparèixer entre els 6-18 mesos d'edat. És durant aquest període quan el nen creix més ràpidament, tant físicament com cerebralment (43).

La desnutrició no només és conseqüència de la falta d'aliments. També s'associen altres factors com les desigualtats socioeconòmiques, la pobresa i les prioritats governamentals (42). Segons la UNICEF (44), classifica les causes de la desnutrició en tres blocs:

- Les causes immediates són aquelles que es deriven d'una alimentació insuficient en quantitat i qualitat i la presència de determinades malalties infeccioses i parasitàries degut a una atenció mèdica insatisfactòria
- Les causes subjacents són aquelles que es deriven d'una falta d'atenció mèdica, una higiene i tractament dels aliments inadequats i dificultats en l'accés a aigua potable i als aliments
- Causes bàsiques que fan referència a la pobresa, la desigualtat i l'educació de cada família.

Hi ha diferents graus d'intensitat de desnutrició (44):

- La desnutrició crònica està relacionada amb el retràs en el creixement. Normalment els nens que presenten aquest tipus de desnutrició solen estar

períodes prolongats amb un dèficit nutritiu, inclús abans de néixer. Si no s'actua durant els dos primers anys de vida del nen, les conseqüències es converteixen en irreversibles.

- La desnutrició aguda-moderada està relacionada amb un dèficit de pes en funció de la seva altura. Es un tipus de desnutrició potencialment reversible si l'atenció és immediata i s'usa el tractament oportú com l'administració de suplement nutritius.
- La desnutrició aguda-severa i/o greu està relacionada amb un dèficit de pes en funció de la seva talla. És la més greu de totes i requereix d'un tractament urgent.

De les 7,6 milions de morts anuals de nens menors de 5 anys d'edat, aproximadament el 35% es deuen a causes relacionades amb la nutrició. Avui en dia, hi ha 821 milions de persones desnodrides al món, dels quals 257 milions es troben a la regió d'Àfrica. Aquesta xifra segueix en augment, sobretot a l'Àfrica occidental i central, arribant a afectar al 20% de la població. Al nord d'Àfrica és on hi ha la menor xifra d'afectació, amb una taxa del 8,5% (43,45).

En l'actualitat Senegal té una de les taxes de desnutrició i de retràs en el creixement més baixes dins els països de l'Àfrica occidental, afectant al 19% de la població (46).

5. Diagnòstic de salut

Segons l'informe Acheson creat a Londres l'any 1988, defineix actualment el terme Salut Pública com una disciplina sociopolítica, en la qual la societat, de manera organitzada, lluita i intervé per tal de millorar i promoure la salut i les condicions de vida, controlar i prevenir la malaltia i oferir atenció als problemes de salut (47).

Per poder conèixer la situació de salut de les poblacions humanes s'ha desenvolupat una eina diagnòstica que ens permet identificar les problemàtiques de salut: diagnòstic de salut. Aquesta estudia els determinants de salut d'una certa comunitat i així identifica les seves necessitats i fortaleces, per reconèixer els recursos i els serveis disponibles per combatre i donar solucions viables i reals a situacions o problemes públics (48,49).

L'objectiu principal d'aquest instrument consisteix en analitzar i fer un estudi objectiu a nivell de salut sobre una determinada comunitat, per tal d'investigar i planificar una intervenció sanitària dins la població diana, i així millorar el seu estat de salut i la seva qualitat de vida (50).

L'elaboració del diagnòstic de salut és un procés multidisciplinari e intersectorial, on el factor més important e imprescindible que cal tenir en compte és la participació comunitària. Les diverses etapes per la seva creació són les següents: la primera consisteix en fer un anàlisi descriptiu de la població, recollir dades i fer una recerca de fonts d'informació i variables d'estudi. En la segona es fa un anàlisi de la situació de salut i s'identifiquen i es valoren les necessitats i/o problemàtiques. I finalment en la tercera etapa s'analitzen els perills, es prioritzen els problemes/necessitats i es descriuen les possibles estratègies d'intervenció i avaluació (51).

6. El model d'infermeria de Madeleine Leininger

Madeleine Leininger va néixer a Sutton, Nebraska, el 13 de juliol de 1925. Va realitzar els seus estudis com a infermera a Sant Anthony's School of Nursing i es va diplomar l'any 1948. Posteriorment els va complementar amb coneixements de Filosofia i Humanisme i també va fer un doctorat en Antropologia Social i Cultural. Va ser la primera infermera titulada en treballar. Va començar a la unitat medico-quirúrgica a l'hospital de Omaha on més tard hi va inaugurar una unitat de psiquiatria. Després de treballar diversos anys en el departament de psiquiatria infantil, va veure que els professionals sanitaris desconeixien els factors culturals implicats en l'assistència infermera i va ser el detonant per la creació de la teoria dels cuidatges transculturals entre els anys 1950 i 1960 (52).

El procés actual de globalització ha fet que visquem en un món caracteritzat per una gran diversitat cultural. Aquest fenomen té una clara repercussió sobre el sector sanitari, ja que ofereix conscienciació als seus treballadors sobre la necessitat d'entendre i comprendre la cultura del pacient per establir una correcta relació terapèutica. Això implica que el sistema de cuidatges d'infermeria s'adapti a les diferents cultures que coexisteixen en una mateixa societat, per tal de cobrir-ne les seves necessitats (53).

Cada cultura està formada per uns valors, uns costums, unes creences i unes tradicions que fan que cada individu i/o grup tingui una forma de comprendre, actuar i viure adaptades a les seves ideologies. El context cultural determina el concepte que un té sobre el procés de salut-malaltia, de dolor i de mort, i compromet la manera en que els professionals sanitaris han de promoure la salut, tractar i curar les malalties i conservar la vida (54).

A partir del cuidatge, que constitueix la base i el fonament de la professió d'infermeria, i la cultura entesa com el conjunt de pensaments que influeixen en el desenvolupament dels individus, Madeleine Leininger introdueix un nou concepte d'influència antropològica a través de la teoria dels cuidatges transculturals: la infermeria transcultural (55).

El que pretenia Madeleine Leininger era utilitzar la nova rama de la infermeria transcultural com un instrument per estudiar i analitzar els valors i les creences en el procés de salut-malaltia i els models de conducta sobre els cuidatges de les diverses cultures i subcultures mundials. Les teories d'infermeria tenen com a objectiu definir fonaments teòrics dins la disciplina i servir com a guia en la pràctica de tots els seus

professionals. Es creen a través d'investigacions que donen una resposta a diversos conceptes, demostren l'existència d'un vincle entre ells i finalment se'n redacten uns propòsits teòrics. Amb la creació de la teoria de Madeleine Leininger es pretén que els professionals sanitaris adquireixin una bona base de coneixements en competències culturals que permetin tenir una visió holística del pacient des d'un punt de vista bio-psico-social per oferir un tracte més humà i una assistència de major qualitat (55).

Per tal de guiar les pràctiques infermeres des d'una perspectiva transcultural cal conscienciar als professionals sanitaris que l'entorn sociocultural de l'individu influeix en els seus determinants de la salut. Per poder assolir aquestes aptituds també és necessari deixar de banda els prejudicis, els estereotips i les diferències culturals i establir una relació terapèutica entre pacient-professional adequada i basada en una comunicació intercultural competent. Finalment, oferir formació específica per a introduir l'aspecte social de la persona en l'assistència infermera i d'aquesta manera aconseguir infermers capacitats (56).

Metodologia

Durant les primeres fases de l'elaboració del diagnòstic de salut es realitzen diverses reunions amb la finalitat de descobrir quines són les possibles línies d'estudi. D'aquestes reunions s'extreu la primera proposta de treball: la gestió dels residus sanitaris; la qual es desestima degut a la impossibilitat d'estudi a curt termini.

Seguidament es proposa l'estudi antropològic de la zona i de la relació salut-malaltia i el paper de la infermeria transcultural en els projectes de col·laboració internacional.

Finalment, es decideix realitzar un estudi etnogràfic descriptiu i participatiu amb la finalitat de realitzar un diagnòstic de salut integral de la zona.

Una vegada escollit la tipologia d'estudi i els objectius, es realitza un diagrama de Gantt (veure Annex 2: Diagrama de Gantt) com a referència cronològica (veure Annex 3: Cronograma metodologia) per a la planificació de les diferents tasques, les quals dividim en:

- Fase prèvia o de preparació
- Fase d'acció
- Fase d'anàlisi

Mètodes de recopilació de dades

1. Fase de preparació

La primera fase per a la realització del treball va consistir en la recerca bibliogràfica exhaustiva d'informació sobre la zona d'estudi. Per a la seva elaboració es va fer ús tant de fonts de dades (*Google Scholar*, PubMed, CSIC) com de revistes científiques extretes de SciELO, el Dialnet, Mendeley, etc; juntament amb treballs no publicats, tesis doctorals, treballs de fi de grau, pàgines web i dades estadístiques de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i la UNESCO (l'Organització de les Nacions Unides per l'Educació, la Ciència i la Cultura).

Seguidament, pel que fa a la metodologia qualitativa, es van elaborar diverses entrevistes semi estructurades d'aproximadament 10-15 preguntes redactades manualment i posteriorment transcrites de forma informàtica i traduïdes del francès al català. Aquestes entrevistes estarien destinades inicialment al personal sanitari, al personal educatiu de l'escola, al nostre guia i cooperant de l'Organització No Governamental, al cap de govern de Typ i a la màxima figura religiosa de la zona

(Marabú). Per a la realització de les entrevistes es van preparar els pertinents consentiments informats, redactats, impresos i traduïts al francès en els quals s'hi explicaria el motiu d'aquestes, la temàtica d'estudi i tots els aspectes ètics, els quals es presenten més endavant.

2. Fase d'acció

En aquesta fase s'inicia la recollida de dades, tant qualitatives com quantitatives.

Per a la identificació de necessitats, l'anàlisi del funcionament de l'estructura de salut de Typ i per estudiar el paper de la infermeria en aquest context des del dilluns 24 de juny del 2019 fins el diumenge 31 de juny del 2019 es va realitzar la redacció manual de dos diaris de camp, mitjançant l'observació participant.

En aquests diaris es va anotar de forma escrita, anònima, consentida, manual i subjectiva tots els esdeveniments al llarg de l'estada a Typ:

- *Consultes mèdiques:* es van realitzar a la sala de consultes amb l'ajuda del guia com a traductor del wòlof al castellà i del infermer que realitzava el paper assistencial.
- *Urgències mèdiques:* amb l'ajuda del infermer fent el paper assistencial i, ocasionalment, de traductor del wòlof al castellà i, quan la situació ho permetia, amb l'ajuda del guia com a traductor.
- *Consultes de maternitat:* amb la col·laboració de la matrona fent tant el paper assistencial com el de traductora del wòlof a l'anglès.
- *Diverses celebracions:* tant de caire religiós (bateigs, visita al Khalifa senegalès, visita a la mesquita de Touba) com amb motiu més quotidià (aniversari, celebració de l'escola).
- *Moments de relació amb la família senegalesa:* en els àpats i el temps lliure que teníem al final de la jornada laboral.
- *Visites a diferents poblacions:* aquestes es van realitzar amb taxi o amb el vehicle d'emergències a les zones de Touba, Mbacke i Khaiga.

Adicionalment al diari de camp, per a l'anàlisi del funcionament de l'estructura de salut, la valoració de futures línies d'estudi, la identificació de necessitats i per a conèixer el paper de la infermeria a la comunitat de Typ es van realitzar unes entrevistes semi estructurades als subjectes d'interès:

- *Entrevista al infermer:* l'entrevista es va realitzar a Typ el dia 31/06/2019 al matí a la seva parcel·la amb la nostra presència com a entrevistadors, el guia com a intèrpret i, puntualment, com a traductor, i la del infermer com a entrevistat. Aquesta inicia amb la firma del consentiment informat (en francès) i la pertinent explicació. Es realitza en castellà i amb petites intervencions interpretatives per part del guia. Es duu a terme una gravació d'àudio mitjançant un telèfon mòbil i amb una durada de 24:48 minuts.
- *Entrevista als professors:* es realitza a Typ el dia 30/6/2019 a la nit dins la parcel·la del infermer amb el seu permís i consentiment. Les persones presents a l'entrevista són: nosaltres com a entrevistadors, el guia com a traductor del wòlof al castellà, el infermer com a espectador i els tres professors (d'història, de llengües i de biologia) com a entrevistats. Després de la firma dels consentiments informats (en francès) s'inicia la entrevista. Aquesta es realitza en grup i al mateix temps als tres docents, en castellà (entrevistadors) i en wòlof (entrevistats) juntament amb la traducció del guia. Mitjançant un telèfon mòbil es graven diferents àudios de l'entrevista amb unes duracions de 17:53 minuts i de 1:43 minuts.
- *Entrevista al Marabú:* es duu a terme a la ciutat de Touba el dia 27/06/2019 a la casa privada del Marabú durant el matí. Per realitzar-la, inicialment, es contacta amb l'entrevista't per telèfon per concertar una data i hora. Seguidament, ens desplaçem amb taxi fins a casa seva. Una vegada allà els presents a l'entrevista són: nosaltres com a entrevistadors, el guia com a traductor del wòlof al castellà, el infermer com a espectador i enllaç, i el marabú com a entrevistat. Aquesta es realitza al rebedor de casa seva amb l'ajuda d'un dispositiu mòbil i amb una durada gravació de 10:43 minuts i 1:47 minuts.
- *Entrevista al Guia:* es realitza al poblat de Typ el dia 28/06/2019 a la casa del infermer. La duració de l'entrevista es de 9:54 minuts i és gravada amb un dispositiu mòbil.

Finalment, es realitza una recollida de variables quantitatives mitjançant el “*Registre de Consultation Generale*”, l'anamnesi i la valoració i exploració mèdica del infermer a mode de qüestionaris. Les dades recopilades corresponen als mesos de gener, febrer, març, abril, juny, juliol i agost de 2019, amb una mostra de 239 pacients de la regió de Diourbel.

Les variables d'estudi són 9:

- *Edat (Age)*: des dels 0 fins als 99 anys (en alguns casos, els pacients no coneixien amb exactitud la seva edat, així doncs la seva edat era aproximada).
- *Sexe (Sexe)*: home o dona. En el cas de ser dona s'afegeix la variable d'embarassada o no embarassada.
- *Adreça (Adresse exacte)*: Typ o fora de Typ.
- *Simptomatologia (Plaintes, Symptôme)*: febre, dolor (de tot tipus), astènia, artritis, ceguera, vòmits, diarrees, ferides (la simptomatologia es va extreure de l'anamnesi inicial realitzat a la consulta pel infermer).
- *Constants vitals i altres observacions (Autres exàmens para cliniques)*:
 - o Tensió arterial: hipotensió, normotensió i hipertensió (en els quals valors de tensió sistòlica d'entre 120mmHg i 80mmHg i valors de tensió diastòlica d'entre 80mmHg i 60mmHg es considerarien normotensos, per sota hipotensos i per sobre hipertensos). Aquestes dades es van recollir mitjançant un tensiòmetre manual i un fonendoscopi.
 - o Temperatura: hipotèrmia, normal, febrícula, febre. Valors numèrics en els quals valors per sota de 35° es considerarien hipotèrmics, d'entre 35° fins a 37,4° normals, d'entre 37,5° fins a 38° febrícula i majors de 38° febre. La temperatura es valoraria amb un termòmetre digital.
 - o Freqüència cardíaca: bradicàrdia, normal i taquicàrdia. On els valors normals es trobaven entre els 60 i els 100 bpm (batecs per minut), per sota es consideraria bradicàrdia i per sobre taquicàrdia. Aquesta variable es recolliria de forma manual amb un rellotge amb seconder.
- Test de paludisme: positiu o negatiu. El test es realitzava amb una mostra sanguínia capil·lar del pacient juntament amb un reactiu que es col·locava al test. Si al test sortia una sola ratlla vermella, llavors era negatiu, si en sortien dos, llavors era positiu.
- *Diagnòstic (Diagnostíc)*: hipertensió/hipotensió arterial, taquicàrdia/bradicàrdia, processos infecciosos, cataractes, artrosi, lumbàlgia, traumatismes, migranya, desnutrició. (el diagnòstic el realitza el infermer/paramèdic).
- *Tractament (Traitement)*: farmacològic, no farmacològic i derivacions a altres centres de salut.
- *Altres exàmens o proves mèdiques*: totes aquelles proves que no corresponguessin a qualsevol de les altres variables

3. Fase d'anàlisi

Per a la tipologia qualitativa del treball:

- Es realitzen les transcripcions literals de les gravacions de les entrevistes de forma manual mitjançant l'aplicació Word.
- Es transcriuen els diaris de camp de manera manual amb l'aplicació Word.

Per a la tipologia quantitativa del treball:

- Es recopilen mitjançant Excel i es realitza un anàlisi descriptiu i senzill.

Mètodes d'anàlisi de dades

Mètodes qualitius

Per a l'anàlisi qualitatiu es realitza primerament una lectura exhaustiva dels 2 diaris de camp i de les 4 entrevistes. Seguidament es creen 5 temàtiques d'estudi per a realitzar una primera codificació manual de les dades. Els temes són:

- Estructura de salut
- Comunitat
- Infermeria
- Cultura
- Cooperació

Una vegada realitzada la primera codificació es creen diferents subtemes per a la segona codificació:

- Estructura de salut:
 - o Professionals
 - o Serveis i recursos
 - o Infraestructura
 - o Tipus de població
 - o Tipus de malalties
 - o Necessitats
- Comunitat:
 - o Educació
 - o Govern
 - o Infraestructura
 - o Sector laboral

- Associacions
- Serveis
- Necessitats
- Infermeria:
 - Rol d'infermeria
 - Formació acadèmica
 - Necessitats
- Cultura
 - Religió
 - Costums
 - Estil de vida
 - Salut-Malaltia
 - Celebracions
- Cooperació
 - Sentiments i experiències
 - Tasques

Una vegada realitzada la segona codificació es procedeix a l'agrupació de la informació en taules.

Mètodes quantitativus:

Per a l'anàlisi quantitatiu es fa ús del programa Excel per a la recopilació de dades sobre les quals es realitza un anàlisi descriptiu mitjançant gràfiques de barres i línies.

Preparació de l'estada de cooperació

Inicialment es procedeix a la planificació de l'estada i a la recerca de subvenció econòmica per part de diferents entitats: *URV Solidaria*, *Becas Santander*. Degut a la finalització dels terminis de presentació de les candidatures es decideix finançar autònomament les despeses del viatge.

Seguidament, es realitzen un seguit de reunions per a la planificació del viatge i del pressupost d'aquest:

- PLANIFICACIÓ:

Es va decidir que l'estada seria de 2 setmanes: del 22 de Juny del 2019 al 6 de Juliol del 2019; i que el viatge es realitzaria en avió des de Barcelona fins a Dakar, capital del Senegal. La companyia de vol que es va seleccionar va ser "*Vueling*", amb un vol directe

d' aproximadament 5.30 hores tant d'anada com de tornada. El trajecte de transport des de Tarragona cap a l'aeroport del Prat (Barcelona) es va realitzar en bus directe des de l'estació de busos de Tarragona i el de l'aeroport de Dakar fins a la localitat de destí, Typ, es va fer en taxi amb la col·laboració del guia personal i integrant actiu de la ONG.

La vacunació pertinent i l'obtenció del CVI (Certificat de Vacunació Internacional) es va realitzar mitjançant els serveis de Sanitat Exterior demanant, via trucada telefònica, cita prèvia amb, aproximadament, 2 mesos d'antelació.

Es van elaborar dues farmacioles individuals en les quals hi vam col·locar la medicació recomanable per a una estada de cooperació internacional:

- Antibiòtics
- Antiinflamatoris
- Sals de rehidratació oral (Sèrum oral)
- Antidiarreïcs
- Desinfectant
- Material de cura (Gasses, sèrum, Clorhexidina o Betadine, pinces, bisturí,...)
- Medicació habitual i obligatòria pel viatge (Ex. Medicació pel paludisme)

Es van contractar assegurances privades pel viatge les quals cobrien despeses de repatriació per malaltia, accident i/o mort, despeses sanitàries a Senegal en cas d'ús dels serveis sanitaris senegalesos, pèrdua o extraversió d'equipatge a l'arribada, entre d'altres.

L'allotjament ens va ser cedit pel infermer senegalès i integrant de la ONG amb el qual vam treballar durant les dues setmanes. La zona que ens va ser proporcionada per l'allotjament va ser la seva pròpia parcel·la on, mitjançant tendes de campanya, estores i matalassos, aquests últims cedits pel infermer, vam poder dormir.

Pel que fa a la manutenció, es va fer una recol·lecta d'una quantitat simbòlica i acordada per la ONG, en la qual s'inclouïa el menjar, l'aigua potable, l'ús de les instal·lacions (dutxes, porxo, matalassos, llençols, etc) i que es va entregar al cooperant senegalès que ens va acollir.

Per últim es realitzaria un recol·lecta prèvia de material mèdic i d'ús diari (roba, sabates, joguines, etc.), com a donació per al dispensari i per a les famílies de la zona.

- PRESSUPOST:

Taula 1 . Pressupost aproximat per persona del viatge a Senegal.

	Despeses
Assegurança	70 €
Farmaciola	30 €
Manutenció	100 €
Medicaments	50 €
Transport 1*	14 €
Transport 2*	150 €
Vacunació	50 €
Vol	400 €
Total	864 €

**Transport 1: Preu del transport des de l'estació de busos de Tarragona fins a l'aeroport del Prat.*

**Transport 2: Preu del transport prèviament acordat amb la ONG pels desplaçaments al territori senegalès.*

Anàlisis i resultats

Metodologia qualitativa

Introducció de l'anàlisi

L'anàlisi de les dades qualitatives s'han realitzat en relació als objectius plantejats per a poder realitzar el diagnòstic de salut de la comunitat rural de Typ. S'han fet servir les 4 entrevistes realitzades i els dos diaris de camp, juntament amb imatges, com a dades. Aquest anàlisi l'ha dut a terme un dels investigadors per a que hi hagués una sola interpretació de les dades, les característiques del qual es comenten a continuació.

Característiques de l'analitzador

La persona encarregada de l'anàlisi és un home de 22 anys de nacionalitat espanyola amb procedència cultural i familiar musulmana. A nivell espiritual i religiós es considera ateu però amb un gran respecte per les cultures religioses. Pel que fa a la seva classe social, es considera de classe mitja-baixa i viu amb la seva família (pare, mare i germana).

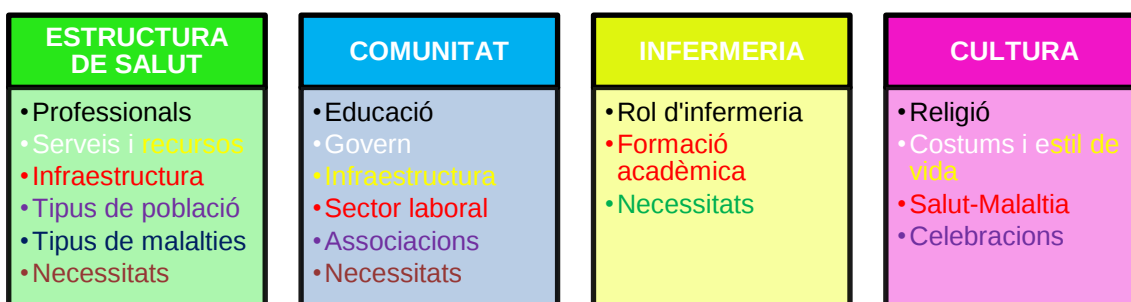
Esquema de l'anàlisi

Les persones entrevistades, els entrevistadors o investigadors han estat nomenats amb diferents abreviatures segons els diferents documents, l'esquema que es presenta correspon a la classificació i abreviatures corresponents a cada un dels documents analitzats:

DADES	ABREVIATURES
<i>Entrevista 1</i>	• I: Investigadors • MD: Infermer • MA: Guia i traductor
<i>Entrevista 2</i>	• E1: Entrevistador 1 • E2: Entrevistador 2 • MD: Infermer • MA: Guia i traductor
<i>Entrevista 3</i>	• E1: Entrevistador 1 • E2: Entrevistador 2 • MA: Guia i traductor • MR: Supervisora dels investigadors • CA: Director de GADIS • MD: Infermer
<i>Entrevista 4</i>	• E: Entrevistador

	• MA: Guia i traductor
<i>Diari de camp 1</i>	• I1: Investigador 1 • DC1: Diari de camp 1
<i>Diari de camp 2</i>	• I2: Investigador 2 • DC1: Diari de camp 2

En referència a l'anàlisi i la seva categorització i codificació a continuació es mostren les taules finals sobre les quals s'ha realitzat l'anàlisi de les dades qualitatives:



Anàlisi

Estructura de salut

Professionals

S'identifiquen 5 tipus de professionals diferents al dispensari mèdic de Darou Salam Typ amb diferents nivells de formació i responsabilitats. L'entrevistat 1 a l'entrevista 1 diu *"Tenim al infermer, la matrona, el farmacèutic, l'auxiliar, i les persones que venen els tiquets... [...] No, 6, i la persona que ajuda a la matrona."*

Trobem, doncs:

- Infermeria: s'identifica un infermer el qual s'encarrega de la supervisió del centre i de realitzar les tasques corresponents al personal d'infermeria d'una zona rural de Senegal. Aquestes tasques van més enllà de les competències d'infermeria, l'investigador 1 al diari de camp 1 les identifica així: *"Procedim a realitzar l'anamnesi amb el MD, seguidament li administra Buscapina i el deixa en repòs durant una hora"* ja que s'encarrega del diagnòstic, tractament, intervencions (circumcisions) i prescripció de medicaments a la població.
- Matrona: la matrona s'encarrega de totes aquelles tasques relacionades amb les pacients embarassades de la població de Typ. Aquestes tasques són: assistència al part, control i seguiment prenatal, educació sanitària i vacunació.

- Farmacèutic: el tècnic farmacèutic s'encarregava de la custòdia dels medicaments del dispensari així com de la seva classificació i recompte.
- Auxiliars: el personal auxiliar sanitari s'encarregava de realitzar tasques de suport d'infermeria així com: assistència al part, vacunació, mesura del pes i talla dels pacients, determinació de constants vitals.
- Venedors de tiquets: s'encarrega de la venda de tiquets als pacients

Serveis i Recursos

Horaris

Acostumen a obrir el dispensari i a atendre als pacients aproximadament a les 8, fins l'hora de dinar que és aproximadament a les 13.30 segons el que comenta l'I1 al DC1: *“Abans de les 7.30-8.00 l'entrada del dispensari estava plena de gent esperant per a ser atesa”*. Al llarg de la setmana obre de dilluns a divendres, però l'horari no és constant ni es compleix sempre. Durant aquest horari es dona assistència comunitària a la consulta tant del infermer com de la matrona. Totes les demés hores són horari d'urgències, per tant tenen un servei d'urgències 24h en relació al que menciona l'I1 al DC1: *“no sabíem que el servei que ofería el MD era també 24h, tot i que després ens va semblar lògic”*

A més a més, les circumcisions que es realitzen es fan habitualment al matí abans d'obrir el dispensari, aproximadament a les 5.30.

Serveis

En general al dispensari es realitzen tots aquells serveis que els seus recursos els hi permeten: cures, receptes, consultes, planificació familiar, sensibilització, educació sanitària, vacunació, circumcisions, control de malalties cròniques, hospitalització, atenció d'urgència, parts, control prenatal, control domiciliari i de comunitats rurals del voltant.

Tot allò que no es pot realitzar, així com operacions quirúrgiques, proves diagnòstiques, hospitalitzacions de llarga durada, urgències greus, es deriva als centres més grans de referència: Mbacke, Touba o Dakar.

El número de persones que s'acostumen a atendre de forma diària segons el que diu l'entrevistat 1 a l'entrevista 1 són *“unes 15, però depèn molt del dia. Els dilluns per exemple hi ha molta més gent, el dimarts també, el dijous normal i els divendres, com és dia de mercat, la gent ve molt, a vacunar-se...”*.

El registre dels pacients es realitza en uns llibres de registre que els hi proporciona l'Estat, els quals estan dividits en consultes normals, registre de naixements, planificació familiar, control prenatal i defuncions.

Al dispensari no tenen històries clíniques dels pacients, només fan servir els registres per a plasmar l'assistència.

Aquest antigament disposava d'una ambulància per a derivacions a altres hospitals per les urgències greus, però actualment es troba avariada i degut a la falta de recursos no poden reparar-lo.

La matrona s'encarrega de les consultes de les dones embarassades, de realitzar educació sanitària i del control prenatal. Per a realitzar aquests controls, se'ls hi dona uns llibres de registre, on s'apunten dades importants per a un bon seguiment de les embarassades. Aquests llibres de registre són relativament nous a Senegal: *“L'AI i el MD ens van explicar que “no fa massa que utilitzem documents per enregistrar i portar un control dels pacients que venen. A més, ara també oferim carnets de salut a nivell gestacional i infantil i llibres de vacunació.”*

El servei de control prenatal consisteix en 4 visites a la casa de maternitat a més de l'educació sanitària, l'accés a l'hospital de Mbacke per a realitzar proves diagnòstiques com ecografies i anàlises sanguínies, tot de forma gratuïta o rebaixada, depenen dels serveis dels que facin ús.

A Senegal també existeixen serveis privats d'assistència.

Recursos

A Senegal existeix la seguretat social però només és pels funcionaris, la resta de la població paga per accedir a la sanitat, amb excepció dels nens de 0 a 5 anys, els majors de 65 i les dones embarassades.

El dispensari disposa d'una farmàcia pròpia la qual serveix per l'ús personal del propi dispensari i no per les receptes dels particulars, els quals per aconseguir els medicaments han d'anar fins a la farmàcia de la ciutat de Mbacke. Aquesta farmàcia disposa majoritàriament de suplementos alimentaris (proporcionats per organitzacions no governamentals), tractament i tests de diagnòstic ràpid de la malària, anticonceptius, analgèsics i antibiòtics.

Gestió de residus

Els residus que es creen de l'activitat assistencial es classifiquen en diferents capses que han de ser enviats a la ciutat de Mbacke per a la seva correcta eliminació a les incineradores. Tot i això, aquesta gestió no es duu a terme actualment per motius

econòmics i de transport.

El dispensari posseeix una incineradora que s'utilitza per a la eliminació de material fungible com, caps de material, plàstics i material combustible. Les agulles i material difícil d'incinerar s'emmagatzema en una habitació.

Infraestructura

La infraestructura del dispensari de Typ consta de 9 sales per a diferents funcions:

- *Consulta d'infermeria:* és on el infermer passa visita als pacients al llarg del matí. Aquesta sala conté un portalliteres, dues aixetes amb aigua i un escriptori. També s'utilitza per a fer les circumcisions.
- *Consulta de la matrona:* en ella passa visita la matrona a les dones embarassades, es troba contigua a la sala de parts. Hi trobem una portalliteres, un escriptori i una aixeta amb aigua.
- *Sala polivalent:* és una sala amb 3 portalliteres i pals de seroteràpia que s'utilitza de forma polivalent, tant per a fer cures, per a l'hospitalització i per a la vacunació, entre d'altres.
- *Sala de cures:* totes les cures acostumen a realitzar-se en aquesta sala, on hi trobem una aixeta y un tamboret. També es realitzen injeccions de medicació intramuscular. Aquesta sala actualment conté una taula quirúrgica i es fa servir per a realitzar les circumcisions.
- *Sala d'espera*
- *Farmàcia*
- *Sala de parts:* disposa d'una taula quirúrgica especial per als parts, d'una incubadora que van construir voluntaris, d'aixetes d'aigua i d'alguns aparells que no utilitzen.
- *Sala post part:* és la sala més gran i disposa de 5 portalliteres per a que les parteres puguin descansar després del part. Es troba contigua a la sala de parts.
- *Dutxes:* aquestes són pels pacients.

Tipus de població

Segons les entrevistes 1 i 4, juntament amb el diaris de camp, s'identifica que la població que acostuma a venir al dispensari és molt jove, normalment nens i embarassades. També hi acudeix un considerable número de persones grans. L'E1 a la entrevista 1 diu:

“Nens. Hi ha més nens [...] perquè els adults no tenen diners per venir a passar consulta, prefereixen anar a veure al Marabú...”

Tipus de malalties

A l'Entrevista 1, sobre les malalties més freqüents, el E1 comenta que *“les més freqüents són les diarrees, febres, vòmits, astènia, i molta HTA”* a més a més, durant l'època de pluges a Senegal, la malària és molt present.

Hi ha algunes variacions entre les ciutats i pobles més rurals, com per exemple la quantitat de desnutrició, la qual és més present a les zones més rurals segons l'Investigador 1 al DC1 quan es refereix al poblat de Khaiga: *“La gran majoria eren nens i nenes petites els quals només havien de passar revisió. Molts d'ells es trobaven en estat de desnutrició. A la zona de Typ això no ho veiem tant com en aquest poblat”*. En referència a la població de dones embarassades, segons el que comenta l'Investigador 2 al DC2, *“les malalties més comunes al llarg de l'embaràs són: la eclàmpsia i preeclàmpsia, l'anèmia (casos lleugers i casos severes), les malformacions fetals, els avortaments insegurs”*. Per a la seva prevenció les dones embarassades han de realitzar un seguit de proves diagnòstiques obligatòries: *“Vacuna del tètanus, test de la malària [...], test del VIH i sífilis [...] i test analític”*, a més a més, a les consultes sobre educació sanitària es donen un seguit de recomanacions segons l'Investigador 2 al DC2 com *“per exemple quan és el 5é o 6é fill, que se'ls hi recomana que pareixin a un dispensari mèdic per possibles complicacions durant el procés”* i, tot i que la majoria de parts són naturals, *“Després d'una cessària normalment haurà d'esperar uns 2 anys aproximadament per tenir el següent fill, ja que és important que la cicatriu estigui tancada”* segons l'Investigador 2 al DC2.

A nivell escolar s'identifiquen les patologies o símptomes més freqüents a les escoles segons el MA a l'entrevista 2: *“Febre, en general si hi ha febre... està la malària, el paludisme, mal de cap o mal de panxa”*.

Necessitats

Les necessitats identificades al dispensari de Typ són variades, les classifiquem en: recursos materials, recursos humans, recursos d'infraestructura i recursos de gestió.

- *Recursos materials*

S'identifiquen una gran quantitat de mancances en relació als recursos materials, sobretot de material fungible com: guants, agulles, xeringues, material quirúrgic o

medicació. L'E1 a l'entrevista 1 comenta que *"també necessitem material... perquè... si no hi ha material, això no pot funcionar..."*

[...] perquè a vegades tens un més en el que hi ha molts de diners i se'n va tot en el material, després hi ha mesos que pots estalviar per altres coses, però no passa molt sovint". Així mateix, a l'entrevista 3 el MA diu que *"el que ens fa falta ara mateix és el material per poder millorar totes les coses de la medicina aquí a Senegal"*. A més a més del material fungible, també necessiten maquinària per a poder realitzar algunes proves al dispensari. S'identifiquen al DC1, segons l'Investigador 1 alguns materials necessaris per a millorar la qualitat assistencial del centre de salut: *"Material per assistir als parts, eco doppler umbilical, ecògraf, incubadora [...] nous matalassos pels pacients, roba sanitària, plaques solars, un sistema de generació d'energia, armaris, prestatgeries i neveres, biombos i una televisió"*.

A l'entrevista 1, l'E1 comenta que *"Ara necessitem l'ambulància, perquè, per exemple, ahir amb la urgència vam haver de trucar a un taxi per venir a buscar al nen i és molt difícil [...] Fa 5 mesos que està a Mbacke per arreglar-se. Ens falten molts diners per poder fer-ho. Li fan falta peces noves"*. L'antiga ambulància del dispensari es troba actualment a la ciutat de Mbacke pendent d'arreglar i, per tant, actualment no disposen d'aquest servei.

- *Recursos humans*

A les zones rurals Senegaleses s'identifica una mancança de professionals en contrast amb la quantitat de població d'aquestes zones. A l'entrevista 1 el E1 diu que *"els infermers que repletem aquí tenim una formació i un permís que realment s'hauria de limitar. Però el que passa és que a Senegal no hi ha metges suficients. Nosaltres aquí fem la feina que hauria de fer un metge"*.

- *Recursos d'infraestructura*

Degut a la dificultat de transport entre ciutats la majoria dels professionals que treballen al dispensari de Typ han de residir el més a prop possible del centre de salut. Per aquest motiu el centre a vegades ha de fer-se responsable de l'allotjament d'alguns professionals segons el que comenta l'E1 a l'entrevista 1: *"Doncs, buscar un lloc per a que la matrona visqui, perquè nosaltres paguem cada mes perquè visqui aquí [...] Sí, sí, la seva casa la paga el dispensari cada mes. Perquè a Typ no hi ha suficients cases per a que ella vingui a viure amb la seva família"*.

Es registra també al DC1, segons el investigador 1 algunes propostes de millora de la infraestructura del centre extretes d'una reunió amb el personal: *"Estar preparat per quan es perd la llum amb la instal·lació d'un generador i d'unes plaques solars de les*

quals ja disposen, [...] tornar a construir la infraestructura del dipòsit d'aigua per a quan no n'hi ha, millorar la il·luminació de les sales”

- *Recursos de gestió*

Pel que fa a la gestió dels residus s'identifiquen moltes dificultats per a la seva correcta eliminació i emmagatzematge al dispensari segons l'E1 a l'entrevista 1: *“Ah... Necessitem aquí una incineradora...[...] Sí, ens agradaria, perquè tenim una allà a fora, però no es bona, no la podem utilitzar. Perquè és molt brut i no podem ficar tot el que voldríem. Vull comprar una per així poder fer el mínim. Perquè les caixes s'han d'enviar a Mbacke. [...] Però ja fa 4 anys que no enviem res, estan aquí al dispensari, ja ho heu vist [...] hi ha moltes. A Mbacke tenen 2 incineradores, però el problema es que per portar-les allà s'ha de pagar el cotxe que les vingui a buscar i les porti...”*

També s'identifica una mancança de gestió d'higiene i neteja del dispensari i de les zones on es realitzen tècniques amb perill d'infecció segons l'investigador 1 al DC1: *“La falta de recursos es obvia i es va fer tan clara quan vaig veure que el material quirúrgic que s'utilitzava per un nen s'utilitzava per un altre, el risc d'infecció era massa alt. [...] Aquestes intervencions em va fer reflexionar sobre la esterilitat i l'asèpsia sobre la qual basem la nostra sanitat, i d'aquí, juntament amb la idea de la JU d'utilitzar una taula de quiròfan vam pensar en crear un ambulatori de cirurgia menor per a millorar les condicions d'esterilitat de les intervencions”.*

Finalment a l'entrevista 1 segons l'E1 s'identifica una necessitat de modificació de la gestió de la cooperació: *“Cap any hi ha hagut cap problema, des del 2006, llavors també s'han de canviar algunes coses, perquè nosaltres voldríem també anar a Espanya algun dia per veure el que hi ha allà. Portem des de fa molt de temps amb ganes d'anar, més de 15 anys que portem parlant-ho i és algo que podríem canviar també”.* El personal del dispensari de Typ valora poder viatjar a Europa per a poder veure la medicina europea.

Comunitat

Educació

A la comunitat de Typ i de forma general a Senegal l'educació infantil, primària i secundària és obligatòria per a tots els nens. A més a més l'accés a aquesta és gratuïta per a tothom a les escoles públiques, tot i que han de pagar una matrícula segons el que comenta el MA a l'entrevista 2: *“No, no, no, no tenen que pagar res... [...] Tothom té dret per a venir a l'escola... [...] Aquí la gent només paga quan entren...”*

[...] *La inscripció...*”, amb un preu aproximat segons el MA a l’entrevista 2 de: *“Un bàsic, allò no és res eh... 10000 CFAs, 15€ [...] Hi ha 5000 per l’uniforme... i els altres 5000 és per... com per... per a cotitzar”*.

A la comunitat de Typ hi trobem 2 centres educatius: un per parvulari i primària i l’altre per a secundària i batxillerat. A aquests centres s’identifiquen 4 cursos diferents d’educació: Parvulari, primària, secundària i batxillerat.

- *Parvulari*: comença als 3 anys i finalitza al 6 anys. És obligatori i actualment no es dona a la comunitat de Typ perquè no hi havia, els nens han d’anar a altres zones per accedir-hi. Això es pot interpretar al DC1 quan l’I1 parla sobre la filla més petita del infermer: *“no estarà amb nosaltres perquè ha hagut d’anar a buscar a la seva filla més petita que viu amb els seus avis per a poder estudiar a un parvulari”*. A l’any 2019 s’ha creat el parvulari del poble de Typ segons el que diu l’I2 al DC2: *“Al principi només hi havia primària, per tant els nens no començaven l’escola fins als 6 anys. Ara fa menys d’un any que s’ha construït el parvulari”*.
- *Primària*: s’inicia als 6 anys i acaba als 12 segons el que comenta MA a l’entrevista 2: *“A la primària als 6 anys... 6 anys més, després... llavors als 12 has d’anar al... [...] Si, a la secundària...”*. És obligatori per a tots els nens que viuen a Typ i als seus voltants.

S’identifica un número total aproximat de 40 alumnes per classe a la primària segons el MA a l’entrevista 2: *“A la primera classe... fins a 40 poden tenir... 40 nens”*.

També s’identifiquen a l’entrevista 2, segons el que comenta el MA, les assignatures i els horaris que es realitzen a primària: *“Francès, matemàtiques, anglès... historia i geografia [...] ciències naturals, àrab, espanyol, i també esport... ciències físiques...”*, i sobre els horaris, *“De les 8 fins les 16... fins les 14”*.

- *Secundària*: el MA a l’entrevista 2 comenta que les edats d’inici i finalització de la secundària són: *“Quan surts per exemple de... de la primària, vas a la secundària, fas allà quatre anys....”*, així doncs, la secundària comença als 12 anys i finalitza als 16.

Tot i que la formació educativa en aquest curs és obligatòria es veu disminuïda segons el MA a l’entrevista 2: *“La primera classe de la secundària 40... 40 persones, a la segona 25 i l’altre 21-22 i... la tercera... en cada any sempre va disminuint”*. Aquesta disminució dels alumnes ve donada per diferents motius que s’identifiquen a l’entrevista 2 segons el que el MA diu: *“si veus que disminueix, per exemple el... em... els nombres d’alumnes del primer any, fins a la segona,*

perquè... per dos raons, hi ha nois que abandonen les classes i el fet de casar-se aviat... [...] els nois per exemple, en general, abandonen les classes aviat per dues raons també, per no tenir mitjans per a seguir estudiant o viuen a una família que no té mitjans per a seguir ajudant a aquests...”, així doncs, els estudiants a la secundària abandonen les classes per motius econòmics, familiars o culturals com els casaments.

- *Batxillerat: comença al finalitzar la secundària, només s'identifica que finalitza als 18 anys segons el que diu el MA a l'entrevista 2: “Secundària... I després s'ha de fer quatre... em... tres anys més per a passar el batxillerat, és a dir als 18 anys, normalment aquest noi és normal, per a que el nen tingui el seu batxillerat, i després ja a la universitat”.*

A nivell escolar, els nens reben educació sanitària sobre higiene i bons hàbits segons el que comenta el MA a l'entrevista 2 quan l'E1 li pregunta sobre l'educació sanitària: *“Sí, perquè això sempre s'ensenya a l'escola per a que el nen, aprengui com viure amb el seu medi ambient...”*

A la comunitat de Typ no s'identifiquen cap tipus d'institució universitària o de formació professional, aquestes es troben a les ciutats més grans segons el que indica el MA a l'entrevista 2 quan l'E1 li pregunta on es troba la universitat més propera: *“No, no, no... aquí no n'hi ha... [...] Doncs... Thiès Mbambe, pel camí de, de, de... [...] No, fins a Dakar [...] La sortida de Jourbel, i de Jourbel hi ha una universitat que està per allí”.*

Govern

S'identifica una figura representativa a nivell de comunitat, el Marabú, el qual s'encarrega de la gestió administrativa, religiosa i de govern segons el que comenta el MA a l'entrevista 4: *“A veure... precisament el poble de Typ, diguem que és el Marabú que és l'alcalde [...] El Marabú és la persona que dirigeix per poder gestionar... tot el que es... tot el que passa en aquest poble, Typ. És el Marabú”,* a més de l'alcalde-Marabú s'identifica un cap de poble a l'entrevista 4 segons el testimoni del MA: *“A veure, per sota del Marabú segurament hi ha un... el cap del poble... [...] El cap del poble que està per allà... però la persona responsable segons... a nivell administratiu és l'alcalde...”.* El Marabú és una figura religiosa a més de governamental i s'identifiquen persones seguidores o fidels segons el MA a l'entrevista 4: *“Sent alcalde també sent Marabú té els seus seguidors, que treballen per a ell”.* Aquesta figura representativa segons el MA a l'entrevista 4 és escollida pels habitants de Typ: *“Aquest alcalde pues... el, el... el van seleccionar els habitants de Typ”.*

Tot i ser el representant del poble, el Marabú no hi viu habitualment, la seva casa principal es troba a la ciutat de Mbacke. Aquesta és una casa luxosa i amb molta seguretat segons l'I1 al DC1: *“El Marabú, tot i ser una mena d'alcalde de la comunitat de Typ, no hi viu normalment. Casa seva esta a prop de Touba i Mbacke i és vistosament més luxosa que la de la gent de Typ [...] Ens va rebre una persona que semblava ser el majordom que ens va demanar que esperéssim. Al cap d'uns minuts ens van fer passar a una sala on hi havia aire condicionat i molts sofàs. Esta molt ben decorada i la casa semblava més occidental”*.

Infraestructura

S'identifiquen infraestructures de construcció bàsica com carreteres sense asfalt o habitatges de fang i palla segona l'I1 i l'I2 al DC1 i DC2 respectivament: *“En arribar a les primeres ciutats les carreteres ja no es trobaven en tan bones condicions”; “Ens van ensenyar el poblat, que comptava amb varies cabanyes fetes amb fang i palla”*. A la comunitat de Typ també s'identifiquen infraestructures construïdes amb maons i pedra segons l'I1 al DC1: *“La casa esta construïda possiblement amb pedra i és d'una planta”*. El terreny de construcció i el paisatge de la zona és àrid i desèrtic i sense molta més vegetació que matolls i arbres com baobabs segons l'I1 al DC1: *“El paisatge és molt àrid i només es poden veure alguns arbres, la gran majoria baobabs, i animals com vaques o cabres”*.

La gran majoria de infraestructures religioses es veuen molt més cuidades i decorades que les demés, sobretot les mesquites (foto mesquita TYP). Les esglésies tot i estar molt ben cuidades no estan tan decorades segons l'I1 al DC1: *“L'església no era molt gran però si semblava molt ben cuidada, tot el seu mobiliari es trobava en bon estat i la façana estava molt ben pintada”*.

Sector laboral

De forma general a la comunitat de Typ el sector laboral més habitual és la ramaderia i l'agricultura segons el MA a l'entrevista 4 quan l'E li pregunta sobre quin es el sector més prevalent: *“Als camps... als camps, ells son agricultors... [...] Si, tenen els seus camps i també una part que tenen la ramaderia”*. A més a més també molts es dediquen al comerç d'aliments i productes variats segons el MA a l'entrevista 4: *“El comerç... [...] Hi ha una part que es dedica per, per... per a comercialitzar el... el seu producte”*.

El MA a l'entrevista 4 també comenta que els homes i les dones acostumen a treballar per igual i a les mateixes professions: *“A veure... avui dia els homes i les dones també treballen casi junts... [...] Perquè si un home està treballant al camp també la seva dona*

ajuda...[...] És a dir... Quan està vivint a una família nombrosa, si és el marit només que treballa i la dona no treballa, no serà rentable per a la família”.

A la comunitat també hi trobem una part de la població que treballa al sector terciari, amb petits restaurant i cafeteries, als col·legis com a professors o els propis sanitaris.

Associacions (cooperatives)

A Typ hi trobem moltes associacions estrangeres involucrades en la comunitat ja que com comenta el MA a l'entrevista 4 l'ajuda de les ONG és molt necessària: *“el que fan els voluntaris... és una forma de poder ajudar a la gent i de posar el seu gra de sal dins... perquè... si només depenem de l'estat, a vegades podem tenir una vida molt complicada, raó per la qual, hi ha varies ONGs que venen aquí a Senegal per a poder fer costat als necessitats”.*

S'identifiquen també alguns grups o associacions a nivell intern comunitari com associacions de mares o associacions per a ajudar a les famílies més necessitades segons el que comenta l'I2 al DC2 i el MA a l'entrevista 4 respectivament: *“M'explica que “existeix una associació dedicada només per la mares, a través de la qual poden accedir a educació sanitària, mètodes anticonceptius, receptes i medicaments més econòmics tant per elles com pels seus fills”; “En general, associacions per a les dones, associacions que es dediquen per exemple, per a posar... posar diners [...] I cada dona té el seu torn per a poder recuperar la “pasta” i anar fent les seves coses, però es per torns, fan una reunió per exemple cada dissabte, i cada dona pot portar més o menys 1000 “cefes” i aquests diners són per... per una persona”*

Totes aquestes associacions i cooperacions amb la comunitat de Typ passen primer pel cap de poble que és l'alcalde o Marabú segons el que comenta el MA traduint al Marabú a l'entrevista 3: *“Si per exemple ara mateix teniu la intenció de muntar una cosa fora de les normes, és a dir, el quiròfan, la comuna pot rebre aquest acte molt agraït, però lo primordial seguiran sent els papers per confirmar que hi ha una relació entre la ONG i aquest poble de Typ”.*

Necessitats

A nivell comunitari s'identifiquen diferents necessitats així com la modificació del sistema de gestió de residus o bé la creació d'un nou així com comenta el I1 al DC1: *“Tenint en ment la gestió dels residus vam intentar esbrinar que es feien amb aquest tests una vegada utilitzats. Vam trobar que molts estaven al terra de la zona del darrera del dispensari, altres en contenidors de cartró i alguns per sobre de la taula del MD. Generalment, no s'utilitza molt de material, ja que no n'hi ha i intenten utilitzar el menys*

possible, per tant no hi ha molt de residu, tot i això, els residus que si que es creen no es destrueixen ni s'emmagatzemen enlloc".

Es registren també necessitats relacionades amb l'allotjament dels infants que han de venir a estudiar a la comunitat de Typ així com mitjans de transport i d'infraestructures com carreteres per comunicar algunes zones dels voltants de Typ: *"Khaiga... Si aquesta gent, els seus nens han aconseguit passar l'examen de cap d'any i han aprovat, normalment han de venir aquí a Typ, i si venen aquí a Typ i no tenen una casa on seguir vivint... [...] No poden seguir els seus estudis... així ja poden abandonar les classes i buscar un altre cosa... [...] És un problema d'allotjament per aquests nens..."*

A més a més s'identifiquen algunes necessitats al col·legi expressades pel MA traduïnt als professors a l'entrevista 2: *"El material informàtic, una sala, per exemple, polivalent que es diu... [...] Per aconseguir accés a internet i... treballar des de l'ordinador... [...] Una biblioteca també... [...] Per a poder tenir una vida millor... i tenir un allotjament on viure només els professors... no viure amb família per a no molestar..."*. Es centren majoritàriament en la construcció d'una residència pels professors i els alumnes que són de fora, per així millorar l'educació.

Infermeria

Rol d'infermeria

Pel que es refereix al rol d'infermeria s'identifica poca claredat en les competències d'aquesta professió a les zones rurals segons el que comenta el MD a l'entrevista 1: *"Doncs per exemple, receptar no hauria de ser una funció d'infermeria, sinó més les cures i sobretot la sensibilització, els infermers que repectem aquí tenim una formació i un permís que realment s'hauria de limitar. Però el que passa és que a Senegal no hi ha metges suficients. Nosaltres aquí fem la feina que hauria de fer un metge"*. Algunes de les competències que s'identifiquen a l'entrevista 1 segons el E1 són: *"Fem de tot: ordres, escriure, receptes, diagnòstics, les urgències..."* S'encarreguen de realitzar tasques que no corresponen amb la formació acadèmica que han rebut així com relata el MD a la entrevista 1: *"Sí... Més o menys, perquè, tot i això, nosaltres hi ha coses que no les sabem..."*. Infermeria també s'encarrega de realitzar el control de les poblacions dels voltants donant servei a domicili així com identifica l'I1 al DC1: *"El MD ens comenta que avui és un dia especial perquè s'ha de fer un control d'un poblat dels voltants de Typ"*. Els professionals d'infermeria també s'encarreguen de realitzar petites intervencions quirúrgiques com les circumcisions com identifica l'I1 al DC1: *"Em vaig aixecar a les 5.30 del matí per a ajudar al MD amb les circumcisions"*.

S'identifica una càrrega excessiva de treball en el personal d'infermeria amb horaris de 24h tots els dies de la setmana segons l'I1 al DC1: *"Just abans de sopar vam tenir el nostre primer pacient, i ens va sorprendre, primer perquè no sabíem que el servei que ofería el MD era també 24h".* A més a més, els motius de consulta acostumen a estar relacionats amb aspectes de la vida diària del pacient dels quals el professional no pot arribar a modificar, per aquest motiu s'identifica una gran dificultat per a realitzar cures integrals segons l'I1 al DC1: *"per exemple: un home que ve per dolor lumbar i astènia sense cap altra malaltia coneguda et demana que li curis el dolor, però després fent l'anamnesi te'n adones que treballa fent molt d'esforç amb l'esquena i moltes hores per a guanyar diners i menjar. Llavors, en aquest cas receptar analgèsia només cobrirà aquest dolor agut, però el que realment necessitaria aquest home seria una feina que requereixi menys esforç físic, però això es gairebé impossible per a la majoria de la gent. Per aquest motiu moltes vegades el MD sembla resignat amb el procés de salut i es limita a pal·liar els problemes més aguts de la gent".*

Al servei de ginecologia s'identifiquen competències d'infermeria que no corresponen amb les d'una comadrona, ja que dirigeixen els parts de forma individual i s'encarreguen del seu procés en la seva totalitat com identifica l'I1 al DC1: *"Mentre la dona feia la força l'ajudant de l'AI netejava la zona genital. Una vegada era visible el cap del nen, l'AI fa tracció i la rotació per evitar la lesió a l'espatlla. En sortir el nen es pinça el cordó umbilical per dos zones i es talla pel mig. L'auxiliar s'emporta el nen i el renta a la incubadora [...] Seguidament s'extrau la placenta i se li fiquen vacunes al nen. Se li administra més medicació a la mare per a aturar el sagnat".* A més a més la matrona s'encarrega del control de l'embaràs i del seu seguiment com identifica el MA a l'entrevista 4: *"I les dones embarassades han de fer el "SPM" el control prenatal diguem-ne [...] Que ja s'encarrega la comadrona"*

De forma general, s'identifica un rol de lideratge pel que fa als dispensaris mèdics de les zones rurals de Senegal segons el que comenta l'I2 al DC2: *"Després d'estar amb el MD i l'AI, que són els principals supervisors".*

Formació acadèmica

En relació a la formació d'infermeria que reben els professionals, es concreta que aquesta té una duració de 3 anys segons comenta el MD a l'entrevista 1: *"Quan vaig acabar vaig tornar a Mbacke perquè el meu pare vivia aquí amb la meua família i és on vaig fer el Batxillerat. Al acabar vaig fer una formació de 3 anys d'infermer",* en el cas de la matrona la formació correspon a 3 anys però repartits en 1 d'infermeria general i 2 de

formació específica de matrona segons identifica l'I2 al DC2: *“Per poder ser matrona cal estudiar el primer any d'infermeria general i el segon i tercer any fer l'especialització”*. La formació que reben no els hi permet diagnosticar, receptar medicació ni realitzar intervencions, per a poder fer-ho han de realitzar un altre formació segons el que comenta MD a l'entrevista 1: *“els infermers que repletem aquí tenim una formació i un permís que realment s'hauria de limitar”*.

També es detecta una possible falta d'actualització segons el que s'interpreta al DC1 quan l'I1 observa que no es realitza el contacte pell amb pell entre mare i nadó després del part: *“En sortir el nen ens va sorprendre que no es fes el pell amb pell de primeres i que la mare no volgués veure al nen”*.

Necessitats

Les necessitats que s'identifiquen estan molt relacionades a les que es comenten a l'estructura de salut, de forma específica pel que respecta a la infermeria, es detecta una necessitat de descans, tan físic com psicològic de la vida sanitària segons el que comenta l'I1 al DC1 sobre els horaris i l'esgotament dels professionals: *“També observem el que podria ser un inici el síndrome de Burnout en ell, ja que l'assistència, tot i ser bona, és amb desgana”*, aquest fet pot estar relacionat amb la falta de recursos que tenen els professionals per a donar una assistència de qualitat o per realitzar el control i seguiment de patologies cròniques com observa l'I2 al DC2 quan arriba una pacient morta per una pujada de tensió: *“La dona de la dreta està inconscient. Ens expliquen que comença a trobar-se malament després d'esmorzar. Com a antecedents té hipertensió de base mal controlada. Sospitem de possible pujada de tensió i conseqüent parada cardíaca. No li palpem ni pols radial ni caròtide. Està morta”*.

Una de les altres necessitats que s'identifiquen és la falta de personal, ja que la quantitat de pacients per infermer/a és molt gran, això s'identifica a l'entrevista 1 segons el que comenta el MD: *“Abans jo estava sol, no hi havia la matrona. Feia els parts, les cures...”*.

Cultura

Religió

Pel que respecta a la religió, la majoritària a Senegal és la musulmana, tot i que hi ha una part de la població que també és cristiana segons el que comenta el MA a l'entrevista 4 quan se li pregunta sobre la religió predominant: *“És la religió musulmana... [...] Justament a Typ... [...] Tots són musulmans [...] El cristianisme es pot viure mes o menys a la part del sud, per la zona de... de la illa de les petxines [...] Que està a uns 40*

km de Sali, allà hi ha una petita illa que es diu la illa de "Fagut". Allà tenen un 90% de cristians i 10% de musulmans". S'identifica l'animisme com a tercera religió més practicada a Senegal segons el que diu el MA a l'entrevista 4: "El animisme... el animisme es nota més o menys al sud-est... i a Casamance [...] És a dir, Senegal Oriental i Casamance".

Tot i la presència de diferents religions, totes elles conviuen sense cap tipus de discriminació segons el que identifica l'I1 al DC1: *"hi havia coses que no li agradaven, tot i això, ell mateix ens va explicar que les dues comunitats viuen sense cap tipus de discriminació o rebuig".*

S'identifiquen dues figures religioses importants per a la societat, el Marabú i el Khalifa, el primer considerat com a representant d'Alà a les diferents poblacions i el Khalifa com a màxim exponent de la religió musulmana a Senegal segons el que observa l'I1 al DC1: *"La figura del Marabú és la del líder espiritual d'una comunitat, ell predica la paraula d'Alà i protegeix els seus habitants", "L'equip sanitari estava molt emocionat per veure al Khalifa ja que es una figura molt important en la cultura senegalesa, de fet, fins i tot el MD que és cristià volia veure'l".* Les característiques del Marabú les identifica l'I2 al DC2: *"Per poder ser Marabú calen diferents característiques entre elles: saber llegir i traduir l'Alcorà i a més el poder que ells tenen també és hereditari, que és com la major part s'hi converteixen. Tant els homes com les dones ho poden ser. Aquest és escollit per tota la població i té varies funcions: Protegir als ciutadans [...] Dóna'ls-hi consells [...] Fer amulets per atraure la sort, per protegir-se dels esperits i curar les malediccions".* Pel que fa a la pràctica de la religió musulmana s'identifica una ciutat important molt a prop de la comunitat de Typ que es diu Touba, la qual és considerada capital subsahariana de la religió musulmana per la mesquita que hi ha construïda segons el que identifica l'I1 al DC1: *"Mentre esperàvem per entrar al palau amb l'equip el MA ens porta a veure la mesquita de Touba, la més gran i important de l'Àfrica subsahariana".* En referència als practicants de la religió, s'identifica una gran població de nens que viuen amb el Marabú i estudien l'Alcorà segons el que comenta l'I1 al DC1: *"No vam poder comprendre molt bé com funcionava però hi havia nens que no eren estudiants i que vivien amb el Marabú i estudiaven l'Alcorà amb ell".* A més a més, el Marabú també seguidors que treballen per a ell, i així ho diu el MA a l'entrevista 4: *"sent Marabú té els seus seguidors, que treballen per a ell [...] Després tenen els seus camps on treballen, i després ja, arribaran a un moment donat... que els seus seguidors els poden alliberar i donar "algo" per a poder començar a viure la seva vida tranquil·lament".*

Les pràctiques de la religió musulmana que s'identifiquen són el fet de resar 5 vegades al

dia i la circumcisió dels nens segons el que s'identifica a l'entrevista 4 pel que diu el MA i al DC1 segons l'I1 respectivament: *"Bé, en general, casi podem dir que... a tots els homes, a tots el poblats, divendres, que és el dia d'oracions a Senegal s'hi va a la mesquita i la gent gran també... les dones grans... s'apropen a la mesquita [...] Sinó, casi tots resen a casa", "Els nens tenien aproximadament 4-5 anys i el motiu de la circumcisió era religiós. Els nens musulmans es circumciden"*.

Pel que respecta al cristianisme, es considera la segona religió més practicada però representa una part petita de la població general senegalesa, aquesta té costums diferents a les musulmanes i realitzen diferents celebracions, com comunions o misses. Una de les coses que s'identifiquen com a diferents és el consum d'alcohol de la població cristiana segons el que comenta l'I1 al DC1: *"Ens va sorprendre la gran quantitat d'alcohol que hi havia a la festa, també que els menors bevien petites quantitats d'alcohol amb els adults"*.

Costums i Estil de vida

En referència a les costums i estil de vida, s'identifiquen diferents característiques que destaquen a la comunitat de Typ i possiblement a la Senegalesa. Una d'elles és l'hospitalitat segons el que comenta l'I1 al DC1: *"Només començar el viatge ja vam sentir l'hospitalitat senegalesa ("teranga" que li diu el MA) de la mà de la noia que ens va oferir casa seva com a allotjament a Dakar"*. És habitual que les persones et convidin a casa seva per a menjar o per a dormir, a més a més, tenen un gran sentit de la comunitat i de familiaritat, ja que no acostumen a tenir mai les portes de les cases tancades, sempre mengen junts a la taula i moltes vegades acostumen a compartir el que tenen entre famílies segons el que indica l'I1 al DC1: *"A l'hora de sopar, ho fan tot junts a la mateixa taula i sense cap distracció [...] Cadascú s'encarregava d'alguna cosa, posar la taula, buscar els coberts, les cadires, preparar el té", "La casa dels pares del MD és diferent a la casa del MD, es troba adjunta a altres cases i sembla que és compartida amb més gent, les portes les tenen obertes"*. També s'identifica una gran implicació amb el cuidatge i el respecte cap a la gent gran de la població segons el que indica l'I1 al DC1: *"en general, la comunitat senegalesa sembla tenir un gran sentiment de respecte cap a les persones més gran de la seva societat"*. Pel que fa als nens, a la societat creuen que tenir molts fills els hi pot donar sort al futur, així doncs, la majoria de famílies que s'identifiquen son nombroses amb una mitja de 4-5 fills segons el que indica el MA a l'entrevista 4 quan se li pregunta quina mitja de fills pot tenir una família: *"4 a 5"*.

La religió i la fe són uns dels pilars de la seva societat i per aquest motiu hi ha un gran

nombre de creients i un gran respecte cap a la figura del Marabú. És costum, anar a visitar al Marabú una vegada vas a visitar a un poblat i rebre una oració de part seva. Aquesta oració consisteix en recitar uns versos de l'Alcorà i després escopir a les mans de la gent per a que es rentin la cara segons el que indica l'I1 al DC1: *“Ens van fer treure les sabates per a seure davant seu i ell ens va dedicar unes oracions. Al final de les oracions el Marabú escup a les mans de la persona que les rep i aquest es rasca la cara amb un motiu espiritual”*.

Pel que fa a l'oci i al temps lliure, la comunitat de Typ acostumen a quedar amb amics per a prendre el té i per parlar, sobretot a la nit, segons el que comenta l'I1 al DC1: *“Tot i ser de nit la gent es trobava pel carrer i hi havia molta vida, probablement, perquè la temperatura a aquella hora ho permetia”, “Abans de dormir ens ofereixen una dutxa i té”*. En el cas dels cristians, s'identifica un gran consum d'alcohol els caps de setmana, ja que acostumen a reunir-se per a fer festes, amb música i balls segons el que comenta l'I1 al DC1: *“Ens sorprèn que ens portin una llauna de cervesa, fins aleshores no havíem vist alcohol enlloc ja que, generalment, al ser un país majoritàriament musulmà, l'alcohol no es ven de forma habitual”*.

En relació al menjar, no hi ha una dieta molt variada a la comunitat de Typ, aquesta acostuma a ser cous-cous o arròs amb peix, carn o pollastre segons el que indica el MA a l'entrevista 4: *“: Cous-cous... arròs al migdia i cous-cous a la nit”*. A més acostumen a menjar amb les mans i d'una plateta única, després es renten les mans segons el que comenta l'I2 al DC2: *“Són plateres molt grans amb el seu plat típic: arròs amb algunes hortalisses i pollastre o porc (a elecció). Molts d'ells mengen amb les mans com a part de la seva cultura, però a nosaltres ens ofereixen una cullera”*, a més a més ells són coneixedors de les costums dels europeus, pel que ofereixen coberts i menjar cuinat, ja que la gent estrangera no pot menjar el mateix que ells.

Dins la comunitat de Typ també s'identifica una preocupació per la violència de gènere segons el que comenta el MA a l'entrevista 2: *“Per exemple, quan una festa... has vist els nens d'ahir? Han fet un... un teatre, per a... és una forma de sensibilitzar a la població... [...] La violència, i també com es comportava el marit amb la seva dona, tot això ja es va parlar ahir allà dins la festa de fi de any”*.

S'identifica també un estil de vida molt pausat i sense pressa, no hi ha una regulació estricta d'horaris i això s'observa en els horaris d'obertura del dispensari que mai són els mateixos.

Salut-Malaltia

Pel que fa al concepte de salut-malaltia, a la comunitat de Typ s'hi contemplen dos tipus de medicina, la científica i la tradicional.

La medicina basada en la ciència la identifiquen relacionada amb la salut europea i s'associa al centres de salut, la medicació i les intervencions, en canvi la medicina tradicional esta associada a les creences religioses, amulets i esperits i es relaciona amb el Marabú segons el que comenta el MD a l'entrevista 1: *“Sí, perquè els adults no tenen diners per venir a passar consulta, prefereixen anar a veure al Marabú... [...] I si no millora, llavors si que venen...”*. En referència a la comunitat de Typ, la qual té una constant relació amb els professionals europeus, ells creuen que la sanitat estrangera és millor i per aquest motiu quan aquests cooperants van, la gent acudeix més als dispensaris segons el que comenta el MA a l'entrevista 3: *“Quan allí hi ha els cooperants el dispensari sempre està ple de gent”,* o el que comenta l'I1 al DC1: *“Els dies que vam estar nosaltres tothom venia per a que li donéssim medicaments, ja que segons molts pacients les nostres pastilles eren millor i tenien més eficàcia que les seves i només deien “jo no vull les pastilles del MD, doneu-me les vostres que són millors”*. Pel que fa a la comprensió de les malalties, la majoria de la comunitat de Typ no acostuma a anar al metge si no hi ha una necessitat urgent segons el que comenta el MA a l'entrevista 4 quan se li pregunta sobre la quantitat de vegades que visiten els centres mèdics: *“A veure... això depèn de quin tipus de malaltia tingui... [...] Perquè si és... si és la malària... una vegada que el metge et fa el test i sigui el test positiu, ja et dona i t'ingressa [...] Per a poder baixar la febre... i després ja donar-te la medicació per a que ja et curis... després ja pots anar a casa... [...] Sinó... la gent no va al... al... al metge”,* també es contempla la malaltia mental com una incapacitat per a realitzar els actes de la vida diària i així ho explica el MA a l'entrevista 4: *“Estar malalt és que tens una incapacitat per a fer alguna cosa [...] O també pots ser malalt si, per exemple, si... tu no pots fer res o no pots alimentar a la teva... la teva família. Físicament o psicològicament també, hi ha malalties... [...] Si una persona que no pot alimentar a la seva... a la seva família, “algo” que no sigui bo, que no tingui treball diguem-ne [...] Doncs és incapaç de treballar, això ja és un malalt... mental diguem-ne [...] No és una incapacitat física, mental també n'hi ha...”*

En referència a l'actitud davant la mort o les pèrdues l'I1 reflexiona i identifica al DC1 una actitud molt tranquil·la i pausada davant la mort de les persones, i també la relaciona amb els naixements i l'actitud de les mares cap els fills: *“El MA ens va comentar que a*

Senegal es normal que molts dels nens que tenen les famílies morin quan són petits, així doncs acostumen a tenir molts i la relació mare- nen és molt més pràctica que emocional. “Cuántos más niños tengas más suerte se cree que tendrás en la vida” i degut això la tendresa habitual dels països desenvolupats amb els nens no era igual a Senegal. També a mode de supervivència si el vincle que es crea entre mare i fill és molt proper i aquests nens moren de forma quotidiana, possiblement el trauma que quedaria seria bastant dur de superar i seria inviable per a la salut mental dels seus pares. Així doncs aquesta “insensibilitat” i “manca de tendresa” podria ser un mecanisme de supervivència per als pares.”

Celebracions

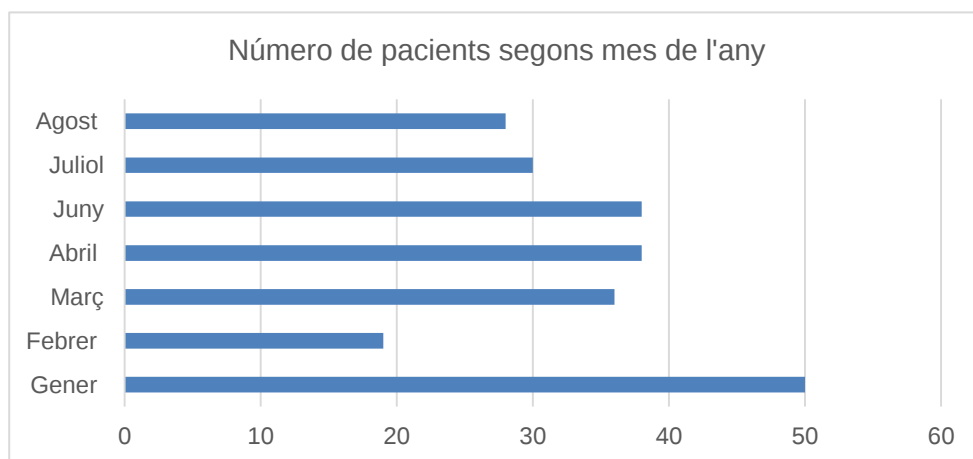
La gran majoria de celebracions que s'identifiquen tenen a veure amb els aspectes religiosos de la comunitat, així com les comunions a la comunitat cristina, les quals s'assemblen molt a les que es realitzen a Espanya segona l'I2 al DC2: *“La cerimònia és molt semblant a les nostres comunions, l'únic que em sorprèn és que la gent va vestida amb colors molt alegres i la majoria de dones porten perruca”*. Aquestes cerimònies van acompanyades d'alguna festa posterior amb música, balls, menjar i alcohol.

Pel que fa a les celebracions musulmanes, aquestes s'ajusten a les festes que segueix el calendari musulmà, com el Ramadà o la festa del corder.

A més a més a Senegal s'identifica una gran afició pel futbol segons el que comenta l'I1 al DC1: *“A Àfrica en aquell moment s'estava disputant la copa Àfrica de futbol i l'equip senegalès hi participava. El MA, el MD i el RO miraven els futbol a la televisió”*, o celebracions més relacionades amb la quotidianitat com les festes de l'escola, els casaments o els aniversaris.

Metodologia quantitativa

Segons el número de pacients enregistrats al dispensari mèdic de Darou Salam Typ en funció del mes de l'any s'observa que el mes amb una major taxa de pacients és gener, amb un total de 50, seguit dels mesos d'abril i juny amb un total de 38, març amb 36, juliol amb 30 i agost amb 28. Finalment veiem que el mes de febrer és el que menys visites enregistrades té, amb un total de només 19 pacients.

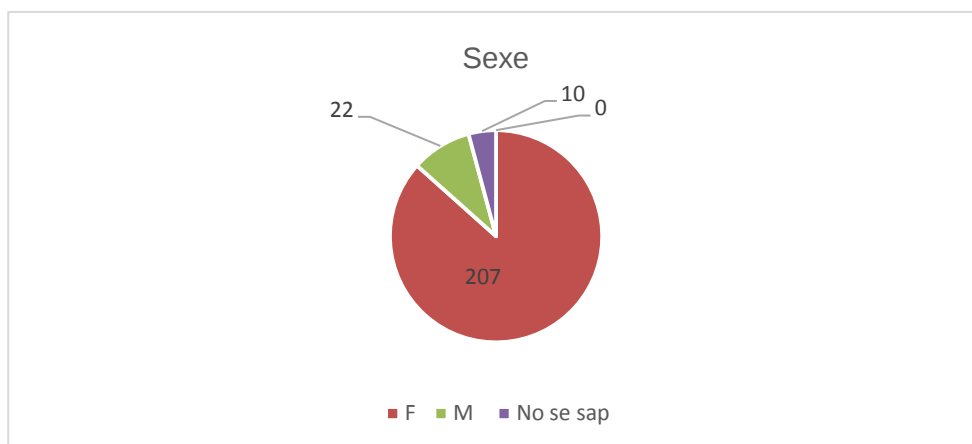


Gràfic 1. Número de pacients per mes de l'any

X: Número de pacients

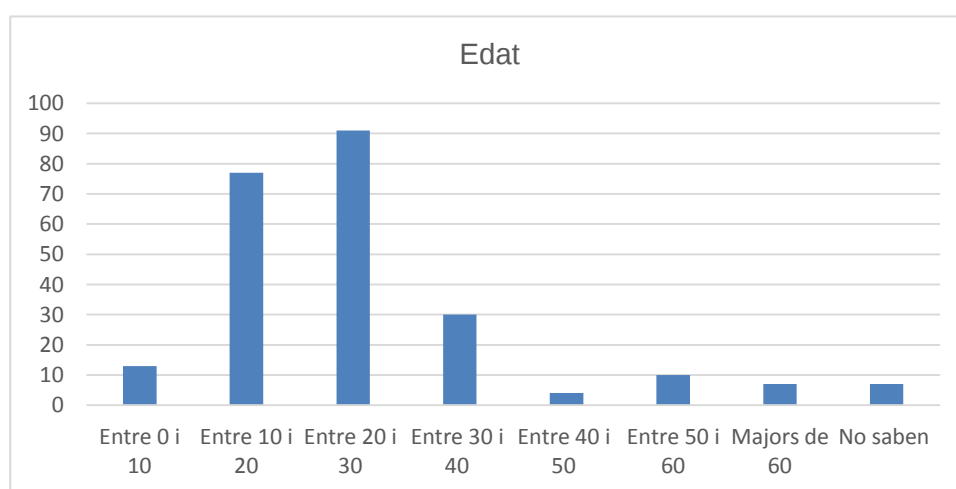
Y: Mesos de l'any enregistrats

S'observa que dels 239 pacients que van acudir al dispensari mèdic durant els 7 mesos enregistrats, 207 van ser dones, representant un 86,61%. Només un 9,2% van ser homes, amb un total de 22 pacients. Finalment, també es contempla que un 4,18% dels pacients que van acudir, un total de 10 casos, no va quedar registrat el seu sexe per raons que es desconeixen.



Gràfic 2. Gènere

Pel que fa l'edat, veiem que la franja que més acudeix al dispensari mèdic a visitar-se al llarg dels 7 mesos es troba entre els 20 i 30 anys, amb un total de 91 persones, i que representa doncs un 38% dels pacients. Un altre percentatge important de persones que també acudeixen amb freqüència són els d'entre 10 i 20 anys, representant un 32,21%. Es pot veure com les persones d'entre 40 i 50 anys són els pacients que menys visites realitzen. Per altra banda, observem que només un 2,9% dels pacients són majors de 60 anys, dels quals els més grans tenen 85 anys. Del total de casos investigats, 7 de 239, un 2,9%, desconeixien la seva edat, de les quals totes eren dones.

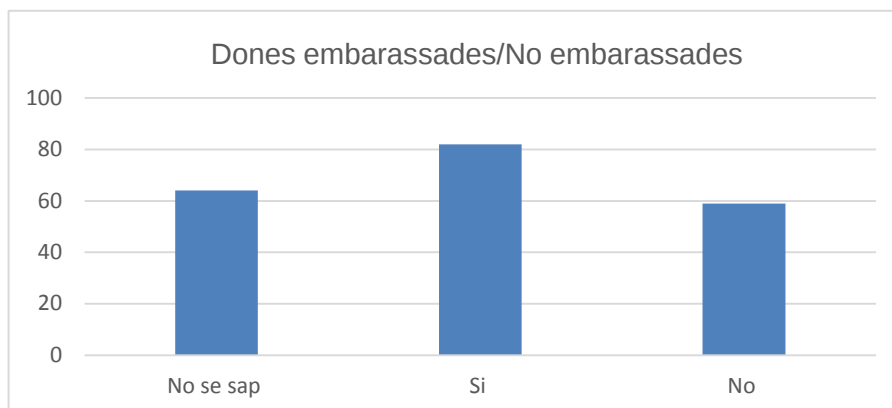


Gràfic 3. Edat

X: Franges d'edat

Y: anys de 0 a 100

De les 207 dones que acudeixen al dispensari mèdic al llarg dels 7 mesos, contemplem que 82 estaven embarassades, per tant un 39,61%, i 59 de 207 no ho estaven, és a dir, un 28,5%. Del total, 64 no sabien si ho estaven o no. Mirant les taules d'Excel estudiem quines d'aquestes dones finalment tenen com a diagnòstic embaràs (veure Annex 7: Registre de pacients del dispensari mèdic), i el resultat és 19 de 64. Al final doncs, si sumem el total de dones que acudeixen al dispensari sabent que estan embarassades i les que no ho saben però finalment ho estan, com a resultat obtenim 101 dones embarassades respecte 207 totals. El seu percentatge corresponent equival al 48,8%.

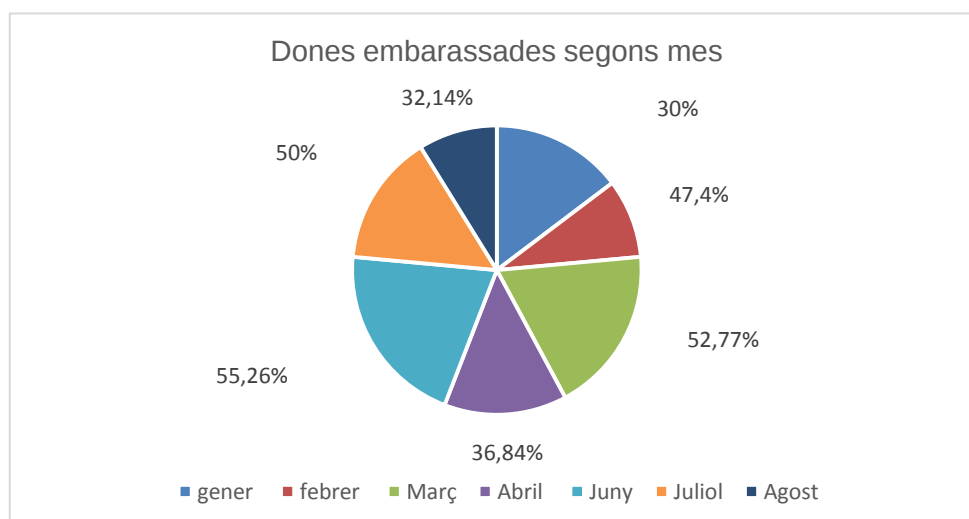


Gràfic 4. Dones embarassades/No embarassades

X: Dona embarassada/ No embarassada/ No se sap

Y: Número de dones totals

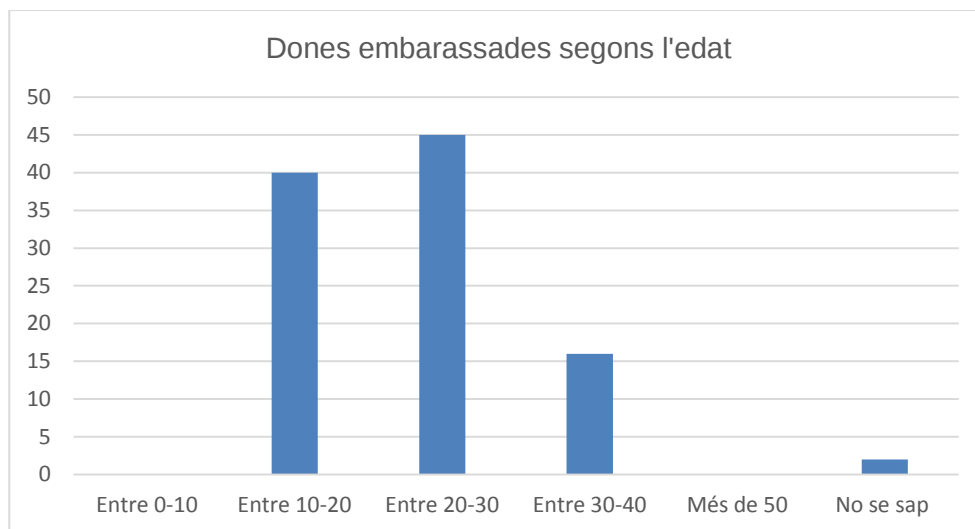
També comentar que el mes en que el percentatge de dones que estan embarassades és més alt és juny, amb un 55,26% del total de dones que aquell mes van acudir al dispensari. Seguidament, el mes de març, amb un 52,77% i el mes de juliol amb un percentatge del 50%. El mes de febrer es troba en quarta posició, amb el 47,4% de les dones totals i el mes d'abril amb un 36,84%. Finalment, el mes d'agost amb el 32,14% de les dones embarassades, i el mes amb menys taxa d'embarassos: gener, amb un percentatge del 30%.



Gràfic 5. Total de dones embarassades en funció del mes de l'any.

Per altra banda, segons l'edat, observem que les dones solen quedar-se embarassades entre els 20 i 30 anys. De fet, de les 101 dones embarassades que s'estudien, un percentatge del 44,55% es troba dins aquesta franja (45 dones de 101). Per altra banda, una franja també amb elevada incidència d'embaràs és entre els 10 i 20 anys d'edat, amb un total de 40 dones respecte 101, és a dir, un 39,60%. També comprovem que

entre les franges de 0 a 10 i de més de 50 anys no s'aprecia cap dona embarassada. Finalment, comentar que dues de les 101 dones estudiades se'n desconeix la seva edat exacte.

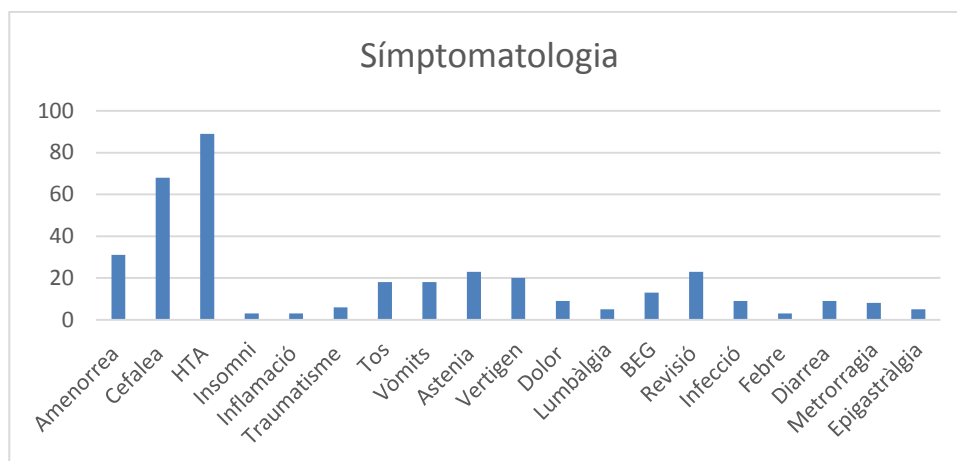


Gràfic 6. Dones embarassades segons la franja d'edat

X: Franges d'edat

Y: Número de dones embarassades

La hipertensió arterial és el símptoma més comú amb gran diferència entre tots els pacients que venen a visitar-se al dispensari mèdic de Darou Salam Typ. Gairebé 90 pacients van presentar-se amb aquesta simptomatologia. Per altra banda, la cefalea també destaca dins dels símptomes amb major incidència, amb un total de quasi 70 casos. El tercer símptoma amb més afectació és l'amenorrea amb 30 casos. Altres símptomes que també observem que tenen cert pes en la població són: les revisions mèdiques/ginecològiques predominants sobretot en pacients amb un bon estat general o dones embarassades, l'astènia, el vertigen, els vòmits i la tos. Per altra banda, hi ha una taxa baixa de pacients amb símptomes com: insomni, processos inflamatoris, traumatismes, dolor, lumbàlgies, síndromes infecciosos, febre, diarrea, metrorràgia i epigastràlgia.

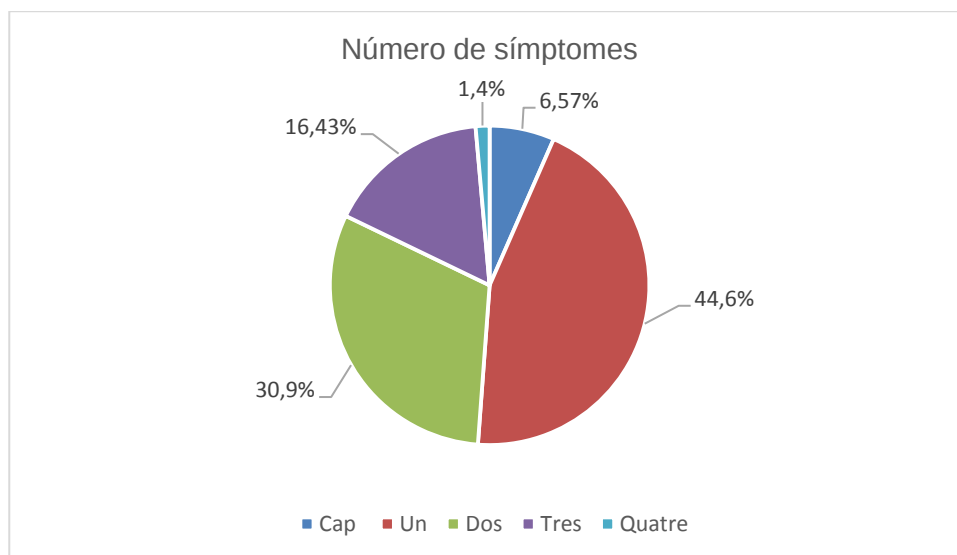


Gràfic 7. Síntomatologia.

X: Síntomes

Y: Número de pacients

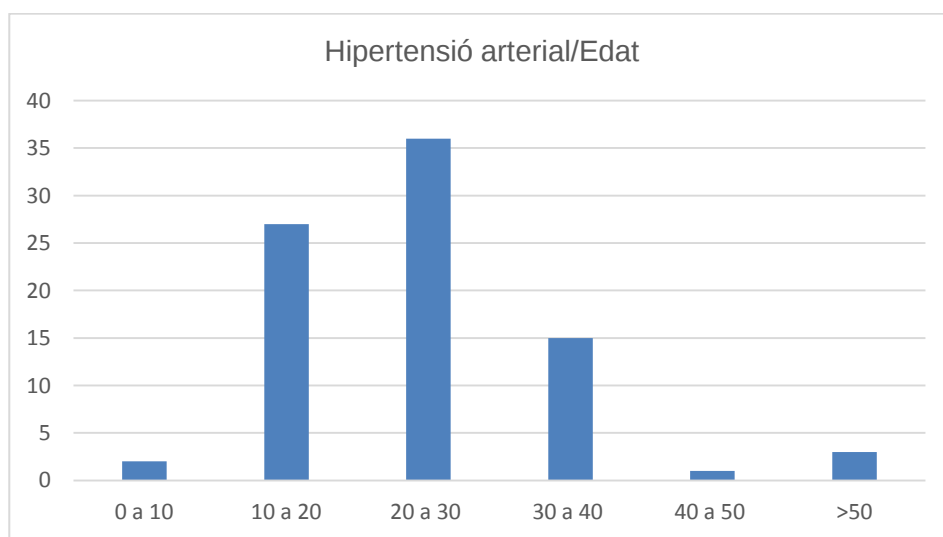
Per poder analitzar el número de símptomes que presentava cada pacient al venir al dispensari mèdic s'han prescindit d'aquells que acudien per revisió mèdica/ginecològica o per control de la tensió arterial. S'ha observat que un 6,57% dels pacients que assisteixen al dispensari venen sense cap simptomatologia. La gran majoria, el 44,6%, tenen un símptoma. El 30,9% presenta dos símptomes. El 16,43% en té tres. I per últim, només un 1,4% acut amb quatre símptomes.



Gràfic 8. Número de símptomes.

S'ha volgut estudiar en quina franja d'edat es troben els símptomes més comuns, entre ells: la hipertensió arterial, la cefalea i l'amenorrea; i el sexe on predominen més. Per tal de dur a terme aquest anàlisi s'ha apartat a aquells pacients que se'n desconeixia l'edat i el gènere. Pel que fa la hipertensió arterial, sent el símptoma més incident, s'ha vist que la franja d'edat entre els pacients que més assisteixen al dispensari mèdic amb la tensió

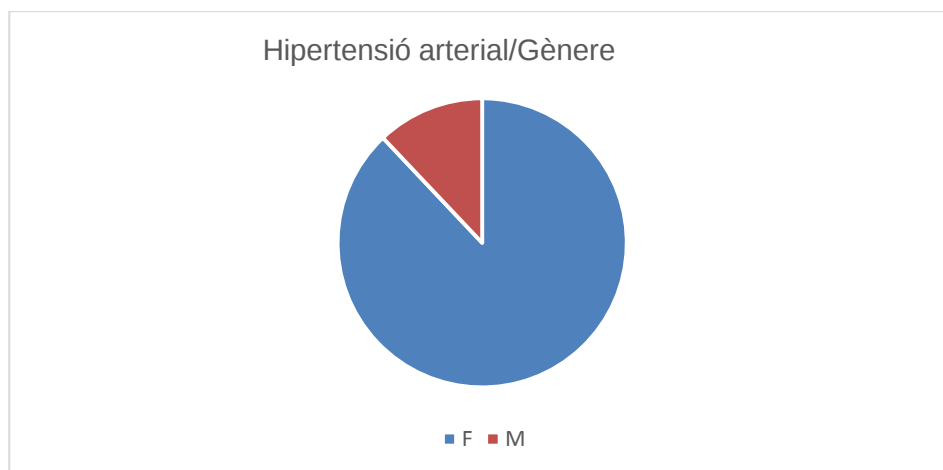
alta són aquells d'entre 20 i 30 anys. Dels 84 casos totals estudiats, 36 pacients presentaven hipertensió arterial, per tant el 42,85%. També s'ha apreciat que 27 casos, representant un 32,1% dels pacients tenen entre 10 i 20 anys. El grup d'edat amb menys simptomatologia d'hipertensió és entre els 40 i 50 anys, amb només 1 cas (veure gràfic 9). S'ha apreciat una clara diferència d'afectació entre dones i homes. Dels 84 casos, el 86,9% (73 casos) eren dones i el 13,1% eren homes (11 casos) (veure gràfic 10). A més a més, també s'ha investigat de les 73 dones amb hipertensió, quines estaven embarassades. S'ha vist que més de la meitat, 41 dones de les 73 presentaven hipertensió arterial durant l'embaràs, és a dir, un 56,2% (veure gràfic 11).



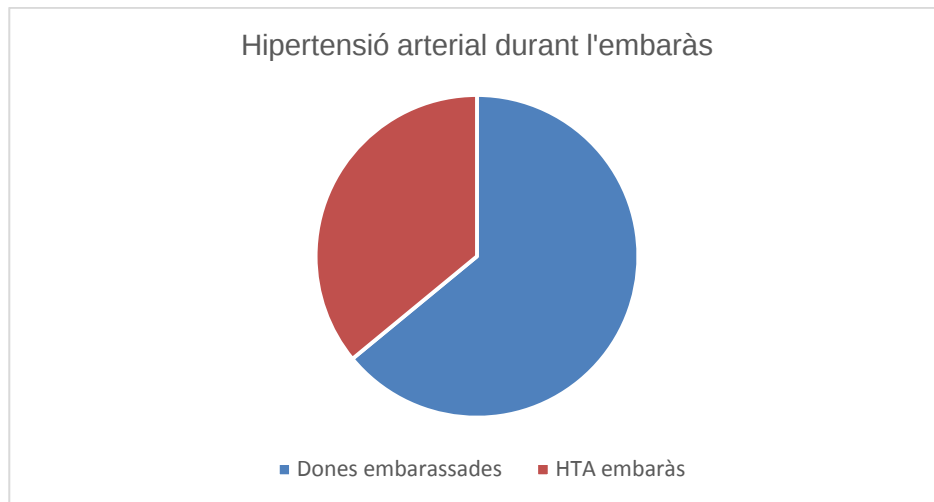
Gràfic 9. Hipertensió arterial en funció de l'edat.

X: Franja d'edat

Y: Número de pacients amb hipertensió arterial

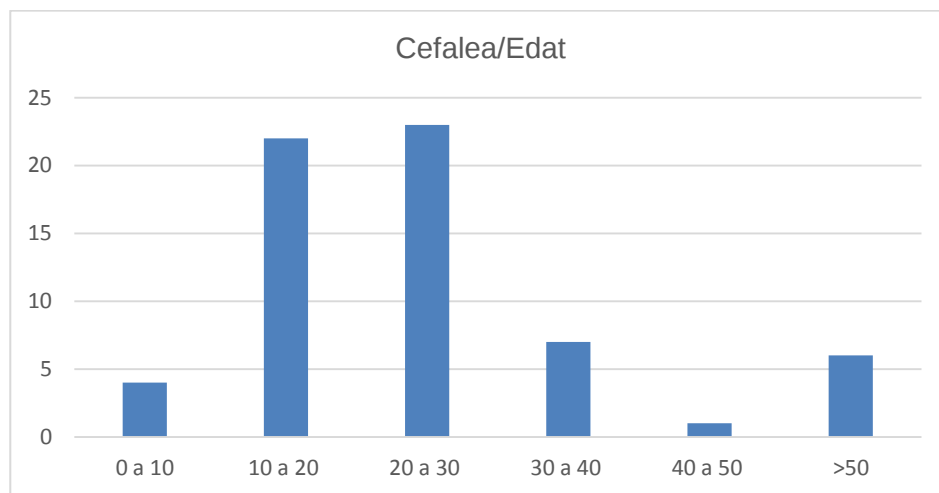


Gràfic 10. Hipertensió arterial en funció del gènere.



Gràfic 11. Hipertensió arterial durant l'embaràs.

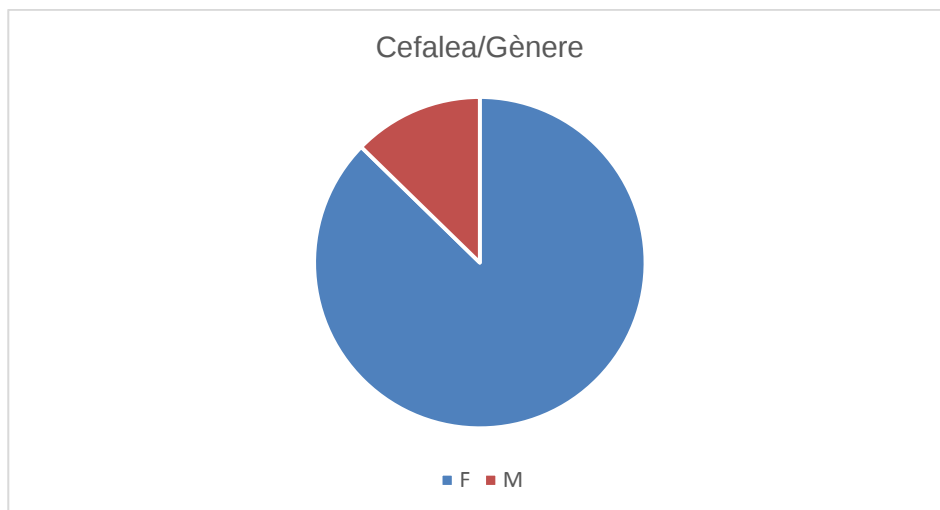
Estudiant el segon símptoma amb més afectació: la cefalea, s'ha comprovat que la franja d'edat de pacients d'entre 20 i 30 anys també és el que té més incidència, amb un percentatge del 36,5% (23 casos de 63 totals). La franja d'entre 10 i 20 anys presenta tant sols un pacient menys respecte la franja d'entre 20 i 30, assumint doncs un 34,9% dels pacients. El grup d'edat amb menys afectació de cefalea és també entre els 40 i els 50 anys, amb només 1 cas (veure gràfic 12). Pel que fa el gènere, es torna a veure una clara preferència cap al sexe femení, afectant 55 dones (el 87,3%), i 8 homes (el 12,7%) (veure gràfic 13).



Gràfic 12. Cefalea en funció de l'edat.

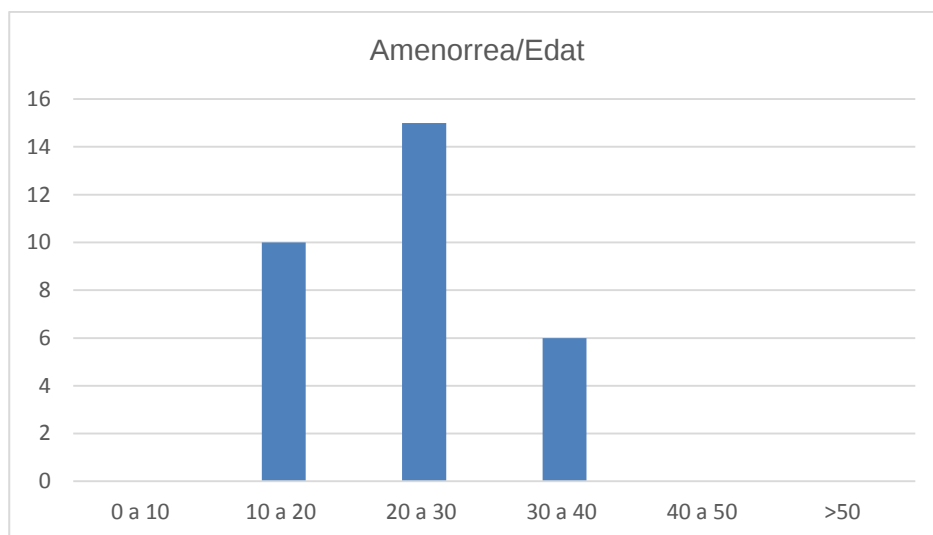
X: Franja d'edat

Y: Número de pacients amb cefalea



Gràfic 13. Cefalea en funció del gènere.

L'últim símptoma estudiat ha sigut l'amenorrea. Dins l'estudi s'han inclòs totes les dones embarassades i aquelles que no ho sabien però finalment ho van ser. També s'ha pogut veure que la franja d'edat amb més afectació és entre els 20 i 30 anys, amb un total de 15 casos respecte 31, per tant un 48.4%. El segon grup d'edat ha estat entre els 10 i 20 anys, amb un total de 10 pacients, per tant un 32,3%. Només 6 casos de dones entre 30 i 40 anys van assistir al dispensari mèdic amb amenorrea, i cap dona de 0 a 10 anys, d'entre 40 i 50 o major de 50 va presentar aquesta simptomatologia. Per altra banda, comentar que dels 31 casos estudiats, el 100% eren dones, de les quals 2 no estaven embarassades i 29 si. D'aquestes el 72,4% sabia que ho estava (21 casos) i només el 27,6% no ho sabia (8 casos).

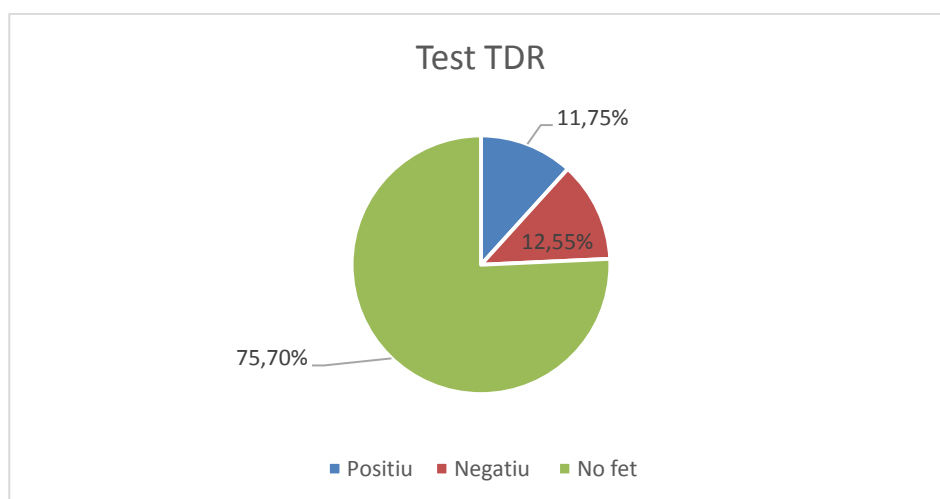


Gràfic 14. Amenorrea en funció de l'edat.

X: Franja d'edat

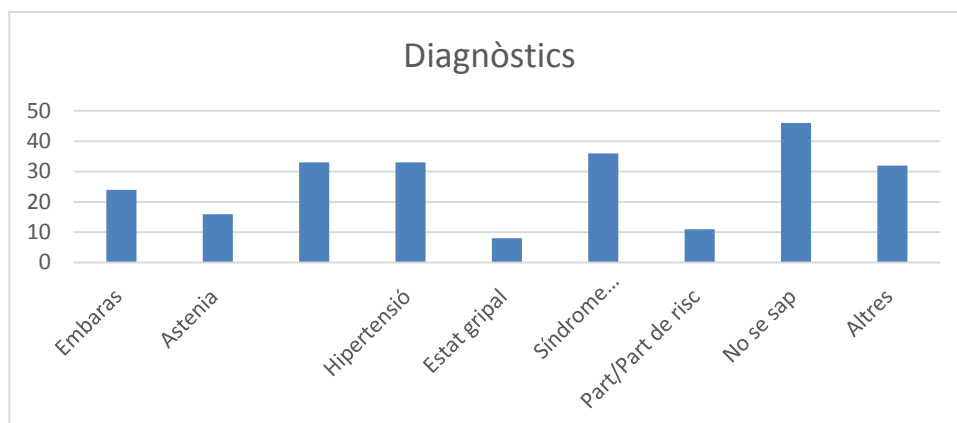
Y: Número de pacients amb amenorrea

Una altre variable enregistrada al registre de pacients del dispensari és la realització o no del test TDR (Test de Ràpid Diagnòstic), que s'utilitza fonamentalment per diagnosticar paludisme/malària. Per estudiar aquesta dada, s'han agafat els 239 pacients que van venir al dispensari durant els 7 mesos. S'ha vist que d'aquests, 181 no s'havien fet la prova (75,70%) i 58 sí (24,30%). Dels que sí, es pot apreciar com el 11,75% és positiu (28 casos) i el 12,55% és negatiu (30 casos).



Gràfic 15. Test de Ràpid Diagnòstic.

S'han analitzat el tipus de diagnòstics més comuns i s'ha comprovat que en molts casos segons la simptomatologia que presenten els pacients no és possible donar un diagnòstic exacte. En concret dels 239 pacients que van visitar el dispensari durant els mesos enregistrats, de 46 no es va saber identificar un diagnòstic precís, per tant un 19,25% presentaven diagnòstic desconegut. Per altra banda, s'ha vist que hi ha 36 pacients diagnosticats com a síndromes infecciosos (un 15%). Dos diagnòstics també comuns són: la hipertensió arterial i la revisió mèdica/ ginecològica amb 33 casos cadascun (13,8%). També ens trobem amb diversos diagnòstics de difícil classificació que els hem anomenat "altres" que representen un 13,4% (32 casos). En total trobem 24 casos de dones que se les ha diagnosticat com a embarassades. Finalment els que tenen una taxa d'afectació més baixa són: l'astènia física amb un total de 16 casos (6,7%), els parts o parts de risc amb 11 casos (4,6%) i l'estat gripal amb 8 casos (3,35%).

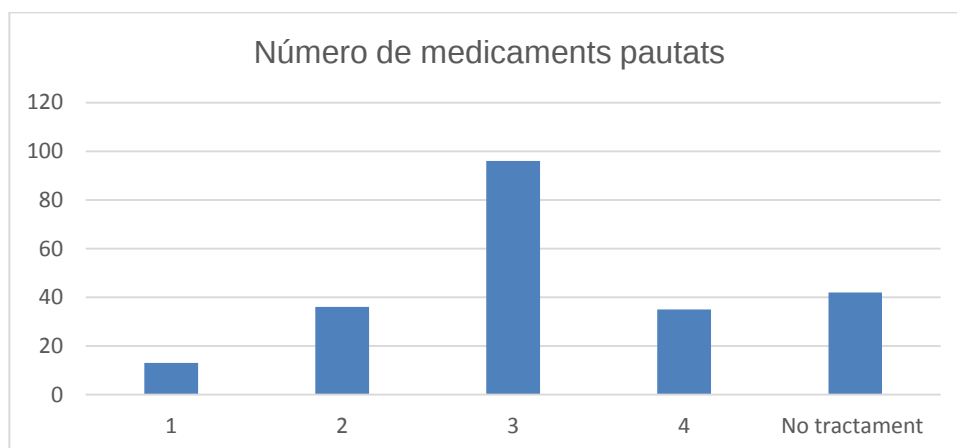


Gràfic 16. Diagnòstics.

X: Diagnòstic

Y: Número de pacients

Pel que fa els tractaments que s'administren al dispensari mèdic, hem observat que el número de medicaments més pautats en pacients són 3. Dels 239 pacients, 96, és a dir, el 40,2%, se'ls hi van administrar tres tipus de teràpia diferent. Per altra banda, també hem vist que hi ha pocs pacients amb tant sols una pauta de medicació. Dels 239, només 13 (5,5%). Amb 2 pautes, 36 de 239 (15,1%), i amb 4, 35 de 239 (14,6%). Finalment, hem comprovat que hi ha pocs pacients que no reben cap tipus de tractament, tot i que dins aquest grup hem exclòs a aquells que estaven en observació, ja que no sabíem si se'ls hi havia administrat medicació o no. En concret, un 24,6% dels pacients, 42 de 239, no s'ha registrat cap tipus de tractament.



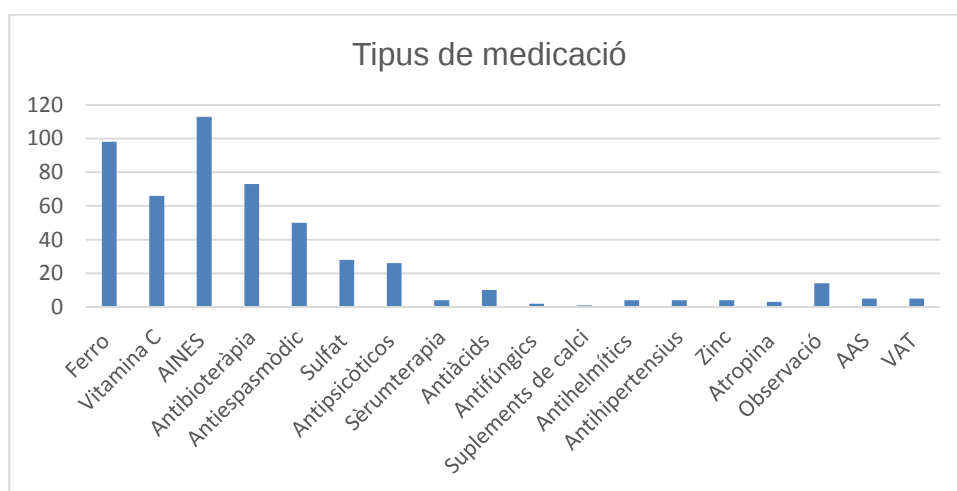
Gràfic 17. Número de medicaments pautats.

X: Número de medicaments pautats

Y: Número de pacients

A nivell de medicació, es va analitzar quina era la més comuna i els resultats obtinguts van ser: en primer lloc els AINE's que van ser pautats a 131 dels 239 pacients. El més utilitzat és el Paracetamol, administrat a un total de 81 pacients, després l'Ibuprofè administrat a 31, el Naproxè i la Codeína, pautat a tant sols un pacient i l'Aspirina

receptat a 5 persones. Seguidament, també es va veure que en molts pacients se'ls hi pauten suplementos nutricionals. El més comú és el ferro, que es va donar a 98 de 239 pacients, la vitamina C, pautada a 66 pacients, el sulfat administrat a 28, el calci a un pacient i el zinc a 4 persones. Per altra banda, també s'ha observat que un total de 73 pacients van rebre antibioteràpia. Els antibiòtics més utilitzats són: Amoxicil·lina, Gentamicina, Metronidazol, Cotrimoxazol i Ampicil·lina. Una altra família de fàrmacs utilitzats són els antiespasmòdics. El més comú és l'Spasfon, que va ser receptat a 50 pacients. També els antipsicòtics, com l'Abilfy, administrat a 26 pacients. I els antiàcids, com el Gastrogel, a 10 pacients. Seguidament, es va comprovar que 14 pacients estaven en observació després de ser visitats, dels quals no sabem si van rebre algun tipus de teràpia medicamentosa. Finalment, hi ha pocs pacients que han rebut algun altre tipus de medicaments entre ells: sèrum teràpia (4 persones), antifúngics (2 persones), antihelmíntics (4 persones), antihipertensius (4 persones), l'Atropina (3 persones) i la Vacuna Antitetànica (5 persones).



Gràfic 18. Tipus de medicació.

X: Tipus de medicament administrat

Y: Número de pacients

Formulació integral del diagnòstic de salut

Resum executiu

Aquest document es tracta d'un informe quantitatiu i qualitatiu de l'estat de salut de la població de Darou Salam Typ a la regió de Touba, Senegal, Àfrica de l'any 2019. La seva funció principal és conèixer les necessitats que té la població a nivell d'estat de salut, a través de la convivència i la participació en la comunitat, i d'aquesta manera proposar actuacions prioritàries i aportar nous recursos. Està dirigit a tots els professionals sanitaris que treballen al centre mèdic, als treballadors dels diferents serveis del territori com l'alcalde i els professors de l'escola d'educació infantil i primària, i finalment al conjunt de la població.

Com és la població tractada?

La població total de la zona rural de Darou Salam Typ és de 6500 habitants aproximadament. Aquesta destaca per tenir una distribució d'edat més aviat jove, per sota dels 25 anys. També es caracteritza per presentar una prevalença major de dones que d'homes.

El nivell socioeconòmic de la comunitat és baix. Gran part de la població adulta no té estudis ni cap tipus de formació acadèmica. Pel que fa els infants, l'educació és obligatòria des dels 3 fins als 16, i tots ells tenen dret al seu accés a través d'una inscripció econòmica anual, tot i que existeix un percentatge elevat d'abandonament precoç degut a l'escassetat d'ingressos econòmics familiars i la necessitat d'inic precoç al món laboral. La funció principal de la dona sol ser tenir fills (una mitja d'entre 4-5) amb una edat prematura, normalment als 15 anys, criar-los i anar al mercat en busca d'aliments bàsics i aigua. Per altra banda, l'home és la figura de la família que treballa per aportar diners a casa. Els principals sectors de la zona són l'agricultura i la ramaderia, no obstant algunes persones també es dediquen al comerç d'aliments i productes artesans. La taxa d'ocupació de la comunitat és alta, degut a la necessitat d'aportar uns ingressos mínims a casa. La mitjana d'ingressos mensuals d'una família sol ser uns 30 euros al mes, és a dir, un euro al dia.

Respecte la religió, veiem que la gran majoria de persones que formen la comunitat són creients. La més predominant és la musulmana, no obstant en coexisteixen d'altres com la cristiana. La comunitat està organitzada en diferents nivells socials. El seu màxim representant n'és el Marabú, que té la funció d'alcalde, és a dir, administrativa, gestora i organitzadora. A més a més, és el portaveu d'Alà i apart la societat també creu que

disposa d'altres virtuts sobretot espirituals. Dins la religió també destaca una altra figura important, el Khalifa, considerat el màxim exponent de la religió musulmana.

A nivell social, una de les activitats més habituals en tots els grups d'edat de la comunitat és l'oració, independentment de la religió a la que es pertany. Sol ser una ocasió de reunió entre tots els membres de la família i de celebració amb menjar típic i beguda. Usualment solen reunir-se els diumenges, encara que la resta de dies de la setmana, quan han finalitzat la seva activitat laboral, també es comú agrupar-se amb els amics per prendre te. En el cas dels infants, s'ha observat que durant el seu temps lliure ajuden als adults en les labors de casa i es reuneixen amb els altres nens per jugar al carrer.

Degut a l'alt percentatge de població creient l'estat civil predominant és casat. En el cas dels musulmans, els homes poden tenir fins a un màxim de quatre dones, tot i que lo més habitual és dues. Aquestes solen conviure dins la mateixa casa però en habitacions separades.

Pel que fa les costums alimentàries, la seva alimentació es basa principalment d'aliments extrets de les collites com el cous-cous i l'arròs. A més als mercats també es poden comprar animals o peix provinent de zones de costa, tot i que els preus són elevats i no tots els ciutadans s'ho poden permetre. No hi ha una gran varietat culinària. El seu àpat principal és el dinar. I una de les característiques durant les menjades és que no utilitzen coberts; la costum és menjar amb les mans.

Com és l'entorn físic?

La comunitat de Darou Salam Typ es troba a la regió de Diourbel, situada a la part interior de Senegal. La ciutat més propera és Touba, que està a mitja hora en cotxe, aproximadament. L'accés al poblat és dificultós, ja que en alguns trams no hi ha carreteres i en altres que sí, aquestes no estan asfaltades. La comunitat destaca per presentar infraestructures bàsiques. Els habitatges són cabanyes petites construïdes amb un material fet a través de la barreja de fang i palla. No tenen accés a aigua corrent ni electricitat, i tampoc disposen de lavabo ni dutxes. En cadascuna d'elles hi sol viure una família. Al poblat n'hi ha un total de 25. Només aquells ciutadans d'una classe social més alta tenen accés a habitatges amb millors condicions com per exemple amb l'opció d'utilitzar ciment per a la seva construcció i amb disponibilitat de finestres, portes, aigua corrent, electricitat i banys. Una de les característiques principals és que la majoria d'habitatges disposen d'una zona habilitada com a corral. Com a cultura és típic comprar animals als mercats, per exemple gallines i ovelles, per alimentar-los durant un temps i

després menjar-se'ls. A més, moltes famílies utilitzen els burros com mètodes de transport.

El poblat té una distribució senzilla, ja que està construït enmig de la carretera principal, i per tant s'ha anat edificant a banda i banda d'aquesta. Disposa de diferents serveis com una botiga on venen productes alimentaris, una panaderia i un petit dispensari mèdic situat just al costat de la casa del infermer format per un total de 9 sales: la consulta d'infermeria, la consulta de la matrona, una sala polivalent, una sala de cures, una sala d'espera, una farmàcia, una sala de parts i una de post part i unes dutxes. A més, davant del dispensari hi ha l'escola d'infantil i primària amb un gran pati, i darrere la d'educació secundària amb un camp de futbol. Finalment, al centre de la plaça principal hi ha una mesquita.

Senegal destaca per tenir un clima tropical amb temperatures elevades durant tot l'any d'entre 26 i 30 graus, amb un lleuger increment en les zones d'interior com és el cas. Presenta dues estacions, una seca, entre novembre i juny, i una plujosa, entre els mesos de juny i octubre, tot i que amb petites variàncies des del inici del canvi climàtic.

Quins hàbits de salut té la població?

Dividim els hàbits de salut en diferents pilars importants: l'alimentació, la hidratació, l'activitat física, els hàbits tòxics, la higiene, el descans i la salut mental:

- L'alimentació destaca per ser poc variada i poc equilibrada. Hi ha elevades taxes de desnutrició que es poden explicar a través de les carències nutritives proteiques i vitamíniques que caracteritza les seves dietes. Aquest fet es dona sobretot durant la infància i en dones embarassades que requereixen un augment del seu suport nutritiu habitual.
- El poblat no disposa d'aigua potable. A la plaça principal hi ha construït un pou d'aigua d'on les famílies omplen les garrafes. El consum d'aigua no tractada que es troba en condicions inadequades fa que molta part de la població pateixi de malalties gàstriques com la epigastràlgia. A més, el baix consum d'aigua i les altes temperatures del país expliquen molts casos de deshidratació.
- Pel que fa l'activitat física, en el cas dels infants no hi ha unes rutines establertes i tampoc es practica com a assignatura dins el currículum escolar. Tot i això, el nivell d'activitat física és alt, ja que la gran part de temps lliure se'l passen al carrer jugant. Comentar que un dels esports més practicats és el futbol. Per altra banda, pel que fa els adults, si que destaca el sedentarisme. Degut a l'alta càrrega de feina no és costum practicar esport durant les estones lliures, ja que

solen aprofitar per descansar i fer vida social. A més, les altes temperatures tampoc motiven a fer-ho.

- Els hàbits tòxics no són molt habituals en la cultura. De fet, durant la nostra estada vam veure poques persones fumadores, segurament per l'elevat cost que implica el vici. Pel que fa l'alcohol, en la cultura musulmana està prohibit el seu consum, en canvi no en la cristiana, tot i que no hi ha elevades taxes d'alcoholisme i només se sol beure durant celebracions.
- Els hàbits higiènics són escassos degut a la falta de dutxes i lavabos a les cases, fet que suposa, sobretot en les dones, major incidència d'infeccions genitourinàries. També com a cultura tenen costums diferents, com per exemple la higiene bucal la realitzen amb una espècie de pal de fusta, ja que no disposen de raspalls de dents.
- El ritme de vida de la població és lent i tranquil. El nivell d'estrès i ansietat de la comunitat és baix, implicant doncs una salut mental positiva. De fet, durant la nostra estada cap pacient va assistir al dispensari mèdic amb símptomes o antecedents d'algun tipus de malaltia mental com ansietat i/o depressió. Comentar que en cas dels professionals sanitaris, sí que vam identificar nivells alts d'estrès i de falta de son degut a l'elevada carrega de feina que tenen.

Quin és l'estat de salut de la població?

Per tal d'explicar l'estat de salut de la població senegalesa utilitzem els següents indicadors de salut: la mortalitat, la natalitat, la morbiditat i la qualitat de vida.

El sistema sanitari senegalès està format per dos sectors: el privat, que és de pagament, i el públic i/o Seguretat Social, que només és gratuït per aquelles persones que són funcionaries, és a dir, que treballen per l'Estat. Fa poc ha sorgit una nova llei que ofereix assistència gratuïta per infants menors de 5 anys i escolaritzats, dones embarassades i persones majors de 65. La resta, pot ser atès realitzant un copagament simbòlic, però tot i així hi ha una gran part de la població que es veu discriminada perquè no té els ingressos suficients per pagar-ho i per tant se'ls hi vulnera el dret a l'accés a una sanitat. A més, la baixa dotació pressupostària que l'Estat ofereix a la sanitat no és suficient per satisfer tots els recursos necessaris. Això i l'escassetat de recursos fa que la taxa de mortalitat del país sigui alta, deixant sense tractament malalties curables i/o controlables. L'esperança de vida de la població senegalesa és baixa. L'any 2018 en les dones era de 69,4 anys i en els homes de 65,39.

Per altra banda, la taxa de natalitat de la comunitat és alta, ja que, tal i com s'ha comentat anteriorment, com a cultura la mitjana de fills d'un matrimoni senegalès és de 4-5. A través de recerca bibliogràfica s'ha vist en alguns estudis que Senegal presenta un augment del 2,5% en la seva població anual. Tot i això, s'aprecia que la taxa de mortalitat maternoinfantil és una de les més altes, degut a la falta de recursos i de condicions antisèptiques existents durant els parts.

La mitjana de pacients diaris que acudeixen al dispensari mèdic de Darou Salam Typ és de 15, tot i que va en funció del dia. Remarcar que dins aquest nombre de pacients no queden comptabilitzades aquelles que acudeixen a la consulta de la matrona, que normalment supera als que es visiten a la consulta d'infermeria. Durant la nostra intervenció com a cooperants vam veure que cada dia assistien molts pacients amb diversa simptomatologia i diferents patologies i només un 6,57% no presentava símptomes o venia per revisions mèdiques/ginecològiques. Així doncs, s'entén que la taxa de morbiditat és elevada perquè hi ha un gran nombre de pacients amb un estat de desequilibri i/o malaltia.

Les condicions de vida de la població són precàries. Les necessitats més bàsiques com l'alimentació, la hidratació, la higiene i el descans confortable no estan cobertes, i per tant la qualitat de vida poblacional és baixa.

S'ha observat que les malalties més comuns són les infeccioses amb un percentatge d'afectació del 15% de la comunitat. Entre elles destaquen la tuberculosi, el SIDA/VIH, la febre tifoide i la malària/paludisme. A més, les malalties cròniques com la hipertensió arterial també tenen una gran incidència en la població.

Quin ús fa la població dels serveis de salut?

Culturalment, hem comprovat que degut a la influència del concepte de procés de salut-malaltia que té la comunitat, les persones no solen utilitzar en excés els serveis del dispensari mèdic. És cert que aquest normalment està ple, però tots els pacients que hi acudeixen ho solen fer en cas d'urgència. Els infants i les dones embarassades són el grup d'edat que hi va amb més freqüència.

S'ha observat que la medicina tradicional té un paper important en la seva cultura, sobretot en la gent gran. Molts assisteixen al marabú, considerat el curander del poblat, per tractar els casos de malaltia.

Finalment, també s'ha vist que confien més en la medicina occidental que no en la seva, ja que consideren que té més valor i és més bona.

Discussió

En referència a la hipòtesi plantejada al inici del treball hem pogut comprovar com un diagnòstic de salut comunitari és útil i efectiu com a eina de salut per a conèixer la situació, les necessitats, l'estructura de salut i les malalties més comuns a una comunitat rural senegalesa. Aquesta afirmació es validada gràcies als resultats obtinguts de l'anàlisi mixt de les dades quantitatives i qualitatives.

Els aspectes més rellevants del nostre treball d'investigació es relacionen amb la capacitat de lideratge de la figura d'infermeria en el món rural ja que, com s'ha vist, els centres de salut estan dirigits de forma autònoma pel personal d'infermeria. Aquestes figures tenen competències no definides en el nostre entorn com poden ser: la responsabilitat diagnòstica de malalties infeccioses, intervencions menors de cirurgia menor i la prescripció farmacèutica de qualsevol grup terapèutic. Com a suggeriment en un anàlisi posterior, caldria observar les diferències entre els diferents models formatius.

També, el diagnòstic de salut ha estat una eina que ha permès identificar moltes de les necessitats o mancances que una comunitat rural senegalesa pot tenir, tant a nivell d'estructura de salut com de comunitat. Entre aquestes necessitats, cal destacar aquelles que els mateixos professionals sanitaris han mencionat, primerament a nivell comunitari com: la creació d'una residència pels estudiants d'altres poblats i pels professors, la necessitat d'una biblioteca i d'una sala d'ordinadors; i a nivell d'estructura sanitària: un mètode de gestió dels residus sanitaris, material fungible o equipament mèdic.

S'observa que el dispensari mèdic de Darou Salam Typ pertany al sector públic del sistema sanitari senegalès, caracteritzat per l'existència d'un copagament simbòlic per accedir-hi, fet que discrimina aquella part de la societat més empobrida que no s'ho pot permetre. A més a més, veiem un clar interès per part de la societat per a la medicina tradicional, cosa que està totalment influenciat per la cultura predominant de la comunitat i les seves creences. El dispensari mèdic conta amb un total de 5 treballadors, entre ells: l'infermer, la matrona, el farmacèutic, l'auxiliar i personal venedor de tiquets, identificant la falta d'una figura important com la del metge. Cadascú té unes tasques establertes, no obstant s'aprecia la figura d'infermeria com la principal gestora i organitzadora del dispensari mèdic, assolint totes les tasques d'infermeria i inclús competències de medicina. Això suposa treballar sota unes condicions de pressió existencial i sobrecàrrega de feina que dona lloc a un gran esgotament físic i mental i un desinterès per treballar en les zones rurals.

També s'ha vist que el dispensari mèdic de Darou Salam Typ presenta varies carències entre elles: falta de recursos materials sanitaris i de gestió de residus, infraestructures ineptes i baixa dotació pressupostària envers la sanitat. Això implica que l'assistència sanitària que s'ofereix sigui de baixa qualitat, impeding el diagnòstic i tractament de diverses patologies i per tant la necessitat de derivar a alguns pacients inassolibles a centres sanitaris amb més recursos, però allunyats de la zona, cosa que compromet la seva vida. Tot i que la comunitat està recolzada per diverses associacions no governamentals estrangeres, l'ajuda segueix sent insuficient per satisfer les necessitats bàsiques de la població com són l'accessibilitat a una atenció de salut per a tots els individus de la societat.

Per altra banda s'han identificat les malalties més comuns que són per una part les malalties infeccioses, com el paludisme/malària, la tuberculosi, el VIH/SIDA i la febre tifoide. Aquestes afecten a un 15% de la societat. S'ha identificat la necessitat de que l'Estat inverteixi més en sanitat i educació, ja que d'aquesta manera hi hauria un major control, la seva taxa d'afectació disminuiria i per tant també la taxa de mortalitat. Per altra banda, les malalties cròniques també tenen una gran afectació, com la hipertensió arterial, amb un percentatge del 13,8%. En aquest cas, s'ha observat que les costums i el seu estil de vida tenen una gran influència sobre aquestes, sobretot pel que fa el tipus de menjar i l'hàbit de prendre te. Estudis previs sobre malalties infeccioses, com el MSAS, s'aprecia com coincideix que aquesta tipologia de malalties són les més comuns a la comunitat senegalesa. Seria interessant conèixer l'estacionalitat de les malalties en posteriors estudis.

Cal destacar també que les franges d'edat que més han fet ús dels serveis sanitaris del dispensari de Typ durant la nostra estada, segons les dades quantitatives, són les que es troben entre els 20 i 30 anys a diferència del que ens trobem a nivell espanyol on els grups amb major freqüentació dels serveis sanitaris es troben entre el 80 i 89 anys. Aquest fet pot ser explicat per la presència de la medicina tradicional, molt present a la cultura senegalesa sobretot entre la gent gran i, també, per la quantitat de persones grans a la comunitat de Typ, les quals segons el que hem pogut observar a les entrevistes són un grup molt reduït ja que "la població senegalesa és jove". Caldria aprofundir des d'una perspectiva antropològica sobre l'ús de la medicina tradicional a les comunitats rurals de Senegal.

Pel que fa al concepte de salut-malaltia hem pogut observar com la cultura té un pes molt important en la comprensió de les malalties i de com aquestes afecten a l'individu.

Tenint en compte la presència de la medicina tradicional relacionada amb la religió, les malediccions o els esperits podríem dir que la malaltia a nivell de comunitat s'entén d'una forma més espiritual i no relacionada amb les causes fisiològiques més relacionades amb la medicina científica. A mode d'exemple, durant la nostra observació participant hem pogut veure que la presència de *djune* (esperit maligne) és fa present a les nits, fet que fa que en aquestes franges horàries les persones no es dirigeixin amb la mirada les unes amb les altres, i tampoc s'acostin als *BaoBaps* (arbres sagrats).

Un altre aspecte de la cultura a tenir en compte són els hàbits alimentaris. La cultura senegalesa basa la seva alimentació en productes com cous-cous i arròs, amb una carència proteica i vitamínica important. A més, l'alimentació també depèn molt de la collita, que va en funció de l'època de l'any, cosa que suposa períodes de gana.

A més a més, a nivell religiós, existeixen diferències les quals podrien indicar una major incidència d'algunes malalties segons les creences religioses, es a dir: els senegalesos que són cristians, religió minoritària, acostumen a celebrar algunes festes amb gran presència d'alcohol, a diferència dels senegalesos musulmans, els quals no en beuen; aquest fet podria explicar elevades taxes d'alcoholisme en determinades regions així com una major incidència de malalties hepàtiques entre la comunitat cristiana.

En referència a les limitacions durant la realització el nostre treball d'investigació, podem començar per l'anàlisi de les dades qualitatives, ja que ha estat complicat la transcripció de la informació per la barrera idiomàtica ja que, tot i que el guia parlava el castellà de forma molt fluida, moltes vegades es perdia informació a les interpretacions que realitzava perquè havia de resumir aquesta. A més a més, en un primer moment la idea principal del treball no va ser la realització d'un diagnòstic de salut sinó la creació d'un mètode de gestió de residus ja que aquest era un dels aspectes que la ONG GADIS creia necessari per a millorar la qualitat de vida dels ciutadans de Typ. Aquest fet va donar lloc a poca especificitat en les preguntes realitzades a les entrevistes i als aspectes d'anàlisi dels diaris de camp. També, cal afegir que a la part quantitativa voldríem haver realitzat un estudi molt més exhaustiu però l'escassetat de les dades recollides no ens va permetre fer més que un anàlisi descriptiu d'alguns paràmetres de la comunitat, així doncs el nivell de confiança dels resultats s'ha vist reduït degut a l'escassetat de la mostra en relació a la població de Typ.

En el cas de les limitacions personals que ens hem trobat, ha estat la primera vegada que realitzem un treball d'investigació a aquesta escala amb l'afegit d'una metodologia mixta la qual ha creat molts moments d'atur en l'avanç de la investigació. També a nivell

cultural ens hem trobat amb una experiència nova en la qual hem hagut d'abandonar molts dels nostres prejudicis per a que aquests no afectessin a la investigació i als resultats derivats de l'anàlisi del treball.

Conclusions

Considerem la cooperació internacional com un instrument eficaç que permet donar a conèixer i conscienciar de la realitat en que viuen molts grups de persones vulnerables. Aquesta situació moltes vegades es veu llunyana i passa desapercebuda. A través de formació i accions de voluntariat es pretén lluitar per aconseguir un món més just i igualitari i evitar l'exclusió i marginació de drets humans en funció de diverses categories com poden ser motius d'origen, raça, sexe i creences político-religioses.

El treball del cooperant és multidisciplinari i de lliure accés, però els estudiants de ciències de la salut i els professionals sanitaris tenen un rol protagonista i clau en les seves tasques. Constitueixen un factor decisiu en la sensibilització de la societat per tal de promoure i incrementar les missions cooperants. Creiem que la cooperació internacional és una experiència única, positiva i enriquidora, tant a nivell professional com personal. Per una banda, t'ofereix l'oportunitat d'adquirir nous coneixements i habilitats completament adaptades a l'entorn de treball i, per altra, t'obra nous horitzons i diferents percepcions de veure el món.

La multiculturalitat que caracteritza el nostre món contemporani implica que no sempre resulti fàcil oferir una assistència sanitària parcial i de qualitat. Com a cooperants sanitaris és necessari abandonar els prejudicis i adoptar una actitud oberta. Un bon mètode per aconseguir-ho és aplicant-se el concepte d'infermeria transcultural de la teoria de Madeleine Leininger, en la que referència la importància d'ajustar els nostres cuidatges infermers segons la cultura amb la que es col·labora. Tant sols entenent les seves creences, costums i tradicions podrem oferir una atenció mèdica plena basada en la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la intervenció, tractament i rehabilitació. També és fonamental identificar i analitzar el paper i la funció d'infermeria en la regió d'actuació, ja que ens determinarà i ens guiarà en les nostres accions i activitats. A més a més, com a cooperants hem vist la necessitat de treballar conjuntament amb la comunitat per obtenir i conservar els progressos de manera satisfactòria.

Per tal d'assolir-ho, trobem apropiat la realització d'un diagnòstic de salut comunitari. A través de la convivència i la participació dins d'una determinada societat juntament amb la combinació de l'anàlisi mixt, tant de tipologia qualitativa com quantitativa, elaborem un diagnòstic de salut comunitari complet, mitjançant el qual s'identifiquen les necessitats de la població, els punts de millora i les fortaleeses que poden actuar com a agent de canvi

dins d'un determinat sistema de salut, els recursos dels que disposen per dur-ho a terme i les seves limitacions. Amb l'actual investigació s'ha recopilat informació sobre la gestió i el maneig de la comunitat de Darou Salam Typ, a la regió de Touba, Senegal (Àfrica). S'han valorat els dèficits que presentava per posteriorment deixar oberta la investigació per a que qualsevol interessat procedeixi a la redacció de futures propostes de millora.

Com a estudiants d'infermeria i futurs professionals sanitaris creiem que aquest diagnòstic de salut pot ser al inici d'un projecte sanitari que contribueixi a disminuir la precarietat i misèria que caracteritza la regió de Darou Salam Typ, per tal d'aconseguir un món millor.

Cal destacar que la investigació ha sigut satisfactòria ja que creiem que aquesta pot ser útil per a la elaboració de nous treballs d'investigació o de projectes de col·laboració en el futur, ja que hem pogut aportar un petit informe de la situació en la que es troba la comunitat de Typ i quines son les mancances (elaborades de forma conjunta amb la comunitat) o necessitats sobre les quals es podria actuar posteriorment les quals podrien incorporar, no només professionals del món sanitari, sinó d'altres com l'arquitectura (creació d'una residència d'estudiants), l'enginyeria (sales d'ordinadors o la creació d'un circuit amb plaques solars) entre d'altres.

Finalment, creiem que aquest projecte podria implicar la creació d'un pont de comunicació entre la comunitat de Typ i la Universitat amb la ONG GADIS com a enllaç per així aconseguir crear un projecte de col·laboració en el futur.

Bibliografía

1. Coleman P. La Declaración Universal de los Derechos Humanos. La censura Maquill las leyes contra el discurso del odio" amenazan la Libre expresión" [Internet]. 2019;(3):37–42. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/> (Consultado el 8 de septiembre de 2019).
2. Paranaguá de Santana J, Pires-Alves F. Desarrollo, Desigualdad y Cooperación Internacional en Salud [Internet]. Rio de Janeiro: *Associação Brasileira de Saúde Coletiva*, 2017;22(7):1. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n7/2094-2094/es/> (Consultado el 8 de septiembre de 2019).
3. Durán R. La universidad del siglo XXI se vuelca en el voluntariado [Internet]. El país economía, 2018. Disponible en: https://cincodias.elpais.com/cincodias/2018/10/13/companias/1539444873_657342.html (Consultado el 10 de septiembre de 2019).
4. Larrazabal R. Aumenta un 30% los proyectos de voluntariado de universidades españolas según la Fundación Mutua Madrileña [Internet]. Todo Fundaciones, 2018 Disponible en: <https://todofundaciones.es/2018/10/09/aumenta-un-30-los-proyectos-de-voluntariado-de-universidades-espanolas-segun-la-fundacion-mutua-madrilena/> (Consultado el 10 de septiembre de 2019).
5. Rohrbach Viadas, C. Historic perspectives from anthropology. Reflections proposed to Transcultural Nursing. 2015;33(2):374–9
6. MSAS. Plan Strategique Sante Digitale 2018-2023 [Internet]. République du Sénégal: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. 2018; 1-44. Disponible en: <http://www.sante.gouv.sn/sites/default/files/plsantedigitale.pdf> biblio 13
7. PROSALUS. Estrategia de trabajo en senegal [2018-2021]. PROSALUS. Salud, agua, alimentación, 2018. 0–17.
8. Boni-Aristizábal A, Calabuig-Tormo C, Cuesta-Fernández I, Gómez-Torres M, Lozano-Aguilar J.F, Monzó-Balbuena J.M, et al. La cooperación internacional para el desarrollo. Calabuig-Tormo C. Gómez-Torres M. (editores) 3ª ed. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 2013 53(1): p.8-14, 93-97,119-122.
9. Scarlet D. GADIS: Grup d'Ajuda al Desenvolupament i la Salut. *J Chem Inf Model*, 2013; 53(9):3-5.
10. Muñoz F.J. La descolonización de Asia y África. El movimiento de los países no alineados. *Clio*. 2011; 0-37.

11. Hinojo A. África des de Occidente: una mirada sesgada [Internet]. CCCBLAB. 2016. Disponible en: <http://lab.cccb.org/es/africa-desde-occidente-una-mirada-sesgada/> (Consultado el 15 de septiembre de 2019).
12. Fernanda-Quintero D, Porrás D. Ponencia- influencia accidental en Sudáfrica [Internet]. La República sudafricana y su entorno: ICESI. 2006. Disponible en: https://www.icesi.edu.co/sudafrica/ponencias/influencia_occidental.htm (Consultado el 16 de septiembre de 2019).
13. MSAS. Plan national de développement sanitaire et social (2019-2028). République du Sénégal: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. 2016. p.16, 26-28.
14. Datosmacro. Senegal- Esperanza de vida al nacer [Internet]. Datosmacro: Expansión. 2017. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/senegal> (Consultado el 10 de septiembre de 2019).
15. MSAS. Plan Senegal Emergent [Internet]. République du Sénégal: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. 2014; p.31. Disponible en: https://www.sec.gouv.sn/sites/default/files/Plan%20Senegal%20Emergent_0.pdf
16. Ferreira-domingos I. Les mutuelle de Sante de la region de Diourbel et Thies. Senegal: InfoSure. p.5.
17. EcuRed. Senegal [Internet]. EcuRed Disponible en: <https://www.ecured.cu/Senegal#Historia> (Consultado el 20 de septiembre de 2019).
18. Wólof, una de las lenguas africanas de Senegal [Internet]. Literafricas: Simplemente literatura, 2014. Disponible en: <https://literafrica.wordpress.com/2014/01/17/otras-lenguas-otros-ambitos-2-wolof/> (Consultado el 20 de septiembre de 2019).
19. Programme de renforcement des systemes regionaux de surveillance de maladies (PRSRSM). Regional Disease Surveillance Systems Enhancement Project- REDISSE SENEGAL. République du Sénégal: SFG2131 V2. 2016; p.20.
20. Touré F. L'accès aux soins de santé au Sénégal: étude descriptive et exploratrice. Universiteit Gent: Faculteit Geneeskunde En Gezondheidswetenschappen. 2014-2015;1-69.
21. Abdoulaye W. Ministere de la Santé et de la Prevention. Plan National de Developpement Sanitaire (PNDS) 2009-2018. MSDP: Republique du Senegal. 2018; 0-86.
22. ANDS et ICF. International. Senegal: Enquête Continue sur la Prestation des Services de Sois de Santé (ECPSS) 2017. Rockville, Maryland, USA: ANSD et

ICF. 2017; p.7. Disponible en:
<http://www.ansd.sn/ressources/rapports/Rapport%20Final%20ECPSS%202017.pdf>

23. Martín F. Es Hora de actuar: informe de la Comisión Independiente de alto nivel de la OMS sobre Enfermedades no Transmisibles [Internet]. Ginebra: Organización mundial de la salud. 2018; 0-48. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272712/9789243514161-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Consultado el 1 de octubre de 2019).
24. Duboz P, Gueye L, Boetsch G, Macia E. Accès aux soins à Dakar (Sénégal) : Fréquence, type de soignants et maladies chroniques non transmissibles. *Med Sante Trop*, 2015; 25(2):165–171.
25. Caballero C. Ojos que vuelven a ver: una misión médica española se traslada a Senegal para operar a decenas de personas de cataratas [Internet]. *El País*, 2017. Disponible en:
https://elpais.com/elpais/2017/01/09/planeta_futuro/1483975191_814854.html (Consultado el 19 de octubre de 2019).
26. WHO. The state of health in the WHO African Region. An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals [Internet]. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. 2018; p.6. Disponible en:
<https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/documents/State%20of%20health%20in%20the%20African%20Region.pdf> (Consultado el 23 de marzo de 2020).
27. WHO. Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030 [Internet]. Ginebra: World Health Organization. 2016; p.4. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186671/9789243564999_spa.pdf?sequence=1 (Consultado el 18 de octubre de 2019).
28. WHO. Malaria [Internet]. World Health Organization, 2020. Disponible en:
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/malaria> (Consultado el 18 de octubre de 2019).
29. OMS. VIH/sida [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> (Consultado el 19 de octubre de 2019).
30. CNLS. VIH et Sida: Quelles différences? Vivre avec le VIH, ce n'est pas forcément avoir le Sida [Internet]. République du Sénégal: Conseil National de lutte contre le sida du Sénégal, 2017. Disponible en: <https://www.cnls-senegal.org/le-sida-au-senegal/quest-ce-que-le-sida/> (Consultado el 20 de octubre de 2019).

31. CNLS. Lutte anti-sida au Sénégal: les acteurs et le financement [Internet]. République du Sénégal: Conseil National de lutte contre le sida du Sénégal, 2017. Disponible en: https://www.cnls-senegal.org/nos_actualites/lutte-anti-sida-au-senegal-les-acteurs-et-le-financement/ (Consultado el 20 de octubre de 2019).
32. Ruiz-Manzano J, Blanquer R, Calpe J.L, Caminero J.A, Caylà J. Domínguez J.A et al. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis [Internet]. *Arch Bronconeumol*, 2008 44(10):551–566. Disponible en: https://www.tauli.cat/hospital/images/SubSites/ServeiUrgencies/documents/PautesActuacio/Infeccions/Altres/Guia_TBC_SEPAR.pdf (Consultado el 20 de octubre de 2019).
33. INSP. Día Mundial de la Tuberculosis 2019 [Internet]. México: Insitituto Nacional de Salud Pública, 2020. Disponible en: <https://insp.mx/avisos/4904-tuberculosis-dia-mundial.html> (Consultado el 24 de octubre de 2019).
34. OMS. Global Tuberculosis Report 2019 [Internet]. Ginebra: World Health Organisation, 2019 1-283. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf> (Consultado el 30 de octubre de 2019).
35. OMS. Fiebre tifoidea [Internet]. Organización Mundial de la Salud, 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/typhoid> (Consultado el 30 de octubre de 2019).
36. Fundación IO. Fiebre tifoidea [Internet]. One health en Enfermedades Infecciosas, Medicina Tropical y del Viajero. Disponible en: <https://fundacionio.com/salud-io/enfermedades/bacterias/fiebre-tifoidea/> (Consultado el 1 de noviembre de 2019).
37. Mila-Shakya, M.P.H Colin-Jones, R Theiss-Nyland, K Merryn-Voysey, Ph.D Phil, D et al. Phase 3 Efficacy Analysis of a Typhoid Conjugate Vaccine Trial in Nepal. *The new England Journal of Medicine*, 2019. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1905047> (Consultado el 1 de noviembre de 2019).
38. OMS. Fiebre tifoidea [Internet]. Organización Mundial de la Salud, 2018; p.2. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/typhoid-fever/es/> (Consultado el 1 de noviembre de 2019).
39. Uniting to Combat-Neglected tropical diseases. Sénégal et les maladies tropicales négligées: Taux de couverture des traitements de masse pour les MTN (2016). *FICHE-PAYS MTN*, 2016; 0-12.
40. OMS. Respuesta mundial para el control de vectores 2017 – 2030 [Internet]. Organización Mundial de la Salud, 2017; 1-53. Disponible en:

https://www.who.int/malaria/areas/vector_control/Draft-WHO-GVCR-2017-2030-esp.pdf (Consultado el 4 de noviembre de 2019).

41. Díez-Navarro A, Marrodán-Serrano M^a.D. La desnutrición infantil en el mundo: herramientas para su diagnóstico [Internet]. Martínez-Álvarez J, Villarino-Marín A (editores). *Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación*: Didot, 2017; p.35.
42. Wisbaum W. La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento [Internet]. Collantes S (coordinadora). *UOC Nutr*. Unicef, España: 2015; p.5. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf
43. OMS. Actualizaciones sobre la atención de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2016; p.11. Disponible en: http://www.who.int/about/%0Alicensing/copyright_form/en/index.html (Consultado el 18 de noviembre de 2019).
44. Moreta-Colcha H.E, Vallejo-Vásquez C.R, Chiliza-Villacis C.E, Revelo-Hidalgo E.Y. Desnutrición en Niños Menores de 5 Años: Complicaciones y Manejo a Nivel Mundial y en Ecuador (2019). *Recimundo*, 3(1):350-351.
45. FAO and ECA. REGIONAL OVERVIEW OF FOOD SECURITY AND NUTRITION. Addressing the threat from climate variability and extremes for food security and nutrition (2018). *Accra*, 2018; 0-116.
46. Kampman H, Zongrone A, Rawat R, Becquey E, Elodie B. How Senegal created an enabling environment for nutrition: A story of change [Internet]. *Glob Food Sec*, 2017 13:57–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gfs.2017.02.005> (Consultado el 16 de octubre de 2019).
47. OMS. Promoción de la Salud. Glosario [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998; p.12. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
48. Arenas-Monreal L, Cortez-Lugo M, Parada-Toro I, PAchecho-Magaña L, Magaña-Valladares L. Population health diagnosis with an ecohealth approach [Internet]. *Rev. Saúde Pública*, 2015 49:1-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/0034-8910-rsp-S0034-89102015049005842.pdf>
49. Dávila F, Gómez W, Hernández T. Situación de salud, una herramienta para la gerencia en los posgrados [Internet]. *Rev Cuba Salud Pública*, 2009 35(1):1–10. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n1/spu17109.pdf>

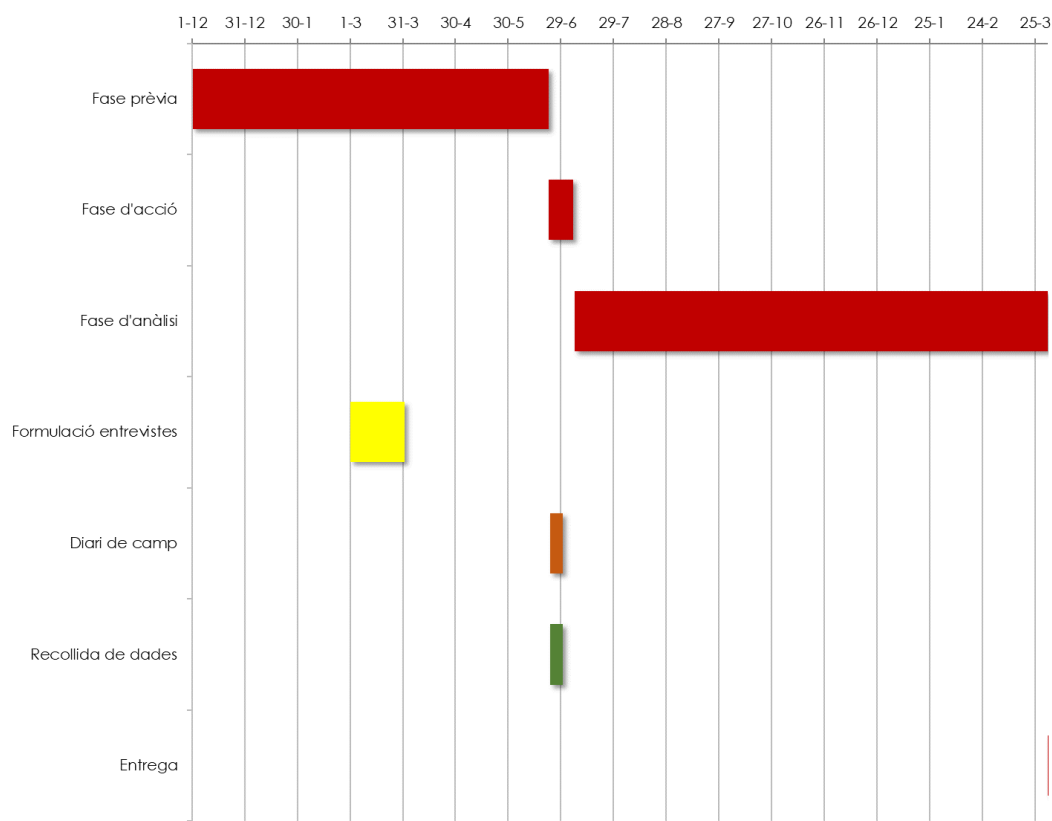
50. Navarro Y. Diagnóstico de salud comunitario [Diapositiva]. *Prezi*, 2017;13 diapositivas. Disponible en: <https://prezi.com/oimodhgtuszi/diagnostico-de-salud-comunitario/> (Consultado el 15 marzo de 2020).
51. Cid D. Unitat temàtica I: L'atenció primària [Diapositiva]. *Campus virtual Universitat Rovira i Virgili*, 2018; 11 diapositivas. Disponible en: campus virtual URV. (Consultado el 15 de marzo de 2020).
52. Fernández-Fernández M^a,L. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Tema 11. Modelos y Teorías en Enfermería (IV). Modelo de Madeleine Leininger [Internet]. *Open Course Ware*. Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528IV%2529.pdf> (Consultado el 15 marzo de 2020).
53. Castrillón-Chamadoira E. La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural [Internet]. *Cultura de los Cuidados*, 2015 (42):128-136. [Consultado: 15 marzo 2020]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/49335/1/Cultura-Cuidados_42_11.pdf
54. Escobar-Castellanos B, Paravic-Klijn T. La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 2017 (32):1-15. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n33/1409-4568-enfermeria-33-00073.pdf> (Consultado 16 de marzo de 2020).
55. Contreras-Martorell I. Competencias culturales de Enfermería en los cuidados dirigidos a la población inmigrante de España. *Universitat de les Illes Balears*: 2018-2019;1-28. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150420/Contreras_Martorell_I_smael.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consultado 16 de marzo de 2020).
56. Raile-Alligood M. Modelos y teorías de Enfermería [Internet]. 9ª edición. *Elseiver*, 2018 14-61. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nlpqDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=modelo+de+cuidados+transculturales+de+leininger&ots=6p2tlr0t7N&sig=rFtKCgcQE8fWjc_SWmESTfcooH0#v=onepage&q=modelo%20de%20cuidados%20transculturales%20de%20leininger&f=false (Consultado 17 marzo 2020).

Annexes

Annex 1. Organització de la piràmide administrativa i sanitària del sistema sanitari de Senegal



Annex 2. Diagrama de Gantt



Annex 3. Cronograma metodologia

ATIVITATS	INICI	FINAL	DIES
Fase prèvia	12/1	6/22	203
Fase d'acció	6/22	6/30	14
Fase d'anàlisi	7/7	4/1	269
Formulació entrevistes	3/1	4/1	31
Diari de camp	6/23	6/30	7
Recollida de dades	6/23	6/30	7
Entrega	4/1	4/2	1

Annex 4. Entrevistes

Entrevista 1

Llegenda:

I: Entrevistadors

E1: Entrevistat 1

E2: Entrevistat 2

E1: D'acord Maurice, estàs preparat?

I: Sí, bé, vinga!

E1: Bé, volíem fer-te unes preguntes. Per començar una mica sobre la teva vida personal i relacionat amb la teva feina i després una mica sobre el funcionament del dispensari mèdic. D'acord?

I: (Diu que sí amb el cap)

E1: Llavors, per començar ens agradaria saber que has estudiat per arribar a la posició que tens avui en dia.

I: Bueno, jo em dic Maurice Diata, vaig néixer al 67 a Mbacke on vaig fer la primària. La secundària la vaig fer a Casamace. Quan vaig acabar vaig tornar a Mbacke perquè el meu pare vivia aquí amb la meua família i és on vaig fer el Batxillerat. Al acabar vaig fer una formació de 3 anys d'infermer.

E1: D'acord.

I: Abans de ser infermer vaig fer de voluntari.

E1: Ah sí? On?

I: Aquí a Typ amb un projecte que es deia FMPG.

E1: Com?

I: FMPG, era un projecte pels joves per ajudar-los a continuar amb la seva formació. No era un projecte assistencial, sinó de sensibilització.

E1: Wow!

I: Al acabar la meva formació d'infermer vaig estar 5 anys treballant a Guerlé com a infermer al dispensari i al acabar vaig marxar a Mbacke per buscar feina.

E1: (Assentim)

I: Al tornar a Mbacke vaig estar tot un any sense treballar buscant feina per tot arreu, fins que el metge de Mbacke em va trucar per començar a treballar al dispensari de Mbacke per 2 anys.

E1: D'acord.

I: Al mateix temps que treballava em vaig seguir formant. Van ser 2 anys de feina a l'hospital de Mbacke i al mateix temps la meva dona estava vivint aquí.

E1: A Typ?

I: Sí. Abans aquí hi havia un altre infermer que es deia Niada que primer va estar a Guerlé treballant i després va venir aquí. Em va dir que ell marxava a Dakar i que a Typ no es quedava ningú. Llavors jo vaig pensar; la meva dona està aquí. Sempre que vinc, després he de tornar a marxar. Llavors, vaig dir, doncs li demanaré al metge de Mbacke per poder venir a treballar aquí a Typ ja que quedava lliure.

I: Molt bé.

E1: Llavors el metge em va dir: "Tu mai aniràs a Typ a treballar perquè et necessitem aquí". Jo li vaig explicar que tenia raons familiars, és a dir, la meva família viu separada, joestic aquí, ells estan allà. És molt difícil per mi estar present.

I: (Assentim)

E1: Em va dir que ho entenia, que era normal i al final em va firmar el papers per poder demanar la feina aquí a Typ.

I: Molt bé i ara quants anys portes treballant aquí?

E1: Ara ja fa 5 anys.

I: Que estàs aquí a Typ?

E1: Sí! Des del 2 de febrer, de fa 5 anys que vaig venir aquí a treballar i a viure amb tota la meva família.

I: Molt bé. Quin és el teu horari laboral?

E1: L'hora?

I: L'horari, quan comences...? Quantes hores fas?

E1: No, no, aquí no hi ha horari, ni dies ni res, ja ho heu vist. (riu)

I: Sí, sí, ja ho hem vist. (riem)

E1: A qualsevol hora pot venir algú, si hi ha alguna urgència et desperten a qualsevol hora.

I: D'acord.

E1: Abans jo estava sol, no hi havia la matrona. Feia els parts, les cures...

I: Tot.

E1: Sí, jo tot sol.

I: I quan es va construir el dispensari de Typ?

E1: Fa uns 15 anys.

I: Qui el va construir, la gent d'aquí o els cooperants?

E1: No, no, la gent d'aquí.

I: La gent de la comunitat.

E1: Sí, sí.

I: I va haver de demanar algun tipus de permís, o papers?

E1: Per construir el dispensari no fan falta papers, s'ha de parlar amb el...

I: El Marabú.

E1: El Marabú sí, perquè ell es l'alcalde d'aquí. El que vulguis fer aquí ho supervisa ell.

I: Bé, quins serveis oferiu al dispensari mèdic?

E1: Bàsicament, tot el que podem ho fem: curar, receptar, planificació familiar, sensibilització, vacunes, circumcidar, ...

I: Com?

E1: La circumcisió?

I: Ah sí! La circumcisió.

E1: Tot el que podem ho fem i, tot el que no, ho enviem a Mbacke.

I: Molt bé...

E1: Si perquè hi ha coses que no es poden fer, perquè si les fas i hi ha algun problema, el govern et pot dir que tu no estàs autoritzat per fer-ho. Hi ha alguns límits.

I: Teniu una ambulància també no?

E1: No ara ja no, ja no funciona.

I: Ah no funciona?

E1: Fa 5 mesos que esta a Mbacke per arreglar-se. Ens falten molts diners per poder fer-ho. Li fan falta peces noves. Estem parlant amb el Marabú per fer una sol·licitud perquè ens ajudi el ministeri i en comptes d'arreglar-la, aconseguir una nova.

I: Ja...

E1: Ara necessitem l'ambulància, perquè, per exemple, ahir amb la urgència vam haver de trucar a un taxi per venir a buscar al nen i és molt difícil.

I: Clar... seria molt millor, si tinguéssiu una...

E1: Sí...

I: Més ràpid!

E1: Sí! Més ràpid... si tinguéssim una qui seria molt bo.

I: Molt bé, doncs... Què en saps sobre la gestió de residus biomèdics?

E1: Residus biomèdics...? A què et refereixes?

I: Les agulles, tot el que s'utilitza per les cures...

E1: Ah... Necessitem aquí una incineradora...

I: Un incineradora?

E1: Sí, ens agradaria, perquè tenim una allà a fora, però no es bona, no la podem utilitzar. Perquè és molt brut i no podem ficar tot el que voldríem. Vull comprar una per així poder fer el mínim. Perquè les caixes s'han d'enviar a Mbacke.

I: Les caixes amb les agulles les envieu a Mbacke...

E1: A Mbacke, sí... Però ja fa 4 anys que no enviem res, estan aquí al dispensari, ja ho heu vist.

I: A dins del magatzem, no?

E1: Sí, hi ha moltes. A Mbacke tenen 2 incineradores, però el problema es que per portar-les allà s'ha de pagar el cotxe que les vingui a buscar i les porti...

I: Es car?

E1: No, no és molt car... El problema és que el transport el Senegal es molt dolent, perquè... Perquè normalment per aquestes coses el govern, o els metges de Mbacke haurien d'enviar cotxes per recollir els residus dels diferents dispensaris. I tot i que els hi comentem, no ho fan.

I: No ho fan, no?

E1: No...

I: Però haurien de fer-ho, no?

E1: Sí, és la seva obligació. Això no ho podem emmagatzemar aquí. Quan el ministeri envia als supervisors aquí, ells mateixos diuen que això no hauria de ser així...

I: (silenci) Quantes vegades ve el supervisor aquí?

E1: Sempre, casi cada 3 mesos.

I: Cada 3 mesos?

E1: Sí...

I: I quan ve aquí diu que això no pot ser... no?

E1: Sí, diu que això no és normal, que això s'ha d'enviar, però tampoc ho podem enviar perquè a Mbacke ens diuen que no hi ha lloc per emmagatzemar-ho, s'ha d'enviar directament a l'hospital per incinerar-ho.

I: Perquè clar, aquí la incineradora que teniu es molt petita no?

E1: No es això, és que no es poden llençar les agulles per exemple perquè no es fonen...

I: Ah, d'acord! Perquè no es fonen...

E1: No...

I: Només és per material de cures o residus ordinaris no?

E1: Sí, caixes, guants, però no agulles...

I: Molt bé. Ara et faré unes preguntes mes personals. Quines creus que son les funcions principals d'un/a infermer/a?

E1: Doncs per exemple, receptar no hauria de ser una funció d'infermeria, sinó més les cures i sobretot la sensibilització, els infermers que repectem aquí tenim una formació i un permís que realment s'hauria de limitar. Però el que passa és que a Senegal no hi ha metges suficients. Nosaltres aquí fem la feina que hauria de fer un metge.

I: Sí...

E1: Fem de tot: ordres, escriure, receptes, diagnòstics, les urgències...

I: I això a la teva formació, ho vas aprendre?

E1: Sí... Més o menys, perquè, tot i això, nosaltres hi ha coses que no les sabem...

I: O sigui, tu, fas tant d'infermer com de metge, no?

E1: Sí, i és molt difícil.

I: Bueno... I tu perquè vas decidir estudiar infermeria?

E1: Jo volia moltes coses i, bé... el meu pare va ser també infermer...?

I: **El teu pare va ser infermer també?**

E1: Sí, sí, va treballar a molts llocs. On ell va néixer, es diu "Bafal", i el meu pare va ser l'infermer allà. Llavors quan jo tenia ja alguns anys, el vaig començar a ajudar amb algunes coses de la feina, com per exemple: abans les agulles s'havien de...

I: **D'esterilitzar?**

E1: Sí, llavors jo l'ajudava esterilitzant les agulles. Quan el meu pare tornava a casa els caps de setmana em portava el material i jo li rentava molt, molt bé (riu). I llavors les eixugava, i les ficava a la seva caixa. I des de llavors, jo vaig començar a agafar xeringues i punxava als...

I: Als teus amics...?

E1: No, no! (riu). Als animals.

I: **Ah! (riem)**

E1: Per així aprendre com es feia. Des de llavors el tema de la salut em va començar a interessar. (riu)

I: Que bo!

E1: Quan vaig acabar l'escola, vaig estar amb la "Cruz Roja".

I: Ah sí? De voluntari?

E1: Sí, sí, de fet tinc encara el diploma del curs.

I: Molt bé! Tens molta formació!

E1: Sí, sí!

I: Bé, un altre pregunta. Quines són les malalties que més tracteu al dispensari mèdic?

E1: Les malalties...?

I: Sí, les mes freqüents.

E1: Les més freqüents són les diarrees, febres, vòmits, astènia, i molta HTA.

I: I, majoritàriament, que venen més, nens o adults?

E1: Nens. Hi ha més nens.

I: Més nens?

E1: Sí, perquè els adults no tenen diners per venir a passar consulta, prefereixen anar a veure al Marabú...

I: D'acord...

E1: I si no millora, llavors si que venen...

I: D'acord, d'acord. Clar els nens com ho tenen gratis, llavors... si que venen en qualsevols situació.

E1: Sí, sí, i les mares també venen molt, que tenen la cartilla de planificació familiar.

I: Molt bé i... Tenia una pregunta... Ah, sí! I quanta gent pots tractar en un sol dia?

E1: Més o menys... Bueno abans hi havia molta gent que venia aquí. Quan jo vaig arribar hi havia moltíssima gent. Però ara hi ha un problema i és normal. La matrona, és molt dura amb els pacients, perquè quan arriben primer se'ls ha de...

E2: Saludar..., se'ls ha de rebre amb simpatia, per a que així la gent tingui ganes de tornar si els hi passa alguna cosa. Però si tens un caràcter molt fort amb ells, llavors preferiran anar-se'n a un altre lloc.

I: Clar!

E2: Raó per la qual el numero de pacients ha disminuït...

I: Ha disminuït? Ha disminuït el numero de pacients?

E1: Sí, sí, sí, molt...

I: Pel caràcter dels...?

E2: De la comadrona...

E1: De la matrona...

I: Ah sí?

E1: Sí, sí, han canviat moltes coses aquí. Perquè es bastant dura, els hi crida a vegades. Hi va haver una setmana que vam tenir 4 parts, però això és estrany, ja que abans teníem molts més.

I: Abans teníeu més parts?!

E1: Sí, ara han canviat bastantes coses, ho podria consultar als papers, però hi ha menys parts, ara la gent sap que quan ve a veure ho passarà malament i no hi podem fer res. Fins i tot el Marabú ens va dir que havíem de ser més respectuosos amb ells.

I: I tu, a la teva consulta, quanta gent acostumes a tenir, més o menys?

E1: Doncs, més o menys, uns 15...

I: Unes 15 persones al dia?

E1: Sí, unes 15, però depèn molt del dia. Els dilluns per exemple hi ha molta més gent, el dimarts també, el dijous normal i els divendres, com és dia de mercat, la gent ve molt, a vacunar-se...

I: O sigui que la gent ve sobretot els dilluns després del cap de setmana i els divendres, no?

E1: I divendres, sí.

I: Dilluns i divendres, llavors?

E1: Sí.

I: Molt bé. Com aconseguíu el material mèdic que teniu aquí al dispensari?

E1: Com aconseguim...?

I: Us el proporciona l'estat o...

E2: (Li aclareix en Wolof)

I: O el compreu vosaltres?

E1: El comprem.

I: El compreu vosaltres?! A Mbacke?

E1: Cada any, jo miro el que necessitem, i llavors ho compro.

I: On ho compres?

E1: A "Jurubel".

I: A on?

E1: A "Jurubel".

I: Que és un...?

E1: Està a Dakar, és una farmàcia molt gran. A l'octubre trucaré a un laboratori de Dakar que es diu "SentMedique" pels tensiòmetre... tot el que necessito, em diuen que faci un paper, llavors truco per i els hi dic que m'ho portin, em fan una factura i després pago.

I: I els diners amb els que pagues són del dispensari, no?

E1: Sí, sí, del dispensari.

I: D'acord, d'acord... Després, quantes persones treballen aquí al dispensari?

E1: Tenim a l'infermer, la matrona, el farmacèutic, l'auxiliar, i les persones que venen els tiquets...

I: La persona que ven els tiquets, no...? En total sou 5?

E1: No, 6, i la persona que ajuda a la matrona.

I: Ah, vale. Molt bé.

E1: I a aquestes persones els hi paguen molt malament.

I: Els hi paguen molt malament?

E1: Sí, sí, molt malament...

I: (Silenci) Quan vas fer la teva formació professional, vas rebre formació de la gestió de residus biomèdics?

E1: Sí en la meva formació vaig fer de tot, de tot...

I: Però tot i que la rebeu, despès no s'aplica a l'hora de treballar no?

E1: No, no podem...

I: I el supervisor que ens has comentat, d'on ve?

E1: Doncs, ve de Mbacke, de Dakar, d'on sigui.

I: Però us avisen de que ve, o no?

E1: No, no avisen, aquesta gent arriba un dia i "pam"! Te'ls trobes aquí, i miren com treballem, miren els papers, miren els diners, ho miren tot, tant la consulta de maternitat com el dispensari.

I: Ja, clar... Bé, ja per acabar, les dos últimes preguntes... Per exemple, si hi ha alguna incidència, teniu algun tipus de llibreta on fiquen els incidents que han passat o les negligències...?

E1: Les negligències, sí! Tenim un paper on apuntem tot, i quan arriba el supervisor li donem i s'ho llegeix. Sí, sí tenim un document que sempre ens demana.

I: Bé i, per últim, que voleu canviar o que creieu que necessita una millora o un canvi al funcionament del dispensari?

E1: Doncs, en el funcionament del dispensari s'haurien de canviar moltes coses...

I: Moltes coses...?

E1: Sí...

I: Com què?

E1: Aquest dispensari, és... molt petit.

I: Molt petit, no?

E1: Sí, molt petit.

I: Voldríeu construir més, no?

E1: Sí, i també necessitem material... perquè... si no hi ha material, això no pot funcionar...

I: I amb el material que tu compres a la farmàcia de Dakar o al laboratori de l'altre ciutat no es suficient, no?

E1: No es suficient... perquè a vegades tens un més en el que hi molts de diners i se'n va tot en el material, després hi ha mesos que pots estalviar per altres coses, però no passa molt sovint.

I: I què més canviaries, també?

E1: Què més canviaria...?

I: A part del material i la infraestructura...

E1: Doncs, buscar un lloc per a que la matrona visqui, perquè nosaltres paguem cada mes perquè visqui aquí.

I: Perquè ella viu lluny, llavors trobar-li una casa aquí per a que visqui més a prop...?

E1: Sí, sí... Molt lluny. Nosaltres paguem cada mes...

I: El seu transport...

E1: No, no...

E2: La seva casa, on esta vivint ara...

I: Ah, vale.

E1: Sí, sí, la seva casa la paga el dispensari cada mes. Perquè a Typ no hi ha suficients cases per a que ella vingui a viure amb la seva família.

I: Ah, vale, vale.

E1: També l'ambulància és un altre cosa...

I: L'ambulància també, no?

E1: S'ha de canviar sí, perquè no funciona bé. I m'agradaria també buscar una televisió per a que la gent, quan hi ha molta, que puguin mirar la televisió i així pugui passar millor l'espera.

I: Per a que es distreguin? I què més?

E1: Què més...? (riu) No ho sé...

I: Bé doncs ja està bé, moltíssimes gracies, de veritat per la teva col·laboració.

E1: (Riu) Nosaltres som de GADIS des del 2006.

I: Formeu part de GADIS...

E1: Cap any hi ha hagut cap problema, des del 2006, llavors també s'han de canviar algunes coses, perquè nosaltres voldríem també anar a Espanya algun dia per veure el que hi ha allà. Portem des de fa molt de temps amb ganes d'anar, més de 15 anys que portem parlant-ho i és algo que podríem canviar també.

I: És una mica complicat pels visats, no?

E1: No, no, el que es necessita es una invitació, i posar una mica de vosaltres, perquè jo mai he rebut una invitació cap a Espanya, ni jo ni E2.

I: Doncs, veurem si això és possible, a veure si ho aconseguim.

E1: Igual que vosaltres, uns 15 dies per anar a visitar Espanya, veure com és un hospital allà, poder mirar, comparar. Es una idea i estaria molt bé que sortís endavant.

Entrevista 2

Llegenda:

E1: Entrevistador 1

E2: Entrevistador 2

MD: Entrevistat 1 (Infermer)

MA: Entrevistat 2 (Guia i traductor)

E1: Bé dir-ls'hi que estem aquí per realitzar un projecte, que en principi havíem vingut per a veure com funcionava el sistema sanitari d'aquí i veure les necessitats que tenia el dispensari mèdic de Typ i una vegada hem estat aquí i ho hem vist em... bé, hem pensat en crear un projecte que... que estaria molt be que es... seria la creació d'un... d'un quiròfan per a cirurgia menor, llavors, bé, pues ens agradaria parlar amb ells per... per saber una mica la seva opinió sobre el sistema sanitari, el sistema educatiu... i recollir... recopilar tota la informació sobre Senegal... (parada d'àudio) Era... bé, que ens expliquin una mica com funciona el sistema educatiu d'aquí, es a dir, em... doncs quan comencen la em... educació infantil, quan comença primària, secundària, una mica el cicles educatius... (Pausa d'àudio) Als 3 anys els primers...

MA: Els primers... a la... la guarderia diguem-ne...

E1: D'acord, i fins a quan dura la guarderia?

MA: 3 anys

E1: 3 anys de guarderia?

MA: Si, 3 anys...

E1: O sigui als 6 anys no?

MA: 6 anys...

E1: I després comença infantil...

MA: Després am...

E1: Directament primària

MA: A la primària

E1: D'acord...

MA: A la primària al 6 anys... 6 anys més, després... llavors als 12 has d'anar al...

E1: A la secundària...

MA: Al col·legi..

E1: A la secundària

M1: Si, a la secundària...

E1: I... quan acabes la secundària em... com funciona? Perquè per exemple nosaltres a Espanya quan acabes secundària comences... la ESO, li diem ESO, que són quatre cursos... i després batxillerat... aquí com segueix...?

MA: Es el mateix...

E1: El mateix...?

MA: Quan surts per exemple de... de la primària, vas a la secundària, fas allà quatre anys....

E1: D'acord, d'acord quatre anys de....

MA: Secundària... I després s'ha de fer quatre... em... tres anys més per a passar el batxillerat, és a dir als 18 anys, normalment aquest noi és normal, per a que el nen tingui el seu batxillerat, i després ja a la universitat, allà depèn de la carrera que vulguis fer, hi ha alguns que la fan amb cinc anys, després es surten amb el màster, depèn, la farmàcia són set anys... aquí a Senegal... doctorat pots arribar als sis o set anys també... casi és el mateix ritme que allà a, a, a Europa...

E1: D'acord... d'acord, perfecte... em... després em... aquí, a l'escola aquesta... de Typ... em... que ofereixen? Primària,, secundària....

MA: Aquí primària...

E1: Només primària, no?

MA: Han començat aquest any...

E2: Aquest any no? A fer guarderia...

E1: D'acord... Aquest any ha començat la guarderia als 3 anys... i fan primària també no?

MA: Si...

E1: D'acord... i quants alumnes tenen per classe?

MA: A, a, a quin nivell... primària o secundària?

E2: Més o menys... per tota... per cada cicle...

E1: Per cada cicle... Aquí a primària... ens centrem aquí a primària a l'escola de Typ, perquè has dit que secundària no n'hi ha aquí..

MA: Si aquí darrere

E2: Si, si...

E1: Ah d'acord està aquí darrere, d'acord....

MA: Esta allà darrere...

E1: D'acord, d'acord, doncs a primària i a secundària...

MA: A la primera classe... fins a 40 poden tenir... 40 nens

E1: D'acord, i a secundària...?

MA: La primera classe de la secundària 40... 40 persones, a la segona 25 i l'altre 21-22 i... la tercera... en cada any sempre va disminuint el...

E1: D'acord... i perquè disminueix? Perquè els nens van deixant l'escola i es posen a treballar?

MA: D'acord, esta dient que hi ha, hi ha un poble que esta allà, aprop... normalment els nens quan hagin de començar la "secundario"...la secundària, per exemple, has d'anar a Mbacke... però aquest any han vingut aquí directament a Typ, perquè ha tingut una secundària, és la raó per la qual ha augmentat el... el numero de...

E1: Ha començar aquest any la secundària aquí?

MD: Si...

MA: Em... no, no! (parla amb els professors) A vegades, esta dient que si veus que disminueix, per exemple el... em... els nombres de alumnes del primer any, fins a la segona, perquè... per dos raons, hi ha nois que abandonen les classes i el fet de casar-se aviat...

E1: D'acord...

E2: Ah... d'acord...

MA: Les noies... aquestes són dues raons que fan que hi hagi una reducció... una reducció de la taxa de...

E1: I abandonen les classes però perquè es posen a treballar la majoria d'ells no?

MA: Perquè a vegades... a vegades... els nois per exemple, en general, abandonen les classes aviat per dues raons també, per no tenir mitjans per a seguir estudiant o viuen a una família que no té mitjans per a seguir ajudant a aquests... aquests nois, raó per la qual aquest nois ja, ja tenen dret per a sortir fora per a buscar una manera de secundar a els seus... els seus pares...

E1: Treball

MA: És a dir, un treball...

E1: D'acord, d'acord...

MD: Espera una mica... També aquí en Typ tenim "nuova" escola...

E1: Una nova?

MD: Nou...

E2: Nou?

MA: Nou escoles...

E2: Nou escoles a Typ?

MD: La gent d'altre lloc, quan ve aquí no té lloc per a dormir...

MA: També, per exemple als que viuen a...

MD: Taufegh Khaiga...

MA: Com es diu...?

MD: Taufegh Khaiga, on estavem

MA: Khaiga... Si aquesta gent, els seus nens han aconseguit passar l'examen de cap d'any i han aprovat, normalment han de venir aquí a Typ, i si venen aquí a Typ i no tenen una casa on seguir vivint...

E2: No poden seguir...

MA: No poden seguir els seus estudis... així ja poden abandonar les classes i buscar un altre cosa...

MD: És un problema també...

E1: D'acord...

MA: És un problema d'allotjament per aquests nens...

E1: Em... d'acord un altre pregunta seria... quantes hores de classe realitzen al dia?

MA: De les 8 fins les 16... fins les 14

E1: Fins les 14, d'acord... de 8 a 14 cada dia, de dilluns a divendres... Ah, d'acord... jornada continua, d'acord hm... i quines assignatures realitzen, a l'escola?

MA: Que què?

E1: Que assignatures realitzen? Música, art...

E2: Matemàtiques...

E1: Geografia...

MA: Francès, matemàtiques, anglès... historia i geografia

MD: Espanyol

MA: Ciències naturals, àrab, espanyol, i també esport... ciències físiques...

E1: D'acord em... bé, tots els nens tenen dret a... a la educació? És a dir, tenen...

E2: Poden accedir a ella de forma gratuïta o han de pagar?

MA: No, no, no, no tenen que pagar res...

E1: Tothom té dret a...

MA: Tothom té dret per a venir a l'escola...

E1: D'acord... encara que sigui pública perquè, per exemple nosaltres, és pública però has de pagar un petits impostos...

MA: Bé...

MD: Aquí la gent només paga quan entren...

MA: La inscripció...

E1: Quan entren... la inscripció

E2: Com la matricula..

E1: I, i, i quin preu és.... més o menys?

MA: Un bàsic, allò no és res eh... 10000, 15€

E2: Ah... d'acord

E1: 15€...

MA: Hi ha 5000 per l'uniforme... i els altres 5000 és per... com per... per a cotitzar

E2: I si per exemple no poguessin pagar-ho, no podrien accedir a l'educació... o hi ha alguna forma de que se'ls hi pugui ajudar...?

MA: Et poden agafar com un cas social...

E2: Hm... d'acord

MA: Si els teus pares ja no et poden pagar, et poden considerar un cas social...

E1: D'acord em... realitzen classes d'educació sanitària a l'escola?

MA: Si...!

E1: Per exemple higiene bucal, classes de... bé la importància de l'esport...

MA: Si, si, si...

E1: La prevenció de patologies més comuns...

MA: Si, perquè això sempre s'ensenya a l'escola per a que el nen, aprengui com viure amb el seu medi ambient...

E2: Clar...

E1: D'acord i, per exemple, ens podrien dir algun tipus de... d'activitats que fan?

MA: Per exemple, quan una festa... has vist els nens d'ahir? Han fet un... un teatre, per a... és una forma de sensibilitzar a la població...

E1: Que parlaven sobre la violència de gènere

MA: La violència, i també com es comportava el marit amb la seva dona, tot això ja es va parlar ahir allà dins la festa de fi de any

E1: D'acord em... després, bé queden 3 preguntes... fins a... fins a quina zona de... de aquest cole abarca em, tot el territori de Senegal em... és a dir, abans m'has comentat que el poblat de...

E2: Khaiga

E1: De Khaiga... ha de venir aquí, per a fer classes... fins a quina zona accepteu als nens... no se si m'estic explicant...

MA: Si, si, si... Tots el nens que viuen a la comuna de Typ, tenen dret per a venir al col·legi, d'aquest... d'aquest poble... tots els que viuen al voltant de Typ...

E1: Al voltant, d'acord...

MA: És transferir el nen, per a que vingui aquí

E1: D'acord, d'acord.... després em... després bé... em... quines són les patologies més prevalents que es troben a... a l'escola, per exemple febre, mal de panxa...?

MA: Febre, en general si hi ha febre... està la malària, el paludisme, mal de cap o mal de panxa

E2: D'acord... em... quan per exemple es troben un nen que té aquest símptomes... saben reconèixer'ls i saben que fer...?

MA: No, en aquell moment en... en cada escola...

E2: Ajà...

MA: Els nens tenen un, un, una llibreta, per exemple, on estan els seus noms...

E2: Ajà...

MA: Poden apropar-se amb el quadern on esta el seu nom directament aquí a veure a MD, no paguen...!

E2: D'acord...

MA: Porten el quadern i...

E2: Sigui l'edat que sigui, no importa?

MA: Si tots els nens que estan estudiant allí...

E2: Tots els nens, d'acord...

MA: A les escoles...

E2: Ajà...

MA: Tenen dret per a venir al centre sanitari... sense pagar el tiquet

E1: D'acord, amb el quadern van a...

MA: Una vegada tenen la recepta, així que poden anar a comprar en, però la visita els hi surt gratuïta..

E2: Mhm...

MA: Tots els nens...

E2: D'acord però... em jo... el que volia saber amb aquesta pregunta és que saben ells... per exemple, imaginat que no... es dona el cas que estan a un altre lloc... si saben que s'ha de fer... si saben com s'ha d'actuar, que és el més important en aquell moment... per exemple tu tens un nen que veus que té febre i no saps perquè... si saps que has de... si... com relacionar-ho amb malària, com relacionar-ho amb...

MA: En aquell moment has de portar-lo directament al metge, és el metge el que ha de decidir quina és la malaltia que... el nen té...

E2: D'acord...

MA: Per que ells no dominen la... la salut, raó per la qual tenen aquest quadern que, posa el seu nom i la seva classe... i és ves-te'n ara mateix a veure al metge...

E1: D'acord, després ja... ja 2 preguntes més i acabem ja em... bé hem vist avui quan estàvem a Touba, hem vist que hi havia... quan acabes la... quan vols estudiar, hem vist que hi havia una universitat que podies estudiar com per a ser sanitari... aquí a Typ no disposeu d'universitat veritat?

MA: No, no, no... aquí no n'hi ha...

E1: I la universitat més propera a on pots estudiar... quina seria?

MA: Doncs... Thiès Mbambe, pel camí de, de, de...

E2: El camí d'aquí fins a Mbacke?

MA: No, fins a Dakar

E2: Fins a Dakar...

MA: La sortida de Jourbel, i de Jourbel hi ha una universitat que esta per allí

E1: D'acord...

E2: llavors el que havíem vist a Touba era formació professional...

MA: És una... un centre de formació professional..

E2: Ajà...

E1: D'acord... d'acord i finalment em... per acabar ja em... quines necessitats creuen que, que tenen o que poden millorar... de l'escola?

E2: En quant a la educació..

E1: Si...

E2: En general...

MA: El material informàtic, una sala, per exemple, polivalent que es diu...

E1: Una sala polivalent...

MA: Per aconseguir accés a l'internet i... treballar des de l'ordinador...

E1: I alguna cosa més

MA: Una biblioteca també...

E2: Una biblioteca...! Hm...!

E1: D'acord... molt bé doncs dir-los-hi que moltes gràcies per la seva participació que, bé, ha sigut molt interessant la informació que ens han proporcionat i bé que simplement aquesta entrevista serà transcrita i la posarem al projecte i ja...

(Pausa micro error telèfon)

MA: De fora...

E1: D'acord..

MA: Per a poder tenir una vida millor... i tenir un allotjament on viure només els professors... no viure amb família per a no molestar...

E1: D'acord...

MA: Alló és algo que s'haurà de...

E2: Es que, per exemple, igual que el que has dit, perquè m'ha semblat molt interessant... els nens que són de fora que tenen problemes per venir fins aquí em... perquè no tenen on viure...

E1: Seria possible crear com una residència d'estudiants...

E2: Una residència per a nens i per als professors, perquè si els professors també...

MD: Si...

MA: Ja, pot ser....

MD: Pot ser, pot ser... perquè com a Guerlée fem la casa de professors... si, es millor també, aquí també la gent, molta gent, gent, gent... no viuen en Typ com jo, si vol anar una persona no pot, s'ha de fer una residència molt gran...

E1: Una tenda de campanya!

MD: No, no, no... no tenda de campanya... un ben fet...

E1: Clar

MD: Per a que la gent...

E1: Tant per als professors com pels nens que no poden...

MD: Si...

E1: Algo més?

MD: Ells necessiten ordinadors i equipament per fotocòpies per...

E1: Si...!

E2: Clar, material informàtic..

E1: Si, ja... ja ens ho han dit, una biblioteca i... material informàtic...

MD: Si... molt bé!

E2: Fotocopiadores...

Entrevista 3

Llegenda:

Realitzem l'entrevista al menjador de casa l'alcalde de Darou Salam Typ. Hi ha presents: el marabú-alcalde, el MA (traductor), el MD (supervisor del dispensari mèdic de la comuna de Typ) i els dos entrevistadors. Degut a la barrera idiomàtica de l'alcalde, parla en wòlof, el MA ens tradueix les entrevistes. Finalment, l'entrevista també s'ha transcrit del castellà al català.

E1: entrevistador 1

E2: entrevistador 2

MA: traductor

MR i CA: directors de la ONG

MD: supervisor del dispensari mèdic de Darou Salam Typ

Tot i que no està gravat, primer que tot ens vam presentar i li vam donar les gràcies per per donar-nos l'oportunitat de poder parlar amb ell. Li vam donar el consentiments informat en francès.

MA: El marabú diu que moltes gràcies a vosaltres per venir. (El MA li passa el consentiment informat, escrit en francès i se'l llegeix i el firma). Segons el que m'acaba de dir, ara mateix Typ és com una comuna. Quan torneu a Espanya parleu immediatament amb el vostre supervisor i li expliqueu que vau anar a veure al responsable d'aquesta localitat, de Typ, i així ell que li envii un correu electrònic explicant-li tot el que voleu i la intenció que teniu per muntar una associació entre Typ i la gent d'Espanya, els estudiants. Ja que un cop acabeu els estudis doncs pugueu venir aquí a treballar o viceversa, que els senegalesos també puguin anar fins allí. Però tot això depèn de com ho vegi la ONG i sobretot la directora MR i el seu marit el CA. I a partir d'aquest moment ja podem seguir fent moltes coses per a que tot sigui molt fàcil. Perquè Typ ara mateix és una comuna i té l'alcalde, i aquest és també com el marabú, que és amb la persona que estem parlant ara mateix. Sobretot ara se li ha d'explicar molt bé a la MR que heu anat a veure l'alcalde de Typ i el que necessiteu és enviar una carta i que teniu la intenció de col·laborar amb aquest poble i veure com ho podeu fer per millorar el seu medi de vida.

E1: D'acord. I que li sembla la creació d'un quiròfan per fer cirurgia menor ambulatoria a Typ?

(El MA li tradueix en wòlof)

MA: Doncs lo primordial és tenir cartes comissionals que confirmi l'associació entre la ONG i el poble de Typ. Si per exemple ara mateix teniu la intenció de muntar una cosa fora de les normes, és a dir, el quiròfan, la comuna pot rebre aquest acte molt agraït, però lo primordial seguiran sent els papers per confirmar que hi ha una relació entre la ONG i aquest poble de Typ. En aquest moment qualsevol cosa que s'obri en un futur, la comuna de Typ pot ser el nostre protector, pot defensar les nostres opinions i així ja es podria col·laborar i fer moltes coses en un futur sense cap problema. És primordial.

E1: I per crear aquests papers, com ho hauríem de fer?

MA: Heu de tenir el seu correu electrònic.

E2s: D'acord.

MA: Perquè és l'alcalde.

E1: I enviar-li el projecte?

MA: Sí. Enviar-li i quan ell el rebi, en aquest moment poder rebre el seu...

E1: el seu "ok"?

MA: Si, el seu "ok". I així seguir treballant sobre aquest tema.

E1: D'acord

E2: perfecte

(MA li parla en wòlof i el marabú contesta. Tot seguit el MA ens ho tradueix)

MA: Es necessita algun document oficial per fer el que sigui. I mentrestant si els estudiants de la universitat volen venir a Senegal sabran que hi ha una convenció entre...

E1: D'acord. Llavors nosaltres parlem amb la MR a Espanya, li diem que li enviï un correu i llavors ell ja crearà els papers per tenir la connexió.

MA: Clar, perquè per exemple enviar un paper per confirmar que hi ha uns papers oficials que diguin que esteu col·laborant amb aquesta gent. Llavors ell podria dir-li a la MR quins són els processos que heu de seguir per arribar a fer-ho.

E1: D'acord. I ara, més per conèixer-lo a ell i la seva opinió, podríem fer-li dues preguntes sobre la medicina?

(MA li tradueix)

MA: diu que sí

E2: Ah d'acord. Doncs la primera pregunta és: què pensa sobre la medicina convencional? Que pensa sobre tot el que és la medicina?

(MA li tradueix)

MA: La medicina convencional per moltes raons. Els infermers que estan aquí treballant, cooperant amb la ONG poden aprendre moltes coses: les malalties que solen tenir a Europa i viceversa, perquè a Europa hi ha malalties tropicals que quasi no se solen veure en aquella zona. Si per exemple en un moment donat a l'hospital entre un senegalès o un occidental que ve amb els signes de malaltia tropical, els que han estudiat amb l'ajuda dels metges locals ja poden dir quins són els remeis per poder curar a aquesta persona. L'altra raó és perquè hi ha molta gent que no viuen a prop d'un centre de salut però si s'assabenten que venen els cooperants, vindran molta més gent per visitar-se en aquell lloc. Com el que us explicava des de Guerlé. Quan allí hi ha els cooperants el dispensari sempre està ple de gent. Comencem a treballar al dispensari aviat pel matí i fins les 16 de la tarda sense poder parar per menjar. Està molt bé per poder millorar el nivell de vida de la població local i també del seu voltant. Ho veu molt bé i li sembla fantàstic.

E1: Molt bé.

E2: I bueno, la segona pregunta: voldríem saber quina visió té del sistema sanitari de Senegal i què és el que creu que encara es podria millorar?

(MA li tradueix en francès i l'alcalde li respon en wòlof)

MA: Diu que dins la medicina els principals problemes són el material. Imaginat una persona que ve a un centre de salut i se li ha de fer un anàlisi i el material no està en el mateix lloc. El metge o la infermera ha de preguntar-li a la persona a quina part li fa mal i segons la seva experiència, perquè aquí a Senegal tenim molt bons metges i infermers. MD és un infermer però fa la feina d'un metge. Llavors el que necessiten, el que necessiten ells és el material, per a que puguin fer lo bàsic des del centre de salut. Els anàlisis d'orina, de sang que necessiten receptar i han d'anar a Mbacke. I si tots aquests

detalls, si ja ho tenen ells al centre de salut pot facilitar el treball dels metges. Sabem que són molt bons i ha dit una cosa també molt important: normalment tots aquells que vinguin aprofitaran els coneixements dels infermers o dels metges senegalesos, perquè aquí tenim molt bons mestres i treballen molt bé. El que ens fa falta ara mateix és el material per poder millorar totes les coses de la medicina aquí a Senegal.

E1: I això del material passa també a les grans ciutats, per exemple a Touba o a Dakar? O és més específic de les zones rurals?

MA: A les zones rurals! A Dakar hi ha hospitals que tenen material per fer ecografies, operacions, tot sense cap problema. Escaner. Però a nivell de centre de salut no hi ha res. Si per exemple hi ha una persona que ve amb una malaltia molt greu i que MD no té material des de allí per fer un anàlisi i des d'Mbacke tampoc n'hi ha, l'hauràs d'enviar un altre cop a Dakar, a les grans ciutats on hi haurà el material sofisticat per a poder diagnosticar les malalties.

E1: I això no penses que també és un problema que ve ja de més amunt, és a dir, tema polític?

MA: Bueno tema polític... pues a vegades també Senegal no és un país desenvolupat. Hi ha moltes coses que necessitem i no podem aconseguir. Llavors això també depèn, és la base on hi ha el problema perquè a l'Estat de Senegal també ha d'intervenir i ajudar a solucionar els casos de malalties que trobem aquí. El que fa ara mateix l'Estat de Senegal és que els nens de 0 a 5 anys ja no paguen, i les persones grans tampoc. És a dir, no paguen res per a visitar el metge. Però aquí no tenim seguretat social. Els que la tenen són els funcionaris, raó per la qual des de Typ estem fent com una espècie de... Com es diu?

E1: Els "tickets" no?

MA: Les dones tenen un carnet i paguen menys quan la seva família està malalta.

E1: Ah d'acord.

MA: És una forma d'ajudar a la família.

E1: Molt bé. I ja per acabar, eh.. Lo del consentiment no?

E2: Sí! En quant al treball, nosaltres ja no tenim cap pregunta més. Sobretot volíem donar-li les gràcies pel temps que ens ha dedicat. És el nostre primer any que venim, que estem associats amb la ONG. Això és només el principi. Ara haurem de parlar amb

la MR, amb els nostres directors, però que, moltes gràcies per haver-nos dedicat el temps sobretot perquè nosaltres podem venir, però si no hi ha algú que té poder, algú “en pla”, que té el poder de fer que les persones l’escoltin, que pugui fer alguna cosa més gran, no podem fer res. Llavors per això, donar-li les gràcies. I lo segon, volíem demanar-li si ens pot firmar el consentiment informat. Simplement és un consentiment on s’explica que utilitzarem aquesta informació per un treball. Quan el treball s’acabi, us l’enviarem.

E1: És la creació del projecte.

E2: “Ajà”

E1: Llavors aquesta entrevista serà transcrita en el nostre idioma.

E2: L’objectiu encara no està, perquè encara no sabíem exactament què. Però lo demès sí.

(MA li tradueix en wòlof)

Entrevista 4

Llegenda:

E: Entrevistador

I: Entrevistat

ENTREVISTA:

E: Vale, MA tu... tu saps quants habitants constitueixen el poblat de... de Typ?

I: No... la veritat és que no, no ho sé... això, li has de preguntar a MD

E: Vale, vale i... però si que saps... quina població... predomina, és a dir si... homes, dones, nens, ancians...?

I: Em... A veure, de totes maneres la població en general a Senegal és una població molt jove

E: Vale...

I: No hi ha gent gran...

E: Vale... Vale, vale, vale, vale... I... saps com... com s'organitza... el poblat, és a dir, qui és el cap, qui està... qui ajuda al cap, qui... o sigui, com... com funciona?

I: A veure... precisament el poble de Typ, diguem que és el Marabú que és l'alcalde

E: Vale

I: El Marabú és la persona que dirigeix per poder gestionar... tot el que es... tot el que passa en aquest poble, Typ. És el Marabú

E: Vale

I: Sent alcalde també sent Marabú té els seus seguidors, que treballen per a ell

E: Vale

I: Després tenen els seus camps on treballen, i després ja, arribaran a un moment donat... que els seus seguidors els poden alliberar i donar "algo" per a poder començar a viure la seva vida tranquil·lament

E: Vale, vale... això, als seus seguidors?

I: Hm

E: I per sota del Marabú qui hi ha?

I: A veure, per sota del Marabú segurament hi ha un... el cap del poble...

E: Vale

I: El cap del poble que està per allà... però la persona responsable segons... a nivell administratiu és l'alcalde...

E: Vale

I: Aquest alcalde pues... el, el... el van seleccionar els habitants de Typ

E: Vale

I: Per a que hi hagi algú gestionant i que tingui més possibilitats per a poder xerrar amb la resta del govern

E: Vale

I: Per a qualsevol cosa que necessitessin

E: I l'alcalde és el Marabú, veritat?

I: Si

E: Vale, i....

I: Vam anar a veure'l... a veure'l a casa seva a Touba, te'n recordes?

E: Si! Si, si... me'n recordo... me'n recordo. Em... vale. Quin és el sector més destacat en el que treballa la gent?

I: El sector?

E: Si, el sector, és a dir, que... en que treballa... en que acostumen a treballar... al mercat o... venent...

I: Als camps... als camps, ells son agricultors

E: Agricultors

I: Si, tenen els seus camps i també una part que tenen la ramaderia

E: Vale, i... l'agricultura sobre que... de quin... tipus d'agricultura és?

I: Cacauet i mill

E: I mill?

I: Si

E: Vale. Vale, vale, vale... I la... el bestiar quin tipus de bestiar és?

I: Vaques i corders i... també em... cabres

E: Vale... i a part d'agricultors i ramaders que, que... que més hi ha?

I: El comerç...

E: El comerç

I: Hi ha una part que es dedica per, per... per a comercialitzar el... el seu producte

E: Vale. I... tu saps quina mitja de ingressos té al més una persona a Typ?

I: No, no ho se...

E: No?

I: De veritat...

E: No, no et preocupis, no passa res. Bé, i... el paper de l'home i el de la dona en... que... que treballs se n'encarrega cadascun?

I: A veure... avui dia els homes i les dones també treballen casi junts...

E: Ahá...

I: Perquè si un home està treballant al camp també la seva dona ajuda...

E: Vale

I: És a dir... Quan està vivint a una família nombrosa, si és el marit només que treballa i la dona no treballa, no serà rentable per a la família

E: Vale

I: Raó per la qual, totes van treballant..

E: Vale

I: Als camps...

E: Vale. Vale, llavors també es... es dediquen al mateix, no?

I: Si

E: Vale, em... quina, quina... quina mitja de... de fills té un matrimoni?

I: 4 a 5

E: De 4 a 5

I: Si

E: Vale. Vale, i... el tipus d'alimentació que predomina, és a dir, arròs o... no ho se... peix o...

I: Cous-cous... arròs al migdia i cous-cous a la nit

E: Vale. Vale, vale... I... la religió que més es practica?

I: És la religió musulmana...

E: I... a banda de la religió musulmana, quines altres religions hi ha... a banda de la cristiana...

I: Justament a Typ...

E: Sí

I: Tots són musulmans

E: Sí

I: El cristianisme es pot viure mes o menys a la part del sud, per la zona de... de la illa de les petxines

E: La illa de les...?

I: Petxines

E: Vale

I: Que està a uns 40 km de Sali, allà hi ha una petita illa que es diu la illa de "Fagut". Allà tenen un 90% de cristians i 10% de musulmans

E: Ahá

I: I comparteixen el mateix cementiri...

E: Oh vale! Oh... I a banda de les religions majoritàries... que... altres... no hi ha altres religions?

I: El animisme... el animisme es nota més o menys al sud-est... i a Casamance

E: Vale

I: És a dir, Senegal Oriental i Casamance

E: Vale. Vale, i... per exemple MA, per a tu que vol dir estar malalt?

I: Estar malalt és que tens una incapacitat per a fer alguna cosa

E: Vale

I: O també pots ser malalt si, per exemple, si... tu no pots fer res o no pots alimentar a la teva... la teva família. Físicament o psicològicament també, hi ha malalties...

E: Clar

I: Si una persona que no pot alimentar a la seva... a la seva família, "algo" que no sigui bo, que no tingui treball diguem-ne

E: Ahá

I: Doncs és incapaç de treballar, això ja és un malalt... mental diguem-ne...

E: Vale

I: No és una incapacitat física, mental també n'hi ha...

E: Vale i... quins tipus de malalties creus que hi ha a banda de les mentals o les físiques...?

I: Doncs... la malaltia de la... de la malària, el paludisme

E: Infeccioses, no?

I: La que... que... es transmet a través del... del mosquit

E: Sí

I: Femella, diguem-ne

E: Sí... I bé, preguntes una mica sobre el dispensari de Typ, vale?

I: Hm

E: Em... quantes vegades a la setmana pot... una persona anar al... al dispensari?

I: A veure... això depèn de quin tipus de malaltia tingui...

E: Vale

I: Perquè si és... si és la malària... una vegada que el metge et fa el test i sigui el test positiu, ja et dona i t'ingressa

E: Vale

I: Per a poder baixar la febre... i després ja donar-te la medicació per a que ja et curis... després ja pots anar a casa...

E: Vale

I: Sinó... la gent no va al... al... al metge

E: Vale

I: I les dones embarassades han de fer el "SPM" el control prenatal diguem-ne

E: Vale...

I: Que ja s'encarrega la comadrona

E: Vale. I... i, i, i, i... a banda de... el... el dispensari... hi ha altres associacions o... altres serveis a la comunitat a... a Typ? Per exemple associacions de dones embarassades o coses així?

I: Hm... No, no, no... això... no, no, no, no. No. Crec que no existeix

E: No?

I: En general, associacions per a les dones, associacions que es dediquen per exemple, per a posar... posar diners

E: Vale

I: I cada dona té el seu torn per a poder recuperar la "pasta" i anar fent les seves coses, però es per torns, fan una reunió per exemple cada dissabte, i cada dona pot portar més o menys 1000 "cefes" i aquests diners són per... per una persona

E: Vale

I: I aquesta persona pot anar treballant i després ja la (...) que venen, és per un altre... És una forma d'ajudar-se entre elles

E: Llavors fan com un "bote" comú de diners per ajudar a les dones embarassades?

I: No aquest "bote"... Aquest diners va per... per persona, perquè si totes les dones ja tenen un grup que van anant cada setmana, pacten els diners per una persona

E: Per a una persona...

I: Si, i després ja van fent el... la volta, per a tots, per a totes diguem-ne

E: Vale

I: I... és la mateixa quantitat de diners... Una persona el que posa ho... ho rebrà, eh...

E: Vale

I: Si som tres dones i jo, per exemple, cada setmana poso 5000, més altres que posen que son 15000, li donem a la persona, i la setmana següent farem el mateix...

E: I això es fa cada setmana?

I: Cada setmana hi ha... hi ha unes dones que es viuen, en general, a una casa de elles i després ja... cada... cada dona posa "algo" de diners

E: Vale

I: No vol dir que sigui 1000 o 2000... el que sigui

E: Vale. Vale, vale. I... i a banda de... de... d'això no, per exemple... ah mira, sí, cada quant va la gent a la mesquita... de Typ, ho saps?

I: Bé, en general, casi podem dir que... a tots els homes, a tots el poblats, divendres, que és el dia d'oracions a Senegal s'hi va a la mesquita i la gent gran també... les dones grans... s'apropen a la mesquita...

E: Tots els divendres?

I: Sinó, casi tots resen a casa

E: Vale, vale...

I: Tots els altres dies de la setmana

E: Sí, sí, son 5 dies al dia, no?

I: Sí

E: Vale. Vale. I... que penses tu sobre el voluntaris?

I: Els voluntaris... que venen a ajudar?

E: Sí

I: Doncs e sembla molt bé, genial, perquè recordes que et vaig dir que cada persona que té una posició privilegiada...

E: Ahá

I: Esta cridada a ajudar a altres, és a dir, tornar "algo" a la societat ja sigui amb dedicació personal o mitjançant suport financer i els que fan els voluntaris... és una forma de poder ajudar a la gent i de posar el seu gra de sal dins... perquè... si només depenem de l'estat, a vegades podem tenir una vida molt complicada, raó per la qual, hi ha bastantes ONGs que venen aquí a Senegal per a poder fer costat als necessitats

E: Vale

I: Perquè no té sentit posseir "algo", si no ho saps compartir amb els demés

E: Molt bé... I... que creus que pensen, em... els habitants de Typ sobre... els voluntaris?

I: Pensen molt bé, i necessiten també aquesta ajuda

E: Vale

I: Serà un plaer per ells de tenir gent venint de fora per a... poder ajudar a millorar... millorar la seva vida..

E: Vale... Vale, doncs, ja està, en principi ja està, és suficient amb aquestes preguntes

I: Doncs molt bé, home.

Annex 5. Diaris de camp

Diari de camp 1

Dissabte 22 de Juny 2019:

Lloc	Dispensari de Darou Salam Typ
Temes	Observació i assistència de pacients i descobriment de la cultura senegalesa
Objectius	Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: El viatge comença a l'aeroport. A la porta d'embarcament ens trobem amb molta gent senegalesa. El vol porta retràs i la gent es queixa obertament. Un senyor major que no entén l'espanyol sembla tenir problemes amb la mesura de la seva maleta de mà, sembla ser massa gran. L'assistent de vol li comunica que per a pujar la maleta haurà de pagar-la. L'home no ho entén, llavors un altre home jove intenta ajudar-lo amb la traducció.

Segons la política de vol no pot pujar a cabina una maleta de mà tan gran, però l'home jove li discuteix perquè diu que “es un hombre mayor y no tiene dinero para pagar”. Finalment, l'home gran, paga la maleta.

Després d'una hora i mitja de retràs pugem a l'avió. Les assistents tenen problemes per a seure a la gent ja que, tot i tenir els seients assignats, la gent seu on vol i això fa que el vol es retardi més.

Durant el vol parlem amb una dona que s'asseu davant nostre. Ella parla castellà i ens convida a passar per casa seva a Dakar, ens dona el seu número de telèfon i ens diu que la truquem si necessitem qualsevol cosa.

Al arribar a Senegal i baixar de l'avió passem els controls de seguretat i ens esperem per a buscar les nostres maletes. Just al recollir-les apareix un home que ens saluda en anglès i ens explica que ell es el germà del MD i que ens acompanyarà fins on ens esperen.

Després de l'últim control sortim per una porta i coneixem al MD i al MA. Els dos parlen castellà i de seguida ens ajuden amb les nostres maletes. Ells estan

Reflexió: Em va sorprendre com, en general, la comunitat senegalesa sembla tenir un gran sentiment de respecte cap a les persones més gran de la seva societat.

L'home que va sortir al rescat d'aquest altre home gran no va ser l'únic, la gent que es trobava a la porta d'embarcament també ho comentava i es barallaven amb les assistents de vol.

Per a nosaltres, com a europeus que vivim dins un sistema de vida molt estructurat, organitzat, amb horaris molt fixes i amb unes prioritats molt relacionades amb la productivitat se'ns fa estrany un estil de vida molt més pausat a l'hora de fer les coses. Molta de la gent que es trobava a l'aeroport era gent més aviat gran i que a part de la seva vida aquí tenien una vida a Senegal i és podia observar com tots aquells temes burocràtics eren incomprensibles per a molts d'ells. El fet d'haver de pagar 50€ per una maleta perquè, potser, supera 1 o 2 cm la mesura permesa per a viatjar a la cabina de vol era una injustícia per a la gran majoria de les persones que es trobaven allà i, sincerament, solidaritzant-me amb el pobre home, a mi també m'ho va semblar.

Només començar el viatge ja vam sentir l'hospitalitat senegalesa (“teranga” que li diu el MA) de la mà de la noia que ens va oferir casa seva com a allotjament a Dakar. Ella ens comentava que agràia molt que la gent viatges a Senegal com a

acompanyats per un home que després ens adonem que és el taxista. Una vegada al taxi comencem a xerrar amb els dos, ells ens fan preguntes sobre Espanya i sobre alguns integrants de la ONG. Durant el viatge observem el paisatge, tot i que no es veu gaire, ja que és de nit i no hi ha molta il·luminació. Després d'una hora i mitja de camí arribem a la primera ciutat: Mbacke. Aquí ens parem per a comprar la nostra aigua, mangos i pà. Després seguim amb el viatge cap a Typ que dura uns 30 minuts aproximadament. La carretera es troba en pitjor estat a mesura que anem arribant i el paisatge és cada vegada més àrid. Arribem a Typ i el MD ens ensenya el dispensari i, seguidament, casa seva que es troba contigua. La casa esta construïda possiblement amb pedra i és d'una planta. Té tres habitacions, una és una sala d'estar amb dos sofàs, un armari, i un llit gran, també tenen una televisió i un ventilador; les altres dos habitacions tenen llits per als nens i per al MD i la seva dona FI. A fora de la casa tenen un terreny de sorra on muntem les tendes. També tenen un petit corral amb animals. Abans de començar a preparar les tendes ens preparem per a sopar. Entre tots preparem la taula i les cadires, apareixen els fills del MD i ens els presenten als tres. Minuts abans de començar a sopar amb la família, avisen a MD d'una urgència. MD ens demana que l'acompanyem. Arribem a la consulta i ens trobem a un nen d'aproximadament 5 anys plorant amb l'abdomen distès i unflat i amb molt de dolor. El pare i el MD parlen en wòlof. Procedim a realitzar l'anamnesi amb el MD, seguidament li administra Buscapina i el deixa en repòs durant una hora. Tornem a la casa per a sopar. Sopem tot junts, menys els nens que sopen a part en una tauleta més petita. La FI no parla molt bé el castellà així que ens comuniquem amb ella mitjançant gestos i l'ajuda del MA. Després d'aproximadament una hora i mitja xerrant amb la família anem a veure el nen, el qual es troba amb millor aspecte general i dormint. MD decideix enviar-lo a casa i que torni el dilluns per a tornar a	sanitaris per a ajudar a la gent que hi viu allà i que per això li semblava poc només convidar-nos a casa seva. No va dubtar en donar-nos el seu número de telèfon i de deixar-nos jugar amb els seus fills. També vam conèixer a un altre grup de voluntaris que viatjaven cap a Casamace, al sud-oest de Senegal. <i>En baixar de l'avió i trepitjar Senegal per primera vegada la JU i jo estàvem nerviosos i a la vegada emocionats. Vam seguir al bullici de gent que sortia de l'avió cap els controls. Els vam passar sense molts problemes, tot i que les autoritats senegaleses intimiden molt més que les europees. En arribar el germà del MD tot va ser molt més fàcil, ja que era l'únic que parlava anglès. Ens va acompanyar fins on es trobaven el MD (l'infermer) i el MA (el guia).</i> <i>Els dos eren molt alts i atlètics i parlaven el castellà amb bastanta fluïdesa, més el MA que el MD. Vestien amb robes diferents, possiblement degut a les diferències entre les seves professions: el MD semblava vestir-se molt més formal i amb roba més clàssica, en canvi el MA portava roba més esportiva i juvenil, de fet portava una samarreta de propaganda en català. Era gairebé impossible determinar quina edat aproximada tenien però semblaven més joves del que eren.</i> <i>Ens va sorprendre molt com el govern senegalès invertia tant en infraestructures ja que les carreteres principals que comunicaven les grans ciutats estaven perfectament asfaltades, potser no en les millor condicions de manteniment, però es notava que s'hi havien invertit diners. El MD i el MA ens van explicar que el país es trobava en deute ja que per la construcció d'aquestes carreteres s'havien demanat grans préstecs a altres països.</i> <i>En arribar a les primeres ciutats les carreteres ja no es trobaven en tan bones condicions. La primera ciutat que vam veure es Mbacke. Tot i ser de nit la gent es trobava pel carrer i hi havia molta vida, probablement, perquè la temperatura a aquella hora ho permetia.</i>
---	--

Valorar-lo. Marxem del dispensari on muntem les tendes per a dormir. Ens deixen uns matalassos que una senyora porta des de fora de casa de MD. Abans de dormir ens ofereixen una dutxa i té.	<i>També ens vam fixar en que òbviament no passàvem desapercebuts, tot i que la presència de voluntaris a aquella zona és mes o menys habitual, la gent ens mirava ens senyalava i probablement parlava sobre nosaltres.</i> <i>En arribar a la casa em va recordar a la casa de la meva tieta a un poble de muntanya del Marroc, per la construcció de pedra i la infraestructura. En veure el dispensari ens vam sorprendre ja que no era tan petit com pensàvem, tenia una sala de parts i fins i tot una incubadora que van fer uns voluntaris antigament.</i> <i>També vam conèixer a la família del MD: La seva dona (FI), el fill gran (RO), el fill mitjà (LU) i el més petit (PI). El RO i la FI parlaven una mica el castellà ja que el RO l'estudiava a l'institut.</i> <i>Just abans de sopar vam tenir el nostre primer pacient, i ens va sorprendre, primer perquè no sabíem que el servei que oferia el MD era també 24h, tot i que després ens va sembla lògic; i segon perquè era un nen d'uns 4-5 anys molt espantat perquè tenia l'abdomen unflat i tenia molt de dolor. A mi, em va sobtar bastant l'actitud del pare, ja que semblava bastant tranquil tot i el patiment del seu fill. Nosaltres ens vam preocupar i de fet mentre sopàvem vaig estar pensant en com estaria el pobre nen. Després d'una hora el vam anar a veure i es trobava més tranquil i dormia amb el pare. Realment vaig tenir al cap al nen durant tota la nit tot i que semblava estar millor.</i> <i>A l'hora de sopar, ho fan tot junts a la mateixa taula i sense cap distracció. En general, els europeus degut a l'estil de vida lligat a horaris als àpats no sempre estan amb la família i inclús quan hi estan, hi ha distraccions com la televisió o el mòbil. Cadascú s'encarregava d'alguna cosa, posar la taula, buscar els coberts, les cadires, preparar el té. Aquesta situació em va fer reflexionar bastant ja que la gran majoria de vegades a casa meva dinem i sopem per separat per tema horaris i s'ha convertit en costum no menjar junts, gracies a això crec que valoraré molt més els moments en els que si que pugui fer-ho, ja que va ser una molt</i>
--	---

	bona experiència per a conèixer millor a la família del MD, realment ens vam sentir molt aollits. En acabar el sopar, ens vam asseure per xerrar i prendre el té. Això em recordava moltíssim a les costums de la meua família, on seure per prendre el té després de menjar és molt típic al Marroc també i em va fer sentir molt proper amb ells. Allà a la nit hi ha una tranquil·litat immensa i un silenci que permet relaxar-se. Abans d'anar a dormir ens vam quedar parlant sobre lo bonic que era el cel a la nit de Senegal.
--	--

Diumenge 23 de Juny 2019:

Lloc	Dispensari de Darou Salam Typ Mbacke
Temes	Observació i assistència de pacients i descobriment de la cultura senegalesa
Objectius	Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Ens aixequem aviat amb el so dels galls, avui el dispensari no està obert i per tant no hi ha consultes, només urgències. El MD ens comenta que avui anirem a Mbacke a la comunió d'un company del seu fill mitjà. Mentre parlem observem com un cotxe arriba al dispensari. Quan anem a veure què passa, veiem a dos dones, una d'elles sense consciència a primera vista, i a un home als seients de darrere. Sembla que la dona sense consciència aquest de matí no es trobava bé i en algun moment sembla que ha empitjorat. Una vegada ens fixem millor en la dona, ens adonem de que no te pols i de que està morta. Quan el MA ho comunica als familiars l'altre dona es fica a plorar desconsoladament. La JU intenta consolar a la dona com pot mentre el MD em demana que vagi a pel registre de la consulta per apuntar les dades de la dona. Ens comenten que se l'emportaran a Mbacke per a l'enterrament ja que són musulmans i	Reflexió: <i>Va ser una experiència una mica complicada ja que no sabíem com respondre al dol de la dona. Semblava que la dona que va morir i la dona que plorava eren les dones de l'home que les acompanyava. Ella estava visiblement trista per la pèrdua a diferència de l'home. La barrera idiomàtica no ens va permetre ajudar gaire a la senyora que més tard, uns dies després vam saber que al marxar sola cap a casa, també va morir. Sincerament, va ser molt tràgic i ens va sorprendre molt.</i> <i>Després de parlar amb el MD ens va comentar que la senyora era hipertensa i que aquest tipus de malaltia era molt difícil controlar-les, ja que la medicació no és fàcilment accessible per a tothom i a vegades la gent no se la pren com haurien. Potser, una pujada de tensió matutina va ser la causa de la mort i això ens va fer pensar una mica sobre els recursos dels quals disposen, ja que una mort per aquesta causa a Europa seria casi impensable</i>
---	---

segueixen un ritual específic. L'altra dona es queda al dispensari encara desconsolada. Al cap d'uns minuts decideix marxar caminant sola, encara murmurant i plorant. Després d'això el MD demana un taxi per anar a Mbacke. Agafem el taxi fins a Mbacke i pel camí veiem tot el que no vam poder veure la nit anterior ja que era fosc. El paisatge és molt àrid i només es poden veure alguns arbres, la gran majoria baobabs, i animals com vaques o cabres. Una vegada a Mbacke observem com a l'entrada existeix un gran dipòsit de deixalleria sense gestió aparent, s'hi pot observar de tot, des de plàstic fins a animals morts. La ciutat sembla plena, hi ha molt de tràfic i moltes parades on comprar productes. Sembla haver-hi una carretera principal que travessa la ciutat i és on es pot trobar la gran majoria de gent. El MD ens comenta que li agradaria que anéssim a visitar als seus pares ja que ells viuen a Mbacke. La casa dels pares del MD és diferent a la casa del MD, es troba adjunta a altres cases i sembla que és compartida amb més gent, les portes les tenen obertes. Entrem a la casa i coneixem als pares del MD, ens assentem amb ells i els saludem. No parlen castellà però si que saben francès. El MD ens tradueix el que diuen. El pare del MD té algun problema que l'impedeix caminar, per aquest motiu es troba en una cadira de rodes, el MD ens comenta que durant la setmana fa rehabilitació; en canvi la seva mare sembla molt més autònoma i en millor estat de salut. Ens ofereixen cervesa per beure i compartim una llauna entre tots, després ens despedim d'ells i ens encaminem a l'església per a la cerimònia. En arribar a l'església podem observar com la majoria de la gent porta roba molt més formal que de costum, la gent ens saluda. L'església té l'estructura d'una petita capella, per dins hi trobem bancs de fusta un altar amb una taula llarga i alguns objectes de decoració. Al fons a la paret, hi trobem la creu cristiana. El MD ens comenta que primer faran una missa i després començaran amb la cerimònia. Quan entrem ja han començat	<i>També ens va sorprendre com ningú va intentar consolar a la dona, de fet l'estat de la dona semblava com si fos exagerat per als homes que es trobaven allà en aquell moment. La mort va ser una mica traumàtica i a nosaltres la reacció de la dona si ens va semblar normal, ja que les morts per accidents d'aquest tipus noson habituals a Espanya. Possiblement, a Senegal, degut a l'escassetat de recursos, les morts per aquests motius són més habituals i la gent no demostren el dol de la mateixa manera que nosaltres.</i> <i>El MA ens va explicar que els musulmans per a fer els enterraments segueixen uns rituals, en els quals es fan banys purificador als cossos dels morts.</i> <i>Quan el MD ens va dir que aniríem a una festa a l'església de Mbacke ens vam emocionar molt perquè això ens permetria conèixer molt millor les costums senegaleses i, en aquest cas, les costums de la part cristiana, ja que són un baix percentatge de la població.</i> <i>L'església no era molt gran però si semblava molt ben cuidada, tot el seu mobiliari es trobava en bon estat i la façana estava molt ben pintada.</i> <i>Personalment, mai he assistit a una missa, i no sabia comparar-les amb les d'occident però aquesta em va semblar molt especial. La música, la coral de l'església, la gent, els vestits, l'ambient que es va crear em va semblar realment interessant sobretot des del meu punt de vista ateu. La gent que es trobava allà semblava molt devota. Crec que la fe és per a ells un dels pilars més importants del seu dia a dia i realment té molt de sentit, ja que la fe o les creences religioses et permeten tenir alguna cosa quan no tens res, de fet, segons M. Sellingman, és un dels pilars per aconseguir la felicitat o per mantenir-la i, a un país com Senegal on l'escassetat de recursos és molt real i pots trobar gent que, literalment, no té res, la fe podria ser allò que els manté i els ajudar a seguir cada dia. Va ser una experiència molt enriquidora i em va donar perspectiva sobre la fe i les creences religioses, a més la coral de l'església era increïble, tenien un ritme contagiós i realment</i>
--	--

i ens assentem on podem. El cura, un home alt i corpulent, es troba recitant en francès alguns passatges de la bíblia. El MD ens intenta explicar el que està passant, però la gent està en silenci així que deixem de parlar. A la part posterior de l'església hi observem una coral d'homes i dones que van seguint al cura amb cançons. L'home del meu costat em guia i em diu amb gestos que he de fer: aixecar-me, seure o baixar el cap. Durant la cerimònia una de les nenes sembla trobar-se malament. Esta marejada i ha vomitat. El MD, la JU i jo ens apropem per a atendre-la. Sembla ser un cop de calor, ja que fa molta calor i va molt tapada. La fiquem a l'ombra i li donem sucre per si el motiu de la davallada era una hipoglucèmia. Li ofereixo uns caramels a la mare per a que li doni a la nena. En acabar la cerimònia marxem un altre vegada cap a casa dels pares del MD on ens trobem amb el MA que no ha volgut assistir a la cerimònia a l'església. Sembla que el MA i el MD discuteixen per algun motiu. Després d'uns minuts ens dirigim a la casa on faran la celebració de la comunió. Hi ha molta gent a la casa, la gran majoria esta concentrada a l'entrada i al pati que hi ha a l'interior. En arribar al pati de dins observem taules amb molt d'alcohol i pastissos. Al cap d'un temps arriba el cura amb els nens i destina una paraules a la gent que es troba a la festa. Quan marxa, un home comença a ficar música amb un ordinador. La gent, sobretot els mes joves, comença a beure i a ballar al ritme de la música. Comencen a portar el menjar. Ens pregunten si volem porc o pollastre, tot i que finalment ens porten de les dos. Comencem a menjar. Quan hem acabat la gent segueix ballant a la zona del pati, on fan rotllanes. Com estem cansats marxem a una sala amb el MA on coneixem a una dona que ens comenta que és professora de castellà a l'escola i que el seu marit també ho és. Xarrem una mica i decidim marxar a Typ per a descansar. El MD prefereix quedar-se i seguir amb la festa.	<i>aconseguien crear aquest ambient tant espiritual.</i> <i>A Mbacke vam conèixer als pares del MD que malauradament no es trobaven en el millor estat de salut. El seu pare estava en cadira de rodes i tot i que estava completament conscient i orientat, el seu estat de salut no semblava gaire bo. El MD ens comenta que ell necessita medicació pel dolor, però que tenen problemes per aconseguir-la. Ens sorprèn que ens portin una llauna de cervesa, fins aleshores no havíem vist alcohol enlloc ja que, generalment, al ser un país majoritàriament musulmà, l'alcohol no es ven de forma habitual. Per aquest motiu vam pensar que l'alcohol era car i complicat d'aconseguir i, tot i que semblava que volien que ens la prenguéssim només nosaltres, vam decidir compartir-la amb el MD i un altre home que era el cuidador dels seus pares.</i> <i>A la festa quan ens vam trobar ja amb el MA vam poder parlar amb ell sobre les costums cristianes i com ell, que era musulmà, hi havia coses que no li agradaven, tot i això, ell mateix ens va explicar que les dues comunitats viuen sense cap tipus de discriminació o rebuig.</i> <i>La festa de després de la comunió va ser impressionant, sobretot quan van començar a ficar música i a ballar. La gent que estava allà ballava increïblement bé i la música que ficaven tenia molt de ritme i entraven ganes de ballar. La JU i jo vam ballar amb ells tot i que ens feia molta vergonya, ja que nosaltres no ballem tant bé. Ells es van riure molt i ens ho van fer passar molt bé.</i> <i>Ens va sorprendre la gran quantitat d'alcohol que hi havia a la festa, també que els menors bevien petites quantitats d'alcohol amb els adults. Generalment, podríem suposar que la gran majoria dels senegalesos al ser musulmans no tenen problemes amb l'alcohol, i que la comunitat cristiana deu tenir més problemes hepàtics que la musulmana.</i> <i>El menjar de Senegal no és molt variat, habitualment es tracta de pollastre, porc o</i>
--	--

El MA, la JU i jo marxem amb taxi cap a Typ, però primer anem a comprar garrafes d'aigua per a nosaltres. Una vegada a Typ decidim descansar al porxo de casa i xerrar amb el MA, que ens comenta que amb ell no li agraden aquestes festes perquè "beben mucho alcohol". El MA és musulmà i no beu alcohol. Com fa molta calor ens fiquem a dins de la casa i engeguem el ventilador. Quan es fa de nit sopem amb la família, fem un té i anem a dormir. El MA ens comenta que al dia següent ens aixecaríem aviat.	<i>peix amb arròs, fideus o cous-cous. No estic molt segur, però sembla que la quantitat de menjar que fan sempre es molt elevada, però potser es deu a que ja que hi estàvem nosaltres, augmentessin les quantitats per a que mengéssim bé. Tot i això, em va seguir sorprenen l'ambient familiar i el sentiment de comunitat que es creava a l'hora dels àpats. També el fet de menjar amb les mans et feia perdre la vergonya i a sentir-te més proper amb ells.</i> <i>Com la festa es va allargar molt, el MA, la JU i jo vam decidir marxar per a descansar. Abans de marxar vam tenir la sort de veure al MA tocant un instrument de percussió típic de Senegal. Més tard a la tornada amb taxi, ell ens va explicar que ell a part de guia, és músic i es va definir a ell mateix com a trobador.</i> <i>La resta del dia el vam passar a casa on vam xerrar, vam sopar, vam beure el té i vam marxar a dormir pensant que demà començava la feina.</i>
--	--

Dilluns 24 de Juny 2019:

Lloc	Dispensari de Darou Salam Typ
Temes	Observació i assistència de pacients i descobriment de la cultura senegalesa
Objectius	Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Ens vam aixecar aviat, a les 6.30 amb el cant dels galls. Vam esmorzar el MD, la JU, el MA, el PI i jo. Als matins esmorzaven pà que anaven a comprar a primera hora amb xocolata i mantega i cafè de sobre amb llet en pols. També menjaven el que havia sobrat al sopar del dia anterior. Abans de les 7.30-8.00 l'entrada del dispensari estava plena de gent esperant per a ser atesa. Ens dirigim a la consulta del MD. A la consulta hi havia un escriptori, una camilla i una aixeta amb aigua. Entre els aparells hi podíem trobar	Reflexió: <i>Tot i dormir a una tenda de campanya amb la porta tancada pels mosquits i la calor, realment es dormia molt bé, la qualitat de l'ambient ho permetia: el silenci, la foscor completa, el cansament; m'aixecava realment descansat.</i> <i>Al matí em vaig aixecar molt aviat ja que en sortir el sol la temperatura augmentava molt ràpid i es feia complicat dormir.</i> <i>Mentre esmorzàvem podíem veure com la gent començava a arribar al dispensari i a fer cua per a que els atenguessin. Cap a les 8.00 vam començar a passar visita</i>
---	---

un termòmetre i tensiòmetres manuals amb fonendoscopis. Poc a poc vam començar a passar consulta amb MD, el qual feia valoracions segons el que descrivia el pacient. A l'escriptori tenia un llibre de registre de pacients, on es veien diferents paràmetres per a emplenar: - Edat - Sexe - Signes i símptomes - Constants - Diagnòstic - Medicació Al no tenir història clínica, segons el MD, l'única forma de portar un registre de la comunitat i de la zona eren aquests llibres. Al llarg del matí la JU i jo ens vam separar, ella va marxar amb l'Al i jo em vaig quedar amb el MD. L'Al parlava francès i també tenia un nivell bàsic d'anglès amb el que es comunicava amb nosaltres. La quantitat de dones esperant per a la consulta de la matrona en comparació amb la consulta normal era molt gran. Hi havia moltes dones esperant a ser ateses. Quan van acabar les consultes vaig anar a buscar a la JU, i ens vam quedar una estona amb la Al els dos, després el MA ens va venir a buscar per dinar. Després del dinar vam seure a dins de la casa ja que feia molta calor i el sol era perillós. A Àfrica en aquell moment s'estava disputant la copa Àfrica de futbol i l'equip senegalès hi participava. El MA, el MD i el RO miraven els futbol a la televisió. Nosaltres ens vam ficar a jugar amb el PI a cartes, el MA ens va ajudar a explicar-li els jocs. Més tard els hi vam entregar el material que havíem portat per ells i pel dispensari. Quan es va fer de nit ens vam sopar, ens vam dutxar i ens vam preparar pel dia següent.	<i>El MA, el MD, la JU i jo. Va ser una mica desastre al principi perquè anàvem amb una mica de por de dir alguna tonteria. Tot i això, el MD ens animava a fer exploracions i a pensar en els símptomes que descrivien els pacients.</i> <i>Era l'època seca encara i, per tant, no hi havia molts mosquits, tot i això la presència de la malària als països subsaharians es molt present i quan troben símptomes que podrien classificar-se dins d'un quadre de paludisme es realitza el test. Aquest consistia en un blister sobre el qual si dipositava una gota de sang amb un reactiu. Si al blister sortia una sola ratlla vermella el test era negatiu i si pel contrari sortien dos ratlles vermelles, llavors es confirmava la malària i s'iniciava el tractament. Vam realitzar bastants tests i, afortunadament cap va ser positiu.</i> <i>Tenint en ment la gestió dels residus vam intentar esbrinar que es feien amb aquest tests una vegada utilitzats. Vam trobar que molts estaven al terra de la zona del darrera del dispensari, altres en contenidors de cartró i alguns per sobre de la taula del MD.</i> <i>Generalment, no s'utilitza molt de material, ja que no n'hi ha i intenten utilitzar el menys possible, per tant no hi ha molt de residu, tot i això, els residus que si que es creen no es destrueixen ni s'emmagatzemen enlloc. El MD ens comenta que ells tenen una petita incineradora però que no serveix per tot i que la gran majoria dels residus haurien de ser transportats a Mbacke per a la seva correcta gestió, però per a traslladar-los han de pagar i no s'ho poden permetre.</i> <i>La quantitat de feina es desmesurable, hi ha molta gent i no deixa de venir més, el MD no dona abast i ens ho explica. També observem el que podria ser un inici del síndrome de Burnout en ell, ja que l'assistència, tot i ser bona, és amb desgana. Ens comenta que ell pensa que els pacients l'únic que volen son pastilles perquè creuen que això els hi curarà, quan la realitat es que la gran majoria de problemes pels que acudeixen es dolor o cansament.</i>
--	--

	<i>Així doncs, trobo que es complicat donar una assistència integral i adequada, ja que, per exemple: un home que ve per dolor lumbar i astènia sense cap altre malaltia coneguda et demana que li curis el dolor, però després fent l'anamnesi te'n adones que treballa fent molt d'esforç amb l'esquena i moltes hores per a guanyar diners i menjar. Llavors, en aquest cas receptar analgèsia només cobrirà aquest dolor agut, però el que realment necessitaria aquest home seria una feina que requereixi menys esforç físic, però això es gairebé impossible per a la majoria de la gent. Per aquest motiu moltes vegades el MD sembla resignat amb el procés de salut i es limita a pal·liar els problemes més aguts de la gent.</i> <i>L'AI no es queda curta, probablement la quantitat de pacients que te ella es més elevat degut a la gran quantitat de dones embarassades que hi ha. L'AI es una dona mitjanament jove amb una gran quantitat de coneixements, a més a més, trobo que se li dona molt be la docència, ja que ella intentava explicar-te les coses i el perquè de les coses. Amb ella vam aprendre molt sobre maternitat a Senegal i en general.</i> <i>Aquest dia va ser el primer i vam notar realment la gran càrrega de treball que tenen els professionals sanitaris a països amb escassetat de recursos.</i>
--	--

Dimarts 25 de Juny 2019:

Lloc	Dispensari de Darou Salam Typ Khaiga
Temes	Observació i assistència de pacients i descobriment de la cultura senegalesa
Objectius	Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Avui ens hem aixecat una mica més tard 7.30. Esmorzem i anem a passar consulta. El MD ens comenta que avui és un dia especial perquè s'ha de fer un	Reflexió: <i>Aquest dia va ser una mica caòtic, ja que fins al migdia no sabíem que aniríem a la població de Khaiga ni que hi faríem allà. Al principi vam passar consulta com si fos</i>
---	---

control d'un poblat dels voltants de Typ. Aquesta es diu Khaiga i es troba a aproximadament uns 9 km, el viatge cap allà el farem amb un 4x4 amb altres companys sanitaris que col·laboraran amb nosaltres. A primera hora, passem visita, la JU aquesta vegada es queda amb el MD i jo marxo amb l'Al. Aprofito per a fer fotos al carnet de salut que es fa als nens i a les mares durant l'embaràs. No hi estic molt de temps perquè de seguida hem de marxar cap al poblat. La gent continua arribant i fent cua per a ser atesa tot i que marxem. El MD ens ve a buscar perquè el transport ja ha arribat. Ens demana que agafem aigua i menjar perquè fa molta calor. Ens pugem al vehicle 4x4 el qual ens comenten el MD i el MA que es un cotxe que proporciona el govern als equips dels dispensaris per a fer aquestes tasques de control de poblats rurals. El cotxe està preparat amb articles bàsics d'assistència sanitària. El viatge dura uns 20 minuts, i el fem a traves de la zona no transitable per a vehicles. En arribar, observem una gran quantitat de gent, aproximadament 100 persones sota l'ombra d'un baobab esperant la nostra arribada. La gent ve a saludar-nos i ens observen detingudament. El primer que fem és anar a veure al Marabú del poblat per a saludar-lo i per a que ens doni la benvinguda al seu poble. El Marabú va vestit completament de blanc i esta llegint el que després ens comenta el MA és l'Alcorà. Tot l'equip ens assentem davant seu per a rebre les seves oracions. El MA parla en nom nostre i ens presenta. El Marabú ens agraeix la nostra presència i ens desitja sort. Quan acabem anem cap al petit dispensari que es troba just davant del baobab de l'entrada. Consta de dos sales, una destinada a la matrona i l'altra a consultes ordinàries. Al ser tanta gent, decideixen dividir l'equip i els pacients en dos grups. Nosaltres marxem amb el MD cap al col·legi del poblat per a passar consulta a les classes. Primer saludem als nens que es troben fent classe i després marxem a una classe buida on preparem el material per les consultes.	<i>un dia normal però amb una mica de pressa per acabar. Jo vaig passar consulta amb l'Al i vaig poder aprendre molt d'ella tot i la barrera idiomàtica.</i> <i>A l'hora de marxar, com no sabíem que faríem no sabíem que portar, així doncs, la majoria d'aparells que teníem, els vam deixar a Typ, i els hi podríem haver donat un bon ús.</i> <i>En arribar al poblat vam veure moltíssima gent, tots ells semblaven molt sorpresos de veure'ns allà, fins i tot una nena es va espantar i va sortir corrents. Probablement mai hagués vist a algú com nosaltres.</i> <i>La benvinguda al poblat va ser molt interessant de experimentar. La figura del Marabú és la del líder espiritual d'una comunitat, ell predica la paraula d'Alà i protegeix els seus habitants. Ens van fer treure les sabates per a seure davant seu i ell ens va dedicar unes oracions. Al final de les oracions el Marabú escup a les mans de la persona que les reb i aquest es frota la cara amb un motiu espiritual. Jo li vaig poder tocar les mans però la JU, segons els seus costums, sent dona no ho va poder fer.</i> <i>Després de la rebuda tan interessant, vam marxar a passar consulta. La gran majoria eren nens i nenes petites els quals només havien de passar revisió. Molts d'ells es trobaven en estat de desnutrició. A la zona de Typ això no ho veiem tant com en aquest poblat.</i> <i>Va ser una mica complicat passar consulta, ja que realment no sabíem que fer amb els nens, així que vam intentar improvisar una mica a l'hora de fer revisions. Quan trobàvem alguns signes estranys ho comentàvem amb el MD que ens ajudava. Molts d'ells no tenien carnet de salut o estava incomplet o no tenien clar com funcionava.</i> <i>En acabar les revisions dels nens vam veure a alguns adults. Les condicions on passàvem consulta eren dures, vam haver de parar algunes vegades per la calor que hi feia.</i> <i>En marxar vam saludar a la gent del poble i ens vam acomiadar de tots el nens.</i> <i>Quan vam arribar estàvem molt cansats i no vam durar gaire.</i>
---	---

Tenim un regla d'un metre i un tallímetre de 170 cm, els quals utilitzem per a mesurar els nadons i els nens. Més tard rebem un tensiòmetre i un fonendoscopi. Primer passem consulta als nens d'entre 3 mesos i 12 anys. Als més petits se'ls hi mira la dentadura, la visió, l'activitat auditiva, el melic, els genitals, malformacions, el pes i les vacunes. Als nens més grans es valora el seu procés de creixement segons les corbes de creixement dels seus carnets de salut. Hi ha un gran quantitat de nens petits. Més tard, comencem amb les consultes d'adult, els quals son menys, generalment els motius o símptomes pels quals acudeixen són: control de la tensió arterial, dificultat visual, dolor a les articulacions i generalitzat, mareig i control de la DM (Diabetis Mielitus). Trobem un pacient que comenta tenir més de 100 anys i amb un molt bon aspecte físic. El MA ens comenta que l'home diu ser un discipul del fill del fundador de la ciutat de Touba, capital de l'islam senegalès. Després de parlar amb ell, l'home li fa una oració. En acabar les consultes vam tornar a Typ on ens vam quedar xerrant fins l'hora de dormir.	<i>Aquella tarda el MD, el MA i el RO miraven un partit de la copa Àfrica. Durant el sopar vam descobrir que la FI cantava molt bé, ella ens va preguntar per cançons espanyoles i li vam ficar alguna i vam cantar amb ella, després degut al cansament vam anar a dormir molt aviat.</i>
---	---

Dimecres 26 de Juny 2019:

Lloc	Dispensari de Darou Salam Typ
Temes	Observació i assistència de pacients i descobriment de la cultura senegalesa
Objectius	Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Igual que els demás dies ens vam aixecar aviat per esmorzar. Vaig acompanyar al MD i al PI a comprar el pà. Després d'esmorzar vam començar a passar consulta tots quatre junts. La JU i jo vam començar a apuntar un diari de consultes sobre els pacients que teníem. A mig matí l'Al ens crida per a veure un part. Era una dona amb el seu 4t o 5é part i la tenien a la sal de parts. La	Reflexió: <i>Realment ens vam emocionar molt quan l'Al ens va cridar pel part, ja que ens havien dit q hi havien molts i encara no n'haviem vist cap, i teníem molta curiositat per veure com assistien a Senegal.</i> <i>El part va ser natural com, gairebé tots, normalment si hi hagués alguna complicació abans del part o durant el</i>
--	--

sala contenia un autoclau que no funcionava, una petit bressol com incubadora, una taula de quiròfan i alguns materials. L'Al ens va explicar que la dona encara no tenia contraccions i la dilatació encara era de 3-4cm, així doncs, li va col·locar una via i li va administrar 5 unitats d'oxcitocina en un suero glucosat de 500 cc, i cada 30 min revisava les contraccions. Quan la dilatació de la vagina va arribar a aproximadament els 10 cm l'Al es va ficar guants estèrils i li va demanar a la dona que fes força. Mentre la dona feia la força l'ajudant de l'Al netejava la zona genital. Una vegada era visible el cap del nen, l'Al fa tracció i la rotació per evitar la lesió a l'espatlla. En sortir el nen es pinça el cordó umbilical per dos zones i es talla pel mig. L'auxiliar s'emporta el nen i el renta a la incubadora, se li ofereix el nen a la mare i diu que no vol, que vol descansar. No es fa el pell en pell. Seguidament s'extrau la placenta i se li fiquen vacunes al nen. Se li administra més medicació a la mare per a aturar el sagnat.

En acabar el part anem a dinar. Després d'una hora el farmacèutic em comenta que la mare li ha ficat el meu nom el nen. Vaig a saludar-la i a donar-li les gràcies pel gest.

Més tard ens posem a ordenar el dispensari i a netejar-lo una mica. Ens encarreguem de revisar les caducitats de la medicació que es troba a la farmàcia. La majoria de la medicació són suplementes alimentaris, tractament de la malària, anticonceptius, analgèsics i antibiòtics.

En acabar de netejar marxem a sopar i després marxem a dormir.

part s'intentaria traslladar a un altre ones pogués atendre.

Quan vam arribar a la sala de parts l'Al ens va explicar una mica com aniria el part però que la dona encara no havia dilatat i no tenia contraccions, i com si ens deixes el part ens va dir que marxava i que ens deixava a càrrec de la dona. Per si de cas el MD estava atent de com anava.

Ens va sorprendre la tranquil·litat de la dona tenint en compte l'experiència en parts que havíem tingut els dos a Espanya. Sense cap tipus d'anestèsia ni suport emocional, ella estava allà sola fent força.

En sortir el nen ens va sorprendre que no es fes el pell amb pell de primeres i que la mare no volgués veure al nen. El MA ens va comentar que a Senegal es normal que molts dels nens que tenen les famílies morin quan són petits, així doncs acostumen a tenir molts i la relació mare-nen és molt més pràctica que emocional. "Cuántos más niños tengas más suerte se cree que tendrás en la vida" i degut això la tendresa habitual dels països desenvolupats amb els nens no era igual a Senegal. També a mode de supervivència si el vincle que es crea entre mare i fill és molt proper i aquests nens moren de forma quotidiana, possiblement el trauma que quedaria seria bastant dur de superar i seria inviable per a la salut mental dels seus pares. Així doncs aquesta "insensibilitat" i "manca de tendresa" podria ser un mecanisme de supervivència per als pares.

Després d'adonar-me de que el nen es diria com jo em vaig emocionar molt així que vaig anar a veure a la mare que me'l va deixar agafar i em va demanar que me l'emportés amb mi cap a Espanya, suposo perquè ella creu que tindria una vida millor.

Ens va sorprendre també que al cap d'unes poques hores la dona marxés pel seu propi peu cap a casa.

Va ser una experiència molt ambigua, ja que tenia un gran sentiment d'alegria per la situació i perquè segurament no se m'oblidi mai, però a la vegada sentia molta tristesa perquè vaig poder veure i

	<i>reflexionar sobre la realitat de la mortalitat infantil.</i>
--	---

Dijous 27 de Juny 2019:

Lloc	Dispensari de Darou Salam Typ
Temes	Observació i assistència de pacients i descobriment de la cultura senegalesa
Objectius	Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Al aixecar-nos el MD no està i el MA ens comenta que avui no estarà amb nosaltres perquè ha hagut d'anar a buscar a la seva filla més petita que viu amb els seus avis per a poder estudiar a un parvulari. També, la FI, ens comenta que avui és la festa de fi de curs de l'escola i que hi haurà una gran festa i que ens han convidat. Al matí, la JU, el MA i jo passem visita. Fins aproximadament les 12.30-13 que parem per anar a dinar. Després de dinar, la FI ens comenta que les nenes de la seva classe vindran a casa per a vestir-se amb la roba típica i és maquillaran i pintaran la cara, a més practicarán un ball i una cançó. Abans de que comences la festa el MD arriba amb la seva filla petita d'un 3-4 anys es diu NG. El MD ens pregunta per les consultes i ens agraeix el treball. Més tard, abans de la festa, arriben les nenes per vestir-se i maquillar-se. La FI i la seva neboda que viu amb ells preparen a les nenes. Comença la festa i les nenes i la FI al davant fan una fila i canten una cançó mentre caminen cap a l'escola. Entrem amb el MD i el MA i ens reben alguns professors i ens donen un seient just al davant del tot amb el MD. Hi ha molts nens dins l'escola i ells s'asseuen al terra, al mig hi ha un escenari i just davant nostre hi ha una taula llarga i blanca amb micròfons.	Reflexió: <i>Vam haver de passar consulta sols i això a nivell ètic em va crear bastant de preocupació, no tenim la formació per a diagnosticar ni prescriure, així que ho vam deixar en mans del MA, tot i això, va sortir més bé del que m'imaginava.</i> <i>Fins ara no coneixíem l'existència de una filla del MD i la FI, i ens vam sorprendre molt. Quan va arribar el MD no podia amagar la cara de felicitat de tenir a la més petita a casa. Era una nena molt riallera i moguda, al principi no ens va saludar i es va sorprendre de veure'ns però poc a poc ens va agafar confiança. El MD i la FI no podien parar d'agafar-la i jugar amb ella.</i> <i>La festa a l'escola va ser un moment molt important per a veure com funcionaven a nivell educatiu. Els vestits i balls senegalesos ens van semblar un gran espectacle.</i> <i>També va ser un moment molt important per a veure o entendre una mica millor tot allò que envolta els nens que viuen amb el Marabú (els nens talibés) i l'abandonament infantil. No vam poder comprendre molt bé com funcionava però hi havia nens que no eren estudiants i que vivien amb el Marabú i estudiaven l'Alcorà amb ell. En aquell dia alguns d'ells sortien a l'escenari i van recitar versos i la gent a canvi els hi donava diners, mentre un home, probablement el Marabú o un ajudant seu anava parlant pel micròfon. No vam poder entendre molt bé l'explicació del MD sobre aquest tema, a més de que és conegut que els nens</i>
---	---

Alguns professors i entitats varies fan petits discursos mentre el MD ens intenta traduir el que diuen. Després dels discursos el MD em comenta que hi ha una entrega de premis per als millors estudiants i em demana si puc donar un dels premis a un alumne. Surto a donar-li el premi i ens fan una fotografia. Quan acaben les entregues de premis comencen algunes actuacions. Primer surten alguns dels nens que viuen amb el Marabú a recitar versos de l'Alcorà, i la gent els hi dona diners. Després els estudiants de l'escola fan diferents interpretacions teatrals en els quals es tracten temes com la família, el maltractament cap als nens i cap a les dones, la sanitat, la religió. Quan acaben li demanem al MD si fos possible realitzar unes entrevistes a alguns dels professors per al nostre treball. Ell ens comenta que a la nit vindran 3 professors Més tard, una vegada hem sopat fem les entrevistes als professors. Abans d'anar a dormir el MD em comenta que al dia següent m'hauré d'aixecar més aviat per acompanyar-lo a fer tres circumcisions.	<i>talibés és un tema complicat a Senegal perquè incorpora maltractament, abus i trata de nens.</i> <i>Vam poder veure com alguns temes com el masclisme i la presència de la religió en la societat, que són també actuals als països més desenvolupats també es tracten a Senegal</i> <i>A la nit vam tenir el plaer de realitzar unes entrevistes a 3 professor de l'equip docent del col·legi, on vam poder extreure moltes conclusions sobre algunes de les necessitats més importants per a ells.</i>
--	--

Divendres 28 de Juny 2019:

Lloc	Dispensari de Darou Salam Typ
Temes	Observació i assistència de pacients i descobriment de la cultura senegalesa
Objectius	Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Em vaig aixecar a les 5.30 del matí per a ajudar al MD amb les circumcisions. Vam esmorzar i vam anar a la consulta on les realitzaríem. El MD no em va explicar el procediment, simplement em va demanar que li anés assistint. Els nens tenien aproximadament 4-5 anys i el motiu de la	Reflexió: <i>Vaig tenir l'oportunitat de veure i assistir en les circumcisions de tres nens i va ser a la vegada interessant com preocupant. La falta de recursos es obvia i es va fer tan clara quan vaig veure que el material quirúrgic que s'utilitzava per un nen s'utilitzava per un altre, el risc d'infecció era massa alt. Em va semblar molt instructiu, però molt perillós ja que el</i>
---	---

circumcisió era religiós. Els nens musulmans es circumciden. El MD va preparar el material: - Guants estèrils - Gasses - Bisturí (un pels tres nens) - Betadine (Desinfectant) - Solució d'aigua amb sabó - Vena - Agulla i fil de nylon no absorbible (una pels tres nens) - Dues pinces - Tisores - Lidocaïna (Analgèsia) - Xeringa - Batea El procediment consistia en netejar la zona genital amb la retirada de la pell prepucial. Seguidament la seva desinfecció amb Betadine. A continuació, s'estirava la pell del prepuci amb les pinces de forma que sobresortia del penis. Es pinçaven els dos extrems i amb el bisturí es realitzava un tall net, després es netejava la zona, es suturava i es feia un embenat pel sagnat. Els nens marxaven i tornaven al cap d'uns dies. Després de les circumcisions, vaig passar consulta amb el MD i la JU va anar a vacunar els nens. Quan vam acabar el MD i el MA ens van dir que faríem una reunió amb tot l'equip del dispensari, per a proposar objectius i parlar sobre necessitats. A la reunió van sorgir la majoria de les necessitats a nivell sanitari que tenen al dispensari, les vam apuntar i ens vam comprometre a complir-les. Després de la reunió en vam fer fotos amb l'equip i vam marxar a dinar. Cap a la tarda vam ficar-nos a netejar el dispensari i vam comentar els procediment de les circumcisions, també vam fer un mapa tècnic de les instal·lacions del dispensari. A la nit vam sopar, vam jugar amb la NG i ens en vam anar a dormir.	<i>motiu de les intervencions eren religiosos menys possiblement en un dels cassos tot i que tenint en compte l'edat dels nens i la pell prepucial, no hi havia cap problema de salut aparent que indiqués realitzar les intervencions.</i> <i>Aquestes intervencions em va fer reflexionar sobre la esterilitat i l'asèpsia sobre la qual basem la nostra sanitat, i d'aquí, juntament amb la idea de la JU de utilitzar una taula de quiròfan vam pensar en crea un ambulatori de cirurgia menor per a millorar les condicions d'esterilitat de les intervencions.</i> <i>Finalment, després de passar visita em va sorprendre la iniciativa del MD de fer una reunió d'equip per a proposar objectius i trobar necessitats, no ho vam preguntar però m'agradaria saber si aquestes reunions les realitzen sempre o si va ser perquè hi érem nosaltres. Tot i això em va semblar una bona iniciativa, ja que d'aquí vam poder extreure una gran part de les necessitats i problemàtiques del dispensari de Typ:</i> <u><i>A nivell material</i></u> - <i>Material per assistir als parts</i> - <i>Eco doppler umbilical</i> - <i>Ecògraf</i> - <i>Incubadora</i> - <i>Medicaments</i> - <i>Un nou dipòsit d'aigua</i> - <i>Nous matalassos pels pacients</i> - <i>Roba sanitària</i> - <i>Plaques solars i un sistema de generació d'energia</i> - <i>Armaris, estanteries i neveres</i> - <i>Biombos</i> - <i>Televisió</i> <u><i>A nivell formatiu:</i></u> - <i>Veure la sanitat europea</i> - <i>Conèixer el paper de la infermeria continental</i>
---	--

Dissabte 29 de Juny 2019:

Lloc	Dispensari de Darou Salam Typ
Temes	Observació i assistència de pacients i descobriment de la cultura senegalesa
Objectius	Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Com els altres dies al matí després de l'esmorzar vam començar a passar consulta amb el MD i el MA. El MD ens va dir que nosaltres ens asseuríem i passaríem consulta nosaltres dos i que ells mirarien.

Després del dinar vam parlar amb el MD sobre la taula de quiròfan i de la intenció de muntar un CMA. El MD ens va dir que ens ajudaria a netejar i a pensar com realitzar-ho.

A la tarda vam començar amb la tria de la sala sobre la qual destinaríem la creació d'aquest petit ambulatori. D'entre totes les sales només dos tenien aixetes, però només una estava desaprofitada, que era la sala de cures. Vam triar aquesta sala, així que la vam netejar amb aigua sabó i desinfectant. Vam fer una foto de com estava al principi la sala i quan vam entrar la taula de quiròfan vam fer un altre foto, per a poder veure el canvi.

Una vegada era de nit vam seguir parlant sobre la sala ambulatoria i sobre futurs projectes destinats a la millora de les condicions de salut de la comunitat de Typ. Després vam marxar a dormir.

A la nit ens vam aixecar perquè va començar a ploure de forma molt violenta durant almenys una hora i mitja. Ens vam quedar a les nostres tendes que eren impermeables. Més tard, cap a les 4 de la matinada, el MD ens va aixecar perquè hi va haver una urgència. Hi va anar la JU.

Reflexió: Després de tants dies observant al MD ja havíem agafat una mica la dinàmica d'anàlisi dels pacients així que vam aprendre a fer valoracions de triatge. Així doncs el MD ens va suggerir posar-les en pràctica. Ens vam sentir molt bé al final del matí perquè tot i que ens van ajudar molt, entre la JU i jo ho vam poder fer. Vaig sentir que *realment* havia après a triar d'una forma o d'un altre i a esquematitzar els símptomes en diferents quadres diagnòstics i a determinar nivells d'urgència.

La idea de l'ambulatori em tenia molt emocionat ja que la primera idea de crear un sistema de gestió de residus es va complicar molt i no semblava que ho poguéssim tirar endavant. Així doncs, vam netejar molt bé l'antiga sala de cures per a poder muntar l'ambulatori. Ens va costar molt entrar la taula de quiròfan però ho vam aconseguir. El MD semblava també molt content amb la idea i semblava tenir moltes més idees per a seguir millorant. Vam parlar sobre la il·luminació d'alguna de les sales, del dipòsit d'aigua, del muntatge del circuit de les plaques solars. Va ser un dia molt proactiu perquè vam poder veure quines eren les preocupacions principals que tenia:

- Estar preparat per quan es perd la llum amb la instal·lació d'un generador i d'unes plaques solars de les quals ja disposen.
- Degut a que hi ha molt de temps d'espera, millorar la qualitat del servei posant una televisió.
- Tornar a construir la infraestructura del dipòsit d'aigua per a quan no n'hi ha.
- Millorar la il·luminació de les sales

	- <i>Arreglar l'ambulància.</i>
--	---------------------------------

Diumenge 30 de Juny 2019:

Lloc	Dispensari de Darou Salam Typ
Temes	Observació i assistència de pacients i descobriment de la cultura senegalesa
Objectius	Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: En diumenge ens vam aixecar una mica més tard del habitual. Aquest dia aniríem a Mbacke per a fer-li l'entrevista al Marabú i després aniríem amb l'equip del dispensari a veure al Khalifa a la ciutat de Touba. Al matí vam esmorzar amb tota la família i ens vam preparar per l'entrevista. El MD ens va deixar vestimenta senegalesa. Després vam agafar un taxi i vam marxar cap a Mbacke. La casa del Marabú es trobava a una zona entre el camí de Mbacke a Touba. Era una casa molt gran amb un jardí bastant gran i cuidat, a l'entrada ens havíem de treure les sabates. Ens va rebre una persona que semblava ser el majordom que ens va demanar que esperéssim. Al cap d'uns minuts ens van fer passar a una sala on hi havia aire condicionat i molts sofàs. Esta molt ben decorada i la casa semblava més occidental. Després d'uns minuts va aparèixer el Marabú que ens va saludar en francès. El MA i el MD ens feien d'interprets i traductors. Vam tenir una xerrada formal sobre els projectes de futur i sobre quina era la forma correcta d'iniciar les comunicacions entre la comunitat de Typ i la ONG i la Universitat. Una vegada finalitzada l'entrevista, li vam donar les gràcies i vam marxar. La nostra intenció era anar a veure l'hospital de Mbacke per a poder observar com era un hospital més gran que el dispensari de Typ. Però MD ens va dir que havíem quedat amb els de l'equip de Typ per anar a veure al Khalifa, a més, el responsable dels serveis sanitaris de Touba els hi havia aconseguit una sala	Reflexió: <i>El Marabú, tot i ser una mena d'alcalde de la comunitat de Typ, no hi viu normalment. Casa seva esta a prop de Touba i Mbacke i és vistosament més luxosa que la de la gent de Typ.</i> <i>Vam tenir molta sort per a que ens rebés o això ens va explicar el MD i el MA. És una figura important de la comunitat i no és fàcil muntar una cita amb ell.</i> <i>Ens va rebre molt amablement a casa seva i va respondre a totes les nostres preguntes. A més, en relació als projectes que proposàvem necessitàvem la seva aprovació i va semblar que estava d'acord amb nosaltres i que li semblava bé. Ens va explicar quina era la forma burocràtica adient per a començar amb les associacions entre la comunitat i la universitat i la ONG. Quan vam marxar ens vam fer diverses fotografies amb ell i ens va desitjar sort.</i> <i>Després de sortir de la entrevista estava molt motivat per seguir amb la nostra feina.</i> <i>A Touba vam poder veure en primera persona el que era la gran ciutat senegalesa. Una gran acumulació de vehicles, molt de trànsit, moltíssima gent, molt de soroll, el MA ho va descriure com un caos.</i> <i>L'equip sanitari estava molt emocionat per veure al Khalifa ja que es una figura molt important en la cultura senegalesa, de fet, fins i tot el MD que és cristià volia veure'l.</i> <i>En el moment d'entrar a la sala del Khalifa vam veure com una quantitat immensa de persones intentaven entrar per una porta petita on hi havia un home</i>
---	--

dins del palau del Khalifa per a poder veure'l. El Khalifa és el màxim exponent de la religió musulmana a la zona de Senegal, i no es costum poder veure'l. Aquell dia era un die especial per la ciutat de Touba i llavors el Khalifa permetia que la gent vingués a veure'l. Mentre esperàvem per entrar al palau amb l'equip el MA ens porta a veure la mesquita de Touba, la més gran i important de l'Àfrica subsahariana. Un home ens va fer de guia dins la mesquita amb la companyia del MA. El guia parlava castellà i ens va fer un recorregut per tota la zona. Més tard, una vegada acabada la visita vam tornar al palau del Khalifa que es trobava al costat. Vam entrar a una sala amb aire condicionat on vam esperar fins que es van obrir les portes per a entrar a veure'l. Una vegada ens van avisar vam anar cap a un porxo que comunicava amb una sala molt gran. Degut a la importància de la figura del Khalifa molta gent volia veure'l i no es feien cues. La gent entrava com podia per una porta petita. Nosaltres amb l'ajuda del responsable dels serveis sanitaris vam passar. Una vegada dins ens van separar per homes i dones a una sala més petita on estava el Khalifa, un home d'edat molt avançada tapat amb teles blanques i de colors vius. Poc a poc ens vam anar apropant a mesura que la gent deixava lloc, fins que el MD i jo ens vam apropar per poder parlar amb ell, ens va desitjar sort amb el nostre projecte i ens va fer una oració, després vam sortir de la sala i vam marxar a l'altra sala on hi havia l'aire condicionat. Allà ens vam portar menjar i vam dinar. Quan vam acabar vam marxar i de camí vam parar a casa dels pares del MD i vam passar per l'hospital de Mbacke, on vam poder entrar i fer fotos de les sales i de les infraestructures. Ja casi a la nit vam tornar a passar per casa del pares del MD i vam marxar cap a Typ a preparar les coses ja que al dia següent marxàvem a Guerlee. A la nit vam parlar fins que es va fer tard i vam anar a dormir.	<i>que a mode d'escut humà controlava el pas. Quan ens van dir que havíem de passar per allà la JU i jo vam patir perquè no ens va sembla gaire segur, tot i això, quan vam començar a passar perquè ens tocava a nosaltres la gent en veure'ns va fer lloc per a que passéssim. Això em va semblar molt estrany ja que nosaltres no teníem cap sentiment espiritual cap aquella situació i tot i això la gent ens va deixar passar abans que altra gent que possiblement si tenien raons religioses per entrar. Em va semblar molt respectuós però no em vaig sentir res bé per tenir prioritat abans que la gent d'allà només per ser d'Europa.</i> <i>L'experiència dins va ser una mica caòtica perquè la JU i jo ens vam haver de separar i no ens vam poder ficar al costat del MA ni el MD fins al final. Tot i això, vaig tenir la sort de rebre una oració personal del Khalifa, que a nivell espiritual no va significar res per a mi, però al empatitzar amb tota la gent que hi havia allà esperant em va fer sentir afortunat.</i> <i>Després de la visita al Khalifa vam poder anar a visitar l'hospital de Mbacke. On vam poder observar moltes similituds amb el que seria un petit ambulatori europeu però amb menys recursos i en condicions de precarietat. Tenien boxos d'urgències, un edifici sencer per a maternitat, una sala de consultes, un triatge, sales d'hospitalització a curt termini, una farmàcia. Vam poder fer moltes fotos i un diagrama de l'hospital.</i> <i>Finalment, ja cansats vam marxar a casa per a preparar les coses per marxar al dia següent.</i>
--	--

Dilluns 1 De Juliol 2019:

Lloc	Dispensari de Darou Salam Typ
Temes	Observació i assistència de pacients i descobriment de la cultura senegalesa
Objectius	Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Al matí ens vam aixecar aviat i li vam fer una entrevista al MD sobre el paper de la infermeria i sobre la sanitat a Senegal. Després de l'entrevista vam fer les maletes i vam marxar tots cap a Mbacke, allà ens vam acomiadar dels pares del MD i vam anar a l'església on, a una festa, vam menjar abans de marxar. Després de dinar ens vam acomiadar de MD i de la seva família. Ens van desitjar sort i que tornéssim aviat i, finalment, vam ficar camí cap a Guerlee.	Reflexió: <i>A l'entrevista vam descobrir moltes coses del MD que no sabíem i li vam agrair moltíssim tot el que ens havia ensenyat i el fet d'haver-nos acollit com si fóssim un més a la família. A l'hora de marxar després de la festa, se'm va fer molt dur, ja que el vincle que vam crear amb tota la família va ser molt especial per mi.</i>
---	--

Diari de camp 2

Data	22 de juny de 2019
-------------	--------------------

Lloc	Dispensari mèdic de Darou Salam Typ
Tema	Observació i assistència de pacients
Objectiu	Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Vam agafar l'avió a mitja tarda, tot i que va acabar sortint amb una hora i mitja de retràs. Estàvem asseguts els dos junts i just davant teníem una mare i un nen. A mig viatge la mare es va posar a parlar amb nosaltres i ens va preguntar on anàvem i el per què. Nosaltres li vam explicar que anàvem a fer un treball de cooperant i els últims dies faríem una mica de turisme, tal i com havíem planejat amb el MA. La dona ens va explicar que ella era de Dakar i anava a veure a la seva família i ens va oferir allotjament a casa seva en cas que volguéssim passar uns dies a la ciutat. Només al arribar per la nit, el primer dia ja ens havien deixat preparat el sopar. Els fills petits del MD ja havien sopat perquè era tard, però encara no estaven dormint. Ens va presentar a tota la família: la seva dona i els seus tres fills, i ens va ensenyar la casa on vivien. Nosaltres vam portar tendes de campanya, que ens van ajudar a muntar-les al jardí d'arena just al costat del petit corral i el MD ens va proporcionar un matalàs a cadascú. Quan acabem de sopar, el Maurice ens ensenya les instal·lacions del dispensari mèdic, situat just al costat de casa seva, i ens explica els treballadors que hi ha: un equip de 4 infermers, una matrona, el guàrdia de nit i un farmacèutic. Al acabar, rebem la primera urgència: un	Reflexió: <i>Em va sorprendre molt l'hospitalitat que tenen tot i que no et coneguin de res. Ho comparteixen tot sense esperar res a canvi. Tota la comunitat viu conjuntament i alegrement per arribar a un fi comú: la felicitat dels altres sense tenir gaire en compte la seva pròpia. Des del meu punt de vista, penso que tenen una manera de fer i de ser totalment diferent a la nostra societat que es caracteritza per ser capitalista i egoista.</i> <i>Em va donar la sensació que la família del MD se'ls pot considerar de classe mitjanament alta, ja sigui per la casa on vivien, que no és extremadament gran però estava construïda amb maons en comparació amb la resta de persones del poblat que solen viure en cases fetes amb barreja de fang i palla.</i> <i>El dispensari mèdic no és gaire gran. Conta amb:</i> - Una consulta pel metge - Una sala on dorm la persona que està de guàrdia - Un paritori - Una sala que s'utilitza com a zona de rehabilitació postpart. - Sala d'observació - Zona de dutxes sense aigua corrent - Farmàcia <i>A part de les instal·lacions, el material mèdic i farmacèutic és escàs.</i> <i>En general no tenen un horari fixe, ja</i>
--	---

nen que presenta dolor abdominal d'una evolució de 2 hores i febre. El MD li fa la anamnesis i li palpa la panxa. Presenta distensió abdominal. L'auscultem i presenta sorolls intestinals. Li pautu Buscapina via oral que és efectiva a les 48 hores. El MD li dona l'alta mèdica i li demana que torni l'endemà per fer-li una revisió.	<i>que ofereixen assistència 24 hores al dia en cas d'urgència. És per aquest motiu que el dispensari es troba just al costat de la casa de l'infermer supervisor, el MD, per a que sigui molt més accessible per a ell.</i> <i>Respecte les tasques de cada integrant de l'equip mèdic, una de les coses que em va sorprendre és que el MD ha estudiat infermeria però realment la funció que fa és més de metge. Té la capacitat de diagnosticar i pautar tot tipus de medicaments.</i>
---	---

Data	23 de juny de 2019
-------------	--------------------

Lloc	Dispensari mèdic de Darou Salam Typ (matí) Ciutat Mbacke (tarda)
Tema	Observació i assistència de pacients Descobriments de la cultura senegalesa.
Objectiu	Identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Diumenge és el dia del senyor. En el dispensari mèdic només hi està la persona de guàrdia, ja que només s'atenen urgències. A les 8:30 acut un taxi. Darrere hi ha dues dones i un home musulmans. La dona de la dreta està inconscient. Ens expliquen que comença a trobar-se malament després d'esmorzar. Com a antecedents té hipertensió de base mal controlada. Sospitem de possible pujada de tensió i conseqüent parada cardíaca. No li palpem ni pols radial ni caròtid. Està morta. Per la tarda, el MD ens convida a una festa amb la seva família. Celebren la comunió d'una amiga del seu fill mitjà, LU. Primer anem a l'església i quan la	Reflexió: <i>El principal inconvenient de la sanitat en països tercermundistes és la precarietat assistencial, tenint en compte que en les zones rurals és més exponencial que en les grans ciutats. No hi ha suficient personal sanitari qualificat que vulgui treballar a les zones rurals, ja que és un gran sacrifici a nivell d'horari (han d'estar disponibles les 24 hores del dia) i a nivell econòmic no està gaire ben pagat. A més, un altre inconvenient és la falta de material mèdic. Tenen una gran carència de fàrmacs, d'instruments tecnològics com tensiòmetres, pulsioxímetres, mesuradors de FC, ECG etc. Això suposa que malalties no perilloses que de normal no suposen una amenaça per la persona i que poden</i>
---	--

cerimònia s'acaba inicien el banquet, que al ser a un altre edifici aprofitem i de camí parem a casa els pares del MD per saludar-los i presentar-nos-els. Cap dels dos parla espanyol, només francès o wòlof. El pare va amb cadira de rodes. Durant el banquet, el MA ens explica que: "A Senegal hi ha una gran quantitat de religions diferents i això implica l'existència de moltes ètnies. És estrany trobar-te alguna persona atea. Per exemple per nosaltres, els musulmans, una figura molt important és el Marabú. Ell és el més poderós de la societat. Per poder ser Marabú calen diferents característiques entre elles: saber llegir i traduir l'Alcorà i a més el poder que ells tenen també és hereditari, que és com la major part s'hi converteixen. Tant els homes com les dones ho poden ser. Aquest és escollit per tota la població i té varies funcions: - Protegir als ciutadans - Dona'ls-'hi consells - Fer amulets per atraure la sort, per protegir-se dels esperits i curar les malediccions" Finalment, quan s'acaba el MA ens porta a visitar el mercat de la ciutat. Hi ha diferents parades: de menjar, d'electrodomèstics, roba i animals. Veus a nens i nenes descalços.	<i>estar ben controlades amb un estil de vida saludable i un tractament farmacològic adequat, es converteixen en malalties de risc.</i> <i>La principal medicina que utilitzen és molt tradicional. Falta molt per avançar i el país hauria d'invertir més en sanitat i no en altres aspectes com la creació de carreteres i/o autopistes.</i> <i>La cerimònia és molt semblant a les nostres comunions, l'únic que em sorprèn és que la gent va vestida amb colors molt alegres i la majoria de dones porten perruca. Més tard li pregunto al MA el per què i em diu "és un hàbit molt comú en les dones senegaleses, ja que tenen molt poc pèl a tot el cos". També em sorprèn lo bé que canten. Al final de l'església hi ha una coral formada per unes 15 persones amb una veu impressionant. Al banquet ens ofereixen tot tipus de menjar, però moltes coses no estan passades pel foc per tant segueixo les recomanacions que em va donar el metge i no menjo res que no estigui cuinat. Després a les quatre de la tarda aproximadament porten el dinar. Són plateres molt grans amb el seu plat típic: arròs amb algunes hortalisses i pollastre o porc (a elecció). Molts d'ells mengen amb les mans com a part de la seva cultura, però a nosaltres ens ofereixen una cullera, i em sembla un molt bon gest, ja que tenen en compte que potser per a nosaltres és estrany menjar amb les mans. Tot està increïblement bo.</i> <i>Els pares del MD són grans però semblen bones persones. No ens podem comunicar gaire bé, degut a la barrera idiomàtica. Pel que puc veure, el pare té mobilitat reduïda, i un altre signe que em va fer pensar que la família prové de classe alta és que es poden permetre que un fisioterapeuta vingui a fer-li exercicis de rehabilitació per tal d'evitar que el problema d'artrosis que té el seu pare avanci. També em sorprèn la importància que tenen les persones de la tercera edat dins la societat. Se'ls valora</i>
---	---

	<i>i cuida molt.</i> <i>Pel que fa la seva religió, penso que tot i haver molta diversitat cultural s'accepten i s'entenen molt bé els uns amb els altres, tot i que no tinguin les mateixes creences i costums.</i> <i>Pels carrers d'Mbacke hi ha una gran quantitat de brutícia, des de bosses de plàstic fins a restes de menjar que les cabres acaben menjant-se. No tenen brosses ni cap tipus de gestió de residus. Comencem a plantejar-nos la impossibilitat de muntar un projecte sobre la gestió de residus biomèdics.</i>
--	--

Data	24 de juny de 2019
-------------	--------------------

Lloc	Dispensari mèdic de Darou Salam Typ (matí) Ciutat Mbacke (tarda)
Tema	Observació i assistència de pacients Descobriments de la cultura senegalesa.
Objectiu	Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Ens desperta el so de les gallines. Comencem a treballar al dispensari sobre les 8:30 quan acut el primer pacient. Mig matí el passem a la consulta del Maurice. Dins la consulta hi ha una camilla plena de pols, una aixeta amb aigua corrent, potable i neta, una taula on té tots els registres i documents i una llum. Pel que fa el material mèdic, disposa de dos tensiòmetres, un manual i l'altre elèctric, tot i que no funciona. També té un pulsioxímetre sense piles i	Reflexió: Després d'estar amb el MD i l'AI, que són els principals supervisors, me'n adono que la feina en un dispensari d'una àrea rural és més complicada que en una ciutat. Els dos estan formats i qualificats i des del meu punt de vista tenen molts coneixements sobre la seva especialitat, però treballen sota unes condicions de pressió existencial amb un gran volum de pacients i amb moltes responsabilitats que provoca que l'assistència que ofereixin sigui de menor
---	---

diversos fonendoscòpis. Atenem a diversos pacients i quan el volum de feina baixa ens explica el cronograma que segueixen pel funcionament del dispensari. La resta del matí el Maurice m'envia amb la comadrona, per tal de que també pugui veure el funcionament de la casa de maternitat. L'Al, la comadrona, no parla gaire bé l'espanyol, però ens comuniquem a través del francès. Té molts coneixements, no només de ginecologia també de pediatria i burocràtics. Per poder ser comadrona cal estudiar el primer any d'infermeria general i el segon i tercer any fer l'especialització. La ciutat més propera per realitzar aquests estudis és Touba. M'explica el funcionament i el procediment de registre que utilitzen durant el període d'embaràs: "al llarg de tot el procés reben un total de 4 visites a les cases de maternitat. Se'ls hi realitzen 3 ecografies: la primera als tres mesos, la segona als sis i la tercera als nou; a Mbacke, ja que a Typ no disposem de la maquinària. L'assistència és gratuïta per totes les dones embarassades i a més també se'ls hi ofereix educació sanitària al llarg de tot el procés i al acabar". El fet d'haver-te especialitzat en comadrona també et permet oferir cursos de formació. M'explica que "existeix una associació dedicada només per la mares, a través de la qual poden accedir a educació sanitària, mètodes anticonceptius, receptes i medicaments més econòmics tant per elles com pels seus fills" i em comenta que "<u>les malalties més comunes al llarg de l'embaràs</u> són: la eclàmpsia i preclàmpsia, l'anèmia (casos lleugers i casos severes), les malformacions fetals, els avortaments insegurs falta info" També m'ensenya les proves i testos obligatoris que hi ha durant l'embaràs: - Vacuna del tètanus - Test de la malària. Si surt positiu iniciar tractament. Si és negatiu	<i>qualitat. A més, també cal sumar-li la gran quantitat de desavantatges que tenen a nivell d'insuficiència de material, fàrmacs, probes diagnòstiques, infraestructures etc. Si l'Estat invertís més en la salut a les zones rurals, tant a nivell de personal com de material i infraestructures, facilitaria la feina d'aquestes persones i hi hauria un gran augment en la qualitat de vida de les poblacions.</i> <i>També em dona la sensació que s'hauria de donar més importància al treball en equip per part dels professionals sanitaris. Penso que no hi ha massa cultura de treballar de manera multidisciplinària. A més si s'oferís educació sanitària a la població i als professionals sanitaris moltes de les malalties que hi ha les podríem prevenir i per tant disminuiria el volum de feina. També me n'he adonat que tot i que el MD és cristià, presenta algunes costums, comportaments i accions de valor masculista com per exemple "Des de que l'Al està treballant a la casa de maternitat no atén a tants parts perquè les dones diuen que és un pèl antipàtica", cosa que des del meu punt de vista penso que no és certa. Crec que és una dona amable, empàtica i amb molta cura quan tracta amb els pacients. A més, lluita per tal d'oferir una assistència de qualitat, ja que ha impulsat diversos projectes com la creació de l'associació per mares. També durant la nostra estada al dispensari mèdic, tot i la barrera idiomàtica que teníem enmig, ens va explicar moltíssimes coses sobre la cultura senegalesa i vaig valorar molt l'esforç que feia perquè aprenguéssim.</i> <i>Vaig fer el possible per recopilar tot tipus de material i roba. Vaig parlar amb una noia que treballa a l'Hospital Santa Tecla de Tarragona i que cada any va a fer de voluntària a Guerlé, un poblat molt proper a Typ i em va recomanar que sobretot portéssim roba de bebè, ja que la necessitaven. Estava molt contenta</i>
--	---

totes s'han de prendre una pastilla anti profilàctica al mes - Test del VIH i sífilis - Test analític: si la dona vol ser acceptada i tenir el nadó al dispensari mèdic de Typ cal que es faci un anàlisis sanguini a l'hospital d'Mbacke per tal de prevenir possibles complicacions. M'explica algunes curiositats de la seva cultura com: - “Les dones solen tenir una mitja d'uns 4- 5 fills, tot i que la gran majoria en tenen més. El paper principal de la dona és portar noves vides a la Terra, és per això que hi ha una gran quantitat de dones embarassades i normalment joves, d'uns 15 anys, que és l'edat més fèrtil.” - “La gran majoria de dones solen tenir els fills a casa amb ajuda de les seves sogres, tot i que arriba un punt, per exemple quan és el 5é o 6é fill, que se'ls hi recomana que pareixin a un dispensari mèdic per possibles complicacions durant el procés. Solen tenir parts naturals sense epidural. Només en el cas de complicacions se'ls hi realitza cessaria. Després d'una cessaria normalment haurà d'esperar uns 2 anys aproximadament per tenir el següent fill, ja que és important que la cicatriu estigui tancada. Una dona només pot passar per un màxim de quatre cessaries al llarg de la seva vida” - “En l'actualitat la mutilació femenina, que consisteix en l'extirpació del clítoris, està prohibida, tot i que hi ha algunes ètniques que ho segueixen fent com a tradició cultural” - “A més, a Senegal no permeten tenir prematurs, ja que no disposen dels instruments necessaris per satisfer la seva vida”. Fins ara no havíem tingut temps i finalment aquella tarda els hi vam donar tot el que havíem portat des d'Espanya.	<i>perquè havia aconseguit recopilar moltes coses que els hi anirien bé, i tot i que quan els hi vam donar ens van insistir amb els medicaments, la cara que feien era de felicitat i d'agraïment. Si ho haguéssim sabut haguéssim portat més medicines, però buscant el costat positiu va ser la primera lliçó que vam aprendre i els dos vam dir “pel pròxim cop ja ho sabem”. Tot i així, els hi vam oferir tot el que teníem i vam anar amb el MD a la farmàcia d'Mbacke a comprar-ne més.</i>
--	---

Havia recopilat una maleta plena de: - roba de bebè de diferents edats: des de recent nascut fins a nen de 7-8 anys. - Diferent material mèdic com: gasses, venes compressives, venes pediàtriques, esparadraps, vies, guants de nitril i estèrils, camps estèrils, mefix, antisèptics, fils de sutura, tisoires, medicaments més que res analgèsics etc. Quan els hi vam entregar, el MD ens va dir “sobretot necessitem medicaments. Amb la roba i el material anem fent, però ens falten molts medicaments perquè són molt cars”. Com que no n’havíem portat gaires, vam decidir donar les dues farmacioles que havíem portat amb nosaltres on hi havia sobretot: antibiòtics, antihistamínics, més analgèsics i protectors gàstrics, i a méscadascú els hi va donar 25 euros per a que poguessin comprar medicaments.	
Evidències <pre> graph TD ICP["ICP (Maurice)"] --- SFE["SFE (Matrona)"] ICP_SFE["ICP (Maurice) SFE (Matrona)"] --- CDS["CDS (Comitè de desenvolupament sanitari)"] ICP_SFE --> ASC["ASC Matrona (Agent de salut comunitària = Medicina comunitària)"] ICP_SFE --> Venedor["Venedor de tiquets (Es venen tiquets per consulta. Cada tiquet costa 500 CFA. Obligatori el pagament, tot i que si no tens recursos t'atenen igual)"] ICP_SFE --> Higienista["Higienista Es la persona que realitza la neteja del dispensari i a més també les guàrdies."] ICP_SFE --> Relacions["Relacions comunicat'ls Són persones encarregades de treballar per la prevenció. El seu càrrec s'assembla als del primer nivell ASC + Matrona"] ICP_SFE --> Ambulancia["Ambulància Els pacients que tenen suficients recursos econòmics paguen la gasolina. Si no tens recursos t'atenen igual."] </pre> ASC Matrona (Agent de salut comunitària = Medicina comunitària) + Venedor de tiquets (Es venen tiquets per consulta. Cada tiquet costa 500 CFA. Obligatori el pagament, tot i que si no tens recursos t'atenen igual) Nens >5 anys, persones >65 anys i embarassades no paguen Higienista Es la persona que realitza la neteja del dispensari i a més també les guàrdies. Relacions comunicat'ls Són persones encarregades de treballar per la prevenció. El seu càrrec s'assembla als del primer nivell ASC + Matrona Ambulància Els pacients que tenen suficients recursos econòmics paguen la gasolina. Si no tens recursos t'atenen igual.	

--

Data	25 de juny de 2019
-------------	--------------------

Lloc	Dispensari mèdic de Darou Salam Typ (primera hora del matí) Khaiga (mig matí)
Tema	Observació i assistència de pacients Descobriments de la cultura senegalesa.
Objectiu	Analitzar el funcionament de l'estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Com cada dia ens vam llevar aviat. El pla d'avui era atendre a tots els pacients del dispensari de Darou Salam Typ i al acabar anar a un altre poblat, Khaiga, a visitar el dispensari mèdic i a atendre a tota la població que ho volgués. Khaiga és un poblat nòmada situat a uns 9km de Typ. Al haver-hi tants pacients de diferents edats i amb diferents motius de consulta vam decidir dividir-nos, jo vaig quedar-me amb el MD i l'ID amb l'AI, ja que el dia anterior ho havíem fet al revés. Quan vam acabar d'atendre'ls, una ambulància ens va venir a buscar per portar-nos a Khaiga. El MD ens va explicar que no feia gaire que el dispensari mèdic disposava del servei d'ambulància però que actualment no podien utilitzar-la perquè hi havia una peça que estava trencada i no tenien diners suficients per arreglar-la. Quan vam arribar hi havia moltíssima gent a l'entrada del poble esperant-nos sota l'ombra d'un Baobab. Només baixar del cotxe vam tenir el plaer de conèixer	Reflexió: <i>Des del meu punt de vista, penso que és un gran avanç que disposin del servei d'ambulància tenint en compte que tots els casos greus no es podran atendre als dispensaris mèdics per insuficiència de recursos i s'hauran de derivar als hospitals més propers. El MD ens va explicar que "la gran majoria d'ambulàncies provenen de països europeus. Allí es deixen d'utilitzar perquè són velles i per tant les porten cap aquí. A nosaltres ens va molt bé, perquè si podem les arreglem i en traiem un benefici". És una bona oportunitat per atendre als pacients de manera més ràpida i poder salvar un número més elevat de vides, tot i que crec que perquè funcioni cal que s'avanci en molts aspectes com per exemple: un cop més incidir en la part econòmica, ja que com passa a Typ, hi ha moltes ambulàncies que no poden utilitzar-les perquè no tenen suficients diners per arreglar-les, i a nivell de carreteres. L'accés a la gran majoria de poblats és per camins d'arena. No hi ha carreteres amb asfalt, per tant això implica que les ambulàncies</i>
--	--

l'alcalde del poblat i també el metge que portava el dispensari mèdic. Ens van ensenyar el poblat, que contava amb diverses cabanyes fetes amb fang i palla, un dispensari mèdic amb només dues sales: una que s'utilitzava com a consulta primària i també com a urgències i l'altre de ginecologia. A les afores del poble hi havia una escola de primària amb un gran pati. El professor ens va deixar entrar a una de les classes per presentar-nos i saludar a tots els nens. Com que el dispensari era tant petit vam decidir passar visita a una de les aules de l'escola. Disposàvem de molt poc material: - Una balança - Un tallímetre vertical i horitzontal - Un tensiòmetre manual - Un fonendoscopi - Guants - Pocs medicaments Vam començar atenent a nens de totes les edats, des de recent nascuts fins a 15 anys. A tots ells els hi van fer una revisió completa: - Vam mirar si el pes i l'alçada era adequada per l'edat que tenien i també vam calcular l'índex turmell-braç - Vam fer un examen físic per comprovar si tenien alguna malformació - Vam fer una revisió de la vista per veure si les pupil·les estaven reactives, si presentava la petita capa blanquinosa que es forma abans de l'aparició de cataràtes i si veien bé tant d'a prop com de lluny - Vam revisar l'estat de les dents - També vam mesurar les constants vitals: pressió arterial, pols i freqüència respiratòria Finalment, també vam passar visita a les persones adultes i de la tercera edat. Igual que en els nens, els hi vam fer una revisió completa.	<i>tinguin unes característiques adequades per conduir per la zona com per exemple unes rodes 4x4.</i> <i>Una de les coses que em va sobtar més va ser que al arribar al poblat nòmada unes 40 o 50 persones ja ens estaven esperant. Sabien que venien dos europeus i de fet el MA ens va dir "quan saben que ve gent estrangera aprofiten per venir tots a passar consulta perquè saben que teniu més recursos i que els podreu ajudar". El mateix passava al dispensari de Typ. Els dies que vam estar nosaltres tothom venia per a que li donéssim medicaments, ja que segons molts pacients les nostres pastilles eren millor i tenien més eficàcia que les seves i només deien "jo no vull les pastilles del MD, doneu-me les vostres que són millors".</i> <i>El poblat nòmada de Khaiga era més petit que Typ i em va donar la sensació que els habitants vivien en unes condicions encara més precàries. De fet, tot el poblat estava construït amb palla i fang, fins i tot el dispensari mèdic, que era molt petit i disposava de menys material que el de Typ, i l'escola.</i> <i>L'alcalde ens va explicar "aquí al poblat de Khaiga hi viuen un total de 1447 persones, però la gran majoria són nens", i de fet passant visites al llarg d'aquests dies vam poder comprovar que en tots els poblats rurals que havíem estat fins ara la població predominant eren els infants, i de fet concordava amb el que l'Al ens havia explicat "cada dona té una mitjana de 4-5 fills".</i> <i>Em va donar la sensació que tota la població de Khaiga ens va agrair molt que hi anéssim i de fet amb el poc material que teníem ens en vam poder ensortir. També vam portar una bossa de menjar amb barretes energètiques i els hi vam regalar un trosset a cada nen. Em van fer sentir tant bé.</i> <i>El dia va ser extremadament llarg. Vam treballar molt dur, però per la nit, recordo</i>
--	---

	<i>estar estirada damunt del matalàs i sentir-me tant realitzada i tant contenta d'estar en aquell país, amb aquella gent tant honesta i bona persona. Cada dia anava a dormir amb ganes de donar més de mi el dia següent, i encara més el següent. Aquesta experiència m'estava canviant molt com a persona... i que bonic és poder ajudar als altres sense esperar res a canvi. Amb un simple somriure d'aquells nens, ja estava més que satisfeta.</i>
--	--

Data	26 de juny de 2019
-------------	--------------------

Lloc	Dispensari mèdic de Darou Salam Typ
Tema	Observació i assistència de pacients Descobriments de la cultura senegalesa.
Objectiu	Identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Ens vam llevar a la mateixa hora de sempre i vam acompanyar al MD a comprar pa. L'esmorzar típic era pa amb xocolata o mantega i/o amb les sobres del sopar de la nit anterior. A les 8:30-9 vam obrir el dispensari. Aquest cop els dos vam estar amb el MD passant consulta. La mitjana de persones que ateníem en un dia era d'aproximadament unes 30. A mig matí, l'Al, la comadrona, ens va cridar i ens va dir que probablement hauria d'atendre un part, que si volíem acompanyar-la. El paritori consistia en una sala just al costat del despatx de l'Al. Les condicions asèptiques i higièniques eren nul·les, tant per l'entorn com pel material utilitzat. A simple vista es veia bastant ordenat, o	Reflexió: <i>Em vaig emocionar moltíssim quan l'Al ens va dir si volíem atendre un part! No era la primera vegada que tenia l'oportunitat d'estar-ne en un, ja que a segon de carrera vaig estar fent pràctiques a la Unitat de Maternitat i Curta Estada a l'Hospital Santa Tecla i em van deixar estar present a un part i a una cessaria. Però de totes maneres, en aquestes situacions sempre et fa il·lusió veure-ho i a més tenia molta curiositat de veure com seria l'evolució d'un part en un país tant diferent al nostre.</i> <i>Em va agradar perquè vaig poder veure la quantitat de diferències respecte el nostre país. Tots els parts que es realitzen als dispensaris mèdics són naturals i fins i tot no utilitzen cap tipus d'anestèsia. Les cesàries només es fan</i>
--	--

almenys més que el despatx del MD, tot i que quan obries algun dels calaixos podies trobar-te de tot, des de sondes vaginals utilitzades fins a insectes. Disposava d'una camilla amb l'opció de treure i afegir noves peces per tal de ser adequada i confortable per la partera. Al seu davant hi havia una pica amb aigua corrent però no potable i al costat dret una petita incubadora feta manualment per uns voluntaris anys anteriors. Al seu costat esquerre hi havia una porta que donava directament a l'habitació on les parteres passaven unes hores per recuperar-se del postpart i fer el contacte pell amb pell amb el seu nadó.

La partera tenia 28 anys i era el seu quart fill. Va arribar a la consulta de l'Al tranquil·la i sense molèsties. Primer que tot l'Al va comprovar el seu carnet de maternitat. Ens va explicar que no feia gaire que els havien aconseguit per tal de portar un bon seguiment de l'embaràs i del nadó i la partera. A més, gràcies a ells havien erradicat el problema que suposava per la societat tenir nens sense papers, ja que la seva taxa havia disminuït en picat. Seguidament, l'Al li va demanar a la noia que s'estirés a la camilla per fer-li un tacte vaginal i veure quants centímetres de dilatació presentava. Tenia una dilatació de 5 centímetres i no tenia contraccions per tant l'Al li va posar una via i li va administrar oxcitocina. Cada mitja hora anava revalorant les contraccions i la dilatació.

L'Al ens va deixar intervenir en el part i la dona finalment al cap de dues hores va tenir el fill sense complicacions. Li vam oferir roba de nen petit que havien recopilat des de Espanya.

Després d'atendre el part, vam dinar, vam descansar una mica i quan el Sol va baixar vam anar a netejar i ordenar el dispensari mèdic. Vam escombrar i fregar tot el terra, tot i que sembla que sempre estigui brut per la quantitat de sorra que hi ha al país. També vam

als grans hospitals de les ciutats i molt poques són programades. La gran majoria es fan en casos en que hi hagi complicacions durant el part i suposi un risc pel nadó. També em va sorprendre el procés del part i el que suposa per la mare tenir un fill. No és molt comú que la mare vingui acompanyada pel marit, i en el cas que ho vingui normalment ve amb la seva mare. De fet, després de tenir el nadó es queden unes hores en observació, fent contacte pell amb pell amb el nadó i quan aquesta és capaç d'aixecar-se per si sola marxa caminant cap a casa. A més, una cosa que també em va deixar impressionada va ser que és el part més silenciós al que he estat, inclús sense utilitzar anestèsia. Això a Europa és gairebé impensable!

Finalment, va ser un nen, i li van posar en nom d'Idir! Es veu que és molt comú que les mares li posin el nom de les persones que han atès el part. Va ser molt curiós perquè era la primera vegada que em trobava en la situació així, on la mare no tenia pensat el nom del nadó.

treure la pols de tots els armaris i després vam ordenar el material i els fàrmacs i vam tirar tot allò que estava en mal estat o caducat. Finalment vam fer una taula per recopilar tots els fàrmacs dels que disposaven:

Evidències

Paracetamol 500 mg (1 caixa) → 980 comprimits
Ibuprofens 400mg (1 caixa) → 30 comprimits
Lidocaïna injectable → 1 ampolla
Vitamina C (1 pot) → 20 comprimits
Anticonceptius orals:
- Microginon 37 caixes 3108 comprimits
- Levonogestrel implant subcutani 8 comprimits
- Oral contraceptives 28 caixes
Sulfat de zinc 20mg (8 caixes) → 500 comprimits
Depo-provera: contraceptiu injectable 150mg/mL (4 caixes) 100 vials endovenosos
Vitamina A (2caixes de 500 comprimits) + (1 caixa de 100 comprimits)
Etonogestrel 68mg subcutani (10 caixes)
Captopril 50mg via oral (2 caixes) → 300 comprimits
Diclofenac 50mg via oral (2 caixes) → 110 comprimits
Fortecortin 1mg via oral (3 caixes) → 105 comprimits
Furantoïna 50mg via oral (3 caixes) → 42 comprimits
Sertralina 50mg via oral (1 caixa) → 30 comprimits
Àcid acetilsalicílic via oral (1 caixa) → 3 comprimits
Sulfat de ferro 105mg via oral 30 comprimits (caduquen al juliol)
Nystatina via vaginal
Benzatina bencilpenicilina 2,4 MUI endovenosa (2 vials)
Ceftriaxona 1gm endovenosa (72 vials)
Phytomenadione vitamina K 10mL/1mL endovenosa (4 caixes) + (10 vials)
Quinine Resorcine 400mg
Phloroglucinol 40mg/4mL endovenós (4 caixes) → 24 comprimits
Gentamicina 80mg/2mL endovenosa (40 ampolles)
Novalgín 500mg/5mL endovenós (8 ampolles)
Sulfat de Magnesi 4000mg/20mL (1 ampolla) → caduca a finals de juliol
Suplements nutricionals: 5500 kcal/sac. 150 sacs de 92g (2 caixes)
Sèrum fisiològic 0,9% de 500cc endovenós (1 caixa) → 20 sèrums
Sèrum glucosat 5% de 500cc endovenós (1 caixa) → 20 sèrums
Ringer lactat 500cc endovenós (1 caixa) → 20 sèrums
Test Malarone (8 caixes)
Tractament de la malària Artesunate Amodiaquine:
- bebès d'entre 4,5-8kg: 25mg/87,5mg
- 9-15kg: 50mg/135mg
- 18(35kg: 100mg/290mg
- >36kg: 100mg/270mg

Data	27 de juny de 2019
-------------	--------------------

Lloc	Dispensari mèdic de Darou Salam Typ (matí) Escola de primària de Darou Salam Typ (tarda)
Tema	Observació i assistència de pacients Descobriments de la cultura senegalesa.
Objectiu	Identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Com cada matí ens vam llevar, vam esmorzar i vam obrir el dispensari quan van començar a arribar els primers pacients. El Maurice havia d'anar a buscar a la seva filla petita, que vivia a una altra ciutat amb els pares de la mare perquè fins feia poc no havien construït l'escola de parvulari a Typ, per tant es va absentar durant tot el matí. Vam haver de passar consulta entre els tres: el MA, l'ID i jo. Vam passar visita a tots els pacients. I quan vam acabar vam anar a dinar. Després vam descansar una estona, i sobre les 5 de la tarda ens van convidar a assistir a la festa de final de curs de l'escola. Tots els nens i nenes portaven vestits típics de la zona amb molts colors i, a més, les noies anaven maquillades d'una manera molt especial. Ens van explicar que se sol fer quan les celebracions són importants. La festa es va fer al pati de l'escola. Hi havia molts nens. Des de infantil (3-5 anys) fins a primària (6-12 anys). Al centre del pati hi havia un escenari on els nens van fer diferents actuacions. No vam entendre gran cosa perquè parlaven amb la seva llengua nativa, Wolof, però el MD ens anava traduint i fent-nos resums de tot el que podia. Al final, el director de l'escola va lliurar alguns premis als nens que havien tret més bones notes, i alguns molt emocionats	Reflexió: Va ser el primer dia que passàvem consulta sense el MD i la veritat es que la seva absència es va notar, però a la vegada va estar bé l'experiència perquè vam haver d'espavilar-nos nosaltres amb els coneixements que teníem. El que havíem après durant aquells dies i les patologies més comuns amb les que ens havíem trobat ens va servir de guia per orientar-nos una mica, tot i que en tot moment no podia treure'm del cap el pensament de que realment ens faltava molt per aprendre. Va ser molt curiós i recordo pensar que no només havia vingut a fer d'infermera sinó que també tasques de metge, com feia el MD. De fet, les vegades que he explicat la meua experiència com a cooperant, sempre dic que la persona que va de voluntariat ha de tenir la ment ben oberta, perquè et tocarà fer tasques de molts tipus, inclús coses que potser mai a la vida t'haguessis vist capacitat per fer. Per altra banda, l'experiència de poder participar durant dos setmanes en la vida quotidiana d'aquestes persones et fa aprendre molt sobre les seves costums, tradicions i fets culturals. Sempre gaudeixo molt viatjant, però aquell cop la sensació que em va aportar la convivència amb aquelles persones va ser totalment diferent. Era la meua
--	---

es van posar a plorar. El MD ens va explicar que “l’escola fa relativament poc que s’ha construït. Al principi només hi havia primària, per tant els nens no començaven l’escola fins als 6 anys. Ara fa menys d’un any que s’ha construït el parvulari”. Al acabar-se la festa, li vam demanar al MD si hi havia l’opció de parlar amb el director o alguns dels professors que treballaven a l’escola i ell ens va dir que si. Per la nit, abans d’anar a dormir que sempre ens asseiem al jardí de casa el MD i fèiem un te, van venir dos dels professors i els hi vam fer una entrevista amb preguntes relacionades amb l’estructura de l’educació a sanitat i el funcionament i organització de l’escola.	<i>primera vegada que convivia amb persones d’una cultura tant diferent a la meua, però a la vegada amb moltes semblances a nosaltres per exemple en la manera que tenen de celebrar esdeveniments importants com comunions o festes: grans quantitats de menjar, música, balls, ben mudats...</i> <i>Un dels punts mes negatius que vaig experimentar va ser que, per una banda penso que són persones increïblement generoses. No tenen cap problema en compartir el seu menjar i les seves coses amb tu, però pel contrari moltes vegades s’aprofiten dels europeus, ja que saben que tenim més recursos materials i econòmics i m’imagino que per això tendeixen a sempre oferir-te lo seu sense que tu els hi ho diguis però a canvi, quan ja és teu, llavors et demanen diners (majoritàriament) o qualsevol altre cosa. És una de les coses que no em va acabar d’agradar, ja que anàvem a qualsevol lloc i sempre estàvem rodejats de varies persones demanant-nos, o per exemple en una situació una dona ens va dir “si no teniu diners no us volem aquí”. Després l’ID i jo ho vam estar comentant i vam arribar a la conclusió que el comentari havia estat totalment fora de lloc, perquè no aportàvem diners però pel contrari oferíem assistència sanitària gratuïta les 24 hores del dia.</i>
---	---

Data	28 de juny de 2019
-------------	--------------------

Lloc	Dispensari mèdic de Darou Salam Typ
Tema	Observació i assistència de pacients Descobriments de la cultura senegalesa.
Objectiu	Analitzar el funcionament de l’estructura de salut de la comunitat i identificar necessitats i problemàtiques tant de

	salut com a nivell de comunitat
--	---------------------------------

Descripció: Obrim el dispensari mèdic abans que la resta de dies, ja que s'havien citat a molts infants per vacunar-se per tant vam ser previsibles perquè sabíem que tindríem més volum de feina de l'habitual. Vaig estar tot el matí posant diferents tipus de vacunes amb l'ajuda de dos infermers més. Seguïem el seu calendari vacunal i en funció de l'edat del nen administràvem una vacuna o una altre. Al migdia abans de dinar i quan ja gairebé estàvem a punt de tancar el dispensari mèdic, vam fer una reunió amb tots els membres treballadors del dispensari mèdic de Darou Salam Typ. L'objectiu d'aquesta era parlar entre tots sobre les necessitats observables al centre de salut i arribar a un acord de com fer per poder posar una solució a quantes més millor. Vam fer una llista: - Material per assistir parts - Eco doppler umbilical (molt necessari) - Un ecograf - Una incubadora i un llit de llum - Nou armari amb estanteries (un per cada despatx i un per farmàcia) - Dues neveres - Bombos per mantenir la intimitat dels pacients - Matalassos - Roba sanitària per treballadors - Plaques solars - Més medicaments - Dipòsit d'aigua Finalment, quan vam acabar la reunió vam anar a dinar. Per la tarda, com que no teníem pacients i tant el MD com el MA estaven cansats, vam decidir seguir netejant algunes coses que ens quedaven del dispensari mèdic i a més a més vam recollir informació de l'enregistrament de pacients i de certs documents aprofitables pel nostre treball. El MD feia dies que ens parlava d'una taula de quiròfan de cirurgia menor	Reflexió: <i>Des del meu punt de vista, considero que dins la sanitat poc a poc s'han anat fent petits avenços. Crec que és molt important el treball del cooperant sobretot en les zones rurals aïllades, ja que a part d'ajudar-los a nivell de medicina, també els hi podem aportar noves idees i formes de treballar. Per exemple, des del meu punt de vista, penso que la cultura i les seves costums els fan ser una mica desorganitzats. És per aquest motiu que vam voler veure quin tipus de control tenien dels pacients que venien. L'AI i el MD ens van explicar que "no fa massa que utilitzem documents per enregistrar i portar un control dels pacients que venen. A més, ara també oferim carnets de salut a nivell gestacional i infantil i llibres de vacunació. Des de que ho fem, em aconseguit que redueixi el número d'infants sense papers i consegüentment la seva discriminació de drets". Crec que és una molt bona solució per aconseguir millores de cara als pacients i a nivell de societat.</i> <i>Després també comentar que el fet d'haver-nos reunit tots els treballadors sanitaris va ser un punt molt positiu perquè ens va permetre obrir-nos i que cadascú digués la seva opinió. Vam arribar a la conclusió que tot i que el dispensari mèdic necessita de molts materials i hi ha moltes mancances, des de la seva obertura s'han anat assolint objectius mica en mica i el seu funcionament ha anat a millor. L'ID i jo els vam escoltar molt atentament, ja que ens vam comprometre a ajudar-los en un futur a anar assolint poc a poc tot el que ens havien demanat, i de fet, ho anem fent.</i> <i>Per mi treballar amb aquest equip de professionals sanitaris va ser una experiència molt enriquidora. Vaig</i>
---	---

ambulatoria que li havien donat però que calia arreglar-la. També la vam anar a veure.	<i>aprendre molt, i a la vegada crec que també els hi vaig ensenyar coses noves. Penso que conjuntament vam fer una gran feina enfocada en tot moment cap al pacient. Amb els anys, a tots els hospitals on he estat fent pràctiques me n'he adonat que a nivell europeu en molt poques ocasions la infermeria treballa a nivell d'equip. Hi ha molta competitivitat i això provoca que ens vulguem superar els uns amb els altres. Allí això no passa. Degut a l'escassetat de persones que es poden permetre una bona formació acadèmica, molts professionals sanitaris que treballen als centres de salut estan formats a través de les experiències i l'ensenyament dels superiors.</i>
Data	29 de juny de 2019

Lloc	Dispensari mèdic de Darou Salam Typ
Tema	Observació i assistència de pacients
Objectiu	Identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Pel matí vam atendre a tots els pacients que van venir i per la tarda després de donar moltes voltes a com podíem enfocar el nostre projecte se'ns va ocórrer una idea. Ja que l'ID el dia anterior havia assistit a tres circumcisions amb unes condicions d'asèpsia nul·les, vam decidir que aprofitant la taula de quiròfan que el MD ens havia ensenyat el dia abans, crearíem una sala de Cirurgia Menor Ambulatoria, per fer aquest tipus d'intervencions tant comuns en la societat degut a creences culturals. Li vam comentar al MD la nostra idea i ens va dir que li semblava estupenda. Ens vam dedicar a recol·lectar totes les peces de la taula de quiròfan, ja que	Reflexió: <i>Des de l'inici de l'experiència, el nostre objectiu era crear un projecte per gestionar els residus biomèdics de les zones més rurals de Senegal, però només arribar allí vam veure que no hi havia cap tipus de gestió d'aquests i que seria un tema complicat a fer. Vam decidir anar fent un diari de camp i a través de les nostres reflexions i vivències, veure cap on podríem acabar enfocant el projecte que volíem muntar. Fins que un dia se'ns va ocórrer aquesta idea. Vam pensar que, aprofitant la taula de quiròfan que li havien donat al MD, si la netejàvem i l'arreglàvem podríem crear una zona amb més asèpsia per realitzar les petites intervencions quirúrgiques i intentar reduir el risc de complicacions postoperatòries sobretot</i>
---	---

estaven escampades pel pati del centre de salut, les vam entrar dins l'habitació on suposadament volíem crear el quiròfan de CMA. L'única condició que vam tenir en compte a l'hora d'escollir el lloc on crear-lo va ser que hi hagués una aixeta amb aigua per poder rentar els materials que teòricament han de ser estèrils. Finalment quan la vam tenir neta, la vam muntar i vam fer fotografies.	<i>les infeccioses. Així ho vam fer. Estàvem molt il·lusionats i contents, i el MD també ho semblava estar.</i>
---	---

Data	30 de juny de 2019
-------------	--------------------

Lloc	Ciutat d'Mbacke – Casa marabú i hospital d'Mbacke
Tema	Observació i assistència de pacients
Objectiu	Identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: Vam visitar la ciutat d'Mbacke i Touba. Estaven l'una al costat de l'altre. Era el lloc més gran, amb més recursos i amb més població que fins ara havíem estat. Era una ciutat caòtica i desorganitzada, com la gran majoria de ciutats tercermundistes. Hi havia trànsit per tot arreu degut a la quantitat de vehicles que circulaven per les carreteres, aquest cop amb asfalt. Vam tenir el plaer de poder parlar amb el Marabú, la màxima figura representat de la comunitat de Darou Salam Typ, al qual li vam proposar crear un conveni entre la regió de Typ i la ONG Gadis per a que cada any portés estudiants de la Universitat Rovira i Virgili a les zones rurals per donar un cop de mà. Li va semblar molt bona idea i ens va donar tota la informació de com fer-ho. Després de parlar amb ell, el MD i el MA ens van portar a visitar l'hospital d'Mbacke, per fer-nos una idea de les diferències entre un hospital de ciutat i un centre de salut d'una zona rural. Estava situat al centre de la ciutat i tenia	Reflexió: <i>Totes les ciutats que vam visitar a Senegal eren un caos continu degut a la quantitat de tràfic, de persones, animals i contaminació. Va ser curiós veure un extrem i l'altre, ja que d'aquesta manera em vaig poder fer una idea més global i precisa de com era el país, ja que fins ara només havíem vist petits poblats.</i> <i>També va ser una gran experiència que el MD ens concertés una visita amb el Marabú. Va ser molt amable i va estar molt content amb la nostra idea, ja que d'aquella manera podríem impulsar un projecte, de moment entre la Universitat Rovira i Virgili i la comunitat de Typ, però a llarg termini aquest podria créixer i afegir altres universitats europees. Ens va demanar de poder-ho fer també al revés, és a dir, portar metges i infermers senegalesos a Europa. Considero que igual que nosaltres tenim l'oportunitat d'anar al seu país, ells també l'haurien de tenir, ja que és important que vegin el funcionament d'hospitals de països desenvolupats i així poder anar adquirint</i>
---	---

dues plantes. Vam fer un petit esbós de la distribució i l'estructura de l'hospital d'Mbacke, i a més també una llista: - Autoclau (no funcionava) - Quatre ambulàncies - Sala de cures - Gabinets - Urgències - Unitat de maternitat - Sala de vacunació - Sala de llarga estada per malalties més greus - Sala de triatge - Farmàcia - Sala de gestió	<i>nous coneixements i noves idees per impulsar-les al seu propi país. Els hi permetríem obrir un gran ventall de possibilitats, que fins ara, només hi accedeixen aquells que econòmicament s'ho poden permetre. Crec que seria lo més just.</i>
---	--

Data	01 de juliol de 2019
-------------	----------------------

Lloc	Casa MD
Tema	Observació i assistència de pacients
Objectiu	Identificar necessitats i problemàtiques tant de salut com a nivell de comunitat

Descripció: El MA ens va proposar anar a passar dos dies a una altre ciutat anomenada Guerlé i treballar al dispensari d'allí. Al ID i a mi ens va semblar bona idea i així ho vam fer. Abans de marxar de Darou Salam Typ, vam tenir l'oportunitat de fer-li una entrevista al MD, el principal supervisor del dispensari mèdic. Aquesta consistia en diferents preguntes relacionades amb el funcionament, l'estructura i l'organització del sistema sanitari del país. Ens va comentar que segons el seu punt de vista la principal necessitat era la falta de material diagnòstic i mèdic i a més, també la dificultat per part dels professionals sanitaris d'accedir al centre de salut. Ens comenta "els treballadors del dispensari mèdic viuen lluny, sobretot l'AI, i clar, al no tenir carreteres amb asfalt és fa complicat l'accés. Jo per	Reflexió: <i>L'acomiadament va ser dur. Havia establert una relació de confiança i afecte amb tots els membres de la família, tot i la barrera idiomàtica que hi havia. Tant sols havíem passat 10 dies amb aquella família, i ja semblava tota una vida. Els hi vaig agafar molta estima i espero tornar-los a veure ben aviat.</i>
--	--

exemple visc al costat, per això estic disponible les 24 hores del dia en cas d'urgència". Finalment, ens vam acomiadar de tota la seva família, i un taxi ens va venir a buscar per portar-nos cap a Guerlé.	
---	--

Annex 6: Imatges



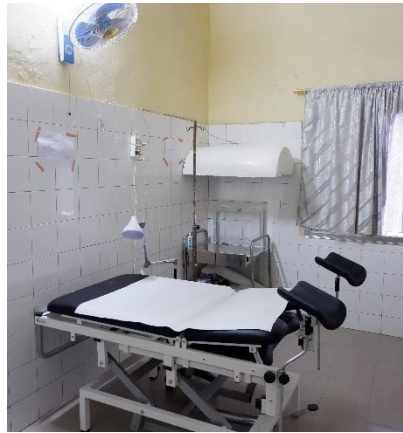
Imatge 1. Dispensari mèdic de Darou Salam Typ



Imatge 2. Consulta mèdica del dispensari



Imatge 3. Farmàcia del dispensari mèdic



Imatge 4. Sala de parts del dispensari mèdic



Imatge 5. Dutxes del dispensari mèdic



Imatge 6. Registre dels naixements



Imatge 7. Registre dels infants amb malalties



Imatge 8. Tests de ràpid diagnòstic del paludisme



Imatge 9. Aula escolar



Imatge 10. Festa típica senegalesa



Imatge 11. Hospital Mbacke



Imatge 12. Ambulància del hospital d'Mbacke



Imatge 13. Deixalleria de l'hospital

Annex 7: Registre de pacients del dispensari mèdic

Figura 1: Gener

Gener 2019	edat	Sexe	Dona embarass	Adreça	Síntomes	TDR (TBC)	Altres exan	Diagnostio	Tractament	Observacions
1	22	F	No se sap	Thiouodé Sic Modov Diou	Amenorea de 4 mesos	Test +	Ecografia	Embaràs	Ferro, vitamina C	
2	24	F	No se sap	Alfé	Amenorea de 3 mesos	Test -	Ecografia	Embaràs	Ferro, vitamina C, Spasfon	
3	32	F	No se sap	Guelié	Cefalea, Astenia			Astenia física	Paracetamol, ferro, Vitamina C, amoxicilina	
4	40	F	No se sap	Thiouodé Sic Modov Diou	Cefalea, hipertensió arterial diastòlica, insomni			Síndrome postmenopausia	Ferro, vitamina C, paracetamol i Spasfon	
5	25	F	Si	Guelié	Hipertensió arterial diastòlica, a terme			Part	vigilància, parto	
6	27	F	No	Guelié	Inflamació de la cama esquerra	Test -		Sospita de tetanus amb síndrome infeco	observació	
7	28	M		Thiouodé Sic Modov Diou	Tos, vòmits, hipertensió arterial diastòlica	Test -		Síndrome infeccios	observació	
8	38	F	Si	Bauschra	Insomni, hipertensió arterial diastòlica, a terme			Embaràs	Ferro, Spasfon	15 SG
9	18	F	Si	Guelié	Tos			Malaltia respiratoria	Amoxicilina i paracetamol	
10	22	F	No se sap	Foylode Sic Djibuki		Test +		Embaràs	Ferro	
11	30	F	No se sap	Tocletico eumar kà	Vèrtig i hipertensió arterial diastòlica			Dismenorrea	Ferro, paracetamol i vitamina C	
12	34	F	No se sap	Ndaye	Cefalea, hipertensió arterial diastòlica i Síndro	Test +		Embaràs	Ferro, paracetamol i amoxicilina	Ta: 12/8 T: 35,6 Pes: 55kg
13	34	F	Si	Guelié	Metrorragia de 4 mesos	Test +	Ecografia	Part de risc		
14	20	F	No se sap	Guelié	Vèrtig, lumbàlgia i hipertensió arterial diastòlica			Embaràs		TA: 11/7 T: 36,4
15	65	F	No	Madina	Cefalea			Hipotensió arterial	Ferro, paracetamol i Ablene	TA: 8/6 T: 36,8
16	25	M		Belkaly slo Gallokà	Cefalea i hipertensió arterial diastòlica			Hipotensió arterial	Ferro, paracetamol i Ablene	TA: 8/6 T: 36,8
17	23	F	No	Guelié	Angines			Angines	Paracetamol, ibuprofeno i Amoxicilina	TA: 3/6 T: 37,1
18	60	F	No	Belkaly	Vèrtig, hipertensió arterial diastòlica			Hipertensió arterial	Paracetamol, ibuprofeno i Gentamicina	TA: 10/8 T: 35,2
19	23	F	?	Guelié	Vèrtig i cefalea			Hipotensió arterial	Ferro, paracetamol i Ablene	TA: 3/6 T: 35,6
20	8	F	No	Guelié	Dolor part esquerra de l'esquena			Lumbàlgia	Paracetamol, ibuprofeno i Gentamicina	T: 36,4
21	16	F	Si	Loulde	Cefalea, bon estat general			Astenia física	Ferro, paracetamol i vitamina C	TA: 10/6 Pes: 53kg
22	8	F	No	Diagne	Astenia, cefalea i vòmits	Test -		Síndrome infeccios	Ferro, paracetamol i atropina	T: 36,1
23	36	F	No	Guelié	Cefalea			Migranya	Paracetamol	TA: 12/8 Pes: 77kg
24	20	F	Si	Guelié	Cefalea			Hipotensió arterial	Paracetamol, Ferro i Vitamina C	TA: 9/6 Pes: 50kg
25	17	F	No se sap	Amodau kà	Hipertensió arterial diastòlica	Test -		Dolor abdominal pelvíc	Spasfon oral i ev, ferro i paracetamol	TA: 12/7 T: 35,4
26	53	M		Dara Sifache	Vòmits i astènia			Síndrome infeccios	Vitamina C, ibuprofeno, atropina i Ablene	
27	5	M		Sadio Ndof-Ndof	Vòmits i hipertensió arterial diastòlica			Síndrome infeccios	Zinc, Amoxicilina, Paracetamol i Ablene	T: 34,5 Pes: 15kg
28	19	F	No se sap	Guelié	Cefalea i astènia	Test -		Astenia física	Paracetamol, Vitamina C i Ablene	TA: 11/7 T: 35,3
29	27	F	Si	Radinafull	Bon estat general			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro i vitamina C	TA: 10/7 Pols: 61ppm
30	15	M		Guelié	Cefalea			Hipotensió arterial	Paracetamol i Ablene	TA: 8/6 T: 36,3
31	7	M		Tal-Tal	Cefalees, febre i hipertensió arterial diastòlica			Astenia física	Paracetamol, ibuprofeno, Ablene i Amoxici	T: 36,7 Pes: 10kg
31	7	M		Tal-Tal	Cefalees, febre i hipertensió arterial diastòlica			Astenia física	Paracetamol, ibuprofeno, Ablene i Amoxici	T: 36,7 Pes: 10kg
32	7	M		Guelié	Diàrrea i vòmits			Síndrome infeccios	Zinc, Paracetamol, Atropina i Amoxicilina	T: 36 Pes: 31kg
33	85	F	No	Belkaly	Cefalea			Hipotensió arterial	Paracetamol, Amiodipino i algi	TA: 17/9 T: 35,2
34	25	F	No	Dara Sifache	Cefalea, diàrrea			Síndrome infeccios	Zinc, Paracetamol, Amoxicilina i Ablene	TA: 3/6 T: 36,6
35	7	F	No	Guelié	Vòmits			Vòmits	Zinc, Paracetamol, Amoxicilina i Ablene	T: 36 Pes: 17kg
36	20	F	No	Bauschra	Cefalea, dolor lumbar	Test -		Astenia física	Paracetamol, ibuprofeno, Vitamina C, Able	TA: 12/8 T: 37,6
37	27	M		Bauschra	Tos, cefalea, astènia	Test -		Infeció respiratòria	Paracetamol, Àcid acetilsalicílic, Ablene i A	TA: 11/6 T: 38,4
38	14	F	No	Tal-Tal	Febre, tos, grip	Test -		Angines	Paracetamol, ibuprofeno, Amoxicilina	T: 38 Pols: 38bpm
39	No sap	F	No	Tal-Tal	Inflamació dels peus algi			algi	Ibuprofeno, Vitamina C, Ablene	TA: 3/6 T: 35
40	9	M		Guelié	Lesió en el colze diet		Vacuna anti	Traumatisme	Ibuprofeno, Cotimoxazol, VAT: vacuna anti	T: 36,3
41	22	F	No	Guelié	Hipertensió arterial diastòlica, vèrtig, cefalea, i	Test +		Embaràs	Ferro, Spasfon, Paracetamol	
42	24	F	No	Guelié	Cefalea, vèrtig			Hipertensió arterial, astènia física	Paracetamol, Ferro, Vitamina C, Amoxicilina	algi
43	24	F	Si	Ngembé	Bon estat general			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, vitamina C, Spasfon	TA: 10/7 Alçada urinària: 22cm Alb: norm
44	18	F	Si	Sadio Ndof-Ndof	Bon estat general			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, vitamina C, Spasfon	TA: 10/7 Pes: 37kg IMC: 34cm Alb: norm
45	30	F	No se sap	Thiouodé Sic Modov Diou	Polimenorrea		Ecografia		Ferro, Paracetamol, ibuprofeno	TA: 3/6 T: 35,4
46	45	M		Todel	Dolor lumbar			Astenia física, lumbàlgia	Paracetamol, ibuprofeno, Vitamina C	TA: 12/8 T: 36
47	30	F	No	Madina	Cefalea, vòmits, amenorrea de 4 mesos			Vòmits	Observació	TA: 12/8 T: 36
48	19	F	No	Guelié	Inflamació aguda i flemosa a nivell dels ulls			Otitis		TA: 10/7 T: 35,6
49	50	F	No	Dara Sifache	Diàrrea, vòmits			Síndrome infeccios	Observació	TA: 11/7 T: 35,8
50	28	F	Si	Madina	Cefalea, anòria			Hipotensió arterial	Paracetamol	TA: 3/6 T: 36,5

Figura 2: Febrer

feb-19	edat	Sexe	Dona embarass	Adreça	Síntomes	TDR (TBC)	Altres exan	Diagnostio	Tractament	Observacions
1	35	F	No	Guelié	Hipertensió arterial diastòlica post abort		Ecografia	Hipertensió arterial	Ferro, codeína	TA: 10/7 T: 36 Revisió en una setmana
2	35	F	Si	Bauschra	Tos, hipertensió arterial diastòlica			Hipertensió arterial	Ferro, Spasfon, Paracetamol, Amoxicilina	TA: 3/6 T: 35,5 Alçada urinària: 20cm A
3	36	F	No se sap	Guelié	Amenorea de 6 mesos			Embaràs		Consulta prenatal
4	36	F	No	Guelié	Astènia, vèrtig			Astènia amb anèmia	Ferro, Paracetamol, Vitamina C	TA: 3/6 T: 35,7
5	28	F	Si	Guelié	Cefalea, astènia, vòmits			Síndrome infeccios a terme	Observació	
6	18	F	Si	Sadio Ndof-Ndof	Bon estat general		Ecografia	Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, antiespasmòdic, Sulfadoime perime	TA: 10/6 Alçada urinària: 34cm Mov. Act
7	63	F	No	Sadio Ndof-Ndof	Cefalea, astènia			Astènia física	Observació	TA: 3/6 T: 36,7
8	55	F	No	Guelié	Cefalea			Control de la tensió arterial	Paracetamol	
9	28	F	Si	Guelié	Cefalea, hipertensió arterial diastòlica			Hipertensió arterial	Paracetamol, Ferro, Spasfon	TA: 10/6 T: 37,1
10	24	F	Si	Dara Sifache	Hipertensió arterial diastòlica, vòmits			Síndrome infeccios	Observació	
11	30	F	Si	Sadio Ndof-Ndof	Hipertensió arterial diastòlica			Hipertensió arterial a terme	Ferro, Spasfon, Sulfadoime perime i amini	TA: 10/6 Pols: 57ppm Alçada urinària: 26
12	34	F	No se sap	Guelié	Hipertensió arterial diastòlica, epigastràlgia de	Test +		Embaràs	Ferro, Vitamina C, Almax	Consulta prenatal
13	30	F	No se sap	Guelié	Hipertensió arterial diastòlica, amenorrea de 1i	Test -	Ecografia	Embaràs	Ferro, Spasfon, Vitamina C	Revisió després d'ecografia
14	20	F	No	Guelié	Cefalea, hipertensió arterial diastòlica			Hipertensió arterial	Paracetamol	TA: 15/9 T: 37,1 Revisió setmana 15
15	24	F	No	Guelié	Hipertensió arterial diastòlica després d'embaràs			Hipertensió arterial diastòlica després d'e	Ferro, antiespasmòdic	Alçada urinària: 30cm Mov. Actu fetal
16	18	F	No	Loulde	Cefalea, tos			Estat gripal	Paracetamol, Vitamina C, Amoxicilina, Tam	TA: 3/6 T: 38,1
17	30	F	No	Foylode	Dolor d'estómac, cefalea			Epigastràlgia	Paracetamol, Gastrogel, Ablene	TA: 12/8 T: 35,8
18	8	M		Guelié	Vòmits, tos, cefalea			Estat gripal	Paracetamol/Amoxicilina, Ablene	T: 36,4 Pes: 47 kg
19	28	F	No se sap	Bauschra	Epigastràlgia, Amenorrea	Test +		Embaràs	Ferro	

Figura 3: Març

Març 2019	edat	Sexe	Dona embarass	Adreça	Síntomes	TDR (TBC)	Altres exan	Diagnostic	Tractament	Observacions
1	20	F	No se sap	Dara Silache	Hipertensió arterial diastòlica, amenorrea	Test -		Domenorrea	Ferro, Paracetamol, Ibuprofeno	
2	19	F	No se sap	Dara Silache	Hipertensió arterial diastòlica	Test -		Embaràs	Ferro, Paracetamol, Spasfon	TA: 10/7 T*: 36,6
3	20	F	No se sap	Belhary	Hipertensió arterial diastòlica, vèrtig, cefalea, amenorrea 1mes				Ferro, Paracetamol, Spasfon	
4	24	F	Si	Ngombé	Hipertensió arterial diastòlica a les 33SG			Part de risc		12
5	18	F	No se sap	Foylilde	Cefalea, hipertensió arterial diastòlica, vòmits			Síndrome infeccios		TA: 10/7 T*: 34,7
6	24	F	Si	Sadio N'dof-N'dof	Bon estat general			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Spasfon, Vitamina C	TA: 9/5 T*: 35,9
7	22	F	Si	Sadio N'dof-N'dof	Hipertensió arterial diastòlica, astènia			Astènia física	En observació	TA: 9/5 T*: 35,9
8	No sap	F	No	Guerlé	Cefalea			Migranya	Paracetamol	TA: 12/8 T*: 36,9
9	31	F	No	Tal-Tal	Dolor als costats			Astènia física	Ibuprofeno, Vitamina C, Abilene, Amoxicilina	TA: 10/6 T*: 33,8
11	No sap	F	Si	Madina	Bon estat general			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Vitamina C, Sulfadoxime perimetham	TA: 10/7 Alçada uterina: 32 cm Alb -
12	16	F	Si	Ngombé	Bon estat general			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Vitamina C, Sulfadoxime perimetham	TA: 10/6 PB: 210 Hz: 32cm
13	19	F	Si	Bauschra	Bon estat general			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Vitamina C, Sulfadoxime perimetham	TA: 10/6 Alçada uterina: 23cm
14	22	F	No se sap	Thiouodé Sic Modov Diou	Hipertensió arterial diastòlica, amenorrea de 3 mesos			Embaràs		Consulta prenatal
15	35	F	Si	Bauschra	Hipertensió arterial diastòlica a terme			Part	Ferro, Vitamina C, Spasfon	
16	30	F	Si	Bauschra	Tos, fred			Estat gripal	Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Vitam	Alçada uterina: 34cm Mov. Actiu Fetal
17	60	F	No	Guerlé	Hipotensió arterial			Hipotensió arterial	La família refereix no tenir dniers	TA: 26/18 T*: 36,4
18	19	F	Si	Guerlé	Hipertensió arterial diastòlica a terme			Hipertensió arterial diastòlica a terme		Alçada uterina: 30cm Movement actiu fe
19	80	F	No	Belhary	Control tensió arterial					TA: 15/9 T*: 35,8
20	20	F	Si	Guerlé	Lesió per punxada amb un clau			Traumatisme	Paracetamol, Amoxicilina	
21	55	F	No se sap	Guerlé	Control tensió arterial				Amoxicilina, Amlodipino, Dolprane	
22	16	F	No se sap	Guerlé	Otitis			Otitis	Gentamicina, Amoxicilina, Paracetamol, Ibu	T*: 36,0
23	28	F	No se sap	Guerlé	Epigastràlgia, hipertensió arterial diastòlica, an	Test +		Embaràs		TA: 10/7 Consulta prenatal
24	22	F	No se sap	Thiouodé Sic Modov Diou	Hipertensió arterial diastòlica, Amenorrea			Embaràs	Spasfon, Paracetamol, Metronidazol	
25	30	F	Si	Bauschra	Hipertensió arterial diastòlica a terme			Part		
26	24	F	No se sap	Thiouodé Sic Modov Diou	Hipertensió arterial diastòlica, Amenorrea	Test -		Embaràs	Ibuprofeno, Paracetamol, Ferro	TA: 13/8
27	35	F	No	Guerlé	Astènia, Epigastràlgia, Hipertensió arterial diastòlica			Astènia, Epigastràlgia, Hipertensió arterial diastòlica	Amoxicilina, Paracetamol, Vitamina C	TA: 10/6 T*: 33,8
28	30	F	No	Guerlé	Cefalea, Astènia, Tos	Test -		Estat gripal	MEQ	TA: 10/7 T*: 36,7
29	31	F	No	Madina	Hipertensió arterial diastòlica			Estat gripal	MEQ	TA: 9/6 T*: 37,0
30	28	F	Si	Madina	Bon estat general			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Spasfon, Vitamina C	TA: 10/7 Alçada uterina: 30cm Alb: -
31	60	M	No	Guerlé	Vèrtig, lumbàlgia			Hipertensió arterial	Ferro, Paracetamol, Ibuprofeno	
32	23	F	Si	Alfé	Bon estat general			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Spasfon, Vitamina C	TA: 10/6 Pes: 63kg Alçada uterina: 20c
33	26	F	No	Belhary	Dolor d'estómac			Epigastràlgia	Gastrogel, Amoxicilina, Paracetamol	T*: 36,5
34	21	F	No	Belhary	Infecció vaginal			Infecció vaginal	Metronidazol, Amoxicilina, Betadine	TA: 11/6 T*: 36,0
35	20	F	Si	Belhary	Hipertensió arterial diastòlica a terme	Test +		Embaràs	Spasfon, Ferro, Vitamina C, Amoxicilina	TA: 10/6
36	20	F	Si	Guerlé	Cefalea			Hipotensió arterial	MEQ	TA: 8/5 T*: 35,6

Figura 4: Abril

abr-19	edat	Sexe	Dona embarass	Adreça	Síntomes	TDR (TBC)	Altres exan	Diagnostic	Tractament	Observacions
1	36	F	No se sap	Thiouodé Sic Modov Diou	Amenorrea de 3 mesos	Test +		Embaràs		Consulta prenatal
2	21	F	No se sap	Sadio N'dof-N'dof	Abolés mamari			Abolés mamari	Paracetamol, Ibuprofeno, Amoxicilina	TA: 11/7 T*: 38,8
3	26	F	No	Guerlé	Cefalea			Astènia física	MEQ	
4	20	F	No se sap	Dara Silache	Hipertensió arterial diastòlica, cefalea			Embaràs	MEQ	TA: 9/6 T*: 36,0
5	28	F	Si	Madina	Hipertensió arterial diastòlica			Hipertensió arterial diastòlica a terme	Spasfon, Gastrogel	TA: 10/8 Freqüència cardíaca fetal +
6	20	F	No se sap	Madina	Metorragia, Amenorrea de 2 mesos	Test +		Part de risc	Ferro, Spasfon, Amoxicilina	
7	22	F	Si	Thié	Hipertensió arterial diastòlica a terme			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Spasfon, Sulfadoxime perimethamine	TA: 12/8 Alçada uterina: 28cm Movime
8	20	No se sap		Guerlé	Bon estat general			Revisió mèdica		
9	18	No se sap		Guerlé	Cefalea, hipertensió arterial diastòlica			Síndrome infeccios	Paracetamol, Amoxicilina	
10	53	No se sap		Daga	Cefalea, Astènia, hipertensió arterial diastòlica			Hipertensió arterial	Captopril, Àcid acetilsalicilic de l'isina, Napro	TA: 19/14 T*: 36,4
11	21	No se sap		Guerlé	Caiguda			Astènia física		TA: 12/7 T*: 36,7
12	20	F	No se sap	Thiouodé Sic Modov Diou	Metorragia, Amenorrea de 4 mesos					
13	40	F	Si	Dara Silache	Hipertensió arterial diastòlica, cefalea			Hipertensió arterial a terme	Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Spasfon	TA: 14/10 Alçada uterina: 30cm MAF+ F
14	20	F	Si	Sadio N'dof-N'dof	Amenorrea	Test +		Amenorrea	Ferro	TA: 10/8 T*: 33,8
15	25	F	Si	Guerlé	Hipertensió arterial diastòlica a terme	Test +		Hipertensió arterial a terme	Ferro, Spasfon	TA: 10/6
16	9	M		Guerlé	Dolor de peus	Test -			Ibuprofeno, Vacuna antitetànica, Cotimou	T*: 39,2
17	19	F	No se sap	Guerlé	Cefalea			Cefalea	Paracetamol, Vitamina C, Abilene	TA: 10/7 T*: 37,0
18	35	F	No	Guerlé	Prurit vaginal			Infecció vaginal	Metronidazol, Amoxicilina, Betadine	TA: 10/7 T*: 35,8
19	40	F	No se sap	Guerlé	Hipertensió arterial diastòlica, Amenorrea	Test -		Embaràs	Ferro, Spasfon	
20	24	F	No se sap	Guerlé	Cefalea, hipertensió arterial diastòlica			Hipertensió arterial	Paracetamol, Ferro, Amoxicilina	TA: 9/7 T*: 36,3
21	21	F	No se sap	Guerlé	Hipertensió arterial diastòlica, Amenorrea	Test +		Embaràs	Ferro, Spasfon	
22	19	No se sap		Thiouodé Sic Modov Diou	Cefalea			Insomni	Paracetamol, Amoxicilina	TA: 11/6 Pols: 72bpm T*: 35,6
23	60	No se sap		Sadio N'dof-N'dof	Vòmits			Hipertensió arterial	Àcid acetilsalicilic de l'isina, Amlodipino	TA: 15/9 T*: 35,7 Pols: 81bpm
24	12	No se sap		Tal-Tal	Cefalea, hipertensió arterial diastòlica	Test -		Síndrome infeccios	Observació	Pes: 35kg T*: 38,2
25	13	No se sap		Belhary	Tos, vòmits			Astènia física, hipotensió arterial	Observació	TA: 8/6 T*: 36,4 Pols: 70bpm
26	18	F	No se sap	Madina	Amenorrea de 2 mesos			Embaràs		
27	16	M		Bauschra	Hipertensió arterial diastòlica, cefalea, vòmits			Síndrome infeccios	Metronidazol, Paracetamol	TA: 12/7 T*: 36,5 Pols: 71bpm
28	26	F	No se sap	Dara Silache	Astènia, cefalea			Astènia física	Paracetamol, Ibuprofeno, Amoxicilina, Vitar	TA: 10/6 T1: 37,3 Pols: 105bpm Pes: 42k
29	40	F	Si	Dara Silache	Control de tensió arterial			Revisió mèdica	Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Àcid ac	TA: 13/8
30	15	No se sap		Madina	Injecció			Tractament desinfectant	R, 75	
31	25	F	No se sap	Guerlé	Úlcera, pruit					TA: 9/6 T*: 36,5
32	68	F	No	Belhary	Dolor de pit esquerre			Abolés al pit esquerre	Ibuprofeno, Paracetamol	Ecografia mamària demanada
33	26	F	No	Todel	Cefalea, vèrtig, astènia				Ibuprofeno, Paracetamol, Ferro, Vitamina C	TA: 9/6 T*: 35,9
34	22	F	Si	Sadio N'dof-N'dof	Hipertensió arterial a terme			Hipertensió arterial a terme	Spasfon, vitamina C	TA: 11/5 T*: 36,4 Alçada uterina: 19cm
35	12	M		Guerlé	Hipertensió arterial diastòlica, diarrea, vòmits	Test -		Síndrome infeccios		
36	24	F	Si	Tal-Tal	Tos, fred			Estat gripal	Amoxicilina, Paracetamol	TA: 11/7 T*: 36,1
37	25	No se sap		Thiouodé Sic Modov Diou	Tos, cefalea					TA: 11/6 T*: 36,5 Pols: 73bpm
38	25	F	Si	Guerlé	Hipertensió arterial diastòlica a terme			Hipertensió arterial diastòlica a terme	Spasfon, Gastrogel	TA: 10/6 T*: 35,9

Figura 5: Juny

juny 2019	edat	Sexe	Dona embarass	Adreça	Síntomes	TDR (TBC)	Altres exan	Diagnostio	Tractament	Observacions
1	28 F	No	Guerlé		Hipertensió arterial diastòlica post terme			Lleugera hipertensió associada hipertensió	Observació	
2	28 F	Si	Madina		Revisió mèdica/ginecològica			Revisió mèdica/ginecològica		TA: 10/7 Alçada uterina: 31cm BDCF +
3	20 F	Si	Guerlé		Hipertensió arterial a terme			Part	Spasfon	TA: 11/7 T: 36,4 Alçada uterina: 30cm
4	No se sap	F	No	Guerlé	Hipertensió arterial diastòlica, cefalea			Síndrome infeccios	Observació	TA: 14/17 T: 38,4 Pols: 101pm
5	26 F	No	Diagne		Vèrtig, mareig			Síndrome infeccios	Sèrum sal, Ampicilina, Àcid acetilsalílicat d	TA: 11/7 T: 38,5
6	23 F	No se sap	Madina		Cefalea, vèrtig				Ferro, Paracetamol, Vitamina C, Ablene	TA: 10/6 T: 35,5 Pols: 89pm
7	16 F	No se sap	Madina		Hipertensió arterial diastòlica, Amenoreia	Test +		Embaràs		Consulta prenatal
8	14 F	No	Nomade		Cefalea, vèrtig, vòmits	Test -		Embaràs		Consulta prenatal
9	20 F	Si	Dara Sílache		Revisió mèdica			Revisió mèdica/ginecològica		
10	4 F	No	Guerlé		Candidass oral				Paracetamol, Cotimoxazol op	T: 37,5
11	23 F	Si	Tal-Tal		Revisió mèdica/ginecològica			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Gastroc	TA: 12/6 Alçada uterina: 25cm Freqü
12	18 F	Si	Guerlé		Sagnat, Amenoreia de 3 mesos	Test +		Part de risc	Ecografia demanada	TA: 12/7
13	16 F	Si	No registre		Hipertensió arterial diastòlica a terme			Part		TA: 9/6 Alçada uterina: 34cm Talla: 1
14	40 F	Si	Dara Sílache		Revisió mèdica/ginecològica			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Vitamina C	Alçada uterina: 30cm Freqüència car
15	18 F	Si	Foylode		Cefalea			Cefalea en gestant de 32SG	Ferro, Vitamina C, Paracetamol	TA: 13/7 Pes: 30kg Alb- Freqüència c
16	3 F	No	Guerlé		Cefalea	Test -		Síndrome infeccios	Paracetamol, Àcid acetilsalílicat de lisina, A	T: 38,5
17	28 F	No	Guerlé		Cefalea, Tos			Infecció respiratòria aguda	Paracetamol, Amoxicilina, Ablene	TA: 9/3
18	28 F	Si	Belhary		Revisió mèdica/ginecològica			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Vitamina C	TA: 11/6 Alçada uterina: 14cm Alb-
19	20 F	Si	Belhary		Revisió mèdica/ginecològica			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Vitamina C	TA: 11/6 Alçada uterina: 32cm Alb-
20	20 F	Si	Foylode		Hipertensió arterial diastòlica a terme			Revisió mèdica	Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Vitamina C, Spasfon	
21	21 F	Si	Tal-Tal		Revisió mèdica/ginecològica			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Vitamina	TA: 11/7 Freqüència cardíaca fetal+ A
22	27 F	No se sap	Todel		Vèrtig, Tos, Hipertensió arterial diastòlica			Anèmia clínica	Ferro, Spasfon, Vitamina C, Amoxicilina	TA: 10/7 T: 36,4
23	20 F	No	Todel		Vèrtig, Hipertensió arterial diastòlica			Àstènia	Ferro, Metonidazol, Ablene	TA: 9/6 T: 33,4
24	43 F	No	Todel		Tos			Infecció respiratòria aguda	Ferro, Amoxicilina, Ablene	TA: 10/6 T: 38,5
25	20 F	Si	Bauschra		Cefalea	Test +		Cefalea	Ferro, Vitamina C, Paracetamol	TA: 14/8 T: 37,3
26	20 M		Dara Sílache		Cefalea, Hipertensió arterial diastòlica			Àstènia	Ibuprofeno, Paracetamol, Amoxicilina	TA: 10/5 T: 37,0
27	26 F	No	Guerlé		Cop				Paracetamol, Ibuprofeno	TA: 10/6 T: 36,4
28	19 F	Si	Guerlé		Cefalea			Hipotensió arterial	Paracetamol, Amoxicilina, Meben	TA: 9/6 T: 36,6
30	18 F	Si	Alfé		Revisió mèdica/ginecològica			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Amoxic	TA: 12/6 Pols 48pm Alçada uterina: 3
31	8 M		Guerlé		Lesió abdominal			Traumatisme	Cotimoxazol, Ibuprofeno, Vacuna antitetar	T: 38,3
32	6 M		Sadio Ndof-Ndof		Lesió digestiva				Cotimoxazol, Ibuprofeno, Vacuna antitetar	T: 36,1
33	No se sap	F	No	Sadio Ndof-Ndof	Cefalea, Tos, Àstènia	Test -				
34	40 F	Si	Dara Sílache		Revisió mèdica/ginecològica				Observació	TA: 12/8 T: 33,1
35	28 F	Si	Guerlé		Revisió mèdica/ginecològica				Ferro, Spasfon, Paracetamol, Aldome	TA: 14/10 Alb-
36	20 F	Si	Sadio Ndof-Ndof		Revisió mèdica/ginecològica	Test +		Revisió mèdica/ginecològica		Consulta prenatal
37	No se sap	F	Si	Belatry	Dolor de peus	Test +		Peus edematosos	Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Vitamin	TA: 10/7 Alçada uterina: 20cm Pes 55kg
38	16 F	Si	Dara Sílache		Revisió mèdica/ginecològica				Ferro, Amoxicilina, Cacicol	TA: 11/7 T: 36,7

Figura 6: Juliol

juliol 2019	edat	Sexe	Dona embarass	Adreça	Síntomes	TDR (TBC)	Altres exan	Diagnostio	Tractament	Observacions
1	19 F	No se sap	Guerlé		Hipertensió arterial diastòlica, Vèrtig amb amnx	Test +		Ecografia der Part de risc	Ferro, Amoxicilina, Spasfon	alço
2	18 F	Si	Dara Sílache		Hipertensió arterial, lumbàlgia			Ecografia der Hipertensió arterial a terme	Spasfon, Amoxicilina	
3	22 F	Si	Sadio Ndof-Ndof		Revisió mèdica/ginecològica			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Amoxicilina, Vitamina C, Sulfadoxime	TA: 10/6 Pes: 63kg Alçada uterina: 24cm
4	16 F	Si	Darou Salam Mbacle		Revisió mèdica/ginecològica			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Vitamina C, Sulfadoxime perimetham	TA: 12/7 Pes: 54kg Alçada uterina: 14cm
5	40 F	Si	Dara Sílache		Hipertensió arterial diastòlica			Ecografia der Hipertensió arterial a terme	Spasfon	Ecografia de control prenatal
6	19 F	No	Guerlé		Dolor de dits			Traumatisme	Cotimoxazol, Ibuprofeno, Vacuna antitetànica	
7	18 F	Si	Todel		Revisió mèdica/ginecològica			Anàlisi sang Control prenatal de 36 SG	Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Vitamina C	
8	26 F	No se sap	Guerlé		Hipertensió arterial, Amenoreia 1 mes	Test -		Ecografia der Dismenoreia	Spasfon, Paracetamol, Flagyl	
9	18 F	Si	Dara Sílache		Revisió mèdica/ginecològica				Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Vitamin	TA: 11/7 Pes: 51kg Alçada uterina: 23cm
10	26 F	Si	Dara Sílache		Revisió mèdica/ginecològica					TA: 10/6
11	16 F	Si	Diagne		Cefalea				Paracetamol, Vitamina C, Sulfadoxime perit	TA: 11/6 T: 36,6
12	16 F	Si	Guerlé		Revisió mèdica/ginecològica				Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Vitamin	TA: 11/7 Pes: 46kg Alçada uterina: 21cm
13	20 F	So	Foylode		Cefalea, Vèrtig, Hipertensió arterial	Test +		Hipertensió arterial	Ferro, Spasfon, Paracetamol	
14	24 F	No se sap	Guerlé		Hipertensió arterial, Insomni, Amenoreia 1 mes	Test +		Embaràs	Spasfon, alço	Consulta prenatal
15	22 F	No se sap	Belhary		Menorragies 2 mesos	Test +		Embaràs	Ferro, Vitamina C, Meben	Consulta prenatal
16	36 F	No se sap	Thié		Dianeia, Hipertensió arterial, Amenoreia 1 mes					TA: 13/8 T: 35,3
17	20 F	No se sap	Ngombé		Hipertensió arterial alço			Embaràs	Spasfon, Meben	
18	30 M		Madina		Dianeia, Hipertensió arterial de			Síndrome infeccios	Flagyl, Meben , Paracetamol, Sulfadoxime p	TA: 11/7 T: 37,5
19	30 F	No	Guerlé		Dyspot				Ibuprofeno, Ferro	
20	30 F	No	Madina		Hipertensió arterial	Test -			Spasfon, Ferro, Vitamina C	
21	23 F	No se sap	Guerlé		Cefalea, Vèrtig, Àstènia				Ferro, Paracetamol, Amoxicilina	TA: 11/6 T: 36,4
22	18 F	Si	Todel		Revisió mèdica/ginecològica					TA: 14/9 Alçada uterina: 30cm Mov. Act
23	50 M		Guerlé		Hipertensió arterial, vòmits, cefalea	Test -				TA: 13/8 T: 38,3 Pols: 86pm
24	30 F	No se sap	Guerlé		Cefalea, Lumbàlgia, Vòmits					TA: 11/7 T: 36,4 Pols: 113pm
25	28 F	Si	Guerlé		Úlcera, Prurit, Hipertensió arterial					alço
26	35 F	No	Sadio Ndof-Ndof		Prurit			Úlcera	Cotix, Cytexup	Revisió en 3 dies
27	18 M		Foylode		Problemes respiratoris			Insuficiència respiratòria aguda	Paracetamol, Gastrogel, Rinialer	TA: 12/8 T: 36,8 Pols: 72pm Revisió en
28	60 F	No	Sadio Ndof-Ndof		Hipertensió arterial diastòlica, Dianeia				Flagyl, Amoxicilina, Meben, SRD	TA: 11/7 T: 36,1 Pols: 75kg
29	20 F	No se sap	Foylode		Hipertensió arterial diastòlica, Metronàgia	Test +			Spasfon, Ferro, Amoxicilina	TA: 11/6 T: 36,4 Pols: 86pm
30	35 F	No se sap	Thouodé Sic Modov Diou		Hipertensió arterial diastòlica, Dianeia				Spasfon, Amoxicilina, SRD	

Figura 7: Agost

ago-19	edat	Sexe	Dona embarass	Adreça	Síntomes	TDR (TBC)	Altres exam	Diagnòstic	Tractament	Observacions	
1	30	F	No se sap	Guerlé	Cefalea, Vèrtig, Hipertensió arterial diastòlica			Síndrome infeccios	Ferro, Amoxicilina, Spasfon		
2	30	F	No se sap	Daraj	Hipertensió arterial diastòlica, Metrorragia	Test -		Metrorragia amb amenorrea 3 mesos	Ferro, Amoxicilina	Ecografia demanada	
3	18	F	No se sap	Madina	Hipertensió arterial diastòlica, Amenorrea 1me	Test -		Infecció vaginal	Flagyl, Spasfon, Betadine		
4	66	M		Madina	Hipertensió arterial diastòlica, Diàrrea, Rectorràgia					TA: 12/7 T°: 36,9 Pols: 77bpm	
5	27	F	No	Sadio Ndof-Ndof	Astènia				Paracetamol, Ibuprofeno, Vitamina C, Amoi	TA: 13/7 T°: 37,5 Pols: 103bpm Observaci	
6	80	F	No se sap	Guerlé	Tos, Cefalea, Astènia	Test -			Paracetamol, Amoxicilina, Vitamina C, Terp	TA: 12/7 T°: 38,6 Pols: 103bpm	
7	20	F	No se sap	Thiouodé Sic Modou Diou	Úlcera aïlls				Paracetamol, Amoxicilina, Coliti		
8	No se sap	F	No	Sadio Ndof-Ndof	Prurit vaginal, Hipertensió arterial diastòlica			Infecció vaginal	Amoxicilina, Mycostatin, Spasfon	TA: 12/8 T°: 36,3 Revisió en 2 dies	
9	31	F	Si	Sadio Ndof-Ndof	Hipertensió arterial diastòlica a terme			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Vitamin	TA: 9/6 Pes: 48kg Alçada uterina: 23cm	
10	22	F	Si	Sadio Ndof-Ndof	Hipertensió arterial diastòlica a terme			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Sulfadoxime perimethamine	TA: 11/7 Pes: 65kg Alçada uterina: 20cm	
11	19	F	No se sap	Belkaly	Hipertensió arterial diastòlica a terme	Test -		Síndrome premenstrual	Ibuprofeno, Vitamina C, Ablene	TA: 12/7 Revisió en 2 dies	
12	22	F	Si	Madina	Hipertensió arterial diastòlica a terme			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Vitamin	TA: 9/5 Pes: 57kg Alçada uterina: 13cm	
13	20	F	No se sap	Guerlé	Cefalea, Vèrtig, Astènia			Síndrome infeccios	Ferro, Paracetamol, Ibuprofeno	TA: 10/7 T°: 36,7	
14	32	F	No	Guerlé	Cremada			Cremat	Paracetamol, Amoxicilina, Gastrogel	TA: 12/7 T°: 36,8	
15	20	F	Si	Daraj	Revisió mèdica/ginecològica			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Vitamin	TA: 13/6 Alçada uterina: 24cm Mov. Act	
16	24	F	No se sap	Madina	Cefalea, Vèrtig, Amenorrea	Test -			Ferro, Sulfadoxime perimethamine, Vitamin	TA: 11/6 T°: 37,6 Pols: 120bpm	
17	35	F	No se sap	Guerlé	Bon estat general	Test +		Embaràs			
18	25	F	Si	Guerlé	Hipertensió arterial diastòlica, Epigastràlgia			Epigastràlgia	Paracetamol, Ferro, Vitamina C, Gastrogel	TA: 9/6 T°: 35,6	
19	30	F	Si	Madina	Tos, Febre			Estat gripal	Paracetamol, Gastrogel, Ferro	TA: 8/6 T°: 35,4	
20	19	F	No	Bauschra	Fluïd'nassal	Test +		Estat gripal	Amoxicilina, Vitamina C, Metronidazol	TA: 11/8 T°: 37,1	
21	57	F	No	Guerlé	Cefalea	Test -				TA: 13/3 T°: 35,5	
22	24	F	No se sap	Dara Silache	Metrorragia, Amenorrea de 3 mesos	Test +			Ferro, Vitamina C, Spasfon		
23	21	F	No se sap	Guerlé	Hipertensió arterial diastòlica, Astènia, Vèrtig, Amenorrea 1mes			Part de risc	Ferro, Vitamina C, Spasfon, Gastrogel	Ecografia demanada	
24	40	F	No se sap	Guerlé	Cefalea			Control tensió arterial	Paracetamol, Amoxicilina	TA: 13/8	
25	16	F	Si	Guerlé	Cefalea, Astènia				Paracetamol, Vitamina C, Amoxicilina	TA: 11/8 T°: 35,9 Pols: 80bpm	
26	22	F	No se sap	Sadio Ndof-Ndof	Amenorrea 1mes	Test +		Embaràs	Ferro		
27	19	F	No se sap	Guerlé	Hipertensió arterial diastòlica			IST	Nystatina, Betadine, Spasfon, Almax,	TA: 10/6 T°: 36,0	
28	16	F	Si		Astènia			Revisió mèdica/ginecològica	Ferro, Sulfadoxime perimethamine	TA: 12/7 Pes: 62kg Alb- Freqüència car	