

Mejorar la salud materna: Objetivo del Milenio

**Madres sanas,
derecho y esperanza**

M^a 20



Departamento de Estudios
y Documentación



MANOS UNIDAS es una Organización No Gubernamental para el Desarrollo (ONGD) católica, de voluntarios, que desde 1960 lucha contra la pobreza, el hambre, la malnutrición, la enfermedad, la falta de instrucción y el subdesarrollo, y contra sus causas: la injusticia, el desigual reparto de los bienes y las oportunidades entre las personas y los pueblos, la ignorancia, los prejuicios, la insolidaridad y la insensibilidad.

Nuestro trabajo se realiza en dos campos, puesto que lograr este objetivo exige ir a las causas estructurales, pero también combatir los efectos:

✓ **Sensibilizando e informando** a la opinión pública española y a los órganos de poder acerca de los problemas y la realidad del Sur y de lo que puede hacerse al respecto desde el Norte.

✓ **Financiando proyectos de desarrollo** procedentes de más de 60 países de África, América Asia y Oceanía, elaborados por quienes tienen las necesidades y las ideas para hacerlas frente.

TEXTOS:

- **María José Hernando Collado**, Licenciada en Psicología.
Técnico del Departamento de Estudios y Documentación de Manos Unidas.
- **Juan Souto Coelho**, Doctor en Sociología.
Coordinador del Departamento de Estudios y Documentación de Manos Unidas.
- Colaboración de María Silvia Fiorentino, Vicenta Llorca Mascarell y M^a Teresa Losada

Edita: Manos Unidas

Diseño: Dpto. de Comunicación

Manos Unidas. Barquillo, 38-3º. 28004 Madrid

Tel.: 91 308 20 20. Fax: 91 308 42 08

Correo electrónico: estudios@manosunidas.org

Imprime: Artegraf, S.A.

Depósito Legal: M. 5.056 - 1997

Mayo 2008

Sumario

	<i>Pág.</i>
INTRODUCCIÓN	5
I.- HABLAMOS DESDE EL SUR	7
II.- CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA	15
III.- CONDICIONES DE VIDA QUE SON CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA	23
IV.- OTRAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA	31
V.- ESTRATEGIAS E INICIATIVAS. ALGUNOS PRONUNCIAMIENTOS RECIENTES	37
VI.- EL DERECHO A UNA MATERNIDAD SALUDABLE, OBJETIVO DE DESARROLLO	45
VII.- MANOS UNIDAS: LA MEJORA DE LA SALUD MATERNA SE PUEDE LOGRAR	53
EPÍLOGO	54
PARA SABER MÁS...	57



INTRODUCCIÓN

La Declaración Universal de los Derechos Humanos dice, en el artículo 25, que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, (...); y que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”.

Según datos de Naciones Unidas, las muertes, lesiones y discapacidades relacionadas con el embarazo son los problemas más desatendidos del mundo. Se considera un asunto que concierne casi únicamente a las mujeres, sobre el que hombres y gobiernos han estado tradicionalmente desinteresados y en el que los recursos invertidos han sido muy escasos.

“Madres sanas, derecho y esperanza” es el lema elegido por Manos Unidas para dar a conocer y exigir el cumplimiento, durante la Campaña XLIX (año 2008), el Objetivo del Milenio (ODM) nº 5: Mejorar la salud materna, cuya meta es reducir, para el año 2015, en tres cuartas partes, la tasa de mortalidad materna. La Campaña del Milenio de las Naciones Unidas utiliza los siguientes indicadores para medir el grado de cumplimiento de este objetivo: la tasa de la mortalidad derivada de la maternidad, y el porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.

Este objetivo está relacionado, entre otros, con la promoción de la igualdad entre los sexos y la autonomía de las mujeres, con la reducción de la mortalidad infantil y con el combate al VIH/sida y su propagación, así como a otras enfermedades como la malaria y la tuberculosis. Para lograr una maternidad saludable y reducir la tasa de mortalidad materna se impone hacer un planteamiento integral.

“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”.

“Reclamamos el derecho a vivir la maternidad como una experiencia elegida, gozosa, compartida, segura para su vida y la de sus hijos”.

Cuando hablamos de “salud materna,” nos referimos a la salud de la mujer en un ámbito concreto de su manera de vivir, realizarse y formar parte de una familia en una sociedad concreta. Mejorar la salud materna es promover la capacidad y la autonomía de la mujer para que su condición de madre no haga peligrar su propia vida. De este modo, la maternidad saludable es esperanza para las mujeres, para sus hijos, sus familias y para la misma sociedad a la que pertenecen.

Con el lema “Madres sanas, derecho y esperanza,” reclamamos para todas las mujeres el derecho a vivir la maternidad como una experiencia elegida, gozosa, compartida, segura para su vida y la de sus hijos.



I.- HABLAMOS DESDE EL SUR

Las mujeres son, en general, el centro de la vida familiar y el elemento fundamental de su economía. Tradicionalmente, se ocupan de la atención a la salud de los miembros de la familia, especialmente de los que no se valen por sí mismos (niños, enfermos, los afectados por alguna discapacidad, ancianos) y del cuidado del hogar. Todo esto es especialmente cierto en los países del Sur. Por ello, la salud materna es un factor esencial en todos los objetivos de reducción de la pobreza y promoción del desarrollo.

El cuidado de la salud y de la maternidad es la preocupación prioritaria de las mujeres, según el informe “*La mujer y la infancia*” (UNICEF 2007). Sin embargo, las mujeres sufren discriminación por el hecho de serlo. En algunos países en desarrollo, las normas sociales desalientan o restringen la movilidad de la mujer fuera del hogar e impiden que las madres vayan solas a las tiendas, farmacias u hospitales, y limitan el contacto directo de la mujer con hombres ajenos a la familia, como por ejemplo los médicos; muchas no pueden tomar la decisión ni siquiera sobre el tipo de atención que ellas mismas deben recibir durante el embarazo, porque muchos maridos toman las decisiones sobre la salud de sus mujeres.

● **Todo lo que tienen y atesoran son sus hijos**

La lectura de estos testimonios de vida, acerca de las alegrías, dificultades y esperanzas que comporta ser madre en África, ayuda a comprender la gravedad de las situaciones que sufren las mujeres, y las opciones y actitudes ante la maternidad. Fueron recogidos por Vicenta Llorca M., Comboni Sisters, P.O. BOX 58, Nekente Wollega, Etiopía.

Dagitu, pequeña de estatura pero grande de corazón y de mente, viuda y madre de una niña de 8 años;

La salud materna es un factor esencial en todos los objetivos de reducción de la pobreza y promoción del desarrollo.

Si tuviera mucho dinero compraría una vaca para que mis hijos bebieran leche.

Almas, muy vivaz y despabilada, que dio a luz hace un mes a su quinto hijo; y

Zenebu, siempre sonriente, que sabe hacer frente a la vida sin miedo, si bien tiene que hacer crecer a sus nueve hijos.

Vicenta: Si nacierais otra vez, ¿querríais volver a ser mujer?

Dagitu: *Oh, sí, si bien una vez pensaba que era mejor ser hombre; hoy no, porque tengo a mi hija.*

Almas: *Estoy contenta de ser mujer porque he aprendido muchas faenas de la casa.*

Zenebu: *Yo quería ser hombre porque el hombre es más libre, por la mañana sale de casa y vuelve por la noche, además no se preocupa de los nenes.*

V: ¿Qué cualidad admirabas de tu madre y que otra no te gustaba de ella?

D: *Admiro de ella que trabajaba y negociaba mucho por nosotras. No me gustaba cuando se iba de casa y no volvía hasta que mi padre no iba a recogerla.*

A: *Me gustaba que siempre reparaba ella las cosas de casa.*

Z: *No me gustaba cuando reñía con mi padre.*

V: Si tuvieras mucho dinero, ¿qué harías con él?

D: *Me haría una casa y abriría un negocio. Ahora pago el alquiler y vendo sal en el mercado.*

A: *Me haría una casa y compraría una vaca para que mis hijos bebieran leche.*

Z: *Haría una casa de cemento donde no entrara el agua.*

V: ¿Cuál fue la sensación que experimentaste cuando te diste cuenta de que estabas esperando un bebé?

D: *Sentí mucha alegría, pero no le dije nada a mi marido. Cuando él se dio cuenta, también se puso muy contento.*

A: *Sentí mucha alegría, pero también tuve miedo porque muchas mujeres mueren al dar a luz.*



Z: *Hasta mi sexto hijo estuve contenta, pero después comencé a tener miedo.*

V: ¿Te ayuda la ley etíope ante las dificultades?

D: *Sí, una vez me dieron maderas y me defendieron de otros hombres porque soy viuda.*

A: *Sí, cuando hay problemas me escuchan.*

Z: *Yo nunca me he dirigido a nadie para contarle ningún problema.*

V: ¿Cuál ha sido la experiencia más dura de tu vida?

D: *El no volver a casarme; en mi cultura eso no es normal. También ha sido muy duro poder dar de comer a mi hija.*

A: *La muerte de mi hijo, hace tres años.*

Z: *En una ocasión mis hijos se pusieron enfermos, y yo no tenía suficiente dinero para pagar las medicinas.*

V: ¿Qué desearías para tus hijos?

D: *Quisiera que mi hija estudiase y, ahora que participo en el taller de género, quisiera que mi hija estudiase la carrera de abogado para ayudar a otras mujeres a comprender mejor sus derechos.*

A: *Desearía que mis hijos pudieran estudiar.*

Z: *Querría que uno fuese maestro, otro chofer... o sea, que ganasen dinero.*

Mis hijos se pusieron enfermos, y yo no tenía suficiente dinero para pagar las medicinas.

● Ser Madre en África es heroico

Testimonio de María Silvia Fiorentino.

Difícil tarea la que se me encomendó, hablar de “Ser madre en África”

Estuve dando vueltas y vueltas a la idea y se me ocurrió que lo mejor que podía hacer era preguntar a ellas mismas qué significa ser madre.

Siempre que me meto en estos embrollos, termino mal... pero, como soy cabeza dura, comencé una especie de cruzada de preguntas a cuanta madre se me aparecía por el camino.

Lo primero que logré fueron miradas de sorpresa, sonrisas de cortesía, por no decir de lástima, timidez y mutismo frente a tan descabellada osadía, respuestas imprecisas, descripciones de lo que es tener un hijo, y hasta en algún caso me informaron cómo se hacían los niños, con toda discreción y seriedad.



Formulé la pregunta de maneras distintas, pues lógicamente no me comprendían...

¿Qué significa para ti ser madre?... Muy teórico.

¿Por qué tienes hijos?... Muy personal y vago.

A ver, ¿qué harías para convencer a una joven que tener hijos y ser madre es muy lindo? Muy inquisidora y ridícula...

¿Por qué hay que convencer a alguien de hacer algo?, simplemente se hace.

Me coloqué en posición de abogado del diablo, los niños son un perfecto engorro, lloran, comen, se enferman, hay que gastar en ellos y, sin embargo, los tienen y siguen teniéndolos una y otra vez... Miradas horrorizadas.

Mismos resultados..., lo preguntara con el método que fuera. Y otra vez me encuentro que la cultura determina muchas cosas y entre ellas las más importantes.

¿Cómo puede ser que no pueda hablar de ellas, si hace diez años que trabajamos aquí, que las vemos luchar día a día; con las que construimos proyectos, casas, pozos; a las que vimos llorar y sufrir y con quienes reímos y festejamos cuando hay motivos o sin ellos?

Ser madre es siempre difícil, pero les aseguro que en África es heroico. Las mujeres en África tienen una vida muy complicada, sus vidas no les pertenecen; son al mismo tiempo las más olvidadas a la hora de los derechos pero las más solicitadas al momento de los deberes.

No hay lugar para el ocio, al tener un hijo y antes. Por ser mujeres, deben trabajar el doble, en casa y en el campo, ser capaces de olvidarse de sí mismas porque van dando vida y eso les consume la vida.

Velar por ellas ha sido nuestra tarea principal; su salud, sus medios de ingresos, los trabajos que van haciendo para que sean dignos y las ayuden a crecer como seres humanos. Nos preocupan sus derechos, las leyes las van reconociendo poco a poco, como si antes hubiera que demostrar que son personas para poder garantizar herencias, separaciones y hasta matrimonios.

Ser madre es siempre difícil, pero les aseguro que en África es heroico.

► Nos asombra su capacidad de superarse

Nos asombra su capacidad de superarse. Prácticamente a todas se les ha muerto un hijo o varios y siguen adelante sin grandes lamentaciones; es parte de lo que les toca vivir.

Compartimos un proyecto diocesano de promoción de la mujer y, mediante sesiones de formación, clases prácticas y micro-emprendimientos, vamos tratando de tomar conciencia, junto a ellas, de la enorme dignidad de su papel y, poco a poco, ayudarlas a salir de situaciones de verdadera esclavitud.

**Sobre las espaldas
de la mujer camina y
avanza África;
ella es el motor
de muchas cosas.**

Esclavas de matrimonios forzados o por intercambio familiar, esclavas de la ignorancia y el sometimiento, esclavas de la pobreza y los escasos recursos, esclavas de enfermedades incurables y desconocidas hasta hace poco como el sida, esclavas de partos reiterados en condiciones humillantes, esclavas de una situación de injusticia y trabajo agotador.

Se dice que sobre las espaldas de la mujer camina y avanza África, y creemos que esto es cierto; ella es el motor de muchas cosas: de la vida, del comercio, de la familia; apoyarla y estar a su lado es un compromiso asumido como respuesta a lo que Jesús dice en el Evangelio "todo lo que hagáis a alguno de estos pequeños..."

Un día estaba en una aldea pesando niños, (lo hacemos como una manera de evitar que caigan en estados de desnutrición irreversibles y poder actuar a tiempo), se arma un pequeño revuelo fuera, y veo entrar a una anciana con un bulto muy pequeño en la mano. Lo desenvuelve y veo la cosa más fea en niño que me tocó ver hasta ahora. No medía más que mi mano, estaba totalmente colorado, apenas respiraba, pero lo hacía con una convicción bastante grande para algo tan pequeño.

La mujer me mira y, entre traducciones, me dice que viene de lejos y a pie, (de un pueblo al que yo empecé a ir hace

poco y, en camioneta, y me cuesta lo suyo llegar), su nuera dio a luz a ese niño el día anterior y, como se estaba desangrando, la llevaron en una moto a la ciudad y dejó al niño, dándolo por perdido. No había comido desde su nacimiento y no le sobraba aliento para sobrevivir si no salíamos ya en busca de ayuda médica y de su madre, estuviera donde estuviera.



► **Las abuelas, el amor de madre multiplicado por los años**

Las abuelas aquí y en todo el mundo despliegan una capacidad de amor por sus nietos que quizás no pudieron tener con sus propios hijos, y se crea una complicidad que se salta generaciones y los iguala; es el amor de madre multiplicado por los años y la experiencia.

Partimos con abuela y niño a buscar al resto de la familia; eran de la etnia *peul*. Los encontramos en el Hospital de Parakou. La madre llegó medio muerta pero ya estaba mejor y ahí pudimos internar a un niño tan pequeño que merecía el esfuerzo por el sólo hecho de haber nacido.

Ahí volví a la carga con mis preguntas ridículas, ¿es tu primer parto?

Pudimos internar a un niño tan pequeño que merecía el esfuerzo por el sólo hecho de haber nacido.

- No, Hermana, -y contando con los dedos y nombrando a cada uno, ¡llegó hasta siete!- Lo que pasa es que sólo han sobrevivido dos y éste que acaba de llegar.

Se me fue el alma a los pies. ¡Cómo se puede ser tan fuerte para superar estas cosas y seguir adelante! Muy simple: son madres, son fuertes, son capaces de dar vida, luchan porque no pueden bajar los brazos, porque a veces todo lo que tienen y atesoran son sus hijos.

En un mundo donde todo se calcula, se mide, se vende y se compra, aquí sigue habiendo excesos, pero de vida. No entro en cuestiones morales, si está bien o está mal, sólo me paro a observar y muchas veces a admirar. Yo no soy capaz de tanta grandeza.

II.- CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA

Según el Informe *Objetivos de Desarrollo del Milenio 2007* de Naciones Unidas, diversos países con un nivel medio de ingresos han progresado con rapidez en la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, los niveles de mortalidad materna siguen siendo intolerablemente altos en los países en desarrollo, especialmente en el África subsahariana y en Asia meridional.

● La mortalidad derivada de la maternidad

- Cada año mueren más de 500.000 mujeres, aproximadamente una mujer por minuto, como resultado de las complicaciones durante el embarazo o el parto.

- Cerca del 99% de todas las muertes por causas derivadas de la maternidad se producen en los países en desarrollo, y más del 90% en África y Asia. En 2002, dos tercios de esas muertes se produjeron en 13 de los países más pobres del mundo.

- Ese mismo año, sólo la mortalidad materna en la India ya representó la cuarta parte de toda la mortalidad materna mundial.

- En el mundo hay más de 15 millones de huérfanos, de cero a 17 años, a causa del VIH/sida.

Los intentos de reducir la mortalidad materna deben adaptarse a las condiciones locales, ya que las causas de muerte varían según las regiones y países en desarrollo.

Mientras que en África y Asia, la hemorragia es la causa principal de muerte materna, en América Latina y el Caribe, los trastornos hipertensivos durante el embarazo y el parto cons-

**En África y Asia,
la hemorragia es
la causa principal
de muerte materna.**

En Asia, la anemia es el factor que más contribuye a las muertes de madres.

tituyen la principal amenaza. En esta región, las complicaciones en el parto y el aborto representan un 13 y 12 por ciento, respectivamente, de la mortalidad materna.

En Asia, la anemia es el factor que más contribuye a las muertes de madres, mientras que constituye una causa de menor importancia en África y un factor insignificante en América Latina y el Caribe.

En África, especialmente en algunas partes del Sur de este continente, el VIH/sida suele estar relacionado con las muertes durante el embarazo y el parto.

La prevención de embarazos no deseados, por sí sola, podría evitar aproximadamente una cuarta parte de las muertes maternas, incluyendo aquellas ocasionadas por abortos clandestinos. Aún así, aproximadamente 137 millones de mujeres tienen una necesidad de planificación familiar no satisfecha.

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA, 1997-2002 (%):

Causas de mortalidad materna, 1997-2002 (%)	África	Asia	América Latina y El Caribe
Hemorragia	34	31	21
Trastornos hipertensivos	9	9	26
Asepsia/Infecciones, incluido el VIH	16	12	8
Complicaciones durante el parto	4	9	13
Anemia	4	13	0
Aborto	4	6	12
Otras causas (embarazo extrauterino, embolia, otras causas directas, indirectas o por clasificar)	25	15	9

Fuente: *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2007*



Además, en regiones donde el índice de nacimientos de niños de madres adolescentes sigue siendo alto, una gran cantidad de mujeres jóvenes, especialmente las más jóvenes, se enfrentan, junto con sus hijos, a un riesgo mayor de muerte y de discapacidad.

En el África subsahariana, Asia meridional y América Latina y el Caribe, el alto índice de nacimientos de hijos de madres adolescentes predominante en 1990 no ha experimentado una reducción significativa, a pesar de las reducciones continuas en la fertilidad total en dichas regiones.

● El porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

El *Informe sobre la salud en el mundo* (OMS 2006) estima que el déficit de médicos, enfermeras, parteras (auxiliares y habilitadas) y demás trabajadores sanitarios sobrepasa los cuatro millones de profesionales. ¿Cuándo decimos que en un país hay *déficit crítico*? Cuando la cobertura de nacimientos atendidos por personal cualificado (%) no alcanza el 80% y el número de médicos, enfermeras y parteras no llega a 2,28 por 1.000 habitantes.

Hay 57 países con déficit crítico, que no alcanzan el 80% de cobertura; pero el mayor déficit corresponde al África Subsahariana con 36 países afectados.



Según este criterio, se considera que hay 57 países con déficit crítico, que no alcanzan el 80% de cobertura: en Asia Sud-oriental, con Bangladesh, la India e Indonesia a la cabeza; pero el mayor déficit corresponde al África Subsahariana con 36 países afectados.

Esta situación contrasta con otro dato preocupante: el 23% (casi la cuarta parte) de los médicos formados en el África Subsahariana están contratados y trabajando en países de la OCDE; en el caso de las enfermeras y asistentes de parto, la proporción de los que trabajan fuera es del cinco por ciento.

Mientras, los informes de organismos de Naciones Unidas son concluyentes:

Cuatro de cada cinco muertes son resultado directo de complicaciones que podrían ser evitadas con una atención adecuada.

- Una de cada 16 mujeres de África Subsahariana morirá como consecuencia del embarazo o el parto, mientras que en los países industrializados el porcentaje es sólo de una de cada 3.800.

- Cuatro de cada cinco muertes son resultado directo de complicaciones que podrían ser evitadas con una atención adecuada.

- Las complicaciones en el embarazo y en el parto son la causa principal de las discapacidades y las muertes de las mujeres entre 15 y 49 años; el 99% de las cuales ocurren en los países en desarrollo.

Según el Informe *Objetivos de Desarrollo del Milenio 2007*, la gran mayoría de las muertes y las discapacidades maternas podrían prevenirse a través de unos servicios de salud reproductiva adecuados antes, durante y después del embarazo y, en caso de que surjan complicaciones, a través de intervenciones para salvar vidas.

Resulta esencial la asistencia durante el parto por parte de personal sanitario cualificado (médicos, enfermeras, matronas), profesionales que estén capacitados para detectar problemas en una fase temprana y poder ofrecer, de manera efectiva, cuidados obstétricos de urgencia o remitir a la paciente a otro personal que pueda ofrecerle dichos cuidados cuando sea necesario.

PROPORCIÓN DE MUERTES MATERNAS POR CADA 100.000 NACIDOS VIVOS Y PARTOS ASISTIDOS POR PERSONAL SANITARIO CUALIFICADO, 1990 Y 2005 (%):

REGIONES	1990		2005	
	Muertes maternas (*)	Partos asistidos por personal cualificado (**)	Muertes maternas (***)	Partos asistidos por personal cualificado (**)
Asia meridional	554	30	500	38
África subsahariana	971	42	920	45
África sudoriental	--	--	760	--
África occidental y central	--	--	1100	--
África septentrional	--	40	210	75
Asia oriental	95	51	150	83
América Latina y El Caribe	190	72	130	89
CEI (Comunidad de Estados Independientes)	63	99	46	98
Media en Regiones en desarrollo	471	43	450	57

Fuentes: (*) Informe sobre el Desarrollo Humano. PNUD 1997. (**) Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2007. (***) Estado Mundial de la Infancia 2008.

Las regiones con porcentajes más bajos de asistentes sanitarios cualificados para el parto son Asia meridional y el África subsahariana, donde también se registran las cifras más altas de muertes maternas.

● **Los retrasos en la atención sanitaria, causa de tantas maternidades truncadas**

El mayor conocimiento de las causas, tanto directas como del contexto, y la toma de conciencia de los daños per-

sonales, familiares, sociales y morales que suponen tantas maternidades truncadas permitirán sentar las bases correctas para encontrar soluciones esperanzadoras. Éstas pasan por crear oportunidades para las mujeres y respuestas más rápidas, eliminando los **retrasos** en la atención sanitaria general y en los servicios de obstetricia apropiados y puntuales.

Los grandes determinantes de estos retrasos son:

- La tardanza en solicitar la atención sanitaria, que está potenciada por el analfabetismo, la baja escolarización, la falta de información adecuada, la subordinación de la mujer y los factores culturales, entre otros.



○ Otra tardanza tiene que ver con el momento de acudir a la unidad sanitaria. Más del 80% de los partos se producen en zonas rurales o en los extrarradios desfavorecidos de las ciudades, carentes de servicio obstétrico de urgencias, a lo que se une su coste y la falta de transporte.

○ Por último, existe una demora en los servicios apropiados una vez que las mujeres llegan a los centros o intentan parir en sus casas, que tiene que ver con la falta de personal especializado, la falta de medicinas y la falta de tecnología necesaria.

► **Los cuidados prenatales, fundamentales para mejorar la salud materna**

Las desigualdades en el apoyo de que disponen las mujeres durante el embarazo y el parto son evidentes tanto entre los países como dentro de cada país. Según las encuestas realizadas entre 1996 y 2005 en 57 países en desarrollo, el 81 por ciento de las mujeres en entornos urbanos pudo parir con la ayuda de un asistente sanitario cualificado, frente a sólo un 49 por ciento de las mujeres en un entorno rural. De igual modo, un 84 por ciento de las mujeres que habían completado la educación secundaria o estudios superiores, recibieron la asistencia de personal cualificado durante el parto, más del doble del índice de madres sin una educación formal.

Los cuidados prenatales se han considerado siempre como un componente fundamental de los servicios de asistencia sanitaria materna. Pueden ayudar a identificar riesgos y a planificar un parto seguro. Desde el año 1990, todas las regiones han experimentado un progreso a la hora de garantizar que las mujeres reciban asistencia prenatal al menos una vez durante todo el embarazo. Incluso en el África subsahariana, donde se ha registrado el progreso más leve, más de dos tercios de las mujeres recibieron asistencia prenatal al menos una vez durante el embarazo.

Más del 80% de los partos se producen en zonas rurales o en los extrarradios desfavorecidos de las ciudades, carentes de servicio obstétrico de urgencias, a lo que se une su coste y la falta de transporte.

Los expertos internacionales recomiendan realizar al menos cuatro visitas a un médico general cualificado durante el embarazo.

Para que la asistencia prenatal resulte efectiva, los expertos internacionales recomiendan realizar al menos cuatro visitas a un médico general cualificado durante el embarazo.

Sin embargo, en muchos países, especialmente en África, existe una gran diferencia entre la proporción de mujeres que reciben asistencia prenatal al menos una vez y aquellas que reciben dicha asistencia en cuatro o más ocasiones.

En Kenia, por ejemplo, en 2003, el 87 por ciento de las mujeres recibió asistencia prenatal en al menos una ocasión, mientras que sólo el 51 por ciento recibió dicha asistencia las cuatro veces recomendadas. De manera similar, las mujeres en Madagascar tenían el doble de posibilidades de recibir asistencia prenatal al menos una vez, que de recibirla en cuatro ocasiones o más.

III.- CONDICIONES DE VIDA QUE SON CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

● La falta de acceso a servicios básicos como el agua y a los saneamientos

El agua es un recurso decisivo para el desarrollo humano. El suministro de agua y saneamiento reduce la incidencia de enfermedades y afecciones como la anemia, la carencia de vitaminas y el tracoma, que debilitan la salud de las madres y son en parte responsables de la mortalidad materna.

Actualmente,

- más de 1.000 millones de personas carecen de acceso al agua potable;
- cerca de 2.400 millones no disponen de servicios básicos de saneamientos.
- más del 70% de la población no tiene acceso a agua segura en Etiopía y Somalia.

El acceso al agua y a saneamiento básico es un derecho humano; debe considerarse una condición imprescindible del derecho fundamental a la vida y un elemento clave de las estrategias para mejorar la salud de las madres y los hijos. El testimonio de **Shardamma** es elocuente. Su lucha no es sólo suya. La discriminación que ella y su familia han soportado por ser *dalit* es la historia de millones de personas. Pero Shardamma ha tomado postura en contra de esta injusticia. Comenzando con un acto tan simple como hacer una pregunta, ha liderado a su comunidad hacia el reconocimiento de su propia dignidad, y en el proceso se han ganado el respeto de los que podrían oprimirles. Esta es la historia de una mujer que

Cerca de 2.400 millones no disponen de servicios básicos de saneamientos.

estaba harta de beber agua contaminada, y de una comunidad que enseñó a sus opresores que eran interdependientes, transformando una relación violenta en otra de mutua ayuda. Shardamma nos recuerda que no sólo somos responsables de lo que hacemos, sino también de aquello que aceptamos. Hay todavía una larga lucha por delante, pero su experiencia nos muestra que el cambio es posible.

● **Nace una dalit**

Shardamma nació en una familia pobre en un pequeño pueblo en Tumkur, distrito de Karnataka. La familia no tenía tierra y sus padres trabajaban como jornaleros en los campos vecinos para sostener a sus hijos. No tenían medios para mandar a sus hijos a la escuela y por eso, Shardamma trabajó desde muy temprana edad y nunca recibió una educación formal. (...)

Para ilustrar lo que significa nacer *dalit* en India, Shardamma cuenta la historia de su tío, que recuerda desde su más tierna infancia:

“La vida de un *dalit* no es una vida humana. Nosotros somos tratados peor que los animales”.

Un día, mi tío no se sentía bien por lo que no fue a trabajar. Al día siguiente fue apaleado. Le golpearon hasta que murió y entonces le dejaron tirado en el borde del camino. Porque él no había ido a trabajar un día. ¿Te das cuenta? La vida de un dalit no es una vida humana. Nosotros somos tratados peor que los animales. (...)

● **Tendrás que compartir tus luchas**

Shardamma estaba casada antes de los quince años. A causa de una disputa familiar, ella y su marido dejaron su hogar sin nada y se mudaron al pueblo de Kanakuppe, decididos a encontrar un modo de mantener a su familia. Mientras, vivieron en una chabola. A pesar del duro trabajo, criaban gusanos de seda, hacían labores manuales e incluso tomaban préstamos de la casta dominante, y lentamente ascendieron en su camino hasta que pudieron construir un hogar.



Un día, miembros de una organización local, la Sociedad de Educación Rural y Desarrollo (REDS), vinieron al pueblo. Reunieron a la gente *dalit* y les hablaron acerca de formar una asociación de mujeres. Shardamma acudió a este encuentro, y escuchó con atención, pero no estaba muy convencida acerca de lo que ellos estaban diciendo, por eso, se levantó y les pidió que explicaran todo acerca de esta organización.

La señora que estaba hablando me miró y dijo: "tú tendrás que compartir tus luchas."

Este mensaje hizo eco en Shardamma y lo ha adoptado en su vida desde entonces.

La señora explicó que nosotras podríamos ir a trabajar juntas apoyándonos unas a otras. Podríamos compartir nuestras luchas con otros de la asociación y con REDS. También podríamos empezar a ahorrar cinco rupias cada mes. Nosotras formamos una asociación con 26 mujeres, y ocasionalmente pudimos viajar para concienciación y formación. Yo participé. Desarrollé un coraje certero y la seguridad de que podía luchar.



Después formamos una asociación para hombres y establecimos un himno proclamando que teníamos una asociación en el pueblo.

Este proceso convocó a la comunidad *dalit* juntos en solidaridad y apoyo mutuos. Shardamma estaba al frente de su comunidad como líder desde el principio.

● **Luchando por agua limpia**

Kanakuppe Village está dividida en dos, con áreas separadas para *dalits* y gente de las castas dominantes. Hay dos tanques de agua en el pueblo; sin embargo, la gente de las castas dominantes no permite a los *dalits* usar ninguno. Los *dalits* fueron forzados a sacar agua de una charca cercana, que estaba sucia, llena de barro y desechos de animales. Como se dieron cuenta de sus derechos a través de la concienciación suscitada por las campañas y la movilización del pueblo, la comunidad *dalit* empezó a discutir el tema más y más. Un día, Shardamma y otras pocas mujeres del pueblo preguntaron: *¿Por qué no vamos a uno de los tanques y cogemos agua?*

“Los *dalits* fueron forzados a sacar agua de una charca cercana, que estaba sucia, llena de barro y desechos de animales.”

Tres de nosotros fuimos junto con el líder de la comunidad REDS. Fuimos a coger agua con el interrogante en nuestras mentes de ver qué podría ocurrir. La primera vez, cogimos agua sin ningún problema. Entonces, regresamos a nuestras casas, dejamos el agua y volvimos a coger más. Cuando volvi-

mos allí, toda la comunidad dominante había rodeado el tanque. Dejaron caer uno de nuestros cacharros para el agua, lo arrojaron lejos y lo hicieron pedazos. Empezaron a criticarnos, diciendo que nosotros teníamos una asociación y una organización que nos apoyaba y por eso no les pedíamos a ellos permiso para usar uno de los tanques de agua.

Yo les reté diciendo: esto es propiedad pública, una iniciativa del gobierno. No estamos aquí para coger agua de sus casas. Venimos a coger agua de un tanque público, algo que todos tenemos derecho a hacer. Todos tenemos el mismo derecho a estas instalaciones. Por eso, ustedes pueden hacer lo que quieran. Si quieren apalearme, apaléenme. Lo sufriré, lo resistiré.

Shardamma reitera sus palabras con un tono uniforme y calmado. Tiene un aire de líder natural, y de una comprensión apasionada de la justicia de su causa.

Como nos quedamos allí, el jefe del pueblo vino y preguntó qué estaba pasando. Ellos le contaron la historia completa y él trató de calmarlos. Yo le expliqué otra vez a él que era propiedad pública y que también teníamos derecho a usar ese tanque hasta que tuviéramos un tanque para nuestra comunidad en el pueblo. Le propuse que como el tanque tiene cuatro grifos, podía reservar uno para nuestro uso, y nosotros sólo tomaríamos agua de este grifo.

Al jefe del pueblo le pareció bien y, por eso, fuimos autorizados a coger agua. Pero a la otra gente de las castas dominantes no les gustó esto. Pusieron inmediatamente a sus hijos a defecar allí y ensuciaron el grifo con ropas llenas de heces.

No estábamos dispuestos a que nos desanimaran e hicimos caso omiso. Simplemente limpiamos el grifo y conti-

“Venimos a coger agua de un tanque público, algo que todos tenemos derecho a hacer..”

“Las mujeres convocaron un grupo de alrededor de cien dalits y protestaron en frente de la oficina del Comisionado del Distrito durante todo un día.”

nuamos cogiendo agua. Cuando se dieron cuenta de que iríamos a coger agua hicieran lo que hicieran, que no nos daríamos por vencidos, cortaron la tubería que vertía agua a este tanque, inutilizándolo.

Esto era todo lo lejos que ellos podían llegar para impedir que nosotros tuviéramos acceso al agua.

La comunidad dalit rehusó admitir esta obstrucción de su propósito de tener acceso a agua limpia. No estarían dispuestos nunca más a usar agua sucia de la charca. Inmediatamente, llevaron el problema ante el gobierno local, pero los funcionarios les dijeron que no podían hacer nada. Al día siguiente, las mujeres convocaron un grupo de alrededor de cien dalits y protestaron delante de la oficina del Comisionado del Distrito durante todo un día. Finalmente, la Jefa del Distrito estuvo de acuerdo en profundizar en el problema.

El mismo día, junto con REDS, consiguieron que en los periódicos publicaran un artículo sobre el caso. Esto obligó a la Jefa de Distrito a ir al pueblo.

Ella estaba preguntando a la gente acerca de la situación y dos personas de la casta dominante fueron a maltratar a la jefa de Distrito pensando que ella pertenecía a REDS. Ellos la presionaron. No se dieron cuenta de que estaban presionando a una funcionaria del gobierno.

Shardamma sonríe al recordar este momento en el que la comunidad dominante mostró sin querer su auténtica cara.

La Jefa de Distrito entonces me llamó a mí y a algunos otros para preguntarnos qué estaba pasando realmente. Le explicamos que no teníamos agua para beber. Una de las personas de la casta dominante le dijo: “Nosotros no tenemos ningún problema aquí. Ellos vienen a trabajar a nuestros cam-



pos. Vivimos como hermanos y hermanas, así que no hay ningún problema entre nosotros.”

Yo inmediatamente le dije a la Jefa del Distrito que era verdad. Nosotros vivimos como hermanos y hermanas. Cuando vamos a los campos, ellos nos dan dinero y nosotros conseguimos comida. Pero cuando no vamos, nadie se preocupa acerca de si nosotros comemos o no. La dura realidad es que el hermano mayor bebe agua buena, toma zumo y el hermano más joven toma veneno.

La Jefa de Distrito decidió enviar dos policías a comprobar la situación. Los policías vinieron aquí a inspeccionar el agua que estábamos bebiendo. Ellos informaron de que la comunidad dominante tenía agua buena fácilmente y que la comunidad *dalit* no tenía agua saludable para beber. Al día siguiente, el Comisionado de Distrito vino a inspeccionar el agua por sí mismo y decidió que la situación del agua estaba generando conflicto en el pueblo. El Comisionado vino a nuestro pueblo a las diez de la mañana y, a las tres en punto, se compraron tuberías y cemento para construir un nuevo tanque de agua para nosotros. A los dos días el tanque de agua estaba construido.

Era un gran éxito. La comunidad *dalit* no tendría que volver a soportar agua contaminada, ni desigual acceso a los recursos.

(...) Después de que los *dalits* obtuvieran su victoria sobre el acceso al agua, la gente de las castas dominantes había querido suprimirlos, primero a través de la violencia, y,

“Después de que los *dalits* obtuvieran su victoria sobre el acceso al agua, la gente de las castas dominantes había querido suprimirlos usando su poder económico sobre sus medios de vida.”

después, usando su poder económico sobre sus medios de vida. Pero la comunidad *dalit* se mantuvo unida y demostraron a la casta dominante que las relaciones entre ellos eran de interdependencia. (...)

● **Nosotras hemos sufrido, nuestros hijos no tienen necesidad de sufrir**

¿Qué sostenía a Shardamma en los momentos más difíciles y la motivaba a luchar por el cambio?

Tengo el sueño de que mis hijos, nuestros hijos *dalit*, no estén atrapados en la misma esclavitud en la que nosotros hemos estado envueltos.

Tengo el sueño de que mis hijos, nuestros hijos dalit, no estén atrapados en la misma esclavitud en la que nosotros hemos estado envueltos. Cuando miramos atrás en nuestra historia está claro que nosotros fuimos casi esclavos. Mi último sueño es que la comunidad dalit nunca más tenga que sufrir ningún tipo de esclavitud. No deberíamos vivir sometidos por la gente dominante y no deberíamos morir sometidos. Ese es mi último sueño. Todavía hoy recuerdo cómo mi tío fue golpeado y murió sólo porque no fue a trabajar un día. Eso todavía me obsesiona y es una de las razones por las que no me rindo.

Nadie conoce nuestras luchas y cómo hemos sufrido. Yo quiero que la gente conozca cómo hemos sufrido y luchado.

Shardamma dijo esto llena de emoción, su voz casi rota y todavía fuerte. Durante unos momentos, guardó silencio, entonces, sería y en un tono pausado, habló otra vez.

Los dalits deberíamos saber leer y escribir. Yo soy analfabeta. Eso me produce un dolor insoportable. Yo quiero que mis hijos sean educados y sepan leer y escribir, no como yo.

Al terminar de hablar, las lágrimas aparecían en sus ojos. El sueño de Shardamma sobre sus hijos es lo que la inspira para continuar.

IV.- OTRAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

● **La discriminación de la mujer en el acceso a la educación**

La pobreza impide que muchos niños y, sobre todo, muchas niñas acudan a la escuela. Las familias pobres suelen ser remisas a la hora de mandar a sus hijas al colegio. Cerca de 960 millones de personas no saben leer, dos terceras partes de las cuales son mujeres. En sociedades donde el destino propio de las mujeres es casarse y procrear, enviar a sus hijas a la escuela es visto por los padres como un “desperdicio de tiempo y dinero”, ya que es común pensar que los supuestos beneficios de la educación repercutirán en la familia del marido (“educar a las niñas es como regar las plantas del vecino”, según un proverbio en determinadas zonas de Pakistán).

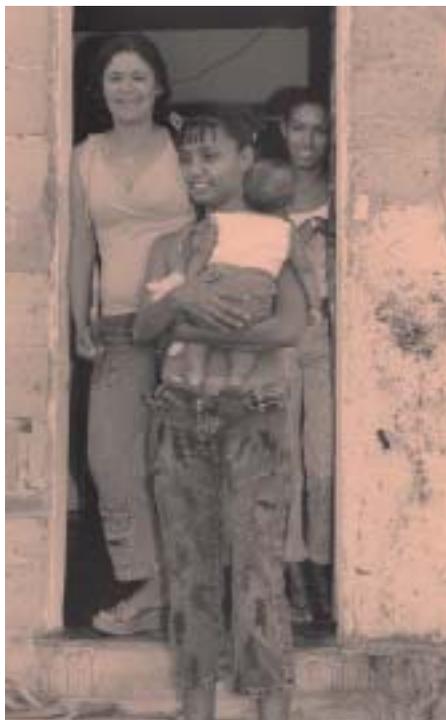
Por el contrario, abordada desde una perspectiva de salud, la educación de las niñas genera una serie de beneficios personales y sociales:

○ **Las madres educadas mejoran el capital humano de su hogar.** Diversos estudios han demostrado que la tasa de mortalidad de menores de cinco años disminuye a la mitad cuando las madres han completado la educación primaria. (UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia* 2007).

○ **La educación mejora la salud de las propias madres.** Aquellas jóvenes que van a la escuela suelen casarse más tarde, normalmente tienen menos embarazos o más espaciados, y, en la medida de sus posibilidades, se procuran atención en el parto.

La educación debe, no obstante, completarse con la transformación de la realidad social, para que permita a las mujeres acceder a unas condiciones maternas más seguras.

La educación debe completarse con la transformación de la realidad social, para que permita a las mujeres acceder a unas condiciones maternas más seguras.



Las niñas tienen más probabilidades de abandonar la escuela, lo que, a menudo, significa un embarazo temprano.

● **La maternidad prematura** ► **El matrimonio infantil.**

Se entiende por matrimonio infantil o prematuro aquél en que uno o ambos contrayentes son menores de 18 años. El 36% de las mujeres de 20 a 24 años se casaron o se unieron a sus parejas antes de cumplir los 18 años, sobre todo en el Asia Meridional y África Subsahariana. En algunas zonas, el matrimonio infantil es una tradición tan arraigada que resulta casi imposible reaccionar contra ella. Los padres suelen permitir el matrimonio precoz de sus hijas debido a necesidades económicas, o porque creen que las protege del acoso sexual y del embarazo fuera del matrimonio, aumenta sus años fértiles o

les asegura la sumisión a sus maridos en el hogar. La maternidad prematura es una de las consecuencias del matrimonio precoz.

► **Los embarazos adolescentes.**

Por otro lado, aunque en general la adolescencia supone una ampliación de las libertades y oportunidades de los varones, para las niñas, particularmente las que viven en la pobreza, la adolescencia acarrea más riesgos y menos libertad. Las niñas tienen más probabilidades de abandonar la escuela, lo que, a menudo, significa un embarazo temprano.

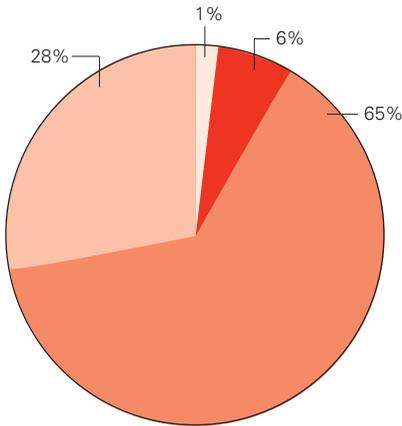
Alrededor de 14 millones de adolescentes, entre 15 y 19 años, dan a luz todos los años. Las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo que las mujeres mayores de 20 años y las com-

plicaciones causadas por el parto son la primera causa de muerte en las mujeres de 15 a 19 años.

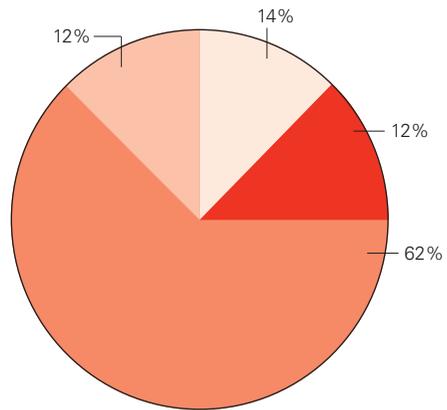
Si se efectuaran mayores inversiones en la educación, la salud y las oportunidades de empleo de los jóvenes, especialmente de las mujeres, esto resultaría beneficioso para el manejo de sus propias vidas, para casarse y formar una familia.

MÁS DE 1 DE CADA 4 NACIMIENTOS EN QUE LA MADRE ES ADOLESCENTE (DE 15 A 19 AÑOS) SE PRODUCE EN LOS PAÍSES MENOS ADELANTADOS.

NACIMIENTOS MUNDIALES POR MADRES DE 15 A 19 AÑOS, 2000-2005



POBLACIÓN MUNDIAL DE MUJERES ADOLESCENTES, DE 15 A 19 AÑOS, 2005



- Regiones más desarrolladas
- Regiones menos desarrolladas, excluidos los países menos adelantados
- Países menos adelantados
- China

Fuente: Estado Mundial de la Infancia. 2007

Es muy importante para su seguridad que los adolescentes y los jóvenes estén informados de la salud sexual y reproductiva y reciban la formación adecuada.

▸ Abuso sexual, trata y explotación.

Cuanto más jóvenes son las chicas en su primera relación sexual, más probabilidades hay de que hayan sido forzadas a ella. Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud, 150 millones de niñas menores de 18 años sufrieron, en 2002, relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia física y sexual. En algunos países, la inexistencia de una edad mínima de consentimiento para las relaciones sexuales y el matrimonio exponen a las niñas a la violencia de su pareja.

Se calcula que 1,8 millones de niños y niñas están atrapados por el comercio sexual, bien porque sus paupérrimas familias los venden como esclavos, bien porque se les rapta para ser sometidos a la trata en burdeles, u otro tipo de explotación. Esta situación degradante conlleva el riesgo de embarazo y de infecciones de transmisión sexual, incluida la del VIH. Es muy importante para su seguridad que los adolescentes y los jóvenes estén informados de la salud sexual y reproductiva y reciban la formación adecuada.

Si se efectuaran mayores inversiones en crear oportunidades de empleo de los jóvenes, las niñas podrían tener mayores oportunidades para tomar la decisión de prevenir y/o abandonar las situaciones de riesgo y explotación.

● La infección por VIH/SIDA en el embarazo

Las mujeres tienen cinco veces más probabilidades de padecer enfermedades de transmisión sexual que los hombres. Estas enfermedades ocupan el segundo puesto en la morbilidad general de las mujeres entre 15 y 44 años. Además, pueden añadir complicaciones específicas en los embarazos, que causan entre el uno y el cinco por ciento de las muertes de la madre durante el parto y hasta un 35 por ciento en el posparto.

Las enfermedades de transmisión sexual aumentan la probabilidad de infectarse con el VIH-SIDA, primera causa de

muerte en África y cuarta en el mundo (*Informe ONU-SIDA 2007*).

En 2005, casi la mitad de los 39 millones de personas que vivían con el VIH eran mujeres. En lugares del Caribe y África, las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años son seis veces más propensas a infectarse que los jóvenes de su edad. Las mujeres tienen por lo menos el doble de probabilidades que los hombres de infectarse con el VIH durante el acto sexual. El aumento de la infección entre las mujeres eleva el riesgo de infección de los bebés durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Además, la alta tasa de **analfabetismo** entre las mujeres impide que conozcan los riesgos de la infección por VIH y las posibles estrategias de protección. Centenares de miles de mujeres infectadas por el SIDA evitan los servicios de detección y tratamiento pues temen ser abandonadas, repudiadas o maltratadas si se descubre su situación. Esto aumenta el peligro de transmisión a sus hijos.

Los jóvenes varones deben aprender a respetar a las mujeres y a comprender sus responsabilidades en la lucha contra la epidemia. En ausencia de vacunas o tratamientos curativos, el papel del hombre es fundamental para prevenir la propagación.



Se calcula que viven actualmente más de 130 millones de niñas y mujeres que han sufrido mutilación genital, que puede tener graves consecuencias para la salud de la mujer.

● **Mutilación/ablación genital de la mujer y la niña**

La mutilación/ablación genital de la mujer y la niña supone, entre otras lesiones, la extirpación parcial o total de los órganos genitales femeninos, no por razones médicas sino culturales. Esta práctica se produce principalmente en países de África Subsahariana, Oriente Medio, África del Norte y en algunas partes del Sudeste de Asia. Según *Save the Children 2007* dos millones de niñas sufren cada año la mutilación genital. Además, se calcula que viven actualmente más de 130 millones de niñas y mujeres que han sufrido mutilación genital, que puede tener graves consecuencias para la salud de la mujer: dolor extremo en las relaciones sexuales, problemas de cicatrización, una mayor propensión a infectarse con el VIH, y complicaciones durante y después de los partos.

V.- ESTRATEGIAS E INICIATIVAS. ALGUNOS PRONUNCIAMIENTOS RECIENTES

La maternidad ha dejado de ser una cuestión privada de la mujer y su familia para contemplarse como un problema sanitario público. Merece la pena reseñar algunos hitos recientes en la toma de conciencia de la comunidad internacional sobre los problemas que afectan a la salud materna. Este tema se abordó dentro de diversas cumbres mundiales y regionales sobre población, mujer y desarrollo. Las dos cumbres que aportaron iniciativas y estrategias más novedosas fueron: la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994 y Nueva York, 1999) y la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Nueva York, 2000).

● **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), El Cairo**

La reunión de El Cairo alumbró un *Programa de Acción* que ha sido retomado y actualizado en cumbres posteriores. Este Programa destaca:

- que todos tienen derecho a la educación, que deberá estar orientada hacia el pleno desarrollo de los recursos humanos y de la dignidad y el potencial humanos, con particular atención a la mujer y a la niña, y que, por consiguiente, todos deben recibir la educación necesaria para satisfacer las necesidades humanas básicas y para ejercer los derechos humanos;

- que los derechos humanos de la mujer y de la niña son una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. Afirma también que los derechos de salud reproductiva se basan en el reconocimiento del derecho fundamental de todas las parejas de decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, y el espaciamiento y momento de los nacimientos, y el derecho de tomar decisiones sin ser

El derecho fundamental de todas las parejas de decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, y el espaciamiento y momento de los nacimientos.



sometidos a discriminación, coerción ni violencia, según se establece en diversos documentos de derechos humanos.

En el capítulo de medidas concretas, el Programa de Acción pide a los gobiernos de los países en desarrollo y de los países con economía en transición:

- que sigan promoviendo el descenso de las tasas de mortalidad de lactantes y niños menores de 5 años, mediante el fortalecimiento de programas de salud que hagan hincapié en el mejoramiento de la atención prenatal y la nutrición, incluida la lactancia materna, a menos que esté contraindicada por razones de salud, en la vacunación universal, en las terapias de rehidratación oral, en las fuentes de agua potable, en la prevención de las enfermedades infecciosas, en el control de la exposición a las sustancias tóxicas y en un mejor saneamiento de los hogares; y mediante el fortalecimiento de los servicios de salud para las madres, los servicios de calidad de planificación de la familia, que ayuden a las parejas a planificar y espaciar los nacimientos, y las actividades de prevención de la transmisión del VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

- que se asegure que los programas de eliminación de la pobreza se orienten especialmente hacia las mujeres y que se asigne prioridad a los hogares encabezados por mujeres.

En materia de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia, se pide a los gobiernos:

Que se asegure que los programas de eliminación de la pobreza se orienten especialmente hacia las mujeres y que se asigne prioridad a los hogares encabezados por mujeres.

- incorporar a todos los sectores pertinentes, entre ellos las organizaciones no gubernamentales, especialmente las organizaciones de mujeres y jóvenes, y los colegios profesionales, mediante el proceso de participación en curso, en la formulación, la aplicación, el control de calidad, la supervisión y la evaluación de las políticas y programas, a fin de asegurar que los servicios y la información en materia de salud sexual y reproductiva respondan a las necesidades de la población y respeten sus derechos humanos, en particular su derecho a tener acceso a una atención de buena calidad; (...).

- procurar que los hombres comprendan sus funciones y su responsabilidad en cuanto a respetar los derechos humanos de la mujer; proteger la salud de la mujer, incluso apoyando el acceso de sus compañeras a los servicios de salud sexual y reproductiva; evitar los embarazos no deseados; reducir la morbilidad materna; reducir el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida; compartir la responsabilidad por los quehaceres del hogar y la crianza de los hijos; y apoyar la eliminación de prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina, la violencia sexual y otros tipos de violencia basadas en el sexo, velando por que las niñas y las mujeres no estén sujetas a coerción ni violencia; (...).

El documento final puede ser asumido como documento de trabajo, aunque con muchas puntualizaciones. Javier Gafo, Director de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas, resumió la postura de la Santa Sede, que suscribió el documento final, subrayando una serie de reservas al mismo.

- alaba que, por primera vez, se haya vinculado el desarrollo con la población, y no sólo con factores económicos, aunque el tratamiento sea reducido y se le haya dado poco relieve.

- coincide en el deber de protección de la familia, cali-

Procurar que los hombres comprendan sus funciones y responsabilidad en cuanto a respetar los derechos humanos de la mujer.

Los derechos humanos empiezan en la concepción y, por ello, la Santa Sede no acepta programas de población que permitan el aborto.

ficada como “unidad básica de la sociedad”; y en la necesidad de ayudas que permitan conciliar la vida laboral y familiar, constatando que son cada vez más las mujeres que, en todo el mundo, ocupan empleos remunerados fuera de casa.

- se une a la necesidad de la potenciación de la mujer mediante el acceso a la educación, la atención sanitaria y las oportunidades laborales. El término “empowerment of women”, que va siendo habitual, según el diccionario de Oxford significa “dar a la mujer poder o autoridad para actuar.

- asimismo, valora positivamente las referencias respecto a las creencias y valores religiosos, éticos y culturales en pie de igualdad con los derechos humanos.

- afirma que los derechos humanos empiezan en la concepción y, por ello, la Santa Sede no acepta programas de población que permitan el aborto.

- apoya el concepto de salud reproductora y la promoción de la salud para la mujer y el varón, subrayando que, de ninguna forma, modifica su posición en relación con el aborto, el uso de contraceptivos, la esterilización y el uso de anticonceptivos en la prevención del sida.

● **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1999), Nueva York**

En esta conferencia se aprobaron algunas medidas clave para seguir aplicando el Programa de Acción de El Cairo.

En el Preámbulo se recuerda que el objetivo del acuerdo trascendental, concertado en la Conferencia de El Cairo, fue mejorar la calidad de vida y el bienestar de los seres humanos y promover el desarrollo humano. Reconoció las interrelaciones existentes entre las políticas y los programas de población y desarrollo, encaminados a lograr, entre otras cosas, la



erradicación de la pobreza, el desarrollo sostenible, la educación, especialmente de las niñas, la reducción de la mortalidad infantil y materna, el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, el desarrollo de los recursos humanos y la garantía de todos los derechos humanos, incluido el derecho al desarrollo como derecho universal e inalienable y como parte integral de los derechos humanos fundamentales.

Para alcanzar los objetivos del Programa de Acción es esencial hacer una mayor inversión en servicios de salud y educación para todos y en particular para la mujer, a fin de permitir su participación plena y en condiciones de igualdad en la vida civil, cultural, económica, política y social.

● **Conferencia Mundial sobre la Mujer (2000), Nueva York**

En la declaración política de la Conferencia Mundial sobre la Mujer, convocada a los cinco años de Pekín, los gobiernos se reafirman en el compromiso de aplicar las 12 esferas de especial preocupación de la Plataforma de Acción de Pekín, a saber, la mujer y la pobreza, la educación y capacitación de la mujer, la mujer y la salud, la violencia contra la mujer,

la mujer y los conflictos armados, la mujer y la economía, la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones, mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer, los derechos humanos de la mujer, la mujer y los medios de difusión, la mujer y el medio ambiente, y la niña...

» Entre las medidas que han de adoptar los gobiernos en el plano nacional:

○ tomar medidas, incluidos programas y políticas, para garantizar que la maternidad y su ejercicio, la condición de progenitor y la función de la mujer en la procreación, no sean motivo de discriminación ni limiten la plena participación de la mujer en la sociedad;



○ preparar, aprobar y aplicar plenamente, leyes y otras medidas que se consideren convenientes, como políticas y programas educativos, para erradicar las prácticas consuetudinarias o tradicionales nocivas. Entre ellas: la mutilación genital femenina, los matrimonios tempranos y forzados y los delitos denominados de honor, que vulneran los derechos humanos de mujeres y niñas y constituyen obstáculos para el pleno disfrute por la mujer de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales; intensificar los esfuerzos, en cooperación con los grupos locales de mujeres, para crear conciencia a nivel colectivo e individual de la manera en que esas prácticas tradicionales o consuetudinarias nocivas vulneran los derechos humanos de la mujer;

○ promover el bienestar mental de mujeres y niñas, integrar los servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria, elaborar programas de apoyo que tengan en cuenta las cuestiones de género y capacitar a los trabajadores sanitarios para que reconozcan los casos de violencia basada en el género y presten asistencia a las niñas y mujeres de todas las edades que hayan experimentado cualquier forma de violencia;

○ adoptar medidas apropiadas para abordar las causas fundamentales, incluidos los factores externos, que promueven la trata de mujeres y niñas para fines de prostitución y otras formas de sexo comercializado, los matrimonios forzados y el trabajo forzado, con el objeto de eliminar la trata de mujeres; entre ellas, las encaminadas a fortalecer la legislación vigente, con miras a proteger mejor los derechos de las mujeres y las niñas y a castigar a los autores por la vía penal y civil;

○ adoptar políticas y aplicar medidas para hacer frente, siguiendo un orden de prioridad, a los aspectos relativos al género en los retos nuevos y constantes en materia de salud,

Capacitar a los trabajadores sanitarios para que presten asistencia a las niñas y mujeres de todas las edades que hayan experimentado cualquier forma de violencia.

como el paludismo, la tuberculosis, el VIH/sida y otras enfermedades que afectan de forma desproporcionada a la salud de la mujer, especialmente las que tienen las más altas tasas de mortalidad y morbilidad;

- lograr que la reducción de la morbilidad y mortalidad derivadas de la maternidad constituyan una prioridad del sector de la salud y que las mujeres tengan fácil acceso a cuidados obstétricos esenciales, servicios de salud materna bien equipados y dotados del personal adecuado, asistencia de alto nivel profesional en los partos, asistencia obstétrica de urgencia, remisión y traslado efectivos a niveles de atención superiores cuando sea necesario, atención después del parto y planificación de la familia, a fin de, entre otras cosas, promover la seguridad en la maternidad y dar prioridad a las medidas destinadas a prevenir, detectar y tratar el cáncer de mama, el cáncer cervical y el cáncer de los ovarios, así como la osteoporosis y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida.

VI.- EL DERECHO A UNA MATERNIDAD SALUDABLE, OBJETIVO DE DESARROLLO

● En el Sur nos gozamos con cada vida que llega

(Testimonio de María Teresa Losada, desde Bolivia)

En el Sur sur, la maternidad es un instinto que las mujeres desarrollamos y vamos forjando desde nuestra niñez, cuando ya tempranamente tenemos que acompañar el crecimiento de nuestros hermanos más pequeños... nos gozamos con cada vida que llega sin pensar como será la forma de criarla, la vida siempre es fiesta, la vida es Vida; más tarde crecemos y descubrimos los grandes esfuerzos que tienen que realizar nuestros padres para sostenernos en un mundo cada vez más lejano a la ternura, al encuentro, a la simplicidad... ¡Cada vez las oportunidades son menos para las familias y cada vez es más devastador el efecto del neoliberalismo sobre nosotras; con frecuencia, nos vemos obligadas a dejar vacío el nido, buena parte del día, para lograr que ¡la vida no se rinda!

Soy una madre del Sur; orgullosa y feliz de ser madre y de ser Sur... El ser madre me ha unido en una comunión profunda con ese esfuerzo sobrehumano que realizan la mayoría de las madres, para quienes no hay límites en los múltiples compromisos que realizamos para que a nuestros hijos no les falte nada, quedándonos con frecuencia en el último lugar para satisfacer nuestras necesidades personales, sin que nadie lo note pues es lo normal. Así como la raíz se funde en la tierra para sostener el árbol, somos conscientes de que, desde nuestro trabajo silencioso y no reconocido, alimentamos y sostenemos el futuro de la humanidad.

Ser Sur me ha permitido enriquecerme de las múltiples estrategias que las madres menos favorecidas realizan para que no falte el pan caliente sobre la mesa, la ilusión, los sue-

Nos gozamos con cada vida que llega sin pensar cómo será la forma de criarla, la vida siempre es fiesta, la vida es Vida.

**Mi trabajo, cómo
médica y Defensora
de la Vida, extiende
mi maternidad en
todos los pequeños
y pequeñas que
logramos arrancar
de la muerte.**

ños, la risa y el canto en cada hijo e hija; ¡así tenga que llevarlo acunado durante largas jornadas en su espalda, mientras se logra el pan nuestro de cada día! ¡valorando cada detalle cada oportunidad, la fuerza de lo pequeño, de la cotidianidad, que la vida nos da para construir!

*En mi experiencia personal, la maternidad que brota por todos los poros de mi piel me lleva a sentir propios no sólo a mis tres hijos biológicos y a los dos adoptados sino a cuanto pequeño encuentro reclamando calor de mamá, especialmente en las comunidades excluidas donde trabajo; **no concibo y no descansaré en paz sabiendo que, en esta querida Bolivia, cada año se nos mueren 25.000 niños y niñas menores de 5 años por enfermedades inmunosuprimibles asociadas a la desnutrición**, frente a la indiferencia y al conformismo de la sociedad civil, estado, iglesias, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, que no apuestan lo mejor de sí mismos para detener este genocidio silencioso; mucho menos lo acepto después de haber descubierto que no es tan difícil detener el fantasma de la muerte, si unimos lo mejor que existe en cada uno de nosotros, por encima de todo lo que nos divide; pues, si nosotros, un pequeño equipo de salud, logramos alcanzar índices de mortalidad infantil por desnutrición, diarrea y neumonía de 0% en los últimos 5 años, en las comunidades originarias quechuas de Sapanani y de Laryaty de Cochabamba, durante 15 años de trabajo en atención Primaria en Salud, ¡cuánto más se logrará cuando la lucha por la vida sea la razón principal que nos mueva a todos!...*

*Para mí, ser madre no va divorciado del trabajo; al contrario, mi trabajo, como médica y Defensora de la Vida, extiende mi maternidad en todos los pequeños y pequeñas que logramos arrancar de la muerte; en sus madres que aprendieron y siguen aprendiendo que son **capaces**, el que la fuerza como la vida está en ellas, cuando progresivamente redescubren el gran potencial transformador que poseen.*



● **La paternidad y maternidad humanas tienen una semejanza con Dios creador**

“La paternidad y maternidad humanas (...) tienen en sí mismas, de manera esencial y exclusiva, una semejanza con Dios, sobre la que se funda la familia, entendida como comunidad de vida humana, como comunidad de personas unidas en el amor” (Compendio de la doctrina social de la Iglesia, 230)

Manos Unidas se preocupa por ir a las causas de tantas maternidades truncadas y trabaja por una maternidad saludable, basada en la afirmación de la dignidad fundamental de las mujeres y en el reconocimiento del derecho a la protección de su salud y de las condiciones básicas para vivir como mujer y madre.

▸ **El derecho a la maternidad como derecho y deber de proteger la vida**

Las mujeres embarazadas deberían ver respetado su derecho a dar a luz a un hijo, en condiciones seguras y limpias, de modo que viva, crezca, se desarrolle y goce de buena salud. En general, las familias y las comunidades reconocen la

Las mujeres embarazadas deberían ver respetado el derecho a dar a luz a su hijo, en condiciones seguras y limpias, de modo que viva, crezca, se desarrolle y goce de buena salud.

Las madres son las guardianas del futuro de la sociedad, en la medida en que de ellas dependen los niños sanos de hoy y de mañana.

necesidad de cuidar a las propias madres y a los niños, y procuran hacerlo lo mejor posible, incluso cuando los medios son escasos. La salud y la supervivencia de un recién nacido están estrechamente ligadas a la salud y a la capacidad de cuidado de la madre. Las madres son las guardianas del futuro de la sociedad, en la medida en que de ellas dependen los niños sanos de hoy y de mañana.

Trabajar por una maternidad elegida, aceptada y vivida, sana y sin riesgos, implica, ante todo, luchar contra los entornos sociales, culturales, políticos y económicos, de pobreza y desigualdad, que afectan negativamente a la autonomía, libertad y autoestima de la propia mujer. Desde Manos Unidas, a través de los proyectos de desarrollo, intentamos crear unas condiciones aceptables de vida de las madres, para que vivan una maternidad segura y puedan desenvolverse en el día a día sin molestias e impedimentos.

PROMOVEMOS LAS CONDICIONES DEL BIEN COMÚN PARA PROMOVER LA SALUD MATERNA

“Las exigencias del bien común derivan de las condiciones sociales de cada época y están estrechamente vinculadas al respeto y a la promoción integral de la persona y de sus derechos fundamentales. Tales exigencias atañen, ante todo, al compromiso por la paz, a la correcta organización de los poderes del Estado, a un sólido ordenamiento jurídico, a la salvaguardia del ambiente, a la prestación de los servicios esenciales para las personas, algunos de los cuales son, al mismo tiempo, derechos del hombre: alimentación, habitación, trabajo, educación y acceso a la cultura, transporte, salud, libre circulación de las informaciones y tutela de la libertad religiosa. Sin olvidar la contribución que cada Nación tiene el deber de dar para establecer una verdadera cooperación internacional, en vistas del bien común de la humanidad entera, teniendo en mente también las futuras generaciones” (Compendio, 166).



Una maternidad saludable se promueve empleando métodos que permitan a la madre ser lo que es, fuente de vida, fecundidad, donación y gratuidad, y no dañen su salud psíquica, física y espiritual. Para promover la maternidad saludable es incompatible aplicar medios encaminados a eliminar la vida humana en el vientre materno. El aborto es siempre un drama personal que conlleva efectos físicos y psíquicos que dañan la salud de la mujer; es un drama familiar y social que empobrece la fecundidad social de la familia y deteriora la salud social de la mujer.

La vida ha de ser siempre salvaguardada con el máximo cuidado; el aborto y el infanticidio son abominables (GS 50). Manos Unidas trabaja con la voluntad firme de promover las condiciones que defiendan la vida de la madre y del hijo. El derecho fundamental exigible, ante todos los derechos, es el derecho a la protección de la vida, aspiración y vocación de la maternidad.



Vivir la maternidad, en familia y en la sociedad, no como una carga inevitable de la mujer, sino como una gozosa experiencia de comunión.

› Maternidad y paternidad. Educar en la complementariedad.

Madres y padres se complementan y son responsables de una maternidad saludable. Es imprescindible promover la educación sanitaria y sexual de las mujeres y las adolescentes, así como la de los hombres y los adolescentes, para vivir la maternidad, en la familia y en la sociedad, no como una carga inevitable de la mujer, sino como una gozosa experiencia de comunión. A este propósito, cabe recordar que *“las motivaciones que deben guiar a los esposos en el ejercicio responsable de la paternidad y de la maternidad, derivan del pleno reconocimiento de los propios deberes hacia Dios, hacia sí mismos, hacia la familia y hacia la sociedad, en una justa jerarquía de valores”* (Compendio de la doctrina social de la Iglesia, 232).

“LA MATERNIDAD CONLLEVA UNA COMUNIÓN ESPECIAL CON EL MISTERIO DE LA VIDA QUE MADURA EN EL SENO DE LA MUJER.

La madre admira este misterio y con intuición singular «comprende» lo que lleva en su interior. A la luz del «principio» la madre acepta y ama al hijo que lleva en su seno como una persona. Este modo único de contacto con el nuevo ser humano que se está formando crea a su vez una actitud hacia la persona -no sólo hacia el propio hijo, sino hacia el ser humano en general-, que caracteriza profundamente toda la personalidad de la mujer. Comúnmente se piensa que *la mujer* es más capaz que el hombre de dirigir su atención *hacia la persona concreta* y que la maternidad desarrolla todavía más esta disposición. El hombre, no obstante toda su participación en el ser padre, se encuentra siempre «fuera» del proceso de gestación y nacimiento del niño y debe, en tantos aspectos, *conocer por la madre* su propia «*paternidad*». Podríamos decir que esto forma parte del normal mecanismo humano de ser padres, incluso cuando se trata de las etapas sucesivas al nacimiento del niño, especialmente al comienzo. **La educación del hijo -entendida globalmente- debería abarcar en sí la doble aportación de los padres: la materna y la paterna. Sin embargo, la contribución materna es decisiva y básica para la nueva personalidad humana”.**

(Juan Pablo II: Carta Apostólica *Mulieris dignitatem* sobre la dignidad y vocación de la mujer, 18).

» La maternidad como amor sin límites en el seno de la familia

Manos Unidas trabaja con la convicción de que el ámbito humano más adecuado para una maternidad saludable es la familia fundada en el matrimonio. La maternidad, el amor y cuidado de los hijos o de los padres ancianos, se viven de forma inherente a la familia.

Además, una de las funciones primarias de la familia es canalizar el potencial procreador de la sexualidad de modo socialmente organizado, para que la generación siguiente se forme y se integre dentro de unas estructuras estables y socialmente saludables.



VII.- MANOS UNIDAS: LA MEJORA DE LA SALUD MATERNA SE PUEDE LOGRAR

La mejor promoción de una maternidad saludable se hace a través de la formación de la mujer, de la capacitación de personal cualificado y de la creación de condiciones familiares y sociales adecuadas para el desarrollo de una vida digna. En la medida en que erradicamos la pobreza y el hambre, educamos, logramos el acceso a servicios seguros de salud y al agua potable, creamos mejores condiciones de bienestar y calidad de vida. Si todas las niñas y mujeres alcanzan un nivel básico de educación, que las capacite para vivir con libertad y autonomía, estarán en mejores condiciones para cuidar su salud y la salud de los demás, y verse libres de enfermedades prevenibles.

Manos Unidas viene trabajando, en más de sesenta países de África, América Latina, Asia y Oceanía, para garantizar a las mujeres del Sur el derecho a una maternidad saludable.

- A través de la constante acogida, escucha y cooperación con los interlocutores del Sur y del apoyo y financiación de proyectos de desarrollo.

- A través de la creación de oportunidades educativas para las niñas y las mujeres, en orden a prevenir la morbilidad y la mortalidad materno-infantil.

- A través de la capacitación de personal sanitario que atienda las necesidades de salud de la población y de las mujeres gestantes.

- A través de la creación de recursos hospitalarios y de acceso al agua potable y al saneamiento básico.

Si todas las niñas y mujeres alcanzan un nivel básico de educación, estarán en mejores condiciones para cuidar su salud y la salud de los demás, y verse libre de enfermedades prevenibles.

EPÍLOGO

El Concilio Vaticano II (8/12/1865) dirigió a las mujeres el siguiente mensaje:

“Llega la hora, ha llegado la hora en que la vocación de la mujer se cumple en plenitud, la hora en que la mujer adquiere en el mundo una influencia, un peso, un poder jamás alcanzados hasta ahora. Por eso, en este momento en que la humanidad conoce una mutación tan profunda, las mujeres llenas de Espíritu del Evangelio pueden ayudar tanto a que la humanidad no decaiga”.

Hoy se observa, con frecuencia, una contradicción entre la exaltación de la mujer y la discriminación a la que se enfrenta en la vida cotidiana. Hay que ganar el reto de un cambio de mentalidad y de educación de nuevas conductas, para que las mujeres sean respetadas en su dignidad en todos los ambientes y situaciones, y para que sea protegida su misión irremplazable de ser madres y las primeras educadoras de sus hijos.

Alimentamos el sueño de Giovanna Ruggieri, vicepresidenta de la Unión Mundial de Organizaciones Femeninas Católicas (UMOFC) para Europa.



“Yo tengo un sueño, que:

- Los derechos de las mujeres, tanto en privado como en público, no sean solo declarados.
- La familia sea un lugar de verdadera corresponsabilidad en los derechos y deberes.
- La educación en la familia sea la primera ocasión de crecimiento paritario en el pleno respeto de la integridad, también física, de la persona.
- La escuela ayude a superar el estereotipo de los roles y a considerar toda diferencia como recurso que promocionar, interviniendo ante formas emergentes de desviación y de intolerancia.
- El mundo del trabajo esté abierto a un acceso sin discriminaciones de género, especialmente en las responsabilidades.
- El mundo de los medios ofrezca una imagen realista y no reduccionista de la mujer en la vida diaria y en la social.
- El rostro femenino de la política no sea marginal ni simplemente adorno, superando con hechos la ambigüedad de las “*cuotas rosas*”.
- El continente europeo aprenda a respirar con dos pulmones y a testimoniar acogida y solidaridad a partir de las mujeres y los niños.
- Las mujeres jóvenes sean acompañadas a discernir, asumir, actualizar el camino que las mujeres han recorrido en la sociedad y en la Iglesia del continente.
- La Iglesia sepa reconocer y valorar el “*genio femenino*” que hoy también puede abrir vías inéditas de esperanza en el auténtico compartir y corresponsabilidad del compromiso para el anuncio y la construcción de la comunidad eclesial”.





PARA SABER MÁS...

- ALVAREZ F., *"La experiencia humana de la salud desde una óptica cristiana"*, in *"Labor Hospitalaria"*, 219 (1991), p. 33.
- ATLAS de las mujeres en el desarrollo del mundo. IEPALA 2006.
- BERMEJO J. C., *"La salud en los países en vías de desarrollo"*. Ponencia presentada en el Seminario *"Globalización de la salud y del desarrollo"*. Caritas Italiana, Roma, 13 de noviembre de 2002.
- Declaración del Milenio: www.mileniumproject-spanish
- Doctrina Social de la Iglesia: www.instituto-social-leonxiii.org
- LOZANO BARRAGÁN, JAVIER, MONS., Presidente del Consejo Pontificio para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. Intervención en la 50 Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 7 de mayo de 1997.
- NACIONES UNIDAS: *Conferencia Internacional de El Cairo sobre población y desarrollo. Programa de Acción*. Presentado por Javier Gafo. PPC. Madrid, 1995.
- OMS: *Informe sobre el estado mundial de la salud 2005 y 2006*.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio: www.undp.org-spanish; www.sinexcusas2015.org; www.un.org/spanish/millenniumgoals
- PONTIFICIO CONSEJO "JUSTICIA Y PAZ": *Compendio de la doctrina social de la Iglesia*. Editorial Planeta y BAC. Madrid, 2005, núm. 230-237.
- PNUD: Informe sobre el Desarrollo Humano 2006 *"Más allá de la escasez: poder, pobreza y crisis mundial del agua"*.
- Save the Children: Estado mundial de las madres 2006 *"Salvar la vida de las madres y de los recién nacidos"*.
- UNICEF: Estado mundial de la Infancia *"La mujer y la Infancia."* 2007.

Fotos:

* Archivo Manos Unidas

FOLLETOS INFORMATIVOS (Títulos publicados)

- N° 0 *Una historia de solidaridad. Manos Unidas y la ayuda al desarrollo.* Pilar Villar. Febrero 1997.
- N° 1 *Un enemigo que no duerme. Las minas terrestres.* Susana Domingo/Eva San Martín. Marzo 1997.
- N° 2 *Un triángulo muy viciado. Consumo, pobreza y deterioro ambiental.* Araceli Caballero. Julio 1997.
- N° 3 *Más hechos con los derechos. Justicia y derechos humanos.* Celia Fernández Aller. Diciembre 1997.
- N° 4 *Se paga, se paga y nunca se acaba. La deuda externa.* CIDSE/Caritas Internationalis/Jaime Atienza Azcona. Julio 1998.
- N° 5 *Crisis de la ética y de la racionalidad. El nuevo orden global.* Marcos Arruda/PNUD. Noviembre 1998.
- N° 6 *Un problema de nuestros días. La esclavitud hoy.* Equipo A.B.C. Febrero 1999.
- N° 7 *Tan cerca, tan lejos. La cultura de la pobreza.* Jorge Cela. Mayo 1999.
- N° 8 *África. Otra mirada sobre un continente olvidado.* Gerardo González Calvo. Julio 1999.
- N° 9 *Reservado el derecho de admisión. Injusticia y exclusión en un mundo global.* Araceli Caballero. Octubre 1999.
- N° 10 *Hay tierra para dar y tomar. Bienes mal repartidos.* Varios autores. Febrero 2000.
- N° 11 *Así se escribe la historia. Comunicación y ciudadanía.* Varios autores. Junio 2000.
- N° 12 *Las reglas del juego. La globalización financiera y sus repercusiones en los países del Sur.* Jaime Atienza Azcona/Pedro J. Gómez Serrano/CIDSE. Octubre 2000.
- N° 13 *¿Mundializamos la solidaridad? La globalización. Hacia una valoración ética cristiana.* Ildéfonso Camacho Laraña. Octubre 2001.
- N° 14 *¿Está vivo el espíritu de Asís? El diálogo interreligioso.* Juan Souto Coelho. Diciembre 2001.
- N° 15 *Gestión solidaria del planeta. Seguridad alimentaria.* José Alfonso Delgado Gutiérrez. Enero 2002.
- N° 16 *¿Una humanidad sedienta? El problema del agua en el mundo.* José Alfonso Delgado Gutiérrez. Julio 2003.
- N° 17 *Glosario para comprender la globalización. El poder de las siglas: mostrar y ocultar.* Silvina Calvo Lamas, M^a José Hernando y Juan Souto Coelho. Febrero 2005.
- N° 18 *Un pensamiento social fecundo. Inspira opciones. Señala caminos. Orienta acciones.* Cardenal Renato Raffaele Martino y Ana Álvarez de Lara Alonso. Abril 2005.
- N° 19 *Objetivos del Milenio y Educación para todos. La educación es objetivo y motor del desarrollo.* M^a José Hernando y Juan Souto Coelho. Marzo 2008.

DELEGACIONES

15001 A CORUÑA

Marqués de Cerralbo, 11 bajo / Tel. 981 20 56 59

02002 ALBACETE

Teodoro Camino, 8 / Tel. 967 21 23 15

28802 ALCALÁ DE HENARES (Madrid)

Vía Complutense, 8 bis / Tel. 91 883 35 44

03003 ALICANTE

Arquitecto Morell, 10-2.ª esc. 1.º H / Tel. 96 592 22 98

04001 ALMERÍA

Ricardos, 9 - 1.º izq. / Tel. 950 27 67 80

24700 ASTORGA (León)

Hnos. La Salle, 2 - bajo / Tel. 987 60 25 36

05001 ÁVILA

Pedro de Lagasca, 8 / Tel. 920 25 39 93

06005 BADAJOZ

Avda. Antonio Masa, 11 / Tel. 924 24 89 51

22300 BARBASTRO (Huesca)

Gral. Ricardos, 28 - 1.º / Tel. 974 31 56 14

08007 BARCELONA

Rambla de Cataluña, 32, 1.º 1.ª / Tel. 93 487 78 78

48005 BILBAO

Pza. Nueva, 4, 3.º dcha. / Tel. 94 479 58 86

09005 BURGOS

Clunia, s/n. / Tel. 947 22 06 87

10003 CÁCERES

General Ezponda, 14, 1.º / Tel. 927 21 44 14

11001 CÁDIZ

Hospital de Mujeres, 26 / Tel. 956 21 49 72

12001 CASTELLÓN

San Luis, 15, entresuelo - 1.º A / Tel. 964 22 88 58

51001 CEUTA

Pza. de Africa, s/n. / Tel. 956 51 12 53

13003 CIUDAD REAL

Casa de San Pablo. Caballeros, 9

Tel. 926 25 54 67

37500 CIUDAD RODRIGO (Salamanca)

Díez Taravilla, 15 / Tel. 923 48 20 35

14008 CORDOBA

Concepción, 4, 1.º B / Tel. 957 47 95 78

16002 CUENCA

Avda. Rep. Argentina, 25 / Tel. 969 22 20 22

15402 EL FERROL (A Coruña)

Magdalena, 153, 1.ª dcha. / Tel. 981 30 03 18

28901 GETAFE (Madrid)

Almendro, 4, 2.º / Tel. 91 683 89 85

17002 GIRONA

S. J. Bautista La Salle, 19, 2.º 2.ª

Tel. 972 20 05 25

18009 GRANADA

Pza. Campillo, 2, 5.º G y H, 1 / Tel. 958 22 66 20

19005 GUADALAJARA

Venezuela, 9 - Colonia Sanz Vázquez

Tel. 949 21 82 20

18500 GUADIX (Granada)

Pso. Ismael González de la Serna, 1 bajo

Tel. 958 66 35 92

21003 HUELVA

3 de Agosto, 7-1º D. / Tel. 959 25 33 88

22002 HUESCA

Pza. de la Catedral, 3 - 1.º / Tel. 974 22 65 56

07800 IBIZA (Baleares)

Pedro Francés, 12, 2.º / Tel. 971 31 27 74

22700 JACA (Huesca)

Seminario, 8, 3.º / Tel. 974 36 22 51

23007 JAÉN

Maestro Bartolomé, 7, dupl. / Tel. 953 25 01 14

11402 JEREZ (Cádiz)

Sevilla, 53 / Tel. 956 18 01 56

35003 LAS PALMAS DE G. C.

Cebrián, 61 / Tel. 928 37 13 07

24002 LEÓN

Padre Isla, 50, Esc. A - 5º Dcha. / Tel. 987 24 84 08

25002 LLEIDA

Blondel, 11, 2.º / Tel. 973 26 91 04

26004 LOGROÑO

Obispo Fidel García, 1 / Tel. 941 24 78 88

27001 LUGO

Cruz, 3 / Tel. 982 22 48 68

28013 MADRID

Pza. del Callao, 4 - 4.º / Tel. 91 522 17 83

07703 MAHÓN (Menorca)

Bastión, 1 / Tel. 971 36 99 36

29015 MÁLAGA

Strachan, 6 - 3.º Izda. / Tel. 95 221 44 47

52001 MELILLA

Parroquia Sagrado Corazón de Jesús

Roberto Cano, 2 - Bajo

30001 MURCIA

Pza. Beato Andrés Hibernón, 1 - Ent. Izqda.

Tel. 968 21 40 29

32005 OURENSE

Pza. Obispo Cesáreo, s/n / Tel. 988 23 37 82

33003 OVIEDO

San Isidoro, 2 - bajo / Tel. 98 520 31 61

34001 PALENCIA

Antonio Maura, 2 Ent. Izqda. / Tel. 979 75 21 21

07001 PALMA DE MALLORCA (Baleares)

Seminario, 4 / Tel. 971 71 89 11

31006 PAMPLONA

Avda. Baja Navarra, 64 1.º / Tel. 948 21 03 18

10600 PLASENCIA (Cáceres)

Las Veras, 3 / Tel. 927 42 17 07

36003 PONTEVEDRA

Peregrina, 50 entreplanta / Tel. 986 85 08 12

37002 SALAMANCA

Rector Lucena, 20, 5.º A / Tel. 923 26 15 47

20005 SAN SEBASTIAN

Loyola, 15, 3.º Izda / Tel. 943 42 45 10

38002 SANTA CRUZ DE TENERIFE

Pérez Galdós, 16 / Tel. 922 24 34 42

39001 SANTANDER

Rualasal, 5, 2.º Dcha / Tel. 942 22 78 07

15705 SANTIAGO DE COMPOSTELA

Rúa del Villar, 18 apdo. 456 / Tel. 981 58 49 66

40001 SEGOVIA

Seminario, 4 - bajo / Tel. 921 46 02 71

41004 SEVILLA

Pza. Virgen de los Reyes, s/n. / Tel. 95 422 75 68

25250 SOLSONA-BELLPUIG (Lleida)

Avd. Preixana, 16 / Tel. 973 32 01 83

42002 SORIA

San Juan, 5 - 1.º / Tel. 975 23 14 90

50500 TARAZONA (Zaragoza)

San Antón, 11 - 1.º / Tel. 976 64 03 42

43001 TARRAGONA

Rambra Nova, 199, esc A, 2.º 2.ª

Tel. 977 24 40 78

44001 TERUEL

Yagüe de Salas, 18 bajo / Tel. 978 61 18 45

45002 TOLEDO

Trinidad, 12 / Tel. 925 22 99 11

43500 TORTOSA (Tarragona)

Cruera, 5, entresuelo / Tel. 977 51 14 28

25700 URGEL (Lleida)

Pza. Cardenal Casañas, s/n. / Tel. 973 35 12 66

46003 VALENCIA

Pza. Comunión de S. Esteban, 1 - bajo

Tel. 96 391 91 29

47002 VALLADOLID

Simón Aranda, 13, 1.º / Tel. 983 30 50 65

08500 VIC (Barcelona)

Ronda de Campródn, 2 / Tel. 93 886 15 55

36204 VIGO (Pontevedra)

Vázquez Varela, 54, 2.º B / Tel. 986 42 36 96

01004 VITORIA

Fueros, 6, 1.º izqda. / Tel. 945 23 11 79

49003 ZAMORA

Plaza del Seminario, 2 / Tel. 980 53 20 91

50001 ZARAGOZA

Plaza de la Seo, 6 - 2ª planta / Tel. 976 29 18 79

