

FUERA DE SU ALCANCE

EL PRECIO DE LA
SALUD MATERNA
EN SIERRA LEONA

LA SALUD ES UN
DERECHO HUMANO

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



DIGNIDAD EXIGE DIGNIDAD EXIGE DIGNIDAD EXIGE DIGNIDAD ((EXIGE DIGNIDAD))) EXIGE DIGNIDAD



Amnistía Internacional es un movimiento mundial, formado por 2,2 millones de personas de más de 150 países y territorios, que hacen campaña para acabar con los abusos graves contra los derechos humanos. Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales de derechos humanos. Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso. Nuestro trabajo se financia en gran medida con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos.

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**



Amnesty International Publications
Publicado en 2009 por Amnistía Internacional
Secretariado Internacional
Peter Benenson House
1 Easton Street
London WC1X 0DW
Reino Unido
© Amnesty International Publications 2009

Edición en español a cargo de:
EDITORIAL AMNISTÍA INTERNACIONAL (EDAI)
Valderribas, 13
28007 Madrid
España
www.amnesty.org

Índice: AFR 51/005/2009
Idioma original: inglés

Reservados todos los derechos. Esta publicación tiene derechos de autor, si bien puede ser reproducida libremente por cualquier medio con fines educativos o para llevar a cabo acciones de protección y promoción de los derechos humanos, pero no para la venta. Los titulares de los derechos de autor solicitan que se les comuniquen los usos mencionados con el fin de evaluar su impacto. Para la reproducción de este texto en cualquier otra circunstancia, su uso en otras publicaciones, o su traducción o adaptación, deberá obtenerse el permiso previo por escrito de la editorial, que podrá exigir el pago de un canon.

Foto de portada: Uno de los hijos supervivientes de Hawa Dabor, que murió en 2008 durante un parto gemelar antes de que su familia pudiera encontrar dinero y transporte para llevarla al hospital. © Amnistía Internacional

FUERA DE SU ALCANCE

EL PRECIO DE LA SALUD MATERNA EN SIERRA LEONA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. POBREZA, DISCRIMINACIÓN Y MORTALIDAD MATERNA	8
DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES	8
PRÁCTICAS TRADICIONALES	8
DISCRIMINACIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD	9
PRÁCTICAS DE PARTO TRADICIONALES	11
OBSTÁCULOS PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	12
ABORTO	13
3. EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD: UN CATÁLOGO DE DEFICIENCIAS	14
DEFICIENCIAS DEL SISTEMA	14
INFRAESTRUCTURAS DEFICIENTES	15
LAGUNAS EN LIDERAZGO Y COORDINACIÓN	15
ESCASEZ DE PERSONAL, ESPECIALMENTE EN ZONAS REMOTAS	17
SALARIOS ESCASOS Y CONDICIONES LABORALES DEFICIENTES	17
FALTA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE URGENCIA	18
INSUFICIENCIA DE MEDICAMENTOS, EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS	19
SISTEMA DE DERIVACIÓN INEFICIENTE	21
INSUFICIENTE FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PERSONAL	22
FALTA DE ASISTENCIA CUALIFICADA EN LOS PARTOS	23
FALTA DE INFORMACIÓN	25

4. EL COSTO COMO BARRERA PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD	27
ATENCIÓN GRATUITA: LA BRECHA ENTRE LA POLÍTICA Y LA PRÁCTICA	27
EL FACTOR MIEDO: INCERTIDUMBRE POR LOS COSTOS Y LA CALIDAD	30
COSTOS DEL TRANSPORTE	32
COSTOS MÁS ALTOS POR LA NOCHE	33
ATENCIÓN PRENATAL	34
INICIATIVAS PARA SUPERAR LA BARRERA DE LOS COSTOS	35
INICIATIVAS PARA APOYAR A LAS MUJERES EN EL EMBARAZO Y EL PARTO	37
5. MALA ADMINISTRACIÓN Y CORRUPCIÓN	38
ENTREGA Y COORDINACIÓN DE LOS FONDOS	39
VÍAS DE REPARACIÓN ESCASAS O INEXISTENTES	40
INICIATIVAS DE VIGILANCIA	41
6. OBLIGACIONES INTERNACIONALES Y REGIONALES DE DERECHOS HUMANOS	42
DERECHO A LA VIDA	42
DERECHO A LA SALUD	42
DERECHO A LA SALUD MATERNA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA	44
DERECHO A LA IGUALDAD Y A NO SUFRIR DISCRIMINACIÓN	46
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
RECOMENDACIONES	50
ANEXO 1: EL SISTEMA DE SALUD DE SIERRA LEONA	55
ANEXO 2: FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD	56
NOTAS	58

PREFACIO

Este informe trata de la mortalidad materna como cuestión de derechos humanos. Se centra en:

- la necesidad urgente de eliminar las barreras económicas que se oponen a la atención de la salud y en especial a la atención obstétrica de urgencia;
- la rendición de cuentas del gobierno de Sierra Leona, dada su obligación de ocuparse de la atención de la salud materna y garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, establecimientos y bienes de atención de la salud;
- la discriminación y otros factores sociales que contribuyen a menoscabar el derecho de las mujeres a la salud.

En su Introducción, el presente informe ofrece una perspectiva general de la mortalidad materna como cuestión de derechos humanos en Sierra Leona; en el capítulo 2 se examinan los factores sociales, culturales y económicos que afectan a la mortalidad materna; el capítulo 3 expone las deficiencias sistémicas en el sistema de atención de la salud; el capítulo 4 pone de relieve los costos de la salud como una de las causas principales de muertes maternas; el capítulo 5 señala la falta de rendición de cuentas como cuestión que ha de ser abordada; el capítulo 6 se centra en las obligaciones legales internacionales de Sierra Leona de abordar la mortalidad materna. A modo de conclusión, Amnistía Internacional recomienda medidas que el gobierno y la comunidad internacional deben adoptar para reducir la mortalidad materna y aumentar el respeto por los derechos humanos de las mujeres.

Metodología

La investigación para este informe comenzó en marzo de 2008 e incluye cuatro visitas a Sierra Leona. En marzo de 2008, Amnistía Internacional visitó la capital, Freetown, así como Kambia y Lunsar. En enero/febrero de 2009, Amnistía Internacional llevó a cabo investigación en Kambia, Koinadugu, Makeni, Lunsar y Freetown. Formaban parte de la delegación de Amnistía Internacional un doctor en medicina y un abogado de derechos humanos y experto en salud pública. En abril de 2009, Amnistía Internacional visitó Freetown y Koinadugu, y en julio de 2009 visitó Freetown.

Durante sus indagaciones, Amnistía Internacional investigó más de 25 casos de mortalidad materna ocurridos en los dos últimos años, y sus delegaciones se entrevistaron con familiares, personal de atención de la salud y miembros de la comunidad y recogieron datos hospitalarios y de atención de la salud sobre cada uno de los casos. Las mujeres fallecidas vivían en ciudades y poblados del norte de Sierra Leona, así como en Freetown y sus alrededores.

Amnistía Internacional mantuvo debates con grupos-muestra de personal del sector de la salud, con miembros de la comunidad y con grupos de mujeres en diferentes zonas del país. Amnistía Internacional habló también con ministros y personal de los ministerios de Salud, Economía y Género y con personal de donantes como la Secretaría de Estado para el Desarrollo Internacional (DFID) del gobierno del Reino Unido, el Banco Mundial, Irish Aid (programa de cooperación para el desarrollo del gobierno de Irlanda) y la Comisión Europea, organismos de la ONU, ONG internacionales y ONG nacionales. Este informe no habría sido posible sin la ayuda de numerosos profesionales, expertos y activistas de la salud dentro de Sierra Leona. Amnistía Internacional desea dar las gracias a esas personas, y en particular a las familias de las mujeres cuyas historias se cuentan en este informe.

MAPA DE SIERRA LEONA



ABREVIATURAS

CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CESCR	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DFID	Secretaría de Estado para el Desarrollo Internacional (del gobierno del Reino Unido)
Fondo Mundial	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
JICA	Agencia de Cooperación Internacional de Japón
MGF	Mutilación genital femenina
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UE	Unión Europea
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

A group of pregnant women are sitting in a line against a light-colored wall. The woman in the foreground is wearing a light pink, patterned wrap and a headband with a red and yellow design. She is looking towards the right. Behind her, several other women are sitting, some wearing headwraps and others wearing t-shirts. One woman in the background is wearing a bright green t-shirt with a cartoon character. The women appear to be waiting in a clinic or hospital setting.

En Mannah, que está a unos 25 kilómetros del hospital de Kabala, en el distrito de Koinadugu, mujeres que han cumplido su semana número 40 de embarazo residen en una casa de espera materna en la clínica durante un periodo máximo de semana.

1/INTRODUCCIÓN

“Tal vez moriré”

Una joven de 16 años embarazada, tercera esposa de un hombre mayor, hablando de su próximo parto.

Yerie Marah tenía sólo 22 años cuando murió en noviembre de 2008, un día después de dar a luz a una niña. La pequeña, Mariama, tenía sólo 40 días cuando también murió. El esposo de Yerie Marah, Mahmoud, dijo a Amnistía Internacional: “Estas cosas ocurren por culpa de la pobreza”. La historia de Yerie Marah y su familia, que se expone con más detalle en este informe, es una de las tragedias cotidianas que afligen a las familias en Sierra Leona, donde la mortalidad materna es una de las más altas del mundo.

Miles de mujeres y niñas mueren cada año en Sierra Leona como consecuencia de complicaciones del embarazo y el parto susceptibles de tratamiento. La mayoría mueren en sus hogares. Algunas no sobreviven al viaje al hospital, y mueren en un taxi, en una motocicleta o mientras se desplazan caminando. Aun en el caso de que lleguen a un establecimiento de salud, muchas no reciben el tratamiento que necesitan para salvar su vida. Una mujer de Sierra Leona tiene una probabilidad entre ocho¹ de morir por complicaciones del embarazo y el parto.

Los casos documentados por Amnistía Internacional durante su investigación sobre la mortalidad materna en Sierra Leona ponen de relieve las tres demoras que conducen a que las mujeres mueran sin necesidad. La primera es la demora en buscar atención médica porque las mujeres no han sido informadas sobre los síntomas de complicaciones que pueden poner en peligro su vida, por preocupaciones relativas a los costos y porque los varones que toman las decisiones en la familia no siempre dan prioridad a la salud de la mujer. En segundo lugar, una vez tomada la decisión de buscar atención médica, a menudo se producen demoras considerables a la hora de trasladar a la mujer a una clínica o un hospital, debido a la distancia que hay que recorrer, al costo del transporte y a la inexistencia de infraestructuras de transporte. En tercer lugar, se registran demoras en el tratamiento una vez que la mujer ha llegado a la clínica o al hospital, porque el tratamiento sólo se aplicará previo pago y por la falta de establecimientos de salud adecuados, de personal cualificado, de electricidad, agua limpia o suministros médicos.²



Yerie Marah, que murió a los 22 años de edad en noviembre de 2008.

Las causas directas fundamentales de las muertes maternas en Sierra Leona son el parto obstruido (15 por ciento), las hemorragias (15 por ciento), la anemia (15 por ciento), el desgarro de útero (11 por ciento), las complicaciones derivadas del aborto inseguro (8 por ciento) y la eclampsia (una emergencia asociada a una hipertensión arterial excesiva) (7 por ciento).³ La falta de sangre segura procedente de transfusiones es otra de las causas principales de fallecimiento.⁴ Estas complicaciones son susceptibles de tratamiento en su inmensa mayoría. Así pues, las muertes de miles de mujeres y niñas cada año son en gran medida evitables.

El acceso a los servicios de salud reproductiva es de fundamental importancia para tratar de reducir la mortalidad materna, y es un derecho humano. Los datos indican que las intervenciones decisivas que más contribuyen a la reducción de la mortalidad materna son la asistencia cualificada en el parto, la atención obstétrica de urgencia y una red eficaz de derivación junto con la planificación familiar.

Respetar los derechos humanos es también de vital importancia para encarar las tres demoras que impulsan la mortalidad materna. Es preciso que las mujeres y las niñas accedan a educación así como a información y servicios de salud reproductiva. Es preciso que puedan acceder a los servicios de salud sin discriminación. Los Estados tienen que garantizar que los establecimientos que prestan servicios de atención de la salud disponen de personal cualificado en número adecuado y de medicamentos y suministros médicos esenciales adecuados, así como de infraestructuras como electricidad y agua.

En Sierra Leona, menos de la mitad (el 42 por ciento) de los partos son atendidos por asistentes de partería cualificados⁵, y menos de uno de cada cinco partos tiene lugar en establecimientos de salud.⁶ Casi la quinta parte de las mujeres no reciben atención prenatal de ningún tipo⁷, y se calcula que la tasa de fertilidad es de entre 5,1 y 6,1 hijos por mujer.⁸ En 6 de los 13 distritos de Sierra Leona no hay ninguna clase de atención obstétrica de urgencia, lo que priva a las mujeres que viven en estos distritos del acceso a cesáreas y transfusiones de sangre que pueden salvarles la vida.⁸

El propio gobierno ha reconocido que los recursos para el sector de la salud son deplorablemente inadecuados, incluso para prestar un nivel básico de atención. También ha reconocido que los servicios de salud están distribuidos de modo desigual en el país, lo que da lugar a desigualdades.¹⁰

El sistema de atención de la salud de Sierra Leona adolece de falta de personal cualificado y suficientemente motivado, de insuficiencia de medicamentos y suministros médicos, de una prestación de atención obstétrica de urgencia gravemente inadecuada en caso de complicaciones, de infraestructuras deficientes y de un sistema de derivación ineficaz. La rendición de cuentas que garantice el funcionamiento efectivo del sistema de atención de la salud es escasa o inexistente, tanto en el ámbito local como en el nacional.

Las mujeres se ven afectadas de modo especialmente negativo por las deficiencias del sistema de salud debido a su necesidad de atención de la salud durante el embarazo y el parto. La baja condición social de las mujeres en Sierra Leona se refleja en la baja prioridad que se concede a la satisfacción de sus necesidades en materia de atención de la salud, además de tener efectos directos sobre su acceso a los servicios de salud.

Las niñas y las mujeres de Sierra Leona sufren discriminación y violencia que afectan directamente a su derecho a la salud. Se enfrentan a muchas barreras que les impiden el acceso a los servicios de salud que necesitan durante el embarazo y el parto. Entre estas barreras se cuentan la falta de poder de las mujeres, que menoscaba su derecho a decidir cuándo quieren tener hijos y en qué número, agravado por la falta de información sobre los derechos sexuales y reproductivos.¹¹ Menos del 10 por ciento de las mujeres de Sierra Leona usan métodos anticonceptivos, lo cual limita su capacidad para elegir de forma responsable y libre el número de hijos que quieren tener y el intervalo entre los nacimientos. También existen barreras geográficas —con viajes largos y difíciles hasta los establecimientos de salud y conexiones de transporte deficientes— y barreras económicas.

EL DERECHO A LA SALUD

Sierra Leona ha ratificado muchos de los tratados de derechos humanos que garantizan el derecho al más alto nivel posible de salud, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. El derecho a la salud incluye el derecho a la salud materna, infantil y reproductiva. (Véase el capítulo 7, *infra*.)

El gobierno de Sierra Leona tiene la obligación de hacer efectivo el derecho a la salud, incluido el derecho a la salud materna, infantil y reproductiva. El gobierno tiene asimismo el deber de conceder prioridad a los grupos más vulnerables y marginados a la hora de asignar los recursos, y de abordar la discriminación en los servicios y la información de salud. La efectividad del derecho de las mujeres a la salud exige la eliminación de todas las barreras que se o ponen al acceso a los servicios, la educación y la información de salud, incluso en el área de la salud sexual y reproductiva.

Los establecimientos, bienes y servicios de atención de la salud deben ser disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad.¹² En la práctica, estos cuatro elementos interrelacionados y esenciales del derecho a la salud significan:

1. Disponibilidad: el gobierno de Sierra Leona tiene la obligación de garantizar la disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios públicos de atención de la salud que funcionen, así como de programas. Esto incluye los factores determinantes básicos de la salud: hospitales, clínicas y otros establecimientos; personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país; y los medicamentos esenciales.
2. Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna.
3. Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
4. Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado y medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado.

Los establecimientos de salud no sólo son inadecuados; también están distribuidos de modo desigual en el país. El propio gobierno ha señalado a este respecto: "Con una distancia media de 17,5 kilómetros al establecimiento de salud más cercano y la distribución inadecuada de los establecimientos de salud debido a la deficiente planificación y a los intereses personales, a lo que hay que agregar las dificultades del terreno y la deficiente red vial, existen barreras formidables para acceder a la atención de la salud".¹³

La atención de la salud es inaccesible para gran parte de la población debido a su costo. Dado que las cantidades que se cobran son a menudo arbitrarias e imprevisibles, el temor a los costos impide que un número muy superior de mujeres busquen atención de la salud. En consecuencia, el número de las que usan realmente el sistema de atención de la salud es extremadamente bajo.

En 2002, el gobierno aprobó un decreto presidencial por el que se eximía a las mujeres embarazadas y lactantes (y a otros grupos) de pagar por la atención de la salud. Sin embargo, estas exenciones no se han implementado en la práctica y los costos siguen siendo una barrera importante para el acceso de las mujeres a los servicios de salud.

En agosto de 2009, el ministro de Salud anunció planes para prestar atención gratuita a las mujeres embarazadas y a los niños y niñas y estableció un comité consultivo de ONG internacionales y organismos donantes.

Varios donantes internacionales que actúan en Sierra Leona comunicaron a Amnistía Internacional que estaban dispuestos a apoyar al gobierno de Sierra Leona a eliminar las barreras económicas con el fin de mejorar el acceso de las mujeres a la atención de la salud. Pero los costos no son el único problema. El sistema de atención de la salud carece de solidez y coordinación, y la mala administración y la corrupción son prácticas generalizadas. Los donantes internacionales se han mostrado reacios a desembolsar parte de los fondos sin pruebas de cambios que mejoren el sistema.

El presidente Ernest Bai Koroma se comprometió en 2007, según el programa electoral de su partido, a “proporcionar atención de la salud asequible”,¹⁴ y después de acceder al cargo ha proclamado que la erradicación de la corrupción del país es una de sus tres prioridades principales. La Comisión Anticorrupción es el medio para alcanzar este objetivo, y ha identificado al Ministerio de Salud como una de las prioridades de su labor.¹⁵

A principios de 2008, el gobierno hizo público el Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil con el objetivo de reducir las tasas de mortalidad materna, infantil y de niños y niñas menores de 5 años en un 30 por ciento entre 2005 y 2015. Los elementos principales de la estrategia son:

- aumentar de manera significativa el número de profesionales de la salud cualificados,
- garantizar que los establecimientos disponen de equipos esenciales y que funcionan,
- aumentar la utilización de los servicios de salud reproductiva e infantil,
- garantizar la elaboración y el cumplimiento de leyes, normas y directrices apropiadas,
- contribuir a una vigilancia y evaluación efectivas,
- garantizar un gobierno y una gestión efectivos en todo el sistema de atención de la salud, y
- garantizar una coordinación adecuada del trabajo en todos los niveles del sistema de salud.

El presidente refrendó el Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil en febrero de 2008. Donantes como la Secretaría de Estado para el Desarrollo Internacional (DFID) del gobierno del Reino Unido, el Banco Mundial y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se han comprometido a financiarlo. Se reconoce ampliamente el carácter integral del Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil, pero desde su presentación se ha hecho poco para implementarlo.

El gobierno se ha comprometido a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), es decir, los objetivos internacionalmente acordados para reducir la pobreza y sus efectos, incluida la mortalidad materna. Desde que el gobierno informó a la ONU en 2005 acerca de sus progresos en el cumplimiento de los ODM, se han producido algunas mejoras significativas. Sin embargo, aún queda mucho por hacer. Aunque los compromisos presupuestarios del gobierno con la salud han aumentado cada año, se calcula que el Ministerio de Salud recibe menos de la mitad de lo que se prometió. En un sistema descentralizado, los distritos también se quejan de que en contadas ocasiones reciben los fondos prometidos de manera íntegra y asidua.

Una reducción sustancial de la mortalidad materna sólo será posible mediante el acceso sin demora a atención obstétrica de urgencia de buena calidad. Los indicadores de consenso de la ONU sobre la disponibilidad y el uso de la atención obstétrica de urgencia ofrecen una imagen clara de lo que el gobierno debe hacer para reducir la mortalidad materna. En 2008, el Ministerio de Salud, con la ayuda de organismos de la ONU, llevó a cabo una valoración de las necesidades en cuanto a prestación de atención de la salud materna en todo el país (en este informe, encuesta sobre evaluación de necesidades).¹⁶ El estudio reveló que en 6 de los 13 distritos del país no había ningún tipo de establecimiento obstétrico de urgencia, por lo que cientos de miles de mujeres no tenían acceso a tratamientos de los que puede depender su vida. Este estudio ofrece al gobierno datos e información de referencia sobre la disponibilidad de servicios de atención obstétrica de urgencia en todo el país, una información que puede ser objeto de seguimiento para medir los avances.

Como respuesta a la encuesta sobre evaluación de necesidades, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con el apoyo del Banco Africano de Desarrollo, comenzó a colaborar con el Ministerio de Salud para proporcionar servicios obstétricos de urgencia integrales en cinco distritos. La Unión Europea y DFID y también han librado fondos para garantizar la disponibilidad de servicios obstétricos de urgencia en otros distritos.

El gobierno de Sierra Leona debe intensificar sus esfuerzos para salvar las vidas de las mujeres. Debe proporcionar una atención de la salud de buena calidad que esté disponible y sea accesible a todas las mujeres embarazadas.

La historia de Yerie Marah muestra cómo la desconfianza hacia el sistema de atención de la salud, la ignorancia de signos de peligro relacionados con el embarazo y las barreras económicas para la atención de la salud pueden costar vidas.

YERIE MARAH

Yerie Marah tenía 22 años cuando murió cerca de su casa en el poblado de Sokralla, distrito de Koinadugu, el 5 de noviembre de 2008. Su hija murió unos 40 días después.

Yerie Marah y Mahmoud Sawaneh llevaban juntos seis años, desde que eran adolescentes. Los dos eran mandingos, miembros de uno de los 16 grupos étnicos de Sierra Leona, y provenían de la misma comunidad. Ninguno de los dos había asistido a la escuela. Yerie pertenecía a una familia de seis hermanos y estaba muy unida a su madre, que vivía en las inmediaciones. Mahmoud y Yerie vivían en una pequeña edificación de una sola pieza en el centro del poblado de Sokralla, cerca de parientes de ambas ramas de la familia.

Mahmoud, como muchos sierraleoneses, se gana el sustento practicando la agricultura de subsistencia, pero ésta no le reporta ingreso disponible alguno. Durante la estación de las lluvias (de mayo a octubre) es sumamente difícil conseguir dinero, porque no hay cultivos que cosechar.

Era el segundo embarazo de Yerie. Mahmoud dijo a Amnistía Internacional: “Su primer embarazo había sido normal y nuestra hija, que ahora tiene cinco años, nació en casa”.

El 4 de noviembre de 2008, Yerie se puso de parto. Mahmoud dijo: “Eran más o menos las 8 de la mañana cuando Yerie se puso de parto. A las 11 de la mañana yo había contratado una motocicleta para llevarla a la clínica [unidad de salud periférica de Heremakono] y dio a luz nada más llegar allí”.

Según la asistente de partería tradicional que estuvo presente en el alumbramiento, la placenta se expulsó intacta. Sin embargo, Yerie comenzó a sangrar después del parto. La auxiliar de salud materno infantil que estaba de servicio en la clínica, Rebecca, le administró ergometrina, un medicamento que causa la contracción de los músculos uterinos y reduce la pérdida de sangre placentaria, en un intento de detener la hemorragia, y Yerie expulsó varios coágulos de gran tamaño. Rebecca dijo a Amnistía Internacional: “Después de dar a luz, Yerie sangraba mucho. Les insté a ir al hospital de Kabala, pero Yerie y Mahmoud se negaron. Creo que no tenían dinero para ir. Pero yo estaba realmente preocupada. Incluso le dije a la asistente de partería tradicional que estuvo allí durante el parto que iban a tener problemas si no la llevaban al hospital”.

Rebecca dijo que advirtió a Yerie: “Si hay un problema, él se casará con otra mujer, pero tú estarás muerta”, y declaró a Amnistía Internacional: “Creo que Yerie no quería ser una carga y sabía que su esposo no tenía dinero y por ese motivo no insistió en ir al hospital. Es algo habitual aquí”. Las conversaciones de Amnistía Internacional con familiares de Yerie y con el personal de CARE, una agencia de ayuda internacional que actúa en Sierra Leona, confirmaron que el dinero era un grave problema.

Poco después del parto, Mahmoud dejó a Yerie y a la niña para ir a comprar algunas cosas para la niña y disponer lo necesario para una comida para Yerie cuando volviera a casa. Rebecca dijo: “Yerie quería acompañarlo a hacer los mandados, pero yo protesté y le dije que se quedara en la clínica”.



Sirrah Gibateh, madre de Yerie Marah, que murió después de dar a luz en noviembre de 2008, junto con la hija superviviente de Yerie.

Rebecca contó a Amnistía Internacional que cuando Mahmoud regresó a la clínica de Heremakono, unas horas más tarde, “Yerie volvió a preguntarme si podía marcharse. Sólo encontré loquios, una secreción normal después del parto que contiene sangre y mucosidad. Yerie estaba muy pálida y parecía muy débil, y yo sabía que había perdido mucha sangre. Pero Yerie parecía deseosa de volver a su casa. Creo que lo único que quería era que todo volviera a la normalidad. Cuando quise acordar, se puso de pie y dijo a todo el mundo que estaba bien. Eran más o menos las 3 de la tarde y les dije que podían irse a casa”.

Mahmoud dijo a Amnistía Internacional: “Una vez que dieron el alta a Yerie en la clínica regresamos todos caminando a casa. Todo parecía ir bien. Cuando llegamos a casa, Yerie durmió un poco y cuando se despertó los dos estuvimos hablando y bromeando sobre el nombre que íbamos a poner a la niña. Decidimos llamar a la niñita Mariama”.

Esa misma tarde, Yerie fue a orinar y su madre vio que sangraba copiosamente. La madre de Yerie, Sirrah Gibateh, dijo entre lágrimas: “Entonces supe que algo iba muy mal. Estuvo toda la noche sangrando. Le sugerimos que diese el pecho a la niña porque en muchos casos esto alivia la hemorragia. Cuando terminó de amamantar a la niña, insistió en ir a bañarse al río”.

Mahmoud manifestó a Amnistía Internacional: “Le dije que se lavara en casa pero Yerie insistió en ir al río. Se fue sola. Poco después de llegar allí un vecino la vio y dijo que se quejaba a gritos de dolor de cabeza y mareo. Unos minutos después llegó el tío de Yerie. Dijo que estaba rígida y que se quejaba de nuevo de dolor de cabeza y mareo. Ella le pidió que mandara llamar a su madre y su hermana”.

La madre, Sirrah, y la hermana llegaron corriendo en ayuda de Yerie. Sirrah dijo a Amnistía Internacional: “La encontramos desplomada en el suelo, con el cuerpo rígido. Mientras la llevábamos a la casa se puso realmente rígida”.

La asistente de partería tradicional dijo a Amnistía Internacional: “Yerie había perdido mucha sangre, estaba seca, pálida y débil”. El hermano de Mahmoud envió una motocicleta en busca de la auxiliar de salud materno infantil, que declaró: “Cuando llegué a la casa, Mahmoud estaba histérico. Encontré a Yerie muerta y se lo dije a la familia. Yerie fue enterrada después en el poblado”.

Otra tragedia golpeó a la familia 40 días después, cuando la niña, Mariama, murió, al parecer de malnutrición.

Mahmoud dijo: “Estoy todavía de luto por la muerte de Yerie y de mi hija. Estas cosas ocurren por culpa de la pobreza. Ahora tengo que prestar atención a la niña que sigue viva y asegurarme de que va a la escuela”.

Los desafíos que implica encarar la mortalidad materna en Sierra Leona son inmensos, habida cuenta de las inadecuadas infraestructuras del país, los elevados niveles de pobreza y las persistentes secuelas de la guerra civil. Sin embargo, a pesar de estos desafíos, el gobierno de Sierra Leona tiene la obligación de adoptar medidas específicas para garantizar el más alto nivel posible de salud, usando al máximo los recursos de que dispone, incluidos los que recibe en concepto de cooperación y asistencia internacionales.

Amnistía Internacional pide al gobierno de Sierra Leona que aborde la mortalidad materna eliminando las barreras económicas que dificultan el acceso a la atención de la salud, y en particular la atención obstétrica de urgencia, y garantizando que esa atención está disponible y se distribuye de forma equitativa en todo el país. Amnistía Internacional pide al gobierno que continúe recabando la cooperación y la asistencia internacionales cuando sea necesario a fin de mejorar el sistema de salud y garantizar la prestación de atención de la salud materna y atención obstétrica de urgencia a todas las mujeres que lo necesiten.

2/POBREZA, DISCRIMINACIÓN Y MORTALIDAD MATERNA

Sierra Leona está aún recuperándose de una brutal guerra de 11 años que terminó en 2002, y muchas de las causas del conflicto no se han abordado, como la corrupción generalizada, la deficiente gobernanza, la marginación y el desempoderamiento de las comunidades rurales y la ineficiencia en la prestación de servicios públicos.¹⁷

Los efectos de la guerra sobre las infraestructuras del país y la huida de personal de la administración pública, incluidos profesionales de atención de la salud, han tenido enormes repercusiones sobre todos los servicios. Poco antes del comienzo de la guerra había casi 300 doctores a sueldo del gobierno.¹⁸ A mediados de 2009 sólo había 78.¹⁹

Sierra Leona es un país extremadamente pobre, con un producto interno bruto (PIB) per cápita de sólo 330 dólares estadounidenses,²⁰ una deuda externa de 1.500 millones de dólares y una economía que depende en gran medida de los fondos que aportan los donantes.²¹ El gobierno de Sierra Leona tiene la obligación de adoptar medidas concretas y selectivas para garantizar el más alto nivel posible de salud usando al máximo los recursos de que dispone, incluidos los que recibe en concepto de cooperación y asistencia internacionales. En 2007, Sierra Leona ocupaba el último lugar en el Índice de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), debido en gran medida a las graves deficiencias de los sectores de la salud y la educación.²² Aproximadamente el 70 por ciento de la población vive por debajo del umbral de pobreza, con menos de un dólar al día, y la mayoría de la población vive en zonas rurales.²³

DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES

“Parece que la fe y la cultura tradicional están fundidas en un abrazo ambivalente en Sierra Leona en el que ambas actúan en connivencia para conceder privilegios a los hombres y una condición inferior a las mujeres.”²⁴

Las mujeres de Sierra Leona sufren discriminación en prácticamente todos los aspectos de sus vidas, con desigualdad en el acceso a la educación, las oportunidades económicas y la atención de la salud.

Por ejemplo, el índice de alfabetización entre los hombres de entre 15 y 49 años de edad es de aproximadamente el 64 por ciento, mientras que en las mujeres del mismo grupo de edad es del 44 por ciento.²⁵ A pesar de algunos esfuerzos del gobierno para aumentar la participación, como disposiciones legales relativas a la educación gratuita, muchas niñas siguen sin asistir a la escuela. Las “escuelas del bosque”²⁶ son una fuente importante de educación para niños y niñas, sobre todo en las zonas rurales. Sin embargo, en muchos casos estas escuelas refuerzan las expectativas

estereotipadas de sumisión y subordinación de las niñas.²⁷ Además, cuando las niñas se quedan encintas, a menudo se las excluye de la escuela, ya sea como consecuencia de presiones sociales o, en algunos casos, debido a normas locales que niegan a las niñas embarazadas su derecho a la educación.²⁸

Aunque las mujeres tienen a su cargo el cuidado del hogar y de la familia y son las responsables de llevar a cabo la mayor parte de las tareas, la mayoría tienen escaso poder en el seno de sus propias comunidades.

Las mujeres han sufrido una discriminación legal considerable en las áreas del matrimonio, la propiedad de la tierra y la herencia. El matrimonio, el divorcio, la manutención, la propiedad y la herencia se rigen a menudo por leyes consuetudinarias que discriminan a las mujeres y cuyo efecto es a menudo reforzar los estereotipos de género que perjudican a las mujeres, negándoles el acceso a la justicia y una distribución justa de derechos y recursos.²⁹

En virtud del derecho consuetudinario, que rige en todas las zonas fuera de Freetown, la condición de una mujer en la sociedad es equivalente a la de una persona menor de edad. Antes del matrimonio, la mujer está subordinada a su padre o hermano, y después del casamiento, a su esposo. Si el marido muere, queda subordinada a su familiar varón, por lo general un hermano, hasta que se vuelva a casar. El esposo toma la mayoría de las decisiones en la familia. La posición social de la mujer depende de su papel de madre, y mejora a medida que tiene más hijos.

En un intento de encarar la discriminación contra las mujeres y el matrimonio a edad temprana, en 2007 se aprobaron tres leyes sobre género: la Ley de Violencia Intrafamiliar, la Ley de Sucesión, y la Ley de Registro de Matrimonios y Divorcios Consuetudinarios.³⁰ Sin embargo, un organismo gubernamental³¹ creado para ayudar en la implementación de estas normas legales ha concluido que en el seno de las comunidades apenas se conocen los detalles de estas leyes, que en gran medida no se han implementado. Por ejemplo, aunque se supone que los matrimonios y divorcios consuetudinarios se registran, en realidad no se ha establecido el proceso para realizar ese trámite.

Los matrimonios forzados también son habituales, sobre todo en las zonas rurales, vinculados con la práctica social y la pobreza.

PRÁCTICAS TRADICIONALES

Aproximadamente el 94 por ciento de la población femenina de Sierra Leona ha sido sometida a mutilación genital femenina, lo que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) aumenta sobremanera los riesgos para las mujeres durante el parto.³² Aunque se han puesto en marcha algunas iniciativas entre la sociedad civil para luchar por su abolición, el gobierno ha hecho poco para impedir la mutilación genital femenina.

Desde 2007, año en que se aprobó la Ley sobre los Derechos de la Infancia, es ilegal someter a las niñas menores de 18 años a la mutilación genital femenina. Sin embargo, esta práctica sigue estando



© Amnistía Internacional

**Niñas trabajando,
poblado de Lengekoro,
norte de Sierra Leona,
febrero de 2009.**



Mujeres y niñas embarazadas, algunas de sólo 16 años, en un poblado del distrito de Koinadugu, norte de Sierra Leona, febrero de 2009.

muy extendida a pesar de las gestiones de cabildeo de los grupos de derechos humanos.³³ Actualmente, los miembros de Amnistía Internacional de Sierra Leona trabajan con grupos de la sociedad civil y comunidades locales para abolir por completo esta práctica.

El matrimonio a edad temprana ha sido prohibido por la Ley sobre los Derechos de la Infancia de 2007 y por la Ley de Registro de Matrimonios y Divorcios Consuetudinarios, que prohíbe el matrimonio de personas menores de 18 años.³⁴ La sanción por infringir esta disposición es una multa de un máximo de 30 millones de leones (10.000 dólares)³⁵ o una pena de hasta dos años de cárcel. Sin embargo, las leyes que prohíben la violencia contra la mujer en el ámbito familiar y el matrimonio a edad temprana son ampliamente ignoradas. El casamiento de niñas de tan sólo 10 años es una práctica frecuente. En estos matrimonios, las niñas no tienen poder para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Al negárseles el control sobre su sexualidad y carecer de educación e información, estas niñas corren un riesgo especial.

El embarazo precoz es una de las principales consecuencias del matrimonio a edad temprana. Cuanto antes se queda embarazada una joven, mayor es el riesgo para su salud y para su vida y la del bebé; en todo el mundo, las muertes relacionadas con el embarazo son la causa principal de la mortalidad de las muchachas comprendidas entre los 15 y los 19 años.³⁶ Estudios internacionales han revelado que las ratios de mortalidad materna en jóvenes que dan a luz entre los 15 y

los 19 años son el doble que para las mujeres de entre 20 y 24 años, y cinco veces más para las niñas de entre 10 y 14 años que para las mujeres de 20 a 24.³⁷ Asimismo, la incidencia de fístulas³⁸ es mucho más elevada entre las madres adolescentes.³⁹

Se calcula que el 23 por ciento⁴⁰ de las familias, tanto musulmanas como cristianas, son polígamas, la mayoría en zonas rurales. En Sierra Leona, los hombres pueden tener cuantas esposas deseen y crean que puede permitirse económicamente, y es creencia muy extendida que cuanto más numerosa es la familia de un hombre, mayores son su prestigio, riqueza y poder. Sin embargo, estudios sobre las familias han revelado que, en realidad, cuanto más numerosa es la familia, mayor es el grado de pobreza.⁴¹

DISCRIMINACIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD

“La desigualdad de género en la atención de la salud es significativa y omnipresente. Las mujeres en Sierra Leona tienen desigualdad de acceso a servicios de salud básicos y desigualdad de oportunidades para la protección, promoción y mantenimiento de la salud.”⁴²

La baja posición social de las mujeres en Sierra Leona repercute directamente en la inacción del Estado a la hora de garantizar la satisfacción de sus necesidades de atención de la salud.

Las demoras decisivas que aumentan el riesgo de muerte materna comienzan en la familia, donde las mujeres tienen escaso poder para tomar decisiones en relación con su vida reproductiva. Habida cuenta de su baja posición y de la falta de independencia económica, las mujeres rara vez pueden decidir por sí mismas acudir a un establecimiento de atención de la salud, ya sea con fines de planificación familiar, atención prenatal, partos o servicios de urgencia. Esa decisión está

normalmente en manos del esposo, y a menudo depende de la valoración que éste hace de si tienen o pueden reunir suficiente dinero. Un estudio realizado por CARE reveló que el 68 por ciento de las madres dijeron que la decisión acerca de dónde dar a luz a un hijo la tomaba generalmente el esposo al comienzo del parto.⁴³

ADAMA TURAY

Adama Turay, que murió en diciembre de 2008, dejó de acudir a los servicios de atención prenatal porque su esposo se quedó sin empleo y no había dinero para que ella pagara las visitas.

Al principio de su embarazo, Adama Turay había acudido a la clínica prenatal local para someterse a revisiones, pero tuvo que dejar de ir porque no podía pagar los honorarios de cada visita. “El temor a lo que costaría le impidió buscar la atención médica que realmente necesitaba”, dijo su hermana Sarah Kabbia.

Sarah dijo a Amnistía Internacional: “Cuando Adama se puso muy hinchada y los pies se le inflamaron, no sabíamos que era algún tipo de señal de peligro. Pensamos simplemente que estaba gorda porque estaba embarazada. Creo que si hubiera seguido acudiendo a la clínica prenatal la enfermera habría detectado algo, le habría dicho qué hacer, y tal vez no hubiera muerto”.

Sarah agregó: “Creo que Adama estaría viva hoy si hubiera seguido acudiendo a la atención prenatal. No tenía suficiente dinero para ir porque su esposo había perdido su empleo. Ella no tenía dinero propio”.

Las mujeres de Sierra Leona pasan una parte importante de su vida embarazadas. Pese a ello, en debates con diversos grupos-muestra y en entrevistas con mujeres y sus familias y con trabajadores de la salud se dijo a Amnistía Internacional que el conocimiento de las complicaciones concretas relacionadas con el embarazo y de la necesidad de intervenciones oportunas es escaso.

La abrumadora mayoría de las mujeres dan a luz en su casa sin la ayuda de un asistente cualificado. La responsabilidad de tomar decisiones críticas y que tengan en cuenta el tiempo durante el parto recae en gran medida en los miembros de la familia y las asistentes de partería tradicionales, muchas de las cuales tampoco conocen los signos de peligro en el embarazo y el parto.

La falta de poder de las mujeres para tomar decisiones, el hecho de que no se espera que las mujeres de Sierra Leona se quejen cuando sufren privaciones personales, y su falta de información sobre los signos de peligro en el embarazo, forman en conjunto una combinación peligrosa. La alta incidencia de muertes en el parto induce a suponer que se trata de algo “normal” o inevitable, en vez de pensar que es considerarse evitable.

PRÁCTICAS DE PARTO TRADICIONALES

En todos los poblados y comunidades de Sierra Leona hay asistentes de partería tradicionales. Generalmente, la asistente de partería tradicional es la esposa del jefe u otra mujer destacada, y en las familias polígamas suele ser la primera esposa. En muchas zonas remotas, desempeñan un papel de vital importancia en la comunidad, asistiendo a las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el alumbramiento y prestando atención durante el periodo de posparto inmediato a la mujer y al recién nacido. Sin embargo, las asistentes de partería tradicionales no son matronas y no poseen la capacitación necesaria para constituir asistentes de partería cualificados.⁴⁴

Los síntomas de complicaciones durante el embarazo y el parto no siempre se reconocen o se consideran situaciones de urgencia que pueden poner en peligro la vida. Por ejemplo, en las zonas rurales es creencia muy extendida que la causa del parto obstruido es la infidelidad de la mujer.⁴⁵ Esta



Sepelio de Emmah Bangura,
abril de 2008.

EMMAH BANGURA

Emmah Bangura murió de sepsis en el hospital de Kambia en abril de 2008 después de un parto obstruido. El niño nació muerto.

Emmah conoció a su segundo esposo, Hassam Kargbo, después de la guerra. Ella tenía ya tres hijos de su primer matrimonio. Sus familiares no tenían muy buena opinión de Hassam porque no tenía un empleo estable. Según su tía, Beatrice Bangura, Emmah siempre estaba pidiendo arroz y dinero porque Hassam nunca tenía suficiente dinero. Sin embargo, a decir de todos Emmah estaba muy enamorada de Hassam y muy deseosa de complacerlo, lo que incluía acceder a mantener relaciones sexuales siempre que él quería, incluso muy poco después del alumbramiento de su último hijo.

Aunque Hassam era musulmán, Emmah, que era cristiana, era su única esposa, por lo que él, dijo Beatrice Bangura, “quería mucho sexo [...] no podía esperar siquiera hasta que ella hubiera terminado de dar el pecho”. Las relaciones sexuales cuando una mujer está todavía amamantando están proscritas culturalmente en Sierra Leona.

Su primer hijo con Hassam no había cumplido un año cuando Emmah volvió a quedarse embarazada. Al principio negó que estuviera encinta “porque protegía a su esposo”, según Beatrice Bangura. Las enfermeras del hospital de Kambia, donde trabajaba su otra tía, Isatu Turray, y donde Emmah había dado a luz a sus hijos anteriores, la reprendieron por tener los hijos demasiado seguidos.

Emmah Bangura era una mujer pequeña. Se la conocía con el apodo de “Kinkini,” que connota que era menuda. Hassam es un hombre alto —aproximadamente, 1,83 metros— y en el parto anterior Emmah había tenido dificultades debido al tamaño del niño. Durante este embarazo se quejó de dolores en la espalda y el costado, pero en los reconocimientos prenatales nunca le dijeron que algo estuviera fuera de lo normal ni que el feto fuera especialmente grande.

peligrosa idea falsa valora más la castidad de la mujer que su salud o su vida. En muchos casos se malgastan tiempo y energías en intentar obtener una confesión en vez de asegurar que la mujer, que está desesperada de dolor porque el bebé no nace, tiene acceso a la atención obstétrica de urgencia que necesita.

OBSTÁCULOS PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En Sierra Leona, pocas mujeres pueden ejercer su derecho a decidir el número, el espaciamiento y el momento de sus embarazos. A menudo las mujeres apenas tienen elección en lo relativo a si desean mantener relaciones sexuales y cuándo, y el uso de anticonceptivos es extremadamente escaso. Los cálculos sobre la proporción de mujeres que usan métodos anticonceptivos oscilan entre el 5 y el 8 por ciento.⁴⁶ Cualquiera que sea la cifra verdadera, es muy inferior a la media de la región de África occidental y una de las más bajas del mundo. Estudios recientes han revelado que cuanto más alto es el nivel de educación que ha recibido una mujer, más probable será que practique la planificación familiar y su familia tenderá a ser menos numerosa.⁴⁷

Se supone que en los hospitales y centros de salud se imparte educación en planificación familiar, y que en los hospitales está dirigida a las mujeres que acuden para recibir atención y los centros de salud son responsables de la educación en planificación familiar en las comunidades. Las opciones en materia de anticoncepción incluyen las inyecciones, los preservativos o la píldora, siendo las inyecciones la opción más aceptada porque se le pueden administrar a la mujer sin conocimiento de su esposo. Por ley, se supone que los anticonceptivos están disponibles libremente; sin embargo, como sucede con otros suministros médicos, rara vez hay suficientes para satisfacer las necesidades. Los anticonceptivos también pueden adquirirse en las farmacias, pero las mujeres rara vez los compran porque no son una prioridad cuando el dinero escasea.

Los avances en la planificación familiar son obra en gran medida de algunas ONG como Marie Stopes International, una organización radicada en el Reino Unido que presta servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. Marie Stopes ha ampliado su red de clínicas en Sierra Leona, ha introducido el implante anticonceptivo⁴⁸ y ha hecho que los dispositivos intrauterinos y las ligaduras de trompas, con el consentimiento informado de las mujeres, estén ampliamente disponibles. La organización ha informado de un aumento del número de sus clientes en 53.000 en 2008.⁴⁹

Las mujeres son a menudo reacias a practicar la planificación familiar por temor a ser abandonadas o rechazadas por sus familias. Amnistía Internacional tuvo conocimiento de varios casos en los que la mujer no estaba dispuesta a contar a su esposo que no debían tener otro hijo, a pesar de los riesgos que entrañaba para su salud tener otro hijo demasiado pronto después de un embarazo previo. Algunas mujeres también informaron de que cuando plantearon prácticas de planificación familiar, como el uso del preservativo, su esposo o pareja no se mostró a favor y en consecuencia no las usaron. En conversaciones de Amnistía Internacional con hombres y otros integrantes de la comunidad en diferentes comunidades rurales, muchos revelaron que no eran conscientes de los riesgos que los embarazos frecuentes entrañaban para la salud de las mujeres.

ABORTO

En Sierra Leona, el aborto es legal en circunstancias en que sea necesario para salvar la vida de la mujer o preservar su salud física o mental.⁵⁰ Sin embargo, cabe la posibilidad de que a las mujeres que necesitan un aborto seguro en estas circunstancias no se les practique. El Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil señala que las complicaciones debido a abortos inseguros son una de las causas principales de mortalidad materna. Aunque resulta difícil recoger datos exactos, se calcula que entre el 8 y el 13 por ciento de las muertes maternas pueden estar vinculadas con abortos inseguros.⁵¹

3/EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD: UN CATÁLOGO DE DEFICIENCIAS

El sistema de atención de la salud en Sierra Leona está descentralizado, siendo la prestación del servicio responsabilidad de los 13 distritos, cada uno de los cuales cuenta al menos con un hospital del Estado y una red de unidades de salud periféricas que prestan atención primaria de la salud. La prestación de la atención de nivel secundario es responsabilidad de los hospitales de distrito y los hospitales regionales. Los servicios de atención terciaria de la salud corren a cargo de hospitales especializados de Freetown. El hospital-maternidad Princess Christian es la institución terciaria de salud materno infantil. Existen también algunos hospitales privados y centros de atención de la salud regentados por organizaciones religiosas y otras organizaciones nacionales e internacionales. En 2007, 97 ONG estaban registradas en el sector de la salud. Para más datos sobre el sistema de salud de Sierra Leona, véase el Anexo 1.

DEFICIENCIAS DEL SISTEMA

A pesar del trabajo abnegado de profesionales de la medicina, la enfermería y matronas a título individual, el sistema de atención de la salud Sierra Leona adolece de algunas deficiencias sistémicas que impiden que las mujeres tengan acceso a la atención de la salud reproductiva y materna que necesitan.

Entre estas deficiencias del sistema se cuentan las siguientes:

- infraestructuras deficientes;
- lagunas en liderazgo y coordinación;
- número inadecuado de personal capacitado;
- desigualdades en la distribución de los establecimientos y recursos de salud;
- insuficiencia de medicamentos, equipos médicos y otros suministros;
- prestación gravemente inadecuada de servicios obstétricos de urgencia;
- un sistema de derivación ineficaz; y
- falta de mecanismos efectivos de vigilancia y rendición de cuentas.

© Amnistía Internacional



© Amnistía Internacional



INFRAESTRUCTURAS DEFICIENTES

“Debemos ser el único hospital-maternidad de nivel terciario del planeta donde no hay una máquina de sonogramas [ultrasonidos] que funcione.”

Médico del hospital-maternidad Princess Christian⁵²

En todas las regiones de Sierra Leona escasean algunos servicios básicos, incluso en los hospitales y centros de atención de la salud. Muchos hospitales del Estado no disponen de agua corriente (incluidos los visitados por Amnistía Internacional en Kambia, Makeni y Kabala). La falta de electricidad es un problema en todo el país. Sólo el 10 por ciento de los hospitales y centros de salud comunitarios disponen de un suministro de electricidad fiable, lo cual limita su capacidad para prestar atención obstétrica de urgencia durante las 24 horas.⁵³ En muchos casos, los pacientes tienen que pagar el combustible para poner en marcha un generador si necesitan una operación.

Algunos cirujanos dijeron a Amnistía Internacional que habían operado a la luz de un teléfono móvil al apagarse el generador. Faltan equipos hospitalarios corrientes. En el hospital de Makeni, un hospital de derivación regional, no hay aparato de rayos X, ni luces para operar en el quirófano. No hay oxígeno comprimido disponible en todo el país.

Arriba: Una sala del hospital-maternidad Princess Christian, el hospital de derivación más grande del país.

Derecha: Tarea de limpieza de la sala de operaciones del hospital de Makeni, que no tiene agua corriente.

LAGUNAS EN LIDERAZGO Y COORDINACIÓN

Las lagunas en liderazgo y coordinación afectan a todos los niveles del sistema de atención de la salud. Entre los problemas que se identifican habitualmente figuran la necesidad de aclarar la rendición de cuentas, las funciones y las responsabilidades, la necesidad de sistemas de elaboración de presupuestos y contabilidad más efectivos y la necesidad de aclarar las funciones de los consejos locales y las juntas directivas de los hospitales.⁵⁴ Aunque la descentralización de las funciones del Ministerio de Salud a organismos de nivel de distrito merece generalmente una valoración positiva, el proceso, iniciado en 2004, requiere dosis muy superiores de claridad y cohesión.



R., que en la imagen vacuna a un niño, lleva cuatro años trabajando en un puesto de salud y el gobierno nunca le ha pagado. R. dijo a Amnistía Internacional: “Trabajo seis días a la semana. Tengo tres hijos que viven con mi esposo. Los veo una vez al mes”. R. vende los medicamentos que dispensa con un pequeño margen de beneficio y cobra por atender a los pacientes.

La lentitud de la respuesta del gobierno ante la desigual distribución de los recursos y servicios de atención de la salud ha propiciado amplias desigualdades dentro de los diferentes distritos. Por ejemplo, mientras que seis distritos de salud no disponen de ningún tipo de atención obstétrica de urgencia, en el Área Occidental hay cinco, en Bombali tres y en Port Loko dos.⁵⁵

La capacidad de los distritos en cuanto a recursos humanos presenta enormes variaciones.⁵⁶ No es sorprendente que en Freetown y el Área Occidental tengan un predominio de personal cualificado en comparación con el resto del país.⁵⁷

Amnistía Internacional fue informada de que durante el último ciclo de planificación, el gobierno no trató de garantizar una mayor coordinación entre los distritos, sino que la transferencia de funcionarios médicos de distrito de un distrito a otro afectó gravemente al proceso.

Otro problema importante del que se informó fue el hecho de que los equipos de gestión de los servicios de salud de distrito casi nunca reciben todos los fondos que se les han prometido, por lo que les resulta imposible llevar a cabo los planes que tienen de un año a otro.

Dada la importancia de las actividades de las ONG y de los donantes para el sistema de salud de Sierra Leona, las comunicaciones y la coordinación entre los propios donantes y entre los donantes y el Ministerio de Salud también son de fundamental importancia. El Instituto de Resultados para el Desarrollo, asociado de la Iniciativa de Liderazgo Ministerial para la Salud Global,⁵⁸ está trabajando

con el Ministerio de Salud para ayudar a mejorar la coordinación con donantes clave a fin de diseñar y financiar un programa común de salud “para todo el sector”.

ESCASEZ DE PERSONAL, ESPECIALMENTE EN ZONAS REMOTAS

Debido a la prolongada guerra civil y a las limitaciones económicas del país, hay escasez de personal médico en Sierra Leona. En todo el país, con una población de 5,5 millones de habitantes, en 2007 sólo había 64 funcionarios médicos, 7 especialistas médicos clínicos, 21 especialistas en salud pública, 87 matronas, 225 enfermeras clínicas, 17 farmacéuticos y 1.228 auxiliares de salud materno infantil.⁵⁹ A pesar del escaso número de doctores en medicina que hay en el país, muchos de ellos trabajan en puestos administrativos en el Ministerio de Salud o como funcionarios médicos de distrito con grandes volúmenes de trabajo administrativo.

Las zonas remotas se ven especialmente afectadas por la escasez de personal, que se muestra reacio a trabajar en ellas debido a las deficientes infraestructuras, la falta de oportunidades educativas para sus hijos y la baja calidad de vida. Por ejemplo, en los distritos de Bonthe y Moyamba, en el sur, y en el distrito de Tonkolili, en el norte, no había matronas en 2008.⁶⁰ Un número desproporcionadamente elevado de profesionales de la salud trabajan en Freetown y el Área Occidental, y en consecuencia sólo el Área Occidental cumple las ratios de personal establecidas por la OMS de un médico por cada 12.000 habitantes. En cambio, en el distrito de Kailahun, en el este del país, hay un médico por cada 191.346 habitantes.⁶¹

En el sistema hay también algunos “trabajadores fantasmas” (personas a las que se paga, aunque no trabajan), y el absentismo es habitual. Un estudio de 2007 calculó que la tasa de absentismo llegaba hasta el 42 por ciento.⁶²

SALARIOS ESCASOS Y CONDICIONES LABORALES DEFICIENTES

El Ministerio de Salud tiene dificultades para atraer y retener a personal cualificado y motivado. Los hospitales privados pagan aproximadamente el triple que el gobierno, sobre todo en los puestos más cualificados como los de médico o matrona.⁶³ Las condiciones de servicio también son mucho más atractivas en otros países de África occidental. Un médico dijo: “Puedes estar hasta dos años sin que te paguen nada, y después ganar 100 dólares al mes como médico. En Ghana se puede conseguir un empleo por 1.500 dólares al mes sin ningún problema. También hay oportunidades de formación de postgrado”.⁶⁴

En los hospitales y centros de atención de la salud de todo el país hay miembros del personal contratados y a sueldo del Estado, otros han sido contratados pero no forman parte todavía de la administración pública y no se les paga, y otros no han sido contratados pero trabajan con carácter voluntario. En términos generales, entre 5 y 18 personas obtienen el título de médico en Sierra Leona cada año, pero como sucede con otros profesionales de la salud, no consiguen empleo de inmediato; por lo general hay una demora de tres años.⁶⁵ En consecuencia, muchas trabajan sin salario del Estado.⁶⁶ En el distrito de Koinadugu, el 48 por ciento de las auxiliares de salud materno infantil y los funcionarios de salud de la comunidad no recibían un salario al término de 2008.⁶⁷ Sobreviven cobrando por sus servicios y por los medicamentos, algunos de los cuales se supone que son gratuitos para los pacientes. Estos honorarios carecen de toda regulación, aunque Amnistía Internacional comprobó que en general los miembros de la comunidad eran conscientes de la situación de los trabajadores de salud y no ponían objeciones a pagar por los servicios siempre que las tarifas fueran razonables.

Incluso para quienes perciben un salario, las condiciones generales de servicio son deficientes. En las zonas remotas, no siempre se proporciona al personal de salud un lugar donde vivir, no tienen derecho a vacaciones y a menudo los salarios se pagan con retraso o no se pagan. En el servicio del



La hija de Emmah Bangura. Su madre murió al no haber ningún médico para operarla.

Cuando llevaron a Emmah Bangura al hospital de Kambia, en abril de 2008, sufría un parto obstruido y necesitaba con urgencia una cesárea. Sin embargo, el único médico asignado al hospital se había ausentado para cumplir otra tarea, por lo que no había nadie que pudiera realizar la operación. A pesar de la urgencia de la situación, el personal del hospital esperó hasta el día siguiente para llamar al médico, que también era el funcionario médico de distrito. El niño nació muerto ese mismo día, y Emmah murió de sepsis dos días después.

gobierno, los médicos ganan unos 100 dólares, las matronas 60-80 dólares y las enfermeras 40-60 dólares al mes. Dado que el precio de una bolsa de arroz de aproximadamente 22,5 kilogramos es de casi 40 dólares, a las familias les resulta muy difícil vivir con esos ingresos.

FALTA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE URGENCIA

El acceso a los servicios obstétricos de urgencia ha sido identificado como un componente del derecho a la salud materna, infantil y reproductiva, garantizado por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.⁶⁸

Las directrices elaboradas por organismos de la ONU⁶⁹ definen los componentes de la atención obstétrica de urgencia y recomiendan un mínimo de cuatro establecimientos de atención obstétrica de urgencia básica y un establecimiento de atención obstétrica de urgencia integral por cada 500.000 personas. La atención obstétrica de urgencia básica abarca la administración de antibióticos, fármacos oxitócicos y anticonvulsivos, la extracción manual de la placenta, la extracción de productos retenidos y el parto vaginal asistido. La atención obstétrica de urgencia integral incluye también transfusiones de sangre y partos por cesárea.

La evaluación de necesidades en materia de prestación de atención de la salud materna realizada en 2008 utilizó indicadores de proceso de la ONU que analizan los registros ordinarios del servicio para medir la disponibilidad de servicios obstétricos de urgencia, su uso y la calidad de estos servicios.⁷⁰ El estudio reveló que sólo 14 de los 38 hospitales de Sierra Leona que prestan servicios de salud materna podían ofrecer atención obstétrica de urgencia integral, y que en 6 de los 13 distritos del país no había ningún tipo de establecimiento obstétrico de urgencia, por lo que cientos de miles de mujeres no tenían acceso a tratamientos de los que podía depender su vida.

Ni una sola de las unidades de salud periféricas (las clínicas y los puestos de salud que prestan atención primaria) en todo el país proporciona atención obstétrica de urgencia básica, porque el personal no está capacitado o equipado para realizar partos vaginales asistidos.

No sólo hay una cobertura inadecuada de la atención obstétrica de urgencia integral, sino que los servicios disponibles están distribuidos desigualmente. Por ejemplo, la evaluación de necesidades reveló que en el distrito de Bombali, con una población de 400.000 habitantes, hay tres hospitales que prestan atención obstétrica de urgencia, pero sólo hay uno en el sur y el este, con una población total de 1,2 millones de habitantes. Garantizar una distribución equitativa de todos los establecimientos, bienes y servicios de salud es una obligación básica del gobierno de Sierra Leona,⁷¹ una obligación que no depende del nivel de recursos del país.

El estudio reveló que sólo un 10 por ciento de los nacimientos esperados tuvieron lugar en establecimientos de salud, y sólo el 2 por ciento en hospitales que prestan atención obstétrica de urgencia.⁷²

La OMS calcula que, en todo el mundo, entre el 5 y el 15 por ciento de los embarazos requieren una cesárea. Entre julio de 2007 y julio de 2008, de acuerdo con la encuesta sobre evaluación de necesidades, sólo el 1 por ciento de los nacimientos en Sierra Leona se realizaron por cesárea, registrándose la proporción más alta en el Área Occidental, con un 1,4 por ciento, y ninguno en el distrito meridional de Pujehun. Estas cifras implican que un porcentaje muy elevado de las mujeres que necesitan una cirugía que puede salvarles la vida no la obtienen.

Incluso cuando las mujeres pueden acceder a los establecimientos de salud, cabe la posibilidad de que no reciban el tratamiento del que puede depender su vida. Las tasas de letalidad, que miden la proporción de fallecimientos entre las mujeres ingresadas en un establecimiento con complicaciones obstétricas, son extremadamente elevadas en Sierra Leona.⁷³



© Amnistía Internacional

Una mujer que ha dado a luz gemelos y necesita una transfusión de sangre, hospital-maternidad Princess Christian, Freetown, febrero de 2009. El hospital no tiene banco de sangre.

INSUFICIENCIA DE MEDICAMENTOS, EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS

La escasez de medicamentos, equipos y suministros médicos, sangre y hemoderivados es crónica.

En Sierra Leona no existe de hecho ningún sistema de bancos de sangre, aunque se calcula que el 80 por ciento de las mujeres y los niños y niñas sufren anemia debido a las elevadas tasas de malnutrición y malaria. Cuando un paciente necesita sangre, sus amistades o sus familiares deben donarla, ya sea para hacer la transfusión al paciente, si es compatible, o para sustituir a la sangre del grupo sanguíneo apropiado que se toma de las reservas del hospital. El problema es que por lo general la gente se muestra reacia a donar sangre, en parte debido a la idea falsa pero muy extendida de que es peligroso hacerlo. No se ofrece ninguna clase de incentivo, y en consecuencia los donantes de sangre son escasos. Además, pocos hospitales disponen de instalaciones de almacenamiento de la sangre que funcionen. Ni siquiera el hospital-maternidad Princess Christian, principal hospital-maternidad de derivación del país, dispone de un banco de sangre que funcione.⁷⁴ En consecuencia, muchas mujeres mueren porque no pueden recibir una transfusión de sangre.



Ali Kari Bangora II, el afligido esposo de Maferreh Kamara, que murió por no recibir una transfusión de sangre.

MAFEREH KAMARA

Maferreh Kamara, de 33 años, murió en el hospital de Kambia el 20 de noviembre de 2008.

Cuando Maferreh llegó al hospital de Kambia, había perdido ya mucha sangre y, según el relato del personal de servicio, estaba pálida y débil. Ese mismo día se le practicó una cesárea y se extrajo a su hijo muerto y macerado. A Maferreh le pusieron un catéter con fluido, pero lo que de verdad necesitaba era una transfusión de sangre. Según los registros del hospital, su recuento de hemoglobina era de sólo 6, lo que indicaba una anemia bastante severa.

En el hospital no había sangre de su grupo sanguíneo, y tampoco servía la de ninguno de los familiares presentes en el hospital. A mediodía, la familia había enviado en busca de la hermana gemela de Maferreh, que vivía en una comunidad cercana, para que donase sangre. Sin embargo, cuando su hermana llegó al hospital, Maferreh había muerto.

Un estudio realizado en 2007 sobre la disponibilidad de medicamentos esenciales reveló que sólo el 37 por ciento de las unidades de salud periféricas tenían existencias de todos los artículos.⁷⁵ El personal compra los suministros a fuentes privadas y los vende, a veces a un precio más alto.

Algunos fármacos, como la medicina contra la malaria, son donados de forma gratuita por UNICEF y otros donantes y se supone que se dispensan gratuitamente a los pacientes. De acuerdo con el informe de 2008 de la Comisión Anticorrupción, más del 47 por ciento de los habitantes de Sierra Leona se quejaban de que no había cantidades suficientes de estos fármacos para tratar a sus comunidades.⁷⁶

Se supone que todos los demás medicamentos se suministran conforme al sistema de recuperación de costos, en virtud del cual el 40 por ciento de la recaudación por la venta de medicamentos se destina a un fondo rotatorio para comprar más medicamentos.⁷⁷

La adquisición de medicamentos para los servicios de salud primarios y secundarios ha sido transferida a los consejos locales. Sin embargo, el sistema de recuperación de costos se ha venido abajo en los últimos años, debido en gran medida al deficiente control de la distribución de medicamentos entre los almacenes médicos centrales y los distritos.⁷⁸ La Comisión Anticorrupción reveló también que el personal de atención de la salud que trabajaba dentro del sistema se apropiaba indebidamente de medicamentos.

La Comisión Anticorrupción comprobó que, en general, el número de medicamentos y suministros era inadecuado, que los medicamentos se vendían y administraban ilegalmente en los hospitales y que no se disponía de información alguna sobre la adquisición y el suministro de medicamentos por parte de los consejos o del Ministerio de Salud.⁷⁹ La Comisión documentó asimismo varias preocupaciones relacionadas con el almacenamiento de fármacos y equipos médicos.⁸⁰ Señaló que los medicamentos que tienen una vida útil breve no se guardaban y utilizaban de manera apropiada. También reveló que el registro de datos se hallaba en un “estado escandaloso” y que la mayoría de los comités de adquisiciones carecían de competencia técnica para decidir el tipo de fármacos que debían adquirirse.⁸¹

Miembros del personal del hospital-maternidad Princess Christian dijeron a Amnistía Internacional que aun cuando medicamentos y suministros como bolsas de sangre proceden de donaciones, por lo que deberían estar disponibles de forma gratuita, continúan sin estar disponibles la mayor parte de las veces. El personal de atención de la salud se quejaba de que las remesas no se envían a tiempo y de que casi nunca reciben todos los suministros que han solicitado.

Aunque Yerie Marah estaba embarazada, no se le entregó un mosquitero para la cama tratado con insecticida, aunque se supone que se distribuyen de forma gratuita a las mujeres embarazadas como parte de un programa del gobierno para prevenir la malaria, financiado a través del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Una ONG local informó a Amnistía Internacional de que las clínicas de la zona (cerca de Kabala, distrito de Koinadugu) no tenían mosquiteros desde hacía varios meses, pero que se podían comprar en las tiendas.

Sin mosquitero, Yerie contrajo la malaria. Se cree que este fue un factor coadyuvante en su muerte en noviembre de 2008 tras las graves pérdidas de sangre que sufrió.



© Amnistía Internacional

Sokralla, poblado natal de Yerie Marah, cerca de Kabala, distrito de Koinadugu.

SISTEMA DE DERIVACIÓN INEFICIENTE

“Hay una crisis general en de las conexiones entre los niveles del sistema de atención primaria de la salud debido a la falta de comunicación y de ambulancias para las derivaciones. En esencia, cada establecimiento de salud funciona como una isla.”

Encuesta sobre evaluación de necesidades, p. 79

Cuando un paciente se pone en contacto con el servicio de salud en cualquier nivel, debería estar garantizado un continuo de atención, hasta un establecimiento de nivel terciario si es preciso. La continuidad de la atención requiere que los establecimientos de salud puedan comunicarse entre sí, y es la columna vertebral del sistema de atención primaria de la salud.

Debido a la distribución desigual y no equitativa de los establecimientos de atención de la salud en Sierra Leona, servicios de los que puede depender una vida son inaccesibles para muchas mujeres. Estos problemas se agravan a causa de las distancias entre los establecimientos, el deficiente estado de las carreteras fuera de Freetown y la falta de transporte público. En estas circunstancias resulta esencial un sistema de derivación eficaz. Sin embargo, en Sierra Leona, la falta de equipos de comunicaciones y de ambulancias hacen que el sistema de derivación sea ineficaz o inexistente, incluso en casos de urgencia.

El doctor Alikalie, funcionario médico de distrito del distrito de Koinadugu, el más extenso de los 13 distritos de Sierra Leona, dijo a Amnistía Internacional que la deficiente red de derivación es el principal factor que conduce a muertes maternas en el distrito.

Pocas unidades de salud periféricas están dotadas de medios para transportar a las personas a los hospitales y otros establecimientos de salud. Aunque se supone que todos los hospitales tienen asignada al menos una ambulancia, menos de uno de cada 10 disponen de ella. La corrupción es



Una ambulancia averiada.
Las mujeres que necesitan llegar a un hospital tendrán que encontrar otro medio de transporte.

también generalizada en relación con las ambulancias: el personal las utiliza para viajes personales, cobra honorarios por su uso y se queda con el dinero, y reclama reembolsos por reparaciones inexistentes.⁸²

En muchos casos, la comunicación entre diferentes establecimientos de salud para solicitar asistencia o transporte para pacientes es imposible debido a la ausencia de aparatos de radio, redes telefónicas que funcionen y otros equipos de comunicaciones.⁸³ Ninguno de los hospitales y las unidades de salud periféricas (clínicas y puestos de salud) de Bonthe, Kailahun, Moyamba y Pujehun disponían de instalaciones para comunicaciones en 2008.⁸⁴ Anne Marie, auxiliar de salud materno infantil de Koinadugu, dijo a Amnistía Internacional: “En mi puesto de salud no tenemos radio y la red telefónica no siempre funciona. Así que si hay casos que tengo que derivar a urgencias, todo queda en manos de la voluntad de Dios. Usamos nuestros propios teléfonos móviles pero éstos no se pueden usar en zonas donde no hay cobertura”.

HAWA DABOR

Hawa Dabor no pudo llegar a tiempo al hospital. Murió el 19 de marzo de 2008 durante un parto gemelar en el puesto de salud materno infantil de Lengekoro, en el distrito de Koinadugu.

Era el sexto embarazo de Hawa. Durante el cuarto embarazo habían tenido que practicarle una cesárea, pero su quinto embarazo fue normal y dio a luz sin problemas en un puesto de salud. Sin embargo, durante el sexto embarazo, una serie de contratiempos desembocaron en su muerte. Hawa comenzó a ponerse de parto la noche del 18 de marzo de 2008. Cuando llegó al puesto de salud después de varias horas de parto, la auxiliar de salud materno infantil aconsejó de inmediato que Hawa acudiera directamente al hospital de Kabala para dar a luz. La familia comenzó inmediatamente a reunir el dinero para pagar el viaje. Sin embargo, como era de noche, había pocos automóviles en las carreteras. La familia buscó desesperadamente una manera de llevar a Hawa al hospital, pero como en el puesto de salud no había radio, ni cobertura telefónica ni ningún otro medio de comunicación, lo único que la auxiliar pudo hacer fue administrar un goteo intravenoso y confiar en que un vehículo pasara por allí. No pasó ninguno, Hawa murió a las 2.30 de la madrugada y los gemelos nacieron muertos.

INSUFICIENTE FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PERSONAL

La mayoría de las unidades de salud periféricas están a cargo de auxiliares de salud materno infantil, que han recibido una formación de dos años y están capacitados para llevar a cabo alumbramientos normales, y a quienes el gobierno considera asistentes de partería cualificados.⁸⁵ Estas personas desempeñan un papel clave en los alumbramientos en hospitales y se ocupan de todos los partos en los poblados en puestos de salud materno infantil.

Durante la investigación de Amnistía Internacional se hizo patente que algunas auxiliares de salud materno infantil no reunían las aptitudes necesarias para interpretar los gráficos o vigilar los ritmos cardíacos. En repetidas ocasiones se dijo también a Amnistía Internacional que a veces las auxiliares

BINTA BARRIE

Binta Barrie estuvo a punto de morir en el parto en enero de 2009. Sólo la intervención de un “buen samaritano” que pagó los taxis y los honorarios del hospital le salvó la vida.

Binta Barrie dio a luz el 6 de enero de 2009 en una zona cercana a Freetown conocida como Crossing. Binda contó a Amnistía Internacional: “Tenía pensado dar a luz en la clínica pero cuando comenzó el parto llamé a la asistente de partería tradicional porque era muy entrada la noche y ella vino a mi casa. Tenía muchos dolores. La asistente de partería llegó y me dijo que empujara. Acabé dando a luz al bebé después de que la asistente de partería tradicional me dijera que empujara. Después de nacer el bebé no me sentía muy bien. Sangraba mucho. La asistente de partería no sabía qué hacer por lo que mi familia me llevó rápidamente a la clínica. Desde allí me llevaron rápidamente al hospital”.

Janet, la auxiliar de salud materno infantil que supervisó su caso en el hospital, dijo: “Esto es lo que algunas asistentes de partería tradicionales están haciendo. No están capacitadas y obligan a las chicas a empujar, y eso es peligroso porque las chicas acaban reteniendo la placenta. Ese fue el problema de Binta. Cuando la chica comenzó a sangrar, la señora se marchó de la casa. La familia se alarmó y corrió hasta nosotros aquí en la clínica. Les di una camilla y les dije que la trajeran aquí. Mientras tanto llamé a la enfermera de salud del distrito y me dijeron que derivase a la paciente. La familia me dijo que no tenían dinero. Le dije a la familia que debían intentarlo; de lo contrario, moriría. A las 6.30 de la tarde estaba en el hospital-maternidad Princess Christian. La llevaron primero a Waterloo y después la trasladaron a otro automóvil y fueron desde Waterloo hasta el hospital-maternidad Princess Christian. Normalmente cuesta 15.000 leones (5 dólares) ir a Waterloo y otros 30.000 leones (10 dólares) al hospital en un vehículo alquilado. Pero hubo un buen samaritano que lo pagó todo. A las 7.30 de la tarde se pagaron los honorarios del doctor, por lo que al llegar pasó inmediatamente al quirófano. Se extrajo la placenta retenida. Se quedó durante la noche y se marchó el día siguiente”.



© Amnistía Internacional

Binta Barrie, que estuvo a punto de morir durante el parto, y su bebé.

de salud materno infantil usan incorrectamente los medicamentos, por ejemplo administrando oxitocina para acelerar el parto, lo cual puede conducir a desgarro del útero.⁸⁶ Su formación limitada, el elevado nivel de responsabilidad que se les otorga y la falta de supervisión general se unen para producir una tasa elevada de diagnósticos erróneos y una deficiente gestión clínica.

FALTA DE ASISTENCIA CUALIFICADA EN LOS PARTOS

Miembros del personal médico del hospital-maternidad de Freetown identificaron un gran número de muertes maternas como directamente relacionadas con complicaciones que surgen cuando personas sin capacitación o competencia suficiente asisten en el parto sin supervisión.

Al menos el 80 por ciento de los nacimientos tienen lugar en el domicilio de la mujer y a menudo se ocupan de ellos asistentes de partería tradicionales con escasa o ninguna formación, según la encuesta sobre evaluación de necesidades.⁸⁷ El gobierno impartió capacitación a corto plazo a asistentes de partería tradicionales en la década de 1970 y ha seguido apoyando la capacitación en



El esposo y un hijo de Hawa Dabor, que murió antes de que pudieran llevarla al hospital en marzo de 2008.

algunas zonas. Algunas ONG internacionales también continúan impartiendo formación a asistentes de partería tradicionales en el marco de sus programas de salud materna. Sin embargo, de acuerdo con las normas internacionales y las directrices establecidas por la OMS y por el Ministerio de Salud, no se puede considerar asistentes cualificados a las asistentes de partería tradicionales, ni aun en el caso de que hayan recibido alguna formación.

Algunos profesionales de atención de la salud sostienen que las asistentes de partería tradicionales deberían ser excluidas del proceso de la maternidad, pero las mujeres embarazadas solicitan de manera habitual sus servicios. Además de los factores culturales que hacen que muchas mujeres se sienten más cómodas con una asistente de partería tradicional, los costos también son importantes; sus honorarios son bajos, a menudo se les puede pagar en especie y el pago se puede aplazar. Una asistente de partería tradicional asiste a la mujer antes de que se le pague, mientras que en los establecimientos de salud generalmente se exige el pago antes de un tratamiento. En Kambia, si la asistente de partería tradicional es la primera esposa, no cobra nada, mientras que en Freetown y sus alrededores el costo es generalmente de 60.000 leones (20 dólares).

Auxiliares de salud materno infantil de Crossing, cerca de Freetown, refirieron a Amnistía Internacional otro caso relacionado con una asistente de partería tradicional: "En febrero [de 2009] hubo un caso de una mujer, Adele Sesay, que fue obligada a ponerse de parto prematuramente por la asistente de partería tradicional, lo cual desembocó en una complicación que la asistente de partería tradicional no pudo manejar. La asistente la abandonó y la mujer murió desangrada. La asistente de partería tradicional sabía que se buscaría un problema si derivaba el caso. En cambio, abandonó a la mujer y dejó que muriera desangrada. Yo escribí una carta y la denuncié ante mis jefes. Sólo espero que

tomen medidas pronto”. Amnistía Internacional pidió información a los funcionarios de salud acerca de su respuesta a este caso. Dijeron que eran plenamente conscientes del problema en general, aunque no de este caso concreto, y estaban en el proceso de formular su política. Admitieron que no estaban en condiciones de hacer un seguimiento de cada caso individual. Amnistía Internacional regresó al puesto de salud de Crossing en abril de 2009 para comprobar si se había tomado alguna medida en relación con la asistente de partería tradicional. Las auxiliares de salud materno infantil dijeron que, por lo que sabían, nada había cambiado hasta entonces y que tenían conocimiento de que esa persona seguía trabajando como asistente de partería tradicional.

En algunas zonas se han aprobado ordenanzas de poblado que prohíben los partos en casa, aunque no está claro si se hacen cumplir y cómo. Se informó a Amnistía Internacional de varios casos en los que presuntos partos en casa fueron denunciados a la policía y los familiares y la asistente de partería tradicional fueron multados. Penalizar a las mujeres por no dar a luz en lugares concretos nunca puede estar justificado. En el contexto actual, en el que muchas mujeres no tienen dinero para pagar la atención de la salud en establecimientos designados, castigarlas –y castigar a quienes las asisten, como las asistentes de partería tradicionales– por dar a luz en su casa, viola derechos humanos y es contraproducente en términos de potenciar el acceso al derecho a la salud.

FALTA DE INFORMACIÓN

Los sistemas destinados a registrar y hacer el seguimiento de las muertes maternas en Sierra Leona son extremadamente endeble y no se lleva a cabo ninguna clase de análisis sistemático de las muertes maternas en hospitales o centros de salud. Una evaluación del Sistema de Información sobre la Salud, realizada en 2006, reveló que Sierra Leona no tenía medios fiables para calcular los niveles de mortalidad materna.⁸⁸ El estudio señaló también que el registro de los fallecimientos es muy bajo: se calculaba que sólo entre el 1 y el 2 por ciento de las muertes pueden ser informadas por la Oficina de Estadísticas Vitales.⁸⁹

La encuesta sobre evaluación de necesidades reveló que había un “deficiente mantenimiento de registros especialmente sobre complicaciones del embarazo y muerte materna. En muchos de los establecimientos de salud visitados se realizan auditorías sobre muertes maternas, pero no se pueden conseguir los registros de esos ejercicios”.⁹⁰ La encuesta recomendaba fortalecer el sistema de gestión de información sobre salud para la recogida rutinaria de datos sobre seguimiento de las complicaciones maternas, las muertes y la disponibilidad de funciones destacadas. También recomendó que se institucionalizasen las auditorías sobre muertes maternas en todos los establecimientos de salud, tanto públicos como privados.⁹¹



Kadi Kamara, asistente de partería tradicional, en Kapairo, distrito de Kambia.



Estos son los registros de las mujeres que murieron en 2008 en el principal hospital-maternidad estatal de la capital, Freetown.

La falta de información suscita dudas sobre la ratio de mortalidad materna citada por las autoridades. La Encuesta Demográfica de Salud más reciente de Sierra Leona consigna una ratio de mortalidad materna de 857 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos. Una encuesta de 2005 ofrece una ratio estimada de 1.300 por cada 100.000,⁹² y otras estimaciones relativamente recientes la elevan hasta 2.100 por cada 100.000.

En los establecimientos de salud visitados por Amnistía Internacional, los datos sobre las mujeres que habían fallecido, incluidos el nombre, la dirección, la edad, la fecha de ingreso en el hospital y la causa de la muerte, se recogían y se enviaban al Ministerio de Salud con periodicidad mensual. En algunos casos, la exactitud de estos registros es discutible, ya que el personal que recopilaba los datos tenía escasa formación y a menudo la causa del fallecimiento se registraba simplemente como "otra". Los familiares casi nunca se esfuerzan por averiguar la causa de la muerte, y las autopsias son escasas, por motivos económicos y culturales.

En los casos de las mujeres que mueren fuera de un hospital o una clínica, la información sobre su muerte es aún más escasa. En las hojas de registro de defunciones y nacimientos nacionales y de distrito que se mostraron a Amnistía Internacional no hay espacio para indicar las mujeres que mueren durante el parto; sólo hay una columna para la hemorragia. Ninguna de las muertes de mujeres investigadas por Amnistía Internacional que fallecieron en su domicilio había sido registrada oficialmente.

4/EL COSTO COMO BARRERA PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

En Sierra Leona, muchas mujeres no buscan o consiguen atención de la salud cuando la necesitan porque saben o temen que les costará más de lo que pueden pagar. Dada la persistente discriminación que sufren, y la subestimación resultante de sus necesidades en cuanto a salud, a menudo no se concede una prioridad elevada a la necesidad de pagar la atención de la salud para las mujeres cuando se toman decisiones sobre la asignación de los recursos escasos en el seno de la familia.

El gobierno de Sierra Leona tiene el deber, en virtud del derecho internacional, de conceder prioridad a la prestación de atención de la salud materna asequible y de garantizar que los costos no constituyen un obstáculo infranqueable que impida el acceso de las mujeres pobres al tratamiento que necesitan.

Un estudio realizado en 2006 por la organización humanitaria internacional Médicos sin Fronteras (MSF) reveló que el 67 por ciento de las personas encuestadas (hombres y mujeres) dijeron que el costo era el motivo principal por el que no buscaban los servicios de salud. El estudio mostró que aun cuando las personas estuvieran enfermas, no buscarían el acceso a los servicios de atención de la salud debido a su costo.⁹³

De acuerdo con UNICEF, los habitantes de Sierra Leona son los que más pagan de su bolsillo en el África subsahariana por la atención de la salud. Los pacientes individuales pueden pagar la mayor parte de los costos del sistema de atención de la salud; los pagos de su bolsillo de pacientes individuales representan más de dos tercios del costo de la atención de la salud en Sierra Leona, que en su mayor parte se destina a medicamentos.⁹⁴ Las Cuentas Nacionales de la Salud⁹⁵ calculan que el gasto privado en concepto de atención de la salud en 2007 (de individuos en la familia) ascendió a 45 dólares estadounidenses per cápita al año, y el gasto público (del gobierno y los donantes) fue de 16 dólares per cápita.⁹⁶

Como la mayor parte de la población vive por debajo del umbral de pobreza, con menos de un dólar al día, la única manera de que la mayoría de la gente pueda pagar los servicios y los medicamentos es pidiendo prestado dinero a amistades y familiares o, si existen, a planes de ahorros y préstamos de la comunidad.

ATENCIÓN GRATUITA: LA BRECHA ENTRE LA POLÍTICA Y LA PRÁCTICA

Un decreto presidencial promulgado en 2002 eximía a los grupos vulnerables del pago de honorarios por servicios de salud básicos en el sector público. Entre los grupos identificados figuraban las

EL DERECHO A LA SALUD Y LAS BARRERAS ECONÓMICAS

Uno de los componentes fundamentales del derecho a la salud es la accesibilidad económica o asequibilidad. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha subrayado que, en virtud del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “los establecimientos bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos”⁹⁷ El Comité ha interpretado también que la obligación de garantizar que la atención de la salud reproductiva, materna (prenatal y postnatal) e infantil es de una prioridad comparable a una obligación básica,⁹⁸ que los Estados tienen el deber inmediato de priorizar. El gobierno tiene asimismo el deber de conceder prioridad a los grupos más vulnerables y marginados, que son los se enfrentan a las mayores barreras para dar efectividad a sus derechos, cuando asigna los recursos.

Sierra Leona, como Estado Parte en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, tiene la obligación de adoptar todas las medidas apropiadas “para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica” y “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” (artículo 12). El Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha interpretado el artículo 12 de la Convención sobre la Mujer de modo que incluya el requisito de que los Estados eliminen las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud (como los “honorarios elevados [...] la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible”) y adoptar medidas para velar por el acceso oportuno y asequible de las mujeres a los servicios de salud.⁹⁹ El Comité ha subrayado que los Estados tienen el deber de garantizar el derecho de las mujeres a una maternidad sin riesgos y a servicios obstétricos de urgencia y de asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles.¹⁰⁰

mujeres embarazadas y las madres lactantes durante un periodo máximo de 12 meses después del alumbramiento.¹⁰¹

El propio gobierno ha reconocido que el “mecanismo de exención no está bien implementado y también hay pagos bajo mano”.¹⁰² Al parecer, también existen dudas entre los funcionarios públicos en cuanto al alcance del decreto. Algunos representantes del gobierno dijeron a Amnistía Internacional que la política de atención gratuita se aplica sólo a los suministros y los medicamentos y no se pronuncia sobre la cuestión de los cargos por servicios.¹⁰³

La encuesta sobre evaluación de necesidades de 2008 reveló que dos tercios de los hospitales y las clínicas exigen a los pacientes el pago de una tasa cuando llegan, antes del tratamiento, aunque casi todos dijeron que suspenderían la tasa en caso de urgencia. También reveló que los honorarios por los servicios de maternidad presentaban amplias variaciones entre unos establecimientos de salud y otros y que los costos de los servicios de maternidad más allá de un parto normal son exorbitantes.¹⁰⁴ La encuesta reveló que los motivos de preocupación de la población se centraban en los costos de los servicios y en el hecho de tener que pagar numerosas tasas distintas antes de recibir el tratamiento, como tasas administrativas, tasas de consulta, tasas por medicamentos de las farmacias, y en el elevado costo del transporte para llegar hasta los establecimientos de salud.

Amnistía Internacional comprobó que la atención gratuita sólo estaba disponible en un reducido número de hospitales del país. Según representantes de organizaciones internacionales implicadas en el proceso de planificación de presupuestos y programas para 2008 en el ámbito de los distritos, no se hizo ningún esfuerzo para presupuestar la implementación de la política de exención en los distritos.

Una de las recomendaciones de la encuesta sobre evaluación de necesidades es una evaluación del sistema de recuperación de costos y del plan de exoneraciones de tasas (exenciones).¹⁰⁵

Existen dificultades importantes para implementar una política de atención gratuita para los grupos que se definen como vulnerables. Las mujeres embarazadas y lactantes, los niños y niñas, las personas con discapacidad y las personas de edad avanzada representan al menos el 70 por ciento de las personas que usan los establecimientos de atención primaria de la salud. Si no se aplicasen cargos por sus visitas, los ingresos en virtud del sistema de recuperación de costos se reducirían enormemente. En las condiciones actuales, las exenciones y el sistema de recuperación de costos no pueden funcionar juntos.

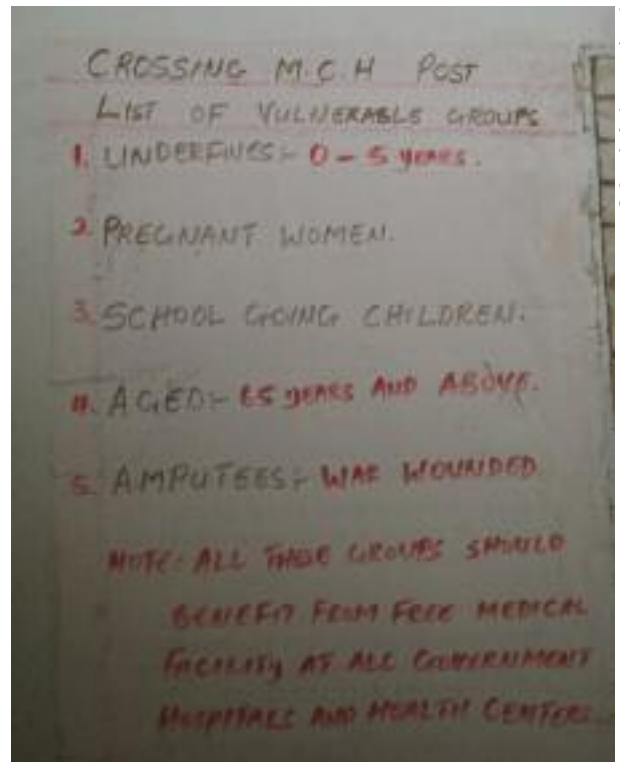
Además, a menudo los establecimientos de salud no disponen de los medicamentos adecuados, y los pacientes no tienen otra alternativa que pagar por ellos. Una auxiliar de salud materno infantil, Fatmata, dijo a Amnistía Internacional: “No siempre recibimos lo que pedimos, y entonces tenemos que pedir dinero al paciente para ir a comprar los medicamentos en una farmacia privada”.

En una clínica del distrito de Kambia, se informó a Amnistía Internacional de que los honorarios se establecían en el nivel de distrito y al terminar la jornada de trabajo estos honorarios se recogían y se repartían entre todo el personal de atención de la salud que trabajaba en la clínica. Sin embargo, en la mayoría de las zonas donde Amnistía Internacional llevó a cabo su investigación, cualquier persona que trabajaba en la clínica, tanto con remuneración como sin ella, cobraba honorarios de manera unilateral e ilegal y se quedaba con el dinero. En la clínica, situada cerca de Freetown, una auxiliar de salud materno infantil percibe 140.000 leones (47 dólares) al mes, pero la otra, que lleva trabajando desde 2006 como auxiliar de salud materno infantil cualificada, no está todavía en la plantilla. Sus ingresos provienen de cobrar a los pacientes. Según su testimonio, “cobramos entre 2.000 leones (0,67 dólares) y 5.000 leones (1,66 dólares) [por cada visita]. A veces no cobramos nada; depende de si la gente puede pagar”.

Los costos pueden ser exorbitantes. Por ejemplo, el precio de una cesárea de urgencia, según se informó a Amnistía Internacional, oscilaba entre cero y 200.000 leones (67 dólares) o 950.000 leones (316 dólares) en los hospitales estatales en todo Sierra Leona. En el hospital de Kabala, el doctor Alikalie dijo a Amnistía Internacional que una cesárea costaba 150.000-200.000 leones (50-67 dólares). Es evidente que el sistema de precios por los servicios en Sierra Leona se presta a corrupción.

En Kambia, el funcionario médico de distrito refirió a Amnistía Internacional el caso de una enfermera que cobró en exceso a un paciente. No le planteó la cuestión, pues sabía que si lo hacía ella se marcharía. Su presencia allí era más necesaria que ocuparse de la cuestión de la corrupción por su parte. El funcionario médico jefe del hospital-maternidad planteó motivos de preocupación semejantes en lo relativo a tratar de sancionar al personal, y afirmó: “Al personal que tenemos no podemos someterlo a un control estricto porque no podemos satisfacerlo, ni en cuanto a salarios ni en cuanto a condiciones de trabajo”.

La Comisión Anticorrupción, en su informe de 2008, reconoció que las condiciones de servicio son deficientes y es necesario mejorarlas, pero también comprobó que el personal en todos los niveles cobraba unilateralmente y no informaba al respecto. La Comisión recomendó que la recaudación de ingresos en todos los hospitales del Estado se centralizase y que todos los ingresos recogidos se depositasen diariamente en las unidades de asuntos económicos de los hospitales.¹⁰⁶



Relación de personas exentas del pago de honorarios, colocada en la pared de la clínica de Crossing, un suburbio situado a unos 25 kilómetros de Freetown.



Pa Abu Kamara, que dijo que se había llevado a su esposa Adama a su casa desde el hospital porque no le quedaba dinero para pagar el tratamiento y las tasas del hospital por su cuerpo. Adama murió el día siguiente, en diciembre de 2008, en Kapairo, distrito de Kambia.

ADAMA KAMARA

Adama Kamara tenía 25 años cuando murió el 27 de diciembre de 2008 en su casa en el poblado de Kapairo, distrito de Kambia. Su esposo no pudo pagar los medicamentos que necesitaba.

Era el quinto embarazo de Adama. En uno de los partos anteriores el niño había nacido muerto, y había dado a luz a tres niños vivos, 3 de los 10 hijos vivos de su esposo, Pa Abu Kamara, que tiene otras dos esposas.

El 24 de diciembre de 2008, Adama estaba embarazada de aproximadamente seis meses y se puso de parto prematuramente. El día siguiente estuvo claro que padecía un parto prolongado.

La familia la observó en casa durante un día para ver si su estado mejoraba antes de trasladarla en un automóvil esa noche al hospital estatal de Kambia. El transporte hasta el hospital costó 40.000 leones (13 dólares), que su esposo pidió prestados a sus vecinos.

Cuando llegaron al hospital, Pa Abu Kamara tuvo que pagar 2.000 leones (0,67 dólares) por el registro y 10.000 leones (3,30 dólares) por la cama del hospital, además de cargos por las medicinas.

En el hospital, las enfermeras de servicio aplicaron a Adama un goteo intravenoso además de varias inyecciones. Pasó ese día y el siguiente en el hospital, y ningún médico estuvo presente durante ese tiempo. Pa Abu Kamara volvió a su casa el segundo día y cuando regresó al hospital después de varias horas, se enteró de que Adama había dado a luz, pero que el bebé no había sobrevivido.

Adama sangraba copiosamente. A pesar de que se trataba de una situación de urgencia, y a pesar de la política de atención gratuita del gobierno, no había medicación gratuita. La enfermera a cargo del hospital de Kambia dijo a Pa Abu Kamara que tenía que pagar las medicinas para Adama o “morirá”.

Pa Abu Kamara dijo a Amnistía Internacional: “No me quedaba más dinero. Saqué a Adama del hospital y la llevé a casa. Su aspecto no era bueno y yo tampoco quería pagar las tasas del hospital por su cadáver, que son de al menos 60.000 leones (20 dólares)”. Adama deliraba en este punto y no podía hablar por sí misma, ni aunque se le diera la oportunidad.

Pa Abu Kamara contrató un taxi para llevarse a Adama del hospital y ella murió en su casa el día siguiente. El cuerpo de Adama fue llevado a la casa de sus padres, y fue enterrada en su poblado natal.

Pa Abu Kamara dijo a Amnistía Internacional que se sentía triste por la muerte de Adama, “sobre todo por sus hijos”. Después dijo: “Sigo teniendo dificultades para saldar la deuda que contraí para llevar a Adama al hospital y pagar las medicinas”.

EL FACTOR MIEDO: INCERTIDUMBRE POR LOS COSTOS Y LA CALIDAD

Un gran número de muertes maternas en Sierra Leona se deben a demoras interrelacionadas, cuyo origen último puede hallarse en los elevados costos de la atención y en el miedo a tales costos: el retraso en tomar la decisión de buscar la atención, el retraso en llegar al establecimiento de salud y el retraso en recibir tratamiento en el establecimiento de salud.

Las demoras causadas por el temor a los costos son múltiples. Amnistía Internacional comprobó que el retraso a la hora de tomar la decisión de buscar la atención estaba vinculado no sólo con la imposibilidad de costear la atención sino también con dudas acerca de la calidad de la atención y con la incertidumbre acerca de cuál sería su precio.

NEINIE MANSARAY,

Neinie Mansaray, de 28 años, de Kamanso, distrito de Koinadugu, necesita una operación que no puede costear.

Neinie está casada con un agricultor de subsistencia, tiene un hijo vivo y ha sufrido tres embarazos difíciles. Durante su segundo embarazo la derivaron al hospital de Kabala. Tardó cinco horas en llegar al hospital siendo trasladada en una hamaca. En el hospital de Kabala, le dijeron que tenía una fístula, una abertura anormal entre la vagina y el recto (o, en algunos casos, la vejiga) que suele estar causada por un trauma derivado de un parto prolongado y difícil. Neinie dijo a Amnistía Internacional: "Tuve que ir a Freetown para someterme a una operación de reparación de la fístula. También me dijeron que si volvía a quedar embarazada, tendrían que practicarle una cesárea".

Su tercer hijo había nacido en el hospital de Kabala 16 meses antes de que Amnistía Internacional la conociera. Neinie dijo a Amnistía Internacional: "El doctor que estaba de guardia realizó una cesárea y me cobró 995.000 leones (330 dólares). No pudimos pagar la operación de una vez, por lo que todavía la estoy pagando hoy". La cantidad que Neinie pagó por la cesárea es muy superior a la de otros centros de salud públicos y hospitales que se mencionaron a Amnistía Internacional.

En el caso de Neinie, la cesárea no se realizó de forma adecuada, y le quedó una hernia umbilical. Neinie dijo a Amnistía Internacional: "Me resulta difícil trabajar ahora. Tienen que operarme de la hernia, pero estoy pagando todavía el dinero que debo por mi cesárea así que no tengo ningún dinero para pagar la operación de la hernia".



© Amnistía Internacional

Neinie Mansaray, que dijo que le habían cobrado 995.000 leones (330 dólares) por una cesárea por la que desarrolló una hernia umbilical. Necesita otra operación, pero no puede encontrar dinero para pagarla.

La razón principal de que los pacientes no conozcan con certeza las cantidades que tienen que pagar por la atención de la salud es que no existe normalización ni transparencia en cuanto a los precios de la atención de la salud. Al estar el sistema descentralizado, los precios se determinan en el ámbito local. Esto significa que presentan variaciones sustanciales entre un hospital o centro de atención de la salud y otro. Las listas de precios tampoco son fácilmente accesibles en todo el país.¹⁰⁷ Desde junio de 2009, sin embargo, el hospital-maternidad Princess Christian ha hecho pública una lista de precios por los servicios que presta; cita, por ejemplo, un cargo de 150.000 leones (50 dólares) por una cesárea. Estos cargos son claramente contradictorios con la política gubernamental de exenciones de honorarios para las mujeres embarazadas.

Además, los bajos salarios que perciben los profesionales de la salud y el número de personas que trabajan en el sistema de salud sin cobrar salario alguno inducen a algunos miembros del personal de atención de la salud a cobrar directamente a los pacientes por los servicios. Los honorarios no están regulados ya que casi nunca se entregan recibos y la transacción tiene lugar directamente entre el paciente y el trabajador de atención de la salud. Los pacientes no tienen medio de saber si los cargos son oficiales o extraoficiales.

Al no saber con certeza cuáles serán los costos, resulta difícil planear y reunir el dinero que se necesita. Como parte de su obligación de garantizar la accesibilidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud, el Ministerio de Salud debe garantizar que hay transparencia y coherencia en relación con los cargos, y que los pagos por servicios de atención de la salud no crean barreras para el acceso de las mujeres a los servicios de salud, se basan en el principio de equidad y no suponen una carga desproporcionada para las familias más pobres.

Amnistía Internacional fue informada en repetidas ocasiones de que la gente no confía en la calidad de la atención, y por tanto no piensa que valga lo que podría tener que pagar por ella. Un miembro de

ABIBATU COLE

Abibatu Cole murió el 24 de julio de 2008 en el hospital-maternidad Princess Christian. Antes de morir dio a luz a una niña. Le ha sobrevivido su esposo James, guardia de seguridad.

James y Abibatu tenían previsto acudir a la clínica Soroti, una clínica privada de Freetown donde ella había recibido atención prenatal, para el alumbramiento de su bebé. Sin embargo, cuando Abibatu se puso de parto, su hermana tomó la decisión de llevarla al hospital-maternidad Princess Christian. James dijo a Amnistía Internacional: “Habíamos hablado de ir a la clínica Soroti porque allí conocían a Abibatu y si algo iba mal la derivarían para que recibiera la atención adecuada. Yo no quería ir al hospital-maternidad Princess Christian por los elevados costos y porque no creo que realmente allí atiendan bien a los pacientes”.

Cuando Abibatu llegó al hospital, el 21 de julio de 2008, le dijeron que debía someterse a una cesárea de urgencia. James dijo a Amnistía Internacional: “Me reuní con el doctor que estaba a cargo y me dijo que tendría que pagar 700.000 leones (233 dólares) por el servicio. Le dije que no tenía tanto dinero. Entonces que dijo que en ese caso pagase 400.000 leones (133 dólares)”.

Mientras la familia conseguía el dinero para la cesárea, Abibatu dio a luz a una niña. James dijo: “Me sorprendió que diera a luz de forma natural. Las enfermeras exigieron entonces que pagara 200.000 leones (67 dólares) en concepto de honorarios por el parto. Pagué los honorarios a las enfermeras. Entonces Abibatu tuvo que quedarse en el hospital durante varios días más después de nacer la niña porque el estado de Abibatu parecía estar empeorando”.

El 24 de julio las enfermeras mandaron llamar a James al hospital porque Abibatu necesitaba sangre con urgencia. James dijo a Amnistía Internacional: “Fui corriendo al hospital y su hermana, que tenía el mismo grupo sanguíneo, donó la sangre. Mientras recibía la transfusión de sangre me miró y dijo que no le gustaba cómo se sentía. Pidió a las enfermeras que le quitasen la aguja. Fue inmediatamente después de esto cuando se dejó ir y murió allí mismo”. Más tarde, Amnistía Internacional fue informada de que la causa del fallecimiento que figuraba en su expediente era la anemia. “Nunca me dijeron cuál fue el motivo de su muerte. Sé que tengo que cuidar de mi hijita”.

la comunidad del distrito de Kambia dijo a Amnistía Internacional en marzo de 2008: “Cuando Médicos Sin Fronteras estaba en Kambia, la atención de la salud era asequible, accesible y se prestaba un servicio de gran calidad. Tras la partida de MSF, la atención de la salud se volvió inasequible, su calidad se deterioró y dejó de ser fiable”.

En debates con grupos-muestra en varios distritos, miembros de la comunidad dijeron a Amnistía Internacional que esperaban una atención de mejor calidad de la que recibían y que la pagarían si la hubiera. En Rokupur, por ejemplo, miembros del equipo de salud de la comunidad dijeron que era más probable que acudieran a una clínica privada, a pesar del costo adicional, que a sus propios hospitales y centros de atención de la salud, debido a preocupaciones relativas a la calidad de la atención.

COSTOS DEL TRANSPORTE

El elevado costo del transporte dificulta el acceso con rapidez a la atención de urgencia. Si surge una complicación mientras una mujer da a luz en su casa, su familia tiene que encontrar y pagar el transporte a la unidad de salud periférica o al hospital. Si una mujer está en una unidad de salud periférica y la derivan a un hospital, su familia tiene que organizar y pagar el transporte al hospital. En la mayoría de las zonas fuera de Freetown no hay comunicación alguna entre las unidades de salud periféricas y los hospitales. El transporte puede ser muy caro y difícil, habida cuenta del costo elevado

del combustible para vehículos, el deficiente mantenimiento de las carreteras y las grandes distancias.

Cuando Simethy Sesay comenzó a presentar graves complicaciones durante el parto en marzo de 2007, una trabajadora de salud de la comunidad la derivó al hospital estatal de Kabala, situado a unos 10 kilómetros de distancia. Ni el esposo de Simethy, Satanay, ni la trabajadora de salud de la comunidad tenían teléfono móvil, y no pudieron comunicarse con el hospital para pedir una ambulancia. En cambio, Satanay pidió dinero prestado para alquilar un taxi que llevara a Simethy al hospital. Cuando llegaron, el único médico que estaba en el hospital estaba practicando una operación quirúrgica. Otra mujer que presentaba una urgencia obstétrica llegó al hospital casi al mismo tiempo que Simethy. Las dos tuvieron que esperar. Seis horas más tarde, el doctor se reunió con las mujeres y les dijo que estaba demasiado agotado para operar después de trabajar durante tres días sin descanso y que Simethy y la otra mujer tenían que ser trasladadas a otro hospital. A Simethy y a la otra mujer les exigieron el pago de 180.000 leones (60 dólares) para el combustible de la ambulancia antes de emprender un viaje de cuatro horas hasta el hospital de Magburaka. Simethy tuvo un parto vaginal asistido y dio a luz a un niño que nació muerto. Estuvo hospitalizada durante una semana, lo que le costó a su esposo 1.055.000 leones (352 dólares).



© Amnistía Internacional

Simethy Sesay, cuyo tratamiento de urgencia en el hospital costó más de 1.200.000 leones (400 dólares).

COSTOS MÁS ALTOS POR LA NOCHE

Llegar a los servicios de atención de la salud y recibir esos servicios es más caro por la noche. No sólo es más difícil encontrar transporte, sobre todo en las zonas rurales, sino que los precios pueden triplicarse. Además, si las mujeres llegan al hospital de noche, hay menos personal de servicio, y si hay alguien disponible suele cobrar unos honorarios más altos.

Miembros de la comunidad de Susan's Bay, un asentamiento precario situado cerca del hospital-maternidad Princess Christian, en la parte oriental de Freetown, dijeron a Amnistía Internacional que a pesar de su gran proximidad al hospital de derivación, las mujeres que dan a luz por la noche nunca acuden a ese centro porque el costo de un parto normal sería demasiado alto.

Princess Kallon, de la población de Calabala (un suburbio de Freetown), comenzó a sangrar inmediatamente después de dar a luz en su casa ayudada por una asistente de partería tradicional, y después murió en su casa. Su esposo, Philip Kallon, dijo a Amnistía Internacional: "Era muy tarde por la noche y vivimos colina arriba y no había dinero ni transporte para llevarla al hospital. Murió en la misma casa". Philip agregó más tarde: "Nada se hace por nada en Sierra Leona".



Sarah Kabbia con su sobrina Maya, de dos meses de edad, en su casa de la bahía de Kroo, en Freetown. La hermana menor de Sarah, Adama Turay, murió mientras daba a luz. Sarah, ahora única responsable de la niña, dice que le cuesta mucho pagar la comida de la niña cada día.

pero lo rebajamos a 40.000 leones (13 dólares). Pensábamos gastar el resto del dinero en el hospital, el de Marie Stopes, en Aberdeen, una barriada de Freetown”.

Hassan, su esposo, y Sarah acompañaron a Adama en el trayecto de 40 minutos en el taxi hasta el hospital. Murió en el estacionamiento del hospital. Eran más o menos las 8 de la mañana, sólo tres horas después de haber dado a luz. Tuvieron que pagar al taxista 40.000 leones (13 dólares) para que llevara el cuerpo al depósito de cadáveres.

Sarah dijo a Amnistía Internacional: “Creo que murió porque no teníamos dinero y por eso no llegamos al hospital a tiempo. La llevamos a la asistente de partería tradicional para que diera a luz porque su esposo no tenía dinero para llevarla al hospital”.

Sarah agregó: “Sabíamos que si la llevábamos al Marie Stopes nos cobrarían pero también sabíamos que podríamos devolverlo más tarde. Pero sencillamente no teníamos ni siquiera el dinero para llevarla al hospital”. (La política de Marie Stopes es prestar atención obstétrica de urgencia gratuita a las mujeres que la necesitan, pero la familia de Adama no conocía esta política.)

Aunque el hospital-maternidad Princess Christian, el principal hospital-maternidad de Freetown, está más cerca de su casa, la familia no consideró la posibilidad de llevarla allí. En el hospital-maternidad Princess Christian se exige el dinero de inmediato, y la familia sabía que no podrían pagar.

ADAMA TURAY,

Adama Turay, de 33 años, murió el 4 de diciembre de 2008 en un taxi en un estacionamiento, varias horas después de dar a luz a su hijo.

El 3 de diciembre de 2008, hacia las 11 de la noche, comenzaron las contracciones de Adama. La llevaron a una asistente de partería tradicional en Kroo Bay, Freetown, cerca de su domicilio, y a las 5 de la mañana del 4 de diciembre dio a luz a una niña. Inmediatamente después de dar a luz comenzó a vomitar y se quejó de que tenía frío. Después comenzó a sangrar, y la familia empezó a buscar dinero para llevarla al hospital. Aunque está a sólo 10 kilómetros de distancia, el hospital se halla en el centro de Freetown, que tiene un tráfico muy denso en todo momento.

Su hermana Sarah dijo a Amnistía Internacional: “Después de buscar el dinero durante varias horas, pudimos reunir 200.000 leones (67 dólares). Al principio el taxi cobraba 70.000 leones (23 dólares),

ATENCIÓN PRENATAL

La atención prenatal de buena calidad es esencial para sensibilizar sobre los posibles indicios de peligro y para la detección temprana de las complicaciones. Durante el embarazo, la inmunización contra el tétanos, la prevención y el tratamiento de la malaria, la gestión de la anemia y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual pueden mejorar de modo significativo la salud materna y las perspectivas para el bebé. Las consecuencias adversas, como el bajo peso en el momento de nacer, pueden reducirse mediante una combinación de intervenciones para mejorar la condición nutricional de las mujeres y prevenir infecciones durante el embarazo. Según la encuesta sobre evaluación de

necesidades, sólo el 14 por ciento del personal de atención de la salud encuestado conocía todos los componentes de la atención prenatal de buena calidad.¹⁰⁸

Amnistía Internacional comprobó que los costos de la atención prenatal variaban de un núcleo de población a otro. Según la encuesta sobre evaluación de necesidades, el 81 por ciento de las mujeres se habían sometido al menos a un examen prenatal durante su último embarazo.¹⁰⁹ Sin embargo, las normas de la ONU estipulan que las mujeres deberían tener al menos cuatro visitas prenatales en cada embarazo.

INICIATIVAS PARA SUPERAR LA BARRERA DE LOS COSTOS

En algunas zonas, los donantes y las ONG internacionales están apoyando programas para prestar atención gratuita a las mujeres embarazadas. Algunos ejemplos de programas de esta índole que estaban en marcha a principios de 2009 eran: el hospital de Gondema en el distrito de Bo, apoyo económico proporcionado por Médicos Sin Fronteras; hospital estatal de Makeni en el distrito de Bombali, apoyo proporcionado por el UNFPA; y el hospital de San Juan de Dios en Lunsar, distrito de Port Loko, con apoyo del gobierno español (cuya finalización estaba prevista para abril de 2009). El UNFPA, mediante financiación japonesa, apoyaba al hospital-maternidad Princess Christian con medicamentos y suministros como conjuntos de materiales para maternidad.

Amnistía Internacional pudo observar las posibilidades de mejorar los resultados mediante la reducción de los costos para los pacientes en su visita al hospital estatal de Makeni, distrito de Bombali, en febrero de 2009. La sala de partos estaba llena (a diferencia de las que la delegación vio en muchos otros hospitales visitados) y las mujeres que estaban en la sala dijeron que no se les había cobrado por la atención. De acuerdo con la encuesta sobre evaluación de necesidades, de las 239 complicaciones obstétricas tratadas, hubo nueve muertes maternas, una tasa de letalidad más baja que en muchos otros hospitales.¹¹⁰

El hospital de Makeni, un hospital de derivación regional para todo el norte, ha recibido financiación del UNFPA para garantizar la gratuidad de la prestación de todos los servicios de anticoncepción y del suministro de los medicamentos obstétricos, así como del suministro de combustible para la ambulancia y fondos para complementar los salarios de los trabajadores de la salud. El hospital está equipado para tratar urgencias, y dispone de personal cualificado y capacidad para llevar a cabo cesáreas y partos vaginales asistidos.

Aumentar los salarios del personal es fundamental para el éxito del programa. El doctor Ibrahim Bundu, director del hospital y especialista regional en cirugía, dijo a Amnistía Internacional: “Aquí en el hospital una matrona gana aproximadamente 100 dólares al mes y un médico gana 300 dólares al mes. Son cantidades muy superiores a las que se perciben en otros lugares, y esto significa que no tienen que cobrar”. En cambio, la matrona del hospital estatal de Kambia ganaba 254.000 leones (85 dólares) al mes por una semana laboral de seis días y un médico percibía poco más de 360.000 leones (120 dólares).

Se han creado planes de ahorros y préstamos basados en la comunidad con el fin de suministrar fondos para situaciones de emergencia, incluidas las urgencias relacionadas con los embarazos, en el distrito de Koinadugu. En Koinadugu, CARE ha ayudado a crear varios planes de esta naturaleza, entre ellos el plan de Dogoloya, el poblado de Saffiatu Jalloh. Los miembros de la comunidad aportan pequeñas cantidades durante todo el año –por ejemplo, 500 leones (0,16 dólares) a la semana– y después el fondo está disponible para que los participantes hagan uso de él para situaciones de emergencia. Aproximadamente tres cuartas partes de los residentes de Dogoloya participan en el plan. Los fondos del plan se usan sólo para problemas en la comunidad, y si los fondos no se gastan se reparten entre los participantes al final de cada año.

Estos planes también están siendo promovidos en otras partes del país por otras organizaciones, como la ONG nacional Consejo de Investigación Médica en Tonkolili y Bo, y Salud sin Límites en Bombali. La



Saffiatu Jalloh y su bebé, norte de Sierra Leona. En octubre de 2008, su familia pudo conseguir un préstamo de 600.000 leones (200 dólares) del plan de ahorros y préstamos del poblado, un proyecto de autoayuda de la comunidad. Necesitaba el dinero para el transporte y el tratamiento de urgencia en el hospital. “Si no hubiera tenido ese dinero, quizás habría muerto”, dijo.

SAFFIATU JALLOH

Saffiatu Jalloh comenzó a presentar graves complicaciones durante su embarazo en septiembre 2008, pero pudo conseguir dinero prestado del plan de ahorros y préstamos de su poblado para pagar el tratamiento de urgencia.

Después de una visita a la clínica prenatal en septiembre de 2008, a Saffiatu le dijeron que su bebé estaba en la posición incorrecta y la derivaron al hospital estatal de Kabala. En vez de ir a ese centro, donde Saffiatu pensó que no recibiría atención de buena calidad, ella y su esposo decidieron ir al hospital católico de San Juan de Dios en Lunsar, en el distrito vecino de Bombali. La decisión tenía importantes repercusiones económicas, dado que Lunsar está al menos a tres o cuatro horas más de recorrido en automóvil desde el poblado, en la carretera principal que une Makeni y Freetown. Pagaron 50.000 leones (17 dólares) por el transporte.

Una vez en el hospital, Saffiatu estuvo allí varios días y después dio a luz. Le dieron de alta el día siguiente. En el hospital de San Juan de Dios cobraron a Saffiatu 5.000 leones (1,67 dólares) en concepto de tasa de registro, 10.000 leones (3,30 dólares) por “tasa de archivo”, 15.000 leones (5 dólares) por tasas

administrativas, 25.000 leones (8,30 dólares) por el parto vaginal y 60.000 leones (20 dólares) por los medicamentos. La familia informa de que les cobraron una cantidad adicional por la habitación, por lo que el total ascendió a 300.000 leones (100 dólares).

Saffiatu y su esposo terminaron pidiendo prestados 600.000 leones (200 dólares) al plan de ahorros y préstamos del poblado para pagar la atención de urgencia. Devuelven una parte del préstamo cada mes. Cuando se le pregunta qué le habría ocurrido de no haber existido el plan de ahorros y préstamos del poblado, Saffiatu calla un instante y dice: “Si no hubiera tenido ese dinero, quizás habría muerto”.

Iniciativa WISH, un proyecto apoyado por la primera dama de Sierra Leona, también está intentando crear planes semejantes en varias comunidades de todo el país.¹¹¹

Reconociendo la necesidad de prestar una atención mucho mayor a la cuestión de los costos como barrera para servicios esenciales para las mujeres embarazadas, Médicos Sin Fronteras y Save the Children (ONG británica) celebraron a principios de febrero de 2009 una mesa redonda en Sierra Leona con partes interesadas clave, incluidos miembros del gobierno, donantes, organismos de la ONU, ONG internacionales y miembros de la sociedad civil.¹¹²

Los donantes acordaron que el apoyo a la atención de la salud gratuita (con inclusión de medicamentos, honorarios por servicios y suministros), especialmente para las mujeres embarazadas y los niños y niñas menores de 5 años, debía ser una prioridad. Todos los participantes en la reunión acordaron apoyar al gobierno de Sierra Leona en la implementación de su política de atención gratuita a las mujeres embarazadas.¹¹³

© Amnistía Internacional



© Amnistía Internacional

El ministro de Salud fue sustituido después de esta reunión, y en julio de 2009 el sistema de financiación de la salud continuaba en proceso de revisión. En agosto de 2009, el Ministerio de Salud anunció planes para prestar atención gratuita a las mujeres embarazadas y a los niños y niñas, estableció un comité consultivo de ONG internacionales y organismos donantes y elaboró un plan de implementación que fue presentado a los donantes para recabar financiación en agosto.

La meta de apoyar la atención de la salud gratuita es refrendada de manera explícita por muchos donantes. Una propuesta de ley de 2006 de la Secretaría de Estado para el Desarrollo Internacional (DFID) afirma que el Reino Unido se compromete a: “Ayudar a los países a abolir las tasas de usuario por servicios de salud, y ayudarles a afrontar otras barreras para el acceso incluida la discriminación contra las mujeres”. La abolición de las tasas de usuario cuenta también con el apoyo de la OMS, el UNFPA, el UNICEF y muchas ONG internacionales.

Arriba: Voluntarios que transportan en una hamaca al establecimiento de salud más cercano a las mujeres que están de parto y a otras personas que necesitan transporte, Koinadugu, febrero de 2009.

Derecha: Vecinos contribuyendo al plan de ahorros y préstamos en Dogoloya, Koinadugu, febrero de 2009.

INICIATIVAS PARA APOYAR A LAS MUJERES EN EL EMBARAZO Y EL PARTO

Los grupos de apoyo, llamados grupos de “apoyo al vientre materno”, animan a las mujeres embarazadas y lactantes a reunirse una vez a la semana para cantar, cocinar y comer juntas. Las charlas informativas sobre salud y la distribución de mosquiteros tratados con insecticida también forman parte del programa. Es un lugar donde las mujeres se reúnen y se dan un breve respiro de las exigencias de cocinar, cultivar, limpiar y cuidar a sus familias.

En Koinadugu, CARE trabaja con el Ministerio de Salud y el gobierno local para organizar tales grupos de apoyo. Iniciativas semejantes están en marcha en otros lugares, como los grupos organizados por Save the Children en el distrito de Kailahun.

Las casas de espera materna, donde las mujeres pueden residir durante el periodo previo al parto, garantizan que cuando una mujer se pone de parto está cerca de un asistente de partería cualificado que puede derivarlas en caso necesario, y no están a merced de un sistema de transporte poco fiable y caro. Estas casas de espera pueden servir de puente entre la comunidad y el servicio de salud a la hora de proporcionar atención a las mujeres embarazadas. En la actualidad las casas de espera materna son poco corrientes, excepto en el distrito de Koinadugu, donde se han creado debido a las dificultades del terreno.

5/MALA ADMINISTRACIÓN Y CORRUPCIÓN

“Estas instituciones [de atención de la salud] se han visto abrumadas por prácticas corruptas en el nivel directivo y en niveles inferiores, lo que ha causado graves condiciones debilitadoras en la prestación de los servicios de atención de la salud a la población.”

Comisión Anticorrupción¹¹⁴

Los sistemas de vigilancia y rendición de cuentas en todas las áreas decisivas del sistema de salud adolecen de graves deficiencias. En algunas áreas es necesario crear o fortalecer los sistemas de vigilancia, en otras no se están utilizando los sistemas y procedimientos existentes. Mecanismos para la rendición de cuentas como las juntas directivas de los hospitales no funcionan en la práctica, y la recogida de datos, de la que dependen la vigilancia y la evaluación, es fragmentaria en el mejor de los casos e inexistente en el peor.

En 2001, la Comisión Anticorrupción comprobó que aunque tanto el gobierno como los donantes habían destinado considerables recursos a rejuvenecer el sistema de salud, “aparentemente, una gran cantidad de estos recursos no se ha utilizado con criterio debido a los años de corrupción endémica”.¹¹⁵ En consecuencia, en 2004 creó la Guía de Buena Práctica sobre Prácticas y Procedimientos Financieros para el Sistema de Atención de la Salud. Su revisión de 2008 señaló el hecho de que muchas de estas prácticas y recomendaciones no se estaban implementando todavía.

La Guía de Buena Práctica recomendaba la creación de un sistema de ingresos centralizado con recaudadores de ingresos designados que se esperaba que llevaran libros de caja y emitieran recibos por todo el dinero cobrado.¹¹⁶ La Guía de Buena Práctica identificaba también a diversos funcionarios, como encargados de asuntos económicos y secretarios de hospitales, en quienes recaería la responsabilidad de supervisar el sistema de recaudación de ingresos y recomendaba que el Ministerio de Salud y las juntas directivas de los hospitales¹¹⁷ llevaran a cabo una vigilancia periódica.¹¹⁸

En 2008, la Comisión Anticorrupción elaboró otro informe que entregó al Ministerio de Salud.¹¹⁹ El Ministerio de Salud lo aceptó y está trabajando con la Comisión para implementar sus recomendaciones. El Ministerio de Salud prometió enviar informes trimestrales sobre el progreso en la implementación de las recomendaciones.

El informe de 2008 de la Comisión Anticorrupción reveló que la mayoría de los hospitales no seguían el sistema de recaudación de ingresos centralizado recomendado y que varios miembros del personal de los hospitales estaban implicados en la recaudación de ingresos, con tarifas variables, sin dar cuenta de ello a la oficina de asuntos económicos.¹²⁰ El informe reveló asimismo que el Ministerio de Salud no llevaba a cabo auditorías internas con frecuencia y que las juntas directivas de los hospitales “casi han sido relegadas a la condición de moribundas”.¹²¹

La Comisión Anticorrupción reiteró su recomendación de que la recaudación de ingresos en todos los hospitales del Estado se centralizase y se depositase diariamente. También recomendó que se hicieran públicos las tarifas por varios servicios y que se regularizase el uso de ambulancias.¹²² Algunas mujeres y sus familias dijeron en repetidas ocasiones a Amnistía Internacional que habían pagado directamente al personal médico antes de recibir tratamiento, que habían tenido que negociar el precio con el personal médico y que no se les había entregado un recibo, aunque habían guardado con cuidado todos los documentos que se les habían dado.

Hay también graves problemas en relación con la disponibilidad de medicamentos y suministros médicos esenciales y con la mala administración y la corrupción en la distribución de los fármacos. Se ha identificado como problemas la deficiente gestión del control de inventario, junto con la deficiente rendición de cuentas y la mala administración de los medicamentos y los suministros.¹²³

Incluso en aquellos casos en que los medicamentos y suministros como la sangre se reciben en concepto de donación, siguen sin estar fácilmente disponibles en la mayor parte de las ocasiones. Amnistía Internacional fue informada de que medicamentos y suministros donados por el Fondo Mundial, el UNICEF y el UNFPA para hospitales y centros de atención de la salud se vendían en farmacias y mercados.

En octubre de 2008, el UNFPA descubrió que medicamentos por un valor aproximado de 60.000 dólares que se habían donado al hospital-maternidad Princess Christian habían sido desviados. Una investigación identificó al personal del hospital que estaba involucrado, y aunque la principal persona responsable fue relevada de su puesto en mayo de 2009, no se sabía con certeza si se impondrían otras sanciones.

La Guía de Buena Práctica sugiere medidas para mejorar el mantenimiento de registros de medicamentos y suministros, junto con los inventarios y la verificación periódicos.¹²⁴ La Comisión Anticorrupción ha sugerido que “los equipos de gestión de los hospitales deben imponer severas medidas administrativas de castigo a los funcionarios que posean, vendan o administren medicamentos ilegalmente”.¹²⁵

En abril de 2009, UNICEF anunció planes para asumir la responsabilidad de la adquisición de medicamentos. Simultáneamente se formará a personal del Ministerio de Salud con el fin de que esté listo para volver a asumir esta responsabilidad en 2011.¹²⁶

El gobierno de Sierra Leona también ha reconocido en su informe de 2005 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que “las juntas y los consejos reguladores de personal médico, de enfermería y farmacéutico y otras asociaciones profesionales son débiles, y hay pocas reglas y normas exigibles”.¹²⁷ El gobierno ha establecido un Consejo Médico y Dental con el fin de registrar y autorizar los establecimientos de atención de la salud y para vigilarlos e inspeccionarlos periódicamente. Sin embargo, la Comisión Anticorrupción ha señalado que se deben conceder a este organismo recursos suficientes para que lleve a cabo estas tareas.¹²⁸

ENTREGA Y COORDINACIÓN DE LOS FONDOS

El gobierno debe redoblar sus esfuerzos no sólo para aumentar la asignación hasta el 15 por ciento del presupuesto nacional acordado como mínimo por los gobiernos africanos cuando firmaron la Declaración de Abuja en 2001, sino también para entregar la cantidad prometida en el presupuesto. Personal del sistema de salud, tanto de ámbito nacional como de distrito, manifestó reiteradamente a Amnistía Internacional que las sumas prometidas no se recibían realmente. El informe de la Comisión Anticorrupción reveló también que las demoras excesivas en la recepción de fondos han causado dificultades económicas extremas a departamentos y agencias.¹²⁹

El doctor Kargbo, coordinador de la Dirección General de Salud Reproductiva e Infantil del Ministerio de Salud, confirmó que el Ministerio de Salud recibe normalmente menos del 50 por ciento de la cantidad prometida por el gobierno.¹³⁰ Un representante de una ONG internacional dijo a Amnistía Internacional que los representantes de los distritos se quejaban de que no recibían todos los fondos de su presupuesto, lo que dificultaba la implementación de sus planes.

Conversaciones con personal del Ministerio de Salud y con miembros de la sociedad civil revelaron que pensaban que no hay implantado ningún mecanismo efectivo para rastrear cómo se gasta realmente el dinero del gobierno y si se gasta.¹³¹

Dada la dependencia del sector de la salud de los donantes para la financiación, existe también la necesidad de desarrollar competencias en todo el sistema en el Ministerio de Salud, que le permitan impulsar la mejora de la salud de acuerdo con prioridades acordadas, en vez de a través del reparto poco sistemático y desigual de fondos de los donantes.¹³²

VÍAS DE REPARACIÓN ESCASAS O INEXISTENTES

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado que toda persona que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá tener acceso a recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional. “Todas las víctimas de esas violaciones deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos”. El comité ha afirmado también que “[l]os defensores del pueblo, las comisiones de derechos humanos, los foros de consumidores, las asociaciones en pro de los derechos del paciente o las instituciones análogas de cada país deberán ocuparse de las violaciones del derecho a la salud”.¹³³

En Sierra Leona, las mujeres y sus familias que son víctimas de violaciones del derecho a la salud tienen un acceso extremadamente limitado a vías para formular denuncias y buscar reparación, ya sea a través de los tribunales o por otros medios.

La Constitución de 1991 no reconoce los derechos económicos, sociales y culturales (tal como se definen en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) entre los derechos fundamentales que protege. Sólo reconoce algunos aspectos de estos derechos dentro de la sección dedicada a Principios Fundamentales de la Política del Estado. De acuerdo con la sección 8 (3) de la Constitución, el “Estado dirigirá su política a garantizar que [...] hay establecimientos médicos y de salud adecuados para todas las personas, tomando debidamente en consideración los recursos del Estado”. Sin embargo, a diferencia de los derechos fundamentales que se exponen en la Parte III de la Constitución, esta disposición no confiere “derechos legales” que sean exigibles ante un tribunal de justicia.¹³⁴ La falta de respeto del derecho a la salud repercute en otros derechos como el derecho a la vida, un derecho garantizado por la Constitución.

Existen pocas vías adicionales para que las personas puedan quejarse y buscar remedios. El mandato de la Comisión de Derechos Humanos de Sierra Leona se extiende a los derechos consagrados en los tratados internacionales que Sierra Leona ha ratificado, además de los derechos protegidos de manera explícita por la Constitución.¹³⁵ La Comisión tiene el mandato de investigar las denuncias formuladas por cualquier persona que alegue una violación de derechos humanos y de vigilar y documentar las violaciones de derechos humanos en Sierra Leona. Sin embargo, Amnistía Internacional no tiene conocimiento de ningún caso relacionado con la mortalidad materna del que la Comisión se haya ocupado.

INICIATIVAS DE VIGILANCIA

El papel de los grupos de la sociedad civil en la vigilancia del sistema de atención de la salud y del uso de fondos por parte del gobierno se considera cada vez más un paso importante para ayudar a reducir la mortalidad materna. Todos los donantes y organismos de la ONU, incluidos DFID, Irish Aid y UNICEF, han puesto fondos a disposición de grupos de la sociedad civil para que vigilen las actividades del Ministerio de Salud en los ámbitos local y nacional.

La Coalición por la Salud de Sierra Leona, una organización que aglutina a grupos de la sociedad civil de todo el país, vigila e informa sobre el nivel de atención y de acceso a los servicios que se presta en las instituciones secundarias y terciarias. Cuando los miembros de un grupo de la sociedad civil local de Kambia descubrieron que no todos los medicamentos destinados al hospital llegaban realmente al centro, hicieron llegar sus preocupaciones al Ministerio de Salud en el plano nacional. El Ministerio de Salud respondió llevando a cabo una investigación sobre la desviación de medicamentos.

6/OBLIGACIONES INTERNACIONALES Y REGIONALES DE DERECHOS HUMANOS

Cuando una mujer muere durante el embarazo o el parto porque el gobierno no se ocupa de causas evitables de muerte materna, el gobierno viola el derecho a la vida de esa mujer.¹³⁶ Las muertes y lesiones maternas evitables también reflejan violaciones del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental,¹³⁷ a la igualdad y a no sufrir discriminación.¹³⁸ Se trata en todos los casos de derechos humanos que están protegidos por los tratados internacionales y regionales de derechos humanos por los que Sierra Leona ha accedido a obligarse.

DERECHO A LA VIDA

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que Sierra Leona ha ratificado, garantiza que “[e]l derecho a la vida es inherente a la persona humana”.¹³⁹ El derecho a la vida está garantizado también en virtud de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, en la que Sierra Leona es parte.¹⁴⁰

El Comité de Derechos Humanos de la ONU ha puesto de relieve que la expresión “el derecho a la vida es inherente a la persona humana” no puede entenderse de manera restrictiva y la protección de este derecho exige que los Estados adopten medidas positivas.¹⁴¹ El Comité ha subrayado la obligación de los Estados Partes de tomar todas las medidas posibles para aumentar la esperanza de vida.¹⁴²

En sus observaciones finales y recomendaciones, al tiempo que vigila la implementación por los Estados del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y sus obligaciones en relación con el derecho a la vida, el Comité de Derechos Humanos ha expresado constantemente su preocupación por las elevadas tasas de mortalidad materna.¹⁴³ El Comité ha recomendado: “Para garantizar el derecho a la vida, el Estado Parte debería reforzar su acción, en particular en materia de accesibilidad de los servicios de salud, comprendidos los servicios de atención obstétrica urgente. El Estado Parte debería velar por que se dé una formación adecuada al personal de salud y ayudar a la mujer a evitar los embarazos no deseados, en especial reforzando sus programas de planificación familiar y de educación sexual. El Estado debería velar por que la mujer no se vea obligada a recurrir a un aborto clandestino que ponga en peligro su vida”.¹⁴⁴

DERECHO A LA SALUD

Toda persona tiene “derecho [...] al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, incluido el acceso a “asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12

“[E]l derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.”

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU¹⁴⁵

El derecho a la salud está protegido en virtud de diversos tratados internacionales y regionales de derechos humanos en los que Sierra Leona es parte, incluidos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (artículo 12), la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24) y la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (artículo 16). La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, en su artículo 5 (e) (iv), también exige a los Estados Partes que prohíban y eliminen la discriminación racial y garanticen la igualdad ante la ley en el disfrute de, entre otros derechos, el derecho a la salud pública y la asistencia médica.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud.¹⁴⁶ Entre éstos figuran el acceso a agua limpia y potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente.¹⁴⁷ El Comité ha aclarado que el derecho a la salud también incluye el derecho a acceder a educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y el derecho a participar en la adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.¹⁴⁸

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado que el derecho a la salud exige que los establecimientos, bienes y servicios de salud reúnan las condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad.¹⁴⁹ Esto significa que:

- Se debe contar con un número suficiente de establecimientos de salud, profesionales capacitados y medicamentos esenciales.
- Los establecimientos, bienes, servicios e información de salud deben ser accesibles física y económicamente (al alcance geográfico y asequibles) a todas las personas sin discriminación.
- Los establecimientos, bienes, servicios e información de salud deben ser aceptables, es decir, respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género.
- Los establecimientos, bienes, servicios e información de salud deben ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Esto requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado y condiciones sanitarias adecuadas.

En virtud del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto, incluido el derecho a la salud, debe lograrse progresivamente, por todos los medios apropiados, mediante la adopción de medidas por parte de los Estados, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que disponga cada Estado Parte. Sin embargo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha aclarado algunas obligaciones básicas de los Estados Partes para asegurar la satisfacción sin demora de al menos los niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto.¹⁵⁰ Entre estas obligaciones figuran las siguientes: velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud, así como facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud; y adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población. El Comité ha afirmado que la obligación de asegurar la atención de la

salud reproductiva y materna (prenatal y postnatal) es de prioridad comparable a una obligación básica. Esto se extiende también a la obligación de proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado que “[u]n Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 [el derecho a la salud]. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por un Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas *supra*”.¹⁵¹ El Comité ha subrayado que, aun en tiempos de limitaciones graves de recursos, se puede y se debe en realidad proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la adopción de programas de relativo bajo costo.¹⁵²

DERECHO A LA SALUD MATERNA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tanto Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer han aclarado que la realización del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todos los obstáculos que se oponen al “acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva”.¹⁵³ El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha afirmado que esos “obstáculos incluyen requisitos o condiciones que menoscaban el acceso de la mujer, como los honorarios elevados de los servicios de atención médica, el requisito de la autorización previa del cónyuge, el padre o las autoridades sanitarias, la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible”.¹⁵⁴

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha afirmado también que “el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer”.¹⁵⁵ El Comité ha afirmado también que el artículo 12 exige a los Estados eliminar “la discriminación contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto”.¹⁵⁶ [...] Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer”.¹⁵⁷

Como ya hemos visto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado que la obligación de asegurar la atención de la salud reproductiva y materna (prenatal y postnatal) es de prioridad comparable a una obligación básica. El Comité ha reconocido también que los gobiernos deben “mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información”.¹⁵⁸

En virtud de diversos tratados internacionales por los que Sierra Leona se ha obligado voluntariamente, las mujeres tienen derecho a una serie de servicios de salud que desempeñan un papel importante en la mejora de la salud materna, como por ejemplo:

- servicios de atención primaria de la salud a lo largo de toda la vida de la mujer;¹⁵⁹
- educación e información sobre salud sexual y reproductiva;¹⁶⁰
- servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, como servicios de planificación familiar;¹⁶¹
- servicios de salud prenatal;¹⁶²

- personal médico capacitado que asista en el parto;¹⁶³
- atención obstétrica de urgencia;¹⁶⁴y
- servicios de salud postnatal.¹⁶⁵

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer garantiza el derecho de las mujeres, en condiciones de igualdad con los hombres, a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.¹⁶⁶ El Comité ha afirmado que “[l]os estudios que ponen de relieve las elevadas tasas mundiales de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad y el gran número de parejas que desean limitar el número de hijos pero que no tienen acceso a ningún tipo de anticonceptivos o no los utilizan constituyen una indicación importante para los Estados Partes de la posible violación de sus obligaciones de garantizar el acceso a la atención médica de la mujer”.¹⁶⁷ El Comité ha subrayado la obligación de los Estados de “[d]ar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal”.¹⁶⁸

El relator especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental también ha aclarado que “[e]l derecho a la salud, incluidas la salud sexual y la reproductiva, comprende a la vez libertades, como la libertad de discriminación, y derechos”. El relator especial continuaba: “En el contexto de la salud sexual y la salud reproductiva, entre las libertades figura el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo. La violación y otras formas de violencia sexual, como el embarazo forzado, los métodos de contracepción no consensuados (por ejemplo, la esterilización forzada y el aborto forzado), la mutilación/ablación genital de la mujer y el matrimonio forzado, constituyen otras tantas violaciones de la libertad sexual y reproductiva, y son incompatibles, de por sí y en su esencia, con el derecho a la salud”.¹⁶⁹ Un ejemplo de derecho es que “las mujeres deben gozar de igualdad de acceso, de hecho y de derecho, a la información sobre las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva”.¹⁷⁰

El relator especial ha afirmado también que “[l]as mujeres que han quedado embarazadas involuntariamente deberían recibir información fiable y asesoramiento comprensivo, con indicación de los lugares y plazos en los que pueda ponerse fin legalmente al embarazo. Aunque los abortos sean legales, también han de ser seguros: los sistemas de salud pública deben capacitar y equipar a los encargados de prestar los servicios sanitarios y tomar otras medidas para garantizar que los abortos no son sólo seguros, sino también accesibles. En todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para el tratamiento de las complicaciones resultantes del aborto. Hay que acabar con las disposiciones que castigan a las mujeres que abortan”.¹⁷¹

De acuerdo con la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, “[l]os derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”.¹⁷²

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha subrayado también la obligación de los Estados Partes de abordar la violencia por motivos de género —a la que considera una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer—, por ejemplo adoptando medidas para prevenir y castigar las violaciones de derechos cometidas tanto por particulares como por organizaciones, La promulgación y aplicación eficaz de leyes y la capacitación de los trabajadores de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género.¹⁷³ Las obligaciones abarcan la promulgación y aplicación eficaz de leyes que prohíban la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado y el matrimonio precoz.¹⁷⁴

Sierra Leona no ha ratificado todavía el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África.¹⁷⁵ Sin embargo, este Protocolo –resultado del trabajo de organizaciones africanas de derechos humanos y de derechos de las mujeres– constituye una referencia importante para orientar al gobierno de Sierra Leona acerca de lo que exigen los derechos humanos de las mujeres en el contexto de la salud materna.

El Protocolo expone las medidas positivas que los gobiernos deben adoptar para asegurar el respeto y la promoción del derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva. Las mujeres deben vivir libres de violencia por motivos de género y disfrutar de respeto a su vida; a la integridad y seguridad de su persona; al derecho a decidir si tener hijos y, en caso afirmativo, el número de hijos y el intervalo entre su nacimiento; y a su derecho a la información y la atención que necesiten durante el embarazo, el parto y la maternidad. Esto incluye la prestación de servicios de salud adecuados, asequibles y accesibles. Incluye también programas de información, educación y comunicación para mujeres, especialmente las que viven en zonas rurales, y el establecimiento y fortalecimiento de los servicios de salud y nutrición prenatal, de parto y postnatal existentes para las mujeres durante el embarazo y en el periodo de lactancia. El Protocolo exige asimismo a los Estados que prevengan las muertes maternas “autorizando el aborto médico en casos de agresión sexual, violación o incesto, y cuando la continuidad del embarazo ponga en peligro la salud mental o física de la madre o la vida de la madre o el feto”.¹⁷⁶

En noviembre de 2008, la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos adoptó una resolución relativa a la mortalidad materna en África. La resolución reconocía que la mortalidad materna evitable en África es una violación del derecho de las mujeres a la vida, la dignidad y la igualdad, un derecho consagrado en la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y en el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África. La resolución pide a los gobiernos africanos que se ocupen individual y colectivamente de la cuestión de la mortalidad materna.¹⁷⁷

En junio de 2009, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU adoptó una resolución sobre mortalidad y morbilidad maternas en la que reconocía que la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad materna son prevenibles y suponen un problema que “exige la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, en particular su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a ser libres para buscar, recibir y difundir información, a gozar de los beneficios del proceso científico, a estar a salvo de la discriminación y a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva”.¹⁷⁸

DERECHO A LA IGUALDAD Y A NO SUFRIR DISCRIMINACIÓN

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos prohíben la discriminación por motivos de sexo en relación con todos los derechos contenidos en estos tratados.¹⁷⁹ En virtud del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, existe también el derecho autónomo a la igualdad y a no sufrir discriminación.¹⁸⁰ La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer exige a los Estados Partes que eliminen la discriminación de la mujer en todas sus formas.¹⁸¹ Como se ha señalado *supra*, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha afirmado: “Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer”.¹⁸²

Así pues, el gobierno de Sierra Leona debe respetar, proteger y realizar el derecho a no sufrir discriminación, garantizando que sus leyes y prácticas no son discriminatorias, protegiendo a las personas de la discriminación de terceras partes y adoptando las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y promocionales necesarias para asegurar la realización plena del derecho a no sufrir discriminación. Su obligación de eliminar la discriminación contra las mujeres le exige:

- incorporar el principio de igualdad de hombres y mujeres al ordenamiento jurídico y adoptar medidas legislativas y de otra índole que prohíban la discriminación contra las mujeres;¹⁸³
- adoptar todas las medidas adecuadas, incluidas disposiciones legales, para modificar o abolir leyes, normas, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las mujeres;¹⁸⁴
- establecer tribunales y otras instituciones públicas para garantizar la protección efectiva de las mujeres contra todo acto de discriminación;¹⁸⁵ y
- garantizar la eliminación de todos los actos de discriminación contra las mujeres cometidos por personas, organizaciones o empresas.¹⁸⁶

7/CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

© Amnistía Internacional



El esposo y la hija superviviente de Yerie Marah, febrero de 2009.

Yerie Marah debería seguir con vida hoy. Como tantas otras mujeres en Sierra Leona, murió sin necesidad debido a una complicación del parto que era susceptible de tratamiento.

Necesitaba acceso a atención prenatal de buena calidad. Necesitaba acceso sin demora a atención obstétrica de urgencia de calidad cuando surgieron complicaciones. Necesitaba oír del Estado que la falta de dinero no le impediría conseguir el tratamiento que necesitaba para salvar su vida. Por su parte, el gobierno necesitaba cumplir con su obligación de asegurar la disponibilidad y accesibilidad de una atención de calidad.

Pero en el caso Yerie, como en el de la mayoría de las mujeres de Sierra Leona, nada de esto estaba a su alcance.

El número de muertes maternas en Sierra Leona es un reflejo de las muchas barreras a que se enfrentan las mujeres para acceder a los servicios de atención de la salud materna. Estas barreras incluyen la no disponibilidad y la distribución desigual de los servicios de salud, incluidos personal de salud cualificado y atención obstétrica de urgencia; la insuficiencia de medicamentos, equipos y suministros médicos; un sistema de derivación deficientemente equipado e inadecuado; la falta de capacitación y supervisión adecuadas del personal médico; la falta de asistencia cualificada en los partos; la falta de transporte para llegar a los establecimientos de salud; y el costo de la atención de la salud.

Aunque el gobierno adoptó en 2002 una política de exención de las mujeres embarazadas y otros grupos vulnerables del pago de honorarios por los servicios de salud básicos, las barreras económicas siguen impidiendo el acceso de muchas mujeres a una atención de la salud que puede salvarles la vida. El gobierno no ha implantado sistemas y recursos para implementar su política de exenciones; no la ha presupuestado, no la ha divulgado y no vigila su implementación. En consecuencia, las mujeres y sus familias tienen que pagar por medicamentos, suministros médicos y servicios esenciales que el gobierno ha proclamado que deben ser gratuitos.

La ausencia de regularización de la situación de muchos trabajadores de la salud que trabajan en el sistema sin que se les pague un salario, o de mejora de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, ha tenido como resultado la corrupción generalizada y unas tarifas arbitrarias. Esto tiene repercusiones incalculables sobre la calidad y la disponibilidad de la atención de la salud. El temor a los costos y la negativa de algunos trabajadores de la salud a tratar a las mujeres en situaciones de urgencia si no les pagan, conduce a demoras mortales en la decisión de buscar o recibir atención.

La discriminación que experimentan las mujeres en muchas áreas de sus vidas y su posición social generalmente baja reducen su capacidad para decidir el número y el espaciamiento de sus embarazos y contribuyen a una situación en la que pueden ser marginadas a la hora de tomar decisiones sobre el acceso a los servicios de salud. Prácticas como el matrimonio a edad temprana o forzado y la mutilación genital femenina aumentan los riesgos a que se enfrentan las mujeres en el embarazo y el parto.

La descentralización de los servicios de salud requiere más trabajo para aclarar la rendición de cuentas, las funciones y responsabilidades y para garantizar la gestión y distribución efectivas de los presupuestos y otros recursos necesarios para que el sistema de salud funcione de manera efectiva. El gobierno no ha implantado medidas adecuadas para impedir la corrupción y la mala administración, ni ha implementado recomendaciones fundamentales de la Comisión Anticorrupción. Si las mujeres sufren violaciones de sus derechos dentro del sistema de salud, ellas y sus familias tienen vías limitadas o inexistentes para formular denuncias y buscar reparación.

El gobierno ha adoptado algunas medidas positivas. Ha elaborado un Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil de carácter integral que tiene como objetivo abordar muchas de las barreras que se oponen a la atención de la salud materna que se han documentado en este informe. El gobierno ha creado la Unidad de Salud Reproductiva e Infantil en el Ministerio de Salud y la ha dotado del personal adecuado. Recabando asistencia técnica de organismos de la ONU y donantes, ha emprendido numerosas evaluaciones del sistema de salud, incluida la Evaluación Nacional de Necesidades de Servicios Obstétricos de Urgencia y Atención de Recién Nacidos en Sierra Leona. Basándose en estas conclusiones, y previa consulta con asociados clave, el UNFPA está trabajando en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud, con financiación de donantes como DFID, Banco Mundial y Banco Africano de Desarrollo, para proporcionar servicios de urgencia integrales en siete distritos.

Los donantes se han comprometido a garantizar la implementación del Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil, cuyo costo se calcula en 282 millones de dólares desde 2008 hasta 2010. DFID se ha comprometido también a apoyar al gobierno de Sierra Leona aportando asistencia técnica con el objetivo de ayudar al Ministerio de Salud a estar en mejores condiciones para implementar el Plan y cumplir sus objetivos.

Estas medidas son bienvenidas, y el gobierno debe proceder a implementarlas sin demora. Mientras tanto, en Sierra Leona se sigue negando a las mujeres, como a Yerie Marah, su derecho a una atención de la salud reproductiva y materna que puede salvarles la vida.

Para reducir el número de mujeres que mueren debido a complicaciones del embarazo y el parto susceptibles de tratamiento, el gobierno de Sierra Leona debe garantizar el acceso de las mujeres a atención de la salud de buena calidad y asequible; adoptar medidas para cuestionar las creencias culturales y las prácticas sociales que amenazan la vida de las mujeres; y crear una situación en la que las mujeres puedan tomar decisiones autónomas en relación con su fertilidad y su vida reproductiva.

A los donantes también les corresponde desempeñar un papel importante a la hora de ayudar al gobierno de Sierra Leona a cumplir con sus obligaciones en relación con el derecho a la salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado a este respecto: “De acuerdo con los recursos de que dispongan, los Estados deben facilitar el acceso a los establecimientos, bienes y

recursos de salud esenciales en otros países, siempre que sea posible, y prestar la asistencia necesaria cuando corresponda".¹⁸⁷

RECOMENDACIONES

Todo plan que tenga como objetivo abordar la mortalidad materna en Sierra Leona debe incluir, como mínimo, los componentes siguientes:

1. ASEGURAR QUE LOS COSTOS NO SON UNA BARRERA PARA SERVICIOS LOS DE SALUD ESENCIALES, INCLUIDOS LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE URGENCIA Y OTROS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Los costos son una de las principales barreras para el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva, incluida la atención obstétrica de urgencia. Los tratamientos de los que puede depender la vida, incluidos los medicamentos, deben dispensarse con carácter gratuito a las mujeres embarazadas.

- El Ministerio de Salud debe asegurar que la política que exime a los grupos vulnerables, entre ellos las mujeres embarazadas y lactantes, del pago de honorarios por medicamentos y servicios esenciales, incluidos los servicios obstétricos de urgencia, se implementa en todos los establecimientos de salud. El gobierno debe tomar medidas inmediatas para dar a conocer la política.
- El gobierno debe implementar las recomendaciones de la Comisión Anticorrupción en relación con la recaudación de ingresos centralizada, la exhibición y el anuncio de las tarifas que puedan cobrarse por los servicios de salud y la creación de sistemas sólidos de vigilancia y rendición de cuentas.
- El Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil debe especificar cómo respaldará su implementación la política que exime a los grupos vulnerables, incluidas las mujeres embarazadas y lactantes, del pago de honorarios por servicios y medicamentos.

2. AUMENTAR LA DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD DE ASISTENTES CUALIFICADOS EN EL PARTO

Más del 80 por ciento de las mujeres dan a luz en su domicilio sin un asistente de partería cualificado, y no tienen acceso alguno a atención apropiada cuando surge una complicación. El Ministerio de Salud debe:

- aumentar el número de asistentes de partería cualificados mediante la capacitación de más matronas, auxiliares de salud materno infantil y otro personal pertinente y mejorando la capacitación del personal existente;
- proporcionar incentivos para promover una distribución equitativa del personal médico cualificado en el país.

3. MEJORAR LA DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES, INCLUIDA LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE URGENCIA

Aun en el caso de que las mujeres lleguen a los establecimientos de atención de la salud, cabe la posibilidad de que los servicios que necesitan no estén disponibles. La mayoría de los

establecimientos, sobre todo en las zonas rurales, carecen de personal suficientemente cualificado, suministros, servicios hematológicos y medicamentos. Seis de los 13 distritos de salud no disponen de servicios obstétricos de urgencia. De conformidad con los compromisos contraídos en virtud del Acuerdo de Abuja y del Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil, el gobierno de Sierra Leona debe asignar cada año el 15 por ciento de su presupuesto nacional al sector de la salud y asegurarse de que esta cantidad se desembolsa íntegramente y de manera oportuna.

- El gobierno debe asignar recursos económicos y técnicos suficientes para implementar el compromiso del Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil de que, antes de 2010, todos los distritos implementarán un conjunto básico de servicios de atención de la salud esenciales.
- El Ministerio de Salud debe implementar las recomendaciones de la Evaluación Nacional de Necesidades de Servicios Obstétricos de Urgencia y Atención de Recién Nacidos en Sierra Leona para garantizar que todos los distritos tienen al menos un hospital que preste atención obstétrica de urgencia integral, y que 70 unidades de salud periféricas dispensan atención obstétrica de urgencia básica.
- El Ministerio de Salud debe adoptar medidas inmediatas para garantizar la regularización del que el personal de atención de la salud que trabaja actualmente en el sistema de atención de la salud sin percibir salario es regularizado como parte de la administración pública y recibe una remuneración adecuada, de conformidad con los requisitos en cuanto a dotación de personal de establecimientos de salud concretos.
- El Ministerio de Salud debe aumentar la contratación, la retención, la moral y la capacitación del personal, lo que incluirá mejorar la retención de los trabajadores de atención de la salud en las zonas rurales. Debe adoptar todas las medidas posibles para mejorar las condiciones de trabajo y los salarios de los trabajadores de atención de la salud.
- El Ministerio de Salud debe impartir al personal capacitación y apoyo adecuados, y garantizar que sus actividades son supervisadas por personal que ocupe puestos de más responsabilidad.
- El Ministerio de Salud debe garantizar la distribución equitativa de sangre, medicamentos y otros suministros en todo el país.

4. MEJORAR LAS REDES DE DERIVACIÓN

La falta de comunicaciones entre los establecimientos de salud, la falta de transporte para trasladar a los pacientes y los elevados costos que entraña la derivación se conjugan para hacer que el sistema de derivación sea en gran medida disfuncional.

- El Ministerio de Salud y las autoridades de salud de los distritos deben fortalecer las conexiones entre todos los niveles del servicio de salud proporcionando equipos de comunicaciones y transporte.

5. MEJORAR LA VIGILANCIA Y GARANTIZAR LA RENDICIÓN DE CUENTAS

Es responsabilidad del gobierno abordar la corrupción y la mala administración dentro del sistema de atención de la salud estableciendo instituciones y sistemas que funcionen y rindan cuentas. La sociedad civil debe desempeñar un papel activo en la vigilancia del sistema de atención de la salud.

- El gobierno debe garantizar que el Ministerio de Salud y las autoridades de los distritos reciben realmente el presupuesto nacional destinado a salud, y que se dedica una proporción adecuada a los servicios de atención de la salud reproductiva, incluida la atención obstétrica de urgencia.

- Al menos una vez al año, deben realizarse evaluaciones periódicas de los avances en los indicadores de progreso de la ONU que se recogen en la Evaluación Nacional de Necesidades de Servicios Obstétricos de Urgencia y Atención de Recién Nacidos en Sierra Leona. Los resultados deben ser objeto de amplia difusión entre los proveedores de atención de la salud y el público.
- Debe mejorarse la recogida de información sobre el número de casos y las causas de las muertes maternas, incluso mediante auditorías sobre muertes maternas. El personal de atención de la salud pertinente debe recibir capacitación en la recogida de datos, y debe crearse un sistema de rendición de cuentas para asegurarse de que los datos se reúnen de manera exacta y habitual.
- La implementación del Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil debe ser supervisada por mecanismos que prevean la implicación y participación de las mujeres que usan los servicios de salud reproductiva y materna, otros miembros de la comunidad y de la sociedad civil en los procesos de planificación, vigilancia y evaluación.
- Deben implementarse las recomendaciones de la Comisión Anticorrupción. Los mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas deben fortalecerse, incluso mediante sistemas para reducir la corrupción y la mala administración en la adquisición, el almacenamiento y la distribución de medicamentos y suministros. Todo mecanismo para la presentación de denuncias debe ser fácilmente accesible para la población y ser objeto de una divulgación adecuada.
- Los organismos reguladores médicos deben ser dotados de recursos suficientes para permitirles vigilar, conceder licencias, registrar y regular los establecimientos y a los profesionales médicos.
- El gobierno debe proporcionar vías para que las mujeres y sus familias busquen reparación, recursos judiciales y otros.
- El gobierno debe trabajar en estrecha colaboración con los donantes y los organismos internacionales para fortalecer sus sistemas a fin que se rinda cuentas de ellos y sean transparentes y viables. Entre las prioridades clave figuran la reforma de la administración pública, la construcción de capacidad de liderazgo y gestión del Ministerio de Salud en los niveles central y de distrito, la asistencia en la implantación efectiva de sistemas de adquisición de medicamentos y, a largo plazo, la mejora de los sistemas de información sobre salud.

6. INFORMAR A LA POBLACIÓN

El Ministerio de Salud debe trabajar con todas las partes interesadas, incluidos la sociedad civil, las ONG internacionales y locales, los dirigentes tradicionales y las organizaciones comunitarias, para aumentar la transparencia y mejorar la sensibilización sobre la salud. El gobierno debe:

- llevar a cabo una campaña de educación pública y en los medios de comunicación en todo el país para sensibilizar a la población sobre:
 - la importancia de la planificación familiar;
 - la necesidad de tratamiento urgente de las complicaciones relacionadas con el embarazo;
 - la importancia de asistentes de partería cualificados durante el parto;
 - los compromisos y planes del gobierno, incluidos la política de atención gratuita a las mujeres embarazadas y lactantes y el Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil;
 - los mecanismos para presentar denuncias y buscar reparación; y
 - el derecho a la salud;

- lanzar una campaña de ámbito nacional en los medios de comunicación para divulgar la política que exime a los grupos vulnerables, incluidas las mujeres embarazadas y lactantes, del pago de honorarios por los servicios y los medicamentos;
- realizar campañas de educación y sensibilización que promuevan la importancia de la asistencia cualificada en el parto, pero revocar las ordenanzas de los poblados que consideran ilegal que las mujeres den a luz en su casa.

7. ABORDAR LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES Y LAS PRÁCTICAS NOCIVAS

El gobierno tiene la obligación de tomar todas las medidas adecuadas para poner fin a la discriminación contra las mujeres en todas sus formas, incluida la eliminación de prácticas tradicionales que son nocivas para las mujeres, o que se basan en papeles estereotipados para hombres y mujeres y refuerzan la subordinación de las mujeres. El gobierno debe:

- llevar a cabo una campaña nacional de sensibilización para concienciar acerca de la Ley sobre los Derechos de la Infancia, que prohíbe el matrimonio a edad temprana y las leyes sobre género de 2007 acerca del matrimonio, la sucesión, la herencia y los delitos sexuales. El gobierno debe implementar y hacer cumplir estas leyes;
- resolver la contradicción entre las disposiciones de la Ley sobre los Derechos de la Infancia, que prohíben el matrimonio de personas menores de 18 años y la sección 2 (2) de la Ley de Registro de Matrimonios y Divorcios Consuetudinarios, que permite el matrimonio antes de los 18 años con consentimiento de los padres;
- tomar medidas para erradicar la práctica de la mutilación genital femenina implementando la Ley sobre los Derechos de la Infancia de 2007, sección 33 (1), que hace punible por la ley la práctica de la iniciación de niños y niñas, enmendando la ley para prohibir por completo la práctica y sensibilizando sobre los peligros que le son inherentes.

8. ACEPTAR Y CUMPLIR LOS COMPROMISOS NACIONALES E INTERNACIONALES

Sierra Leona debe reconocer el derecho a la salud en virtud del derecho nacional, garantizar que es exigible en los tribunales de justicia y que las víctimas de violaciones disponen de recursos efectivos.

- Sierra Leona debe ratificar Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África, y una vez lo haya ratificado debe emprender medidas para incorporarlo a la legislación nacional, incluso mediante la enmienda de las leyes internas para ajustarlas a las disposiciones del Protocolo.
- Sierra Leona debe firmar y ratificar el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, una vez se abra para la firma, que permite el derecho de petición individual.
- El gobierno debe alentar a la Comisión Nacional de Derechos Humanos y al defensor del pueblo nacional para que se ocupen de las violaciones del derecho a la salud como parte de su trabajo y garantizar que los sistemas para presentar información sobre violaciones son accesibles y que su existencia se da a conocer.

9. LOS GOBIERNOS DONANTES Y LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES DEBEN CONSIDERAR LA MORTALIDAD MATERNA EN SIERRA LEONA COMO UNA CUESTIÓN URGENTE DE DERECHOS HUMANOS

Amnistía Internacional hace un llamamiento a los donantes, a otros gobiernos y a los organismos internacionales para que:

- continúen trabajando con el gobierno de Sierra Leona para implantar mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas efectivos a fin de garantizar que los recursos para la atención de la salud, incluidos los que recibe a través de la asistencia internacional, son objeto de una rendición de cuentas completa y transparente, se distribuyen de forma equitativa y se concede prioridad a las personas más vulnerables y marginadas;
- con carácter de urgencia, garantizar la coordinación efectiva de los esfuerzos entre los organismos donantes para trabajar con el gobierno de Sierra Leona a fin de superar las barreras para la implementación del Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil de Sierra Leona;
- garantizar que la asistencia económica y técnica al gobierno de Sierra Leona destinada a prioridades de salud respalda las iniciativas para eliminar las barreras económicas y de otra índole que se oponen al acceso de las mujeres a los servicios de salud;
- apoyar los esfuerzos para mejorar la capacitación, la contratación, la retención y las condiciones laborales de los trabajadores de salud, especialmente en las zonas rurales;
- garantizar que la asistencia técnica se dirige, entre otras prioridades, a mejorar la recogida de datos en el sistema de salud, incluso mediante auditorías sobre muertes maternas, a fin de que informen la planificación, la política y la práctica en materia de salud sexual y reproductiva;
- proporcionar cooperación y asistencia internacionales al gobierno de Sierra Leona para ayudarle a realizar el derecho al más alto nivel posible de salud en Sierra Leona, mediante el fortalecimiento del sistema de salud y asegurando que se concede prioridad al acceso a atención de la salud esencial para los más marginados y vulnerables.

ANEXO 1/EL SISTEMA DE SALUD DE SIERRA LEONA

El sistema de atención de la salud en Sierra Leona está inmerso en un proceso de descentralización desde 2004. El marco legal está constituido por la Ley sobre el Consejo de Administración de los Hospitales de 2003 y la Ley de Administración Local de 2004.

En los 13 distritos de Sierra Leona hay 19 consejos locales (12 consejos de distrito, 5 consejos municipales, el Consejo Municipal de Freetown y el Consejo Rural del Área Occidental) responsables de la gestión de los servicios de atención primaria de la salud. Abarcan las cuatro regiones administrativas: Freetown y el Área Occidental, la provincia del Norte (Bombali, Tonkolili, Kambia, Koinadugu, Port Loko), la provincia del Sur (Moyamba, Bo, Pujehun y Bonthe) y provincia del Este (Kono, Kailahun y Kenema).

Los 13 Equipos de Gestión de la Salud de Distrito son los encargados de prestar el servicio. Los equipos planifican, organizan, gestionan, implementan, vigilan y supervisan los programas de salud de sus distritos. Los equipos hacen planes anuales que presentan al Ministerio de Salud para su financiación. Los equipos son los encargados de la atención primaria de la salud, y la atención secundaria de la salud está en el proceso de ser transferida a los distritos. Un funcionario médico de distrito supervisa la prestación de atención de la salud en el nivel de distrito y preside el Equipo de Gestión de la Salud de Distrito.

En todos los consejos locales hay un comité de salud y un Departamento de Asuntos Económicos del Gobierno Local. Éstos son responsables de elaborar un plan y unos presupuestos de salud que son revisados por los Equipos de Gestión de la Salud de Distrito, y después aprobados por el consejo local y por el Ministerio de Salud. Los planes se presentan al Ministerio de Salud y al Ministerio de Economía y Desarrollo Económico (Ministerio de Economía) para solicitar fondos.

El Ministerio de Salud desempeña un papel general de liderazgo y coordinación entre los donantes y otras partes interesadas clave. Es el responsable de formular planes y políticas del sector de la salud, establecer y vigilar las normas de rendimiento del sector y de la movilización de los recursos. Es el responsable directo de las instituciones terciarias. Todos los aspectos relativos a empleo de los trabajadores del sector de la atención de la salud están controlados centralmente: el Ministerio de Salud controla la contratación, la Secretaría de Asignación de Destino controla la absorción por la administración civil, y la nómina es administrada por el Ministerio de Economía. Por debajo del ministro de Salud están un funcionario médico jefe y varios departamentos, entre ellos la Dirección General de Salud Reproductiva e Infantil, un departamento de reciente creación dentro del Ministerio de Salud que proporciona orientación sobre estrategias e implementación del Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil.

Dentro de los distritos, las unidades de salud periféricas ofrecen atención primaria de la salud. Éstas comprenden los centros de salud comunitaria, a cargo de funcionarios de salud comunitaria, los puestos de salud comunitaria, a cargo de enfermeras de salud comunitaria tituladas por el Estado y, en el nivel más básico, puestos de salud materno infantil a cargo de auxiliares de salud materno infantil. En cada uno de los 13 distritos hay un hospital del Estado. También hay varios hospitales y centros de atención de la salud privados, regentados por organizaciones religiosas y otras organizaciones nacionales e internacionales.

Los servicios de atención terciaria de la salud no han sido descentralizados todavía. El hospital-maternidad Princess Christian es la institución terciaria para la salud materno infantil.

En 2007 había aproximadamente 97 ONG registradas en el sector de la salud. Se calcula que el Ministerio de Salud presta el 50 por ciento de los servicios de atención de la salud. El resto lo prestan las ONG y el sector privado.¹⁸⁸ Todas las instituciones privadas, incluidas las ONG locales y nacionales, las organizaciones religiosas y los donantes, tienen la obligación de registrarse en los departamentos de asuntos económicos y planificación del Ministerio de Salud.¹⁸⁹

ANEXO 2/FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

La atención de la salud en Sierra Leona tiene tres fuentes de financiación principales: el gobierno, las familias mediante pagos en efectivo y los donantes.

Las Cuentas Nacionales de la Salud calcula que el gasto privado en atención de la salud en 2007 (por personas en la familia) ascendió a 45 dólares per cápita al año, y el gasto público (por el gobierno y los donantes) fue de 16 dólares per cápita.¹⁹⁰

La financiación del sector de la salud depende sustancialmente de los donantes. Se calcula que entre 2004 y 2007, los donantes gastaron aproximadamente 128.000 millones de leones (40 millones de dólares), equivalentes a 9 dólares per cápita.¹⁹¹

El gasto público se financia en parte a través del fondo consolidado¹⁹² (22 por ciento) y en parte por proyectos externos (78 por ciento).¹⁹³ Los donantes, principalmente DFID, el Banco Mundial, la Unión Europea y el Banco Africano de Desarrollo, proporcionan aproximadamente el 20 por ciento del presupuesto general del gobierno en términos de apoyo no destinado a fines específicos. No está claro qué cantidad se destina al Ministerio de Salud.

Las cifras sobre financiación del gobierno para el sistema de salud varían y son de difícil comparación. Mientras que el Ministerio de Salud afirmó en febrero de 2008 que el gobierno asignó el 14,85 por ciento de su presupuesto ordinario de 2007 al sector de la salud,¹⁹⁴ representantes del gobierno dijeron a Amnistía Internacional que la cantidad total presupuestada para la salud para 2008 fue de entre el 7,8 y el 10 por ciento del presupuesto nacional.¹⁹⁵ Esto ascendía a aproximadamente 10 millones de dólares, y no incluía los salarios del personal pagados por el Ministerio de Economía.

FINANCIACIÓN DE LOS DONANTES PARA EL PLAN ESTRATÉGICO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA E INFANTIL

Se calcula que el costo global de la implementación del Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil entre 2008 y 2010 será de aproximadamente 282 millones de dólares.¹⁹⁶ Una proporción elevada de los costos estimados se destina a gastos directos en establecimientos de salud, lo que incluye transporte, logística, medicamentos, suministros y comunicaciones, y en recursos humanos, lo que incluye remuneración del personal, seguro de salud, transporte, prestaciones para vivienda y capacitación. Reconociendo la necesidad de aumentar los salarios, el plan incluye cálculos sobre el costo resultante de cuadruplicar los salarios y de proporcionar incentivos a quienes trabajan en destinos de alto riesgo y en medios rurales.¹⁹⁷ Una de sus estrategias es “trabajar con otros en la eliminación de las barreras económicas y de otra índole para acceder a los servicios de salud”.¹⁹⁸

Un desafío importante para el programa es desarrollar competencias en todo el sistema en el Ministerio de Salud, que le permitan impulsar la mejora de la salud de acuerdo con las prioridades acordadas, en vez de mediante el reparto no sistemático y desigual de la financiación de los donantes.¹⁹⁹

Hasta la fecha, el Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil ha sido financiado en gran medida por un grupo de donantes. El Banco Mundial, a través de su Fondo de Crecimiento Catalítico para África, ha asignado 30 millones de dólares en dos fases. En 2008, el Banco Mundial destinó aproximadamente 3 millones de dólares para vehículos y ordenadores. El Banco Mundial trabaja principalmente a través de los consejos locales.²⁰⁰ Otros donantes como Irish Aid han asignado fondos, en gran medida a través de organismos de la ONU. En 2008, Irish Aid proporcionó financiación para la encuesta de evaluación de necesidades de ámbito nacional. En junio de 2009, UNICEF proporcionó 800.000 dólares a los distritos con fines de supervisión, medicamentos y suministros, y para auditorías sobre muertes maternas.

La agencia japonesa de ayuda JICA, la Unión Europea y ONG internacionales aportan recursos técnicos y económicos para el sector de la salud, al igual que UNICEF, OMS, UNFPA, PMA, ONUSIDA y PNUD.²⁰¹

DFID se ha comprometido a aportar 50 millones de libras esterlinas durante 10 años para el Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil.²⁰² En febrero de 2009, había librado aproximadamente 500.000 libras esterlinas (753.000 dólares), en gran medida para apoyo técnico.

En abril de 2009, DFID anunció la concesión de 16 millones de libras esterlinas (24 millones de dólares) de apoyo para el Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil, destinados a:²⁰³

- atención obstétrica de urgencia (incluido el acceso a establecimientos médicos, matronas cualificadas y asesoramiento sobre planificación familiar) así como la promoción de la inmunización y de un programa de alimentación para abordar la malnutrición;
- clínicas de salud primaria y hospitales de distrito. DFID y el Banco Mundial deben crear un fondo común para proporcionar a los establecimientos de atención de salud dirigidos por los consejos de distrito financiación directa para la prestación de servicios de salud básicos;
- gestión efectiva de los recursos para garantizar una gestión económica efectiva y supervisar cómo se gastan los recursos;
- financiación a corto plazo proporcionada a un grupo de ONG para garantizar que el Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil se implemente lo más rápidamente posible en cinco distritos prioritarios (Bo, Tonkolili, Bombali, Koinadugu, Kono). DFID anunció también en abril de 2009 que apoyaría a estos distritos en la prestación de atención obstétrica de urgencia.²⁰⁴

Aproximadamente un tercio de los fondos irán directamente a la Dirección General de Salud Reproductiva e Infantil.²⁰⁵

A pesar de la importancia de los hospitales de derivación, en el Plan Estratégico sobre Salud Reproductiva e Infantil hay escasas referencias a las instituciones terciarias (el tercer nivel de la atención de la salud). En conversaciones con donantes, dio la impresión de que las instituciones terciarias no eran su prioridad y que el foco de su financiación estaba en la atención secundaria y primaria. Sin embargo, el UNFPA está donando actualmente medicamentos al hospital-maternidad Princess Christian, que es el único hospital-maternidad de nivel terciario del país.

NOTAS

- 1 La ONU ofrece una cifra de 1 entre 8:
<http://data.un.org/Data.aspx?d=SOWC&f=inID> per cent3A132.
- 2 Paul Hunt y Judith Bueno de Mesquito, *Reducing maternal mortality, The contribution of the right to the highest attainable standard of health*, UNFPA, p. 8.
- 3 UNICEF, análisis de situación 2006.
- 4 Ministerio de Salud y Saneamiento, *Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010: A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women and Children*, 2008, p. 21.
- 5 *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008, Preliminary Report*, Statistics Sierra Leone, Measure DHS, diciembre de 2008, p. 14.
- 6 Programa de Salud Reproductiva e Infantil, Ministerio de Salud y Saneamiento, *Nationwide Needs Assessment for Emergency Obstetrics and Newborn Care Services in Sierra Leone*, 2008, p. 1. (En adelante, Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia.)
- 7 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia, p. 1.
- 8 *Sierra Leone Demographic Health Survey 2008, Preliminary Report*, ofrece la cifra de 5.1, pero afirma que en las zonas rurales es más alto. *Nationwide Needs Assessment for Emergency Obstetrics and Newborn Care Services in Sierra Leone* (Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia), ofrece la cifra de 6.1 (p. 1).
- 9 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia.
- 10 Ministerio de Salud y Saneamiento, *Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010*, volumen III, *Reproductive health norms and standards*, 2008, p. 13.
- 11 Además, aunque las mujeres representan el 52 por ciento de la población, su participación en la política es limitada: el 14,5 por ciento de los miembros del parlamento son mujeres, y sólo 3 de los 21 ministros del gabinete. Sólo 2 de los 22 embajadores de Sierra Leona y 2 de sus 19 magistrados son mujeres.
- 12 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), UN Doc. E/C. 12/2000/4, 11 de agosto de 2000. (En adelante, CESCR, observación general 14.)
- 13 *Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010: A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women and Children*, 2008, p. 24.
- 14 Congreso de Todo el Pueblo, manifiesto del partido político, 2007, p. 13.
- 15 Entrevista con Abdul Tejan Cole, presidente de la Comisión Anticorrupción, Freetown, abril de 2008. El mandato de la Comisión Anticorrupción es examinar las prácticas de los organismos públicos con el fin de facilitar el descubrimiento de prácticas corruptas o actos de corrupción y conseguir la revisión de las prácticas y los procedimientos que en opinión de la Comisión puedan conducir a corrupción o prácticas corruptas o favorecerlas.
- 16 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia.
- 17 *Witness to Truth: Report of the Sierra Leone Truth and Reconciliation Commission*, vol. 1, p. 10.
- 18 *Witness to Truth: Report of the Sierra Leone Truth and Reconciliation Commission*, vol 3 A, p. 80.
- 19 Entrevista con el ministro de Salud, Freetown, febrero de 2009.
- 20 Cifra para 2007, datos de la ONU, acceso en julio de 2009, <http://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Sierra%20Leone>.
- 21 *Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010: A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women and Children*, 2008, p. 12.
- 22 http://hdrstats.undp.org/2008/countries/country_fact_sheets/cty_fs
- 23 2004 Sierra Leone Poverty Reduction Strategy Paper.
- 24 CAFOD, *Local perspectives on Gender: Liberia and Sierra Leone*, julio de 2008, CAFOD y Christian Aid, p. 41.
- 25 UNICEF, http://www.unicef.org/infobycountry/sierraleone_statistics.html.
- 26 Incluyen las escuelas gestionadas por Sande y Poro. Sande es una asociación de mujeres con presencia en Liberia, Sierra Leona y Guinea que inicia a las niñas en la edad adulta, asesora sobre temas de fertilidad, inculca conceptos sobre moralidad y comportamiento sexual adecuado y mantiene interés en el bienestar de sus miembros durante toda su vida. Poro es una institución complementaria para hombres.
- 27 CAFOD, *Local perspectives on Gender: Liberia and Sierra Leone*, julio de 2008, CAFOD y Christian Aid, pp. 27-29.
- 28 Una de las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación de Sierra Leona de 2004 fue abolir la práctica de expulsar a las niñas que se quedaran embarazadas de las instituciones educativas, calificándola de discriminatoria y arcaica.
- 29 Amnistía Internacional, *Sierra Leone. Abusos contra los derechos humanos de las mujeres en el ámbito legal informal*, Índice AI: AFR 51/002/2006, 2006, <http://www.amnesty.org/es/library/info/AFR51/002/2006>
- 30 En 2009 se actualizó la Ley de Registro de Matrimonios y Divorcios Consuetudinarios, en sustitución de la versión de 2007.
- 31 La Comisión Nacional sobre Violencia basada en el Género, con sede en el Ministerio de Bienestar Social, Género y Asuntos de la Infancia.
- 32 En las mujeres que han sufrido mutilación genital femenina “las probabilidades de complicaciones en el parto, debido a cesárea, hemorragia postparto, episiotomía, hospitalización prolongada en maternidad, reanimación del recién nacido y muerte perinatal durante la hospitalización de la madre, son mucho más elevadas”. OMS, “Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries”, *WHO Journal paper* (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/fgm-obstetric-outcome-study/en/index.html>). Publicado también en *The Lancet*, 2006; 367:1835–1841.
- 33 <http://www.amnesty.org/es/library/info/AFR51/002/2007>.
- 34 Ley sobre los Derechos de la Infancia de 2007, sec. 35, p. 18.

- 35 En este informe se ha usado un tipo de cambio de 3.000 leones por dólar a efectos ilustrativos, aunque el tipo de cambio real varía.
- 36 UNICEF, Centro de Investigaciones Innocenti, *Matrimonios prematuros*, Innocenti Digest nº 7, marzo de 2001, p. 12.
- 37 UNFPA, *Child Marriage Fact Sheet*, disponible en http://www.unfpa.org/swp/2005/presskit/factsheets/facts_child_marriage.htm#tn10
- 38 La fístula obstétrica (o fístula vaginal) es una grave afección médica en la que se desarrolla una fístula (orificio) entre el recto y la vagina o entre la vejiga y la vagina después de un parto grave o fallido, cuando no se dispone de atención médica adecuada.
- 39 UNICEF, Centro de Investigaciones Innocenti, *Matrimonios prematuros*, Innocenti Digest nº 7, marzo de 2001, p. 12.
- 40 Sierra Leone Poverty Reduction Strategy Paper (SL-PRSP), p. 29.
- 41 Sierra Leone Poverty Reduction Strategy Paper (SL-PRSP).
- 42 Informe no oficial sobre los informes inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de Sierra Leona sobre la aplicación de la CEDAW, presentado para el 38 período de sesiones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, mayo de 2007, pp. 26-28.
- 43 Citado en *Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010: A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women and Children*, 2008, p. 23.
- 44 Un asistente de partería cualificado es un profesional de la salud acreditado que ha recibido instrucción y capacitación hasta un nivel de competencia en las aptitudes necesarias para manejar embarazos sin complicaciones, el parto y el periodo postnatal inmediato, y para la identificación, gestión y derivación de complicaciones en mujeres y recién nacidos.
- 45 Véase *Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010: A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women and Children*, 2008, p. 25.
- 46 *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008, Preliminary Report*, Statistics Sierra Leone, Measure DHS, diciembre de 2008, p. 9.
- 47 *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008, Preliminary Report*, Statistics Sierra Leone, Measure DHS, diciembre de 2008, p. 9.
- 48 Un tubo de pequeñas dimensiones que dura tres años y se coloca bajo la piel con anestesia local.
- 49 Entrevista telefónica con Marie Stopes International, junio de 2009.
- 50 División de Población de la ONU, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *Abortion Policies: A Global Review*, 2002, www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm
- 51 Véase *Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010: A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women and Children*, 2008, p. 21.
- 52 Dr. Moses, debate de grupo-muestra, hospital-maternidad Princess Christian, 5 de febrero de 2009.
- 53 *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008, Preliminary Report*, Statistics Sierra Leone, Measure DHS, diciembre de 2008, p. 79.
- 54 Taller nacional anual sobre revisión y planificación de la salud, noviembre de 2007.
- 55 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia, p. 15.
- 56 Entrevista con el doctor Kargbo, coordinador de la Dirección General de Salud Reproductiva e Infantil, 2009, y otras conversaciones sobre el terreno.
- 57 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia, p. 2.
- 58 La Iniciativa de Liderazgo Ministerial para la Salud Global es una asociación de Realizar los Derechos: Iniciativa para una Globalización Ética, el Consejo de Mujeres Líderes Mundiales y el Instituto de Resultados para el Desarrollo. Está financiada por la Fundación Bill y Melinda Gates.
- 59 *Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010: A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women and Children*, 2008, p. 25.
- 60 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia, p. 32.
- 61 http://hdr.undp.org/en/reports/nationalreports/africa/sierraleone/sierraleone_nhdr_20071.pdf
- 62 *Primary Health Care in Sierra Leone: Clinic Resources and Perceptions of Policy after One Year of Decentralization*, junio de 2007, Institutional Reform and Capacity Building Project (IRCBP), Evaluations unit, p. 1.
- 63 Basado en conversaciones de Amnistía Internacional sobre el terreno con miembros del personal de ONG internacionales y de hospitales privados financiados por instituciones religiosas. Por ejemplo, un doctor de MSF gana 600 dólares, mientras que un médico del gobierno gana 100-200 dólares.
- 64 Dr. Moses, debate de grupo-muestra, hospital-maternidad Princess Christian, 5 de febrero de 2009.
- 65 Entrevista con jefe de consultores en el hospital-maternidad Princess Christian, marzo de 2009.
- 66 *Primary Health Care in Sierra Leone: Clinic Resources and Perceptions of Policy after One Year of Decentralization*, junio de 2007, Institutional Reform and Capacity Building Project (IRCBP), Evaluations unit, p. 1.
- 67 De acuerdo con el Dr. Alikalie, funcionario médico de distrito en Koinadugu, febrero de 2009.
- 68 CESC, observación general 14, párr. 14.
- 69 UNICEF, OMS y UNFPA, *Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services*, 1997, p. 26.
- 70 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia.
- 71 CESC, observación general 14, párr. 43 (e).
- 72 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia.
- 73 Aunque las directrices de la ONU exigen que la tasa de letalidad sea inferior al 1 por ciento, la evaluación de necesidades reveló una tasa de letalidad del 7 por ciento en Sierra Leona. El estudio matiza esta cifra afirmando que la deficiente anotación de casos de complicaciones obstétricas y los aún más deficientes registros de muertes maternas hacen muy difícil confiar en las tasas de letalidad para Sierra Leona, p. 73.
- 74 Basado en conversaciones con el administrador y el asesor en el hospital-maternidad Princess Christian en febrero de 2009.
- 75 *Primary Health care in Sierra Leone: Clinic Resources and Perceptions of Policy after One Year of Decentralization*, junio de 2007, Institutional and Management Capacity Assessment, Evaluations unit, p. 1.
- 76 Comisión Anticorrupción, *Recommendations for Reform Towards a Better Health Care Delivery System*, 2008. (En adelante, Informe de la Comisión Anticorrupción.)
- 77 Informe de la Comisión Anticorrupción, p. 14.
- 78 Public Expenditure Tracking Surveys llevados a cabo por el Ministerio de Economía en 2007 revelaron graves fugas de medicamentos entre los almacenes centrales de medicamentos y los almacenes de distrito de medicamentos. Según informes, debido a estas fugas los contratistas ahora distribuyen directamente los medicamentos a los almacenes de distrito de medicamentos.
- 79 Informe de la Comisión Anticorrupción, pp. 25-26.
- 80 Informe de la Comisión Anticorrupción, pp. 8, 18.
- 81 Informe de la Comisión Anticorrupción, pp. 8, 14 y 18.
- 82 Informe de la Comisión Anticorrupción, pp. 8, 23.
- 83 *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008, Preliminary Report*, Statistics Sierra Leone, Measure DHS, diciembre de 2008, p. 79.
- 84 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia, p. 79.
- 85 Un asistente de partería cualificado es un profesional de la salud acreditado que ha recibido instrucción y capacitación hasta un nivel de competencia en las aptitudes necesarias para manejar embarazos sin complicaciones, el parto y el periodo postnatal inmediato, y para la identificación, gestión y derivación de complicaciones en mujeres y recién nacidos.
- 86 La encuesta sobre evaluación de necesidades de 2008 reveló que sólo el 17 por ciento de las personas que respondieron que tenían que ver en la prestación de atención en el embarazo y el parto mencionaron todos los

signos requeridos para un diagnóstico inmediato de la hemorragia posparto y sólo el 20 por ciento mencionaron todas las intervenciones vitales requeridas. Las conclusiones eran parecidas para las otras causas destacadas de muerte en el embarazo, incluidas la retención de la placenta y la sepsis posparto.

87 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia, 2008 p. 1.

88 Gobierno de Sierra Leona, Ministerio de Salud y Saneamiento, *Report on an Assessment of the Sierra Leonean Health Information System*, octubre de 2006, p. 27, disponible en http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/hmn_sle_his_2007_en.pdf

89 Gobierno de Sierra Leona, Ministerio de Salud y Saneamiento, *Report on an Assessment of the Sierra Leonean Health Information System*, octubre de 2006, p. 10.

90 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia, p. 83.

91 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia, p. 84.

92 UNICEF, Multi-Indicator Cluster Survey, 2005.

93 Médicos Sin Fronteras, *Access to healthcare in Post war Sierra Leone, Summary of a 2005 survey in four districts: Kambia, Tonkolili, Bombali, Bo*, 2006.

94 Tim Ensor, Tomas Lievens, Mike Naylor, Oxford Policy Management, *Review of Financing of Health in Sierra Leone and the development policy options, Final report*, 2008, p. 12.

95 Las Cuentas Nacionales de la Salud mide el total de gasto en salud público, privado y de los donantes. Hace un seguimiento de los flujos de gastos desde el origen de los fondos hasta los agentes financiadores, proveedores de servicios, funciones de salud públicas, ingresos y beneficiarios.

96 Tim Ensor, Tomas Lievens, Mike Naylor, Oxford Policy Management, *Review of Financing of Health in Sierra Leone and the development policy options, Final report*, 2008, p. 15.

97 CESC, observación general 14, párrafo 12 (b).

98 CESC, observación general 14, para 44 (a).

99 CESC, observación general 24, párrafo 21.

100 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24, párrafo 27.

101 Ministerio de Salud y Saneamiento, *Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010: A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women and Children*, 2008, p. 13.

102 *Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010: A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women and Children*, 2008, p. 13.

103 Sin embargo, esta interpretación no se basa en ningún documento oficial. Entrevista con el Dr. Kargbo, coordinador de la Dirección General de Salud Reproductiva e Infantil, Ministerio de Salud y Saneamiento, Freetown, abril de 2009.

104 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia, p. 78.

105 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia, p. 81.

106 Informe de la Comisión Anticorrupción, p. 12.

107 La Comisión Anticorrupción reconoció que esto era un problema y recomendó que se hicieran públicas las listas de precios de los servicios y los medicamentos.

108 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia, p. 33.

109 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia, p. 1.

110 Evaluación Nacional de Necesidades de Atención Obstétrica de Urgencia, p. 20.

111 Un proyecto de la Oficina de la Primera Dama, Women in Safer Health o Iniciativa WISH, se ha desarrollado para reducir el nivel de mortalidad materna

mediante la defensa, la formación, el desarrollo de grupos de mujeres y la construcción y equipación de hogares de nacimiento.

112 Para más información, véase informe sobre la mesa redonda, “Suppression of patients’ financial participation to care: New policies to increase the use of health services”, informe de MSF y Save the Children, 29 de enero de 2009.

113 La reunión acordó un calendario y un plan de acción que incluía los componentes siguientes: el ministro de Salud convocaría una reunión de coordinación antes del 17 de febrero de 2009 con el Grupo de Trabajo sobre Financiación de la Salud; todos los asociados de salud se reunirían para coordinar el apoyo a iniciativas; la atención gratuita a las mujeres embarazadas se consideraría una estrategia urgente a corto plazo mientras se desarrollan opciones de financiación de la salud a largo plazo como la seguridad social; todas las partes interesadas apoyarían al gobierno para garantizar sistemas de salud de calidad que sean gestionados, financiados, apoyados y priorizados en el nivel nacional y de distrito; y se establecerían mecanismos para garantizar que las voces de la comunidad se escuchan y se actúa al respecto. Sin embargo, hubo poca claridad en cuanto a qué significaba exactamente “atención gratuita”, tanto en la reunión como en conversaciones posteriores con miembros de Save the Children en Sierra Leona.

114 Informe de la Comisión Anticorrupción, p. 6.

115 Informe de la Comisión Anticorrupción, p. 31.

116 Informe de la Comisión Anticorrupción, pp. 32–33.

117 La Ley sobre el Consejo de Administración de los Hospitales de 2003 estipulaba la creación de consejos de administración en los hospitales para mantener la atención médica, la formación, la gestión y la administración y para recomendar al Ministerio los honorarios que se debe cobrar por los servicios prestados por el hospital.

118 Informe de la Comisión Anticorrupción, pp., 32, 41.

119 Informe de la Comisión Anticorrupción.

120 Informe de la Comisión Anticorrupción, p. 7.

121 Informe de la Comisión Anticorrupción, p. 9.

122 Informe de la Comisión Anticorrupción, pp. 12-13.

123 Evaluación del Grupo Técnico sobre la Salud Reproductiva e Infantil, mayo de 2008, p. 18.

124 Evaluación del Grupo Técnico sobre la Salud Reproductiva e Infantil, pp. 36-37.

125 Evaluación del Grupo Técnico sobre la Salud Reproductiva e Infantil, p. 14.

126 Reunión con el Dr. Kargbo, coordinador de la Dirección General de Salud Reproductiva e Infantil, abril de 2009].

127 Gobierno de la República de Sierra Leona, *Millennium Development Goals: Report for Sierra Leone, 2005*, p. 35, disponible en http://www.undg.org/archive_docs/6530-Sierra_Leone_MDG_Report.pdf.

128 Informe de la Comisión Anticorrupción, p. 17.

129 Informe de la Comisión Anticorrupción, p. 6.

130 Entrevista filmada con el Dr. Kargbo, coordinador de la Dirección General de Salud Reproductiva e Infantil.

131 Dr. Kargbo, coordinador de la Dirección General de Salud Reproductiva e Infantil, debate de grupo-muestra.

132 Institutional and Management Capacity Assessment, [Ministerio de Salud y Saneamiento] Sierra Leone DFID Health Resource Centre, 2008. Según el *Operations Manual for the Reproductive and Child Health Programme* (p. 8), “la meta del gobierno en el sector de la salud es desarrollar un Enfoque de Todo el Sector con fondos del gobierno y de asociados para el desarrollo que apoyen un plan estratégico y un presupuesto de salud nacional unificado que aborden las necesidades de salud de forma programática en vez de proyecto a proyecto”.

133 CESC, observación general 14, párrafo 59.

134 La sección 14 de la Constitución estipula lo siguiente: “No obstante lo dispuesto en la sección 4, las disposiciones contenidas en este Capítulo no conferirán derechos legales y no serán exigibles en ningún tribunal de justicia,

pero los principios en él contenidos serán no obstante fundamentales en el gobierno del Estado, y será deber del Parlamento aplicar estos principios al hacer las leyes”.

135 Ley de la Comisión de Derechos Humanos de Sierra Leona de 2004, sección 1.

136 PIDCP, artículo 6.

137 PIDESC, artículo 12.

138 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 12, y Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 5 (e) (iv).

139 PIDCP, artículo 6.

140 Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, artículo 4.

141 Comité de Derechos Humanos, observación general 6, adoptada el 30 de abril de 1982, párrafo 5, disponible en http://www2.ohchr.org/english/bodies/icm-mc/docs/8th/HRI.GEN.1.Rev9_sp.doc.

142 Comité de Derechos Humanos, observación general 6, 1982, párrafo 5.

143 Véase, por ejemplo, observaciones finales del Comité de Derechos Humanos sobre Zambia, CCPR/C/ZMB/CO/3/CRP.1, 2007, párrafo 18. Para otros ejemplos, véase Centre for Reproductive Rights, *Bringing Rights to Bear: Preventing Maternal Mortality and Ensuring Safe Pregnancy*, octubre de 2008, disponible en http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/BRB_Maternal%20Mortality_10.08.pdf, pp. 9, 30.

144 Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos sobre Malí, CCPR/CO/77/MLI, 16 de abril de 2003, párrafo 14.

145 CESCR, observación general 14, párrafo 9.

146 CESCR, observación general 14, párrafo 11.

147 CESCR, observación general 14, párrafos 11 y 4.

148 CESCR, observación general 14, párrafo 11.

149 CESCR, observación general 14, párrafo 12.

150 CESCR, observación general 14, párrafo 43.

151 CESCR, observación general 14, párrafo 47.

152 CESCR, observación general 3, HRI/GEN/1/Rev.7, párrafo 12.

153 CESCR, observación general 14, párrafo 21; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24, párrafo 31 (b); disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>.

154 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24, párrafo 21.

155 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24, párrafo 1.

156 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24, párrafo 2.

157 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24, párrafo 11.

158 CESCR, observación general 14, párrafo 14.

159 CESCR, observación general 14, párrafo 21; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24, párrafo 8.

160 CESCR, observación general 14, párrafo 11; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24, párrafo 18.

161 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 12; CESCR, observación general 14, párrafo 14.

162 CESCR, observación general 14, párrafo 14; Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 12; Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24.2b.

163 CESCR, observación general 14, párrafo 12 (d) y párrafo 36. Estos párrafos se refieren a “personal médico cualificado” en sentido general

(párrafo 14) y después a “salud sexual y salud reproductiva”, entre otras cosas (en párrafo 36).

164 CESCR, observación general 14, párrafo 14.

165 CESCR, observación general 14, párrafo 14; Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 12; Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24.2b.

166 Artículo 16 (1) (e).

167 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24, párrafo 17.

168 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24, párrafo 31 (c).

169 Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt, Comisión de Derechos Humanos, E/CN.4/2004/49, 16 de febrero de 2004, párrafos 24 y 25. (En adelante, Informe 2004 del relator especial sobre el derecho a la salud.)

170 Informe 2004 del relator especial sobre el derecho a la salud, párrafo 28.

171 Informe 2004 del relator especial sobre el derecho a la salud, párrafo 30.

172 Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 96.

173 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24, párrafo 15.

174 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículos 2 (c) y 16 (b); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24, párrafo 15 (d).

175 El Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África entró en vigor el 25 de enero de 2004.

176 Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África, artículo 14: Derechos a la Salud y Reproductivos.

177 Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Resolución sobre mortalidad materna, adoptada en noviembre de 2008, http://www.achpr.org/english/resolutions/resolution135_en.htm.

178 UN Doc. A/HRC/11/L.16/Rev.1, 16 de junio de 2009, párrafo 2.

179 PIDCP, artículo 2; PIDESC, artículo 2; CADHP, artículo 2.

180 PIDCP, artículo 26.

181 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 2.

182 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24, párrafo 11.

183 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 2 (a) y (b); PIDCP, artículo 26.

184 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 2 (f).

185 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 2 (c).

186 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 2 (e).

187 CESCR, observación general 14, párrafo 39.

188 Ministerio de Salud y Saneamiento, *Operations Manual for the Reproductive and Child Health Programme*, 2008, p. 10.

189 Ministerio de Salud, Medium Rolling Plan and Budget (2007-2009), pp. 29-32.

190 Tim Ensor, Tomas Lievens, Mike Naylor, Oxford Policy Management, *Review of Financing of Health in Sierra Leone and the development policy options, Final report*, 2008, p. 15.

191 Tim Ensor, Tomas Lievens, Mike Naylor, Oxford Policy Management, *Review of Financing of Health in Sierra Leone and the development policy options, Final report*, 2008, p. 29.

192 Fondo Consolidado: principal cuenta bancaria del gobierno en países de la Commonwealth.

193 Tim Ensor, Tomas Lievens, Mike Naylor, Oxford Policy Management, *Review of Financing of Health in Sierra Leone and the development policy options, Final report*, 2008, p. 21.

194 Ministerio de Salud, *Operations Manual for the Reproductive and Child Health Programme*, 2008, p. 8.

195 Entrevistas con altos funcionarios del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, febrero y julio de 2009.

196 Ministerio de Salud y Saneamiento, *Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010*, volumen I, *Cost of the Reproductive and Child Health Programme 2008-2010*, enero de 2008, expone en detalle explícito los costos del programa. Aunque no es un presupuesto, estos costos estimados proporcionan información detallada sobre la financiación necesaria. Los costos abarcan dotación de personal, equipos, instalaciones, locales para el personal, transporte y suministros de salud reproductiva e infantil para todas las unidades de salud periféricas. Incluyen también atención obstétrica de urgencia y atención neonatal en los hospitales. Abarcan mejoras en las instituciones, la gestión y los sistemas previstos en el plan estratégico.

197 Ministerio de Salud y Saneamiento, *Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010*, volumen I, *Cost of the Reproductive and Child Health Programme 2008-2010*.

198 Acción estratégica 1.7 de *Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010: A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women and Children*, p. 32.

199 Institutional and Management Capacity Assessment, [Ministerio de Salud y Saneamiento] Sierra Leona DFID Health Resource Centre, 2008. De acuerdo

con el *Operations Manual for the Reproductive and Child Health Programme* (p. 8), "La meta del gobierno en el sector de la salud es desarrollar un Enfoque de Todo el Sector con fondos del gobierno y de asociados para el desarrollo que apoyen un plan estratégico y un presupuesto de salud nacional unificado que aborden las necesidades de salud de forma programática en vez de proyecto a proyecto".

200 A principios de 2009, el Banco Mundial estaba preparando un Préstamo de Programa Adaptable de seis años para apoyar la prestación de servicios en salud, educación y agua y saneamiento. Canalizará los fondos directamente a los consejos locales, que trabajarán directamente con el Ministerio de Economía y Desarrollo Económico. Un componente de fomento de la capacidad y asistencia técnica abordará las necesidades locales de planificación y gestión.

201 Ministerio de Salud y Saneamiento, *Operations Manual for the Reproductive and Child Health Programme*, 2008, pp. 7-9.

202 Ministerio de Salud y Saneamiento, *Operations Manual for the Reproductive and Child Health Programme*, 2008, p. 9.

203 Véase <http://www.medicalnewstoday.com/articles/145025.php>

204 Sin embargo, de acuerdo con la encuesta nacional sobre evaluación de necesidades, Bombali y Bo están ya relativamente bien dotados de servicios atención obstétrica de urgencia.

205 En junio de 2009, DFID presentó una licitación para buscar una empresa encargada de proporcionar competencias técnicas para fortalecer los sistemas y fomentar la capacidad dentro del Ministerio de Salud para asegurar un sistema económico efectivo y sujeto a rendición de cuentas, un plan de recursos humanos sólido y una Dirección General de Salud Reproductiva e Infantil bien gestionada y coordinada.



...QUIERO
AYUDAR

YA SEA EN UN CONFLICTO DE GRAN
REPERCUSIÓN O EN UN RINCÓN
PERDIDO DEL PLANETA,
AMNISTÍA INTERNACIONAL
ACTÚA EN FAVOR DE LA JUSTICIA,
LA LIBERTAD Y LA DIGNIDAD
PARA TODAS LAS PERSONAS
Y PERSIGUE EL RESPALDO
DE LA OPINIÓN PÚBLICA PARA
CONSTRUIR UN MUNDO MEJOR.

¿QUÉ PUEDES HACER?

Activistas de todo el mundo han demostrado que es posible oponer resistencia a quienes socavan los derechos humanos. Intégrate en este movimiento. Haz que las cosas cambien. Pide responsabilidades a quienes están en el poder.

- Únete a Amnistía Internacional e intégrate en un movimiento formado por personas de todo el mundo que trabajan para poner fin a las violaciones de derechos humanos. Ayúdanos a hacer que las cosas cambien.
- Haz un donativo en apoyo del trabajo de Amnistía Internacional.

Juntos conseguiremos que se nos oiga.

☐ Me interesa recibir información sobre cómo unirme a Amnistía Internacional.

Nombre y apellidos

Domicilio

País

Correo-e

☐ Quiero hacer un donativo a Amnistía Internacional. (indica la divisa de tu donativo)

Cantidad

Con cargo a mi

Visa



Mastercard



Número

Caduca en

Firma

Envía este formulario a la oficina de Amnistía Internacional de tu país.
Oficinas de Amnistía Internacional en todo el mundo:
<http://www.amnesty.org/es/worldwide-sites>

Si en tu país no hay oficina, envía el formulario al Secretariado Internacional en Londres:
Amnistía Internacional, Secretariado Internacional, Peter Benenson House,
1 Easton Street, London WC1X 0DW, Reino Unido.

www.amnesty.org





FUERA DE SU ALCANCE

EL PRECIO DE LA SALUD MATERNA EN SIERRA LEONA

Miles de mujeres mueren cada año en Sierra Leona debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Casi todas estas muertes podrían haberse evitado con una atención médica accesible, asequible y oportuna.

Muchas mujeres mueren en medio de dolores terribles. La mayoría están en sus hogares, sin que las atienda nadie con conocimientos médicos especializados. Algunas no sobreviven al viaje hasta el hospital. Otras mueren en el hospital o en la clínica, porque llegan demasiado tarde o porque, incluso después de llegar al establecimiento de salud, su tratamiento se demora.

Los recursos que se dedican a la atención de la salud en Sierra Leona son totalmente inadecuados. En 6 de los 13 distritos de Sierra Leona no hay ningún tipo de atención obstétrica de urgencia para las mujeres. Las mujeres que necesitan operaciones o transfusiones de sangre que pueden salvarles la vida no tienen ningún lugar adonde ir. Los hospitales y las clínicas de todo el país carecen de personal suficiente y no disponen de equipos y medicinas básicos. También son caros: el costo de la atención de la salud es una de las razones principales de que tantas mujeres en Sierra Leona no puedan acceder al tratamiento que necesitan.

La discriminación a la que se enfrentan las mujeres en casi todos los aspectos de su vida en Sierra Leona se refleja en la falta de prioridad que se concede a sus necesidades de salud y menoscaba su derecho a la salud.

Las mujeres hacen frente a un riesgo mayor de morir en el parto en Sierra Leona que prácticamente en cualquier otro lugar del mundo. No es sólo una emergencia de salud: es un escándalo de derechos humanos.

Amnistía Internacional
Secretariado Internacional
Peter Benenson House
1 Easton Street
London WC1X 0DW
Reino Unido

www.amnesty.org

Índice: AFR 51/005/2009
Septiembre de 2009

WWW.DEMANDDIGNITY.ORG

LA SALUD ES UN
DERECHO HUMANO
AMNISTÍA
INTERNACIONAL

