

***Les dones africanes tenen 175 cops més probabilitats de morir durant el part.  
Europa Press (24/10/2003)***

**Un informe de la OMS constata l'elevada xifra de mortalitat a l'Àfrica.**

Les dones africanes tenen 175 vegades més probabilitats de morir durant el part que les dels països desenvolupats d'Occident, segons un informe conjunt de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i les Nacions Unides.

Així, al continent africà, un de cada 16 naixements acaba amb la mort de la mare.

"La majoria d'aquestes morts i patiments podrien evitar-se si totes les dones tinguessin l'assistència de personal sanitari preparat durant l'embaràs i el part, així com accés a atenció urgent quan hi hagi complicacions", sosté l'informe.

L'estudi assegura que el 95% de les 529.000 morts ocorregudes el 2000 van produir-se a l'Àfrica i a l'Àsia, la majoria degudes a retards en la detecció de complicacions o en la dificultat d'aconseguir atenció mèdica.

Moltes d'aquestes dones van donar a llum soles o sense ajudants preparats.

Durant l'any 2000, a l'Àfrica subsahariana van morir 920 dones per cada 100.000 nens nascuts vius, mentre que als països desenvolupats van morir-ne només 20. Al centre d'Àsia, la proporció va ser de 520 mares mortes, mentre que al sud-est d'aquest continent, la xifra va ser de 210 morts de dones cada 100.000 nadons vius.

**AGRAÏMENTS:** aquest treball no hauria estat possible sense la col·laboració de Joan Colomer i Carme Vinyoles del GRAMC, Kiku Auquer de MdM, les metgesses Concepció Morera, Rosa Serra i Susanna Vargas, la llevadora Montserrat Garriga, la professora Núria Terés, la Dienaba Balde que em va ajudar en el treball de camp, i la Carme Escatllar tutora d'aquest treball juntament amb el tutor virtual del COMSOC.

A tots i a totes, moltes gràcies.

# ÍNDEX

1. Introducció	2
2. Objectius	5
3. Metodologia	6
4. Aproximació al Senegal	7
5. Hipòtesi 1	11
6. Treball de camp:	30
6.1 L'enquesta	
6.2 Anàlisi de les dades obtingudes a les enquestes	
6.3 Entrevistes	
7. Hipòtesi 2	56
8. Conclusions	62
9. Bibliografia	65
Annexos	
Annex I. Informació sobre l'embaràs	
Annex II. Enquestes	
Annex III. Gravacions entrevistes	
Annex IV. Materials diversos	

# 1. INTRODUCCIÓ

El treball “Maternitat sense risc i canvis socials” toca dos temes principals que sempre m’han interessat: la maternitat (amb tot el que comporta) i la societat (les diferents cultures que conviuen, per exemple, a Catalunya). Comparar alguns aspectes de la realitat senegalesa i de la catalana pel que fa a la maternitat, i estudiar si hi ha algun canvi sanitari en els costums de les dones senegaleses immigrades, serien els dos grans objectius que em plantejo en aquest treball de recerca.

L’interès per aquests dos temes va lligat, també, amb la tria de la carrera universitària que hauré de fer aviat; segurament que anirà enfocada cap al vessant sanitari, una carrera que combina la investigació científica i tècnica amb el tracte amb la gent.

Un altre fet que em va influenciar en la tria del treball va ser la facilitat per obtenir informació ja que conec diferents persones que treballen en ONGs (GRAMC, MdM...) i estan vinculades al món sanitari.

L’enfocament del treball no m’ha estat fàcil. En un primer moment pensava enfocar-lo científicament: maternitat, diferents fases de l'embaràs,... Però vaig veure que aquest terreny estava molt treballat i no em generava gaire interès. Després d'això vaig decidir, d'acord amb la meva tutora, intentar demostrar dues hipòtesis mitjançant la comparació de dos països: Senegal i Catalunya.

El treball parteix de dues grans línies:

La hipòtesi 1 que planteja si la maternitat sense risc és un objectiu no assolit al Senegal i totalment assolit a Catalunya. I la hipòtesi 2 que es pregunta si la dona té un rol o paper important en el nivell de desenvolupament sanitari d'una població.

Aquestes dues hipòtesis estan complementades pel treball de camp, format per 11 enquestes fetes a dones senegaleses immigrades, i per 3 entrevistes fetes a dues doctores (una ginecòloga i una llevadora) i una professora.

Durant el treball m’he anat trobant amb diverses dificultats. El principal problema el vaig tenir amb les enquestes. Les dones enquestades no

entenien les preguntes i els costava respondre. Això va fer que em costés enfocar la hipòtesi 2, ja que pretenia fer-la a través del buidatge de les enquestes.

Un altre problema va ser la difícil recerca d'informació per verificar si era certa o falsa la hipòtesi 2. La immigració africana a Catalunya és relativament recent i crec que per això m'ha costat trobar informació. Com he dit gràcies a les entrevistes he pogut resoldre aquesta hipòtesi.

Amb aquest treball he après molt. Per exemple sobre el desenvolupament d'un país, les seves conseqüències i els perquès d'aquestes; l'adaptació dels immigrants senegalesos a Catalunya, els seus problemes, causes dels problemes; l'alta desigualtat entre gèneres, etc.

Una de les coses que m'han impressionat més del treball és l'alta mortalitat materna que encara hi ha a l'Àfrica subsahariana. Sabia que n'hi havia, però no tanta. Em va sorprendre, també, el fet d'entendre els perquès dels problemes i veure la dificultat pel canvi: trobar sortides cap una millora.

Amb la comparació dels dos països es veuen clarament les diferències (uns molt i els altres de molt poc) i es fa difícil l'explicació d'un món tan desigual.

Fer aquest treball m'ha agradat i m'ha enriquit personalment.

Per acabar aquesta introducció vull aclarir que al llarg d'aquest treball utilitzo els termes senegalès/sa com a sinònims de senegambià/na, subsaharià/na i gambià/na, tot i que potser científicament no ho siguin.

També vull fer constar que durant l'estudi he comptat amb l'ajuda de dos tutors. La tutora del centre i un tutor del laboratori virtual per estudiants de batxillerat COMSOC. Per això aquest treball també es pot consultar a internet a l'espai edu365, concretament a l'adreça: <http://www.edu365.com/aulanet/comsoc/Treballs%20de%20recerca/Maternitat%20sense%20risc/index.htm>

## 2. OBJECTIUS

“Maternitat sense risc i canvi social” es planteja com a objectius verificar la certesa o la falsedat d’aquestes dues hipòtesis, d’acord amb la metodologia que explico al capítol següent:

Hipòtesi 1:

**“La maternitat sense risc és un objectiu no assolit al Senegal i totalment assolit a Catalunya.”**

Hipòtesi 2:

**“La dona té un rol o paper important en el nivell de desenvolupament sanitari d'una població.”**

### 3. METODOLOGIA

Metodològicament el treball està dividit en dues parts, una part teòrica i l'altra pràctica.

La part teòrica compara dos documents principals: 'Misión exploratoria en Senegal', fet per Kiku Auquer i Framis de MdM i Abdulaye Mballo de ADEP; i el "Pla de Salut de Catalunya 2003".

Un cop definit què entenem per *maternitat sense risc*, la comparació es fa a través del planteig d'unes variables amb les quals s'intenta arribar a diverses conclusions.

La part pràctica està formada pel treball de camp que està dividit, també, en dues parts: enquestes i entrevistes relacionades directament amb els *canvis socials*.

Les enquestes van ser fetes a 11 dones senegaleses immigrades a Catalunya. Els requisits que havien de complir per ser enquestades eren haver tingut fills al Senegal i a Catalunya.

Les enquestes han servit per escriure el capítol dedicat a l'anàlisi de dades, per verificar la hipòtesi 1 i per descriure la hipòtesi 2.

Les entrevistes es van fer a diferents especialistes: a la Rosa Serra, ginecòloga de l'Hospital Santa Caterina, a la Montserrat Garriga, llevadora d'Anglès i a una professora de secundària, Núria Terés.

Aquestes entrevistes han servit per desenvolupar la hipòtesi 2. Han estat gravades en cinta i transcrites sobre paper.

Les enquestes originals i les cintes figuren com annexos d'aquest treball.

El treball es completa amb una introducció al Senegal, les conclusions derivades de les hipòtesis i la bibliografia que s'ha fet servir per elaborar-lo.

Els annexos a més de les enquestes i les cintes recullen materials diversos sobre maternitat que he anat aplegant d'internet i de les visites a les professionals.

## 4. APROXIMACIÓ AL SENEGAL

Senegal es troba dins de la franja sud-oest dels països del Sahel, a la Costa d'Àfrica Occidental.

És un país de 9 milions d'habitants amb una taxa de creixement anual de 2,7% discretament inferior a la taxa del continent d'Àfrica (2,8%) i s'estima que amb aquest ritme la població arribarà als 15.500.000 d'habitants l'any 2020.

Dakar és la capital del Senegal, al Senegal es parlen el francès i el wòlof a nivell oficial. La moneda utilitzada és el franc C.F.A. Tant la llengua com la moneda són una herència del seu passat colonial. Senegal va pertànyer a França des del s.XVII fins que va arribar a la independència absoluta l'any 1960.

Senegal és una república i el seu president, que és també el cap del govern, s'escull per 5 anys mitjançant sufragi universal.

En el país hi ha una vintena de grups ètnics. Els wòlofs i els sereres es concentren en els territoris occidentals, on les densitats de població sobrepassen la mitjana nacional. El territori oriental està habitat pels fula. La migració dels camps a les ciutats és molt elevada si es compara amb els altres països de l'Àfrica negra.

Els cultius de secà són presents a tot el país, però el major rendiment s'obté del regadiu de la baixa Casamance i a la vall del Senegal, on es conrea arròs, sobretot. Però tot i això la producció alimentària no és suficient per un país que cada vegada consumeix més cereals i no hi ha prou menjar per satisfer tota la població.

La ramaderia segueix essent pobra tot i l'important número de caps de bestiar (3,7 milions de caps ovins, i 2,6 milions de caps bovins). Per això la pesca, practicada a tota la zona costanera i que és abundant gràcies a les aigües fredes vingudes de Canàries, aporta la majoria de les proteïnes animals.

La indústria del Senegal és bàsicament hidroelèctrica (758 milions de kWh) i per acabar el tema dels recursos direm que té jaciments de fosfats molt rics i que són la base de l'exportació (2,4 milions de tones l'any).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Font: Los países del mundo, atlas alfabético. Larouse, 1992.

Segons l'estudi "Misión Exploratoria en Senegal"<sup>2</sup> l'alta taxa Total de Fertilitat (5,6) juntament amb la taxa de dependència (90%), configura un perfil demogràfic propi d'un país de baix nivell de desenvolupament humà. Això provoca que la piràmide d'edats tingui una base ampla, amb una població jove sense treball que es veu obligada a emigrar cap a un altre país.

### Taula-1. Dades bàsiques del Senegal

Habitants	9 milions
Taxa anual de natalitat	4,2 (de l'any 1995)
Taxa anual de mortalitat	15,2 (de l'any 1995)
Taxa anual de creixement	2,7
% de dependència	90%
Esperança de vida al néixer	Homes: 51 Dones: 54
Mitjana d'anys d'educació en poblacions de > 25 anys	1,15
% de PIB gastat en sanitat pública	2,6 %

Tot seguit comento algunes dades d'aquesta taula que considero interessants:

-% de dependència: és la dependència que té el Senegal de la metròpolis, que en aquest cas és França. Té una dependència molt elevada, això vol dir que qualsevol component bàsic (peça de motor, d'ordinador, etc.) s'ha de comprar a França.

-Esperança de vida: L'esperança de vida al Senegal és molt baixa. Les dones viuen més que els homes, però només amb 3 anys de diferència. Ha passat de 44 anys el 1978 a 52,5 anys el 1998, quasi 4 punts per sobre de la mitjana de l'Àfrica Subsahariana i 2,5 punts per sobre de la mitja del continent.

-% de PIB gastat en sanitat pública: el Producte Interior Brut és la riquesa obtinguda en un país durant un any (1500 \$ USA ppa, en el cas del Senegal). Dedicar el 2,6% a la sanitat és dedicar-hi molt poc. Si el comparem amb el PIB dedicat en sanitat a Espanya, es pot veure que la diferència és considerable: 2,6 / 5,5.

<sup>2</sup> Es tracta d'un estudi de camp fet al departament de Velingara el gener del 2001 per Kiku Auqué de MdM i Abdulaye Mballo de ADESC (Associació per al Desenvolupament Econòmic Sanitari i Cultural de Saré Coly Sallé).

L'IDH<sup>3</sup> del Senegal és semblant a la mitjana de la regió subsahariana, que en general és molt baixa. A la nota 3 expliquem en què consisteix l'IDH i a la taula 2 presentem un resum de les dades més rellevants de l'informe del PNUD (Pla de les Nacions Unides per al Desenvolupament) 2003.<sup>4</sup>

## **Taula-2. IDH Senegal**

Esperança de vida al néixer (anys) 2001	51,8
Taxa d'alfabetització d'adults (% de 15 anys d'edat i més grans) 2001	65,4
Taxa bruta combinada de matriculació primària, secundària i terciària (%) 2000-01	45
PIB per càpita (PPA en USD) 2001	850
Índex d'esperança de vida	0,45
Índex d'educació	0,59
Índex del PIB	0,36
Valor del índex de desenvolupament humà (IDH) 2001	0,463
Classificació segons el PIB per càpita (PPA en USD) menys la classificació segons el IDH	13
Classificació segons l'informe del PNUD 2003 entre 175 països	156
Classificació segons el tipus de desenvolupament (alt / mitjà / baix, PNUD 2003)	baix

En el Senegal el 70% de la població viu d'una economia de subsistència amb base agrícola i ramadera amb pocs intercanvis econòmics i en una fase negativa com a conseqüència del canvi climàtic, la falta de pluges i la desertització. El sector agrari ha tingut una crisi marcada per la sequedat i la població està sofrint pobresa estacional com a conseqüència d'una economia fortament endeutada ja que ha de comprar productes a l'estranger que no pot pagar.

Des d'un punt de vista mèdic la taxa de Mortalitat materno-infantil reflecteix amb una gran exactitud el nivell de salut de la població i el desenvolupament. També demostra la relació entre la desnutrició i la mortalitat materno-infantil.

<sup>3</sup>L'IDH és un promig simple de l'indicador EMVN, l'índex del nivell educacional i el nivell de vida mesurat pel PIB real per càpita. Aquest índex reflecteix els avenços en les capacitats humanes representats en tres dimensions: l'esperança de vida, el guany educacional i els ingressos.

<sup>4</sup> Vegeu l'informe a: <http://www.undp.org/hdr2003/espanol/index.html>

Les persones desnodrides tenen febles les defenses immunitàries i són molt més vulnerables a patir malalties endèmico-epidèmiques i les seves complicacions.

# 5. HIPÒTESI 1

**La maternitat sense risc és un objectiu no assolit al Senegal i totalment assolit a Catalunya**

## **-Què és maternitat sense risc (MSR)?**

Entenem per maternitat sense risc el fet de portar l'embaràs, el part i el postpart sense perill de mort tant per a la mare com per al nadó. La mortalitat materno-infantil és un indicador de la salut de la població i reflecteix la qualitat i l'accessibilitat al sistema de salut de les mares i els nadons. La maternitat sense risc és fer possible un embaràs, un naixement i un desenvolupament òptims, i això s'obté amb una atenció sanitària eficient, tal com hem descrit a l'annex I.

Per verificar si la hipòtesi 1 és certa o falsa, he utilitzat bàsicament dues fonts d'informació diferents, de les quals he tret les dades de les variables. Aquestes fonts són: "Misión exploratoria en Senegal"(2001) citat anteriorment a l'*Aproximació al Senegal* (nota 2) i "Pla de Salut a Catalunya dels darrers anys"<sup>5</sup> (2003). Aquests dos estudis pretenen objectius semblants: millorar la salut de mares i fills en una zona determinada. En canvi han estat preparats per equips diferents i de manera diferent. El fet que els països siguin tan diferents (subdesenvolupat/desenvolupat) fa que algunes dades no sempre coincideixin i per això en algunes variables ha estat difícil trobar-hi dades de la mateixa categoria i ha calgut buscar en altres fonts d'informació.

## **-Variables que identifiquen la MSR en aquest treball:**

Per determinar si s'ha assolit o no la maternitat sense risc utilitzaré diverses variables. Les variables són elements mesurables canviants que descriuen diferents fenòmens. Es determinen mitjançant dades estadístiques. A partir de diferents valors i taules es pot relacionar, comparar i demostrar si una hipòtesi és certa o falsa.

---

<sup>5</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Per verificar la hipòtesi treballaré amb 11 variables que divideixo en tres apartats diferents:

Referides a les mares:

1.Índex Fertilitat(IF); 2.Mortalitat Maternal (MOMA); 3.Ús anticonceptius.

Referides als infants:

4.Esperança de vida al néixer; 5.Índex Mortalitat Infantil(IMI); 6.Taxa de nens amb pes inferior al normal; 7.Nens d'un any totalment immunitzats (contra la tuberculosi i el xarampió).

Referides a les infraestructures:

8.Taxa de PIB invertida en sanitat pública i privada; 9.Metges per 100.000 habitants; 10.Parts assistits per personal sanitari especialitzat; 11.Població amb accés sostenible a medicaments essencials assequibles.

### **-Descripció variables:**

1.Índex Fertilitat(IF): mitjana de fills per dona.

2.Mortalitat Maternal(MOMA): mitjana de dones mortes durant la maternitat (gestació, part, postpart).

3.Ús anticonceptius: tant per cent de persones en edat reproductiva que utilitzen anticonceptius.

4.Esperança de vida al néixer: mitjana d'edat a què arriben homes i dones segons al país on viuen (hi ha diversos factors que afavoreixen que la gent visqui molt o poc: cobertura hospitalària, alimentació, etc.).

5.Índex Mortalitat Infantil (IMI): nombre de nens morts en edat infantil (nens menor d'un any).

6.Taxa de nens amb pes inferior al normal: Nombre de nens amb pes baix al néixer (per any).

7.Nens d'un any totalment immunitzats (contra la tuberculosi i el xarampió): nombre de nens vacunats (contra la tuberculosi i el xarampió amb un any d'edat.

8.Taxa de PIB invertida en sanitat pública i privada: tant per cent de PIB (Producte Interior Brut = ingressos que té un país en un any) invertit en sanitat.

9. Metges per 100.000 habitants: nombre de metges que toquen per cada 100.000 habitants.

10.Parts assistits: nombre de parts assistits per un professional (metge, metgessa, llevadora,...)

11.Població amb accés sostenible a medicaments essencials assequibles: tant per cent de persones que tenen un accés fàcil als medicaments.

**-MSR: causes i conseqüències. Comentari de les variables del Senegal i de Catalunya:**

### ***Variable-1. Índex Fertilitat***

**Al Senegal:** L'Índex de Fertilitat al Senegal és molt elevat, 5 fills per dona. Hi ha diferents factors que fan que això sigui així, un d'ells és la pobresa.

Pels senegalesos tenir famílies nombroses pot ser fins i tot una opció lògica, malgrat els riscos extrems que el part suposa per a les dones com he comentat anteriorment. En comunitats on s'enfronten a la manca de treballadors, sous baixos,... molts nens són una benedicció, ja que les petites contribucions a l'economia familiar són indispensables. Per altra banda, quan més d'un 20% dels nens menors de cinc anys moren i la SIDA s'endu cada vegada més vides en el món subdesenvolupat, una família petita pot ser, simplement, un risc inacceptable.

Un altre factor important que explica l'alta fertilitat és el factor cultural.

Culturalment tenir pocs fills és vist com una manca de felicitat. Una dona amb pocs fills o sense fills se sent menys dona. Si una dona no pot tenir fills, per exemple una dona a qui hagin practicat un lligament de trompes per haver estat sotmesa a més de tres cesàries, corre el risc que el seu marit la

repudiï i es casi amb una altra més fèril. Són tabús socials i culturals molt arrelats.

Per reduir la pobresa, un dels factors claus de l'alta fertilitat, cal actuar des de premisses de salut reproductiva, educació i eliminació de la discriminació per motius de gènere.

**A Catalunya:** L'Índex de Fertilitat és de 1,2 fills per dona.

Això fa que la natalitat sigui baixa i afecta la demografia, un problema que va lligat directament amb l'estàndard de vida occidental.

Les dones occidentals porten una vida laboral intensa, on molt sovint els contractes i les relacions laborals no respecten el seu dret a gaudir d'una gestació i un postpart adequats al nadó i a la dona mateixa.

L'estrès que pateix la dona entre el treball laboral i les feines domèstiques, també fa que hi hagi un increment de dones estèrils i l'augment de naixements prematurs.

Si hi afegim la dificultat econòmica que representa mantenir un infant trobem el perquè d'una fertilitat tan reduïda.

El catedràtic de Polítiques Públiques de la UPF Vicenç Navarro, afirma en un article publicat al diari El País que:

“Espanya continua avui essent el país amb la despesa pública social més baixa de la UE després d'Irlanda, realitat que es repeteix en tots els sectors socials. La despesa pública en sanitat és la més baixa (després de Grècia i Portugal), l'Estat espanyol és el que té menor sensibilitat cap a les famílies de la UE.

Aquesta gran insuficiència dels serveis d'ajuda a les famílies (que afecten negativament sobretot a les dones) explica la baixa fertilitat d'Espanya, la més baixa de la UE i la baixa integració de la dona al mercat de treball (també de les més baixes de la UE). Per canviar aquesta situació es necessita el desenvolupament d'aquells serveis d'ajuda a les famílies, a més de millorar el mercat de treball i l'habitatge, canviant a la mateixa vegada la mentalitat masculina fent-la més compatible en les responsabilitats familiars, passos que es van fent en comptagotes.”<sup>6</sup>

Aquesta opinió reforça el meu comentari de la variable 8.

---

<sup>6</sup> La desconvergència social en Europa, Vicenç Navarro, EL PAÍS, 16-09-2003.

## **Variable 2.- Mortalitat maternal**

**Al Senegal:** El fet que hi hagi unes 560 dones mortes en 100.000 parts deixa clar que al Senegal la mitjana de la mortalitat materna és molt elevada.

Segons l'informe de la OMS-2002 més de mig milió a l'any de dones moren de forma prematura i per malalties evitables i relacionades amb la reproducció (embaràs, part o postpart), cosa que en els països més pobres afecta 1 de cada 16 embarassos.

Hi ha diferents causes que fa que això sigui així (com algunes de les 11 variables descrites anteriorment); les principals són:

- Baixa cobertura hospitalària
- Multiparitat
- Desnutrició / Malnutrició
- Parts no assistits
- Mala qualitat de l'atenció durant l'embaràs
- Baixa alfabetització de la dona.

La baixa cobertura hospitalària en el Senegal és deguda al baix pressupost invertit en sanitat. Destinen només un 2,6% del PIB a la sanitat pública i un 2% a la privada.

Molts d'aquests hospitals no disposen dels mitjans necessaris per realitzar correctament la seva funció, no cobreixen totes les especialitats mèdiques, necessiten rehabilitació i els seus recursos són molt escassos. El sector privat juga un paper important en la cobertura sanitària de la població, ja que el nombre d'hospitals és important. Això no beneficia a la població senegalesa ja que el 70% viu d'una economia de subsistència i no pot pagar els serveis privats.

En definitiva hi ha un mal funcionament del primer nivell d'atenció sanitària i això fomenta que la majoria de parts no siguin assistits, que les dones tinguin una mala atenció durant l'embaràs i que hi hagi multiparitat.

Una bona nutrició és una condició clau per una dona embarassada i al Senegal no es compleix. Els factors que fomenten la malnutrició són:

- Monotonia alimentària
- Dificultat per les evacuacions de les aigües residuals.

- Falta d'aigua potable.
- Dèbil educació per la producció d'aliments diversificats.
- Dieta hipocalòrica i amb baix valor biològic.

Tots aquests factors juntament amb els tabús alimentaris afecten primordialment a les dones en edat fèrtil i als nens petits durant les fases més importants del cicle vital: gestació, lactància i primera infància.

La distribució dels aliments no és equitativa i normalment les racions més grans són per als homes i els fills mascles grans. Tot això, juntament amb les malalties infeccioses i els embarassos seguits, esgota a la dona fins a la mort.

Un % molt gran de dones pateixen anèmia relacionada amb la malnutrició.

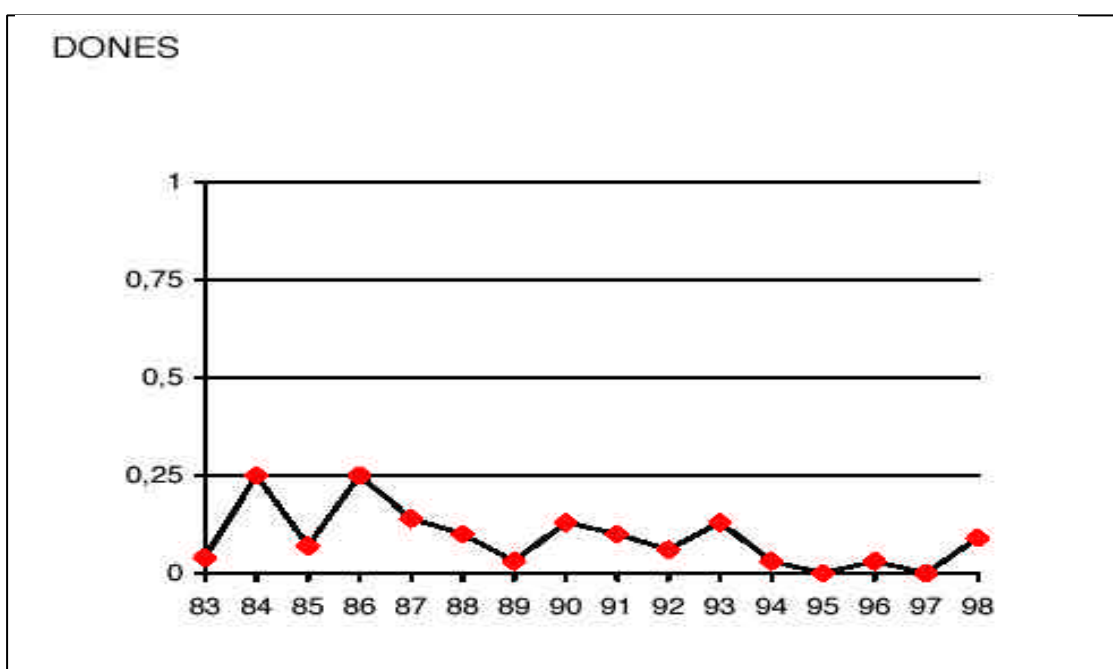
**A Catalunya:** La situació d'aquesta variable a Catalunya és molt diferent. Ja en el Pla de Salut de Catalunya 97-99, diu textualment "... la mortalitat materna es manté en molts pocs casos anuals." Més endavant en els *Objectius generals de salut i de disminució de risc* llegim que "d'aquí a l'any 2000 cal mantenir la mortalitat materna...per sota de 10 per cada 100.000 nascuts vius.

Per confirmar aquest objectiu he consultat el document "Evolució de la mortalitat a Catalunya 1983-1998"<sup>7</sup> i al capítol *Evolució de la mortalitat per sexe i 65 causes de mort* hem trobat la gràfica següent que fa referència a les complicacions de l'embaràs durant els anys 83-98.

---

<sup>7</sup> Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

## Gràfica -1. Mortaldat materna, 1983-1998



Aquesta gràfica demostra clarament un descens de la mortalitat materna durant aquests anys; els anys amb més mortalitat van ser el 1984 i el 1986 amb 25 dones mortes per 100.000 naixements; el darrer any estudiat (1998) la mortalitat va ser aproximadament de 12.

Aquestes xifres les podem complementar encara amb les que dóna l'IDH de l'any 2003 (dades dels anys 1985-2001, referides a tot l'estat). En aquest cas la taxa de mortalitat materna és de 6 dones mortes per 100.000 naixements.

Els objectius de salut i de disminució de risc per l'any 2010 (darrer Pla de Salut de Catalunya) estableixen que "d'aquí a l'any 2010 cal mantenir la mortalitat materna per sota de 7 per cada 100.000 nascuts vius."

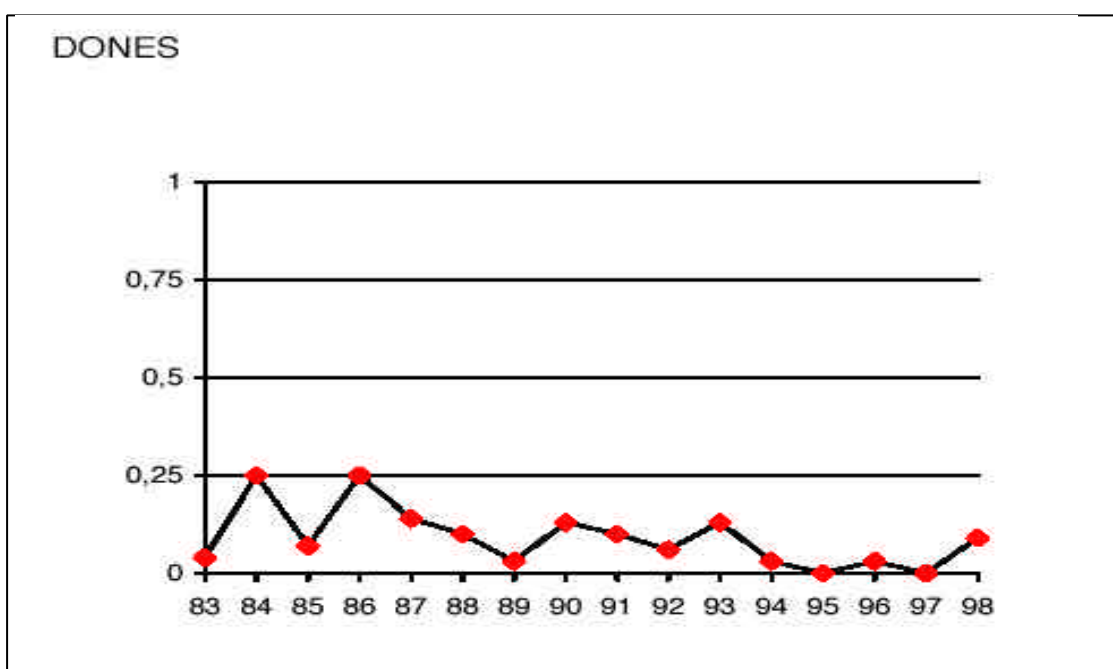
### **Variable 3.- Ús anticonceptius**

**Al Senegal:** L'ús anticonceptiu al Senegal és molt baix, només un 13% de la població en fa servir.

Una causa que justifica aquest fet és la baixa cobertura dels serveis de planificació familiar. En general l'home està millor informat sobre el tema de salut sexual que la dona (80% homes/64,2% dones)<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Segons enquestes realitzades pel Ministeri de la Salut (PEDIS i ESIS 99); citades a l'estudi Mision Exploratoria en Senegal.

## Gràfica -1. Mortaldat materna, 1983-1998



Aquesta gràfica demostra clarament un descens de la mortalitat materna durant aquests anys; els anys amb més mortalitat van ser el 1984 i el 1986 amb 25 dones mortes per 100.000 naixements; el darrer any estudiat (1998) la mortalitat va ser aproximadament de 12.

Aquestes xifres les podem complementar encara amb les que dóna l'IDH de l'any 2003 (dades dels anys 1985-2001, referides a tot l'estat). En aquest cas la taxa de mortalitat materna és de 6 dones mortes per 100.000 naixements.

Els objectius de salut i de disminució de risc per l'any 2010 (darrer Pla de Salut de Catalunya) estableixen que "d'aquí a l'any 2010 cal mantenir la mortalitat materna per sota de 7 per cada 100.000 nascuts vius."

### **Variable 3.- Ús anticonceptius**

**Al Senegal:** L'ús anticonceptiu al Senegal és molt baix, només un 13% de la població en fa servir.

Una causa que justifica aquest fet és la baixa cobertura dels serveis de planificació familiar. En general l'home està millor informat sobre el tema de salut sexual que la dona (80% homes/64,2% dones)<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Segons enquestes realitzades pel Ministeri de la Salut (PEDIS i ESIS 99); citades a l'estudi Mision Exploratoria en Senegal.

Segurament els factors culturals, econòmics, etc. impedeixen a la dona accedir a la planificació familiar.

El coneixement de la Sida al Senegal també és molt baix, de dones només el 32,8% poden citar amb precisió almenys dos signes característics de la Sida, els homes arriben a un 39,3%.

Això fa que aquesta malaltia s'estengui amb rapidesa, ja que si no es coneix un problema no es pot prevenir i per tant no es pot eradicar.

**A Catalunya:** La situació a Catalunya és molt diferent, un 81% de la població utilitza anticonceptius. Això és degut al coneixement que la gent, tant joves com adults, té sobre el tema.

Tot i així, un dels objectius generals del Pla de Salut a Catalunya és disminuir l'índex d'embarassos en dones menors de 18 anys. L'any 1997 hi havia un 4,9% d'embarassos en noies adolescents.

L'embaràs en edats molt joves es considera inadequat pel que suposa d'immaduresa física, intel·lectual i emocional de la mare. Aquests fets també fan que augmentin els avortaments en dones menors d'edat, que no sempre són usuàries de centres de Planificació familiar.

#### ***Variable-4. Esperança de vida al néixer***

**Al Senegal:** L'esperança de vida del Senegal és molt baixa. Va passar de 37,3 anys al 1960 a 49,5 al 1993; amb 50,5 anys per a les dones i 48,5 per als homes. En l'actualitat els homes viuen fins als 50,2 anys i les dones arriben fins als 54,5.

Aquesta variable és una representació clau de l'estat en què es troba un país ja que l'Índex d'Esperança de Vida al Néixer té una relació directa amb les millores d'un país i amb el seu Índex d'Esperança de Vida. Segons els informes anuals del PNUD "Una vida llarga i saludable està mesurada per l'esperança de vida al néixer". L'edat en què es moren els habitants d'un país no depèn de la persona en concret, sinó que ve determinada pel lloc on es viu (amb excepcions: mort accidental,...).

Dit d'una altra manera en un país com el Senegal, situat al continent africà, els habitants del qual no tenen els recursos alimentaris suficients, la qualitat dels serveis sanitaris és deficient igual que la seva accessibilitat, no hi ha accés als serveis bàsics com l'educació, l'aigua potable i el sanejament, la gent cobra poc i no té feina, és molt difícil viure gaires anys.

**A Catalunya:** A Catalunya és totalment diferent. L'esperança de vida al néixer és de 82,6 per les dones i 75,6 per als homes.

A Catalunya a diferència del Senegal hi ha poca natalitat i molta quantitat de gent vella, això és així ja que estem immersos en la cultura del benestar, tenim un nivell assistencial alt, amb força cultura de prevenció de malalties i cobertura sanitària per tothom.

### **Variable 5.- Mortalitat infantil:**

**Al Senegal:** La mortalitat infantil és un indicador de la salut de la població i reflecteix l'estat global de la salut materna i infantil, de la qualitat i l'accessibilitat al sistema de salut de les mares i dels nadons; la mortalitat infantil al Senegal és molt elevada, de cada 1000 nascuts vius 79 es moren. Les principals causes de mortalitat infantil són:

- Desnutrició
- Malalties diarreiques
- Paludisme
- IRA (Infeccions Respiratòries Agudes)

### **Taula-1. Mortalitat infanto-juvenil**

	Infantil (<1 any)	Juvenil (1-4 anys)	Infanto-juvenil (<5 anys)
Senegal	79‰	80,9‰	145,3‰

Els nens entre 0-4 anys són un grup molt vulnerable, víctimes d'una forta morbi-mortalitat.

A l'àmbit nacional Senegalès la mortalitat infantil és d'un 79‰, la juvenil d'un 80,9‰ i la infanto-juvenil de 145,3‰. Les diarrees, les febres i la desnutrició són els determinants més importants de la mortalitat dels nens menors de 5 anys.

## Taula-2. Relació entre l'edat i el nivell d'instrucció de la mare amb la mortalitat infanto-juvenil. (UNICEF 2000)

	Infantil (<1 any)	Juvenil (1-4 anys)	Infantojuvenil (<5 anys)
Nivell d'instrucció			
Cap	73,9% <sup>0</sup>	92,9% <sup>0</sup>	159,9% <sup>0</sup>
Primari	55,0% <sup>0</sup>	38,5% <sup>0</sup>	91,4% <sup>0</sup>
Secundari o més	59,3% <sup>0</sup>	22,2% <sup>0</sup>	80,1% <sup>0</sup>
Edat mare			
<20anys	93,5% <sup>0</sup>	91,3% <sup>0</sup>	176,3% <sup>0</sup>
20-29	65,6% <sup>0</sup>	80,4% <sup>0</sup>	140,7% <sup>0</sup>
30-39	64,0% <sup>0</sup>	75,4% <sup>0</sup>	134,5% <sup>0</sup>
40-49	71,7% <sup>0</sup>	82,0% <sup>0</sup>	145,3% <sup>0</sup>

Les taxes de mortalitat infantil més elevades es registren entre mares joves, menors de 20 anys (93,5 i 176,3 per 1000 respectivament per les taxes de mortalitat infantil i infanto-juvenil) i entre les més grans de 40 anys (71,7 i 145,3 per 1000 respectivament per les taxes de mortalitat infantil i infanto-juvenil).

A la taula 2 es demostra que hi ha una correlació entre el nivell d'instrucció i la mortalitat dels nens. Quanta més educació té la mare menys mortalitat infantil hi ha.

El 87,2% de les dones del Senegal són analfabetes i només el 25% dels alumnes de l'escola de secundària són noies.

S'ha trobat una correlació entre la baixa alfabetització de la dona, amb la diarrea, las IRA's (Infecció Respiratòria Alta), la malnutrició dels seus fills, la vacunació i el correcte tractament de la febre.

La taxa de desnutrició infantil al Senegal és de 18,4%, la malnutrició predomina a les zones rurals, per exemple Kolda és la regió amb la taxa més alta del Senegal (22,2%).

Hi ha molta més mortalitat infantil a les zones rurals que a les zones urbanes (segons les enquestes fetes per Metges del Món). És lògic ja que són zones extremadament pobres on els problemes de salubritat s'accentuen.

**Taula-3. Percentatge de nens de menys de 5 anys que han patit diarrea en un termini de dues setmanes en relació amb el nivell d'educació de les mares, l'accés a aigua potable i a un sistema de tractament de les excretes. (UNICEF 2000)**

		%
Nivell educació mares	Cap	26,5
	Primari	24,1
	Secundari o més	20,2
	No conegut	23,9
Fonts d'aigua	Aigua no Potable	28,7
	Aigua Potable	24,5
Sistemes de tract. d'excretes	Adequada	21,7
	No Adequada	28,5
<b>Total</b>		<b>26,1</b>

El tant per cent de nens menors de 5 anys que han patit diarrea (en dues setmanes) és de 18,4% al Senegal. La diarrea predomina sobretot entre els 6 i 23 mesos.

La taula 3 ens mostra una correlació negativa entre el nivell de cultura, la potabilitat de l'aigua per beure i l'accés en el tractament de les excretes contra la diarrea; és a dir a menys nivell d'educació materna, menys aigua potable i menys tractament d'excretes, més casos de diarrea.

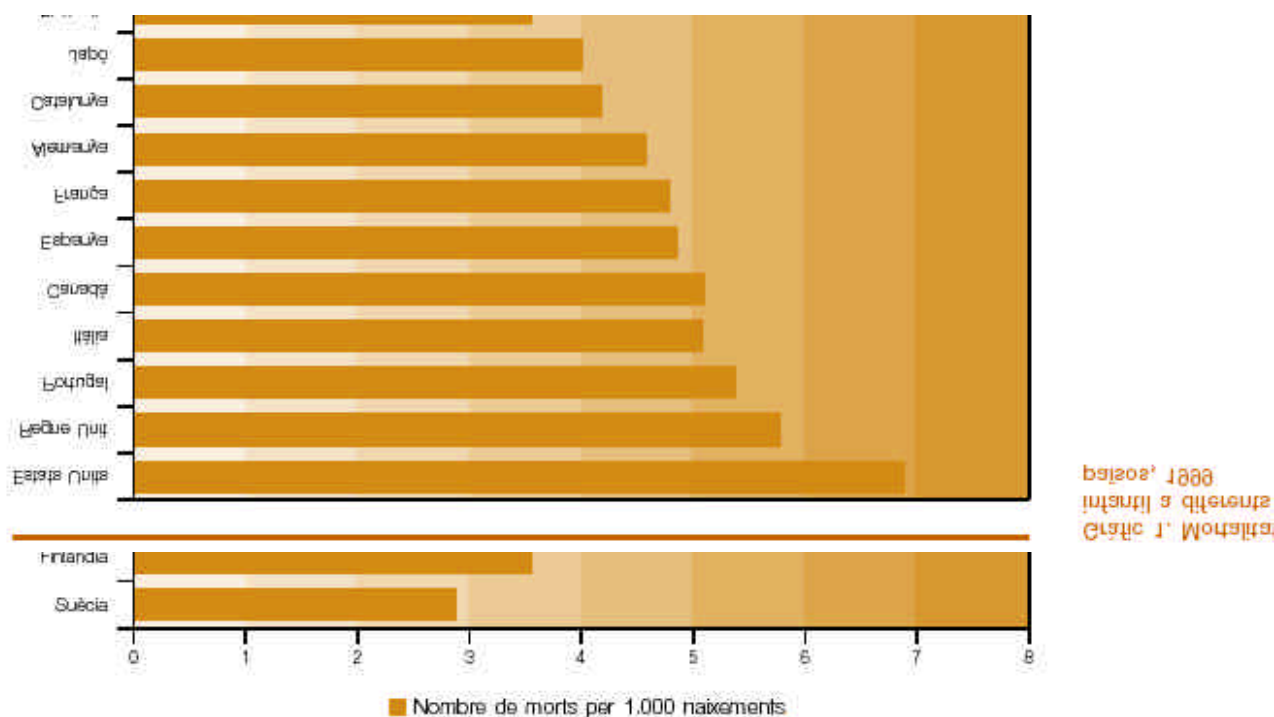
El paludisme és la malaltia més estesa i de més alt risc quan afecta dones embarassades i nens petits. El problema més greu és que el nivell de coneixement d'aquesta malaltia a nivell popular és molt baix, i per tant només un 44% dels malalts van als serveis sanitaris.

**A Catalunya:** A Catalunya la mortalitat infantil continua disminuint, seguint la tendència que s'ha produït durant tot el segle passat. A Catalunya aquesta variable és inferior a la del Senegal amb diferència, per 1.000 nascuts vius en moren 4.

La disminució de la freqüència de les dues primeres causes de mort en el primer any de vida: les afeccions originades en el període perinatal i les malalties congènites, són la principal contribució al descens de la mortalitat infantil.

Les afeccions originades en el període perinatal han passat de 4,3 a 2,3 per 1.000 i les malalties congènites de 2,9 a 1,0 per 1.000 entre 1987 i 1999. La mort sobtada del lactant, amb una freqüència de presentació molt baixa, és la tercera causa de mort.<sup>9</sup>

## Gràfica-2. Mortalitat infantil a diferents països, 1999



Font: Eurostat yearbook, 2001. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

En aquesta gràfica on es pot diferenciar la mortalitat infantil a diversos països, observem que Catalunya es situa entre els que tenen una mortalitat infantil més baixa, només superada per alguns països nòrdics (Finlàndia i Suècia) i el Japó.

A Catalunya la mitjana de nadons nascuts preterme i pretermes extrems i la mitjana de baix pes i molt baix pes en néixer estan augmentant de forma sostinguda des de l'any 1993.

L'augment del nombre de nadons prematurs es relaciona, en bona mesura, amb l'augment de les gestacions múltiples i amb l'Índex d'activitat de la dona

<sup>9</sup> Segons el Pla de Salut de Catalunya (2003), pàg. 407.

en edat fèrtil. A l'any 2000, el 53,1% (1.303) dels parts múltiples eren nadons de baix pes en néixer i el 46,3% (1.078) van ser prematurs.

L'increment dels embarassos múltiples es relaciona en part amb les pràctiques de reproducció assistida, ja que per tal d'incrementar la probabilitat d'èxit d'embaràs s'origina també un increment de la gestació múltipla (32% al 1999), cosa que comporta un augment d'aquest fenomen.

L'estrès de la dona causat per la progressiva incorporació en el món laboral sense abandonar el treball domèstic també té una relació directa amb els fenòmens que comentem.

Un defecte de la pràctica clínica a Catalunya és l'abús dels parts per cesària. La cesària és la intervenció que es porta a terme quan existeixen conflictes mecànics en el transcurs del part i en altres situacions que comprometen la salut de la mare i del nadó. Segons els experts, ha augmentat el nombre de cesàries en naixements a terme i sense complicacions, per la qual cosa moltes d'elles estarien injustificades. Algunes de les raons que justifiquen aquest fet és la seguretat jurídica, la comoditat de l'equip obstètric i el tipus de cobertura sanitària.

Si comparem les causes de mortalitat de Catalunya i del Senegal, podem veure que no hi ha coincidència, sinó al contrari són molt diferents.

Al Senegal els motius de mort són malalties que aquí ja no es planteja la hipòtesi que pugui causar la mort als infants.

A Catalunya els motius de mort són causes que al Senegal encara no s'han detectat ja que han d'eradicar primer les malalties primàries, ja superades a Catalunya, que en un país subdesenvolupat causen una mortalitat molt important.

### ***Variable-6. Taxa de nens amb pes inferior al normal***

**Al Senegal:** La taxa d'aquesta variable al Senegal és del 12%. Una bona alimentació és bàsica per gaudir d'una bona salut, també és importantíssima per un bon creixement i desenvolupament d'un infant.

Un pes inferior al normal indica una mala nutrició de la mare i del nadó que va directament relacionada amb la mortalitat infantil del Senegal.

Un dels fenòmens clau relacionat amb aquesta variable és la pobresa. La pobresa comporta una escassetat d'aliments bàsics per al desenvolupament d'un infant (per exemple: la manca de ferro o iode crea unes deficiències en el creixement i el desenvolupament del cervell) que fa que aquest tingui un pes inferior al normal.

El difícil accés a les aigües potables accentua també aquest fenomen.

**A Catalunya:** A Catalunya la taxa és d'un 6%, la meitat que al Senegal. L'alimentació és molt diferent del Senegal. Els recursos agrícoles i la riquesa en general fa que el pes dels infants sigui l'adequat. També hi ha un coneixement molt elevat dels productes bàsics per a una bona alimentació i l'obtenció d'aquests productes és fàcil, ja que a Catalunya hi ha una agricultura i una ramaderia molt desenvolupades.

**Variable-7. Nens d'un any totalment immunitzats (contra la tuberculosi i el xarampió).**

**Al Senegal:** Segons l'estudi que hem consultat, l'evolució de les vacunacions infantils (generalitzant) mostra al llarg del darrer decenni una tendència important i preocupant a la baixa, com es pot veure a la taula 4.

**Taula-4. Evolució de la cobertura vacunal dels nens**

	1990	1992	1996	2000
BCG *	94%	83,6%	83%	88,8%
VPO 3*	68%	59,3%	61%	48,8%
DTC 3*	63%	58,3%	61%	51,8%
Xarampió	76%	57,2%	51%	47,9%
Febre Grogia	75%	55,1%	45%	-----

\*BCG=Tuberculosi / VPO3=Poliomelitis / DTC3=Diftèria, Tètanus, Catarro

Es demostra una correlació entre el nivell d'instrucció del cuidador i la cobertura de vacunacions, ja que les mares analfabetes tenen unes cobertures VEC dels seus fills molt més baixes.

A les zones rurals com Kolda i el departament de Velingara tenen les taxes de cobertura més baixes i considerades per la UNICEF de catastròfiques.

Tot això és degut al mal Sistema Sanitari del Senegal que no té prou recursos econòmics i humans. El problema més greu és que la població no té accessibilitat als serveis socio-sanitaris (un problema ja comentat anteriorment).

**A Catalunya:** Algunes vacunes administrades a Catalunya no són les mateixes que al Senegal. Les malalties són molt diferents a cada país, hi ha malalties que es donen al Senegal però no a Catalunya (la majoria) i a l'inrevés: moltes malalties que es donen al Senegal aquí ja estan eradicades, i per tant no s'administra la vacuna als infants. Un exemple és la tuberculosi que a Catalunya no es posa.

El 98% (quasi el 100%) dels infants catalans porten la vacuna contra el xarampió i tenen la Cartilla de vacunació al dia.

Al Senegal hi ha moltes vacunes que no s'administren, ja que primer s'han d'eradicar les malalties que causen morts i després un cop controlades aquestes, prevenir contra les altres malalties que podrien afectar als infants.

### ***Variable-8. Taxa de PIB invertida en sanitat pública i privada***

**Al Senegal:** El PIB invertit en sanitat pública és superior al PIB invertit en sanitat privada: el primer és de 2,6% i l'altre és d'un 2%, però tots dos són molt baixos, cosa que explica la situació comentada a la variable 10: pocs recursos, pocs metges, pocs centres de salut, molta població desassistida. Aquests % representen a nivell de renda per càpita 56\$ invertits per persona i any. Aquestes xifres parlen soles.

**A Catalunya:** Les dades de PIB destinat a sanitat són d'un 5,2% per la sanitat pública i un 2,3% per la sanitat privada. Tots dos percentatges són sensiblement més alts (especialment el destinat a la sanitat pública) que al Senegal, però el que és molt diferent és el PIB de cada país.

A Catalunya ja fa uns anys que s'ha assolit un estat sanitari molt bo i per tant els diners invertits en sanitat són per millorar i mantenir infraestructures ja que els problemes primaris ja s'han resolt. Pel que fa al Senegal és completament al revés, encara no s'ha posat remei als problemes bàsics, ja que el país té pocs recursos per poder afrontar-los.

Per poder tirar endavant cal, primer, eradicar la pobresa, la fam, els problemes més bàsics, primaris que existeixen.

### ***Variable-9. Metges per 100.000 habitants***

**Al Senegal:** Per cada 100.000 habitants del Senegal hi ha 10 metges. El 1994 la relació de les diferents categories de personal sanitari per habitants era el següent: 1 metge per 13.753 habitants, una llevadora per cada 3.000 dones en edat reproductiva 15-49 anys i 1 infermer per 4.000 habitants.

Aquesta situació no ha canviat fins al present. La regió de Dakar (la capital), se situa per sobre de la mitjana nacional, en matèria de cobertura de personal sanitari per totes les categories professionals. La situació en els indrets rurals és pitjor encara, per exemple Kolda té una llevadora per 19.000 dones, un infermer per cada 7.000 i un metge per cada 86.000 habitants.

Aquesta variable representa explícitament el que entenem per pobresa i subdesenvolupament d'un país.

**A Catalunya:** Catalunya compta amb 473 metges per 100.000 habitants, una diferència considerablement gran si la comparem amb la del Senegal. Això és degut a un sistema sanitari ben planificat (Pla de Salut) i als recursos de què es disposen (el finançament i gestió dels diners, etc.).

### ***Variable-10. Parts assistits per personal sanitari especialitzat.***

**Al Senegal:** Només la meitat de la població, 51%, té un part assistit per personal sanitari especialitzat. Segons un estudi d'ESIS l'any 1999, només el 20% dels embarassos esperats en el departament eren visitats per la llevadora, els altres que van a les consultes prenatales són visitats per infermers (homes). Hi ha dades contradictòries a l'hora de comentar aquesta variable, ja que algunes fonts diuen que existeix una cobertura de consultes prenatales del 65,4% i en canvi el ministeri de sanitat reconeix que només 20 de cada 100 embarassades van a les consultes prenatales. Això és degut al fet que les dones de la majoria d'ètnies de la zona no volen ser visitades per homes i que la totalitat dels infermers són homes.

El 50% dels parts al Senegal es porten a terme en el domicili, això fa que hi hagi una assistència incorrecta i amb poques possibilitats d'evacuació de les emergències obstètriques (que ve donada pel mal estat de les carreteres, emfatitzat a les zones rurals). En conseqüència es pot esperar una alta mortalitat materna perinatal.

## Taula-5. Salut Reproductiva

Al Senegal	%
Dones que s'han beneficiat almenys de 3 consultes prenatales	69,2
Tant per cent de dones que s'han beneficiat de l'assistència en el part d'un professional sanitari	48,3
Tant per cent de dones que han parit en el domicili.	50
Tant per cent de mares que van tenir el part amb cesària.	4,8

Font: ESIS 99.

**A Catalunya:** No hi ha dades tan específiques. El 99% dels parts a Catalunya són assistits per personal sanitari especialitzat. La vida d'un infant comença abans de néixer: les revisions de la mare durant l'embaràs, una alimentació i una edat adequada, ni massa jove ni massa gran, farà que l'infant tingui moltes més possibilitats de néixer en bones condicions per afrontar la seva infantesa, ja que així es poden prevenir problemes tant per la mare com per l'infant. (Vegeu annex I)

A Catalunya hi ha una minoria de parts portats a terme en els domicilis, aquests estan també estrictament assistits per un metge especialitzat, i davant de qualsevol dificultat hi hauria una evacuació immediata.

### ***Variable-11. Població amb accés sostenible a medicaments essencials assequibles***

**Al Senegal:** El 50-79% de la població té accés a medicaments.

Un dels principals aspectes de l'atenció sanitària, és l'accés als medicaments. Per moltes persones senegaleses, la dificultat material per curar-se no és deguda a la impossibilitat de ser visitats en una consulta, sinó a la impossibilitat de comprar medicaments receptats. El preu dels medicaments va d'uns 3.000 a 13.400 CFA (1€=656 CFA). Aquest preu està fixat pel govern del país. Però com que els medicaments són escassos la població posa en marxa tota classe de recursos per comprar medicaments, sigui quin sigui el seu preu.

**A Catalunya:** A Catalunya l'accés a medicaments és del 95-100%. El preu dels medicaments és elevat sense recepta però a diferència del Senegal, els medicaments bàsics són accessibles ja que es veuen com una necessitat per la població malalta. El fet que la majoria de la població es trobi en un estat mitjà o alt de riquesa fa que la majoria de persones puguin comprar-se els medicaments, receptats o no pels metges.

### Dades de les variables al Senegal:

1.Índex Fertilitat (per dona)(IF)	5,0	(2000-2005)
2.Mortalitat Maternal(MOMA, per 100.000 nascuts vius)	560	(1985-2001)
3.Ús anticonceptius (%)	13	(1995-2001)
4.Esperança de vida al néixer (anys)	Dona: 54,5 Home: 50,2	(2001)
5.Índex Mortalitat Infantil(IMI)(per 1000 nascuts vius)	79	
6.Taxa de nens amb pes inferior al normal (%)	12	(1995-2000)
7.Nens d'un any totalment immunitzats (contra la tuberculosi i el xarampió)	Tuberculosi: 89% Xarampió: 48%	(2001)
8.Taxa de PIB invertida en sanitat pública i privada	Pública: 2,6% Privada: 2% Per càpita (PPA en USD): 56	(2000)
9.Metges per 100.000 habitants	10	(1990-2002)
10.Parts assistits per personal sanitari especialitzat (%)	51	(1995-2001)
11.Població amb accés sostenible a medicaments essencials assequibles (%)	50-79	(1999)

## Dades de les variables a Catalunya:

1.Índex Fertilitat (per dona)(IF)	1,2	(2000-2005)
2.Mortalitat Maternal(MOMA, per 100.000 nascuts vius)	6	(1985-2001)
3.Ús anticonceptius (%)	81	(1995-2001)
4.Esperança de vida al néixer (anys)	Dona: 82,6 Home: 75,6	(2001)
5.Índex Mortalitat Infantil(IMI)(per 1000 nascuts vius)	4	
6.Taxa de nens amb pes inferior al normal (%)	6	(1995-2000)
7.Nens d'un any totalment immunitzats (contra la tuberculosi i el xarampió)	Tuberculosi: _ Xarampió: 94%	(2001)
8.Taxa de PIB invertida en sanitat pública i privada	Pública: 5,4% Privada: 2,3% Per càpita (PPA en USD): 1547	(2000)
9.Metges per 100.000 habitants	436	(1990-2002)
10.Parts assistits per personal sanitari especialitzat (%)	_	(1995-2001)
11.Població amb accés sostenible a medicaments essencials assequibles (%)	95-100	(1999)



5 Quan tenies algun problema durant l'embaràs, amb qui buscaves ajuda?

amigues                      familiars                      llevadores                      metges

6 On vas tenir els nens?                      hospital:                      domicili:

7 Et va ajudar algú al tenir el part a domicili?                      sí                      no

Qui?                      amigues                      familiars                      llevadores                      metges

8 Com qualificaries l'assistència que vas rebre:

                    bona                      millorable                      dolenta                      per què?

9 Les condicions d'higiene et sembla que eren:

bones                      millorables                      dolentes

10 Quin tipus de part vas tenir?

natural                      cesària                      amb anestèsia

11 Hi va haver algun problema durant el part?                      sí                      no                      quin

12 I després del part?                      sí                      no                      quin

13 El nadó va rebre algun seguiment mèdic després del part?                      sí                      no

Tipus:                      vacunacions                      control del pes                      visites

                    pediatre                      indicacions sobre alimentació

14 Utilitzaves anticonceptius?

Sí                      no                      tipus: preservatius                      pastilles                      diafragma altres...

15 Vas rebre informació sobre els mètodes anticonceptius?

16 Qui te la va donar?

17 Com va ser l'alletament dels fills:

                    mixt                      matern                      Durada?

## **II PART A CATALUNYA**

- 1 T'ha visitat algú durant l'embaràs?      sí                      no  
Qui? \_  
\_\_\_\_\_Metge                      Llevadora/infermera      “una dona amb experiència”
- 2 T'has fet alguna prova durant l'embaràs?                      sí                      no
- 3 Quin tipus de prova? Anàlisis                      Ecografies                      Quines?
- 4 Amb quina freqüència?
- 5 Quan has tingut algun problema durant l'embaràs, amb qui has buscat ajuda?  
amigues                      familiars                      llevadores                      metges
- 6 On has tingut els nens?                      hospital:                      domicili:
- 7 Et va ajudar algú al tenir el part a domicili?                      sí                      no  
Qui? amigues                      familiars                      llevadores                      metges
- 8 Com qualificaries l'assistència que has rebut:  
bona                      millorable                      dolenta                      per què?
- 9 Les condicions d'higiene et sembla que són:  
bones                      millorables                      dolentes
- 10 Quin tipus de part has tingut?  
natural                      cesària                      amb anestèsia
- 11 Hi ha hagut algun problema durant el part?      sí                      no                      quin
- 12 I després del part?      sí                      no                      quin
- 13 El nadó ha rebut algun seguiment mèdic després del part?      sí                      no

- Tipus: vacunacions                      control del pes                      visites  
 pediatre                                      indicacions sobre alimentació  
 ...
- 14 Utilitzes anticonceptius?
- sí                                      no      tipus: preservatius                      pastilles  
 diafragma    altres...
- 15 Has rebut informació sobre els mètodes anticonceptius?
- 16 Qui te la va donar?
- 17 Com va ser l'alletament dels fills:  
       mixt                      matern                                      Durada?

### **III COMPARACIÓ**

- 1 Valora de 1 a 10 la maternitat al país d'origen:
- 2 Valora de 1 a 10 la maternitat a Catalunya:
- 3 Destacaries alguna cosa positiva de tenir fills al país d'origen?
- 4 Destacaries una cosa positiva de tenir fills aquí?
- 5 Tens algun record negatiu del part al lloc d'origen?
- 6 Tens algun record negatiu del part aquí?
- 7 I les teves filles, com t'agradaria que fos la seva maternitat?
- 8 On preferiries que nasquessin els teus néts?                      aquí                      país d'origen
- 9 A tu qui et va explicar el tema de l'educació sexual?
- Àvia                      Metge                                      Mare                      Amigues                      ...

10 Has donat algun tipus d'educació sexual a les teves filles?    sí  
no

la mateixa que em van donar a mi

he procurat que tinguin tota la informació necessària

l'han rebut de l'escola

11 Quins hàbits t'ha calgut canviar o t'ha costat més seguir d'acord amb les indicacions del metge?

12 Coneixes les malalties endèmiques del teu país d'origen?

sí

no

13 Saps mètodes per prevenir-les?

#### **IV ALTRES QÜESTIONS QUE PODEN SER INTERESSANTS** **(idees per concretar, ajustar, ampliar,... els apartats anteriors si fa falta)**

1 Com és la teva situació socio-econòmica i el teu entorn familiar?

2 Has assistit a algun curs de formació (idioma, salut, ...) des que vius al nostre país?

3 Creus que és veritat que al Senegal la gent desconfia de l'estructura sanitària i fa poc cas de les mesures preventives (mosquiteres, part a domicili, ...)

## 6.2 Anàlisi de les dades

### INTRODUCCIÓ:

El treball de camp està format per dues parts, per una banda les enquestes a dones immigrants i per l'altra entrevista a persones que tenen experiència i tracten (sanitàriament i socialment) amb elles.

L'enquesta ha estat realitzada a onze dones immigrants senegambianes, amb la condició que haguessin tingut fills al seu país d'origen i a Catalunya. L'objectiu de les enquestes era obtenir la màxima informació sobre el part, l'experiència, la cultura, la visió de l'estructura sanitària, les sensacions,... d'aquestes dones.

L'obtenció d'informació ha estat difícil degut a fenòmens diferents, el més accentuat ha estat la dificultat de les dones per entendre l'enquesta, per interpretar-la i per expressar-se; el problema de la llengua ha dificultat d'una manera important el diàleg.

L'enquesta a la Dienaba, una dona que fa 10 anys que viu a Catalunya i que per tant s'expressa i entén perfectament el català, ha reforçat d'una manera important les respostes de les altres dones, aconseguint així una comprensió més exacta del pensament d'elles.

El tracte, conversar amb aquestes dones, aporta una visió molt diferent i necessària, que fa entendre i pensar d'una manera més objectiva el perquè d'una societat i d'un país subdesenvolupat, el perquè d'una immigració massiva i contínua cap al primer món, el nostre.

La segona part del treball de camp són tres entrevistes que han ajudat a reflectir l'adaptació de la dona senegambiana a Catalunya des d'angles diferents:

Les entrevistes a la doctora Serra, ginecòloga de l'hospital Santa Caterina de Girona i a la Montserrat Garriga, llevadora d'Anglès, ens han donat informació sobre l'àmbit sanitari.

L'entrevista a la Núria Terés, professora de l'IES Celrà, que actualment dona classes a senyores immigrants als CEIPs Dalmau Carles i Montfalgars, de Santa Eugènia (Girona), forma part de la comissió UNESCO del CEIP Montfalgars "Apropar cultures" on treballen interculturalment pares, mares,

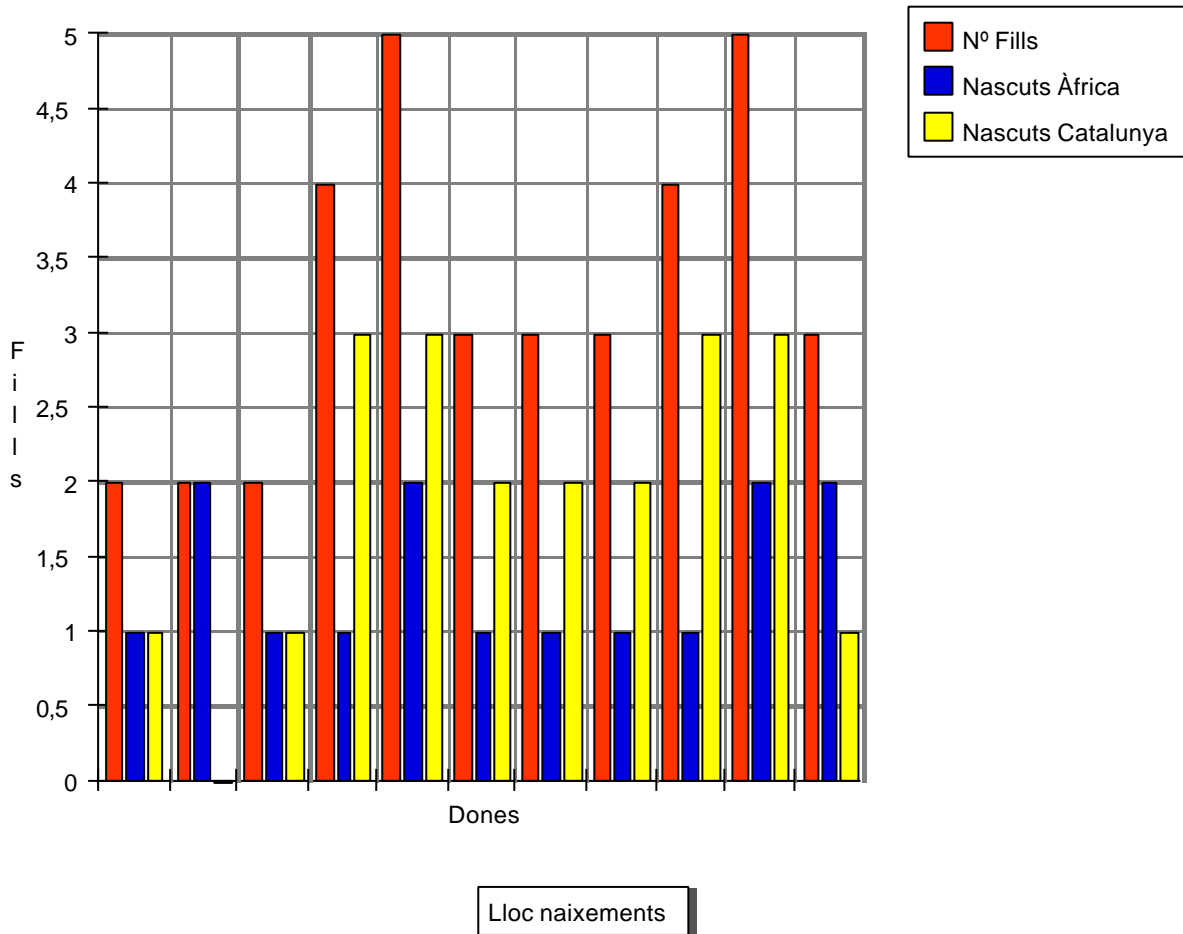
nens i professorat. També està portant a terme un estudi sobre “El procés d’ensenyament-aprenentatge i la construcció de la identitat de les noies filles de famílies immigrades”.

M’ha aportat informació més de caràcter social i cultural (la manera de ser, de fer, de pensar... de les dones senegambianes.

## ENQUESTES:

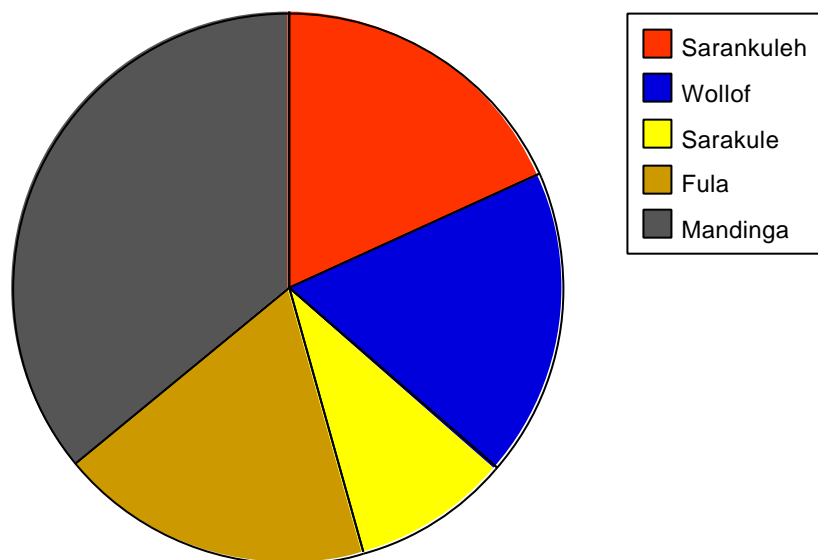
Comentaré els resultats de les enquestes seguint les cinc parts de l’estructura: dades personals, part al país d’origen, part a Catalunya, comparació i altres qüestions.

0.-Dades personals: La mitjana de fills de les 11 dones enquestades és molt elevada: 3,2 fills per dona. Aquesta dada confirma la gran diferència entre Senegal i Catalunya ja comentada anteriorment. El primer fill el tenen a l’edat de 17 anys aproximadament (la mitjana s’ha fet amb algunes edats no exactes ja que alguna dona no sabia l’any que va néixer), una edat molt primerenca des del meu punt de vista.



Aquesta gràfica mostra el nombre de fills per cada dona (vermell) i el nombre de parts portats a terme als diferents països (Àfrica blau i Catalunya groc). L'observació més important i significativa que en podem treure és que les dones enquestades han tingut més fills a Catalunya que al seu país d'origen i, per tant, són una mostra representativa per al treball de camp. Aquesta observació també podria relacionar-se amb el fet de començar a tenir fills tan joves i a haver emigrat en plena edat reproductiva a un país on la maternitat és ben atesa.

Totes les dones enquestades practiquen la religió musulmana i són d'ètnies diferents com es pot veure a la gràfica següent:



Procedència ètnica de les dones enquestades.

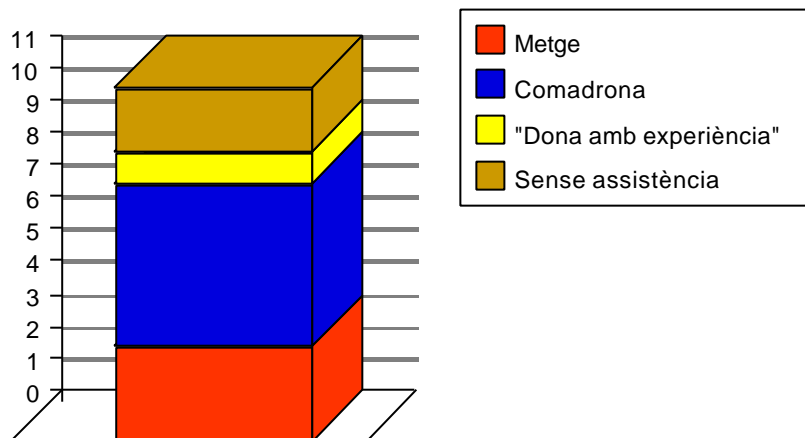
De les 11 dones 8 treballen i tres no. Les feines que practiquen són: neteja d'escoles, escorxador, neteja a domicili,... feines en general amb sous baixíssims, poc valorades i poc qualificades, que ningú no vol fer.

La mitjana d'anys que fa que aquestes dones han deixat el seu país i estan vivint a Catalunya és de 11,1 anys. Això mostra que la immigració fa molts anys que és una realitat a casa nostra (aproximadament des de 1991). No és un fenomen nou, ha estat permanent des de la segona meitat del segle vint. La diferència és que aquests últims anys és general a l'Europa occidental i

prové de països molt diversos, entre ells, els subsaharians com Senegal i Gàmbia.

I.-Part al país d'origen: Totes les dones menys dues van ser visitades durant l'embaràs. De les 9 dones visitades 3 van ser visitades per un metge, 5 per una llevadora i 1 per "una dona amb experiència".

El fet que més dones siguin visitades per llevadores que per un metge és significatiu, ja que si d'una banda un metge està més preparat científicament per atendre-les que una llevadora, la deficient situació sanitària del país (pocs metges) i la resistència a ser visitades per un home fan que una correcta assistència no sigui possible.



Assistència gestació

La meitat de les dones visitades durant l'embaràs es van fer proves. Les proves consistien en anàlisis de sang i d'orina. Només a una dona li van fer una ecografia. Aquest fet confirma les males condicions en què es troben els hospitals tecnològicament. És una diferència molt important si la comparem amb Catalunya. El fet de tenir pocs recursos sanitaris comporta l'augment de risc en el part (més probabilitat d'una maternitat amb risc).

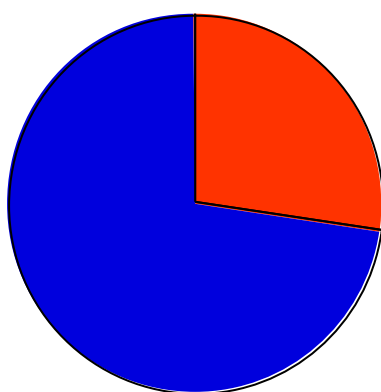
Les dones enquestades responen que no es recorden de la freqüència en què feien les visites, algunes contesten que només es van visitar una sola vegada.

Quan tenen problemes durant l'embaràs busquen ajuda majoritàriament amb la família, sinó consulten a les llevadores i com a última opció demanen ajuda al metge. Això és degut al difícil desplaçament, a la mala comunicació i a la deficient infraestructura hospitalària que ja hem comentat.

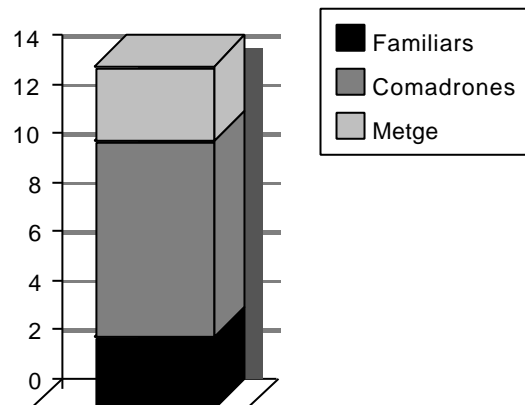
La Dienaba explica que el seu poble està a 8 Km d'un centre sanitari. Explica també que els mitjans de transport no són adequats ja que a vegades s'han de portar dones amb dificultats de part o algun altre problema amb un carro de cavalls. L'hospital més ben dotat només disposa d'una o dues ambulàncies, aquest hospital es troba a 90 Km del seu poble: això significa que si hi ha alguna urgència, quan hi arribi una ambulància, haurà passat un temps molt important durant el qual haurà augmentat el risc.

Amb dues ambulàncies és impossible cobrir totes les necessitats d'una regió rural, ja que si s'han de desplaçar 90 Km és molt probable que durant aquest temps hi hagi un altre cas d'urgència.

Només 3 dones van tenir el part a l'hospital, les 8 restants el van tenir al domicili. Aquestes són ajudades per llevadores (dones amb experiència que hi ha a cada poble, que no necessàriament han de tenir estudis o titulació) o també per les dones de la família (les mares de l'home i de la dona). Només en condicions extremes de perill portaran la dona a l'hospital més "proper". Mai no se sol desplaçar el metge cap al pacient, és el pacient en estat crític que s'ha de desplaçar cap al metge. Un altre inconvenient, una dificultat més de tenir el part a l'hospital és el fet que la família ha de pagar el material quirúrgic necessari per dur a terme el part (anestèsia, bisturí, tovalloles, gases,...).



Lloc del part



Ajuda part domicili

Les dones són conscients que els parts els tindran a casa. Aquest fet és una cosa "normal", un hàbit cultural del poble. Això es confirma a les preguntes 8 i 9 de l'enquesta en les quals se'ls pregunta com qualifiquen l'assistència que

van rebre i les condicions d'higiene. Totes responen que van ser bones. És fàcil d'entendre el poc sentit crític a l'hora de valorar el seu país. A ningú li agrada deixar malament la seva terra, la terra on hi tenen tota la seva família, on van néixer. A l'apartat 3 on se'ls pregunta on voldrien que les seves filles tinguessin les criatures, totes van respondre que preferien que nasquessin a Catalunya, això és una mostra clara que aprecien el ben estar sanitari de Catalunya i veuen important estar ben ateses.

Totes van tenir un part natural sense cap problema ni durant ni després del part tot i les condicions en què es va produir.

Majoritàriament els nadons reben seguiment mèdic després del part: control de pes i vacunacions. Dues dones expressen que aquest tema està força controlat.

Una de les preguntes més importants per al desenvolupament d'una població és la relacionada amb l'ús dels anticonceptius; cap dona ni parella n'utilitzaven, segons les enquestes.

Una de les raons és la poca informació que en tenien. La Dienaba explica que es va informar ella pel seu compte, va anar a l'hospital i li van explicar els diferents mètodes. Ara expressa que la situació ha canviat molt; hi ha diferents campanyes que van de pobles en poble fomentant-ne el seu ús.

Totes elles alleten els nadons amb llet materna, amb una duració de 2 o 3 anys. Una lactància materna suposa molts avantatges per al nounat. Les característiques de la llet materna (composició en proteïnes, greixos, sals minerals i anticossos) són les més idònies per la seva alimentació. Mitjançant la lactància materna el nounat rep una sèrie de substàncies que milloren les defenses contra les infeccions.

II.-Part a Catalunya: a Catalunya totes les dones han estat visitades durant l'embaràs per un metge o un ginecòleg. Totes s'han fet les proves necessàries segons el metge: anàlisis, ecografies. Quan se'ls pregunta amb quina freqüència es van visitar durant l'embaràs no ho saben respondre amb seguretat, responen que hi van molt sovint, visites mensuals, el que deia el metge, la cartilla..., com ja hem dit anteriorment són persones que els costa seguir pautes i horaris.

Quan tenen problemes durant l'embaràs busquen ajuda en el metge, o sinó en les amigues. En el seu país d'origen demanaven ajuda a la família. Aquest canvi és lògic, ja que la diferència és que a Catalunya no hi ha la seva família (mares, àvies, germans/es). Aquest és un dels punts més difícils per les dones immigrades. La troben a faltar molt. La Dianeba explica que el seu somni és tornar al seu país. Diu que tot ho té allà; ells tenen una relació

molt forta, molt important, amb la família. Necessiten el seu recolzament, no és com aquí a Catalunya que una família és la mare el pare i els fills; la família senegalesa consta de tot el conjunt de parents: del més proper fins al més llunyà i es recolzen en tot: s'ajuden en tots els problemes per petits que siguin.

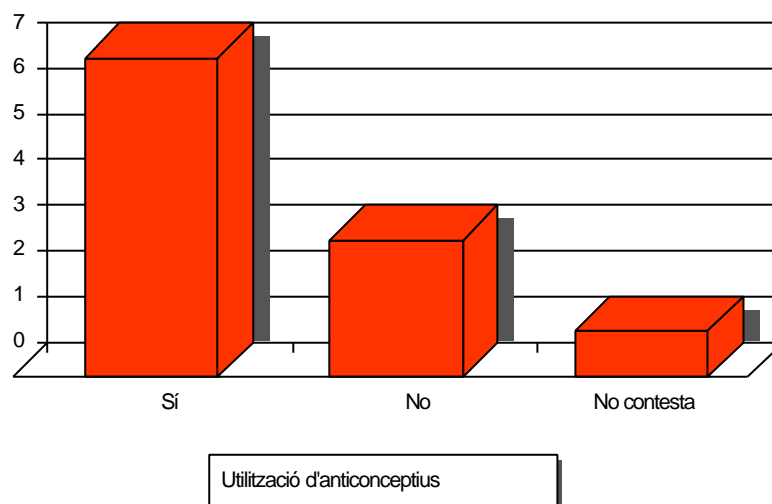
Totes elles han tingut el part a l'hospital. Qualifiquen l'assistència i la higiene de bona.

Totes menys una han tingut el part natural, la restant l'ha tingut per cesària. Cap d'elles ha tingut problemes en el part ni després del part.

Els nadons, tots, han disposat d'un seguiment mèdic amb totes les proves possibles: vacunacions, control de pes,...

Un dels canvis més accentuats que es pot observar en el buidatge de les enquestes és la diferència en la utilització d'anticonceptius.

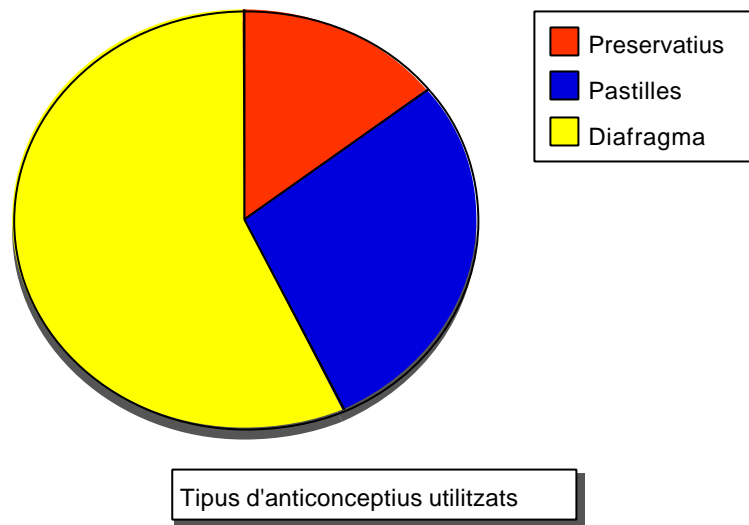
De les 11 dones entrevistades 7 utilitzen anticonceptius a Catalunya, tres responen que no n'utilitzen i una no contesta la pregunta.



L'anticonceptiu més utilitzat és el diafragma, després les pastilles i per últim el preservatiu.

El fet que els anticonceptius més utilitzats siguin el diafragma i les pastilles pot ser degut al fet de voler amagar el control als homes. Aquests majoritàriament es neguen a utilitzar preservatius sense pensar en les conseqüències (tenir més fills). És un costum de la seva cultura.

Tenir més fills és un símbol de riquesa, de felicitat, però hi ha d'haver una planificació familiar sobretot si s'està en un estat econòmic baix (comentat a la hipòtesi 1).



A Catalunya totes han rebut informació sobre els mètodes anticonceptius. Qui les ha informat majoritàriament ha estat el metge, els centres mèdic, les associacions i les escoles.

Un altre canvi és el de l'alletament dels fills. A Catalunya totes menys dues l'han fet de manera mixta, les dues restants ho han fet amb la llet materna. Això pot ser degut a les diferents possibilitats que disposen d'alimentar la criatura. La durada de l'alletament s'ha reduït entre els 11 mesos i l'any i mig.

III.-Comparació: en aquest apartat de l'enquesta la majoria de dones no responen. Això pot ser degut a la no comprensió de les preguntes o al fet de comparar el seu país amb el nostre. Pot ser que això les pugui fer sentir incòmodes ja que en molts casos arriben a conclusions on han de criticar el seu país: una situació difícil, ja que tothom s'estima la seva terra.

A la pregunta numero 1 i 2 d'aquest apartat totes les dones han respost que valoren amb un 10 la maternitat tant al seu país d'origen com al Senegal (no es mostren crítiques). Les altres dues restants han valorat amb un 5 i un 3 la maternitat al seu país d'origen, i amb un 10 a Catalunya.

A les preguntes 3 i 4 no hi ha cap resposta segurament perquè els costa molt entendre la idea de la pregunta i no saben contestar-la.

La pregunta 5 on se'ls pregunta per records negatius del part al seu país d'origen, totes responen que no, que tot va anar bé. Tres dones amplien la pregunta dient que els records són bons perquè van tenir un part correcte, sense perill ni problemes, malgrat que en el seu país hi ha dones que moren en el part.

A la pregunta sobre si recorden alguna cosa negativa del part a Catalunya totes responen que no.

Cap sap respondre la pregunta 7: com els agradaria que fos la maternitat de les seves filles.

A la qüestió 8 totes opinen que preferirien que les seves filles tinguessin els fills a Catalunya. Aquesta idea és molt significativa ja que mostra indirectament l'opinió que anteriorment no havien expressat a les preguntes 1 i 2, on semblava que els fos indiferent el lloc de tenir la criatura. Amb aquesta resposta estan expressant que valoren més positivament tenir la criatura a Catalunya, per seguretat, higiene,...

Qui els explica, qui els dona informació sobre educació sexual és l'àvia en tots els casos, menys en una de les dones que contesta que ella va rebre aquesta educació a l'escola.

Quan se'ls pregunta si han donat educació sexual a les seves filles totes responen que sí, menys tres que diuen que no ja que els fills són petits, però que ho faran.

Quatre responen la desena pregunta dient que donarien a les filles la mateixa informació que els havien donat a elles. Tres expressen que els donarien tota la informació necessària, i quatre expressen que les filles han rebut la informació a l'escola.

La pregunta número onze només la responen dues dones. Una explica que l'hàbit que li ha costat més canviar segons les indicacions del metge és el seguiment de la dieta alimentària (verdura,...). L'altra, diu el que li ha costat més canviar és l'adaptació als horaris, anar al dia, no arribar tard. També diu que és a causa de la diferència entre països. Al Senegal els horaris són molt diferents.

Les dues últimes preguntes tracten sobre les malalties endèmiques. La majoria les coneixen, però poques saben mètodes per prevenir-les.

#### IV.-Altres qüestions que poden ser interessants:

La situació socio-econòmica d'aquestes dones és generalment baixa. Fan feines poc qualificades: netejar (la majoria), escorxadors,... Majoritàriament el marit està treballant i elles es queden a casa.

Totes han assistit a algun curs de formació des que viuen al nostre país. Majoritàriament han assistit a l'escola d'adults, o han fet cursos de salut i idiomes. Això significa que elles intenten integrar-se al país, conèixer la llengua, i això és molt important.

L'última pregunta de l'enquesta que diu si és veritat que al Senegal la gent desconfia de l'estructura sanitària i fa poc cas de les mesures preventives, no l'han sabut respondre. Només la Dienaba que té més formació i experiència amb la llengua del país, diu que anteriorment la gent desconfiava, però que ara està més conscienciada i veu que si fa cas de les prevencions en surt beneficiada. Per exemple, diu, que a les èpoques de pluja posen mosquiteres ja que han vist que així hi ha menys malalties.

## 6.3 Entrevistes

### **ENTREVISTA A LA DOCTORA ROSA SERRA (GINECÒLOGA DE L'HOSPITAL STA. CATERINA DE GIRONA). 4-8-03**

#### **Les pacients senegambianes, tenen papers?**

Quan les visitem no sabem l'edat perquè elles no saben ni quin dia, ni quin mes han nascut i moltes s'han passat molts anys per tenir papers. Hem tingut un cas de jutjat de guàrdia ja que, com que són de color negre i no les distingeixes, una va fer-se passar per una altra a l'hora de venir a parir. I això devia ser perquè la partera no tenia papers.

#### **Com valoren la maternitat?**

Per aquesta comunitat la dona és sobretot reproductiva. Aquí quan s'han de practicar més de tres cesàries s'aconsella un lligament de trompes per no tenir més fills. Moltes gambianes i senegaleses s'hi neguen per por que el marit les enviï al seu país. Ho hem de fer entendre a l'home i a la dona. El valor de la dona negra és reproductiu.

#### **Fan servir anticonceptius?**

Elles em solen demanar mètodes anticonceptius. Si fem servir un mètode que duri tres anys, per exemple, elles al cap d'un any, any i mig, se'l volen treure per quedar embarassades de nou.

#### **A quina edat tenen el primer fill?**

Són joves, això segur. Però no podem precisar perquè -com hem dit al començament- les edats no són clares.

#### **Anatòmicament hi ha alguna diferència física entre les pacients d'aquí i les africanes?**

Les pelvis són diferents. Veiem dones que els tallen el clítoris. L'ablació del clítoris les fa diferents anatòmicament ja que no tenen els llavis vaginals.

#### **Es fan les proves d'embaràs amb regularitat?**

Sí, normalment sense cap problema. Si t'entenen, les fan. Em trobo més problemes amb dones d'ètnia gitana que no pas amb les africanes. A vegades no tornen a visitar-se perquè no t'han entès.

## **Segueixen les normes higièniques?**

Veus de tot, la raça negra no és una raça especialment bruta, no veig diferències entre l'ètnia gitana i portuguesa de la negra en aquest aspecte. Les musulmanes segueixen el ramadà i no mengen tot i estar embarassades.

## **Les famílies estan obertes a adaptar-se o ja tenen la seva manera de fer,...**

És molt difícil de valorar-ho, hi ha algunes famílies que sí, per exemple n'hi ha que després de tenir uns quants fills (2,3,4) vénen i diuen que no en volen tenir més. Però després ve el marit que no hi està d'acord. En aquests casos intento explicar-li que tenir tants fills no és una font de riquesa, al contrari, és una despesa de diners considerable. Ells el que saben és que els fills mantindran els pares quan siguin grans, són una garantia de futur.

## **Hi ha preferència en el sexe del nadó, que sigui nen o nena?**

Normalment prefereixen nens, però això també passa amb els blancs els homes prefereixen nens abans que nenes.

## **Has tingut algun cas en què s'hagi volgut donar el nen en adopció?**

No, mai. Ells pensen que d'on en mengen 4 en mengen 5.

## **I interrupcions voluntàries de l'embaràs?**

Aquí no ho tractem, però no, no crec que s'ho plantegin, si queden embarassades es queden embarassades i ben vingut.

## **I si hi ha alguna malformació?**

Normalment si el diagnòstic és de malformació sí que fan un avortament, però no es pot generalitzar, no hi ha tantes dones negres que tinguin una malformació que puguis dir el 70 % han dit que sí i el 30 % han dit que no, perquè pot ser que en 4 anys en tinguis una.

## **Tenen ben assolida la lactància?**

Ho tenen claríssim, no veuràs una dona negra que doni llet menys de 6 mesos. Normalment en donen durant un any, un any i mig, dos. Menys de sis mesos mai. Les marroquines no fan la lactància tan llarga com les negres.

## **Els parts a casa es donen?**

Aquí normalment vénen sempre a l'hospital. La gent que vol parir a casa sol ser gent blanca amb una ideologia, amb un fer naturalista i ecologista. Cada cop n'hi ha més.

Jo quan faig l'història i em diuen que han tingut un nadó anterior en el seu país sigui al Senegal, sigui a Gàmbia,... sí que els pregunto si han tingut el nen a domicili o a l'hospital, n'hi ha que els han tingut a casa i per tant de pesos i altres dades bàsiques no en saben cap.

## **Malalties que puguin afectar a l'embaràs, com la malària, anèmies falciformes, ...?**

No tenim embarassades amb malalties tipus malària. Més aviat són casos d'anèmia que quan han arribat aquí ja han estat diagnosticats i tractats. Cal tenir-ho en compte durant l'embaràs com ara amb l'anèmia hemolítica que és molt característica en les africanes i que, sovint, en el moment del part, necessita transfusió.

## **La SIDA?**

Jo demano la prova de la SIDA a tothom, ja que crec que les mares tenen el dret a saber-ho i s'ha de beneficiar el nadó, ja que els anticossos de la SIDA es poden transmetre al fill. De totes no són pas les negres les que tenen més possibilitat, sinó les dones que han tingut contacte amb les drogues.

## **Les dones negres solen venir acompanyades?**

N'hi ha que sí i n'hi ha que no. Jo no entenc com les poden deixar anar soles sense que entenguin res de res. N'hi ha que vénen acompanyades pel seu marit que tampoc no entén res de res, però almenys li dóna suport. També hi va haver una temporada en què les dones venien amb una voluntària que les acompanyava a fer-se les proves. Tradueïa, explicava,... això va bé.

## **T'has trobat amb algun cas curiós, a nivell cultural?**

Sí, hi ha moltes negres que quan estan embarassades porten una cinta a la panxa, és com una espècie de cordonet amb algunes pedres. També hi ha moltes dones que tenen tres talls petits a les galtes que amb el sol es tornen més negres, això els ho fan de petites perquè les considerin més boniques.

## **Tenen una edat màxima per tenir criatures o en tenen fins que la naturalesa diu prou?**

No en veig de tan grans. No sé si se'n tornen cap el seu país, dones negres en veiem per sota la trentena..

## **És possible una maternitat sense risc? S'ha assolit a Catalunya?**

Risc n'hi ha a pertot, des del moment que ets viu tens el risc de tenir un problema. Si una dona està bé de salut, amb uns hàbits sans i el nen està bé, la maternitat no és que sigui un risc molt i molt gros. Ara, un risc zero no hi és mai en res. Mortalitat de mare en el part n'hi ha molt poca. En els nadons hi ha més probabilitat de risc.

## **Feu servir algun protocol especial per a l'ètnia negra?**

No, a totes les pacients les tracto igual, totes es fan les mateixes proves.

## **ENTREVISTA A MONTSERRAT GARRIGA (LLEVADORA DEL CAP D'ANGLÈS). 16-07-03**

### **Comencem parlant del problema en l'embaràs i el part de les mares joves?**

El problema que tenim aquí és que l'embarassada ens arriba jove (18 o 20 anys), amb poc suport de la família i sense conèixer l'idioma. En un embaràs és normal de no trobar-se bé ni físicament, ni anímicament i elles no ho poden explicar a altres dones més grans com feien habitualment al seu país. Si no coneixen l'idioma no saben com dir les coses i no ens podem comunicar bé.

Nosaltres els recomanem que vagin a aprendre català. Quan una noia concreta entra en un grup i coneix altres noies, és quan es va integrant aquí. La primera maternitat és la més difícil; la segona ja és més fàcil: té experiència i sap el que li farem. Quan coneixen l'idioma t'agafen molta confiança i hi ha bona relació; solen tenir tres, quatre o cinc fills.

### **Quins mètodes anticonceptius utilitzen?**

De mètodes contraceptius en fan servir, ho tenen clar. Solen prendre pastilles. Els hem hagut d'ensenyar que se'n poden prendre i continuar alletant els fills.

Els homes ho saben.

A vegades alguna abandona el mètode i l'hi hem de tornar a explicar.

També hem vist que els agrada el DIU perquè no es veu i els és còmode.

## **Es donen casos d'embarassos no desitjats? I avortaments voluntaris?**

Jo crec que no hi ha embarassos no desitjats.

No hi ha avortaments voluntaris. Sí que n'hi ha d'espontanis i s'ho agafen molt malament. De seguida volen tornar a quedar embarassades.

## **Segueixen les vacunacions del nadó estrictament?**

El tema de la vacunació és molt estricte. Segueixen el programa de pediatria sense problemes.

## **Tenen algun problema les dones quan el metge és un home?**

Les dones volen que el metge sigui una dona. A nivell de ginecologia voldrien que fos una dona. Ara bé, només hem trobat el cas d'una dona que no va voler ser atesa perquè l'havia de visitar un home.

En el moment del part atén el que hi ha de guàrdia.

## **És possible una maternitat sense risc? S'ha assolit a Catalunya?**

No hi ha res que no tingui o comporti risc. Posem que la maternitat a Catalunya té un risc baix perquè sempre hi ha possibilitats de risc.

## **Hi ha algun problema quan s'han de portar a terme cesàries?**

Les dones immigrants tenen un número més elevat de cesàries. La cesària ens porta molts problemes en el cas de dones que hagin tingut cinc fills, per exemple, al seu país, a casa, amb antecedents de mortalitat. Quan han de parir aquí en aquests casos sol ser aconsellable aplicar cesàries que sempre són problemàtiques perquè no les accepten.

Si és el primer fill ja ho veuen com a més normal.

## **La dona té un paper important en el desenvolupament sanitari d'una població?**

El paper de la dona és cabdal en el desenvolupament sanitari d'una família, del grup social, etc.

## **Participen en els grups d'educació prepart?**

Si saben l'idioma els aconsellem que formin part d'un grup d'educació maternal i també de post-part. Quan no ens entén no pot entrar.

En el grup els ensenyem a respirar, els hem d'explicar que tindran contraccions. A vegades vénen amb nenes jovenetes que fan de traductores

però que no coneixen el tema i no se saben explicar. Va millor que vinguin amb algú que sàpiga de què va.

### **Has notat alguna diferència en la constitució física?**

No hi ha diferències, només en la manera de menjar, els hàbits que porten, etc.

### **Segueixen les normes bàsiques d'higiene?**

El nivell d'higiene el porten bé. La seva pell fa olor però van netes. Els hàbits alimentaris són diferents però els fem recomanacions perquè incorporin nous menjars.

### **Com porten la cura del nadó?**

Pel que fa al nadó se'n preocupen: si hi ha còlics, si tenen prou llet, etc. A nivell higiènic no hi ha problemes. Quan les visites a casa ets molt ben rebuda. La mare està pendent del fill i no fa les altres feines de casa.

### **Hi ha alguna dona que hagi volgut tenir el part en el domicili?**

No hi ha parts a domicili. A la primera visita ja els ho dic. Com que totes les proves les fan a l'hospital és allà on hauran d'anar a parir.

### **Com us enteneu?**

Tota la informació que reben és oral. Només els donem fulletons quan entenen l'idioma. Sinó, no.

### **Has organitzat algun grup de preparació maternal amb dones immigrants?**

Atenc l'àrea de Bonmatí, Sant Julià del Llor, Anglès, Amer, la Cellera. Hi vam muntar un grup d'informació maternal per dones immigrants que va anar molt bé.

## **ENTREVISTA A NÚRIA TERÉS, PROFESSORA DE SECUNDÀRIA QUE ACTUALMENT TREBALLA EN UNA LLICÈNCIA D'ESTUDIS SOBRE EL TEMA: EL PROCÉS D'ENSENYAMENT-APRENENTATGE I LA CONSTRUCCIÓ DE LA IDENTITAT DE LES NOIES FILLES DE FAMÍLIES IMMIGRADES.**

### **1.Experiència tracte dones immigrades: hàbits, costums creences...**

Les dones senegambianes que CONEC pertanyen a tres ètnies: sarakule, wolof i mandinga. Aquesta darrera és una ètnia més oberta, permissiva, etc. Totes les que conec són dones pobres, que tenen força fills (tres com a mínim) i que treballen (la majoria en temes de neteja i ara en sé d'algunes que han estat collint pomes). Es poden refiar molt poc dels marits i han d'assumir totes les tasques d'educació dels fills i filles, la casa, la salut i darrerament les qüestions laborals (alguns homes marxen cap a l'Àfrica i les abandonen aquí!!).

Són de religió musulmana en versió "pobre" és a dir, mantenen unes creences que oprimeixen les dones, fent-les creure que han d'obeir el marit en tot i suportant el fet que elles no són gaire res. Per altra part són dones molt fortes, capaces de suportar la pressió del marit, de la comunitat (té molt i molt de pes) i de les dificultats que la societat els va presentant.

Viuen en cases molt pobres, algunes amb humitat, sense portes (de fet hi posen unes robes de colors que hi queden força bé), amb poquíssims mobles, però que intenten tenir netes. Les filles s'encarreguen de diferents tasques de la casa, en canvi els nens i els nois no fan res de res.

Són dones que també es preocupen per l'educació dels seus fills i filles i intenten aprofitar el temps que poden tenir lliure per aprendre (algunes s'interessen pel català, per la cuina, ...).

Tenen algunes creences arrelades per la seva ignorància (moltes són analfabetes), el fet de viure lluny del seu país (fa que accentuin algunes tradicions que potser en el seu país d'origen ja ni es fa), ... Algunes creences estan relacionades amb la natura (herbes per curar), desconfien d'alguns dels mètodes de la nostra medecina, ...

He conegut algunes "supersticions" relacionades amb la sexualitat. Els agrada vestir "guapes" algunes nits i tenen una mena de "camises de dormir" (robes tipus "pareo" de sedes i puntes") precioses i a sota, al voltant de la cadera es posen uns collarets de boles grosses que "fan soroll" quan els toca el marit. Amb això el marit sap que la dona "desitja" mantenir relacions sexuals. La sorpresa va ser quan vaig demanar si el marit "s'abstenia" quan elles no duien els collarets a la cintura i van dir que no, que ell mana i disposa sempre que vol, vagin o no amb collarets!!

## **2. Modificació de costums: adaptació dones immigrants, mètodes anticonceptius, embarassos no desitjats, ... Podem parlar de canvi?**

Les dones immigrants senegambianes s'han anat adaptant de manera lenta però progressiva a alguns canvis. Per exemple saben que han d'anar de visita quan estan embarassades, encara que no sempre acudeixen al dia i hora que els toca, segurament perquè no entenen o no llegeixen.

Elles s'adonen que aquí no es tenen tants fills i filles i paulatinament van disminuint també el seu nombre de fills i filles. De tota manera continuen pensant que els fills i filles són una benedicció i per això pensen que com a mínim n'han de tenir tres. Qui en té quatre és considerada com a més "rica" ja que s'ho pot permetre.

El nombre d'embarassos no desitjats no el sé, però et puc dir que en conec unes quantes que han tingut fills no desitjats i que un parell han tingut avortaments espontanis tardans que els han representat ingressar en un hospital. Totes prenen pastilles anticonceptives i no en conec cap que utilitzi altres mètodes. Es queixen que s'engreixen per culpa de les pastilles. No sé si els marits en saben res! No sé si comparteixen la planificació familiar! Però sé que elles, a vegades, es queden embarassades contra la seva voluntat i em diuen "han fallado las pastillas". Pot ser veritat (és cert que hi ha un percentatge petit d'error) però també pot ser que elles no les prenguin prou correctament. Accepten el fill o filla no desitjat amb resignació.

Jo penso que de mica en mica van entenent que si volen treballar no poden tenir tants fills i filles i encomanen aquestes idees als marits.

## **3. Opinió sobre hipòtesi 2: La dona té un paper important en el desenvolupament sanitari d'una població?**

Evidentment que sí. La dona té un paper fonamental en molts aspectes. Els homes solen relacionar-se molt poc amb la població autòctona: van del treball a casa i de casa a la mesquita. Per tant la relació social dels homes amb altres persones que no siguin de la seva cultura és poca. I els homes triguen més a canviar hàbits. En canvi les dones a l'escola dels fills, al metge, als espais públics (places, bus, ...), a les botigues, ... veuen més coses, poden absorbir altres maneres de fer, altres solucions, ... Les dones són un motor de canvi i d'integració. Les dones estan a primera línia i a més a més, pel model cultural de rols assignats socialment que porten (elles i nosaltres també) observen, capten, interioritzen, mediten i s'atreveixen, cosa que els homes, també per l'assignació social que tenen, no saben fer. Jo hi crec "terriblement" en les dones. I elles són el motor que estira el canvi en les famílies fins que els fills es van fent més grans i també aporten "novetat" des de fora.

De tota manera els canvis relacionats amb la sanitat i sobretot amb la sexualitat i la reproducció són lents perquè estan molt més lligats al fet biològic i cultural, arrossegats molts i molts segles.

## 7. HIPÒTESI 2

### **"La dona té un rol o paper important en el nivell de desenvolupament sanitari d'una població"**

Descriure aquesta hipòtesi sembla fàcil, gairebé elemental. Les dones d'arreu pel fet de ser mares i tenir cura dels fills petits assumeixen com un deure "lògic" tot el que fa referència a la salut familiar. Amb aquesta hipòtesi, però, m'agradaria anar més enllà i mirar fins a quin punt es produeix un canvi en el rol sanitari de les dones immigrades i en quins aspectes, donant per suposat que el rol continua.

Per verificar aquesta hipòtesi tornaré a fer servir el treball "Mision exploratoria en Senegal" (2001) i el buidatge de les tres entrevistes que he fet en el treball de camp. Malauradament utilitzaré poc les dades obtingudes a les enquestes ja que l'apartat IV no ha donat prou informació: les dones enquestades no entenien les preguntes i tenien dificultat amb l'idioma.

He sentit a dir moltes vegades que el continent africà s'aguanta gràcies a les dones i sobre les dones. No només s'ocupen dels fills i de la llar sinó que fan totes les feines agrícoles. Aquest fet contrasta amb el poc accés que tenen a l'educació. El darrer informe de la UNICEF sobre l'estat mundial de la infància constata que el 2003 hi ha 9.000.000 més de nenes sense escolaritzar que el 1990 i que la situació ha empitjorat a l'Àfrica subsahariana<sup>10</sup>.

Segons el president del comitè espanyol de la UNICEF, Francisco González-Bueno:

"La inserción escolar de las niñas contribuye a la reducción de la mortalidad infantil, a la existencia de familias más sanas y a un descenso de la mortalidad derivada de la maternidad. Según Juan Gimeno, catedrático de Economía de la UNED y presidente de Economistas sin Fronteras, la educación de la mujer contribuye a mejorar el desarrollo del país.

La inversión en la infancia es una inversión de futuro y la educación es la gran estrategia para erradicar la pobreza."<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup><sup>10</sup> Aquest informe es pot consultar a l'adreça: < [http://www.unicef.org/spanish/sowc04/sowc04\\_18101.html](http://www.unicef.org/spanish/sowc04/sowc04_18101.html) >

<sup>11</sup><sup>11</sup> "Desigualdad en la educación", article d'Antonio M. Yagüe a El Periódico (12-12-03)

M'agradaria fer un petit comentari sobre aquesta situació paradoxal (perquè les dones tenen tots els deures però cap dret).

Centrant-nos en el Senegal, veiem que el seu IDG (Índex de Desenvolupament de Gènere) és de 0,420. Aquest índex que combina dades com ara l'esperança de vida al néixer d'homes i dones, alfabetització, matriculació primària, secundària i terciària, i els ingressos percebuts segons el sexe, és un índex molt baix, cosa que demostra una situació discriminatòria cap a les dones a l'hora de tenir accés a l'educació. Al Senegal l'accés a la formació de les dones és molt deficient, la mitjana d'anys d'educació per a les dones de més de 25 anys és de 1,3 anys, 1,1 anys inferior a la dels homes. És evident que les dones no tenen accés a l'educació i a la formació, encara que desenvolupin rols importants com el de la sanitat.

El buidatge de les entrevistes ens aporta diverses opinions relacionades amb aquesta hipòtesi. Seguidament comento una selecció de cites que considero significatives. Cada cita la mostro entre cometes i amb marges als costats. (G) fa referència a la ginecòloga Rosa Serra; (C) identifica les opinions de la llevadora Montserrat Garriga; (NT) recull les aportacions de la professora Núria Terés.

Segons la professora el rol de les dones senegambianes no ha canviat gaire de quan vivien a l'Àfrica:

“Totes les que conec són dones pobres, que tenen força fills (tres com a mínim) i que treballen (la majoria en temes de neteja i ara en sé d'algunes que han estat collint pomes). Es poden refiar molt poc dels marits i han d'assumir totes les tasques d'educació dels fills i filles, la casa, la salut i darrerament les qüestions laborals (alguns homes marxen cap a l'Àfrica i les abandonen aquí!!).” (NT)

Tot i que de seguida matisa:

“Són dones que també es preocupen per l'educació dels seus fills i filles i intenten aprofitar el temps que poden tenir lliure per aprendre (algunes s'interessen pel català, per la cuina, ...).” (NT)

Per tant algun canvi encara que petit sembla que es produeix. La professora Núria Terés parla d'un canvi lent i progressiu que comença sobretot en el control de la natalitat i en l'observació de les pautes de la societat d'acollida:

“Les dones immigrants senegambianes s'han anat adaptant de manera lenta però progressiva a alguns canvis. Per exemple saben que han d'anar de

visita quan estan embarassades, encara que no sempre acudeixen al dia i a l'hora que els toca, segurament perquè no entenen o no llegeixen.” (NT)

Aquesta opinió també la confirmen la Dra. Serra i la Monserrat Garriga, parlant de les proves durant l'embaràs i de les vacunacions.

“Sí, normalment sense cap problema. Si t'entenen, les fan. Em trobo més problemes amb dones d'ètnia gitana que no pas amb les africanes. A vegades no tornen a visitar-se perquè no t'han entès.” (G)

“El tema de la vacunació és molt estricte. Segueixen el programa de pediatria sense problemes.” (C)

El canvi, doncs, és considerable ja que en el seu país d'origen el servei sanitari era mínim, i per tant només visitaven el metge en cas d'urgència. Aquest aspecte també queda recollit a les enquestes.

El fet que segueixin un horari de visites, les recomanacions dels metges i els mètodes de cura del nadó, és molt positiu i necessari per la seva integració i per la salut de la seva família.

Pel que fa a la influència que reben dels costums de la societat catalana, i del contrast que representen amb els del seu país d'origen, Núria Terés opina:

“Elles s'adonen que aquí no es tenen tants fills i filles i paulatinament van disminuint també el seu nombre de fills i filles. De tota manera continuen pensant que els fills i filles són una benedicció i per això pensen que com a mínim n'han de tenir tres. Qui en té quatre és considerada com a més “rica” ja que s'ho pot permetre.” (NT)

Això també queda reflectit a l'entrevista amb la Dra. Serra:

“Per aquesta comunitat la dona és sobretot reproductiva. Aquí quan s'han de practicar més de tres cesàries s'aconsella un lligament de trompes per no tenir més fills. Moltes gambianes i senegaleses s'hi neguen per por que el marit les enviï al seu país. Ho hem de fer entendre a l'home i a la dona. El valor de la dona negra és reproductiu.” (G)

“És molt difícil de valorar-ho, hi ha algunes famílies que sí, per exemple n'hi ha que després de tenir uns quants fills (2,3,4) vénen i diuen que no en volen tenir més. Però després ve el marit que no hi està d'acord. En aquests casos intento explicar-li que tenir tants fills no és una font de riquesa, al contrari, és una despesa de diners considerable. Ells el que saben és que els fills mantindran els pares quan siguin grans, són una garantia de futur.” (G)

Aquestes opinions mostren la dificultat del canvi cultural, per exemple la idea de tenir molts fills, el paper dels homes, treball domèstic de les dones, etc. anirà canviant a poc a poc. Tot plegat ens porta de dret al tema de la contracepció i del control de la natalitat.

Les enquestes mostren el canvi en la utilització dels anticonceptius. En el seu país d'origen l'ús era gairebé nul, a Catalunya totes en fan servir. Hem seleccionat aquests fragments de les entrevistes:

“Elles em solen demanar mètodes anticonceptius. Si fem servir un mètode que duri tres anys, per exemple, elles al cap d'un any, any i mig, se'l volen treure per quedar embarassades de nou.” (G)

“De mètodes contraceptius en fan servir, ho tenen clar. Solen prendre pastilles. Els hem hagut d'ensenyar que se'n poden prendre i continuar alletant els fills.

Els homes ho saben.

A vegades alguna abandona el mètode i l'hi hem de tornar a explicar.

També hem vist que els agrada el DIV perquè no es veu i els és còmode.” (C)

“Totes prenen pastilles anticonceptives i no en conec cap que utilitzi altres mètodes. Es queixen que s'engreixen per culpa de les pastilles. No sé si els marits en saben res! No sé si comparteixen la planificació familiar! Però sé que elles, a vegades, es queden embarassades contra la seva voluntat i em diuen “han fallado las pastillas”. Pot ser veritat (és cert que hi ha un percentatge petit d'error) però també pot ser que elles no les prenguin prou correctament. Accepten el fill o filla no desitjat amb resignació.

Jo penso que de mica en mica van entenent que si volen treballar no poden tenir tants fills i filles i encomanen aquestes idees als marits.” (NT)

En tots tres es demostra que el canvi és profund: les dones senegambianes tenen accés total a la informació i reben assessorament mèdic. Un altre tema seria com gestionen aquesta informació a l'àmbit familiar.

Les entrevistades tenen diferent opinió sobre els embarassos no desitjats:

“Jo crec que no hi ha embarassos no desitjats. No hi ha avortaments voluntaris. Sí que n'hi ha d'espontanis i s'ho agafen molt malament. De seguida volen tornar a quedar embarassades.” (C)

“Aquí no ho tractem, però no, no crec que s'ho plantegin, si queden embarassades es queden embarassades i ben vingut.” (G)

“El nombre d'embarassos no desitjats no el sé però et puc dir que en conec unes quantes que han tingut fills no desitjats i que un parell han tingut avortaments espontanis tardans que els han representat ingressar en un hospital.” (NT)

Pel que fa al tema central d'aquesta hipòtesi, la Montserrat Garriga és contundent:

“El paper de la dona és cabdal en el desenvolupament sanitari d'una família, del grup social, etc.” (C)

La Núria Terés coincideix amb la mateixa opinió, però la matisa i l'amplia:

“Evidentment que sí. La dona té un paper fonamental en molts aspectes. Els homes solen relacionar-se molt poc amb la població autòctona: van del treball a casa i de casa a la mesquita. Per tant la relació social dels homes amb altres persones que no siguin de la seva cultura és poca. I els homes triguen més a canviar hàbits. En canvi les dones a l'escola dels fills, al metge, als espais públics (places, bus, ...), a les botigues, ... veuen més coses, poden absorbir altres maneres de fer, altres solucions, ... Les dones són un motor de canvi i d'integració. Les dones estan a primera línia i a més a més, pel model cultural de rols assignats socialment que porten (elles i nosaltres també) observen, capten, interioritzen, mediten i s'atreveixen, cosa que els homes, també per l'assignació social que tenen, no saben fer. Jo hi crec “terriblement” en les dones. I elles són el motor que estira el canvi en les famílies fins que els fills es van fent més grans i també aporten “novetat” des de fora.

De tota manera els canvis relacionats amb la sanitat i sobretot amb la sexualitat i la reproducció són lents perquè estan molt més lligats al fet biològic i cultural, arrossegats molts i molts segles.” (NT)

Podria citar altres opinions de les entrevistes que apunten cap a un canvi en el rol de les dones, per exemple els grups de formació maternal, o la cura dels nadons (dieta, vacunes, alletament), però em sembla que amb els fragments citats explico prou bé la hipòtesi.

## 8. CONCLUSIONS

L'apartat de conclusions el faré comentant les hipòtesis per separat i mirant de saber fins a quin punt les he pogut verificar.

**La maternitat sense risc és un objectiu no assolit al Senegal i totalment assolit a Catalunya.** Aquesta afirmació de la primera hipòtesi és certa només en part. En el treball ens sembla que he demostrat que la maternitat sense risc encara no s'ha assolit al Senegal i fins i tot podem afirmar que és molt lluny d'aconseguir-se.

De les onze variables que he treballat, la número 2 (Mortalitat materna) és contundent: 560 dones mortes en 100.000 parts demostra que al Senegal la mitjana de la mortalitat materna és molt elevada. Mig milió de dones moren cada any per malalties relacionades amb la reproducció.

Les altres deu variables confirmen també que la maternitat sense risc no s'ha assolit i estan molt relacionades amb la 2. Totes juntes dibuixen una situació social, sanitària i educativa molt deficient i difícil de millorar. Segurament en l'economia i en la història recent (colonització) hi trobaríem les causes principals de tanta misèria.

Les dones enquestades en el treball de camp, tot i que no expressen directament que la maternitat és un risc a la seva terra, sí que diuen que no anaven de visita al metge, que no les atendien en el part, que les comunicacions no són prou bones, disposaven de poca informació i no utilitzaven anticonceptius.

La part falsa de la hipòtesi és la que es refereix a Catalunya. A Catalunya la maternitat sense risc no està assolida totalment, malgrat les bones condicions sanitàries. Hi ha encara casos de mortalitat relacionats amb el part. Les dades mostren que cada any moren 7 dones de 100.000. Aquestes dades són molt baixes comparades amb les del Senegal, però confirmen que hi ha un risc mínim, no està totalment assolida una maternitat sense risc.

Les dues doctores entrevistades, expressen també, que sempre hi ha un risc mínim, des que es neix fins que es mor. Consideren que hi ha un risc baix però que cal tenir-lo present.

**La dona té un rol o paper important en el nivell de desenvolupament sanitari d'una població.** Aquesta hipòtesi és certa i queda verificada en el treball.

En totes les societats les dones són el motor de la família: la casa, els fills, la salut,... Però en el cas de les dones senegaleses aquesta afirmació està més accentuada, ja que la religió, cultura i altres temes que no toquem en el treball, fan que els homes deixin tota la càrrega sobre elles.

Les dones senegaleses que viuen a Catalunya experimenten canvis importants, ja que per força estan en contacte amb una cultura i una manera de viure diferent. Això ha portat a la dona senegalesa a canviar els seus hàbits, la seva manera d'organitzar-se i potser a la llarga la portarà a una altra manera d'entendre el món.

Hi ha un canvi considerable segons les enquestes i les entrevistes. És el canvi relacionat amb les visites mèdiques, els programes de pediatria i les vacunacions. Aquest fa que hagin de seguir un horari, una planificació que ajudarà a aconseguir altres aspectes. Per exemple l'ús dels anticonceptius que porta a un control de la natalitat més responsable. Aquest control encara que sigui molt lent té una transcendència històrica: la dona africana deixa de tenir valor només per la reproducció.

En altres aspectes com l'accés a més informació mèdica, l'aprenentatge de la llengua tan necessari per entendre les instruccions o bé l'interès per altres coneixements (cuina), podem parlar de canvis progressius sempre segons el treball de camp.

Si hem de fer cas del darrer informe de la UNICEF sobre l'educació de les nenes, seran les filles de les dones immigrades les que podran canviar el rol, sobretot si tenen accés al batxillerat i poden anar a la universitat.

## 9. BIBLIOGRAFIA

### **Webs:**

<http://www.gencat.net/sanitat/depsan/units/sanitat/html/ca/Du1/index.html>  
(Web oficial del Departament de Sanitat)

[http://www.msc.es/insalud/materno\\_infantil/materno\\_infantil.htm](http://www.msc.es/insalud/materno_infantil/materno_infantil.htm)

<http://www.safemotherhood.org/spainindex.htm>  
(Pàgina de l'entitat "Safe Mother Hood" en espanyol)

<http://www.solidaries.org/igualtat>  
(Web per la igualtat de gènere que té una secció de notícies actualitzada)

<http://www.undp.org/spanish/>  
(Web oficial del PNUD)

[http://www.unicef.org/spanish/sowc04/sowc04\\_18101.html](http://www.unicef.org/spanish/sowc04/sowc04_18101.html)  
(Comunicat de premsa de la UNICEF que denuncia la baixa escolarització de les nenes)

[http://www.viasalus.com/vs/B2C/cn/centro\\_embarazo/ESP/index.jsp](http://www.viasalus.com/vs/B2C/cn/centro_embarazo/ESP/index.jsp)  
(Informació sobre l'embaràs, el part i el postpart)

<http://www.who.int/country/sen/es/>

<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=sen&language=spanish>  
(Dades sobre el Senegal. OMS)

### **Llibres i articles:**

DEXEUS I TRIES DE BES, Josep M., Consells per a l'embarassada, Barcelona 2002, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.

YAGÜE, Antonio M., "Desigualdad en la educación", El Periódico (12-12-03)

NAVARRO, Vicenç, "La desconvergencia social en Europa", El País, 16-09-2003.

RODRIGUEZ ROZALÉN, M<sup>a</sup> Ángeles et alt, Los consejos de tu matrona, Barcelona, Asociación Nacional de Matronas.

TEIXIDOR, Roser et alt., Educación sanitaria intercultural básica, Barcelona 1995, Koiné Ediciones-GRAMC, “Obras didácticas”.

### **Estudis i informes:**

Auquer Framis, Kiku i Mballo, Abdulaye, Misión Exploratoria en Senegal, Estudio de campo, Gener del 2001. MdM (Metges del Món) i ADESC (Associació per al Desenvolupament Econòmic de la Comunitat rural de Sare Koll-salléy).

Auquer Framis, Kiku i Mballo, Abdulaye, Formulacion “Maternidad sin Riesgo” (Proposta concreta derivada de l’estudi anterior).

Evolució de la mortalitat a Catalunya, 1983-1998, Servei d’Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Indicadors del Desenvolupament Humà, 2003. PNUD (Pla de les Nacions Unides per al Desenvolupament).

INDICADORS DE SALUT MATERNOINFANTIL A CATALUNYA 1997-1999. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Objectius i intervencions per a la millora de la salut maternoinfantil, Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. Pla de salut 2001-2005.