

RESUMEN MEMORIA RUANDA

Introducción y contexto del Hospital del Distrito de Gisenyi

El Hospital del Distrito de Gisenyi será mi casa durante los dos próximos meses. Y sí, digo casa porque la jornada laboral está regulada de manera que se trabajan sobre 50-55 horas semanales.

El sueldo medio de los enfermeros que trabajan para los hospitales públicos como el del Distrito de Gisenyi, es de 270.000 francos ruandeses (240 euros). Habitualmente gran parte de la familia (hijos e incluso padres, ya que no existe una pensión por jubilación ni discapacidad) depende del sueldo de una persona, por lo que no es suficiente un sueldo y deben compaginar su trabajo en el hospital con otro en clínicas privadas, llegando a trabajar hasta 80 horas semanales.

En estas condiciones laborales se anula prácticamente la conciliación familiar, por lo que en la mayoría de casos necesitan contratar una cuidadora, que esté de manera interna en casa y a la que se paga sobre unos 30.000 francos ruandeses mensuales (equivalente a unos 27 euros mensuales), que se ocupe de los niños y la casa.

El Hospital del Distrito de Gisenyi, inaugurado en los años 30 y reconstruido tras ser saqueado en el genocidio de 1994, ofrece servicios básicos y especializados, como áreas de Maternidad, Pediatría, Oftalmología, Rehabilitación o Urgencias; aunque carece de UCI o equipos de imágenes precisas, como equipos de resonancia magnética. Los pacientes que requieren atención más avanzada son trasladados al Hospital de Kigali, debiendo pagar el traslado en ambulancia. Este trayecto dura alrededor de cuatro horas, de manera que fallecen muchos de ellos en el traslado.

Sistema sanitario y seguros en Rwanda

El sistema sanitario ruandés funciona mediante seguros. La mayoría de la población contrata el seguro público MUTUELLE, que cuesta 3000 francos ruandeses (equivalente a 2'70 euros) anuales por miembro. Para familias numerosas y de bajos recursos, este costo es difícil de asumir puesto que no se puede individualizar sino que se debe pagar la cantidad completa para toda la familia registrada. Por ejemplo, en una familia de 6 personas, el cabeza de familia tiene que pagar 18000 francos, una cifra muy elevada comparada con los sueldos e ingresos medios que suele tener una familia en Ruanda.

Los seguros cubren el 90% del coste de los tratamientos, dejando un 10% a cargo del paciente, quien debe pagar, en la farmacia del hospital, la parte correspondiente de los medicamentos y del material necesario para su tratamiento una vez diagnosticado y, antes de ser administrado. Los diferentes servicios carecen de stock, este se crea a través de los materiales y medicamentos que los pacientes ya no necesitan y han comprado. De esta manera no siempre está a disposición de los profesionales cualquier fármaco o cualquier material.

Como se puede intuir, las familias sin seguro o sin recursos se enfrentan a grandes dificultades para acceder a los tratamientos, ya que hasta que no reúnen el dinero y pagan

no pueden progresar en la atención sanitaria. Sólo en casos extremos de carácter social la dirección económica del hospital puede decidir cubrir estos gastos.

Primeros días en el hospital y desafíos iniciales

El primer día me dedico a completar la burocracia y conocer el servicio de Urgencias, donde estaré ubicada durante mi estancia en Ruanda. La barrera idiomática es evidente, ya que la mayoría de la población habla kinyarwanda y francés, solo las nuevas generaciones empiezan a hablar inglés. Me agobio un poco porque pensaba que podría comunicarme en inglés y me doy cuenta de que va a ser difícil, así que decido buscar un profesor particular que me ayude con el kinyarwanda. Aunque sé que será difícil quiero intentarlo, porque será útil a la hora de ser más independiente con los pacientes.

Durante la primera jornada, observo el funcionamiento del sistema de facturación y la administración de tratamientos, y empiezo a notar las limitaciones y diferencias con el sistema de bienestar en España.

El servicio consiste en un pabellón de una sola altura dividido en varias zonas: triaje, críticos, semicríticos, observación y trauma y cirugía menor. Lo más llamativo es la poca privacidad que tienen los pacientes, ya que todas las salas son diáfanas. Además, si el número de pacientes es muy elevado, se colocan dos e incluso tres pacientes en la misma cama. También me llama la atención que las sábanas, el jabón y la comida para el paciente, la tiene que traer la familia de casa. Para las largas estancias en el hospital hay un lavadero habilitado en el jardín, para que los familiares puedan lavar la ropa y las sábanas del paciente.

Existe una clara falta de organización tanto en el servicio de Urgencias como en el resto de servicios, agravada por la constante falta de recursos, que hacen muy difícil la asistencia a los pacientes.

Cada mañana, al llegar los enfermeros se reparten por las diferentes zonas: triaje y trauma y cirugía menor, observación, facturación y ambulancias. A pesar de esta distribución, las tareas están poco definidas, por lo que en muchas ocasiones induce a errores.

El ejemplo más llamativo es la sala de observación. En ella los enfermeros administran los tratamientos, recogen muestras y trasladan personalmente a los pacientes a otros servicios cuando se dan de alta. Como consecuencia, en numerosas ocasiones el servicio se queda desatendido, los enfermeros no dan abasto para administrar el tratamiento en el horario correcto o se olvidan de administrarlo. Además, el hecho de no identificar a los pacientes durante el triaje y, por lo tanto durante el ingreso, conlleva a errores de medicación y en ocasiones retrasa la atención, debido a que encuentras pacientes con niveles de conciencia muy bajos y sin familia presente en ese momento, de manera que es imposible identificarlos. Esta será mi gran lucha durante el tiempo que esté aquí.

Problemas de recursos y gestión de emergencias. Casos clínicos llamativos.

En el hospital, la falta de recursos es una constante. Conseguir medicamentos y materiales puede ser complicado y lleva a situaciones críticas. La consecuencia más grave de no tener un stock disponible la sufren directamente los pacientes.

Por ejemplo, en el caso de una mujer que llegó con una emergencia hipertensiva con valores tensionales de 220/115, no pudo recibir un antihipertensivo intravenoso hasta pasadas 4 horas porque no había ninguna jeringa disponible y las colas para el cajero y la farmacia eran muy largas, por lo que su familia tardó mucho tiempo en traer el material.

En otra ocasión tuve que recorrer varios pabellones del hospital, acompañada de una estudiante por si necesitaba ayuda para traducirme, para encontrar una ampolla de vitamina K. Era el caso un varón de 36 años cuyo diagnóstico era hemorragia digestiva alta, al que se le había transfundido 4 bolsas de sangre. A las 9am presentó el tercer episodio de hematemesis franca. Tras comunicarlo a la enfermera y el médico nadie se sorprendió ni se inmutó. No pude evitar compararlo con España y confrontar la situación con el mismo caso en mi UCI: gastroscopia, secuencia rápida de intubación, medicación, protocolo de hemorragia masiva... Lo máximo que alcancé a hacer por este hombre fue conseguir que le pautaran una ampolla de vitamina K.

Otro caso fue el de una mujer de 32 años, a la que durante el primer embarazo tuvo que ser interrumpido por una eclampsia con cifras de 190/110, y finalizó con una cesárea urgente. En el segundo embarazo el episodio se repitió y tuvo que abortar. Ella sufrió un fallo multiorgánico que la dejó con grandes secuelas, una hemiplejia derecha y una insuficiencia renal estadio IV. Desde el punto de vista económico, todo este proceso sanitario había estado cubierto económicamente por el seguro de la fábrica donde trabaja su marido. No obstante, después de tantos gastos para el seguro éste decide que no la cubre más, por lo que tiene que pasar a cubrir el 100% de los gastos. Las sesiones de diálisis 3 veces por semana son insostenibles económicamente para la familia, de manera que abandona la diálisis. Después de unos meses sin recibir diálisis, la paciente acude al servicio de urgencias en estado de anasarca. Esta es la realidad de muchos pacientes que no pueden costearse el tratamiento. La paciente falleció dos semanas después.

En otro momento me avisaron por una parada en la sala de observación, se trataba de un hombre de 50 años. El médico empezó la RCP y yo lo relevé, me sentía perdida, no sabía dónde había nada del material. Mi compañero fue a buscar el AMBU (luego descubrí que está bajo llave en el despacho del supervisor, junto al carro de paradas y el desfibrilador). La RCP era tórpida, con muchas interrupciones, el carro y el desfibrilador no llegaban nunca, mi compañero había ido a buscar una adrenalina y tampoco volvía. El médico dio por finalizada la RCP y yo sentí mucha impotencia. Aquí es muy difícil recuperar una parada, aparte de que en muchas ocasiones no hay adrenalinas a nuestra disposición, no hay equipamiento como respiradores para realizar unos buenos cuidados post reanimación.

Y, por desgracia, podría describir muchos más casos clínicos que terminan en tragedia por razones económicas o de falta de recursos ya que esta es la normalidad en el hospital.

Mis compañeros

Los grandes protagonistas que me han acompañado en esta aventura han sido mis compañeros. Tras un comienzo difícil, marcado por la barrera cultural y lingüística, poco a poco fui acercándome más a ellos.

Henriette, una de las pocas que hablaba inglés de manera fluida, fue mi compañera fiel. Desde el primer día me acogió con los brazos abiertos. Me enseñó cómo funcionaba el

servicio, me presentó al resto de compañeros y me ofreció todo lo que estaba a su alcance para que me sintiese como en casa.



Foto: Henriette y yo en unos de mis primeros días en el hospital.

Los estudiantes han sido una parte fundamental en esta experiencia. Las nuevas generaciones estudian en inglés y, por lo tanto, era mucho más fácil comunicarse con ellos. Son incontables las ocasiones en las que me han hecho de traductores a la hora de interactuar con los pacientes y con otros compañeros. Fue muy bonito establecer una relación de ayuda mutua, en la que yo los ayudaba con las técnicas de enfermería y ellos me ayudaban con el idioma.



Foto: tres de mis estudiantes. De izquierda a derecha: Divine, Aime y Sam.

Con el resto de compañeros fui poco a poco. Era difícil hacerles comprender que yo no estaba allí como estudiante, sino como una enfermera más y más difícil aún fue explicarles que tenía 7 años de experiencia. En sus rostros veía la sombra de la desconfianza y la

curiosidad. Creo que el contexto histórico del país (sobre todo el genocidio ocurrido en 1994) ha influido en su manera de socializar.

Sin embargo la situación fue cambiando. A medida que iba coincidiendo con cada uno de ellos y les mostraba mis ganas y mis progresos, fuimos creando un bonito equipo. Ellos pusieron todo de su parte para comunicarse conmigo, sus limitados conocimientos de inglés, yo los mío de kinyarwanda... Me ayudaron con el idioma local y me enseñaron cómo era su cultura y sus vidas.



Foto: algunos de mis compañeros del hospital en la formación de Basic Life Support (BLS) y Advanced Trauma Life Support (ATLS)

Me invitaron a celebrar con ellos el día Internacional de la mujer y me acogieron como una más.



Foto: discurso del Director del hospital en agradecimiento a la labor incansable de todas las mujeres que trabajan en él, sin las cuales sería imposible su funcionamiento.

Algunos de ellos me invitaron a sus casas y me presentaron a sus familias.



Foto: Cenando en casa de Antoine con su familia.

Durante mi estancia en el hospital fue muy enriquecedor el intercambio de conocimientos. Ellos, acostumbrados a trabajar con los escasos recursos disponibles, me enseñaron a atender en la sencillez, a usar lo que estaba a mi alcance para, con poco, hacer mucho. Me enseñaron su arte de suturar, de reducir fracturas y de abordar un neumotórax a tensión con un catéter periférico.

Yo intenté enseñarles alternativas más seguras a sus prácticas. Les expliqué que debían colocar un contenedor de agujas portátil al lado de la cama donde estuviesen realizando el procedimiento (las agujas no tenían sistemas de bioseguridad y cargaban con ellas desprotegidas por la sala o las reencapuchaban), les enseñé a comprobar una sonda nasogástrica con jeringa y fonendoscopio (ellos ponían la punta de la sonda en agua para observar si burbujeaba), les expliqué que para mantener la esterilidad de los goteros se debía pinchar en la zona de silicona dispuesta para ello y no en el plástico del envase y les insistí incansablemente sobre la necesidad de identificar a los pacientes con pulseras para evitar errores.

Después de un mes, funcionábamos como un equipo y yo me sentía una más. Tan fuerte fue el vínculo que cuando me marché se organizaron todos para hacerme una fiesta sorpresa de despedida, y para mí fue el mejor regalo que me podrían haber hecho. Disfrutar de ellos, en un bar, compartiendo comida y bailes, fue una experiencia inolvidable.



Foto: abriendo el regalo que me hicieron



Foto: tarta de agradecimiento



Foto: disfrutando de la fiesta



Foto: estos son algunos de los que compartieron esa fiesta conmigo. De izquierda a derecha: Thacien, Rose, Vital, Gaethan, Damascene, Patrick, Henriette, yo, Rocky y Samson

Fue muy alentador reunirme con el Director de Enfermería, Aloys, para realizar un feedback sobre mi estancia en el hospital. En esa reunión pude trasladarle de manera constructiva mis sugerencias y contarle mi experiencia. Él me explicó muchas cosas que no había logrado entender durante mi paso por el hospital y recogió mis sugerencias con gran placer.

Experiencias y reflexiones sobre el sistema de salud

Como ya he narrado anteriormente, se viven situaciones desafiantes que resaltan las limitaciones del sistema sanitario ruandés. La falta de jeringas adecuadas para sondas, la dependencia de la familia para la alimentación y limpieza del paciente, y el ritmo lento y sosegado reflejado en el ámbito laboral pero también en el personal, son algunas de las carencias que encontré en mi paso por el hospital.

La precariedad del trabajo, los sueldos bajos y la problemática social y familiar influye también en el rendimiento y el desarrollo de la actividad. Muchos de ellos se ven obligados a doblar turnos y trabajar en varios hospitales y clínicas a la vez.

Pero también pude ver la otra cara de la moneda. Las ganas de progresar, crecer y mejorar, reflejadas en los programas de formación continuada para los trabajadores como el curso de Basic Life Support (BLS) y Advanced Trauma Life Support (ATLS) y en la disponibilidad de los trabajadores para escuchar sugerencias. Aunque los cambios son muy lentos, conllevan años, e incluso generaciones, y no es fácil cambiar la rutina de trabajo, pude observar cómo muchos de ellos buscaban continuar desarrollando la enfermería y su carrera laboral.

Conclusiones

La estancia en el Hospital del Distrito de Gisenyi ha supuesto una de las experiencias más duras y gratificantes de mi vida. No se debe romantizar África, ni la pobreza ni sus

condiciones, pero vivir estos meses allí me ha hecho desprenderme de las prisas, el estrés y el ritmo frenético de Valencia. Me ha dado la oportunidad de desafiarme a mí misma y de conocer, entender y participar en una sociedad y una cultura absolutamente diversa. Ha abierto mis ojos a una cruda realidad que creo que es prácticamente imposible de adivinar hasta que no la vives.

Por supuesto, también he vivido algunos de los momentos más duros laboralmente hablando.

La realidad al llegar aquí es que tú no eres necesario, no has venido a salvar a nadie, no tienes mucho que hacer, no puedes ofrecer nada de primeras. Son el paso del tiempo, conocer la cultura, a las personas, el idioma, tu propia adaptación y tu implicación con esta profesión tan bonita que es la enfermería; los que te guían y te muestran cuál es tu misión aquí. No puedes venir con nada premeditado, tienes que llegar con ojos y corazón abiertos, dispuesta a aprender y a entender cuál puede ser tu papel aquí.

No es fácil aceptar que la falta de recursos supone desenlaces diferentes para la misma situación en España. Y eso, es muy muy duro de asumir. La impotencia acechaba cada día y aunque, no quieres, es muy difícil no comparar o no lanzar un pensamiento a la misma situación en España.

Sin embargo, el espíritu constante del hospital y de sus trabajadores de buscar la mejoría de la atención y de la calidad ha sido muy inspirador. Las barreras económicas y de recursos, junto con la infraestructura limitada, crean desafíos constantes para el personal médico y los pacientes. La resiliencia y el esfuerzo por mejorar el sistema son evidentes, y mi experiencia me ha proporcionado una visión profunda de las realidades del cuidado de salud en un contexto de recursos limitados.

Ha sido una experiencia muy enriquecedora tanto a nivel personal como laboral, que me ha permitido dar valor a una cultura y una situación social; y que me ha dado recursos personales que espero poder aplicar y mantener en Valencia.

María Alejos

Voluntariado del 5 de febrero al 20 de abril del 2024