

Estado Mundial de las Madres 2014

Salvemos a las madres y la infancia durante las crisis humanitarias



Índice

- 3 Introducción
- 5 Resumen ejecutivo: principales conclusiones y recomendaciones
- 11 Salvemos a las madres y la infancia durante las crisis humanitarias
- 27 Los desastres naturales recurrentes ponen a prueba la capacidad de recuperación de Filipinas
- 37 República Democrática del Congo en constante estado de emergencia
- 49 Vidas de madres, niñas y niños sirios destruidas por el conflicto
- 60 La necesidad de actuar en favor de las madres y la infancia en situaciones de crisis
- 67 El *Índice de las Madres* cumple quince años
- 86 Notas sobre la metodología y los procesos de investigación
- 89 Notas

Algunos nombres de madres, niñas y niños incluidos a lo largo del informe se han cambiado con el fin de proteger sus identidades.

En la portada:

Miles de congoleños huyen de su pueblo en Kivu del Norte como consecuencia de los nuevos enfrentamientos en la región este de República Democrática del Congo en 2012.

Foto de Phil Moore

Publicado por
Save the Children
54 Wilton Road
Westport, CT 06880
USA
(800) 728-3943
www.savethechildren.org

© Save the Children, mayo de 2014.
Todos los derechos reservados
ISBN 1-888393-28-9

El informe *Estado Mundial de las Madres 2014* se publicó con el generoso apoyo de la Fundación Bill & Melinda Gates.

BILL & MELINDA
GATES foundation



Salvemos a las madres y la infancia durante las crisis humanitarias

El decimoquinto informe anual *Estado Mundial de las Madres* de Save the Children se centra en los millones de mujeres, niñas y niños que viven en comunidades afectadas por conflictos, fragilidad y desastres naturales, y en su lucha diaria por sobrevivir.

Más de 60 millones de mujeres, niñas y niños necesitan asistencia humanitaria este año. Más de la mitad de las muertes maternas e infantiles en el mundo ocurren en lugares afectados por crisis; sin embargo, la mayor parte de estas muertes pueden prevenirse. En este informe, Save the Children examina las causas de la mortalidad materna e infantil en situaciones de crisis, y sugiere medidas urgentes necesarias para apoyar a las madres que están criando a las futuras generaciones del mundo en las circunstancias más difíciles y horribles que se pueda imaginar.

Desde el año 2000, el *Índice de las Madres* anual de Save the Children se ha convertido en una herramienta internacional confiable que señala los lugares donde a las madres y la infancia les va mejor y en los que enfrentan las peores dificultades, utilizando los datos más actualizados sobre salud, educación, economía y participación política de mujeres. Si analizamos las tendencias hasta el momento de este siglo, podemos apreciar cómo los conflictos armados, la inestabilidad política y los desastres naturales han desempeñado un papel prominente en el debilitamiento del bienestar de las madres y la infancia en los países en la mayor situación de pobreza del mundo. También podemos apreciar que el progreso es posible, incluso en países azotados por crisis humanitarias devastadoras.

Durante más de 90 años, Save the Children ha estado en el frente de las emergencias en todo el mundo, proporcionando alimentos, atención de salud que salva vidas y protección ante los daños a las madres y la infancia más vulnerables. El objetivo de este informe es impulsar esa misión, destacando necesidades insatisfechas y soluciones eficaces, y recomendando cambios en políticas.

Madres, niñas y niños
refugiados sirios





Introducción

Ser madre puede ser el trabajo más duro del mundo: con largas jornadas, con constantes demandas y sin tiempo libre. No obstante, los desafíos que las mujeres que viven en lugares afectados por conflictos y desastres naturales deben enfrentar como madres son mayores. Y los riesgos son mucho más altos.

El decimoquinto informe anual de Save the Children *Estado Mundial de las Madres* llega en un momento crucial en la historia, cuando las crisis humanitarias han dirigido la atención como nunca antes hacia las necesidades de las madres y la infancia, que luchan por sobrevivir.

Por primera vez en la historia, existe una perspectiva realista de acabar con las muertes infantiles prevenibles dentro de una generación. No obstante, el mundo en su conjunto sigue estando lejos de alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad infantil en dos tercios para el año 2015. La mayoría de las muertes infantiles prevenibles se concentra cada vez más en zonas específicas del mundo, gran parte de las cuales se encuentran en países afectados por conflictos y Estados frágiles.

Cualquier madre, en cualquier parte –incluida yo misma–, hace todo lo posible por proteger a sus hijas e hijos. Desde el primer momento, prometemos proteger a nuestros bebés del peligro: les aseguramos que pueden contar con nosotras. Cuando se desata una catástrofe, resulta más difícil pero más importante que nunca cumplir esa promesa. Nuestra investigación de 2014 demuestra lo crítico –y difícil– que resulta el vínculo entre una madre y su hija o hijo durante las crisis humanitarias, cuando la vida de las familias se sume en el caos.

No debería sorprendernos que de los diez lugares más difíciles para ser madre, según el *Índice de las Madres* de este año, todos tengan una historia reciente de conflictos armados y sean considerados Estados frágiles. Seis de los diez países clasificados en último lugar sufren desastres naturales recurrentes. Además, como suele ocurrir, las madres en la mayor situación de pobreza son las que deben enfrentarse a los mayores obstáculos: el informe nuevamente destaca la desalentadora disparidad entre las madres en los países ricos y aquellas en los países pobres.

En lugares afectados por crisis humanitarias, la amplia mayoría de muertes infantiles ocurre debido a una infraestructura al borde del colapso, una escasez de servicios de salud básicos o una falta de personal de la salud capacitado durante el parto. Los medios de vida se destruyen completamente o, como mínimo, se interrumpen. En estas condiciones, las madres se ven imposibilitadas de alimentar y mantener adecuadamente a sus familias. Tanto ellas como sus hijas e hijos se vuelven más



vulnerables frente a los riesgos de la explotación, el abuso sexual y el peligro para su integridad física. Por tanto, la tragedia de una crisis en sí misma se agrava por el temor y la inseguridad, que provocan un sentimiento de impotencia en las madres.

Afortunadamente, las madres no están solas. Como parte de nuestra campaña mundial para salvar las vidas de las niñas y los niños, TODOS CONTAMOS, Save the Children aboga por cambios normativos y políticos que aborden las causas de la mortalidad infantil. También ejecutamos programas en el mundo dirigidos a facilitar el acceso a servicios de atención de la salud materna e infantil, contratar y equipar a personal de la salud capacitado, proteger a las mujeres frente a las violaciones de los derechos humanos y eliminar las barreras financieras para recibir atención de la salud.

El año pasado, Save the Children respondió a 119 crisis humanitarias en 48 países diferentes. Desde que se fundó nuestra organización, en 1919, con el fin de ayudar a la infancia en una Europa devastada tras la Primera Guerra Mundial, nada nos ha detenido en nuestra labor de proteger el bienestar de las niñas y los niños en el mundo.

Durante mis viajes, he conocido mujeres que se recuperaban de la devastación provocada por un conflicto continuo; madres que intentaban dar un ambiente de hogar a un campamento de refugiados; y madres que habían huido de la violencia con sus hijas e hijos en la espalda. A pesar de los horrores del pasado, cada una de las madres que he conocido se concentraba en el futuro y en buscar maneras de hacer que sea más prometedor para sus hijas e hijos.

Al igual que las niñas y los niños dependen de sus madres para mantenerse a salvo, las madres dependen de nosotros para construir un mundo mejor y más seguro para sus familias. Debemos hacer la promesa de apoyar a las madres; incluso –y en especial– durante los períodos difíciles.

JASMINE WHITBREAD

Presidenta Ejecutiva de Save the Children International



Nigeria

Resumen ejecutivo: principales conclusiones y recomendaciones

Cada día, alrededor de 800 madres y 18.000 niñas y niños pequeños mueren principalmente debido a causas prevenibles. Más de la mitad de estas muertes de madres y de niñas y niños menores de cinco años ocurren en entornos de fragilidad,¹ contextos con un alto riesgo de conflictos y muy vulnerables frente a los efectos de los desastres naturales.²

La urgente tarea de concluir el trabajo sin terminar de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y acabar con las muertes infantiles y maternas prevenibles se concentra cada vez más en estos contextos. Encontrar soluciones para atender las necesidades de salud y nutrición de las madres y la infancia en los Estados frágiles y durante las crisis humanitarias constituye un aspecto central en el marco de este desafío.

En el decimoquinto informe anual *Estado Mundial de las Madres*, de Save the Children, examinamos el impacto de las crisis humanitarias en la supervivencia materna, neonatal e infantil en países que se clasifican continuamente como los lugares más difíciles para ser madre.

Desde que se publicó por primera vez el *Índice de las Madres*, en el año 2000, la mayoría de los últimos diez países de la lista son Estados frágiles atrapados en medio de una emergencia humanitaria reciente o que están emergiendo de un evento de este tipo. De los 28 países que se han clasificado alguna vez entre los últimos diez lugares, 27 son actualmente o han sido en el pasado países frágiles, todos excepto cuatro de ellos tienen una historia reciente de conflicto armado y cerca de dos terceras partes (18 países) se caracterizan por sufrir desastres naturales persistentes. Además de las emergencias, muchos de estos países enfrentan crisis continuas de salud debido a dificultades crónicas, incluido el acceso limitado a una atención de la salud de calidad.

La mayoría de los actuales y anteriores países clasificados en los últimos diez lugares se encuentran entre los países más pobres del mundo, y las recientes crisis no han hecho más que exacerbar los problemas que han persistido durante décadas. La falta de respuesta para abordar las necesidades humanas básicas ha constituido tanto una causa como una consecuencia de los conflictos en países como República Centroafricana, Somalia y Sudán. Además, las familias más afectadas en cualquier desastre, sea natural o provocado por el ser humano, tienden a ser las más pobres entre las pobres y los sectores más afectados suelen ser mujeres, niñas y niños.

Los períodos de violencia y conflictos han causado el desarraigo del mayor número de familias que cualquier otro período del que exista constancia.³ Hacia fines de 2012, más de 45 millones de personas en el mundo fueron desplazadas por la fuerza debido a conflictos o persecuciones.⁴ Además, los desastres naturales, que pueden resultar

Madres, niñas y niños en crisis: estadísticas vitales

Más de 250 millones de niñas y niños menores de cinco años viven en países afectados por conflictos armados.⁸

Los sectores en la mayor situación de pobreza son los que más sufren a causa de los desastres naturales: el 95 % de las víctimas mortales se presentan en países en desarrollo.⁹

El 56 % de las muertes maternas e infantiles ocurren en entornos frágiles.¹⁰

En el mundo, las mujeres, las niñas y los niños tienen hasta 14 veces más probabilidades de morir en un desastre que los hombres.¹¹

Una situación de refugiados típica dura 17 años.¹²

Por cada persona que muere como resultado directo de la violencia armada, entre 3 y 15 mueren indirectamente a causa de enfermedades, complicaciones médicas y desnutrición.^{13, 14}

Como promedio, los países en conflicto cuentan con menos de la mitad de la proporción mínima recomendada de personal de la salud.¹⁵

Más del 80 % de los países con altos índices de mortalidad sin posibilidades de alcanzar los ODM para la supervivencia de madres y la infancia han sufrido un conflicto reciente, desastres naturales recurrentes o ambos.¹⁶

particularmente mortales en las comunidades más pobres del mundo, causaron el desplazamiento de más de 32 millones de personas en 2012.⁵

De los más de 80 millones de personas que se prevé que necesitarán asistencia humanitaria en 2014, la mayoría se encuentra profundamente empobrecida y más de tres cuartas partes de esas personas son mujeres, niñas y niños.^{6,7}

Las madres y la infancia enfrentan los mayores riesgos de muerte –y los mayores obstáculos en el camino hacia la recuperación– durante las crisis que surgen en entornos frágiles. Estos países y territorios (más de 50) carecen de capacidad de recuperación de emergencias y enfrentan obstáculos subyacentes crónicos, incluidas una pobreza extrema, una infraestructura precaria y una gobernanza deficiente. En estos entornos, las niñas, los niños y las madres deben hacer frente a una emergencia diaria, independientemente de si el sistema internacional ha reconocido oficialmente una crisis humanitaria.

El presente informe examina en profundidad tres países distintos afectados por emergencias humanitarias. Dos estudios de caso examinan los retos que enfrentan las madres, las niñas y los niños en situaciones de conflictos armados:

- **La guerra civil en República Democrática del Congo (RDC)** ha propiciado espantosos abusos contra mujeres, niñas y niños, y se ha cobrado directa o indirectamente más de 5,4 millones de vidas. Sin embargo, menos del 10 % de estas muertes han ocurrido en combate y los índices de mortalidad en regiones de RDC fuera de las zonas de conflicto con frecuencia son tan altos como los de las provincias orientales afectadas por el conflicto. La mayoría de las muertes en este país se han debido a causas prevenibles o tratables, como la malaria, la diarrea, la pulmonía, causas neonatales y la desnutrición; además, casi la mitad del número de víctimas mortales han sido niñas y niños menores de cinco años. El país ilustra muchos de los desafíos que enfrentan los países con altos índices de mortalidad, que se encuentran, además, lejos de alcanzar los ODM: se trata de un Estado frágil con una infraestructura de salud deficiente, donde un considerable sector de la población no tiene acceso a atención de salud básica. Los establecimientos de salud con frecuencia carecen de profesionales con preparación adecuada y suministros médicos: muchos de ellos no cuentan ni siquiera con electricidad ni agua. Los ataques contra el personal de la salud además socavan la calidad y la disponibilidad de servicios de atención porque los trabajadores de la salud quedan traumatizados y los establecimientos se ven obligados a suspender las actividades. A pesar de los múltiples desafíos, en RDC existen indicios de esperanza y progreso. Las organizaciones no gubernamentales (NGO) locales ya establecidas proporcionan atención médica y apoyo psicológico a víctimas de violaciones en las zonas afectadas por conflictos. En las provincias de Kivu, los organismos humanitarios han prestado apoyo al Ministerio de Salud del país en la prestación de servicios de salud de atención primaria y secundaria, vacunas, planificación

familiar y programas de salud materna. (*Más información, en págs. 37–47*)

- **La guerra civil de Siria**, que ya lleva cuatro años, ha tenido un efecto demoledor en las madres y la infancia. Por lo menos 1,3 millones de niñas y niños y 650.000 mujeres han huido del conflicto para convertirse en refugiados en los países vecinos, mientras que más de nueve millones de personas en Siria necesitan asistencia humanitaria vital. Según los cálculos, se han cometido hasta mil asesinatos de mujeres, niñas y niños al mes durante el conflicto.¹⁷ Es probable que otros cientos –o quizás miles– hayan muerto debido a la escasez de alimentos y atención médica. Debido a la falta de datos, aún no se ha podido evaluar a fondo el impacto del conflicto sirio en la supervivencia materna e infantil. Lo que es evidente, sin embargo, es que las mujeres en Siria enfrentan enormes dificultades para acceder a la atención prenatal, del parto y postnatal. Asimismo hay escasez de ambulancias y personal femenino en los hospitales, además de los frecuentes puestos de control y bloqueos de carreteras camino a los hospitales. Estos problemas han propiciado nacimientos no asistidos, así como un vuelco en la proporción de mujeres que eligen tener cesáreas programadas. En numerosas evaluaciones llevadas a cabo entre los refugiados sirios –en campamentos y otros contextos en la región– se han puesto de manifiesto las brechas existentes en la disponibilidad de servicios de salud reproductiva. Según pruebas anecdóticas, cada vez ocurren más muertes neonatales dentro de Siria, mientras que los bebés de refugiados sirios también enfrentan enormes obstáculos. Tres años de desplazamientos y de unos servicios de salud que están colapsando han dejado a las niñas y los niños pequeños de Siria altamente vulnerables frente a enfermedades potencialmente mortales. El acceso que tiene la infancia a las vacunas en muchas regiones de Siria es limitado o inexistente, y por primera vez en más de una década, han ocurrido brotes de polio y brotes generalizados de sarampión. También se han informado casos de sarampión y otras enfermedades prevenibles entre los refugiados en Jordania, Líbano y Turquía. En 2011, antes de que estallara el conflicto, el índice de mortalidad infantil en Siria era de 15 muertes por cada 1.000 nacidos vivos –comparable a un país como Brasil– y el país se encontraba en condiciones de alcanzar los ODM 4 y 5. El conflicto ha dado lugar al desplome de lo que era un sistema de salud operativo y amenaza con retrasar el progreso en una generación. (*Más información, en págs. 49–58*)

Los desastres naturales también presentan amenazas particulares para las madres y la infancia en la peor situación de pobreza de un país, incluso en países de ingresos medios, como Filipinas.

- La capacidad de recuperación de **Filipinas** ha sido puesta a prueba por emergencias más frecuentes y cada vez más intensas. El 8 de noviembre de 2013, el tifón Haiyan fue uno de los más destructivos que ha tocado tierra. Murieron más de 6.000 personas, se destruyeron más de 2.000 hospitales y centros de salud y se destruyó un sinnúmero de historias



Somalia

clínicas y sistemas informáticos. Aunque es demasiado pronto para predecir el número total de vidas que se habrán perdido debido al Haiyan, de acuerdo con la experiencia, es posible que en 2014 muera un número mucho más alto de niñas y niños pequeños debido al deterioro de las condiciones en comparación con los que murieron a causa del ciclón en sí. Al igual que muchos países de ingresos medios, Filipinas se encuentra, en líneas generales, en condiciones para alcanzar los ODM 4 y 5, y la mayoría de las personas tiene acceso a atención de salud básica. No existe claridad respecto a si las tormentas como el Haiyan tienen el potencial de minar el progreso de Filipinas en el ámbito de los ODM para la supervivencia infantil y materna; sin embargo, es posible que, sin un incremento de las inversiones en sistemas de salud a prueba de desastres y respuestas humanitarias más rápidas y de mayor eficacia, resulte cada vez más difícil continuar reconstruyendo la infraestructura de salud del país, especialmente si la nación sufre más tifones de la magnitud de los ocurridos durante los últimos años. (*Más información, en págs. 27–35*)

Aunque satisfacer las necesidades de salud y de supervivencia de madres, recién nacidos, niñas y niños durante las crisis humanitarias supone un desafío, sí existen soluciones. En muchos países frágiles y afectados por conflictos, se han logrado importantes adelantos en la mejora de la atención durante el embarazo y el parto. Por ejemplo, entre el año 2000 y 2008, Pakistán y Burkina Faso aumentaron la proporción de partos asistidos por personal de la salud capacitado en un 20 %. El alcance de estas mejoras abarcó las comunidades afectadas por la violencia y los conflictos. No obstante, entre los muchos Estados

frágiles y afectados por conflictos, Nepal es el único país que ya ha alcanzado el ODM de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes a partir de 1990. Otros Estados frágiles y afectados por conflictos—como Afganistán, Angola, Eritrea, Timor del Este y Yemen—están en condiciones de cumplir los ODM de salud materna, siempre que su actual índice de progreso continúe.¹⁸ En casi todos los Estados frágiles, los avances a la hora de salvar bebés de menos de un mes de vida continúan siendo demasiado lentos.

El sector humanitario ha realizado esfuerzos para lograr que los servicios de salud materna e infantil y de nutrición se conviertan en prioridad en el marco de las respuestas a emergencias. El *Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para la Salud Reproductiva*, desarrollado y utilizado en todo el mundo por gobiernos y ONG, recomienda una serie de intervenciones prioritarias para la atención de las madres y los recién nacidos durante las emergencias. Entre estas intervenciones, se incluye suministrar equipos para facilitar partos higiénicos y sin riesgos, así como establecer sistemas de derivación para abordar las emergencias obstétricas. El potencial para salvar vidas de una alimentación óptima para lactantes y niñas y niños pequeños, que implica intervenciones dirigidas a proteger, promover y apoyar prácticas de alimentación seguras y adecuadas para estos sectores de la población en toda emergencia, también ha cobrado impulso a escala mundial durante las últimas décadas. La orientación de políticas y los materiales de capacitación se reunieron en el documento *Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies (IYCF-E)* [Orientación operativa para la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños durante emergencias (IYCF-E)], que recibió el respaldo de la Asamblea Mundial de la Salud en 2010. El *Every Newborn Action Plan* [Plan de acción para todos los recién nacidos], que la Asamblea

Mundial de la Salud considerará para su aprobación a mediados de mayo de 2014, reconoce la necesidad de prestar especial atención a situaciones de emergencia y a acciones específicas para los diferentes contextos, dirigidas a mejorar la atención al nacer y la asistencia de recién nacidos de bajo peso y enfermos.

Como se demuestra en el presente informe, todos los países enfrentan numerosos desafíos en el ámbito de la protección de las madres y la infancia durante las crisis

humanitarias. Sin embargo, estos desafíos aumentan considerablemente en regiones y Estados frágiles que carecen de capacidad de recuperación ante las emergencias y que enfrentan dificultades subyacentes crónicas, como una gobernanza deficiente e incapacidad de dar respuestas. De los diez países clasificados en último lugar en el *Índice de las Madres* de este año, todos corresponden a los llamados Estados frágiles.

Las madres, las niñas y los niños que corren los mayores riesgos se concentran cada vez más en ciertas regiones clave del mundo. En 1990, los índices de África Occidental y Central representaron el 16 % de las muertes infantiles del mundo. Actualmente, casi un tercio del número de muertes infantiles a escala mundial ocurren en esa región, en países con Estados débiles y con complejos obstáculos para el desarrollo. Sólo Nigeria y RDC concentran el 20 % de todas las muertes infantiles en el mundo. Aproximadamente un tercio de las muertes infantiles ocurren actualmente en Asia Meridional y los altos índices de mortalidad se concentran cada vez más en comunidades socialmente excluidas y en contextos frágiles *de facto* como los Estados indios de Bihar, Uttar Pradesh y Orissa, así como la provincia de Jaiber Pajtunjuá de Pakistán.

La conclusión es evidente. Además de atender la necesidad de que cada país se encuentre mejor preparado para asistir a las madres y la infancia durante las emergencias, también debemos iniciar la difícil pero urgente tarea de esforzarnos para proporcionar estabilidad en las regiones más frágiles del mundo, e identificar las maneras de facilitar un mejor acceso a la atención de la salud dentro de estos contextos. No será posible acabar con las muertes prevenibles de las madres, las niñas y los niños mientras estos países no adquieran un mayor grado de estabilidad y cuenten con una atención de la salud más accesible.

Clasificación del Índice de las Madres 2014

Primeros 10		Últimos 10	
LUGAR	PAÍS	LUGAR	PAÍS
1	Finlandia	169	Costa de Marfil
2	Noruega	170	Chad
3	Suecia	171	Nigeria
4	Islandia	172	Sierra Leona
5	Países Bajos	173	Rep. Centroafricana
6	Dinamarca	174	Guinea-Bissau
7	España	175*	Malí
8	Alemania	175*	Níger
9*	Australia	177	R.D. Congo
9*	Bélgica	178	Somalia

* Países empatados

El decimoquinto *Índice de las Madres* anual de Save the Children evalúa el bienestar de las madres y la infancia en 178 países, el número más alto de países analizados hasta la fecha. Este año, Finlandia, Noruega y Suecia se encuentran en los primeros lugares. Los primeros diez países obtuvieron, en general, puntuaciones muy altas en las condiciones de salud, educativas, económicas y políticas de las madres, las niñas y los niños. Estados Unidos se clasifica en el lugar número 31. Somalia se clasifica en último lugar de la lista de países estudiados. Los diez países clasificados en último lugar –todos, excepto uno, de África Occidental y Central– constituyen una imagen invertida de los primeros diez países en la lista, con índices muy bajos en todos los indicadores. Las condiciones para las madres y sus hijas e hijos en los países ubicados en los últimos lugares de la lista son desalentadoras. En promedio, una mujer de cada 27 muere por causas relacionadas con el embarazo y un niño de cada siete muere antes de cumplir los cinco años de edad.

Los datos recopilados para el *Índice de las Madres* documentan las tremendas diferencias entre los países ricos y los países pobres, y la urgente necesidad de acelerar el progreso en materia de salud y bienestar de las madres y sus hijas e hijos. Los datos también destacan el papel que desempeñan en estas tragedias los conflictos armados, la gobernanza deficiente y los desastres naturales. La totalidad de los diez países en último lugar de la lista tienen una historia reciente de conflictos armados y son considerados Estados frágiles, lo cual significa que están fracasando de manera fundamental en el cumplimiento de las funciones necesarias para responder a las necesidades básicas y expectativas de sus ciudadanos. Seis de los diez países clasificados en último lugar sufren desastres naturales recurrentes.

Ver el *Índice de las Madres* completo, la *Clasificación de Países* y una explicación de la metodología, a partir de la página 67.

Recomendaciones

Los gobiernos nacionales, los países donantes, los organismos internacionales, el sector privado y la sociedad civil tienen una responsabilidad compartida de asegurar que las madres, las niñas y los niños que viven en contextos afectados por crisis tengan la mejor oportunidad de sobrevivir y de llevar una vida sana. Para lograrlo, será necesario situar a estos sectores de la población en el centro de los procesos nacionales e internacionales, y asegurar que se inviertan suficientes fondos para mejorar su capacidad de recuperación, salud y protección. En conjunto, necesitamos:

1. Asegurarnos de que todas las madres y todos los recién nacidos que viven en una situación de crisis tengan acceso a atención de la salud de alta calidad:

esta recomendación es especialmente importante cuando el riesgo de mortalidad es más alto, es decir, durante el trabajo de parto, el parto y la primera semana de vida, como se afirma en el *Every Newborn Action Plan*. Los agentes nacionales e internacionales deben asegurar el acceso a atención de la salud de calidad a las comunidades afectadas por crisis, con especial énfasis en las necesidades particulares de madres y recién nacidos. Entre otras medidas, deben eliminarse las trabas financieras para acceder a la atención y asegurarse de que se disponga de un número adecuado de trabajadores de la salud de primera línea que cuenten con capacitación y suficientes recursos. Los gobiernos y las principales entidades donantes deben apoyar los sistemas de salud, incluida la inversión en la infraestructura de salud y su mantenimiento. Durante las emergencias, el sector humanitario debe diseñar intervenciones de salud y nutrición dirigidas a apoyar la atención de la salud a más largo plazo; además, las partes en conflicto deben observar la prohibición de atacar al personal o las instalaciones de salud.

2. Invertir en las mujeres y las niñas, y asegurar su protección:

se ha demostrado que con la inversión en actividades económicas y generadoras de ingresos para las mujeres, así como en la educación de las niñas, se obtienen resultados positivos para la salud materna y neonatal, y se brinda protección frente a los daños potenciales del matrimonio temprano y la violencia de género o sexual. El aumento del acceso de las mujeres y las niñas a los activos y recursos, así como el control de los mismos, el apoyo a la educación durante las crisis y el desarrollo de estrategias de prevención de la violencia de género tienen la ventaja adicional de estimular la salud materna y neonatal.

3. Desarrollar la capacidad de recuperación a más largo plazo para minimizar los efectos perjudiciales de las crisis en la salud:

el fomento de la preparación de la comunidad, las intervenciones tempranas, la protección social y la reducción de los riesgos de desastres —con un énfasis especial en los sectores más vulnerables, como las madres y los recién nacidos— puede ayudar a asegurar que la habilidad de las madres de proteger y mantener a sus hijas e hijos no se vea limitada, y asegurar que las necesidades locales sean satisfechas cuando estalla una crisis.

4. Diseñar intervenciones de emergencia con una visión a más largo plazo, que tengan en cuenta las necesidades específicas

de las madres y los recién nacidos: esta recomendación incluye convertir la atención de la salud reproductiva en prioridad en el marco de las respuestas a emergencias, junto con programas que incluyan la atención a las necesidades específicas de las mujeres embarazadas y los recién nacidos para proteger su salud y supervivencia, especialmente por medio de la prestación de atención de calidad en torno al momento del nacimiento y atención especial para recién nacidos de bajo peso y enfermos. También es necesario priorizar un marco de políticas y respuestas dirigido a proteger, promover y apoyar la alimentación óptima de lactantes y niñas y niños pequeños, incluida la lactancia materna.

5. Asegurar la intervención política y un nivel adecuado de financiamiento, coordinación e investigación en torno a la salud materna y neonatal en situaciones de crisis:

las entidades donantes deben incrementar la ayuda humanitaria a largo plazo y previsible para la salud destinada a Estados frágiles, mediante mecanismos de financiamiento que sean flexibles y que puedan responder a los contextos diversos y en constante cambio. Tanto la agenda de desarrollo para después de 2015 como la Cumbre Humanitaria Mundial 2016 representan oportunidades para debatir sobre los retos singulares que enfrentan los Estados afectados por crisis, así como la forma de asegurar que estos retos sean abordados de tal manera que se garantice la supervivencia materna e infantil. En lo inmediato, la comunidad internacional tiene la oportunidad sin precedentes de abordar la mortalidad neonatal y los nacimientos de bebés muertos prevenibles respaldando el *Every Newborn Action Plan* y las medidas que propondrá en mayo de 2014 dirigidas a cumplir ambiciosos objetivos de reducir la mortalidad neonatal y eliminar las muertes de bebés durante el trabajo de parto. (*Completa serie de recomendaciones de este informe, en págs. 60–65*)





Salvemos a las madres y la infancia durante las crisis humanitarias

En una crisis humanitaria, las madres deben superar considerables obstáculos con el fin de garantizar el cuidado y la seguridad de sus hijas e hijos, mientras aumenta su propia vulnerabilidad frente a la pobreza, la desnutrición, la violencia sexual, los embarazos no deseados y los partos no asistidos. Las crisis humanitarias agudizan las desigualdades económicas y de género; en consecuencia, una mala situación se vuelve aún peor para las madres, las niñas y los niños que se encuentran en la mayor situación de pobreza.

Los impactos de las crisis humanitarias en la supervivencia materna e infantil varían en función de la naturaleza de la crisis. En los conflictos armados, los hogares, las clínicas y los hospitales pueden sufrir ataques. El personal de la salud con frecuencia huye o emigra para siempre, en algunos casos se interrumpen los suministros alimentarios y médicos, y la anarquía puede convertirse en rutina. Los tifones, los terremotos y las inundaciones pueden destruir tanto las comunidades como la infraestructura de salud; como resultado, las familias pierden todo mientras aumenta el riesgo de enfermedades como el cólera y la diarrea. La supervivencia infantil en este tipo de emergencias normalmente depende de la fortaleza y la habilidad de la madre para hacer frente a situaciones límite. Las madres con frecuencia deben tomar la iniciativa a la hora de buscar maneras en que la familia pueda volver a empezar y reconstruirse, al tiempo que guían a sus hijas e hijos para que puedan asegurarse un futuro mejor.

Sin embargo, las madres no pueden hacer todo esto solas.

Actualmente, existen conflictos armados en más de veinte países en el mundo,¹ que afectan directamente a más de 170 millones de personas,² y la mayoría de las personas que han sufrido lesiones, desplazamiento, traumas y asesinatos son, con frecuencia, madres, niñas y niños.³ La mayoría de estos países afectados por conflictos también son Estados frágiles,⁴ lo que significa que sus instituciones son débiles, su gobernanza es deficiente y su clima político es inestable.

Las personas en situaciones frágiles y de conflictos tienen más del doble de probabilidades de sufrir desnutrición que aquellas que se encuentran en otros países en desarrollo; más del triple de probabilidades de no poder enviar a sus hijas e hijos a la escuela; el doble de probabilidades de sufrir la muerte de un hijo antes de que cumpla cinco años; y más del doble de probabilidades de no tener acceso a agua potable.⁵ La salud y la nutrición deficientes en estos países son, en sí mismas, una causa de su fragilidad. No obstante, la incapacidad de los Estados frágiles para prestar servicios sociales eficaces también constituye una causa de los bajos resultados de salud.

Muchos Estados frágiles y afectados por conflictos también son vulnerables frente a los desastres desencadenados por peligros naturales, lo cual exacerba los obstáculos subyacentes y crónicos para el desarrollo. Las familias en la mayor situación de pobreza son las que resultan más afectadas y, como consecuencia, aumenta la desigualdad, que atrapa a la gente en la pobreza extrema. En lugares donde la gobernanza es deficiente y los recursos son escasos, las mujeres y las niñas y los niños pequeños se encuentran en desventaja al competir por la limitada disponibilidad de alimentos, refugio y atención de la salud. El colapso de la ley y el orden, que normalmente acompaña una emergencia, incrementa el riesgo de que las mujeres y la infancia se conviertan en víctimas de la explotación sexual y la violencia.

En el presente informe, utilizamos términos como “crisis humanitaria”, “situación de crisis” y “crisis prolongada” para referirnos a las condiciones creadas por un conflicto armado, la fragilidad y los desastres naturales graves. Cuando una condición es más probable de que ocurra en un entorno de características específicas, utilizamos términos concretos.

Parir en medio de una crisis

Más de la mitad (el 59 %) de las muertes maternas en el mundo ocurren en Estados frágiles, muchos de los cuales están afectados por conflictos y desastres naturales recurrentes.⁷ Las mujeres mueren porque dan a luz sin la asistencia de personal de la salud capacitado; porque no tienen acceso a servicios obstétricos de emergencia; porque no pueden viajar a los centros de salud; por una demora del servicio o porque una vez que llegan al centro, el servicio no está disponible.⁸ En breve, debido a que no reciben la atención que necesitan en el momento en que la necesitan.

Las mujeres que huyen de los conflictos a veces deben dar a luz durante la huida, sin los implementos más básicos que se requieren para asegurar un parto higiénico. Los desastres naturales pueden destruir los establecimientos médicos y causar el desplazamiento del personal de la salud. El sufrimiento debido a ambos tipos de crisis puede provocar partos prematuros.⁹

Las mujeres que sufren complicaciones en el embarazo o el parto necesitan servicios obstétricos de emergencia para asegurar tanto su supervivencia como la de su bebé. Las principales causas de las muertes maternas –hemorragias, partos obstruidos, infecciones y convulsiones– son, en su mayor parte, prevenibles y todas son tratables, pero en la mayoría de los contextos frágiles, el acceso a los servicios de salud es desigual. Hasta hace poco tiempo, la asistencia de maternidad era prácticamente inexistente en los campamentos de refugiados y no recibía la suficiente atención en el marco de la asistencia humanitaria.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son ocho metas acordadas a escala mundial dirigidas a reducir la pobreza extrema y promover la paz, los derechos humanos y la seguridad. La meta para el ODM 4 es reducir el índice de la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años en el mundo en dos tercios entre 1990 y 2015. La meta del ODM 5 es reducir la proporción de mortalidad materna en tres cuartas partes durante el mismo período.

Se han logrado considerables avances en la reducción de la mortalidad infantil (un 47 % de 1990 a 2012), pero para cumplir la meta para 2015 se requiere un progreso más rápido.⁷³ Las muertes infantiles se concentran cada vez más en las regiones más pobres y durante el primer mes de vida. La mortalidad materna también ha descendido en un 47 % desde 1990, pero este resultado tampoco es suficiente para llegar a la meta.⁷⁴ Se han identificado 75 países prioritarios que en su conjunto concentran más del 95 % de todas las muertes maternas, neonatales e infantiles al año. Estos países se conocen como los países de la “cuenta regresiva”. Mientras el plazo de 2015 se acerca con rapidez, sólo 31 países se encuentran en condiciones de lograr el objetivo de supervivencia infantil,⁷⁵ y muchos menos –sólo 9 de los 74 países con datos disponibles– están en condiciones de lograr el objetivo de supervivencia materna.⁷⁶

Los Estados frágiles y afectados por conflictos son los países que enfrentan los mayores desafíos para alcanzar los ODM. La mayoría de las metas de los ODM en los Estados frágiles no se cumplirán⁷⁷ y el total de los últimos diez países de nuestro *Índice de las Madres* se definen como Estados frágiles o afectados por

conflictos. Una proporción cada vez mayor de la mortalidad infantil se concentra especialmente en África Occidental y Central, cuyos índices representan ahora casi un tercio de las muertes infantiles, en comparación con el 16 % del total global en 1990.⁷⁸ Sin embargo, hay algunos indicios de progreso: algunos países afectados por crisis, como Afganistán, están logrando adelantos significativos hacia la meta del ODM para la supervivencia infantil, y los países en período post conflicto, como Nepal y Mozambique, están en condiciones de lograr este objetivo. Hacia mayo de 2013, por lo menos 20 Estados frágiles y afectados por conflictos alcanzaron una o más metas, y otros seis países se encontraban en condiciones de obtener el mismo logro para el plazo de 2015.⁷⁹

Aunque alcanzar los ODM 4 y 5, así como otros de los objetivos pendientes, supondrá un desafío, aún es posible lograrlo, pero únicamente si los gobiernos no renuncian a los compromisos que adquirieron hace más de una década y que actualizaron como parte del movimiento *Todas las Mujeres, Todos los Niños*. Consolidar los actuales logros y aumentar el impulso más allá de 2015 dependerá de si los países invierten en sistemas de atención de la salud que maximicen la capacidad de recuperación a largo plazo y garanticen el acceso a los servicios básicos para toda la infancia y sus familias. Aunque la atención de la salud no es el único factor que determina los resultados de salud, para superar los principales desafíos en el ámbito de la supervivencia materna e infantil es imprescindible que los sistemas de salud sean sólidos y plenamente operativos como plataforma para el progreso.

Las mujeres que mueren durante el parto dejan tras de sí familias destrozadas. Sus bebés normalmente no sobreviven¹⁰ y aquellos que sí logran sobrevivir, con frecuencia no viven más allá de los cinco años.¹¹ A las niñas y los niños más grandes, especialmente las niñas, a veces se les obliga a abandonar la escuela para cuidar a sus hermanas y hermanos más pequeños, y aquellos que pierden a su madre tienen más probabilidades de sufrir desnutrición y pobreza.¹²

En muchos países frágiles y afectados por conflictos, se han logrado importantes adelantos en la mejora de la asistencia durante el embarazo y el parto. Por ejemplo, entre el año 2000 y 2008, Pakistán y Burkina Faso aumentaron la proporción de partos asistidos por una persona capacitada en un 20 %.¹³

El sector humanitario también ha realizado esfuerzos para lograr que la atención de la salud reproductiva se convierta en una prioridad en el marco de las respuestas a emergencias. El *Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para la Salud Reproductiva* recomienda una serie de actividades prioritarias para la atención de las madres y los recién nacidos durante las emergencias. Entre estas intervenciones, se incluye suministrar equipos para facilitar partos higiénicos y sin riesgos, así como establecer sistemas de derivación para abordar las emergencias obstétricas.¹⁴

El riesgo durante las primeras horas, días y semanas para un recién nacido

El primer día de vida es el día más peligroso en cualquier lugar del mundo.¹⁵ Sin embargo, en una crisis humanitaria, los riesgos para los bebés recién nacidos pueden multiplicarse en caso de una falta de asistencia especializada, medicamentos y condiciones higiénicas. Existen muy pocos datos sobre la morbilidad y la mortalidad neonatales en situaciones de crisis. No obstante, es bien sabido que los países en conflicto o con otro tipo de inestabilidad tienen los índices más altos de muertes neonatales

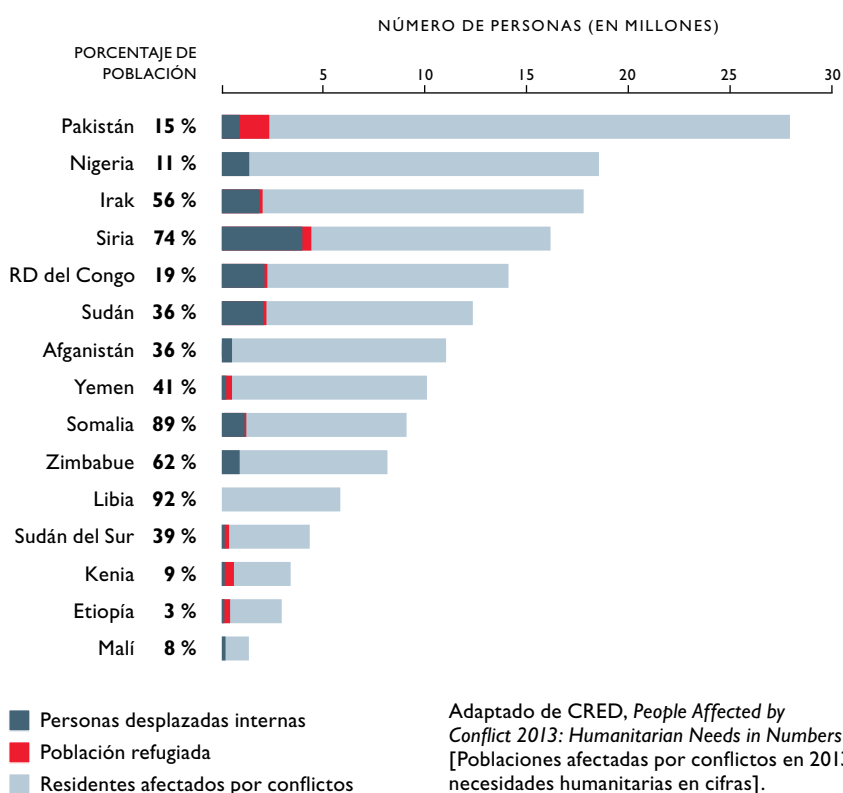


A primera hora de esa noche, mi esposa se encontraba bien. Preparó la cena y después de dos horas, comenzaron los dolores de parto. Dio a luz a Safina en casa, pero la placenta quedó en el útero. Después de dos o tres horas, me dijo que tenía mucho dolor y que tenía que llevarla al hospital. Era invierno y nevaba, y no podíamos conseguir un automóvil. Cuando finalmente conseguimos uno, de pronto dejó de funcionar. Hakima murió en el vehículo. Tenía 24 años. Nunca olvidaré aquella noche. Safina nació sana, pero a los seis meses, le dio pulmonía. La llevamos al hospital y le dieron medicamentos, pero murió antes de terminar el tratamiento”.

— Hamidullah, de 42 años, Afganistán⁶

Poblaciones afectadas por conflictos

De acuerdo con una nueva investigación realizada por el Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres (CRED, por sus siglas en inglés), en 2012, como mínimo 172 millones de personas fueron víctimas directas de conflictos en el mundo. La inmensa mayoría de ellas (el 87 %) no eran refugiados ni personas desplazadas internas que habían huido de la violencia, la inseguridad y el miedo, sino que residían en las zonas de conflictos. Pakistán y Nigeria fueron los países con las cifras más altas de personas afectadas por conflictos: 28 millones y 19 millones, respectivamente. Libia y Somalia son los países donde hubo una mayor proporción de la población que resultó afectada por la violencia y la inseguridad: alrededor del 90 % en cada país. Cerca de tres cuartas partes de la población siria resultaron víctimas del conflicto, un porcentaje que muy probablemente ha aumentado desde 2012.



Adaptado de CRED, *People Affected by Conflict 2013: Humanitarian Needs in Numbers* [Poblaciones afectadas por conflictos en 2013: necesidades humanitarias en cifras].

prevenibles.¹⁶ Según fuentes expertas, dada la vulnerabilidad intrínseca de los recién nacidos; la desmejora en la calidad de la atención de la salud en países en desarrollo en general; y la falta de acceso a esta atención en muchos Estados frágiles y situaciones de crisis, debe darse una mayor prioridad a la supervivencia neonatal, especialmente en aquellos países que sufren una crisis prolongada.¹⁷ El *Every Newborn Action Plan* [Plan de acción para todos los recién nacidos], que se encuentra desarrollando UNICEF y la OMS, brindará una importante oportunidad para aumentar el apoyo a las políticas y los presupuestos para la supervivencia neonatal, incluso durante las crisis.

Los bebés prematuros –aquellos que han nacido antes de las 37 semanas de gestación completas– corren el mayor riesgo de complicaciones y muerte. Las complicaciones de un nacimiento prematuro actualmente constituyen la segunda causa de las muertes de menores de cinco años y hasta un 80 % de todas las muertes de recién nacidos ocurren en bebés que son prematuros, muy pequeños según el período de gestación o debido a ambas razones.¹⁸ Si no se mantienen abrigados, bien alimentados y a salvo de las infecciones, la salud de estos bebés vulnerables puede deteriorarse rápidamente y pueden morir en cuestión de horas. El método “madre canguro” es una práctica sencilla que consiste en que las madres mantienen a sus bebés abrigados por medio del contacto con su piel. Esta práctica fomenta la lactancia materna temprana y continua, que ayuda al bebé a adquirir fuerzas y resistencia frente a las enfermedades. Se trata de una solución ideal para bebés prematuros y con bajo peso al nacer, especialmente en los casos en que los tratamientos de alta tecnología resultan poco prácticos. Además, un creciente número de pruebas demuestra que para algunos bebés prematuros el método de “madre canguro” puede resultar más eficaz que el cuidado en una incubadora.¹⁹

En entornos donde se presentan índices de mortalidad muy altos –como aquellos existentes en Estados frágiles que sufren emergencias recurrentes–, casi el 50 % de las muertes de recién nacidos se deben a graves infecciones como sepsis, pulmonía, diarrea y tétano.²⁰ Los bebés nacidos en entornos de alto riesgo también son más vulnerables frente a las complicaciones relacionadas con el parto (conocidas como “asfixia neonatal”) y al riesgo de nacer muertos. Con el fin de prevenir estas muertes, se requiere más personal de la salud de primera línea –además de una mejor capacitación y un mejor equipamiento para el personal de la salud existente– para asegurar el cuidado especializado en el momento del parto y la asistencia obstétrica de emergencia. Estos servicios también son críticos para salvar a las madres que sufren de parto obstruido o hemorragias. En situaciones de conflictos, los sistemas de salud existentes en los países deben recibir apoyo –y no convertirse en objetivos–, de tal manera que puedan mantener los servicios esenciales en funcionamiento.

Como parte de un creciente movimiento dirigido a abordar los altos e ignorados índices de muertes neonatales y dar prioridad a la supervivencia neonatal en el marco de la respuesta humanitaria, Save the Children y otras organizaciones han elaborado la *Field Guide for Newborn Health in Humanitarian Settings* [Guía de terreno para la salud neonatal en situaciones humanitarias]. La guía recomienda que en el diseño y la implementación de la preparación para emergencias y los programas de respuesta se incluya la atención a las necesidades específicas de las mujeres embarazadas y los recién nacidos para proteger su salud y supervivencia. El documento también describe maneras de incorporar la capacidad de recuperación a largo plazo en los sistemas de salud, con el fin de que estos sistemas estén preparados para poder volver a operar rápidamente en caso de que se produzca una crisis.



Kenia

La guía recomienda cinco soluciones para salvar la vida de recién nacidos en situaciones humanitarias: 1) distribuir suministros necesarios para partos higiénicos y asistencia neonatal a las mujeres que corran el riesgo de no poder dar a luz en establecimientos de salud; 2) proporcionar servicios de calidad a la población objetivo durante el embarazo, el parto y el período postnatal, y fomentar la asistencia neonatal básica; 3) proporcionar medicamentos y suministros para que el personal de enfermería, partería y de otras especialidades médicas pueda ayudar a los recién nacidos que estén enfermos; 4) apoyar al personal de la salud de la comunidad a identificar a mujeres embarazadas y recién nacidos, y ponerlos en contacto con el sistema de salud; y 5) identificar y transferir a los recién nacidos enfermos a los servicios de asistencia pertinentes por medio de un sistema de derivación práctico.²¹ Es vital que las respuestas humanitarias no socaven o debiliten el sistema nacional de salud.

El *Every Newborn Action Plan*, de próxima publicación, prestará atención adicional a situaciones de emergencia y acciones específicas para los diferentes contextos, dirigidas a mejorar la atención al nacer y la asistencia de recién nacidos de bajo peso y enfermos.



Creo en el poder de la lactancia materna, ya que puede salvar a nuestra infancia, y todas las mujeres de mi familia han amamantado. Es natural y mucho mejor que la leche de fórmula, que puede resultar peligrosa si no se mezcla correctamente. Además, es más difícil conseguirla y cuesta dinero. Ese dinero puedo gastarlo en mis hijos”.

— **May-Joy**
Filipinas²²

Los beneficios de la lactancia materna para salvar vidas

Los lactantes y las niñas y los niños pequeños se encuentran especialmente vulnerables frente a la desnutrición, las enfermedades y la muerte durante las emergencias. La leche materna es la única fuente segura y sana de alimentación para los bebés: les proporciona una protección activa contra las enfermedades y les asegura el calor y el contacto con sus madres. La lactancia materna justo después del nacimiento también ayuda a las madres a reducir el riesgo de hemorragias posparto, una de las principales causas de la mortalidad materna en el mundo. No obstante, es muy común que durante las emergencias se presenten obstáculos y trabas para la lactancia materna. El estrés, la desinformación, la falta de privacidad y la falta de apoyo temprano e individualizado pueden disuadir a las madres de amamantar. Como resultado, los bebés se exponen a mayores riesgos derivados del agua sucia y la nutrición insuficiente.

Cuando los sucedáneos de la leche materna se distribuyen en los lugares donde no se los necesita, también puede perjudicar las prácticas de lactancia materna y poner a las madres y la infancia en peligro. Es probable que la industria alimentaria para lactantes considere las situaciones de emergencia como una “oportunidad” de introducirse o fortalecerse en los mercados como un ejercicio de relaciones públicas. Los particulares y las organizaciones de beneficencia a veces donan sucedáneos de la leche materna con un genuino deseo de ayudar, y los organismos de ayuda humanitaria podrían distribuir donaciones sin ser conscientes del aumento del riesgo que esto supone para la salud y la supervivencia infantil. Durante emergencias, con frecuencia no hay una manera segura de preparar sucedáneos de la leche materna, ya que sólo se dispone de agua de mala calidad. Las donaciones también son con frecuencia insostenibles y se interrumpen sin una planificación adecuada con relación a la forma en que se responderá a las necesidades de las madres, que posiblemente han disminuido o interrumpido su propia lactancia. Aunque las madres pueden volver a amamantar, este proceso normalmente dura varias semanas y, como consecuencia, los lactantes quedan en una situación vulnerable.

Durante e inmediatamente después del conflicto de 2008 en Gaza, se realizó una distribución general de sucedáneos de la leche materna y más de un cuarto de las madres recibieron fórmulas para lactantes, incluidas las madres que estaban amamantando. Casi la mitad de las madres recibieron otros sucedáneos de leche materna y algunas recibieron biberones. Aproximadamente el 50 % de las madres informaron que habían reducido la frecuencia con la que amamantaban a sus bebés durante este período.²³

En 2006, durante la respuesta al terremoto en Indonesia, la distribución de fórmulas para lactantes provocó el aumento de su consumo entre los lactantes que antes eran amamantados. Los índices de diarrea se duplicaron entre quienes recibieron donaciones de fórmulas para lactantes, en comparación con quienes no recibieron estas donaciones (el 25 % frente al 12 %).²⁴

La distribución de sucedáneos de leche materna, cuando es necesaria, debe hacerse de manera muy selectiva. Cualquier donación de sucedáneo de leche materna y productos relacionados como biberones y tetinas debe recogerse y almacenarse hasta que un organismo de coordinación especial, en colaboración con el gobierno –si se encuentra en funcionamiento–, desarrolle un plan para su utilización o destrucción de forma segura.²⁵ Si existe necesidad de sucedáneos de leche materna, normalmente es mucho más recomendable obtenerlos en la región, con el fin de asegurarse de que estén etiquetados en el idioma local.

Durante las recientes respuestas en Etiopía, Haití, Jordania, Filipinas y Sudán del Sur, los grupos humanitarios han creado centros para madres y bebés con el objeto de promocionar la lactancia materna. Estos centros ofrecen a las madres un lugar tranquilo, privado y cómodo para alimentar a sus bebés, recibir asesoramiento individualizado y participar en grupos de apoyo que disipan los mitos asociados con la alimentación de lactantes y de niñas y niños pequeños. Los profesionales especializados en relactancia también pueden asesorar a las madres que alimentan a sus bebés con leche de fórmula para volver a amamantarlos.

El cambio climático puede amenazar los logros obtenidos en Asia y otras regiones

Muchos de los países que han obtenido los mayores adelantos en el ámbito de la supervivencia materna e infantil son altamente vulnerables frente a los desastres climáticos. Bangladesh, China y Nepal han reducido los índices de mortalidad infantil y materna en más de dos tercios desde 1990, gracias a lo cual se encuentran “en condiciones” de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5.⁸⁰ Estos tres países también se incluyen entre los primeros 25 más afectados por las condiciones climáticas extremas durante las últimas dos décadas, según el *Global Climate Risk Index 2014* (Índice Mundial de Riesgo Climático 2014).⁸¹

Bangladesh, China y Nepal han obtenido importantes logros a la hora de salvar vidas de mujeres, niñas y niños, a pesar de los reveses sufridos por los continuos desastres. Aunque es difícil predecir y cuantificar el impacto del cambio climático, algunas fuentes expertas en los asuntos de estos países han planteado su preocupación respecto a que es posible que estos logros no sean sostenibles si los fenómenos climáticos extremos se vuelven más intensos o más frecuentes.

“La amenaza del cambio climático puede disminuir los efectos positivos de años de crecimiento y desarrollo –que tanto esfuerzos han costado–, no sólo para la gente en asentamientos empobrecidos a lo largo de las franjas costeras y las riberas de ríos, sino que también para todo el país”, afirmó Shamsul Alam, miembro de la Comisión de Planificación de Bangladesh.⁸²

Aunque los funcionarios de Nepal son conscientes del nivel de vulnerabilidad de sus establecimientos de salud frente a los desastres naturales gracias a una evaluación realizada en 2001, las inversiones han sido insuficientes y la mayoría de los hospitales del país continúan escasamente preparados para una emergencia importante. El gobierno nepalés ordenó recientemente a los responsables reequipar los hospitales en un plazo de dos años, por medio del fortalecimiento de vigas, columnas, losas, muros de carga, refuerzos y cimientos. De lo contrario, perderán sus licencias. Este gobierno también emitió una directiva con instrucciones para que todos los establecimientos de salud elaboren planes de gestión de desastres y organicen simulacros. Paban Sharma, director del Hospital Patan de la capital, afirmó: “Aún nos enfrentamos a un enorme desafío... y todavía tenemos mucho trabajo por delante”.⁸³

Los desastres relacionados con el clima pueden ralentizar o incluso amenazar con reducir los avances logrados en supervivencia infantil en Guatemala, Honduras, Nicaragua y Tailandia. Cada uno de estos países probablemente alcanzará la meta del ODM para la supervivencia infantil, a pesar de que todos ellos también se incluyen entre los diez países más afectados por los fenómenos climáticos extremos entre 1993 y 2012. De la misma manera, aunque República Dominicana, Filipinas y Vietnam también están dando resultados relativamente buenos en las evaluaciones del progreso hacia los ODM, corren el riesgo de perder terreno debido a los desastres.⁸⁴

Ataques contra el personal de la salud

En algunos de los países más frágiles del mundo, el personal de la salud que se dedica a salvar vidas es víctima de ataques por parte de quienes luchan por obtener territorios, recursos y poder. Con frecuencia, al trabajar en zonas remotas y peligrosas para asegurar que la atención de la salud llegue a las comunidades aisladas, el personal de la salud se convierte en blanco fácil de atracos y emboscadas, debido a los medicamentos y equipos especiales que llevan consigo. Al negarse a discriminar a los pacientes que atienden, a algunos de estos trabajadores de la salud se les acusa de traición y reciben un castigo por ello.

Existen pocos datos confiables sobre ataques contra el personal de la salud, aunque el relator especial sobre el derecho a la salud del Consejo de Derechos Humanos de la ONU ha destacado que “cada vez se recurre con más frecuencia a la intimidación, las amenazas, los secuestros y los asesinatos, así como las detenciones y las persecuciones como estrategia en situaciones

de conflicto”.⁸⁶ Ciertos grupos como Physicians for Human Rights (Médicos por los Derechos Humanos) consideran que el personal de la salud corre más peligro en la actualidad que en el pasado y que la intensidad de los ataques ha aumentado.⁸⁷

Según un estudio, en 2012 se produjeron 921 incidentes violentos que impactaron en la atención de la salud durante conflictos armados y otras emergencias en 22 países.⁸⁸

En 2013, en Nigeria y Pakistán asesinaron a un gran número de trabajadores de la salud que se encontraban vacunando a niñas y niños contra la poliomielitis. En Siria, mataron a un centenar de trabajadores del sector. En Colombia, se registraron más de 70 incidentes violentos contra servicios de la salud, y en Afganistán, los incidentes relacionados con la seguridad sumaron más de 100.⁸⁹

Sobrevivir hasta los cinco años

Más de la mitad de las niñas y los niños que mueren antes de cumplir los cinco años viven en Estados frágiles²⁷ —es decir, un total de 3,7 millones de muertes infantiles en 2013— y los índices más altos de mortalidad neonatal e infantil se presentan en los países afectados en la actualidad o recientemente por conflictos e inseguridad. Después del primer mes de vida, las principales causas de muerte en estos entornos son, en gran medida, prevenibles y tratables: pulmonía, enfermedades diarreicas, malaria y sarampión. Sin embargo, en Estados frágiles y afectados por conflictos, estas enfermedades se cobran más vidas infantiles porque la atención de la salud que podría salvarlas se encuentra fuera del alcance, demasiado lejos o es muy costosa para la gente que ya se encuentra vulnerable a causa de las enfermedades, la desnutrición y la pobreza.

En promedio, los países afectados por conflictos emplean menos de la mitad del personal de la salud que requieren,²⁸ y muchos de estos profesionales cumplen jornadas muy largas, sin el equipo adecuado y en instalaciones en muy mal estado. La falta de acceso a la atención de la salud constituye un motivo de preocupación incluso mayor en contextos de crisis, donde la infancia está desnutrida y, por lo tanto, más vulnerable frente a enfermedades. Garantizar la protección del personal de la salud y capacitar a cientos de miles de profesionales son dos de las formas más seguras para salvar vidas.

Las disparidades en el acceso a la atención de la salud son especialmente extremas en los contextos frágiles y afectados por conflictos, en zonas rurales y en regiones donde, a causa de la violencia y la inseguridad, el acceso a la atención de la salud resulta difícil. La infancia en estos lugares enfrenta los mayores peligros de muerte. Por ejemplo, en Nigeria, la mortalidad infantil en el quinto más pobre de la población —que se concentra en el norte del país, zona de mucha inseguridad— es casi tres veces más alta que dentro del quintil más rico.²⁹ Reducir las diferencias en cuanto a oportunidades en la vida constituye un factor crítico en la aceleración del avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Además de concentrarse geográficamente cada vez más en contextos frágiles, la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años también se concentra demográficamente cada vez más en el período neonatal, es decir, durante los primeros 28 días de vida. Una mayor reducción de la mortalidad infantil y materna dependerá del



Los militantes estaban en contra de la planificación familiar porque decían que las mujeres debían quedarse en su casa. Debido a que soy enfermera comunitaria, ellos sospechaban que yo proporcionaba servicios de planificación familiar y, por lo tanto, me encontraba en peligro. Durante el régimen militante, no podía llegar a las mujeres ni podía ver a mis pacientes. Si alguien se enteraba a qué me dedicaba, me habrían liquidado”.

— Miembro del programa
Lady Health Workers
(Trabajadoras de la Salud),
Pakistán⁸⁵

aumento del acceso a la atención —y la mejora de su calidad— alrededor del momento del nacimiento, especialmente entre las familias en la mayor situación de pobreza, que con frecuencia carecen de acceso a atención de la salud de calidad durante el embarazo, el parto y el período neonatal. Ampliar los servicios de salud materna y neonatal a sectores excluidos podría producir resultados sumamente positivos para salvar vidas. Por ejemplo, si todos los bebés recién nacidos en Pakistán presentaran los mismos índices de supervivencia que los recién nacidos del 20 % más rico de la población, sobrevivirían 48.000 bebés adicionales al año.³⁰



Venimos sobreviviendo sólo con una comida al día y no es suficiente. Henri perdió mucho peso y hace unos días se enfermó gravemente. Estuvo vomitando y no podía comer. Tuvo una diarrea severa y luego se le comenzaron a hinchar las piernas”.

— **Adete**, de 16 años, madre de Henri, de un año de edad, República Centroafricana²⁶

Hambre y desnutrición

La desnutrición es una causa subyacente en 3,1 millones de muertes infantiles al año³¹ —equivalente al 45 % del total global— y los índices tanto de desnutrición crónica (que provoca retraso del crecimiento irreversible en la infancia) como de desnutrición grave y aguda (que provoca emaciación) son especialmente altos en los entornos frágiles y afectados por conflictos. Por ejemplo, el total de los cinco países que menos adelantos han logrado en la reducción del retraso del crecimiento a partir de 1990 —Costa de Marfil, Burundi, Afganistán, Níger y Yemen— se encuentran afectados por conflictos,³² mientras que todas las poblaciones afectadas por conflictos en Yibuti, Kenia, Somalia, Sudán del Sur y Sudán tienen índices de desnutrición aguda iguales o superiores al umbral de emergencia, es decir, el 15 %.³³ La desnutrición entre las madres también constituye un factor principal en las complicaciones del parto, el peso al nacer y la salud de los bebés recién nacidos, que necesitan la lactancia materna para el inicio de una vida sana. Sin embargo, en muchas partes del mundo en desarrollo, las mujeres y las niñas tienen más probabilidades de pasar hambre que los hombres y los niños, y, como resultado, se refuerza un ciclo intergeneracional de vulnerabilidad y pobreza.

Las condiciones que causan la desnutrición y agudizan la desigualdad de género se intensifican cuando un desastre o un conflicto sume a las familias en una crisis. Si una catástrofe, como una sequía prolongada, un conflicto o una inundación destruye los cultivos, hace que los precios de los alimentos se disparen, interrumpe los mercados alimentarios u obliga a la gente a huir de sus hogares y sus medios de vida, las mujeres y las niñas con frecuencia se encuentran en una situación de desventaja al competir por unos alimentos escasos.³⁴

En la región de Maradi, en Níger, los índices de divorcio aumentan durante las crisis alimentarias, ya que los cabezas de familia lo ven como una manera de reducir el número de personas que alimentar.³⁵ En otros lugares, la inseguridad alimentaria contribuye a matrimonios a edad temprana debido a que las familias entregan a sus hijas con el fin de no tener que alimentarlas.³⁶ Si los maridos y los hombres jóvenes se van para buscar trabajo en otros lugares, las madres se quedan solas a cargo de la familia y el cuidado de las niñas y los niños más pequeños.

Un gran número de niñas y niños nacen pequeños porque sus madres están desnutridas. Estos bebés pequeños enfrentan un riesgo considerablemente más alto de muerte y retraso del crecimiento antes de los dos años de edad,³⁷ lo que pone de relieve la importancia crucial de una mejor nutrición para las mujeres y las niñas. La anemia —provocada por una alimentación deficiente y empeorada con las enfermedades— es el problema nutricional más extendido que afecta a las niñas y las mujeres en los países en desarrollo, y su prevalencia puede aumentar durante los períodos de crisis.³⁸ La anemia constituye una importante causa de la mortalidad materna y puede provocar el nacimiento prematuro y el bajo peso en los bebés. En el mundo en desarrollo, el 40 % de las mujeres no embarazadas y la mitad (el 49 %) de las mujeres embarazadas tienen anemia.³⁹

Mejorar la nutrición es clave para la supervivencia infantil y materna, así como para permitir que las personas desarrollen su potencial a largo plazo. Abordar el hambre y la desnutrición es la opción más acertada y, además, la más correcta. Una mejor nutrición

reduce el costo de los sistemas de atención de la salud⁴⁰ y estimula la economía, ya que la infancia bien alimentada está menos propensa a las enfermedades y tiene más probabilidades de convertirse en personas adultas productivas.⁴¹ Afortunadamente, ya sabemos cuáles son las soluciones que dan resultado. En primer lugar, en 2008, la publicación *The Lancet* identificó trece intervenciones directas –como suplementos de vitamina A y cinc, sal yodada, la práctica de lavarse las manos y la lactancia materna exclusiva– que en su conjunto tienen el potencial de prevenir las muertes de casi dos millones de niñas y niños menores de cinco años si se ponen en práctica en la infancia de 36 países en que se concentra el 90 % de los índices de desnutrición.

En segundo lugar, los planes de protección social –que aseguran transferencias regulares de efectivo o paquetes de alimentos a las familias– tienen el potencial de abordar la desnutrición, mejorando la habilidad de los hogares de asegurarse una alimentación nutritiva. Existe amplia experiencia en transferencias de alimentos de emergencia y cierta experiencia en transferencia de efectivo en contextos humanitarios, pero también se han introducido planes de protección social permanentes con un éxito

Sudán del Sur





Nepal

considerable en contextos no humanitarios; algunos países como Brasil los han utilizado para reducir de forma considerable la desnutrición infantil y materna.⁴²

Finalmente, abordar la desnutrición y reducir el riesgo de emergencias relacionadas con la alimentación depende de si las formas en que los alimentos se producen, procesan, distribuyen y consumen son las adecuadas para responder a las necesidades nutricionales de la población. Las mujeres, en particular, tienen un papel crucial que desempeñar en la derrota del hambre y la desnutrición. En los países en desarrollo, el 79 % de las mujeres económicamente activas dedica sus horas de trabajo a producir alimentos por medio de la agricultura, y las mujeres representan el 43 % de la fuerza de trabajo en este sector.⁴³ Según la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO), si se proporcionara más recursos a las mujeres agricultoras podría haber entre 100 y 150 millones de personas menos con hambre en el mundo.⁴⁴ Las investigaciones también demuestran que cuando las mujeres controlan el aumento de los ingresos familiares, la salud y la nutrición de las niñas y los niños tienden a mejorar.⁴⁵

Las necesidades psicológicas y de protección

Las emergencias humanitarias pueden tener un profundo impacto en la salud mental de las madres y la infancia. Los cambios bruscos de vida, la separación familiar, la preocupación por los seres queridos y la pérdida del apoyo de la comunidad y de la familia constituyen aspectos difíciles desde el punto de vista emocional para prácticamente cualquier persona que se vea envuelta en una crisis. La tortura, la explotación y la violencia sexual son causas de problemas psicológicos más graves. Los sentimientos extremos como el miedo, el dolor, la culpa y la preocupación normalmente no pueden ser tratados por quienes proveen servicios de salud, ya que a menudo ellos mismos sufren estrés y traumas similares. Las niñas y los niños son especialmente sensibles a los estados emocionales de su madre y su padre. Cuando las madres y los padres tienen dificultad para manejar su propio estrés, puede perjudicar la capacidad de sus hijas e hijos traumatizados de procesar sus propios sentimientos.

Aunque es necesario realizar muchos más esfuerzos dirigidos a entender y abordar las necesidades de salud mental de las mujeres y la infancia durante emergencias, los grupos

humanitarios han sido precursores en la aplicación de enfoques que ayudan a las niñas y los niños y sus familias a hacer frente a los trastornos de la crisis y el desplazamiento. Los programas psicológicos han ayudado a las personas adultas, las niñas y los niños en Afganistán, Liberia, Filipinas y otros países afectados por crisis a manejar sus traumas y volver a la normalidad de la vida en familia y la rutina. Estos programas normalmente no se proponen reabrir y examinar viejas heridas, sino que mejoran la capacidad de recuperación natural de la infancia y la capacidad de recuperación de la comunidad recurriendo a rituales curativos tradicionales.

Los refugiados y las personas desplazadas internas también corren un mayor peligro de violencia de género y sexual. La gravedad y la frecuencia de estos tipos de violencia se complican con la pobreza, la inestabilidad social y la impotencia que caracteriza las crisis, así como el ambiente de violencia e impunidad endémica de las situaciones de conflicto. Las violaciones en algunos casos se utilizan como arma de guerra y como método de limpieza étnica, forzando a las mujeres y las niñas a engendrar niñas y niños de diferentes religiones o grupos étnicos. Las mujeres y las niñas también pueden ser coaccionadas a proporcionar servicios sexuales para satisfacer sus necesidades básicas como alimentos, agua y medicamentos. Las mujeres que sobreviven a veces quedan embarazadas o infectadas con enfermedades de transmisión sexual y con acceso limitado a atención de la salud. La escasa aplicación de la ley en situaciones de emergencia permite que exista violencia de género sin las consecuencias legales para los autores de los delitos.

El predominio de la violencia sexual contra la infancia durante los conflictos es escandaloso. Según las investigaciones y la experiencia en programas de Save the Children, las niñas y los niños menores de 18 años a menudo representan la mayoría de las víctimas de este tipo de violencia en países afectados por conflictos. En muchos de los países donde opera Save the Children –Afganistán, Colombia, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Jordania, Líbano, Malí, Myanmar, Territorios Palestinos Ocupados, Somalia, Sudán del Sur y Siria–, así como en campamentos de refugiados, incluidos aquellos ubicados en Etiopía y Kenia, miles de niñas y niños son objeto de la violencia sexual.⁴⁷



Yo había oído hablar de los bandidos que violan a las mujeres en el camino, pero tenía que ir a Dadaab. Con mis hijos nos habíamos ido a la cama con hambre tantas veces, que yo quería huir y pedir ayuda... Mis hijos lloraban todo el tiempo mientras esos hombres me violaban. Yo estaba demasiado cansada para defenderme, de modo que los dejé que hicieran lo que quisieran. Caminé muchos kilómetros sin ropa hasta que llegué a un grupo de mujeres que me dieron una ropa andrajosa para taparme”.

– **Fatima, 22 años**
Kenia⁴⁶



República Democrática del Congo

Según los expertos, la prevención y la respuesta en materia de violencia sexual y de género deberían formar parte de un programa integral para la mejora de la salud reproductiva en situaciones de crisis. Entre las estrategias de prevención, se incluyen las siguientes: involucrar a las mujeres en la planificación de los asentamientos y la distribución de los recursos; identificación de grupos en situación de riesgo, como hogares en que el cabeza de familia es una mujer y niñas o niños no acompañados; educar a los miembros de la comunidad para reducir la aceptación social de la violencia de género; involucrar activamente a los hombres en los esfuerzos para prevenir la violencia de género; y desarrollar un sistema de denuncias confidencial. Entre las estrategias de respuesta se incluyen: métodos anticonceptivos de emergencia para evitar embarazos, tratamientos profilácticos para minimizar las posibilidades de transmisión del VIH, orientación psicológica para las víctimas y derivación a servicios de asistencia legal.⁴⁸

No obstante, la lucha contra la violencia sexual y de género sigue contando con insuficientes recursos. Un reciente estudio realizado por CARE sobre la ayuda humanitaria de donantes en respuesta a llamamientos de emergencia para diecisiete países en crisis concluyó que sólo una proporción ínfima de la ayuda internacional se asigna a proyectos dirigidos específicamente a abordar problemas relacionados con el género, como la violencia de género o la explotación sexual de mujeres durante crisis humanitarias.⁴⁹ La investigación de CARE de 2013 llegó a la conclusión de que ningún país donante asignaba más del 5 % de su ayuda humanitaria de emergencia a intervenciones dirigidas a promover la igualdad de género.⁵⁰ Las medidas para abordar estos problemas en contextos posteriores a conflictos –como parte de los esfuerzos para reestablecer la paz y la reconstrucción– también continúan recibiendo escasa atención. Recientemente, el Secretario General de la ONU, Ban Ki-moon, ha establecido como objetivo que el 15 % de todos los proyectos que se establezcan en períodos posconflictos deben tener como propósito principal el abordar las necesidades específicas de las mujeres, avanzar en materia de igualdad de género y empoderar a las mujeres.⁵¹

Para reducir los riesgos de desastres es necesario educar a las niñas

La educación de la infancia en general mejora sus habilidades para participar en el ámbito social, económico y político, pero la educación de las niñas aporta beneficios específicos para ellas mismas, sus familias y las comunidades. Muchos estudios han demostrado que educar a las niñas constituye una de las inversiones más efectivas que un país puede realizar para sacar a las familias de la pobreza y construir un mejor futuro. Cuando las niñas educadas crecen y se convierten en madres, tienden a tener menos descendencia, con una mejor salud y educación. Una serie de pruebas recientes indican que existe otra poderosa razón para educar a las niñas: empoderar a las mujeres por medio de una mejor educación disminuye su vulnerabilidad frente a la muerte y las lesiones provocadas por desastres climáticos.

Como señala un informe del Banco Mundial, “los países que han puesto énfasis en la educación de las mujeres han sufrido muchas menos pérdidas a causa de las sequías y las inundaciones que aquellos países con índices inferiores de educación de las niñas”.⁹⁰ En el informe se incluye un cálculo del costo de la educación para este sector y establece el vínculo entre desarrollo y suministro de ayuda humanitaria, aduciendo que “educar a las mujeres jóvenes podría constituir una de las

mejores inversiones en prevención de desastres relacionados con el cambio climático”.

El análisis concluyó que una enorme cantidad de tragedias relacionadas con las condiciones climáticas podrían haberse evitado si en más países en desarrollo⁹¹ las proporciones de matrícula femenina hubieran sido equivalentes a las de los países de ingresos similares con las “mejores prácticas”. En un período de 30 años (de 1970 a 1999), se habrían producido 61.500 menos muertes durante las inundaciones (es decir, un 40 % menos); y en un período de 40 años (de 1960 a 1999), 465 millones de personas menos habrían resultado afectadas por las inundaciones. El número de personas afectadas por las sequías se habría reducido a cerca de la mitad, evitando que 667 millones de personas hubieran sido víctimas potenciales de la pobreza como consecuencia de la sequía, la inseguridad alimentaria y la mala salud.

“Mi mensaje para las mujeres de Congo, del Sahel y de todas partes, es: envíen a sus hijas a la escuela. Es lo mejor que pueden hacer por su futuro”, asegura Kristalina Georgieva, la Comisaria Europea para la Cooperación Internacional, Ayuda Humanitaria y Respuesta a las Crisis.⁹²

Matrimonio a edad temprana

Las complicaciones durante el embarazo y el parto constituyen una de las principales causas de muerte en niñas de entre 15 y 19 años en muchos países en desarrollo.⁵³ Cada año, alrededor de 70.000 adolescentes mueren en países en desarrollo debido a causas relacionadas con la maternidad.⁵⁴ Las madres más jóvenes —menores de 14 años— son las que corren los mayores peligros. Sus cuerpos normalmente no están lo suficientemente desarrollados desde el punto de vista físico para dar a luz de forma segura, de tal modo que la maternidad implica un alto riesgo de muerte o lesiones tanto para la joven madre como para el bebé.⁵⁵ Las niñas que quedan embarazadas antes de los 15 años en países de ingresos bajos y medios corren el doble de peligro de muerte materna que las mujeres mayores (incluidas las adolescentes mayores de 15 años), especialmente en África Subsahariana y Asia Meridional.⁵⁶ Las niñas de entre 15 y 19 años también corren riesgos adicionales en comparación con las mujeres de 20 a 24 años.^{57, 58}

Las dificultades de una mujer joven con frecuencia son traspasadas a su hija o hijo, que comienza su vida con desventajas. Las niñas y los niños de madres adolescentes tienen más probabilidades de nacer prematuros y con bajo peso que aquellos de madres mayores de 20 años. Además, tienen más probabilidades de nacer muertos o de morir dentro de su primer mes de vida y tienen menos probabilidades de sobrevivir su infancia. Cada año, alrededor de un millón de niñas y niños de madres adolescentes mueren antes de cumplir su primer año de vida. Los lactantes que sobreviven tienen menos probabilidades de recibir atención de la salud adecuada y alimentos nutritivos. Además, tienen más posibilidades de vivir toda su vida en situación de pobreza.^{59, 60}

Debido a que la mayoría de los embarazos en adolescentes en los países con altos índices ocurren dentro del matrimonio,⁶¹ abordar el matrimonio a temprana edad es crucial para reducir la mortalidad materna e infantil. Los índices de matrimonios infantiles son, con frecuencia, altos en los contextos frágiles, donde las leyes relacionadas con la edad mínima para casarse apenas se hacen cumplir y, en general, predominan las normas tradicionales. La mayoría de los 25 países con los índices más altos de matrimonio infantil son considerados Estados frágiles o con un alto riesgo de desastres naturales.⁶² Sin embargo, el matrimonio infantil también puede aumentar durante las emergencias humanitarias, como una manera para las madres y los padres de intentar resistir frente a las crisis y proteger a sus hijas de la mejor forma que pueden.

Las madres y los padres con frecuencia casan a sus hijas jóvenes como estrategia de supervivencia, con el fin de obtener ingresos para la familia y de brindar cierto tipo de protección a la niña. No obstante, cualquier beneficio que aporten estos acuerdos viene acompañado de considerables riesgos y desventajas. Si una niña va a la escuela cuando se casa, normalmente la abandona y no completa su educación. Las niñas novias con frecuencia tienen menos voz e influencia en su nueva familia que las novias adultas, como por ejemplo en los aspectos que pueden resultar críticos para su salud materna, como la decisión respecto al número y espaciado de los nacimientos, así como el uso de métodos anticonceptivos. Los bebés que nacen antes de que pasen dos años desde el último nacimiento tienen el doble de probabilidades de morir antes de cumplir un año que aquellos que nacen después de un período de tres años o más del último nacimiento.⁶³



Mi padre dice que yo soy muy bonita. Que le traeré muchas vacas cuando él me case. Dice que yo no debería preocuparme por estudiar, que sólo debo quedarme en casa y esperar a casarme. Durante la sequía del año pasado, tuve que abandonar la escuela para cuidar el ganado de mi padre. A veces lloro. Me tratan como si fuera una posesión de la que puede disponerse en cualquier momento. Aquí, en nuestro pueblo, la mayoría de las niñas se casan a los 14 años para proteger a sus familias de los efectos de la sequía y la pobreza. Si no te has casado a los 17 años, los hombres comienzan a eludirte. Te llaman vieja y luego es posible que ya nunca te cases”.

— **Martha**, de 10 años, Sudán del Sur⁵²



Después de tres días con dolores de parto, mi suegra me llevó al hospital. Tras una intensa hemorragia y los peores dolores de mi vida, di a luz a un niño. Cuando mi hijo tenía sólo ocho meses, quedé embarazada nuevamente. Me encontraba muy débil y perdí a mi bebé. Yo no lo sabía, pero tenía anemia. El doctor me dijo que tenía que esperar tres años para que pudiera descansar y estar bien de salud antes de volver a quedar embarazada”.

— **Sobia**, de 27 años, Pakistán⁶⁵

Las estrategias para prevenir el matrimonio infantil no se encuentran lo suficientemente desarrolladas ni se han implementado a gran escala. Las organizaciones de la sociedad civil han conseguido escasos éxitos en sus esfuerzos, que incluyen la recogida de pruebas, el monitoreo de incidentes y la organización de actividades para empoderar a las niñas y aumentar conciencia entre las personas adultas. No obstante, el matrimonio infantil actualmente no se incluye en las directrices para prevenir y responder a la violencia de género durante emergencias,⁶⁴ y estas estrategias aún no se encuentran plenamente integradas en los planes de respuestas humanitarias de la mayoría de las organizaciones del sector

Planificación familiar

La planificación familiar ayuda a salvar las vidas de las mujeres y la infancia –y protege su salud– evitando, en última instancia, embarazos no deseados e inesperados, lo cual reduce la exposición de la mujer a los riesgos del parto y de aborto; además, les brinda a las mujeres, que con frecuencia son las únicas a cargo del cuidado en el hogar, más tiempo para atender a sus hijas e hijos y cuidarse a sí mismas.

La capacidad de una mujer para espaciar y limitar sus embarazos tiene, de este modo, un impacto directo en los compromisos globales más amplios, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El acceso universal a la planificación familiar voluntaria también ha sido reconocido por los acuerdos internacionales como un derecho humano.⁶⁶

Dar a luz en muchos países con pocos recursos ya supone enormes riesgos tanto para la madre como para el bebé, pero durante una crisis humanitaria estos riesgos se multiplican. Se calcula que una de cada cinco mujeres en edad fértil estará embarazada en un momento dado,⁶⁷ y el 40 % de estos embarazos será no planeado.⁶⁸ En contextos de crisis, es probable que el acceso a los servicios de planificación familiar se reduzca aún más, y sea inexistente en algunos lugares, ya que los servicios de salud y las cadenas de suministro se interrumpen. Las actitudes patriarcales y las normas culturales negativas pueden dificultar aún más el acceso a estos servicios para las mujeres.

Muchas organizaciones humanitarias internacionales que responden tanto a emergencias naturales como aquellas provocadas por el ser humano ahora incluyen materiales de planificación familiar en sus conjuntos de herramientas para la respuesta a emergencias. Save the Children ha aumentado su énfasis en la ampliación del acceso a la planificación familiar durante emergencias y ahora incorpora estos servicios como práctica habitual en todas las respuestas de salud de emergencia. Además, Save the Children se ha asociado con UNFPA para asegurar que las necesidades sexuales y reproductivas de adolescentes sean abordadas durante las situaciones de emergencia.

Acceso equitativo a la atención de la salud de calidad

Cuando las familias luchan por resistir y sobrevivir, incluso las tarifas más modestas u otros gastos extras las hace posponer o descartar la posibilidad de solicitar atención de salud básica. En consecuencia, es posible que las niñas y los niños no reciban atención de la salud que los proteja contra enfermedades prevenibles o tratamientos para enfermedades comunes en la infancia como la diarrea, la pulmonía o la malaria. En algunos casos, las mujeres dan a luz solas debido a que no pueden permitirse pagar los servicios de un doctor o personal de partería. Las madres pueden descuidar su propia salud con el fin de poder comprar alimentos y medicamentos para sus hijas e hijos.

Los cobros directos para los usuarios de los servicios de salud discriminan contra los sectores más pobres y más vulnerables con menos capacidad de pagar las tarifas.⁷⁰ Lamentablemente, es más probable que en situaciones frágiles y de conflictos, en que los sistemas de salud pública son débiles, se exijan tarifas inasequibles por la atención de salud básica. En todas partes, los sistemas de salud deben respetar el principio humanitario de imparcialidad y el derecho a la salud, sea en contextos frágiles o de emergencias, y asegurar que la atención de salud primaria se proporcione únicamente en base a las necesidades y que sea asequible para toda la población.⁷¹

La utilización de los servicios de la salud por parte de la población depende no sólo de si es necesario pagar una tarifa, sino también de si el personal de la salud está capacitado y es sensible, entendido y amable, y de si podrán obtenerse los medicamentos que se receten. Para que surta efecto, la eliminación de las tarifas para los usuarios en situaciones de crisis deberá acompañarse de mejoras en la calidad de los servicios de salud. Lo anterior implica un aumento del suministro de medicamentos, mejor capacitación y salarios adecuados para el personal de la salud, reconstrucción de las instalaciones y apoyo para la gestión y la supervisión.

La eliminación total o parcial de las tarifas en los servicios públicos debe ser cuidadosamente planificada entre las autoridades competentes, los organismos humanitarios y los donantes, con el objeto de que durante una crisis se pongan a disposición fuentes alternativas de ingresos y recursos adicionales, de modo que el resultado neto sea un incremento del acceso a los servicios de salud. Esto también contribuirá a la recuperación del sector de la salud una vez que la crisis haya terminado.⁷²



He dado a luz a seis niños. Tres de ellos murieron antes de una semana de haber nacido. Murieron debido a la falta de tratamiento. No podemos ir a un médico porque no nos lo podemos permitir. Cada vez que un bebé nace y muere, sentimos un dolor inmenso. Es terrible. Yo no soy la única de aquí que ha perdido un hijo: hay muchas otras madres que les ha ocurrido lo mismo”.

— Shefali

Distrito de Habiganj, Bangladesh⁶⁹



Bangladesh



Tacloban, Filipinas

Los desastres naturales recurrentes ponen a prueba la capacidad de recuperación de Filipinas

El 8 de noviembre de 2013, el tifón Haiyan azotó la costa este de Filipinas y arrasó con la parte central del país insular, destruyendo viviendas, infraestructuras y medios de vida en nueve de las regiones más pobres del país.² Se dice que el súper tifón de categoría cinco fue uno de los más extensos y destructivos que alguna vez hayan tocado la tierra.³

Las olas gigantes del tifón Haiyan, lluvias torrenciales, inundaciones repentinas y desprendimientos de tierra destruyeron 1,1 millones de hogares⁴ y destruyeron servicios básicos en las zonas más afectadas, dejando comunidades sin suficiente acceso a servicios de salud, educación, agua y saneamiento.⁵ Según cifras oficiales, 16 millones de personas –más del 16 % de la población nacional– fueron afectadas por la tormenta; 4,1 millones han sido desplazadas y 6.293 personas perdieron la vida; 1.061 están desaparecidas y 28.689 sufrieron lesiones.⁶ Por lo menos 10 millones de mujeres, niñas y niños se han visto afectados (el 72 % de la población damnificada).⁷

Filipinas es uno de los países más propensos a sufrir desastres.⁸ En décadas recientes, los eventos climáticos extremos han aumentado, y los expertos predicen que es probable que esta tendencia continúe.⁹ Haiyan fue el tercer tifón más devastador en azotar Filipinas en tres años. El tifón Bopha fue el desastre más letal del mundo en 2012; provocó la muerte de casi 2.000 personas, causó el desplazamiento de cerca de 1 millón y afectó a más de 6 millones de personas en Mindanao. El tifón Washi en 2011 se cobró las vidas de más de 1.400 personas y provocó el desplazamiento de 430.000 en la región norte de Mindanao.^{10, 11}

Filipinas, un país de ingresos medios con una economía en crecimiento, ha hecho buenos progresos en el ámbito de supervivencia materna e infantil en las últimas décadas. Se considera que el país está “en condiciones” de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 (con un índice de mortalidad infantil de 30 muertes por cada 1.000 nacidos vivos)¹² y que está “avanzando” en cuanto al ODM 5 (con un índice de mortalidad materna de 99 muertes por cada 100.000 nacimientos).¹³ Sin embargo, existen considerables desigualdades en el acceso a la atención de salud y



Horas después del tifón Haiyan, me llamaron para que ayudara a una joven mujer que estaba dando a luz en su casa. Tenía 18 años y era primeriza. Me daba miedo ir. Estaba oscuro, el agua corría con fuerza y estaban cayendo fuertes rayos. No se podía transitar por la calle y había escombros por todas partes, pero el deber me llamaba. Cuando llegué, la casa estaba destrozada y en condiciones poco higiénicas. Estaba inundada, todo estaba pasado por agua y la mujer se encontraba inestable. Soplaba un viento huracanado, y la mujer gritaba con cada contracción. Temía que hubiera complicaciones durante el parto. Derivarla a un hospital no era una opción. Era una situación de vida o muerte. La mujer me dijo que tenía miedo. Yo le contesté que estaba ahí para ayudarla. Que no tuviera miedo. La situación era de alto riesgo, pero la manejamos. Dio a luz a un varón sano y no hubo ninguna complicación”.

— Irene Cornista,
partera, de 45 años¹





Tacloban, Filipinas



Han cambiado muchas cosas. Antes me concentraba en la atención ambulatoria; ahora me dedico más a extender certificados de defunción. Me parte el alma. El acceso a los servicios de salud —en especial salud reproductiva— se encuentra temporalmente paralizado a consecuencia de la magnitud devastadora del tifón Haiyan”.

— **Dr. Arlene Santo**
Tanauan¹⁸



resultados entre grupos socioeconómicos, y uno de los principales responsables de esta desigualdad es el alto costo de la atención de salud.

En 2010, Filipinas inició una reforma importante con el objetivo de alcanzar la cobertura universal, aumentando así el número de inscripciones de familias en situación de pobreza en el seguro de salud nacional. Esto permite brindar beneficios más integrales y reducir o eliminar los copagos.¹⁴ Según datos oficiales, el 83 % de la población se encuentra afiliada a PhilHealth (el programa nacional de seguro médico), aunque se calcula que la tasa de cobertura (las personas que en la práctica pueden ir al hospital) es menor al 75 %.¹⁵

Muchos se preguntan si Filipinas podrá mantener sus logros respecto a los ODM dada la cada vez más frecuente cantidad de desastres devastadores que han azotado al país en años recientes. Los expertos de salud en el terreno consideran que aún es demasiado pronto para sacar conclusiones. Hasta ahora, los aumentos puntuales en el corto plazo en la mortalidad materna e infantil originados como resultado de los desastres no han sido tan graves como para mermar el progreso nacional a largo plazo. Los importantes esfuerzos del gobierno filipino y el sector humanitario han logrado en líneas generales evitar una crisis humanitaria a gran escala tras el paso del tifón Haiyan.¹⁶ Asimismo, Filipinas ha mejorado cada vez más su preparación ante desastres y la capacidad de proteger a la población. Sin embargo, a los funcionarios de salud les preocupa lo que podría pasar si tifones de la envergadura de Haiyan y Bopha siguen azotando el país. Puede volverse cada vez más difícil seguir reconstruyendo la infraestructura de salud.¹⁷

Daños al sistema de salud

El tifón Haiyan, conocido localmente como Yolanda, destruyó miles de hospitales y centros de salud en nueve provincias filipinas. El Ministerio de Salud calcula que el 82 % de las instalaciones de salud en las áreas afectadas quedaron dañadas y, como resultado, 1,1 millones de personas, entre ellas 163.000 niñas y niños menores de cinco años, reciben servicios de salud primarios subóptimos debido a que las instalaciones

de salud se encuentran fuera de funcionamiento.¹⁹ Según evaluaciones, más de 2.250 establecimientos de salud sufrieron daños o quedaron destruidos.²⁰ Cientos de estos establecimientos pueden haber sido centros de barrios (*barangay*) que proporcionaban servicios primarios y de parto a los habitantes de las comunidades más pequeñas.²¹

Aunque no se sabe cuántos miembros de personal de la salud perdieron la vida en el tifón Haiyan, hasta un 50 % no se presentó a trabajar en las semanas posteriores a la tormenta en las zonas gravemente afectadas de Leyte y Samar Oriental.²² Muchos de los sobrevivientes perdieron sus casas y a sus seres queridos y necesitaban recibir apoyo psicológico.²³ “En medio de la tormenta, una de las parteras recibió un llamado para informarle que su propia casa había sido totalmente arrasada por el viento”, comentó el Dr. Greg Rolan Sumile en Estancia. “Estaba tan perturbada y distraída que le dije que debía irse a buscar y cuidar de sus seres queridos. Perdimos a muchos miembros de personal de esta manera. Al final, sólo quedamos cuatro”.²⁴

A pesar de los obstáculos, muchos establecimientos de salud podían seguir funcionando y prestando servicios básicos bajo toldos y carpas.²⁵ Equipos médicos locales y extranjeros que estaban desplegados en las áreas afectadas también ayudaron a mantener los servicios de salud disponibles en las semanas inmediatamente posteriores al tifón.

No es sorprendente que muchos establecimientos experimentaran un aumento en la cantidad de usuarios y comentaran que era muy difícil tratar a todas las personas que necesitaban ayuda.²⁶ “Ahora estamos atendiendo a muchos más pacientes que antes del tifón”, comentó Judith Dalton, una enfermera de Estancia. “Para hacer frente a esta situación, estamos trabajando jornadas más largas y haciendo cosas que no solíamos hacer”.²⁷

La mayoría de los equipos médicos de emergencia ya se han ido y el sistema de salud filipino todavía no se ha recuperado del todo. “A las enfermeras se las ve exhaustas física y emocionalmente”, manifestó Krista Zimmerman, miembro de personal de Save the Children. “La emergencia ha afectado su salud y bienestar. Muchas de las personas que brindan cuidados tienen la necesidad de recibir cuidados ellas mismas”.

Es probable que la pérdida de historias clínicas y los daños a los sistemas informáticos también causen un impacto negativo a largo plazo. Muchos registros y bases de datos municipales quedaron destruidos o dañados durante la tormenta, lo que no sólo dificulta saber cuántas muertes de madres, recién nacidos, niñas y niños se produjeron durante los primeros días y semanas posteriores al tifón Haiyan, sino que también dificulta volver a la rutina laboral (por ejemplo, asegurar que la infancia reciba las vacunas de rutina).



Tener dolores de parto y dar a luz en medio de un desastre natural es lo más difícil que me ha tocado hacer en mi vida. Estaba muy preocupada de parir en el centro de evacuación, donde no había profesionales que cuidaran de mí. Tenía la presión por las nubes. Uno de los médicos le dijo a mi marido que mi vida y la de mi bebé estaban en peligro”.

— **Lolita**, de 34 años,
Tacloban²⁸

Tres meses después del tifón Haiyan, los servicios de salud en muchas áreas seguían interrumpidos. Anayn, de 18 años, tuvo que dar a luz al costado de la carretera porque con su marido no pudieron llegar a tiempo al centro de salud. Por suerte, alguien que pasaba por ahí fue a buscar a la partera, Norina Malate, que asistió el parto de un bebé varón sin complicaciones.





Tener un bebé después de un tifón es difícil. Me preocupa mucho que se enferme porque los hospitales y centros de salud no dan abasto y están inaccesibles. Tengo que ser fuerte no sólo por mí sino por mi familia”.

— **Lolita**, de 34 años,
Tacloban³⁷

Parir en una zona de desastre

Cuando azotó el tifón, 250.000 mujeres en las áreas damnificadas estaban embarazadas y cerca de 70.000 tenían fecha de parto para el primer trimestre de 2014.²⁹ Eso equivale a más de 750 nacimientos por día en las zonas afectadas, de los cuales más de 100 nacimientos por día podrían presentar complicaciones potencialmente mortales.

Antes del tifón, hasta entre un 70 y 80 % de las mujeres en las áreas más afectadas dio a luz a sus bebés en establecimientos de salud.³⁰ Se estima que este porcentaje ha disminuido considerablemente. Muchos centros de salud materna quedaron totalmente destruidos o dañados en Visayas Oriental, lo que limitó el acceso a partos seguros y puso tanto a madres como a bebés en alto riesgo de muerte y lesiones.³¹ Según una evaluación de 52 establecimientos de salud reproductiva, más de la mitad de estos centros manifestó haber sufrido daños estructurales graves en sus instalaciones. Un mes después del tifón Haiyan, 16 de las 37 instalaciones (43 %) en Visayas Oriental seguían sin electricidad y 10 (27 %) no tenían acceso a agua limpia.³²

Tanto las parteras como los médicos en Tacloban entrevistados para este informe comentaron que más mujeres están dando a luz en sus hogares sin contar con personal capacitado en asistencia de partos, en especial, las mujeres que viven en áreas remotas. “He notado que hay madres que no están recibiendo la suficiente atención obstétrica de emergencia debido a la gran distancia del centro de salud y la difícil situación de transporte”, comentó una partera en San Dionisio.³³

A su vez, las parteras han descrito haber asistido partos en condiciones muy difíciles. Según sus relatos, en Tacloban, no se contaba con equipo ni suministros básicos (entre ellos, una mesa de partos), y las salas de parto estaban dañadas. El centro de maternidad en San Dionisio estaba inundado, tenía ventanas rotas y el techo estaba dañado. Un centro en Concepcion también estaba inundado. En Carles, una partera manifestó que, sencillamente, “no había espacio para que la madre diera a luz”. En todas las áreas, el personal de asistencia para partos manifestó realizar sus tareas sin electricidad, valiéndose de linternas y velas para poder ver en la oscuridad. Un médico en Tacloban, al describir un parto especialmente complicado, manifestó: “el caos dificultó mucho las cosas”. Las parteras y los médicos también mencionaron la falta de privacidad como un desafío en Tacloban.³⁴

Una médica de Médicos Sin Fronteras que estuvo a cargo de un hospital inflable durante dos meses en Tacloban comentó que su equipo “atendió muchos casos de preeclampsia –presión arterial alta en el embarazo– que puede ser muy peligrosa. En

circunstancias normales, los casos de preeclampsia son altos en Filipinas, pero el estrés provocado por el tifón parece haberlos multiplicado”.³⁵ Una partera en Pontevedra tuvo una percepción similar. Comentó a Save the Children: “los casos de hipertensión aumentaron”.

Las parteras filipinas comentaron que las madres se encontraban en un estado de angustia emocional al momento de parir. Al recordar partos que habían asistido, las parteras describieron a las madres como “con miedo y vergüenza”, “estresadas y temerosas”, “asustadas y nerviosas”, “preocupadas por los miembros de la familia que quedaron en casa”, en “estado de pánico”, y “deprimidas, confundidas y tristes”. Una partera en Pontevedra dijo que las madres “están asustadas debido a la incertidumbre de cuándo volverá a azotar otro tifón”. Una partera en Palo, cerca de Tacloban, recordó las palabras de una madre: “*Makapoy la pirmi*” (“Vivo cansada”).³⁶

Atención neonatal en peligro

En toda Filipinas, están aumentando los porcentajes de muertes de menores de cinco años entre los recién nacidos durante su primer mes de vida.³⁸ Es probable que el número de estas muertes, mayormente prevenibles, haya aumentado tras el paso del tifón Haiyan.

No se dispone de estadísticas confiables, pero según varios informes, la falta de atención neonatal básica tuvo consecuencias mortales en los días y semanas posteriores a la tormenta. Una evaluación temprana de 110 establecimientos de salud en 22 municipalidades en Samar Oriental y Occidental y en Leyte Oriental arrojó como resultado que sólo el 7 % podía proporcionar un parto higiénico y seguro, dejando a madres y recién nacidos expuestos a riesgos de infección. La reanimación neonatal para aquellos bebés que necesitaban ayuda para respirar estaba disponible sólo en un 4 % de los establecimientos médicos.³⁹ Es probable que la situación haya mejorado con la llegada de equipos médicos, kits de parto higiénicos y elementos de cuidado neonatal,

Ser fuertes después del tifón Haiyan

Cuando el tifón Haiyan azotó el pueblo, Jacqueline y sus hijos se quedaron sin hogar, sin ropa, agua y comida. “Durante la tormenta, lloré porque a mi hijo le cayó un tronco encima. Pensé que se había muerto” comentó. “No quedó nada que rescatar de la casa. Mis hijos tenían hambre y frío”.

Pero Jacqueline, de 33 años, no iba a decepcionar a sus hijos. Juntó pedazos de madera para construir un techo provisorio. “Estaba decidida porque no puedo ver sufrir a mis cuatro hijos. Pedí maderas, clavos, y troncos de bambú a distinta gente. A pesar de las lluvias constantes, estaba en el techo, reconstruyéndolo. Lo terminé en apenas dos días”.

Con dinero y capacitación en carpintería provista por Save the Children, Jacqueline reconstruyó su hogar temporario y lo reforzó, haciendo de él un refugio más seguro para sus hijos. “Le aconsejo a las demás mujeres que no pierdan las fuerzas por el bien de sus hijos, que no entren en pánico. Estoy contenta de haber completado el curso de carpintería y estoy más que dispuesta a compartir lo que aprendí con otras mujeres”.⁷⁰



pero a un mes del tifón un observador en Samar Oriental notó que “pocos de los equipos médicos que han llegado a la zona se están concentrando en partos seguros y sólo un puñado de instalaciones pueden brindar cirugía de emergencia”. Esto era especialmente problemático ya que se decía que un 75 % de las mujeres embarazadas corría un riesgo alto en al menos un área de Samar Oriental.⁴⁰

En un centro médico de Visayas Oriental, varios bebés murieron a causa de condiciones normalmente tratables, como hipotermia e hipoglucemia, con frecuencia debido a que las enfermeras no podían examinar debidamente a los bebés recién nacidos por falta de electricidad para la luz.⁴¹ En Concepcion, una partera le comentó a Save the Children que dos bebés habían muerto debido a hipotermia grave y prematuridad.⁴² Otro recién nacido también murió en Visayas Central “debido a la falta de instalaciones donde se pudiera tratar su enfermedad”.⁴³

A cuatro meses del tifón, sólo la mitad de las comunidades damnificadas habían vuelto a abrir sus centros de salud.⁴⁴ Tacloban y Leyte, especialmente, enfrentaban grandes desafíos en la provisión de servicios de atención de parto y neonatal críticos.⁴⁵

Desafíos de la lactancia

Antes del tifón, la mayoría de las madres en las áreas afectadas daban de amamantar a sus bebés y parecía haber conciencia generalizada sobre los beneficios del amamantamiento temprano y exclusivo.⁴⁸ Después del tifón, una variedad de factores pudieron haber hecho disminuir esta práctica, poniendo a los bebés pequeños en mayor riesgo de enfermedad y muerte.

Unas pocas semanas después de la tormenta, algunas madres primerizas dijeron que no podían amamantar tanto como antes debido al estrés que les provocó el tifón.⁴⁹ Según una evaluación temprana, la disminución de la lactancia era la principal preocupación relacionada con la alimentación de bebés y niñas y niños pequeños a



En momentos de emergencia, es todo un lío dar el biberón. Tienes que traer insumos, tener un biberón, encontrar agua limpia y una forma de limpiar el biberón. Amamantar es mucho más sencillo”.

— **Abigail**, de 25 años
Bayas⁴⁷

nivel de pueblo, donde un 21 % de las comunidades manifestaron problemas con el amamantamiento insuficiente.⁵⁰ El personal de Save the Children asimismo notó que un número significativo de madres optó por usar leche de fórmula en vez de amamantar después del tifón.⁵¹ Si bien las pruebas no son concluyentes, las conclusiones de un estudio realizado en marzo de 2014 sugieren que menos bebés pequeños en las áreas afectadas por el tifón se están alimentando con leche materna (en absoluto o de forma exclusiva) comparado con los promedios regionales antes del tifón.⁵²

Si bien la falta de conocimiento es uno de los factores que impiden a las madres amamantar a sus bebés, algunas personas consideran que la pobreza puede desempeñar un papel más importante. “La subsistencia necesita cobrar precedencia para muchas de las familias afectadas por el tifón Yolanda”, comentó Cathey Delos Santos, una funcionaria de desarrollo de bienestar social de la municipalidad de Estancia. “No tienen nada, ni siquiera medios para ganar un salario, y eso es lo que más les preocupa”. Muchas madres que han dejado de dar de amamantar dicen que es porque no tienen más leche, pero muchas de ellas simplemente necesitan saber más sobre las técnicas que podrían ayudarlas a seguir produciendo leche, según explicó Delos Santos. Además, muchas madres están yendo a Manila (la ciudad capital) para trabajar y esto afecta el cuidado y la alimentación que reciben sus hijos. “Sin una fuente de ingreso, las familias no se sentirán capaces de invertir en nutrición y salud materna y neonatal”.⁵³

A mediados de diciembre de 2013, numerosas comunidades informaron que se habían hecho distribuciones de leche en polvo y fórmula para lactantes (hasta un 28 % de las zonas costeras de Visayas Oriental recibió donaciones de leche en polvo).⁵⁴ La distribución indiscriminada de los sucedáneos de la leche materna pueden desalentar a las madres primerizas de dar de amamantar, socavar las buenas prácticas de lactancia y agudizar los riesgos de enfermedad y malnutrición entre bebés y niñas y niños pequeños.⁵⁵ A pesar de las primeras preocupaciones e informes de campo, las distribuciones de sucedáneos de la leche materna parecen haber tenido lugar a una escala relativamente pequeña. Los hospitales y establecimientos médicos, por ejemplo, mantuvieron su estricta política contra la distribución de estos sucedáneos con posterioridad al tifón Haiyan.⁵⁶

Amenazas para la supervivencia infantil

Antes del tifón, muchas niñas y niños pequeños en las áreas afectadas ya se encontraban mal alimentados y expuestos a enfermedades. Se calcula que entre un 5 y 11 % tenían desnutrición aguda; entre un 9 y 30 % no habían sido vacunados contra el sarampión y otras enfermedades; y entre el 40 y 50 % de niñas y niños enfermos con diarrea y pulmonía no estaba recibiendo tratamiento.⁵⁸ Visayas Oriental, por ejemplo, tenía uno de los índices más altos de mortalidad en menores de cinco años en Filipinas, se clasificaba por debajo de la media nacional en cobertura de inmunización y tenía uno de los peores resultados de salud, incluida una incidencia de diarrea y fiebre en la infancia por encima de la media.⁵⁹ El impacto del tifón en los ingresos familiares y el sistema de salud ha empeorado las cosas para estos niños y niñas, y muchos de ellos se encuentran en mayor riesgo de muerte.

La evaluación de 110 establecimientos de salud en Samar Oriental y Occidental y en Leyte Oriental reveló que la mayoría de los establecimientos no contaban con medicamentos ni equipos necesarios para salvar vidas. La vacunación sólo era posible en un 24 % de las instalaciones; el manejo de las enfermedades de la infancia se calculó en un 18 % y el tratamiento de la desnutrición aguda en un 5 %. Más de un 80 % de las instalaciones necesitaban soluciones de rehidratación oral para tratar la diarrea y el 71 % no tenía suficientes antibióticos para tratar la pulmonía.⁶⁰

Dos meses después del tifón, el Ministerio de Salud había documentado más de 4.000 casos de diarrea acuosa aguda, la mitad de los cuales se dieron en niñas niños menores de cinco años. En debates de grupos de discusión, las mujeres embarazadas y



Estaba preocupada por la salud de mis mellizos. Durante un mes, intenté darles de amamantar pero no me salía la leche, así que decidí parar. Fue difícil cuando los mellizos se enfermaron después del tifón. Quería darles la leche que necesitaban. No teníamos dinero y nuestras dificultades se agravaron por mis problemas para dar de amamantar”.

— **Mernita**, de 33 años, Tacloban⁴⁶



Cuando el tifón pasó y dejó de subir el agua, llevamos a Eroid derecho al hospital. El primer hospital no nos pudo atender porque había sufrido daños y no tenía medicamentos. Eroid tenía fiebre y diarrea y agua en los pulmones. Tres días después del tifón, vinimos aquí. Es un ambiente terrible para un niño. Eroid se enferma con más frecuencia que antes. Antes era un niño feliz y sonriente. Pero desde el tifón, se ha vuelto más irritable y sensible. El cambio fue inmediato”.

— Elaine, de 22 años,
Tacloban⁵⁷

lactantes en todas las zonas afectadas informaron que tanto la infancia como personas adultas estaban teniendo casos de diarrea debido al agua no apta para el consumo.⁶²

Los casos de pulmonía también aumentaron después del tifón, en especial en niñas y niños menores de cinco años y las personas mayores. Esto se atribuye a una alimentación y refugio inadecuados,⁶³ además de al agotamiento, alergias y exposición a los elementos.⁶⁴ Según un estudio reciente, el 37 % de las niñas y los niños de entre seis meses y menos de cinco años en áreas afectadas ha sufrido de una infección respiratoria aguda en las dos semanas previas.⁶⁵

Las investigaciones sobre el impacto histórico de los tifones en Filipinas (1979-2008) sugieren que en 2014 pueden morir 15 veces más bebés pequeños debido a las condiciones deteriorantes tras el paso de Haiyan de los que murieron como consecuencia directa de la tormenta. Los ingresos deprimidos dejarán a las familias con menos para gastar en atención de salud, educación y alimentos nutritivos. En tifones pasados, el mayor aumento de muertes ocurrió entre lactantes mujeres. Es un hecho bien establecido que más bebés varones que mujeres mueren en el útero inmediatamente después de los tifones. Según el estudio, después de nacer, el riesgo de morir de una bebé mujer es más alto incluso aunque no tenga hermanos ni hermanas, pero se duplica si tiene una o más hermanas, y se cuadruplica si tiene hermanos.⁶⁶ Esto sugiere la competencia específica de género por los recursos y podría agregar miles más al total de muertes cobradas por el tifón Haiyan, la mayoría de ellas bebés mujeres.⁶⁷

Las niñas y los niños quieren ayuda para recuperarse y prepararse para la próxima emergencia

Save the Children y otras ONG consultaron a 174 niñas, niños y jóvenes para descubrir qué era lo más importante para ellos después de haber sobrevivido el tifón Haiyan. Las niñas y los niños de forma casi unánime dijeron que querían desempeñar un rol en la planificación para futuras emergencias y estar mejor preparados para el próximo desastre.

Las niñas y los niños mayores dijeron que les gustaría tomar clases para adquirir conocimientos prácticos, como por ejemplo, cómo construir refugios, la ciencia del

medio ambiente y pesca. Quieren espacios más adecuados para la infancia donde poder expresar sus sentimientos y aclarar la mente. Asimismo, les gustaría que tanto las personas adultas como las autoridades les cuenten exactamente lo que está pasando cuando ocurre un desastre.

Sofía, de 15 años de edad, de Estancia, manifestó: “Necesitamos ayuda para reconstruir y salir de este desastre. Necesitamos educación para estar preparados para cuando un desastre azota nuestro país. No queremos simplemente dinero y regalos. Necesitamos que nos ayuden a volver a levantarnos”.

Cuando les preguntamos a qué querían que se le diera prioridad en los meses venideros, una niña respondió: “Más compresas higiénicas para las niñas en los kits escolares. Esto hará más fácil ir a lugares adecuados para la infancia, ya que da vergüenza cuando no tienes”.

Otra niña manifestó: “Las niñas necesitan más privacidad en los centros de evacuación. No hay privacidad para cambiarse la ropa y es muy difícil bañarse en los servicios ya que no hay privacidad”.

Alguien más sugirió: “Los hospitales deberían tener paneles solares y más generadores de reserva de modo que puedan seguir funcionando incluso después de un desastre y ayudar a los heridos, enfermos y mujeres embarazadas”.⁶⁹



Incluso ahora, cuando sopla el viento, las niñas y los niños se asustan porque piensan que se viene otro tifón. Cada vez que llueve, lloran mucho y se la pasan diciendo que el tifón destruirá nuevamente la casa. Siento su miedo y se los veo en la cara. Algunos no han podido regresar a la escuela porque no tienen ni qué ponerse ni útiles escolares”.

— **Mernita**, de 33 años, Tacloban⁶⁸





República Democrática del Congo en constante estado de emergencia

La guerra, el hambre y las enfermedades han causado la muerte de más de cinco millones de personas en República Democrática del Congo (RDC) desde 1998.² El país ha sido el centro de lo que algunos observadores denominan “la guerra mundial africana”, que ha obligado a millones de personas a desplazarse y ha dejado el sistema de salud en ruinas. La cantidad de víctimas mortales que se ha cobrado la guerra de RDC equivale a un tsunami como el de Asia de 2004 cada seis meses, y supera al menos 30 veces las del sismo de 2010 en Haití.³

En RDC, las estadísticas indican que las mujeres, las niñas y los niños corren más riesgo que los soldados.⁴ El desplazamiento forzado, las violaciones y los abusos son moneda corriente. Y son frecuentes los brotes de sarampión, cólera, malaria y otros virus. Una niña o niño de cada siete no llega a cumplir los cinco años de edad. Y 15.000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo o el parto.⁵

Se estima que 6,3 millones de congoleños necesitan ayuda humanitaria. De entre ellos, 1,3 millones (el 21 % de la población) son mujeres en edad reproductiva, y 1,2 millones (el 18,9 % de la población) son niñas y niños menores de cinco años.⁶ Casi un tercio de la población de RDC ha sido afectada por la crisis de nutrición (22 millones de personas), y alrededor de un millón de mujeres embarazadas y en período de lactancia padecen malnutrición aguda, lo cual afecta seriamente el estado nutricional de sus hijos.⁷

Como resultado de la falta de inversión en el sistema de salud, muchos hospitales y centros de salud carecen de personal médico calificado y de suministros médicos, y han dejado de funcionar por completo.⁸ Además, muchos de estos centros no reciben suministro de agua o energía eléctrica.⁹ Los salarios de los empleados públicos son bajos y no se pagan con regularidad. Los trabajadores del sector de salud afirman que pueden pasar varios meses seguidos sin cobrar por su trabajo. Los sistemas de gestión de los medicamentos son inestables y la rendición de cuentas, poco clara; por eso, los precios de los medicamentos varían de un lugar a otro.¹⁰ En las zonas de conflicto, los miembros de los grupos armados no distinguen entre civiles y combatientes, y es poco lo que se respeta la neutralidad de los establecimientos de salud o de los principios humanitarios.¹¹



Aquí hay TANTAS mujeres y niñas desarraigadas, que han quedado sin familia, sin hogar... Cada vez las hay más. En una pequeña habitación, uno puede encontrar cinco mujeres conviviendo con todos sus niños, todos juntos. Son niñas y mujeres que no tienen nada y que a menudo se acuestan con un hombre a cambio de algo de dinero para poder alimentar a sus hijos”.

— **Mujer oficial de policía,**
Kitchanga¹



Estaba ayudando a una mujer en pleno trabajo de parto. Como acá no hay electricidad, estaba oscuro, solo teníamos velas. Aparecieron dos hombres; ambos, armados. Asaltaron la clínica y me robaron todo lo que tenía. Me torturaron un rato con un cuchillo y luego se fueron. Cuando volví al lugar donde estaba la madre, el bebé se había muerto por asfixia. Traté de no perder la calma pero estaba muy consternado, tenía miedo, ansiedad y, obviamente, enojo. Nosotros tratamos de salvar vidas, y ellos, de matarnos. El año pasado, tres trabajadores de la salud se fueron a lugares menos inseguros. Es muy difícil conservar al personal cuando la situación es tan peligrosa. Además, en lugares menos remotos, hay más probabilidades de que los trabajadores de la salud cobren un salario. Aquí es posible que se olviden de nosotros durante un largo tiempo. La última vez que me pagaron creo que fue hace tres meses; la primera vez después un largo periodo. Me dieron 3.000 francos congoleños (unos tres dólares) por dos meses de trabajo”.

— **Donald, enfermero**¹⁴



A pesar de todos los desafíos a los que hace frente, RDC ha hecho algunos progresos en términos de mortalidad materna e infantil. En las madres, ha disminuido en un 42 % desde 1990 y se considera que “evoluciona” en favor del ODM 5.¹² No obstante, RDC está entre los países que menos avanzan en materia de supervivencia infantil. El índice de mortalidad en niñas y niños menores de cinco años se mantuvo prácticamente estable durante dos décadas, a partir de finales de los años 80. Desde 2005, ha disminuido en un 15 %, lo cual señala una evolución positiva, aunque aún falta mucho para alcanzar el ODM 4.¹³

Parir en zona de guerra

En África Subsahariana, la probabilidad de que las mujeres mueran durante el embarazo o el parto es de 1 en 39 a lo largo de su vida.¹⁵ Esta probabilidad suele ser mucho peor en las provincias de Congo oriental afectadas por conflictos, donde la salud de las mujeres es precaria, y la atención básica para lograr un parto seguro es extremadamente escasa. En Kivu del Norte, por ejemplo, la mortalidad materna en el primer semestre de 2013 fue de 790 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos,¹⁶ casi un 50 % más alto que el promedio nacional de RDC y casi el 60 % más alto que el promedio regional de África Subsahariana.¹⁷

¿Por qué el índice de mortalidad materna es tan alto en Congo oriental? Según afirma Djedje Lukundula, médico que vive en Kivu del Norte y está afiliado a la ONG Merlin, la respuesta a esta pregunta se puede explicar en cierta medida con cuatro “demasiados”. “Las mujeres quedan embarazadas demasiado jóvenes (antes de los 16 años), demasiado mayores (después de los 35 años), demasiado seguido (la mujer promedio tiene más de seis embarazos) y demasiado pronto (menos de dos años entre cada parto)”. Además, muchas muertes se producen por lo que sucede demasiado

La fuerza y la compasión de las madres congoleñas

“Aquí, en su pueblo, la mujer es algo especial”, comenta Solange, un miembro de personal de Save the Children que desde 1996 trabaja para proteger a las mujeres y la infancia de la violencia sexual y de género en territorio de Masisi. “Hace todo lo que puede. El marido puede o no ayudarla, de modo que está sola para cuidar de sus hijos. Por lo general, está sola en los campos, y también cuando va al mercado a vender cosas para que sus hijos puedan vivir. Se la ve en la carretera, siempre cargando bultos pesados. Sin ella, no hay vida”.

“La madre es muy valiente”, prosigue Solange. “Por eso es que a veces cae en trampas, porque se expone a muchas cosas. El mercado queda muy lejos, pero ella va a pie. Sin otros medios de transporte, tendría que ir muy, muy lejos para buscar provisiones. A veces, va de aquí a Pinga, ida y vuelta; otras veces, vende bebidas en su área para que sus hijos puedan

sobrevivir. Eso es algo muy positivo sobre las madres que vemos en estos pueblos.

Las madres de aquí son muy compasivas. Con frecuencia, las niñas y los niños que están solos son bienvenidos a los hogares y las madres los cuidan como si fueran sus propios hijos. Puede que no tengan ningún parentesco con el niño o niña, pero lo adoptan de forma inmediata, sin dinero ni influencia. Esto es algo que hemos notado aquí, especialmente en los pueblos. Hay muchos niños y niñas que han sido abandonados, que son huérfanos, no tienen padre ni madre, pero encuentran otras familias. Y cuando entras en sus casas, no te das cuenta de que el niño o la niña no pertenece a esa madre. Te puedes dar cuenta después. Aunque darse cuenta es muy difícil porque la hospitalidad de las madres congoleñas es muy sana, por decirlo de alguna manera”.⁷⁴



tarde: en el momento del parto, la decisión de ir a un hospital o centro de salud se toma demasiado tarde, y se demora el traslado de las mujeres desde su hogar hasta el centro más cercano, que suele estar muy lejos. Tras llegar al hospital o centro de salud, se demora la atención que las mujeres reciben.¹⁸

Una mujer congoleña con un embarazo de alto riesgo o que prevé complicaciones en el parto no suele obtener la atención obstétrica de emergencia que le permita salvar su vida y la del bebé. Por ejemplo, la mayoría de los establecimientos de salud ubicados en zonas de conflicto carecen de la capacidad para practicar cesáreas o atender a los recién nacidos que necesiten asistencia respiratoria.¹⁹ El sistema de derivaciones no funciona porque, en general, los centros de salud en RDC normalmente no cuentan con medios de transporte (ambulancias o un presupuesto destinado al combustible y el mantenimiento) ni vías de comunicación con otros centros.²⁰

“Los pensamientos sobre el pasado me traumatizan”

Janet, de 38 años, acaba de dar a luz sola en un campamento de refugiados en Uganda. Estaba embarazada de siete meses, por lo que no esperaba entrar en trabajo de parto. “Estaba sola. Yo misma me arranqué el cordón umbilical. Jalé y se cortó”, comentó. “Mi bebé murió a la media hora. Era una noche fría, y no tenía nada para arroparlo”.

Janet y sus tres hijos pequeños huyeron de su casa en Kivu del Norte luego de que los hombres armados atacaran su hogar por la noche. “Nos atacaron a todos con cuchillos. Nos apuñalaron y llenaron de cortes. Mi marido y cuatro de mis niños no sobrevivieron el ataque. Los tres más pequeños sobrevivieron

porque los hombres armados no los vieron. Nos dieron por muertos. Me dejaron con un cuchillo en la cabeza”. Se quita el pañuelo para mostrarnos la cicatriz.

“A los varios meses de haber llegado aquí, mi hija más pequeña se enfermó. Estuvimos internadas en el centro de salud durante dos meses y medio. El médico dijo que tenía kwashiorkor. Mi niña murió. La enterramos ahí”. Janet señala un pedacito de pasto detrás de su pequeña carpa.

“Los pensamientos sobre el pasado me traumatizan”, comentó. “No quiero pensar en nada”.⁷⁵



Muchos trabajadores de la salud congoleños no tienen el equipamiento necesario ni el apoyo requerido, y sus errores pueden producir consecuencias fatales o provocar discapacidades de por vida en las madres y los recién nacidos.²¹ Los ataques al personal de salud también socavan la calidad y la disponibilidad de la atención porque generan traumas en el personal y obligan a los establecimientos de salud a suspender la atención. No existen muchos datos sobre la frecuencia de los ataques a los trabajadores de la salud en RDC, pero se cree que son generalizados.

Morir antes de cumplir los cinco años

Desde 1998, casi la mitad del número de muertes de RDC han sido niñas y niños menores de cinco años.²³ RDC tiene el quinto índice de mortalidad infantil más alto del mundo, lo que se tradujo en más de 391.000 muertes de niñas y niños menores de cinco años en 2012. La mayoría de estas muertes no se produjeron por la violencia armada sino por causas que se pueden evitar y tratar, como la malaria, diarrea, pulmonía y desnutrición.

Se calcula que en las zonas afectadas por conflicto, hay 423.000 niñas y niños con desnutrición grave, y esto los vuelve más vulnerables ante las enfermedades y la muerte.²⁴

Se estima que la mortalidad de los menores de cinco años es un 22 % más alta en las niñas y los niños que están en zonas de conflicto en comparación con el promedio nacional.²⁵ Por ejemplo, la inseguridad favoreció la propagación de una reciente epidemia de malaria en Kivu del Norte, donde, desde 1998, han tenido lugar estallidos de lucha enardecida. Por temor a los ataques, las familias suelen pasar la noche en los bosques o en el campo, donde el riesgo de exposición a la malaria es muy alto. Antes del último brote, la malaria causó el 18 % de las muertes infantiles en todo el país.²⁶ En 2013, se triplicaron los casos de malaria en Kivu del Norte en comparación con años anteriores; además, es probable que entre el 70 y el 80 % de las muertes causadas por esta enfermedad sean de niñas y niños menores de cinco años.²⁷

El sarampión se ha vuelto a propagar y se ha convertido en una amenaza de salud pública para la infancia congoleña. Desde la década de 1980, las tasas de vacunación se han reducido, y una epidemia de sarampión ha afectado a todo el país desde 2010.²⁸ La enfermedad es muy contagiosa y se puede propagar rápidamente en un país como RDC, donde el 27 % de los bebés de un año no han sido vacunados.²⁹ De enero a octubre de 2013, más de 74.000 casos de sarampión causaron la muerte de 1.160 niñas y niños.³⁰

La mayoría de las niñas y los niños enfermos en RDC no obtiene la atención de salud necesaria para salvar su vida cuando la necesitan. Según los cálculos más recientes, solo el 42 % de las niñas y los niños con síntomas de pulmonía recibe antibióticos, el 39 % de niñas y niños enfermos con fiebre recibe un medicamento contra la malaria y el 27 % de los que tienen diarrea recibe sales para rehidratación por vía oral.³¹

Atención de salud inasequible para la mayoría

Las personas en situación de pobreza suelen quedar excluidas de la atención de salud en RDC. La mayor parte de la población vive con menos de dos dólares por día; por lo tanto, para la mayoría de las personas,³⁴ el costo suele ser el mayor obstáculo a la hora de acceder a los servicios de salud.³⁵

El sistema de salud sufre un problema crónico de falta de financiación; en consecuencia, los costos suelen trasladarse al usuario. Es probable que el costo de los procedimientos de emergencia, como una cesárea, sea exorbitante: 60 dólares o más en zonas donde las mujeres ganan menos de 50 centavos de dólar por día.^{36, 37} Según un informe de 2011 de UNFPA, los establecimientos de salud ubicados en la región noreste afectada por conflictos de RDC suelen carecer incluso de suministros básicos y, usualmente, se exige a las futuras mamás que compren los materiales (como jabón, guantes, hoja de afeitar y una sábana) que se necesitan para garantizar un



Di a luz a siete hijos a lo largo de mi vida. En cada nacimiento, miraba al bebé y pensaba que ese bebé se estaba muriendo de hambre en mi interior y que se moriría ahora que ya estaba en este mundo. Tres de mis bebés murieron por inanición. Espero no volver a quedar embarazada porque el bebé se moriría también”.

– **Madre congoleña,**
zona rural²²

“

Tuve que hacerme una cesárea aunque sabía que no la podría pagar. Después de la operación, estuve tres semanas en el hospital esperando que mi marido consiguiera el dinero. Mi beba sufrió de fiebres distintas durante mi estadía porque estaba rodeada de enfermedades”.

– **Madre congoleña,**
zona urbana³²



parto higiénico. Las mujeres que no tienen recursos económicos para comprar estos elementos, a menudo, terminan dando a luz en su hogar o al aire libre sin la asistencia de personal de salud capacitado.³⁸

Una investigación realizada en 2013 por Médicos Sin Fronteras (MSF) en Walikale, provincia de Kivu del Norte, determinó que, en 9 de cada 10 hogares, había habido, al menos, una persona enferma durante las dos semanas previas. Más del 35 % informó que no busca atención, de los cuales la mayoría afirmó que no lo hace debido a la falta de dinero.³⁹

La experiencia de MSF demuestra que si en una zona se prestan servicios médicos gratuitos, es más probable que las personas busquen atención de salud. En 2011, el hospital Lulimba en Kivu del Sur pasó de usar un sistema de recuperación de costos a prestar servicios sin cargo. La cantidad de pacientes se disparó. Por ejemplo, el número de partos aumentó nueve veces, de 182 en 2010 a 1.663 en 2012, y la cantidad de vacunas contra el sarampión pasó de 0 a 2.055 durante el mismo período. Este aumento en la adopción de los servicios médicos puede atribuirse, en gran medida, a la introducción de atención de salud gratuita y de calidad en la zona.⁴⁰

“

Todavía tengo una deuda con el médico que estuvo en el parto de mi primer hijo. Para este embarazo, voy a tener que ir a ver a una partera tradicional porque aceptará una gallina como pago en lugar de dinero”.

– **Madre congoleña,**
zona rural³³

Violencia sexual generalizada

Las violaciones y la violencia sexual siguen siendo uno de los desafíos más urgentes que enfrenta RDC. Si bien las violaciones ya existían antes de que se desencadenaran los conflictos, la escalada de violencia sexual y de género surgió como un nuevo fenómeno, estrechamente relacionado con la guerra civil y los conflictos recurrentes que tuvieron lugar entre 1996 y 2002.⁴²

Los combatientes han usado, y siguen usando, la violación como una estrategia para humillar y dominar a los enemigos. En RDC, los perpetradores de estos actos de violencia provienen prácticamente de todos los ejércitos, milicias, bandas delictivas y demás grupos involucrados en los conflictos. Un médico del hospital de Panzi, en Bukavu, Kivu del Sur, explicó que numerosas víctimas informaron que los atacantes rodeaban los pueblos y violaban públicamente a las mujeres, las niñas y los niños, y los ancianos. Las violaciones “se cometen para destruir por completo la estructura familiar

y social de la comunidad”, afirmó el médico. Hace poco, personas sobrevivientes de Kivu del Norte y Kivu del Sur informaron que fueron atacadas camino al mercado, mientras buscaban alimentos en el campo o juntaban leña en el bosque, al encontrarse en los campamentos de personas desplazadas o sus alrededores, en los pueblos y en sus propios hogares.^{43, 44, 45, 46}

No se conoce el verdadero alcance de la violencia sexual en RDC. Las violaciones y la violencia sexual no suelen denunciarse a causa del estigma y la vergüenza que generan. Los estudios sugieren que uno o dos tercios de las víctimas son niñas y niños. UNFPA informó que más del 65 % de las nuevas víctimas de la violencia sexual en 2008 eran niñas y niños, en su mayoría niñas adolescentes. En contraste, el Representante Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para la cuestión de los niños y los conflictos armados calculó que un 48 % de las víctimas eran niñas y niños.⁴⁷ Según el Ministerio de Género, en las zonas de conflicto en RDC, la edad media de sobrevivientes en 2012 fue inferior a 21 años, y un tercio del total de sobrevivientes tenía entre 12 y 17 años de edad.⁴⁸

En 2013, hubo un recrudecimiento de los casos de violencia sexual en Kivu del Norte. Se produjo un vacío de seguridad que permitió a varios grupos armados ampliar sus operaciones militares, lo que estuvo acompañado por violaciones y otras formas de violencia sexual.⁴⁹ Entre enero y julio de 2013, ACNUR informó que la cantidad de casos de violencia sexual aumentó 6,5 veces en la región en comparación con el mismo período en 2012 (705 casos frente a 108); el 88 % de estos fueron violaciones y el 62 %



A mi hija la violaron cuando tenía seis años. Hoy no puede correr. Cuando trata de correr, siente dolor en el estómago cerca del ombligo. Viene con la mano en el ombligo diciendo que le duele debajo. Para recuperarse, tiene que descansar media hora. A veces, tiene fiebre; la temperatura le sube de repente. Cuando va a buscar agua y ve niños, en cuanto alguno la mira, vuelve corriendo muy rápido, especialmente si está sola. Desde ese día hasta hoy, le tiene miedo a los niños”.

— **Kesiya**, de 40 años,
Mutoko⁴¹



Mis mellizos ahora tienen cuatro meses. Estoy teniendo dificultad en amamantarlos. No se están alimentando bien y temo tener que dejar de amamantarlos y empezar a darles alimentos sólidos. Para mí es difícil brindarles a mis mellizos o brindarme a mí misma nutrición suficiente. Debido a que no tengo a nadie que me ayude a mantener a mis hijos, no hay suficiente para comer ni suficiente dinero. Me encantaría poder tomar anticonceptivos para no traer al mundo a más bebés por el momento. Sin embargo, no conozco ningún lugar en los alrededores donde me puedan brindar servicios de planificación familiar”.

— Sylvie, de 16 años⁷³

fueron perpetrados por grupos armados.⁵⁰ En toda la provincia, se denunciaron más de 11.400 casos de violencia sexual.⁵¹ A fines de enero de 2014, ACNUR informó que los incidentes relacionados con la protección (violencia sexual y reclutamiento de niñas y niños) aumentaron un 37,5 % en la provincia en 2013, en comparación con 2012.⁵²

Existen dos grupos de mujeres muy arraigados en Kivu del Norte que, desde hace más de una década, luchan contra las violaciones y la violencia sexual. *Centre Hospitalier FEPSI* es un centro médico independiente cuyo funcionamiento está exclusivamente a cargo de mujeres, que presta servicios gratuitos en la ciudad de Butembo, en Kivu del Norte. Ofrece servicios en dos distritos, Lubeno y Beni (cerca de dos millones de personas), y proporciona asistencia médica y psicológica a las víctimas de violaciones. El hospital FEPSI tiene 63 camas, 57 empleadas y 125 “personas de confianza” que se ocupan de comunicar a los habitantes de los pueblos acerca de los servicios ofrecidos. Quince mujeres fundaron el proyecto FEPSI (*Femmes Engagées pour la Promotion de la Santé Intégrale*) en 2000 cuando sintieron la necesidad de hacer algo para ayudar a las mujeres y las niñas y los niños que habían sufrido violaciones, y para prevenir la propagación del VIH. “No podíamos tolerar más que la sociedad y el mundo entero miraran para otro lado”, afirmó Marie Dolorose Masika-Kafanya, una de las fundadoras, que actualmente es la presidenta.⁵³

Synergie des Femmes pour les Victimes des Violences Sexuelles (Sinergia de las Mujeres por las Víctimas de Violencias Sexuales) es un consorcio formado por 35 organizaciones congoleñas que proporcionan atención médica y apoyo a las víctimas de violencia sexual en la provincia de Kivu del Norte. En 2002, Masika Bihamba, la fundadora de Synergie, encontró a una mujer de 80 años que había sido brutalmente violada. Intentó ayudar a la víctima a obtener atención médica, pero era una mujer tan pobre que ningún médico la quiso atender y finalmente murió. “Fue un punto de inflexión”, explicó Bihamba, que asumió el compromiso de documentar las violaciones como un crimen de guerra y de ofrecer a las víctimas contención emocional y asistencia legal y médica. “Es una guerra contra las mujeres”, dijo. “Cuando dos bandos se enfrentan, uno castiga al otro violando a las mujeres. Cuando las mujeres se acercan a mí buscando un poco de esperanza, me digo a mí misma, debo seguir luchando por ellas”. Más de 1.800 mujeres recibieron ayuda de *Synergie*. La coalición también elaboró proyectos de ley para corregir errores en el sistema judicial del país a fin de castigar a los violadores y los delincuentes violentos.⁵⁴

Transmisión de VIH de madre a hijo

Se calcula que 32.000 mujeres embarazadas y 32.000 niñas adolescentes de entre 10 y 19 años en RDC viven con VIH. Según ONU SIDA, la prevalencia de VIH varía de entre 1,7 % a 7,6 % según la región y puede llegar hasta un 20 % entre las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual en áreas de conflictos armados.⁵⁶ Los índices de infección a escala nacional están aumentando entre las niñas adolescentes y mujeres jóvenes;⁵⁷ sin embargo, es poco común que se lleven a cabo pruebas de VIH en centros de salud o salas de maternidad.⁵⁸

República Democrática del Congo es uno de los dos países clasificados en los puestos más bajos de África Central y Occidental en cuanto a la prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo. Sólo el 1 % de las mujeres embarazadas que se cree que son VIH-positivo tienen acceso a tratamiento antirretroviral. Sin tratamiento, MSF afirma que un tercio de los bebés que están expuestos al virus nacerán con VIH.⁵⁹ Según cálculos oficiales del gobierno, la tasa de transmisión de madre a hijo es incluso más alta: un 37 %.⁶⁰

La débil infraestructura de salud de RDC es una de las razones de los altos índices de transmisión de madre a hijo del país. Otra razón es el costo. Incluso cuando se ofrecen servicios “gratuitos” casi nunca son totalmente gratuitos, manifestó Thérèse Kabale Omari, directora de *Femme Plus* para la provincia de Kinshasa, una organización que

trabaja con mujeres que viven con VIH en siete provincias del país. “Por ejemplo, la prueba de VIH puede ser gratuita, pero hay que pagar la ficha médica, la jeringa que se utilice en caso de tratamiento, el transporte. Los gastos se suman y pocas mujeres pueden solventarlos”.⁶¹

La falta de conocimiento, pruebas de VIH mínimas y prácticas sexuales poco seguras entre las niñas adolescentes son preocupantes. Según un estudio reciente, sólo el 13 % tiene buenos conocimientos de VIH, el 8 % tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses y sólo el 18 % que tuvo múltiples parejas utilizó un condón la última vez que tuvo relaciones. Asimismo, más del 20 % de las niñas adolescentes tuvo relaciones antes de cumplir los quince años, y sólo el 6 % se hizo el test y recibió resultados.⁶² Un conjunto reciente de debates de grupos de discusión en Masisi, Kivu del Norte, reveló que de todos los grupos entrevistados las mujeres solteras eran las que menos conocimientos tenían sobre el VIH/SIDA. La mayoría de las participantes de un grupo de discusión de mujeres solteras en el campamento de Mungote y la mitad de las participantes en el campamento de Kalinga ni siquiera habían oído hablar nunca del VIH o SIDA.⁶³

Save the Children recientemente completó un proyecto por el que se brindó ayuda a adolescentes en Goma, Kivu del Norte, para combatir el contagio de VIH/SIDA y adoptar conductas sanas. Alumnas y alumnos de entre 12 y 14 años de dos escuelas eligieron compañeros para desempeñarse como educadores, a quienes el personal docente y del proyecto brindaron capacitación y apoyo. Estas niñas y niños educadores mantuvieron grupos de discusión y organizaron actividades de juegos de rol para crear conciencia sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH. Los adolescentes pintaron un mural y armaron una obra de teatro para promover los mensajes de salud. También distribuyeron folletos que describen la forma de reconocer y prevenir las infecciones



Ayer atendí un caso de un hombre cuya esposa fue violada por los combatientes en Congo. Como consecuencia de ese incidente, la mujer quedó embarazada y además contrajo VIH. Como no sabía que tenía VIH, su esposo también se contagió y ahora el bebé también es VIH-positivo. El bebé nació en Congo y como se desconocía el estado serológico de la madre, no se tomaron precauciones para evitar la transmisión al bebé. Esta pareja se dio cuenta de su estado serológico luego de que el bebé se empezó a enfermar y lo trajeron aquí para tratarlo”.

– Dr. Installah Franco,
campamento de refugiados
Rwamwanja, Uganda⁵⁵



Centro de salud Rwamwanja, Uganda



y que brindan información sobre las pruebas de enfermedades de transmisión sexual y VIH. Las encuestas posteriores realizadas en las escuelas revelaron que tanto niños como niñas dijeron que había mejorado mucho su nivel de confianza en utilizar bien un condón, y las niñas registraron un cambio significativo en su confianza a la hora de buscar servicios de salud sexual y reproductiva en caso de necesitarlos. La prueba de VIH fue el servicio más consultado durante el período de prueba: entre 35 a 45 adolescentes por mes se hicieron dicho análisis.⁶⁴

La educación de las mujeres y las niñas

Durante los años de guerra (1996-2003), muchos consideraban que el sistema educativo estaba en aun mayor estado de deterioro que el sistema de salud, lo que creaba un riesgo real de que la próxima generación de congoleños fuera analfabeta.⁶⁶ En ese entonces, sólo el 35 % de las niñas y los niños estaban matriculados en la escuela primaria y las tasas de finalización del ciclo escolar eran excesivamente bajas en ambos sexos, pero en especial, en las mujeres.⁶⁷ Lamentablemente, estos temores en cierta medida se han materializado. En 2007, sólo el 53 % de las mujeres congoleñas de entre 15 y 24 años sabían leer y escribir, en comparación con el 63 % en 2001.⁶⁸

En un estudio de 2012 realizado por UNESCO y UNICEF se estableció que más de la mitad (el 52,7 %) de los 7,3 millones de niñas y niños sin escolarizar en RDC, alrededor de 3,8 millones, eran niñas.⁶⁹ Entre los obstáculos para la educación de las niñas se encuentran los ingresos familiares bajos y falta de infraestructura escolar en algunas áreas. Además, las creencias reinantes en la comunidad y las prácticas dañinas como, por ejemplo, el matrimonio infantil y embarazos a temprana edad, siguen atando





a las niñas a los hogares, donde se dedican a los quehaceres domésticos, en vez de ir a aprender a la escuela. Incluso cuando tienen acceso a la escuela, dada la inseguridad en algunas áreas, las niñas y los niños se encuentran en riesgo de ser atacados en el camino de ida o de vuelta.⁷⁰ Muchas niñas también abandonan la escuela luego de haber sido violadas, debido a enfermedades, el trauma, el desplazamiento o estigma.⁷¹

Una ONG congoleña llamada Children's Voice está trabajando para abordar algunos de estos desafíos en Goma, Kivu del Norte. La organización brinda educación primaria, capacitación profesional y asistencia de salud mental para las niñas y los niños de la comunidad, incluidos los huérfanos, ex niñas y niños soldados y adolescentes en riesgo. Para los que no han podido empezar la escuela primaria más temprano, Children's Voice brinda un programa acelerado de escolarización primaria que permite completar dos años de currículo escolar en uno. El programa les da la oportunidad de completar la escuela primaria en tres años (en lugar de los usuales seis) a los niños y las niñas que ya son demasiado grandes para matricularse en el primer nivel de escuela primaria. Para las personas adolescentes y adultas jóvenes que ya han superado la edad de escolarización formal, Children's Voice brinda capacitación profesional y clases de alfabetización para equiparlos con el fin de que puedan procurarse un ingreso y participar en sus comunidades.⁷²



Una día iba de casa en Masisi camino a la escuela. Me topé con tres varones, uno de ellos tenía un arma. Me atacaron y los tres me sometieron sexualmente contra mi voluntad. Me siento mal por tener un bebé siendo tan joven, pero lo voy a cuidar. Desearía poder retomar la escuela”.

— **Jovia**, de 14 años,
madre de un bebé
de ocho meses⁶⁵



Campamento de refugiados sirios, Irak

Vidas de madres, niñas y niños sirios destruidas por el conflicto

La guerra civil en Siria, que ya lleva cuatro años, ha tenido un efecto demoledor en las vidas de madres, niñas y niños. Por lo menos 1,4 millones de niñas y niños y 690.000 mujeres han huido del conflicto para convertirse en refugiados en los países vecinos,² mientras que más de nueve millones de personas permanecen en Siria y necesitan ayuda humanitaria.³ Según UNFPA hay más de 2,9 millones de mujeres y niñas sirias en edad reproductiva que necesitan asistencia dentro y fuera del país.⁴ Y se calcula que para fines de 2014 dicha cifra ascenderá a cinco millones.⁵

Antes de que se desatara el conflicto, Siria era un país de ingresos medios con unas estadísticas de supervivencia materna e infantil también promedio. Asimismo, Siria estaba en condiciones de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 y 5, dado que su índice de mortalidad infantil era de 15 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (la meta es 13) y su índice de mortalidad materna, de 70 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos (la meta es 60).⁶ Estos logros fueron posibles gracias a que el país contaba con un sistema de salud en funcionamiento que brindaba un nivel de asistencia de salud adecuado, con un alto índice de vacunación de niñas y niños⁷ y acceso universal al personal capacitado en asistencia de partos y a partos atendidos en establecimientos de salud.⁸

Hoy en día, las cosas no podrían ser más distintas. El sistema de salud sirio ha quedado destruido y ha dejado sin atención a millones de madres, niñas y niños. Se calcula que un 64 % de los hospitales y un 38 % de los establecimientos de atención primaria han sido dañados o destruidos y la producción de medicamentos ha disminuido en un 70 %. Cerca de dos tercios de los médicos de Siria han huido del país. En Alepo, una ciudad que debería tener 5.000 médicos, sólo quedan 36.^{9, 10, 11, 12}

Los ataques al personal y los establecimientos de salud se han vuelto moneda corriente. Hospitales, centros de salud en el terreno, ambulancias y vehículos que transportan medicamentos e insumos médicos son blanco de destrucción.¹³ El personal médico denuncia haber sufrido ataques por atender heridos, entre ellos, civiles.¹⁴

Las personas que han buscado refugio en países vecinos enfrentan una serie de desafíos diferentes. Debido al éxodo de refugiados más grande en la historia reciente, los grupos de ayuda humanitaria y las comunidades de acogida en Líbano, Jordania,



Mis hijos llevan un año entero sin comer frutas ni verduras. Los más pequeños no saben lo que es un alimento fresco. Esto es un verdadero tormento para cualquier madre. Cuando se nos presentó la oportunidad de huir, no lo pensamos dos veces. Cien personas de mi pueblo nos fuimos en un pequeño autobús para 24 pasajeros. Anduvimos dos días enteros sin parar ni siquiera para ir al baño. Aunque estaba embarazada de seis meses, tuve que viajar parada. Me desmayé varias veces. Los niños lloraban hasta quedar exhaustos. Tenían mucha hambre, sed y estaban muy cansados. Tenían la ropa sucia y mojada de no poder bajar del autobús para hacer sus necesidades. No sé cómo sobrevivimos ese viaje. Esos dos días en la carretera fueron tan eternos como el año que pasamos bajo asedio”.

– Zahra, de 35 años,
región central de la Beca, Líbano¹



Durante mi embarazo, estuve muy enferma, pero no había ni médicos ni hospitales. Fue muy distinto a mis otros embarazos, no me hicieron ecografías ni controles. Siempre di a luz en hospitales, nunca en casa. Ya de noche, le dije a mi familia que tenía que ir al hospital, pero era imposible desplazarse sin arriesgar la vida: ya habían empezado los bombardeos. Los hombres disparan a cualquier cosa que ven durante la noche, y hay miles de puestos de control: nunca podríamos cruzarlos. A eso de las 4 de la madrugada, empecé el trabajo de parto. Estaba aterrorizada. Sentía tanto dolor que pensé que me iba a morir. Hubo una terrible complicación durante el parto y agradezco a Dios la diligencia de mis vecinos para que una partera pudiera llegar hasta donde yo estaba. Mi bebé tenía el cordón umbilical enrollado en el cuello; la partera le salvó la vida a mi bebé y creo que a mí también”.

— **Ara, Líbano**¹⁵

Turquía, Irak y Egipto enfrentan grandes dificultades a la hora de hacer frente a las necesidades de la creciente población de refugiados. Muchas familias huyeron con lo poco que podían llevar encima y la mayoría ahora vive en condiciones mucho peores de lo que les tocó vivir en Siria. Hoy en día, “casa” es una carpa, caravana, refugio colectivo o apartamento hacinado, compartido por hasta 20 miembros de una familia. Muchas de estas personas han visto menguar su dinero y ya no pueden comprar alimentos ni ropa, ni pagar para recibir atención médica.

Parir bajo el fuego

Antes del conflicto, el 96 % de los partos en Siria eran atendidos por personal de partos capacitado.¹⁶ Si bien no se dispone de cifras exactas debido al conflicto, los expertos de la ONU sospechan que en Siria hoy mueren más madres y recién nacidos.¹⁷ Según una evaluación reciente de 121 subdistritos en Siria, menos del 25 % contaba con acceso a servicios regulares de salud reproductiva. En algunas zonas sitiadas, como partes de Homs, estos servicios brillan por su ausencia.¹⁸

Las mujeres en Siria enfrentan enormes dificultades para acceder a la atención prenatal, de parto y postnatal. Asimismo, hay escasez de ambulancias y personal femenino en los hospitales, además de los frecuentes puestos de control y bloqueos de carreteras camino a los hospitales. Estos problemas han propiciado partos no asistidos,¹⁹ así como un vuelco en la proporción de mujeres que eligen tener cesáreas programadas. En 2011, el 19 % de las madres en Siria tuvieron partos quirúrgicos. Para 2013, el porcentaje se había más que duplicado, llegando a un 45 %.²⁰ En un hospital de una ciudad sitiada, el 75 % de todos los partos se hizo por cesárea.²¹ Con frecuencia, las mujeres están eligiendo la cesárea con el fin de poder programar el parto, en vez de correr el riesgo de verse en trabajo de parto en un contexto inseguro y sin ambulancias y, en especial, para evitar tener que trasladarse por la noche en condiciones especialmente riesgosas y atemorizantes.

Sin duda, una mujer nunca elige tener una cesárea como primera medida, pero para muchas mujeres no hay alternativa. Debido a que una cesárea constituye una cirugía abdominal mayor, la madre corre varios riesgos tales como infecciones, complicaciones a consecuencia de la anestesia, hemorragia, pérdida de sangre y trombosis intravascular. Como resultado, el período de recuperación para las madres es mayor. Si la cesárea se programa para antes de que el embarazo llegue a término, el bebé nacerá prematuro. También se la relaciona con problemas respiratorios y da como resultado menores puntajes en pruebas de salud neonatal.²²

Según un cálculo, es probable que el año pasado alrededor de 15.000 mujeres sirias en Jordania estuvieran embarazadas.²³ Debido a la interrupción de la prestación de servicios de salud en Siria, al momento de abandonar sus hogares, muchas de estas mujeres llevaban mucho tiempo sin hacerse controles médicos. Si quedaron embarazadas mientras estaban todavía en Siria, es probable que no hayan recibido atención prenatal adecuada²⁴ y que, muchas de ellas, se encontraran desnutridas.²⁵ Las mujeres que ahora viven en grandes campamentos –como el enorme campamento de refugiados de Zaatari– puede que ahora cuenten con acceso a asistencia de salud materna y neonatal, aunque los servicios no están garantizados para el 85 % de los refugiados que viven fuera de campamentos en pueblos, aldeas y ciudades.²⁶

En numerosas evaluaciones llevadas a cabo entre los refugiados sirios –en campamentos y otros contextos en la región– se han puesto de manifiesto las brechas existentes en la disponibilidad de servicios de salud reproductiva.^{27, 28} Según una evaluación de necesidades de 2012 en Líbano, por ejemplo, el 55 % de las personas participantes que viven en la región norte de Líbano manifestaron que los servicios de salud reproductiva “no estaban disponibles”.²⁹



Cuando llegamos al campamento, estaba muy contenta de finalmente poder dormir sin preocuparme por las explosiones y bombardeos. Pensé que por fin podría alimentar a mis hijos y enviarlos a la escuela. Pensé que podría ver a un médico y obtener asistencia de salud adecuada. Tardé unos días en darme cuenta de que había huido de un infierno para meterme en otro. Hay disponibilidad de alimentos, pero no tenemos el dinero para comprarlos. Lo mismo sucede con la atención de salud: está disponible, pero no al alcance de nuestro bolsillo”.

— **Zahra**, de 35 años, región central de la Beká, Líbano³⁰

Atención sanitaria inasequible

Mientras se reducen sus recursos económicos, el acceso a la atención de salud de la población siria se ha visto afectado. En Siria, las familias desplazadas por lo general no tienen los recursos para pagar servicios médicos y solventar gastos de medicamentos, debido a que los precios se han disparado a consecuencia de la escasez.³¹ En Jordania y Líbano, el alto costo de la atención de salud ha obligado a algunas mujeres sirias refugiadas a renunciar a la atención médica prenatal, visitas de control y otros servicios relacionados.³² Las personas refugiadas sólo tratan de obtener atención médica cuando los problemas de salud se han vuelto críticos. Como consecuencia, constituyen un riesgo para la vida y cuesta más caro tratarlos. Según varios estudios, las personas refugiadas sirias en Líbano están regresando a Siria para acceder a tratamiento, debido a que los precios son mucho más bajos. Sin embargo, al hacerlo, están poniendo su seguridad en peligro además de poner mayor presión en lo que queda de un sistema falto de recursos en Siria.³³

Como una solución parcial a estos desafíos, UNFPA ha puesto en práctica un sistema de vales para ayudar a las mujeres a pagar la atención de salud prenatal, de parto y postnatal en Siria y Jordania. Unos equipos móviles visitan los refugios y las zonas afectadas por la crisis para distribuir vales que las mujeres pueden utilizar para recibir de forma gratuita atención materna y obstétrica de emergencia en varios hospitales y centros de salud.³⁴ En Líbano, Save the Children brindó apoyo para que los centros de salud provean consultas médicas y análisis de laboratorio gratuitos. Pronto, se pondrá en práctica un sistema de vales para cubrir gastos de medicamentos.

Sobrevivir las primeras horas de vida

En Siria, las vidas de muchos recién nacidos están en riesgo apenas nacen. Menos de la mitad de los hospitales públicos que todavía quedan en funcionamiento están equipados para hacer frente a enfermedades de la infancia o tienen los equipos y personal especializado necesarios para atender bebés recién nacidos.³⁶ Los bebés prematuros mueren en las incubadoras a raíz de los frecuentes cortes de luz. En una zona, murieron de esta forma cinco bebés en un día.³⁷ Los bebés recién nacidos deben mantenerse bien



A mi marido lo mataron durante los enfrentamientos y yo tuve que abandonar mi pueblo con mis cuatro hijos. Yo estaba embarazada de cinco meses y me llevó dos meses llegar a este refugio. Durante todo el viaje, mis hijos y yo pasamos muchísimo frío y hambre. Al llegar, entré en trabajo de parto estando en mi séptimo mes. Como no había hospitales ni personal médico en los alrededores, me ayudaron otras mujeres. Mi bebé nació muy prematuramente y no había asistencia especializada para ayudarlo a sobrevivir. Apenas vivió dos horas

— **Samira**, de 28 años, Siria³⁵



De pronto, nos vimos envueltos en medio de una zona de guerra. Había enfrentamientos día y noche y nosotros quedamos atrapados en el medio. Pasamos muchas noches en los campos con otras familias que también tenían miedo como nosotros pero no querían abandonar el pueblo. Un día... regresamos a nuestra casa y la encontramos totalmente destruida y no nos quedó otra opción que huir a Líbano. En ese entonces, yo estaba amamantando a mis mellizos recién nacidos Hashem y Maisam, pero después de pasar aquellas noches con ellos en la intemperie y debido al miedo, tantos hechos traumáticos y las explosiones, se me secó la leche y ya no pude seguir amamantándolos. Mis bebés lloraban todo el tiempo y las calles estaban cortadas y eran muy peligrosas, de modo que debíamos desplazarnos por la noche y caminar por caminos muy difíciles entre los campos. Tardamos dos días en llegar a la frontera libanesa. Fueron los dos peores días de mi vida. Mis bebés estaban muy enfermos y hambrientos”.

— Elham, de 29 años⁴⁵



abrigados durante al menos cuatro a seis horas, y muchos mueren de frío a raíz de la falta de electricidad y calefacción. Debido a que la disponibilidad de electricidad es impredecible, los meses de invierno y la falta de incubadoras, en algunos hospitales envuelven a los bebés en mantas. Pero en un establecimiento de salud, dos bebés murieron porque hacía mucho frío y las mantas no eran suficientes para que estuvieran lo suficientemente abrigados.³⁸

Todos los días nacen 185 bebés de madres refugiadas sirias,³⁹ y muchos enfrentan grandes desventajas. En Líbano, según una evaluación el 26 % de las mujeres que habían dado a luz desde el comienzo del conflicto manifestó haber tenido un parto prematuro.⁴⁰ Según otra evaluación llevada a cabo en Líbano, hasta un 5 % de recién nacidos tuvieron que recibir cuidado neonatal intensivo debido a prematuridad, sufrimiento fetal o malformación congénita.⁴¹ En el campamento de Zaatari en Jordania, más del 20 % de todas las muertes recientes eran de bebés recién nacidos,⁴² tres veces la proporción normal.⁴³ Y en diciembre de 2013 en Zaatari, murieron 13 recién nacidos, comparado con cuatro en noviembre.⁴⁴

Los desafíos de la lactancia

En Siria, la lactancia materna no era una práctica extendida con anterioridad al conflicto: solo un 43 % de los bebés de menos de seis meses se alimentaban exclusivamente de esta manera.⁴⁶ Los sucedáneos de la leche materna eran muy comunes y el gobierno sirio controlaba la producción y distribución de la leche de fórmula a través de farmacias. Pero ahora, con el conflicto, esta red de suministro ha quedado interrumpida. Al mismo tiempo, con la situación cada vez más delicada, aun menos madres están amamantando y las prácticas alimentarias parecen estar empeorando.⁴⁷

En cualquier situación, es más probable que los bebés que se alimentan con fórmula para lactantes se enfermen y mueran en comparación con los que amamantan. En un contexto de emergencia como el conflicto en Siria, donde el riesgo de morir para la

Un lugar seguro para madres, niñas y niños

Manar, madre de dos niños, abandonó Siria cuando estaba embarazada de siete meses de su tercer hijo. “Nuestro barrio estaba rodeado, sitiado”, comentó. “Nuestra única alternativa era venir a Jordania”. Nunca se sintió segura viviendo en una carpa durante once meses en el campamento de refugiados de Zaatari. “No hay puertas que podamos cerrar con llave, así que la gente entra así nomás. No tengo privacidad para amamantar o hacer otras cosas como vestirme o sacarme el velo”.

Un miembro de personal de orientación le sugirió a Manar que visitara el Centro de alimentación de bebés y niños y niñas pequeños de Save the Children. El ambiente calmo y cómodo tranquilizó a Manar de inmediato. “Aquí me siento segura”, comentó, “porque al centro no entran hombres”. Pronto las visitas de Manar al centro se convirtieron en rutina. Las consejeras le explicaron a Manar las ventajas del amamantamiento exclusivo y temprano, práctica que nunca antes había adoptado.

“Con mis dos hijos mayores, simplemente seguí los consejos de mi abuela y mi madre, pero cuando vine al centro, estaba



embarazada y escuché lo que me dijeron la consejera y educadora y me lo aprendí todo. Al cabo de parir, me pusieron al bebé en el abdomen y recordé lo que me había dicho la educadora sobre lo importante que era que el bebé tomara el calostro (la primera leche). No se puede comparar. Como ve, mi bebé con ocho meses ya tiene dientes y es muy inteligente y muy fuerte. Se puede ver la diferencia con mis otros hijos.

“Seguí los consejos y me di cuenta de que era verdad lo que decían. Nos dijeron que darle al bebé agua y azúcar le iba a causar diarrea y así fue. Lo hice con Abdullah y le dio diarrea”.⁹²



Jordania

infancia es de por sí alto, la lactancia salva vidas, brindando protección crucial contra infecciones y la muerte.⁴⁸

Una reciente evaluación de necesidades llevada a cabo por la Gobernación de Daraa puso en evidencia que en vez de la lactancia, se estaba alimentando a los bebés con agua y azúcar.⁴⁹ Han proliferado muchos mitos e ideas erróneas sobre la capacidad de las mujeres de amantar en un contexto de crisis. Una mujer manifestó: “cuando huyes, la leche también desaparece”.⁵⁰

En algunas partes de Siria, se ha estado distribuyendo sucedáneos de la leche materna de forma aleatoria, incluyendo a madres lactantes.⁵¹ Algunos de estos sucedáneos de la leche materna estaban etiquetados en alemán e inglés, lo que hacía difícil, si no imposible, para las cuidadoras árabe parlantes seguir las instrucciones y mezclar la fórmula correctamente.⁵²

Según un estudio realizado en Líbano, menos de la mitad (el 48,9 %) de las mujeres que habían dado a luz en algún momento durante el conflicto dijeron haber amamantado.⁵³ En Jordania –tanto en campamentos como fuera de ellos– los índices de lactancia son bajos, en especial entre los bebés de 6 a 12 meses. Se dice que algunas familias diluyen las fórmulas para lactantes con el fin de que rindan más, lo que reduce su valor nutritivo y es muy probable que cause enfermedades.⁵⁴



*Mi hija Sham tiene un año y siete meses.
¿Sabe cuál fue su primera palabra?
Explosión. ¡Su primera palabra fue
explosión! Es una tragedia”.*

— **Hamma**, Líbano⁵⁵

Amenazas que enfrentan las niñas y los niños pequeños

En Siria, se han registrado los índices más altos de víctimas conformadas por niñas y niños en conflictos recientes en la región.⁵⁶ Si bien es difícil medir los índices de mortalidad y accidentes de víctimas, se calcula que han muerto más de 11.400 niñas y niños,⁵⁷ y la cifra no deja de aumentar.⁵⁸ Los millones que han sobrevivido verán su desarrollo físico normal afectado, su educación interrumpida y su desarrollo emocional perjudicado debido a la exposición a la violencia.

Los médicos tanto en Siria como en los países vecinos han denunciado un aumento en el número de niñas y niños gravemente desnutridos y enfermos que llegan buscando tratamiento. En una sala pediátrica en Damasco, un médico manifestó: “Antes,



“

Tenía miedo —debido a que el nacimiento de mi bebé era inminente— de que cuando me tocara parir no hubiese ningún hospital al que pudiera ir. Además, estaba la duda de dónde iba a dejar a mis pequeños cuando tuviera que parir. Cada día estaba más preocupada. ¿Terminaré pariendo en la calle estando de camino? ¿Y la comida? El hambre era un enorme problema. Mi hijo más pequeño, de menos de un año, no tenía leche. Solo teníamos comida normal para darle. Así de grave era la situación”.

— Noor, de 22 años,
Jordania⁹³



atendíamos a un niño o una niña con cuadros de desnutrición potencialmente mortales menos de una vez por mes. Ahora atendemos diez o más casos de estos por semana”.⁵⁹

Tres años de desplazamiento y de unos servicios de salud que están colapsando también han dejado a las niñas y los niños pequeños de Siria altamente vulnerables frente a enfermedades potencialmente mortales. El acceso que tiene la infancia a las vacunas en muchas regiones de Siria es limitado o inexistente, y por primera vez en más de una década, han ocurrido brotes de polio y sarampión.⁶⁰ También se ha informado de casos de sarampión y otras enfermedades prevenibles entre los refugiados en Jordania, Líbano y Turquía.

En Siria, asimismo, se ha disparado la cantidad de casos de diarrea aguda en la infancia.⁶¹ La falta de agua limpia, combustible y otros recursos necesarios para preparar fórmula para lactantes y esterilizar los biberones se ha atribuido como motivo del gran aumento de casos de enfermedades diarreicas en bebés.⁶² Según una evaluación en el norte de Siria, el 23 % de las niñas y los niños menores de cinco años en campamentos de personas desplazadas internas tuvo diarrea.⁶³

Necesidades de planificación familiar no cubiertas

Las mujeres sirias refugiadas suelen comentarles a los trabajadores humanitarios que les aterra quedar embarazadas.⁶⁶ En una serie de entrevistas realizadas por personal de Save the Children en Líbano y Jordania, casi todas las nuevas madres manifestaron no querer quedar embarazadas y traer a un hijo al mundo en una situación tan difícil. Para muchas, era una odisea alimentar, vestir y dar cobijo a los hijos que ya tenían. También dijeron no estar lo suficientemente fuertes emocional y físicamente para dar a luz y cuidar de un recién nacido.

Lo mismo ocurre con las mujeres desplazadas internas. Cuando los trabajadores humanitarios hablan con las mujeres dentro de Siria —muchas de ellas han sido



Hace diez meses, quedé embarazada. No lo planeé, pero sucedió. Me odio por eso, porque no quiero traer a un hijo a esta vida –la vida de refugiado”.

— **Aisha**, de 27 años, región central de la Becá, Líbano⁶⁵



desplazadas de sus hogares y se encuentran viviendo en refugios colectivos hacinados— estas suelen comentar que lo último que quieren es quedar embarazadas. “Ninguna mujer quiere quedar embarazada en un refugio... Esto es así dondequiera que vayamos”, manifestó Laila Baker, representante de UNFPA en Siria. “No hay lugar para cuidar de un bebé además de representar una boca más que alimentar”. Asimismo, las mujeres temen que el proceso del parto traiga complicaciones, debido a que la atención prenatal, los servicios de parto seguro y obstétricos de emergencia son sumamente limitados.⁶⁷

En muchas partes de Siria, no se dispone de herramientas de planificación familiar. Las mujeres refugiadas manifiestan tener embarazos no deseados debido a que en su país no se dispone de anticonceptivos en los pueblos.⁶⁸



¿Por qué nos fuimos de Siria? Usted pensará que fue por las bombas... pero no. Si bien lo de las bombas era muy grave, podíamos vivir con ello, podíamos sobrevivir. Con lo que no podíamos vivir era la amenaza constante de violencia sexual. En mi cuadra, agredieron sexualmente a una joven delante de su papá para castigarlo; y después lo mataron. Yo vi su cuerpo y nosotros tratamos de ayudar a la joven. Ella sobrevivió, pero al final, ambos murieron ese día, de distintas maneras”.

— **Roha**, de 23 años⁶⁹

Violencia de género

Cada vez hay más pruebas de violencia contra las mujeres en Siria.⁷⁰ Casi tres cuartas partes de las personas entrevistadas (74 %) como parte de una evaluación sobre protección infantil llevada a cabo en entornos de refugiados durante la primera mitad de 2013 manifestaron un aumento de casos de violencia sexual en la zona de la que huyeron.⁷¹ El IRC, International Rescue Committee (Comité Internacional de Rescate) describe la violación como una “característica prominente y perturbadora de la guerra civil siria”.⁷² Y la Comisión de Investigación de la ONU sobre Siria expresó “la violencia sexual ha caracterizado el conflicto”. Según los investigadores de la ONU, “la amenaza de violación se utiliza como herramienta para aterrorizar y castigar a las mujeres, los hombres y la infancia”.⁷³

Según relatos documentados por los investigadores de la ONU, se han cometido actos de violencia sexual contra las mujeres y las niñas durante los ataques, en centros de detención, puestos de control y posiblemente durante allanamientos de moradas.⁷⁴ Las mujeres y niñas han manifestado haber sido víctimas de ataques en lugares públicos y en sus hogares, principalmente por parte de hombres armados. En muchos casos, según los informes del IRC, los ataques se han perpetrado delante de otros miembros de la familia.⁷⁵ Las escuelas se consideran lugares de alto riesgo.⁷⁶ En el campamento de Zaatari, las carpas y letrinas se identificaron como los lugares más probables en que

se perpetre la violencia de género contra las niñas. Para las mujeres, los hogares y los centros de distribución constituyen los lugares más riesgosos.⁷⁷

En 2013, los organismos de ayuda humanitaria en su conjunto asistieron a más de 78.655 sobrevivientes de la violencia de género dentro de Siria brindando asistencia psicosocial, apoyo psicológico inicial, orientación médica y programas de capacitación profesional.⁷⁸

Los bajos índices de denuncias, las denuncias tardías y la cultura del silencio dificultan la evaluación de la verdadera escala de la violencia de género entre refugiados de Siria. Los investigadores de la ONU en Jordania se encontraron con una gran resistencia entre los refugiados a hablar acerca de incidentes en términos específicos. Los participantes de ambos sexos confirmaron que las mujeres no pueden hablar abiertamente sobre la violencia de género y que los sobrevivientes suelen tener miedo de discutir lo que les ha ocurrido. Según un informe de la ONU, las mujeres encuestadas agregaron que si una mujer se pusiera a hablar de eso, podría sufrir agravios de parte de sus hermanos o parientes de sexo masculino porque dichas acusaciones deshonran la familia.⁷⁹ De la misma forma, en Líbano, muchas mujeres refugiadas que eran víctimas de violencia perpetrada por sus parejas manifestaron que no denunciarían la violencia a la que están sujetas por miedo a que sus maridos las fueren a regresar a Siria.⁸⁰

Los organismos de protección continúan planteando la preocupación de que las mujeres no puedan denunciar los incidentes de violencia de género y recibir servicios



“

Cuando mi mamá estaba pariendo, afuera había bombardeos. Fue horrible. Todos teníamos miedo. No tengo buenos recuerdos de Siria. Recuerdo cómo murieron mi tío y mi abuela, porque lo vi. ¿Qué me acuerdo de Siria? La sangre”.

— **Noor**, de 11 años, Jordania⁹⁴



No estaba preparada ni pensando que tendría un hijo, especialmente en estas circunstancias. Por lo general, tener un hijo es sinónimo de alegría, la alegría de traer una nueva vida al mundo. Pero en estas circunstancias yo no quería tener el bebé debido a las dificultades a las que nos enfrentamos”.

— **Ghada**, de 26 años, campamento de refugiados de Zaatari en Jordania⁶⁴

de calidad en Siria, en particular en áreas donde los enfrentamientos son intensos, como Aleppo, Homs y las afueras de Damasco.⁸¹ La falta de conocimiento de los servicios de asistencia a las víctimas se ha mencionado como una de las áreas de preocupación clave en varias evaluaciones en y fuera de Siria. Una evaluación de 2013 llevada a cabo en Jordania (en los campamentos y otros contextos), por ejemplo, puso en evidencia que la disponibilidad de servicios clínicos para las personas sobrevivientes de violencia sexual era limitada, al igual que el conocimiento de su existencia, lo que posiblemente haga que la población no los utilice.⁸²

En otro estudio del año pasado llevado a cabo con refugiados sirios asentados fuera de los campamentos en Jordania se concluyó que los servicios de asistencia, confidenciales y especializados, actualmente disponibles para las mujeres, niñas y niños sirios que han sobrevivido violencia de género no son suficientes y, en los casos en que están disponibles, las personas refugiadas suelen desconocer su existencia. El 83 % de los refugiados encuestados, lo que representa una cifra alarmante, no conocía ningún servicio para los sobrevivientes de la violencia de género en su comunidad.⁸³ Más del 80 % de los participantes de una evaluación entre organismos de protección de la infancia de 2013 en Siria también manifestaron que no sabían dónde podían obtener ayuda profesional los niños y las niñas sobrevivientes de la violencia sexual.⁸⁴

Casamiento a edad temprana de las niñas sirias

Los casamientos a edad temprana no eran raros antes del conflicto, pero algunos consideran que hoy en día las niñas sirias se están casando aun más jóvenes.⁸⁶ Existen rumores de que las niñas refugiadas sirias en Egipto, Jordania, Líbano, Libia y Turquía están siendo forzadas a contraer matrimonio –con frecuencia con hombres mucho mayores– bajo el pretexto de proteger su honra y de rescatarlas de la dura vida en los campamentos de refugiados. Según se dice, en Egipto, han tenido lugar miles de matrimonios entre mujeres refugiadas sirias y hombres egipcios.⁸⁷ En Jordania, donde un matrimonio medio puede costar al novio hasta 21.000 dólares estadounidenses, la dote de una novia siria suele ser de entre 140 y 700 dólares estadounidenses. Según un columnista, “Casarse con una mujer siria hoy en día está al alcance de incluso hasta aquellos hombres jordanos más desventajados que antes no tenían para una dote. Y cuando el dinero no es un problema, los hombres alardean casándose con cuatro mujeres refugiadas al mismo tiempo”.⁸⁸

Los grupos de mujeres están contraatacando, alegando que estas prácticas constituyen tráfico de personas y entran en conflicto con las convenciones internacionales de derechos humanos. Las mujeres activistas sirias lanzaron una campaña en los medios sociales con el nombre “Refugiadas, no cautivas” en Facebook y Twitter para denunciar los matrimonios a edad temprana además de los que alientan a los hombres a casarse con niñas sirias por motivos “altruistas”.⁸⁹ El Consejo Nacional Egipcio para los Derechos de las Mujeres condenó el fenómeno en su país, manifestando que estos matrimonios son “crímenes cometidos contra las mujeres bajo pretextos religiosos”.⁹⁰ Y en Jordania, el ministro del interior emitió una orden de que todos los tribunales les informen a los contrayentes que los matrimonios no celebrados en tribunales oficiales serán inválidos y que el novio será legalmente responsable.⁹¹

En Jordania, durante el primer trimestre de 2014, se formó un grupo de trabajo sobre matrimonio forzado y a edad temprana copresidido por ACNUR y UNFPA. Su propósito es servir de plataforma para el intercambio de información, proporcionar asistencia técnica, poner en práctica acciones conjuntas para abordar el problema de los matrimonios forzados y a edad temprana, desarrollar las capacidades de diferentes actores y elaborar un plan de acción conjunto para minimizar el riesgo y mitigar las consecuencias de este tipo de matrimonios en Jordania.



Mi hija tiene 16 años y le encantaba la escuela. Era la mejor alumna y quería ser arquitecta. Pero estábamos muy preocupados por ella. Las mujeres eran blanco de ataque. No podíamos protegerla, así que tuvimos que entregarla en matrimonio. Ella es inocente y muy bonita. Sé que los hombres están lastimando a las mujeres –mujeres mayores, solteras, todas. Mi hija no quería casarse; quería estudiar. Esto está ocurriendo mucho en Siria, muchas mujeres que conozco están casando a sus hijas –aunque tengan menos de 16 años– para protegerlas”.

— **Um Ali**
Líbano⁸⁵



La necesidad de actuar en favor de las madres y la infancia en situaciones de crisis

En todo el mundo se están logrando avances espectaculares en la lucha para salvar la vida de mujeres, niñas y niños. Nos encontramos en un momento crítico, en que acabar con las muertes maternas e infantiles prevenibles se encuentra a nuestro alcance. No obstante, esta histórica oportunidad se verá amenazada si no abordamos el problema de las mujeres, niñas y niños que han quedado en el olvido, gran parte de ellos en países afectados por conflictos y Estados frágiles. Más de la mitad de las muertes de madres y de niñas y niños menores de cinco años debido a causas prevenibles ocurren en entornos de fragilidad, contextos con un alto riesgo de conflictos y muy vulnerables a los efectos de los desastres naturales.

Durante los últimos quince años, las ediciones anuales del *Índice de las Madres* de Save the Children revelan los siguientes aspectos:

- El 67 % de los países que se han clasificado en los últimos diez lugares experimentaban o se recuperaban de una crisis humanitaria en el año en que se clasificaron en estos lugares.¹
- Casi el 60 % de los países que se han clasificado en los últimos diez lugares han experimentado o están emergiendo de un conflicto.
- De los 28 países que alguna vez se han clasificado en los últimos diez lugares, todos excepto cuatro tienen una historia reciente de conflictos armados.

En estos países, las madres y los bebés recién nacidos enfrentan desafíos sin precedentes. En entornos de crisis, aumenta considerablemente su vulnerabilidad frente a las enfermedades, la desnutrición y la violencia. Muchos Estados frágiles y afectados por conflictos también son particularmente vulnerables frente a desastres naturales, que normalmente afectan en mayor medida a las familias en la peor situación de pobreza. Por lo tanto, es a este sector al que debemos llegar si queremos cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio con relación a la supervivencia materna e infantil.

El mundo necesita adoptar medidas urgentes en favor de las madres, la infancia y los bebés recién nacidos de los Estados frágiles, es decir, aquellos países cuya inestabilidad significa que las mujeres, las niñas y los niños no reciben los recursos básicos necesarios para asegurar su supervivencia. Además, cuando se desata una catástrofe, el mundo debe estar preparado para responder rápidamente y asegurarse de atender las necesidades de salud inmediatas de las mujeres y la infancia, y al mismo tiempo crear una estabilidad a largo plazo.

Sabemos que el progreso es posible. Algunos países, como Nepal, han conseguido avances considerables en el ámbito de

la salud infantil y materna, a pesar de padecer conflictos. La voluntad política, respaldada con recursos, puede ayudar a los países a avanzar, incluso en los contextos más difíciles.

¿Qué debe hacerse?

Los gobiernos nacionales, los países donantes, los organismos internacionales, el sector privado y la sociedad civil tienen una responsabilidad compartida de asegurar que las madres y los bebés recién nacidos que viven en contextos afectados por crisis tengan la mejor oportunidad de sobrevivir y de llevar una vida sana. El *Every Newborn Action Plan* [Plan de acción para todos los recién nacidos] será presentado a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014 como parte del movimiento del Secretario General de la ONU *Todas las Mujeres, Todos los Niños*, y determinará las acciones necesarias para lograr una reducción de dos tercios en el índice de mortalidad neonatal. Con el fin de lograr la supervivencia materna, neonatal e infantil, será necesario dar la máxima prioridad a las madres y los bebés recién nacidos que viven en Estados afectados por crisis en el marco de estas y otras iniciativas, tanto a escala nacional como internacional. En conjunto, necesitamos:

1) **Asegurarnos de que todas las madres y todos los bebés recién nacidos que viven en una situación de crisis tengan acceso a una atención de la salud de alta calidad:**

esta recomendación es imperativa cuando el riesgo de mortalidad es más alto, es decir, durante el trabajo de parto, el parto en sí y la primera semana de vida, como se afirma en el *Every Newborn Action Plan*. Para garantizar el acceso a la atención de la salud de alta calidad es necesario:

- Asegurar que la atención de la salud primaria y secundaria se proporcione en función de la necesidad y que sea asequible para toda la población, eliminando todo tipo de barreras financieras para recibir este tipo de servicios en situaciones de crisis.
- Ayudar a las mujeres a dar a luz sin riesgos, asegurando que el personal de la salud esté a salvo y que cuente con todos los medicamentos y suministros que requiere.
- Incrementar el personal de la salud femenino capacitado que presta servicios en situaciones de crisis por medio de una formación de mejor calidad y más amplia, salarios adecuados e incentivos, como la distribución de tareas.
- Fortalecer el sistema de salud general por medio de la inversión en su equipo de liderazgo y gobernanza,

infraestructura, productos básicos y suministros, prestación de servicios, sistemas de información y sistemas de financiamiento.

- Asegurar como mínimo el nivel básico de intervenciones de salud pública de alto impacto, como vacunas, agua y saneamiento.
- Cumplir las obligaciones internacionales de proteger al personal y los establecimientos de salud de los ataques y mejorar el proceso de recopilación de datos sobre ataques al personal de la salud. El personal y los establecimientos de salud en entornos de conflicto deben recibir apoyo –y no convertirse en blanco–, con el fin de que puedan seguir sirviendo de plataforma para evitar la interrupción de los servicios esenciales.
- Fortalecer la atención de la salud materna y la planificación familiar. El acceso universal a la planificación familiar voluntaria es fundamental. Se requieren campañas de información de salud que lleguen a las madres y los padres, y que apoyen las decisiones de las mujeres a la hora de acceder a la atención de la salud, al igual que unos servicios de respuesta a la violencia sexual que sean accesibles y de calidad.

2) Invertir en las mujeres y las niñas, y asegurar su protección.

Se ha comprobado que las inversiones en las mujeres y las niñas tienen un impacto positivo en la salud materna y neonatal. Entre los tipos de inversiones que pueden empoderar y proteger a las madres y los bebés recién nacidos, destacamos los siguientes:

- Inversiones en las actividades productivas y medios de vida seguros de mujeres y niñas, como los de las agriculturas. La inversión en iniciativas de microfinanza dirigidas a mujeres y niñas adolescentes puede brindar a estos sectores de la población las herramientas, los ingresos y la capacidad para involucrarse en la agricultura y otras actividades. Lo anterior, a su vez, les facilita el acceso a activos y recursos, y al control de los mismos; además, les permiten adquirir las técnicas y el conocimiento sobre los procesos de la toma de decisiones, así como el acceso a ellos.
- Fomento de la educación de las niñas, asegurando que la educación continúe en tiempos de crisis y que las niñas tengan igualdad de acceso a la escuela en Estados frágiles y durante las respuestas a emergencias. Deben asignarse mayores niveles de financiamiento a la educación de las niñas y a la educación en el marco de emergencias. Deben investigarse todos los ataques contra la educación y llevarse a juicio a los culpables. Los gobiernos deberían apoyar y respaldar el texto preliminar de las *Directrices de Lucens para prevenir el uso militar de escuelas y universidades durante conflictos armados*.
- Incorporación de la prevención y la respuesta en materia de violencia de género en un programa integral para la mejora de la salud reproductiva en situaciones de crisis. Durante las crisis, las mujeres y las niñas corren mayor peligro de violencia, lo que a su vez puede aumentar las probabilidades de embarazos y nacimientos con complicaciones. El desarrollo



Kenia

de estrategias de prevención, junto con la inversión necesaria, puede lograr avances. Entre estas estrategias, destacamos las siguientes: participación de las niñas y las mujeres en la planificación de asentamientos y distribución de recursos; identificación de los grupos en situación de riesgo, como hogares en que el cabeza de familia es una mujer y niñas o niños no acompañados; aumento de conciencia respecto a la actitud frente a las mujeres y las niñas y el trato que ellas reciben con el fin de reducir la aceptación social de la violencia de género; participación activa de los niños y los hombres en las iniciativas dirigidas a prevenir la violencia de género; y desarrollo de sistemas confidenciales de denuncias e investigación.

- Incorporación de medidas dirigidas a prevenir el matrimonio infantil y otras prácticas tradicionales perjudiciales en directrices para prevenir y responder a la violencia de género durante emergencias, así como su integración en los planes de respuesta de los organismos humanitarios.
- Fortalecimiento de los mecanismos de protección de la infancia basados en la comunidad para monitorear y responder a las amenazas contra la seguridad de mujeres y niñas.

3) Desarrollar una capacidad de recuperación a más largo plazo para minimizar los efectos negativos de las crisis en la salud. Esta acción implica:

- Fortalecer la preparación y la respuesta temprana a nivel de la comunidad. En las zonas donde las crisis son recurrentes, con frecuencia se puede predecir el momento en que se desatarán. Los planes de contingencia y un financiamiento flexible, junto con la voluntad política para actuar antes, y no después, de una crisis, prevendrá el exceso de mortalidad asociado con las crisis. Deberán realizarse esfuerzos proactivos dirigidos a involucrar a las mujeres en los planes de contingencia y asegurar que los sistemas de alerta temprana tengan en cuenta tanto las habilidades tecnológicas de las mujeres como sus diferentes estrategias de resistencia.
- Diseñar políticas de protección social y programas que respondan a las necesidades de los sectores más vulnerables. Especialmente en zonas de malnutrición crónica, se requiere un sistema de protección social inclusivo y amplio dirigido a evitar que los hogares y la infancia en la peor situación de pobreza sufran privaciones extremas y a brindar oportunidades para el fomento de los medios de vida y las actividades productivas, tanto para mujeres como para



Pakistán

hombres. El empoderamiento de las mujeres en el marco de su hogar y la comunidad ayuda a evitar que se limite la capacidad de las madres para proteger y mantener a sus hijas e hijos.

- Priorizar la preparación para la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños, incluyendo el desarrollo de planes integrales de contingencia y respuestas; políticas, estrategias y directrices para la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños en situaciones de emergencias; desarrollo de capacidades; y el fortalecimiento de la programación y los sistemas complementarios de alimentación para lactantes y niñas y niños pequeños.
- Asignar más fondos a la reducción del riesgo de desastres. Debe destinarse más financiamiento a los programas para la reducción del riesgo de desastres e integrarse en mayor medida la reducción del riesgo en las políticas y programas del gobierno y los donantes. Un mayor nivel de apoyo para los sistemas de alerta temprana, junto con la planificación de la preparación a escala comunitaria y nacional y de actividades dirigidas a la mitigación de desastres, tiene el potencial de aumentar la capacidad de recuperación de los sistemas de salud. Estos factores también pueden ayudar a impedir los peores efectos de los desastres, como la malnutrición aguda y el colapso de los sistemas de apoyo para las madres y los lactantes. El apoyo a las iniciativas de la comunidad –por ejemplo, un fondo para recursos comunitarios que puedan gestionar las madres líderes y destinado a actividades como bancos de alimentos o el preposicionamiento de provisiones en las aldeas– puede ayudar a atender las necesidades locales cuando se desata una crisis.
- Asegurar que los fondos sean asignados en base a evaluaciones de riesgo sólidas. Las actividades promocionadas por las ONG y los gobiernos deben basarse en evaluaciones de riesgo sólidas que identifiquen y exploren las vulnerabilidades específicas de los diferentes grupos, incluidas las mujeres embarazadas, madres que amamantan y madres en general. Además, estas actividades deben monitorearse con el fin de tener en cuenta los cambios en el contexto de los riesgos y asegurar que las actividades y las intervenciones sean adecuadas.
- Incorporar elementos de sensibilidad a los conflictos en todas las políticas y los programas de reducción del riesgo de desastres de las zonas más vulnerables, tanto frente a las catástrofes naturales como a los conflictos. Estos esfuerzos deben fundamentarse en un conocimiento profundo de las tensiones subyacentes y las divisiones en el marco del conflicto, así como de las dificultades excepcionales que deben enfrentar los bebés recién nacidos dentro de estos contextos. También debe realizarse un análisis de género dirigido a identificar los riesgos de protección que corren las niñas y las mujeres, como también los niños y los hombres, con el objeto de que esos programas por lo menos no empeoren los riesgos involuntariamente.

4) Diseñar intervenciones de emergencia con una visión a más largo plazo, que tengan en cuenta las necesidades específicas de las madres y los bebés recién nacidos. Esta acción implica:

- Convertir la atención de la salud reproductiva en un componente esencial de las respuestas a emergencias por medio de las actividades prioritarias del *Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para la Salud Reproductiva* dirigidas a madres y bebés recién nacidos durante situaciones de emergencia.
- Asegurar que los programas de vacunaciones no sólo continúen sino que también mejoren durante el período de crisis, con el fin de reducir el riesgo de enfermedades prevenibles por medio de vacunas. También pueden incorporarse nuevas vacunas, como aquella contra el rotavirus o el neumococo.
- Dar prioridad a la supervivencia materna y neonatal en el marco de las respuestas humanitarias a través del diseño y la implementación de programas de preparación y respuesta a emergencias. Estos programas deben contemplar la atención a las necesidades específicas de las mujeres y los bebés recién nacidos, particularmente en torno al momento del nacimiento y con un énfasis especial en la protección de la salud y la supervivencia de los bebés recién nacidos pequeños y enfermos. Esta atención incluye:
 - Distribuir suministros para partos higiénicos y la atención de bebés recién nacidos a las mujeres que corran el riesgo de no poder dar a luz en establecimientos de salud.
 - Suministrar servicios de calidad a la población objetivo durante el embarazo, el parto y el período postnatal.
 - Fomentar la atención básica para bebés recién nacidos por medio de la implementación de las ocho intervenciones dirigidas a salvar vidas durante el nacimiento: atención especializada durante el parto y atención obstétrica de emergencia, atención de nacimientos prematuros, atención básica para bebés recién nacidos, reanimación neonatal, método madre canguro, tratamiento de infecciones graves de bebés recién nacidos, apoyo a bebés recién nacidos pequeños y enfermos internados en establecimientos de salud, y prevención de la transmisión del VIH de la madre a su hija o hijo.
 - Proporcionar medicamentos y suministros con el fin de que el personal de enfermería y partería, así como otros proveedores de servicios de salud, puedan atender a los bebés recién nacidos enfermos.
 - Apoyar al personal de la salud de la comunidad a identificar a las mujeres embarazadas y bebés recién nacidos, y ponerlos en contacto con el sistema de salud.
 - Identificar y derivar a los bebés recién nacidos enfermos a los servicios de atención correspondientes por medio de un sistema de derivaciones operativo.



República Centroafricana

- Establecer espacios adecuados para las madres y los bebés o centros para el fomento de la lactancia materna durante las emergencias. Estos centros ofrecen a las madres un entorno tranquilo, seguro, privado y propicio para alimentar a sus bebés, junto con orientación en lactancia materna y una alimentación complementaria óptima. Las madres dispuestas a amantar bebés ajenos y los profesionales especializados en relactancia también pueden prestar apoyo a las madres que alimentan a sus bebés con leche de fórmula para volver a amamantarlos de forma exclusiva. Los sucedáneos de leche materna deben distribuirse solamente cuando la lactancia materna no es posible y, aún en estos casos, la distribución debe hacerse de forma cuidadosamente seleccionada y en condiciones higiénicas.
- Aumentar el acceso a servicios especializados en alimentación para lactantes y niñas y niños pequeños, así como a asistencia para lactantes que no son amamantados, como una intervención esencial y dirigida a salvar vidas durante las emergencias. Las entidades nacionales e internacionales deben priorizar el desarrollo de capacidades, el fortalecimiento de los organismos coordinadores y la disponibilidad de los recursos necesarios.

5) Asegurar un nivel adecuado de financiamiento, coordinación e investigaciones con el fin de garantizar que las acciones anteriormente mencionadas puedan ponerse en práctica. Esta acción implica:

- Asegurar que el desarrollo internacional y los debates y procesos humanitarios que entran en juego en la actualidad otorguen la máxima prioridad a las mujeres, las niñas y los niños y que se refuercen mutuamente. Los análisis de lo que

es necesario para mejorar la salud materna y de los bebés recién nacidos en Estados frágiles deben formar parte del núcleo de las agendas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) post-2015 y de la Cumbre Humanitaria Mundial de 2016. Será necesaria una coordinación tanto de los debates como de la implementación de las iniciativas resultantes con el fin de maximizar el impacto y prevenir las lagunas o la duplicación de esfuerzos.

- Que los donantes se comprometan a incrementar la ayuda humanitaria a largo plazo y previsible dirigida al sector de la salud de los Estados frágiles. Los mecanismos de financiamiento para este tipo de ayuda humanitaria deben ser flexibles y capaces de responder a los diferentes y cambiantes contextos. Los gobiernos donantes deben mantener los compromisos que han asumido para mejorar la armonización y alineación en la entrega de la ayuda humanitaria, y abordar las disparidades en la ayuda humanitaria asignada, la duplicación de esfuerzos y el abandono de los Estados frágiles.
- Reconciliar la asistencia humanitaria o destinada a situaciones de desastres a corto plazo con el financiamiento para el desarrollo a largo plazo, dirigido a reconstruir los sistemas e infraestructuras de salud y minimizar los futuros desastres. Esta acción incluye el asegurarse de que las intervenciones de salud durante emergencias no debiliten la atención de salud a más largo plazo; la necesidad de promover los ingresos internos a largo plazo; y la necesidad de asegurar el acceso al financiamiento mediante la cobertura de salud universal, recursos mancomunados y la distribución del riesgo que permita eliminar el cobro para los tratamientos.

- Aumentar la ayuda humanitaria de donantes destinada a responder a los llamamientos para proyectos dirigidos específicamente a abordar cuestiones de género, como empoderamiento de niñas y mujeres, lucha contra la violencia de género y explotación y abuso sexual de niñas, niños y mujeres durante crisis humanitarias.
- Cumplir el objetivo del Secretario General de la ONU con relación a que el 15 % de todos los proyectos que se establezcan tras los conflictos deben tener como propósito principal el abordar las necesidades específicas de las mujeres, avanzar en materia de igualdad de género y empoderar a las mujeres.
- Abordar la escasez de datos relacionados con el impacto de las crisis en la supervivencia materna e infantil, como epidemiología de las principales causas de la mortalidad y cobertura y utilización de los servicios de atención de la salud. También es necesario mejorar la utilización de los datos para informar la programación. En los contextos de emergencias, en particular, existe una escasez de datos sobre el tipo de enfermedades que afectan a las mujeres y la infancia, la cobertura de los servicios de atención e intervenciones de salud y los índices de mortalidad materna e infantil. También se requieren unos datos de mejor calidad en sentido más amplio sobre indicadores de la calidad de la atención e

información acerca de los nacimientos de bebés muertos. Es decisivo que los gobiernos nacionales, las instituciones académicas y otras partes interesadas se comprometan con la recopilación de datos, la utilización de datos y el intercambio de datos para el aprendizaje global.

Debido a que las crisis y la fragilidad tienen múltiples causas y manifestaciones, no existe ninguna fórmula que sea adecuada para todos los contextos. Los gobiernos, los donantes y los colaboradores deben invertir en estrategias que puedan ser adaptadas a los diferentes niveles de participación gubernamental, capacidades institucionales y contextos nacionales. También deben abordar las necesidades prioritarias inmediatas, promover e implementar intervenciones rentables y de alto impacto, y desarrollar y apoyar los sistemas de salud.

Fundamentalmente, las madres, las niñas y los niños deben recibir apoyo para involucrarse de manera eficaz con los agentes nacionales e internacionales; ejercer influencia en las políticas, intervenciones e instituciones; monitorear los resultados de salud; y exigir cuentas a los gobiernos, los donantes y los organismos de desarrollo y humanitarios con relación al cumplimiento del objetivo de acabar con las muertes maternas, neonatales e infantiles.



El Índice de las Madres cumple quince años

Desde África Subsahariana hasta Escandinavia, las madres desempeñan un papel decisivo cada día del año

En el año 2000, Save the Children creó el *Índice de las Madres* para documentar las condiciones de las madres en el mundo, que demuestra en qué lugares disfrutan de una mejor situación y en qué lugares padecen los mayores sufrimientos. ¿Por qué la situación de las madres era un motivo de preocupación tan importante para Save the Children? Porque gracias a una experiencia en programas de varias décadas, hemos aprendido que la calidad de las vidas infantiles depende en gran parte de la salud, la seguridad y el bienestar de las madres. Debido a que prácticamente en todas las sociedades las madres son las principales cuidadoras, su capacidad a la hora de tomar decisiones fundamentadas con relación a la salud, la educación y los valores de sus hijas e hijos, les afecta durante toda la vida. Acabar con las muertes maternas prevenibles constituye de por sí una urgente prioridad. Sin embargo, también es una de las maneras más seguras de salvar las vidas infantiles.

Este año, con ocasión de la publicación de nuestro décimo quinto *Índice de las Madres* anual, analizamos las tendencias que han surgido en lo que va de siglo. Examinamos los lugares donde los fondos invertidos en las madres y la infancia han salvado vidas y sitúan a los países en el camino hacia un mejor futuro. También nos fijamos en qué lugares estas inversiones han sido insuficientes; en qué lugares la supervivencia y el bienestar de las madres y la infancia no han logrado suficientes adelantos, y en qué lugares los países se han quedado rezagados.

El *Índice de las Madres* ha sido elaborado con el fin de medir la situación general de las madres. Debido a que existe una escasez de datos específicamente relacionados con las madres, el *Índice* es una combinación de factores que determinan el bienestar de las mujeres y de aquellos que definen el bienestar de las niñas y los niños. Los indicadores miden los aspectos que más importancia tienen para una madre: su salud y la de sus hijas e hijos; sus logros educativos y los de sus hijas e hijos; la situación económica de la familia, y la posibilidad de tener voz en el ámbito de las políticas que les afectan. Algunos de estos indicadores constituyen medidas directas de la supervivencia materna e infantil; otros guardan una estrecha relación con el progreso en materia de salud y bienestar de las madres y la infancia, y también contribuyen a este progreso.

Debido a que el conjunto de datos del *Índice* ha cambiado a lo largo de los años, con dos importantes actualizaciones de la metodología y la incorporación de más de 70 países adicionales (la mayoría de los cuales se han ubicado en el centro de la lista), este análisis se centra en las tendencias y observaciones generales dentro de los primeros y los últimos lugares de la clasificación. En el capítulo “Notas sobre la metodología y los procesos de investigación”, se ofrece una explicación más detallada sobre las limitaciones del presente análisis.



Crisis humanitarias en los países ubicados en los últimos diez lugares

El *Índice de las Madres* demuestra claramente que los conflictos, la fragilidad y los desastres naturales han desempeñado un papel crucial en el detrimento del bienestar de las madres y la infancia durante los últimos quince años. La mayoría de los países que cada año se han clasificado en los últimos diez lugares del *Índice* se han encontrado en medio de una emergencia humanitaria reciente o emergiendo de un evento de este tipo. De los 28 países que se han clasificado en los últimos diez lugares desde el año 2000, todos excepto cuatro tienen una historia reciente de conflicto armado.¹ Casi dos tercios (18 países) de este total se caracterizan por desastres naturales persistentes.²

Siete países se han clasificado en el último lugar del *Índice* desde que fue lanzado en el año 2000: Níger (nueve veces), Afganistán (dos veces), Burkina Faso (una vez), República Democrática del Congo (una vez), Guinea-Bissau (una vez), Malí (una vez) y Somalia (una vez).³ Seis de estos siete países tienen una historia de conflictos y todos excepto Guinea-Bissau han sufrido desastres naturales recurrentes durante este período. Cinco de los siete países se encuentran en África Occidental y Central, la región que más rezagada se encuentra en materia del avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio para la supervivencia materna e infantil.

Los medios de comunicación internacionales –si es que informan sobre los países clasificados en los últimos lugares– con frecuencia describen la interrupción de la atención de la salud, la educación, la economía y la gobernanza que suele ocurrir durante las crisis humanitarias. No obstante, para empezar, la mayoría de estos países se encuentran entre los países más pobres del mundo y las recientes crisis no han hecho más que exacerbar unos problemas que han estado presentes durante décadas. Las necesidades humanas desatendidas han constituido tanto una causa como una consecuencia de los conflictos en países como República Centroafricana, Etiopía, Somalia y Sudán. Además, las familias más afectadas en cualquier desastre, sea natural o provocado por el ser humano, tienden a ser las más pobres entre las pobres y los sectores más afectados suelen ser mujeres, niñas y niños.

Con el fin de mejorar las condiciones de las madres, las niñas y los niños en los países clasificados en los últimos lugares del *Índice*, es indudable que debemos realizar más esfuerzos para prevenir y acabar con los conflictos, reducir la vulnerabilidad frente a los desastres y asegurar la atención de la salud, la nutrición y la educación para las personas refugiadas y las personas desplazadas internas. A pesar de que responder a estas necesidades en entornos de crisis supone todo un reto, la historia reciente es prueba de que el progreso es posible. Tanto Afganistán como Nepal se mantuvieron durante muchos años entre los últimos diez lugares; sus conflictos armados obstaculizaban los servicios básicos y contribuían a las muertes y los sufrimientos generalizados. Ambos países también han sido duramente golpeados por desastres naturales recurrentes: por lo menos una catástrofe anual durante los últimos quince años. No obstante, Afganistán y Nepal han subido espectacularmente en la clasificación del *Índice de las Madres*: actualmente se encuentran 33 y 63 lugares más arriba de la última posición, respectivamente (*ver cuadro en la pág. 71 para más información sobre los logros que han conseguido estos dos países.*)

En otros países afectados por conflictos, el proceso de traducir la reconstrucción tras los conflictos en beneficios para las madres y la infancia ha resultado más lento. Sierra Leona y Liberia, por ejemplo, no han experimentado conflictos durante más de una década, pero Sierra Leona aún se encuentra entre los últimos diez lugares (séptima posición a contar del último lugar en el *Índice*) y Liberia, a sólo dos posiciones de los últimos diez lugares (duodécima posición a contar del último lugar). Ambos países tenían unos índices de mortalidad sumamente altos en el año 2000, pero han logrado considerables avances en la mejora de la atención de la salud y la reducción de los índices de mortalidad durante los últimos quince años. No obstante, estos avances no

han sido suficientes para subir su posición respecto a los demás países dentro del *Índice*. Actualmente, tanto en Sierra Leona como en Liberia, 1 mujer de cada 24 muere en algún momento durante el embarazo o el parto. En el año 2000, Sierra Leona experimentó el índice de mortalidad infantil más alto del mundo, situación que continúa en la actualidad, ya que el 18 % de la infancia en Sierra Leona no llega a los cinco años de edad. Ambos países también se encuentran rezagados en cuanto a la situación política de la población femenina, con sólo el 12 % de los escaños parlamentarios ocupados por mujeres (compárese con el 20 % de toda la región),⁴ y ambos aún se clasifican entre los países más pobres del mundo.⁵

Violencia en República Centroafricana

“Una mujer con cuatro meses de embarazo llegó con una hemorragia intensa. Había venido desde el monte para que la atendiéramos. Lamentablemente, perdió su bebé debido al estrés, el cansancio y la presión que estaba padeciendo. Su cuerpo no pudo resistirlo”. – Christy, partera, campamento de personas desplazadas internas de Mukassa¹⁵

En República Centroafricana, la grave crisis humanitaria se intensificó tras el golpe de Estado ocurrido en marzo de 2013. Casi toda la población ha resultado afectada y aproximadamente 2,5 millones de personas (más de la mitad de la población), entre ellas, más de un millón de niñas y niños, necesitan actualmente asistencia humanitaria.¹⁶

La violencia y el miedo se han apoderado del país y, como consecuencia, la administración estatal y la infraestructura pública se encuentran al borde del colapso y muchos de los servicios sociales básicos se han interrumpido. Los grupos armados han cometido ataques indiscriminados contra civiles además de actos de violencia sexual y de género, y han reclutado a niñas y niños para los combates. Muchas personas se han visto forzadas a huir de sus hogares y han perdido sus propiedades

y medios de vida. Las enfermedades se están propagando y ha aumentado la amenaza de epidemias.

Incluso antes del aumento de violencia más reciente, la situación de la salud en el país era precaria: República Centroafricana tenía uno de los peores resultados de salud del mundo. Con el sexto índice más alto de mortalidad infantil y el tercero más alto de mortalidad materna en el mundo, este país ya era uno de los lugares más difíciles del planeta para ser madre, niña o niño.¹⁷ República Centroafricana se ha clasificado constantemente cerca del último lugar del *Índice de las Madres*, ubicándose entre los últimos diez lugares en seis de los quince años (hubo cinco años en que el país no pudo clasificarse debido a la escasez de datos).

Ahora, el sistema de salud, de por sí precario, prácticamente ha colapsado. Los establecimientos de salud han sido saqueados y gran parte del personal médico ha abandonado sus puestos. La falta de medicamentos esenciales, suministros y profesionales de la salud ha limitado gravemente la accesibilidad de las mujeres embarazadas, los recién nacidos y las madres a la atención de la salud que requieren.¹⁸



Países en los últimos diez lugares 2000–2014

PAÍS	Nº DE AÑOS EN LOS ÚLTIMOS DIEZ LUGARES	Nº DE AÑOS EN EL ÍNDICE	% DE AÑOS CLASIFICADO EN LOS ÚLTIMOS DIEZ LUGARES	AÑO MÁS RECIENTE EN LOS ÚLTIMOS DIEZ LUGARES
Níger [†]	13	13	100 %	2014
Chad [*]	13	14	93 %	2014
Mali [†]	13	15	87 %	2014
Guinea-Bissau	12	13	92 %	2014
Yemen ^{* †}	12	15	80 %	2012
Etiopía ^{* †}	9	15	60 %	2008
Rep. Dem. Congo ^{* †}	8	8	100 %	2014
Sierra Leona [*]	8	11	73 %	2014
Burkina Faso [†]	8	15	53 %	2007
Eritrea [*]	7	13	54 %	2012
Rep. Centrafricana [†]	6	10	60 %	2014
Angola ^{* †}	5	11	45 %	2009
Gambia [†]	5	15	33 %	2013
Sudán ^{* †}	4	13	31 %	2012
Afganistán ^{* †}	3	5	60 %	2012
Yibuti	3	9	33 %	2009
Guinea [†]	3	11	27 %	2003
Mauritania [†]	3	14	21 %	2005
Nepal ^{* †}	3	15	20 %	2005
Somalia ^{* †}	2	2	100 %	2014
Nigeria [†]	2	14 [§]	14 %	2014
Costa de Marfil	2	15 [§]	13 %	2014
Benín	2	15	13 %	2002
Burundi ^{* †}	2	15	13 %	2001
Sudán del Sur	1	3	33 %	2012
Guinea Ecuatorial	1	8	13 %	2010
Liberia [*]	1	9	11 %	2006
Camboya [†]	1	13	8 %	2005

Nota: los países en rojo se encontraban “en conflicto” en algún momento durante el período 2000–2013, aparte de Guinea-Bissau, que sufrió un conflicto entre 1998 y 1999 y, por lo tanto, fue considerado como país “emergiendo de un conflicto” en el período 2000–2001. En Burkina Faso y Gambia hubo conflictos en la década de los ochenta, pero no se consideran países en período post conflicto a efectos del presente análisis. Benín y Guinea Ecuatorial no tienen una historia de conflictos según el Programa de Datos sobre Conflictos de Upsala (UCDP, por sus siglas en inglés). Para más detalles, ver “Notas sobre la metodología y los procesos de investigación”.

* El conflicto (2000–2013) alcanzó una intensidad de “guerra”. En este grupo se incluyó a Sierra Leona, que se encontraba en guerra de 1998 a 1999 y sufrió un conflicto después de la guerra entre 2001 y 2002.

† El país experimentó desastres naturales recurrentes durante el período 1999–2013.

§ En seis años (2007–2012) de este total, estos dos países se clasificaron en último lugar dentro del grupo de países “menos desarrollados” que se estudiaron.

Ganadores y perdedores en los lugares del centro

El número de países en el *Índice de las Madres* ha ido creciendo año a año a medida que se han creado nuevos países, más países han comenzado a proporcionar datos y las modificaciones de los indicadores han ampliado el tamaño de la lista. En el año 2000, en el *Índice* se clasificaron 106 países; en 2014, fueron 178 países. Aunque la clasificación de cada uno de los países guarda relación con la de los demás países, el crecimiento del *Índice* hace que resulte particularmente difícil comparar los cambios en los países clasificados en el centro de la lista.

Al analizar los indicadores individuales, destacamos los siguientes ejemplos de progreso:

- Desde el año 2000, **Etiopía** ha disminuido su riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida en casi dos tercios (de 1 de cada 24 a 1 de cada 67), una reducción superior a la experimentada por todos los demás países del continente africano. Hacia 2010, la proporción de escaños parlamentarios ocupados por mujeres en Etiopía había aumentado de manera constante: del 3 % al 26 %.
- **Afganistán, Bangladesh, Bután y Nepal** han reducido los índices de mortalidad materna en un 60-70 % desde el año 2000.
- **Estonia** pasó de tener unos de los índices más altos de mortalidad materna e infantil del mundo industrializado a tener unos de los más bajos.
- Desde el año 2000, **Singapur** ha disminuido su riesgo de mortalidad materna en más de un 80 %: de más de 1 de cada 5.000 a menos de 1 de cada 25.000.

Progreso en Nepal y Afganistán, a pesar de las crisis

Hace no mucho tiempo, Nepal era uno de los lugares más difíciles del mundo para ser madre, con una clasificación entre los últimos diez lugares en el *Índice de las Madres* en los años 2000, 2002 y 2005. Las comunidades en muchas zonas de Nepal han padecido –y continúan padeciendo– inseguridad alimentaria y emergencias recurrentes a causa de inundaciones, desprendimientos de tierra, sequías, terremotos y otros peligros naturales. Nepal también continúa luchando por superar los efectos de una guerra civil que duró toda una década (de 1996 a 2006), se cobró la vida de 17.000 personas y causó el desplazamiento de otras 200.000.¹⁹

A pesar de los enormes desafíos, Nepal ha conseguido impresionantes logros en la lucha contra la mortalidad materna e infantil. Desde 1990, el país ha reducido la mortalidad de menores de cinco años en un 71 % (de 142 a 42 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos)²⁰ y la mortalidad materna en un 78 % (de 770 a 170 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos).²¹

¿Cómo logró Nepal estos avances? El país ha demostrado un compromiso político y financiero sostenido en la mejora de la salud, que incluyó un considerable aumento de los fondos destinados a la salud materna desde comienzos de la década de los noventa. También se ha basado en los datos y las pruebas para tomar decisiones, adoptar nuevas ideas y ampliar

con prontitud las intervenciones de salud demostradas. La eliminación de los cobros y la entrega de incentivos en efectivo han permitido la ampliación del acceso a los servicios médicos. Las mejoras de la educación de las niñas y el aumento de los ingresos de los sectores en situación de pobreza también han contribuido a los logros en el ámbito de la supervivencia.²²

Nepal también ha invertido en capacitación y en la distribución de más personal de la salud de primera línea, en el que se destaca un numeroso cuadro de mujeres voluntarias en el sector de la salud de la comunidad. Estas voluntarias fomentan prácticas seguras de maternidad, salud infantil y planificación familiar, proporcionan tratamientos y realizan derivaciones. Debido a que son originarias y residentes de las comunidades en las que trabajan, ayudan al desarrollo de una estructura más resistente al impacto de las emergencias.

Afganistán, otro país arruinado por conflictos y desastres recurrentes, a pesar de que en 2010 y 2011 era el peor lugar del mundo para ser madre, ha mejorado considerablemente su posición en el *Índice de las Madres*. Con la ayuda de cuantiosos fondos externos y la introducción del programa Paquete Básico de Servicios de Salud, Afganistán ha capacitado a parteras, ha mejorado la cobertura de vacunaciones y ha elevado el nivel educativo de las niñas, lo cual ha tenido como resultado importantes mejoras en la salud de las mujeres y la infancia.



Brasil

- **Malawi** y **Tanzania** han reducido la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años en cerca del 60 % y **Ruanda** la ha reducido en un 70 %.
- Durante la década de los noventa, **Perú** y **Brasil** redujeron sus índices de mortalidad infantil a casi la mitad y, a partir del año 2000, continuaron logrando avances con relación a estos índices con una reducción adicional de un 55 %.
- Desde el año 2000, **Camboya** ha logrado reducir tanto la mortalidad materna como la infantil en un 64 %, agregar tres años a los años de escolarización previstos y aumentar a más del triple la proporción de escaños ocupados por mujeres en la cámara baja del Parlamento.
- Si se compara sólo con una década atrás, la infancia en **Burundi** ahora se beneficia de más del doble de años de escolarización oficial (desde menos de cinco años a 10,5 años).
- **Zambia** aumentó el rendimiento educativo medio de la infancia a casi 13,5 años, nivel que es un 45 % superior a la media regional.
- La proporción de los escaños parlamentarios ocupados por mujeres en **Ruanda** aumentó más del triple –del 17 % al 58 %–, el porcentaje más alto del mundo en la actualidad.
- El progreso de **Kenia** es heterogéneo. El país ha logrado, a partir del año 2000, incrementar la esperanza de vida escolar en más de 2,5 años (a 11 años, es decir, bastante superior a la media regional) y aumentar la proporción de escaños parlamentarios ocupados por mujeres más de cinco veces (al 20 %, que equivale a la media regional). Estos dos porcentajes han mejorado su posición en el *Índice* con relación a otros países; sin embargo, Kenia no ha seguido el ritmo de progreso logrado por otros países en el ámbito económico o de la supervivencia de madres, niñas y niños.

A continuación, se mencionan algunos países donde el progreso se ha estancado o donde las tendencias están siguiendo un rumbo equivocado.

- El desempeño de **Zimbabue** en todos los indicadores excepto uno (situación política) ha empeorado con relación a otros países.
- La posición de **Panamá** con relación a otros países ha descendido debido a que la salud, el nivel educativo y la situación política de la mujer se han estancado.
- Los datos a escala nacional indican que **Somalia** no ha logrado progresos a la hora de salvar vidas maternas desde el año 2000. En la actualidad, 1 madre somalí de cada 16 sigue muriendo debido a una causa relacionada con el embarazo. Los índices de mortalidad infantil han experimentado escasas mejoras, aunque los datos subnacionales de Somalilandia sí indican cierto grado de reducción en la mortalidad infantil desde 2006. El índice medio anual de reducción de la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años desde el año 2000 a escala nacional sólo ha sido algo más de un 1 %.
- Aunque muchos países en África Subsahariana han logrado considerables avances en el ámbito de la representación política femenina, en **República del Congo** el progreso se ha estancado. El porcentaje todavía bajo de escaños ocupados por mujeres –poco menos del 10 %– de este país representa menos de la mitad del promedio regional para este indicador (el 23 por ciento).⁶
- **República Dominicana** no ha logrado ningún progreso en la situación de la salud materna. Las mujeres dominicanas actualmente continúan teniendo los mismos riesgos de muerte materna que tenían hace más de una década: 1 de cada 240.
- En **Mauricio**, el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida aumentó en un 70 % desde el año 2000: de 1 de cada 1.700 a 1 de cada 1.000.
- Aunque muchos países en **Asia Meridional** han logrado reducciones extraordinarias en los índices de mortalidad materna e infantil, el progreso en **Pakistán** ha sido mucho más lento (alrededor de un 25-50 % más lento).

Altos niveles y sorprendentes descensos en los primeros diez lugares

Durante los últimos quince años, los países europeos –junto con Australia– han dominado las primeras posiciones del *Índice de las Madres*. Sólo cuatro países han sido definidos alguna vez como el mejor lugar para ser madre: Suecia (ocho veces), Noruega (cuatro veces), Finlandia (dos veces) y Suiza (una vez). Islandia y Suecia se han ubicado en los primeros cinco lugares todos los años en que han sido incluidos en la clasificación. Dinamarca y los Países Bajos también se han clasificado constantemente entre los países con los mejores resultados, normalmente en el centro de los primeros diez lugares. La clasificación de Australia generalmente ha sido algo más baja, pero ha logrado ubicarse en los primeros diez lugares en cada una de las clasificaciones de estos quince años. Estos países continúan entre los mejores del mundo en el ámbito de la salud y el bienestar de las madres y la infancia.

Estados Unidos se encuentra entre los países que han logrado menos avances desde el año 2000 en materia de supervivencia materna e infantil. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida ha aumentado en este país en más del 50 % desde el año 2000: de 1 de cada 3.700 a 1 de cada 2.400. Actualmente, una mujer estadounidense corre el mismo riesgo de muerte materna a



Noruega

lo largo de la vida que una mujer iraní o rumana. Estados Unidos también se encuentra entre los países que logran los avances menos significativos a la hora de salvar vidas infantiles. Un total de 34 países –ricos y pobres por igual– han reducido sus índices de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años a la mitad o más desde el año 2000. Sin embargo, este mismo índice ha descendido en Estados Unidos de 8,4 nacimientos vivos de cada 1.000 en el año 2000 a 7,1 de cada 1.000 en 2012 (es decir, sólo el 15 %). Sólo catorce países en el mundo lograron menos avances que Estados Unidos en este indicador durante el mismo período.

A pesar de que varios de los demás países incluidos en los primeros diez lugares cuentan con los niveles de riesgos de mortalidad materna más bajos del mundo, desde el año 2000 parecen haber perdido terreno en el ámbito de la salud materna. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida en Suiza aumentó un 19 %; España, un 23 %; Nueva Zelanda, un 27 %, y Dinamarca, un 51 %.

Los Países Bajos es el único de los países en los primeros diez lugares que han demostrado una mejora espectacular en materia de salud materna desde el año 2000. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida en este país ha descendido en un 58 %: de 1 de cada 4.400 a 1 de cada 10.500. Chipre, con un descenso del 41 %, es el único país de los primeros diez lugares, junto con los Países Bajos, que ha reducido el riesgo de muerte materna por lo menos en una cuarta parte.

Países en los primeros diez lugares 2000–2014

PAÍS	Nº DE AÑOS EN LOS PRIMEROS DIEZ LUGARES	ÚLTIMO AÑO EN LOS PRIMEROS DIEZ LUGARES	CLASIFICACIÓN EN EL ÍNDICE DE LAS MADRES 2014
Finlandia	15	2014	1
Noruega	15	2014	2
Australia	15	2014	9
Suecia	14	2014	3
Dinamarca	14	2014	6
Países Bajos	13	2014	5
Islandia	8	2014	4
Alemania	8	2014	8
Reino Unido	8	2012	26
Canadá	7	2006	18
Bélgica	6	2014	9
Nueva Zelanda	6	2012	16
Austria	6	2006	12
Estados Unidos	4	2006	31
Suiza	4	2003	13
España	3	2014	7
Irlanda	3	2012	19
Francia	3	2011	20
Chipre	1	2000	37



Una madre de Malí con sus hijos, refugiados en Níger.

¿Por qué la mortalidad materna parece estar aumentando en tantos países industrializados? El grupo de la ONU responsable de estos cálculos (UNICEF, Banco Mundial, OMS y UNFPA) no tiene una explicación sobre estos hallazgos. Las fuentes expertas nacionales tampoco lo comprenden muy bien. En Estados Unidos, la impresión de muchos es que los aumentos se deben a embarazos de más alto riesgo a causa de un incremento en la prevalencia de la obesidad, la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, un mayor número de embarazos en mujeres mayores, avances en los tratamientos de fertilidad, que resultan en nacimientos múltiples, y un alto índice de cesáreas. Todos estos factores aumentan el riesgo que una madre corre durante el embarazo y el parto. Además, según estudios recientes llevados a cabo en Estados Unidos, podrían influir la baja calidad de la atención y los mejores sistemas de contabilización de las muertes maternas. Es posible que estas tendencias también constituyan factores determinantes en el aumento de los riesgos en otros contextos desarrollados.

El Índice de las Madres de 2014 y las clasificaciones de países

El decimoquinto *Índice de las Madres* anual de Save the Children evalúa el bienestar de las madres y la infancia en 178 países, 46 de los cuales son países desarrollados⁷ y 132 países en desarrollo. En el *Índice* se han incluido todos los países con poblaciones superiores a 100.000 habitantes y con suficientes datos.

El *Índice* depende exclusivamente de la información publicada por organismos de datos internacionales autorizados. El *Índice de las Madres* completo, basado en una puntuación compuesta de cinco indicadores relacionados con el bienestar de las madres, comienza en la página 82 del presente informe.

Para una explicación sobre la manera en que se ha calculado el *Índice*, ver *Notas sobre la metodología y los procesos de investigación*.

Lo que las cifras no revelan

Los datos nacionales presentados en el *Índice de las Madres* proporcionan un panorama general de muchos países. No obstante, cabe recordar que la condición de los subgrupos geográficos o étnicos y de las familias en la peor situación de pobreza de un país puede variar considerablemente respecto al promedio nacional. Las zonas rurales remotas y las zonas urbanas deprimidas normalmente cuentan con menos servicios y presentan un mayor número de estadísticas alarmantes. La guerra, la violencia, la corrupción y la anarquía también perjudican seriamente el bienestar de las madres y la infancia, y normalmente afectan de forma desproporcionada a ciertos segmentos de la población. Estos detalles quedan ocultos cuando sólo se dispone de datos generales a escala nacional.



Afganistán

Clasificaciones del Índice de las Madres

Mientras Europa continúa dominando las primeras posiciones en el *Índice de las Madres* de 2014, los países de África Subsahariana ocupan los lugares más bajos. Este año, Estados Unidos se ubica en el lugar número 31.

Los países clasificados en los primeros diez lugares se encuentran, en general, entre los que cuentan con las mejores condiciones de salud, educativas, económicas y políticas del mundo para las madres, las niñas y los niños.

Los países clasificados en los últimos diez lugares –todos, excepto uno, de África Occidental y Central– constituyen una imagen invertida de los primeros diez países de la lista, con resultados muy bajos en todos los indicadores. Seis de estos diez lugares más difíciles para ser madre sufren actualmente graves crisis humanitarias y uno de ellos se considera en una “situación preocupante”.⁸ Somalia, el país con la puntuación más baja, ha experimentado un conflicto casi constante desde el colapso de su gobierno central en 1991. Las condiciones para las madres y sus hijas e hijos en estos países son terribles:

- En promedio, 1 mujer de cada 27 tiene probabilidades de morir debido a una causa relacionada con el embarazo.
- 1 niña o niño de cada 7 muere antes de cumplir los cinco años.
- La infancia puede llegar a recibir tan solo dos años de educación formal y un número máximo de diez años.
- El INB per cápita, una medida del bienestar económico de un país y del acceso de una madre a los recursos, es inferior a USD 650 como promedio.
- Las mujeres ocupan como mucho el 15 % de los escaños parlamentarios.
- 8 mujeres de cada 10 tienen probabilidades de sufrir la pérdida de una hija o un hijo durante la vida.⁹

Los cinco indicadores del Índice de las Madres de 2014

SALUD MATERNA – Riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida: ninguna madre debería morir al dar a luz. El riesgo de muerte materna de una mujer está condicionado por el número de embarazos o nacimientos en su vida, el espaciamiento entre los nacimientos, las condiciones en las cuales da a luz, su propia salud y su nivel nutricional. La mortalidad materna también constituye una medida sensible de la solidez del sistema de salud, el acceso a la atención de calidad y la cobertura de las intervenciones eficaces para prevenir las muertes maternas.

BIENESTAR DE LA INFANCIA – Índice de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años: el bienestar de una madre está íntimamente ligado a la salud y el bienestar de sus hijas e hijos. El índice de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años constituye uno de los principales indicadores del bienestar infantil, y refleja la salud y el nivel nutricional de la infancia. También constituye un indicador clave de la cobertura de las intervenciones en el ámbito de la supervivencia infantil, así como de la calidad de la atención que reciben las madres antes, durante y después del embarazo.

SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN – Número previsto de años de escolarización formal: la educación es un derecho humano

fundamental y un poderoso factor determinante de la calidad de vida. Numerosos estudios indican una estrecha relación entre el número de años de escolarización y varios resultados importantes en la vida, como los ingresos, la salud y la participación cívica. Además, cuando una niña puede educarse, sus hijas e hijos tienen más probabilidades de tener buena salud y un buen nivel de educación.

SITUACIÓN ECONÓMICA – Ingreso nacional bruto (INB) per cápita: las madres tienden a utilizar los recursos bajo su control para atender las necesidades de sus hijas e hijos. El INB per cápita es la mejor medida disponible para evaluar el acceso de una madre a los recursos económicos y, por lo tanto, su capacidad para mantener a sus hijas e hijos.

SITUACIÓN POLÍTICA – Participación de las mujeres en el gobierno nacional: cuando las mujeres tienen influencia en la vida política, es más probable que a los asuntos que son importantes para las madres y sus hijas e hijos se les preste más atención en la agenda nacional y se conviertan en prioridades nacionales.

Nota: para una definición de los indicadores y las fuentes de los datos, ver “Notas sobre la metodología y los procesos de investigación”.

El contraste entre el país clasificado en primer lugar, Finlandia, y el país clasificado en último lugar, Somalia, es chocante. Por un lado, en Finlandia la muerte materna es poco frecuente (la probabilidad de morir durante el embarazo o el parto a lo largo de la vida es inferior a 1 de cada 12.000); por otro, en Somalia, 1 mujer de cada 16 tiene probabilidades de morir en algún momento debido a una causa relacionada con la maternidad. Prácticamente toda la infancia finlandesa –niñas y niños por igual– disfrutan de buena salud y de un buen nivel educativo. Sin embargo, la infancia en Somalia debe enfrentar unas dificultades inverosímiles. Un 15 % de las niñas y los niños somalíes no sobrevive hasta su quinto cumpleaños. En Finlandia, este porcentaje corresponde al 0,3 %. Con estos índices y desde el punto de vista estadístico, casi todas las madres somalíes tienen probabilidades de perder una hija o un hijo menor de cinco años, mientras que en Finlandia, sólo 1 mujer de cada 181 tiene probabilidades de sufrir la pérdida de una niña o un niño de corta edad. La infancia somalí recibe menos de 2,5 años de educación formal, en comparación con una niña o un niño promedio de Finlandia, que asiste a la escuela durante un período de 17 años. Somalia también es uno de los países más pobres del mundo. La riqueza nacional de Finlandia es 380 veces superior a la de Somalia. Además, las mujeres finlandesas ocupan tres veces más escaños parlamentarios: el 43 %, en comparación con el 14 % en Somalia.

No obstante, en Somalia hay indicios de esperanza. Los datos subnacionales sugieren que en los últimos años, algunas zonas del país han logrado resultados positivos en términos de supervivencia infantil. En Somalilandia, el índice de mortalidad de menores de cinco años (que, según los cálculos, es de 91 de cada 1.000 nacimientos vivos) ha descendido en un 19 % desde 2006 y es considerablemente inferior al promedio nacional.¹⁰ Además, aunque no se dispone de nuevos datos subnacionales sobre mortalidad materna, en las zonas del norte del país se han detectado pequeñas mejoras en otras medidas de salud materna (por ejemplo, asistencia especializada de partos y partos en establecimientos de salud).¹¹



¿Qué efecto ha tenido la crisis económica en las madres españolas?

La puntuación de España es bastante alta en los cinco factores que componen el Índice y es uno de los únicos ocho países que ocupan los primeros 25 lugares en todos los indicadores. Sin embargo, la crisis económica ha tenido un gran impacto tanto en el nivel de desempleo como en el sistema de bienestar social del país, y el sector más afectado han sido las niñas, los niños y sus familias, especialmente las madres. El porcentaje del PIB destinado a políticas de protección social es del 26,1 %, el segundo más bajo de la Unión Europea.²³ La proporción de mujeres en edad fértil que están desempleadas es de 27 de cada 100.²⁴ El 33,8 % de la infancia en España vive con riesgo de caer en la pobreza o de sufrir exclusión social. En el caso de las familias monoparentales, este porcentaje se eleva al 45,6 % de las niñas y los niños.²⁵ La consecuencia de esta situación es que muchas mujeres españolas renuncian a la maternidad o a tener el número de hijas e hijos que desean. De hecho, la tasa de natalidad de España ha descendido de 11,28 en 2008, cuando se desató la crisis económica, a 9,69 en 2012.²⁶

¿Por qué Finlandia ocupa el primer lugar?

Finlandia presenta resultados sólidos en las cinco dimensiones de la salud y el bienestar materno e infantil. Aunque los resultados generales de este país no son “óptimos” en términos absolutos en ningún indicador, es el único país que se ubica entre los primeros quince lugares en los cinco indicadores. En efecto, todos los demás países que ocupan los diez primeros lugares (aparte de los Países Bajos) tienen, por lo menos en un indicador, resultados considerablemente inferiores (se clasifican entre el vigésimo y el trigésimo lugar o más abajo). Por lo tanto, la razón por la cual Finlandia ocupa el primer lugar es que sus resultados son todos altos.

¿Por qué Somalia ocupa el último lugar?

Los indicadores económicos y educativos de Somalia son los más bajos del mundo. En mortalidad materna e infantil, se clasifica en segundo y cuarto lugar, respectivamente, a contar de la última posición. Además, a pesar de que Somalia tiene un resultado ligeramente mejor en situación política, no es suficiente para compensar los bajos resultados en todos los demás indicadores. El hecho de que en cuatro de los cinco indicadores se sitúa entre los últimos cinco lugares es lo que hace que Somalia se clasifique último en el Índice. Como ya se ha explicado anteriormente, los datos nacionales de Somalia enmascaran variaciones subnacionales.

¿Por qué hay algunos países que no se incluyen en el Índice de las Madres?

La única razón para excluir a un país es la insuficiencia de datos o que la población nacional sea inferior a 100.000 habitantes.

¿Qué debería hacerse para reducir la brecha entre los países que satisfacen las necesidades de las madres y aquellos que no lo hacen?

- Los gobiernos y los organismos internacionales deben incrementar los fondos destinados a mejorar los niveles de educación para toda la infancia, asegurar el acceso a la atención de la salud materna e infantil y mejorar las oportunidades económicas y políticas de las mujeres.
- La comunidad internacional también debe mejorar las actuales investigaciones y llevar a cabo nuevos estudios que se centren específicamente en el bienestar de las madres y la infancia.
- En las naciones industrializadas, los gobiernos y las comunidades deben trabajar en colaboración para mejorar la educación y la atención de la salud para las madres, las niñas y los niños desfavorecidos.

Las diferencias entre países ricos y países pobres

Los datos recopilados para el Índice de las Madres documentan las tremendas diferencias entre los países ricos y los países pobres, y la urgente necesidad de acelerar el progreso en materia de salud y bienestar de las madres y sus hijas e hijos. Los datos también destacan el papel que desempeñan en estas tragedias los conflictos armados y la gobernanza deficiente. La totalidad de los diez países en los últimos lugares de la lista tienen una historia reciente de conflictos armados y todos son considerados Estados frágiles,¹² lo cual significa que están fracasando de manera fundamental en el cumplimiento de las funciones necesarias para responder a las necesidades básicas y expectativas de sus ciudadanos.

En esta tragedia también existen marcadas dimensiones regionales. La totalidad de los países clasificados en los últimos diez lugares pertenecen a África Subsahariana, región en que también se concentran 26 de los 30 países con las puntuaciones más bajas. A pesar de que África en su conjunto ha logrado considerables reducciones en

términos de mortalidad materna e infantil, así como resultados positivos en los demás indicadores, ha progresado más lentamente que otras regiones. Por otra parte, a escala regional ha obtenido peores resultados en cada uno de los indicadores excepto uno (situación política). No obstante, África es un continente de una gran diversidad. Algunos países obtienen una puntuación relativamente alta en varios indicadores, y varios países africanos de bajos ingresos, como Malawi y Etiopía, se encuentran en condiciones de reducir en dos tercios la mortalidad infantil para 2015.

La mayor disparidad entre las regiones se presenta en el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida. En África Occidental y Central, 1 mujer de cada 32 tiene probabilidades de morir durante el embarazo o el parto. Este riesgo es casi cinco veces superior al que tienen las mujeres en Asia Meridional (1 de cada 150) y casi 150 veces superior al riesgo que tienen las mujeres en los países industrializados (1 de cada 4.700).¹³

La infancia en África Occidental y Central se encuentra igualmente desfavorecida si se compara con la infancia en otras regiones. Casi 1 niña o niño de cada 8 no sobrevive hasta su quinto cumpleaños. Este riesgo es el doble del que corre una niña o un niño en Asia Meridional y 20 veces superior al que existe en países más desarrollados. En 2012, aproximadamente dos millones de niñas y niños en África Occidental y Central murieron antes de cumplir los cinco años. Esto representa casi un tercio (el 30 %) del total mundial.¹⁴

La capacidad de los países para abordar estas cuestiones con frecuencia se ve restringida a causa de la limitación de recursos financieros. Somalia, República Democrática del Congo y Burundi son los países más pobres del mundo, con un INB per cápita aproximado de sólo unos USD 200, en contraste con la riqueza nacional de Noruega, que es de USD 98.860 per cápita.



Las comparaciones entre países individuales son especialmente impactantes si se considera el sufrimiento humano y la desigualdad de género que se ocultan tras las estadísticas:

- Según las estimaciones más recientes, en **Chad**, 1 mujer de cada 15 muere durante el embarazo o el parto. En **Somalia**, el riesgo es de 1 de cada 16 y en **Níger** y **Sierra Leona**, de 1 de cada 23. En contraste, en **Estonia**, **Grecia** y **Singapur**, el riesgo de muerte materna es inferior a 1 de cada 25,000.
- En **Chad**, **República Democrática del Congo** y **Somalia**, 1 niña o niño de cada 7 no cumple los cinco años. En **Angola** y **Sierra Leona**, esta proporción es de 1 de cada 6. Compárese con **Islandia**, donde sólo 1 de cada 430 muere antes de cumplir los cinco años.
- Una niña o un niño promedio en **Eritrea**, **Níger**, **Sudán del Sur** y **Sudán** recibe sólo alrededor de cinco años de educación formal. La infancia **somalí** recibe menos de 2,5 años de escolarización. Sin embargo, en **Australia** y **Nueva Zelanda**, una niña o un niño promedio puede esperar asistir a la escuela durante un período de 19 años.
- En **Micronesia**, **Qatar** y **Vanuatú**, las mujeres no ocupan ni un solo escaño parlamentario. En **Comoras**, **Islas Salomón** y **Tonga**, las mujeres ocupan sólo un escaño. Por el contrario, en **Cuba**, **Ruanda** y **Suecia**, las mujeres ocupan por lo menos el 45 % del total de escaños parlamentarios.

Las estadísticas son mucho más que cifras. Es la desesperación humana y las oportunidades perdidas tras estas cifras lo que exige cambios dirigidos a asegurar que las madres en todas partes cuenten con las herramientas básicas que requieren para romper el ciclo de la pobreza y mejorar la calidad de vida para ellas mismas, sus hijas e hijos y las futuras generaciones.

Nota sobre la interpretación de las clasificaciones del Índice

Las clasificaciones reflejan una puntuación compuesta que se deriva de cinco indicadores diferentes relacionados con el bienestar materno (la salud materna, el bienestar de la infancia, la situación de la educación, la situación económica y la situación política). Unos resultados altos en todos los indicadores producen una clasificación superior a la que produce un resultado excepcional sólo en algunos indicadores pero ligeramente inferiores en los demás indicadores. En otras palabras, la excelencia general se premia con una clasificación superior a la que reciben unos resultados óptimos sólo en algunos de los indicadores. De la misma manera, unos resultados bajos en todos los cinco indicadores resultan en una clasificación inferior a la que resulta de los peores resultados en algunos indicadores y un poco mejores en los demás indicadores. Esta es la naturaleza de las puntuaciones compuestas.

También es importante destacar que los países en los primeros diez y los últimos diez lugares –particularmente en los primeros tres y los últimos tres lugares– forman un bloque bastante compacto. En consecuencia, aunque una clasificación exige que

un país sea el primero y otro el último de la lista, las diferencias entre los primeros y los últimos pueden ser muy pequeñas. Esto también significa que hasta el cambio más insignificante podría resultar en una reordenación de la clasificación.

El *Índice de las Madres* se basa en los datos comparables, publicados a escala internacional más recientemente y disponibles al 13 de marzo de 2014, aunque con frecuencia se produce una demora en la entrega de los datos. Debido a que los datos de los indicadores corresponden al período de 2010 a 2014, es posible que las cifras no reflejen las condiciones actuales en algunos países. Por ejemplo, en República Centroafricana y Sudán del Sur, la mayor parte de los datos son anteriores a las recientes escaladas de violencia. Finalmente, en España es posible que sean necesarios uno o dos años más para que los datos reflejen los efectos de la actual crisis financiera, que ha causado un aumento del desempleo y reducciones en los subsidios estatales, con un alto impacto particularmente en las madres y la infancia.

Clasificación del Índice de las Madres de 2014

País	Lugar	País	Lugar	País	Lugar
Finlandia	1	Turquía	59*	Angola	119
Noruega	2	China	61	Botsuana	120
Suecia	3	Federación Rusa	62	Marruecos	121*
Islandia	4	Kazajistán	63	Ruanda	121*
Países Bajos	5	Ecuador	64	Santo Tomé y Príncipe	123
Dinamarca	6	Rumania	65*	Senegal	124
España	7	Trinidad y Tobago	65*	Vanuatu	125
Alemania	8	Venezuela, República Bolivariana de	67	Guinea Ecuatorial	126*
Australia	9*	Malasia	68	Guatemala	126*
Bélgica	9*	Omán	69	Bután	128
Italia	11	Bahamas	70	República Democrática Popular Lao	129
Austria	12	Algeria	71	Bangladesh	130*
Suiza	13	Perú	72*	Lesoto	130*
Portugal	14	Tailandia	72*	Camboya	132
Singapur	15	Ucrania	72*	Uganda	133
Nueva Zelanda	16	Sudáfrica	75	Tayikistán	134
Eslovenia	17	Brasil	76	Micronesia, Estados Federados de	135*
Canadá	18	Libano	77	República Unida de Tanzania	135*
Irlanda	19	El Salvador	78*	India	137
Francia	20*	Fiyi	78*	Mozambique	138
Grecia	20*	Santa Lucía	80	Suazilandia	139
Luxemburgo	22	Irán, República Islámica de	81	Islas Salomón	140
Estonia	23	Turkmenistán	82	Zimbabue	141
República Checa	24*	Albania	83	Camerún	142
Lituania	24*	Cabo Verde	84	Kenia	143
Bielorrusia	26*	Colombia	85	Madagascar	144
Reino Unido	26*	Belice	86*	Zambia	145
Israel	28	San Vicente y las Granadinas	86*	Afganistán	146
Polonia	29	Mongolia	88	Burundi	147*
República de Corea	30	Sri Lanka	89	Pakistán	147*
Estados Unidos	31	Maldivas	90	Etiopía	149
Japón	32	Jamaica	91	Ghana	150*
Croacia	33	República de Moldavia	92	Sudán	150*
Letonia	34	Bolivia, Estado Plurinacional de	93*	Eritrea	152*
Cuba	35	Vietnam	93*	Togo	152*
Serbia	36	Armenia	95*	Malawi	154
Chipre	37	Jordania	95*	Mauritania	155
Arabia Saudí	38	Nicaragua	95*	Comoras	156
Costa Rica	39	Georgia	98	Myanmar	157
Ex Rep. Yugoslava de Macedonia	40	Azerbaiyán	99*	Congo	158*
Malta	41	Surinam	99*	Sudán del Sur	158*
Granada	42	Tonga	101	Yibuti	160
Argentina	43	República Dominicana	102	Burkina Faso	161
Bulgaria	44	Namibia	103	Yemen	162
Montenegro	45*	Irak	104	Guinea	163
Eslovaquia	45*	Paraguay	105*	Papúa Nueva Guinea	164
Chile	47	Filipinas	105*	Benín	165
Bosnia-Herzegovina	48	Honduras	107	Gambia	166
Barbados	49	Kirguistán	108	Liberia	167
Bahrein	50	Panamá	109	Haití	168
Qatar	51	Timor Oriental	110	Costa de Marfil	169
Emiratos Árabes Unidos	52	Uzbekistán	111	Chad	170
Uruguay	53	Guyana	112	Nigeria	171
México	54	Indonesia	113	Sierra Leona	172
Hungría	55	Gabón	114	República Centroafricana	173
Mauricio	56	República Árabe Siria	115	Guinea-Bissau	174
Kuwait	57	Nepal	116	Mali	175*
Libia	58	Egipto	117	Níger	175*
Túnez	59*	Samoa	118	República Democrática del Congo	177
				Somalia	178

* Países empatados

Nota: los países en rojo son Estados frágiles. De los 51 Estados frágiles identificados por la OCDE, 45 se incluyen en la clasificación del Índice de las Madres. República Democrática de Corea, Kiribati, Kosovo, Islas Marshall, Territorios Palestinos Ocupados y Tuvalu no se han incluido debido a la insuficiencia de datos y/o porque no tienen la población mínima requerida. Fuente: OCDE, *Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation*, pág. 2

País o territorio	SALUD MATERNA	BIENESTAR DE LA INFANCIA	SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN	SITUACIÓN ECONÓMICA	SITUACIÓN POLÍTICA	Lugar en el Índice de las Madres (de un total de 178 países)
	Riesgo de muerte materna a lo largo de la vida (1 de cada cifra indicada)	Índice de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)	Número de años previsto de escolarización formal	Ingreso nacional bruto per cápita (actual en USD)	Participación de las mujeres en el gobierno nacional (% de escaños ocupados por mujeres)*	
	2010	2012	2013	2012	2014	2014
Afganistán	32	98,5	9,5(b)	680	27,6	146
Albania	2.200	16,7	10,8	4.030	20,0	83
Alemania	10.600	4,1	16,3	44.260	35,6	8
Algeria	430	20,0	14,0	5.020	25,7	71
Angola	39	163,5	11,3	4.580	36,8	119
Arabia Saudí	1.400	8,6	15,6	21.210	19,9	38
Argentina	560	14,2	16,7	5.170	37,1	43
Armenia	1.700	16,4	12,3	3.720	10,7	95
Australia	8.100	4,9	19,9(a)	59.360	31,1	9
Austria	18.200	4,0	15,6	47.660	32,2	12
Azerbaiyán	1.000	35,2	11,9	6.220	15,6	99
Bahamas	1.100	16,9	12,6(x)	20.600	16,7	70
Bahrein	1.800	9,6	13,4(x.d)	14.820	18,8	50
Bangladesh	170	40,9	10,0	840	20,0	130
Barbados	1.300	18,4	15,4	15.080	21,6	49
Bélgica	7.500	4,2	16,2	44.660	40,7	9
Belice	610	18,3	13,7	4.490	13,3	86
Benín	53	89,5	11,0	750	8,4	165
Bielorrusia	16.300	5,2	15,7	6.530	29,5	26
Bolivia, Estado Plurinacional de	140	41,4	13,2	2.220	30,1	93
Bosnia-Herzegovina	11.400	6,7	13,4(x)	4.750	19,3	48
Botsuana	220	53,3	11,7	7.650	9,5	120
Brasil	910	14,4	14,2(x)	11.630	9,6	76
Brunéi Darussalam	1.900	8,0	14,5	31.590	—	—
Bulgaria	5.900	12,1	14,3	6.840	24,6	44
Burkina Faso	55	102,4	7,5	670	18,9	161
Burundi	31	104,3	10,5(b)	240	34,9	147
Bután	210	44,6	12,7	2.420	8,3	128
Cabo Verde	480	22,2	13,2	3.830	20,8	84
Camboya	150	39,7	10,9	880	18,5	132
Camerún	31	94,9	10,4	1.170	27,1	142
Canadá	5.200	5,3	15,8	50.970	28,5	18
Chad	15	149,8	7,4	770	14,9	170
Chile	2.200	9,1	15,2	14.310	16,5	47
China	1.700	14,0	13,1	5.720	23,4	61
Chipre	6.300	3,2	14,0	26.110	12,5	37
Colombia	430	17,6	13,2	7.020	13,6	85
Comoras	67	77,6	12,8	840	3,0	156
Congo	39	96,0	11,1	2.550	9,6	158
Corea, República de	4.800	3,8	17,0	22.670	15,7	30
Corea, República Popular Democrática de	670	28,8	—	580(x)	15,6	—
Costa de Marfil	53	107,6	6,5(x)	1.220	9,4	169
Costa Rica	1.300	9,9	13,7	8.820	38,6	39
Croacia	4.100	4,7	14,5	13.490	23,8	33
Cuba	1.000	5,5	14,5	5.890	48,9	35
Dinamarca	4.500	3,7	16,9	59.850	39,1	6
Ecuador	350	23,3	13,7(x)	5.170	41,6	64
Egipto	490	21,0	13,1	2.980	2,8(f)	117
El Salvador	490	15,9	12,3	3.590	26,2	78
Emiratos Árabes Unidos	4.000	8,4	12,0(x)	35.770	17,5	52
Eritrea	86	51,8	4,2(b)	450	22,0	152
Estados Unidos	2.400	7,1	16,5	52.340	18,6	31

País o territorio	SALUD MATERNA	BIENESTAR DE LA INFANCIA	SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN	SITUACIÓN ECONÓMICA	SITUACIÓN POLÍTICA	Lugar en el Índice de las Madres (de un total de 178 países)
	Riesgo de muerte materna a lo largo de la vida (1 de cada cifra indicada)	Índice de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)	Número de años previsto de escolarización formal	Ingreso nacional bruto per cápita (actual en USD)	Participación de las mujeres en el gobierno nacional (% de escaños ocupados por mujeres)*	
	2010	2012	2013	2012	2014	
Eslovaquia	12.200	7,5	12,4	17.180	18,7	45
Eslovenia	5.900	3,1	16,8	22.800	25,4	17
Estonia	25.100	3,6	16,5	16.150	19,0	23
Etiopía	67	68,3	6,6	380	25,5	149
Federación Rusa	2.000	10,3	14,0	12.700	12,1	62
Filipinas	300	29,8	11,3	2.500	27,2	105
Finlandia	12.200	2,9	17,0	46.490	42,5	1
Fiyi	1.400	22,4	15,7	4.110	12,6(f)	78
Francia	6.200	4,1	16,0	41.750	24,8	20
Gabón	130	62,0	13,0(x)	10.040	15,8	114
Gambia	56	72,9	9,1	510	9,4	166
Georgia	960	19,9	13,2	3.270	12,0	98
Ghana	68	72,0	11,5	1.550	10,9	150
Granada	1.700	13,5	15,8	7.220	25,0	42
Grecia	25.500	4,8	16,5	23.260	21,0	20
Guatemala	190	32,0	10,6	3.120	13,3	126
Guinea	30	101,2	8,7	440	21,9	163
Guinea-Bissau	25	129,1	9,0	510	11,0	174
Guinea Ecuatorial	88	100,3	8,5	13.560	18,3	126
Guyana	150	35,2	10,3	3.410	31,3	112
Haití	83	75,6	7,6(x.d)	760	3,5	168
Honduras	270	22,9	11,4	2.120	25,8	107
Hungría	3.300	6,2	15,4	12.380	9,4	55
India	170	56,3	11,7	1.580	11,4	137
Indonesia	210	31,0	12,7	3.420	18,6	113
Irak	310	34,4	10,1	5.870	25,2	104
Irán, República Islámica de	2.400	17,6	15,2	4.290	3,1	81
Irlanda	8.100	4,0	18,6(a)	39.110	19,9	19
Islandia	8.900	2,3	18,7	38.330	39,7	4
Islas Salomón	240	31,1	12,2(b)	1.130	2,0	140
Israel	5.100	4,2	15,7	28.380	22,5	28
Italia	20.300	3,8	16,3	33.860	30,6	11
Jamaica	370	16,8	12,5	5.120	16,7	91
Japón	13.100	3,0	15,3	47.880	10,8	32
Jordania	470	19,1	13,3	4.670	12,0	95
Kazajistán	770	18,7	15,0	9.780	19,8	63
Kenia	55	72,9	11,0	860	20,3	143
Kirguistán	480	26,6	12,5	990	23,3	108
Kiribati	—	59,9	12,3	2.520	8,7	—
Kuwait	2.900	11,0	14,6	44.100	4,6	57
Lesoto	53	99,6	11,1	1.380	26,8	130
Letonia	2.000	8,7	15,5	14.120	25,0	34
Libano	2.100	9,3	13,2	9.190	3,1	77
Liberia	24	74,8	10,7	370	11,7	167
Libia	620	15,4	16,1	12.930	16,5	58
Lituania	9.400	5,4	16,7	13.830	24,1	24
Luxemburgo	3.200	2,2	13,9	71.620	28,3	22
Macedonia, ex República Yugoslava de	6.300	7,4	13,3	4.620	34,1	40
Madagascar	81	58,2	10,3	430	23,1	144
Malasia	1.300	8,5	12,7	9.820	13,9	68
Malawi	36	71,0	10,8(b)	320	22,3	154
Maldivas	870	10,5	12,7	5.750	6,8	90

País o territorio	SALUD MATERNA	BIENESTAR DE LA INFANCIA	SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN	SITUACIÓN ECONÓMICA	SITUACIÓN POLÍTICA	Lugar en el Índice de las Madres (de un total de 178 países)
	Riesgo de muerte materna a lo largo de la vida (1 de cada cifra indicada)	Índice de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)	Número de años previsto de escolarización formal	Ingreso nacional bruto per cápita (actual en USD)	Participación de las mujeres en el gobierno nacional (% de escaños ocupados por mujeres)*	
	2010	2012	2013	2012	2014	
Malí	28	128,0	8,6	660	9,5	175
Malta	8.900	6,8	14,5	19.760	14,3	41
Marruecos	400	31,1	11,6	2.960	11,0	121
Mauricio	1.000	15,1	15,6	8.570	18,8	56
Mauritania	44	84,0	8,2	1.110	22,2	155
México	790	16,2	12,8	9.640	36,8	54
Micronesia, Estados Federados de	290	38,5	11,7(b)	3.230	0,0	135
Moldavia, República de	1.500	17,6	11,8	2.070	18,8	92
Mongolia	600	27,5	15,0	3.160	14,9	88
Montenegro	7.400	5,9	15,2	7.220	14,8	45
Mozambique	43	89,7	9,5	510	39,2	138
Myanmar	250	52,3	8,7(b)	1.130(x)	4,3	157
Namibia	160	38,7	11,3	5.610	26,0	103
Nepal	190	41,6	12,4	700	29,9	116
Nicaragua	350	24,4	10,5	1.650	40,2	95
Níger	23	113,5	5,4	390	13,3	175
Nigeria	29	123,7	9,0	1.440	6,6	171
Noruega	7.900	2,8	17,6	98.860	39,6	2
Nueva Zelanda	3.300	5,7	19,4(a)	30.640	33,9	16
Omán	1.200	11,6	13,6	19.110	9,6	69
Países Bajos	10.500	4,1	17,9	47.970	37,8	5
Pakistán	110	85,9	7,7	1.260	19,7	147
Panamá	410	18,5	12,4	8.510	8,5	109
Papúa Nueva Guinea	110	63,0	5,8(x.d)	1.790	2,7	164
Paraguay	310	22,0	12,8	3.400	16,8	105
Perú	570	18,2	13,1	6.060	22,3	72
Polonia	14.400	5,0	15,5	12.660	22,3	29
Portugal	9.200	3,6	16,3	20.620	31,3	14
Qatar	5.400	7,4	13,8	76.010	0,0	51
Reino Unido	4.600	4,8	16,2	38.670	23,0	26
República Árabe Siria	460	15,1	12,0	2.610	12,0	115
República Centroafricana	26	128,6	7,2	510	12,5(f)	173
República Checa	12.100	3,8	16,4	18.120	18,9	24
República Democrática del Congo	30	145,7	9,7	230	9,7	177
República Democrática Popular Lao	74	71,8	10,3	1.270	25,0	129
República Dominicana	240	27,1	12,3(x)	5.470	19,1	102
Ruanda	54	55,0	10,2	600	57,5	121
Rumanía	2.600	12,2	14,1	8.820	11,7	65
Samoa	260	17,8	12,4(b)	3.260	4,1	118
San Vicente y las Granadinas	940	23,4	13,3	6.400	13,0	86
Santa Lucía	1.400	17,5	12,2	6.890	17,2	80
Santo Tomé y Príncipe	330	53,2	11,3(b)	1.310	18,2	123
Senegal	54	59,6	7,9	1.030	43,3	124
Serbia	4.900	6,6	13,6	5.280	33,6	36
Sierra Leona	23	181,6	8,8(e)	580	12,1	172
Singapur	25.300	2,9	14,4(x.c)	47.210	25,3	15
Somalia	16	147,4	2,4(x)	120(x)	13,8	178
Sudáfrica	140	44,6	13,1(x.d)	7.610	43,5(g)	75
Sudán del Sur †	31	104,0	4,5(x)	790	24,3	158
España	12.000	4,5	17,1	29.620	37,0	7
Sri Lanka	1.200	9,6	13,7	2.920	5,8	89
Sudán ‡	31	73,1	4,5(x)	1.500	23,8	150

País o territorio	SALUD MATERNA	BIENESTAR DE LA INFANCIA	SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN	SITUACIÓN ECONÓMICA	SITUACIÓN POLÍTICA	Lugar en el Índice de las Madres (de un total de 178 países)
	Riesgo de muerte materna a lo largo de la vida (1 de cada cifra indicada)	Índice de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)	Número de años previsto de escolarización formal	Ingreso nacional bruto per cápita (actual en USD)	Participación de las mujeres en el gobierno nacional (% de escaños ocupados por mujeres)*	
	2010	2012	2013	2012	2014	
Surinam	320	20,8	13,0(b)	8.680	11,8	99
Suazilandia	95	79,7	11,3	2.860	14,7	139
Suecia	14.100	2,9	15,8	55.970	45,0	3
Suiza	9.500	4,3	15,7	80.970	28,9	13
Tailandia	1.400	13,2	13,1	5.210	15,7	72
Tanzania, República Unida de	38	54,0	9,2	570	36,0	135
Tayikistán	430	58,3	11,2	860	14,4	134
Territorios Palestinos Ocupados	330	22,6	13,2	1.340	—	—
Timor Oriental	55	56,7	11,7	3.620	38,5	110
Togo	80	95,5	12,2	500	16,5	152
Tonga	230	12,8	14,7	4.220	3,6	101
Trinidad y Tobago	1.300	20,7	12,3	14.710	24,7	65
Túnez	860	16,1	14,6	4.150	28,1	59
Turkmenistán	590	52,8	12,6(x,d)	5.410	26,4	82
Turquía	2.200	14,2	14,4	10.830	14,4	59
Ucrania	2.200	10,7	15,1	3.500	9,7	72
Uganda	49	68,9	10,8	440	35,0	133
Uruguay	1.600	7,2	15,5	13.580	11,5	53
Uzbekistán	1.400	39,6	11,5	1.720	19,2	111
Vanuatú	230	17,9	11,7(b)	3.000	0,0	125
Venezuela, República Bolivariana de	410	15,3	14,2	12.460	17,0	67
Vietnam	870	23,0	11,9(x)	1.550	24,3	93
Yemen	90	60,0	9,2	1.270	0,7	162
Yibuti	140	80,9	6,6(b)	1.030	12,7	160
Zambia	37	88,5	13,5	1.350	10,8	145
Zimbabue	52	89,8	9,3	650	35,1	141
MEDIANAS REGIONALES §						
África Subsahariana	53	86	10	780	19	150
Asia Meridional	180	43	12	1.420	16	129
Asia Oriental y del Pacífico	295	28	12	3.230	15	108
América Latina y el Caribe	525	18	13	6.230	18	79
Oriente Medio y África del Norte	555	17	13	4.845	12	77
Europa Central y Oriental (ECO) / Comunidad de Estados Independientes (CEI)	2.200	14	13	5.280	19	65
Países industrializados	8.900	4	16	38.500	27	19
MUNDO	180	48	12	10.140	22	

Nota: los datos se refieren al año especificado en el título de la columna o al año disponible más reciente. Para una definición de los indicadores y las fuentes de los datos, ver Notas sobre la metodología y los procesos de investigación.

— No se dispone de datos.

* Las cifras corresponden al número de escaños actualmente ocupados en el parlamento.

‡ Los datos sobre salud materna y nivel educativo son cálculos previos a la secesión.

§ Regiones de UNICEF. Para una lista completa de los países y territorios en estas regiones, ver: UNICEF. *Estado mundial de la infancia 2012*. (Nueva York: 2012) pág. 124. Las medianas están basadas sólo en los países incluidos en el cuadro del Índice.

x Los datos son de una fuente secundaria.

a Rebajado a 18 años antes de calcular la clasificación del Índice.

b Sólo se refiere a la educación primaria y secundaria.

c Cálculo hecho por el Ministerio de Educación de Singapur.

d En base a regresión entre países.

e El cálculo excluye los años de repetición de grados.

f Los datos reflejan la situación previa a la disolución del parlamento.

g Las cifras se han calculado sólo sobre la base de escaños permanentes.

Notas sobre la metodología y los procesos de investigación

Índice de las Madres completo

En el primer año de publicación del *Índice de las Madres* (2000), se llevaron a cabo un análisis de la bibliografía disponible y consultas con expertos internacionales, incluyendo miembros del equipo de Save the Children, para identificar los factores más estrechamente relacionados con el bienestar de las madres. Así se identificaron cuatro factores como los mayores determinantes del bienestar de una madre: la salud materna, el nivel educativo, la situación política y el bienestar de los hijos y las hijas. En 2007, se introdujeron varios cambios en el *Índice de las Madres*: se incorporaron indicadores de la situación económica; los países fueron colocados en uno de tres niveles (más, poco y menos desarrollados) según un esquema de categorías establecido por la Organización de las Naciones Unidas y los indicadores utilizados para calcular el *Índice* se especificaron para cada nivel.

En 2013, se volvió a revisar el *Índice* en función de las mejores prácticas y para hacer lugar a las modificaciones introducidas por las organizaciones internacionales que recogen los datos. A partir de ese año, todos los países, ricos y pobres indistintamente, se evalúan usando los mismos cinco indicadores (que se detallan a continuación), uno por cada una de las cinco dimensiones del bienestar materno. Los indicadores específicos utilizados en estas comparaciones fueron elegidos por su confiabilidad, validez, disponibilidad para el mayor número posible de países y variación de un año a otro (a fin de construir un *Índice* dinámico).

Observación general sobre los datos

Save the Children no recoge los datos originales para el *Índice de las Madres*. En cambio, utiliza los datos de agencias de datos internacionales que tienen el objetivo, los recursos y los conocimientos para recoger, certificar y publicar datos nacionales sobre indicadores específicos. Las agencias internacionales algunas veces armonizan los datos para asegurar que se puedan comparar entre países y hacen ajustes donde están incompletos, lo que puede ocasionar discrepancias entre las estimaciones nacionales e internacionales. Los datos incluidos en el *Índice* son los publicados más recientemente, el 13 de marzo de 2014. A continuación se incluyen datos completos de las fuentes y definiciones de los indicadores.

Las mejoras en la recolección de datos y en las prácticas de rendición de informes de datos han llevado a que el número de países incluidos en el *Índice* aumente con el correr de los años. En 2000, había 106 países clasificados. En la actualidad, el *Índice* incluye 178 países. Como resultado, ha crecido el número de países con el que se compara cualquier país determinado.

A menos que se indique lo contrario, los promedios y medias regionales se refieren a los países y territorios según la clasificación de UNICEF (ver *Estado Mundial de la Infancia 2012*, pág. 124).

Indicadores, definiciones y fuentes de datos

Riesgo de muerte materna a lo largo de la vida: La probabilidad de que una joven de 15 años muera eventualmente por una causa de maternidad. Este indicador tiene en cuenta tanto la probabilidad de quedar embarazada como la probabilidad de morir como resultado de ese embarazo, acumulada durante los años reproductivos de la mujer. Datos de 2010. *Fuente:* Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010.* (OMS: Ginebra: 2012).

Índice de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años: La probabilidad de morir entre el nacimiento y los cinco años de edad exactos, expresada por cada 1.000 nacimientos vivos. Datos de 2012. *Fuente:* Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Estimaciones de la Mortalidad Infantil (UNICEF, OMS, División de Población de la ONU, y Banco Mundial) 2013. *Información de CME Info consultada el 13 de marzo de 2014.*

Número previsto de años de escolarización formal: La esperanza de vida escolar se define como el número de años que una niña o un niño en edad de ingresar a la escuela puede anticipar pasar en la escuela y la universidad (es decir, educación primaria, secundaria y terciaria), incluyendo los años pasados en repeticiones, si los modelos predominantes de tasas de inscripción por edades persisten durante toda la vida infantil. Los datos son de 2013 o del año más reciente disponible. *Fuentes:* UNESCO Instituto de Estadísticas (2014). *Centro de Datos, complementado con datos de: UNDP. Años de escolarización previstos (2013). Consultado el 13 de marzo de 2014.*

Ingreso nacional bruto per cápita: El ingreso agregado de una economía generada por su producción y la propiedad de sus factores de producción, menos los ingresos pagados por el uso de factores de producción pertenecientes al resto del mundo, convertidos a dólares estadounidenses con el método del Atlas del Banco Mundial, y dividido por la población de mitad de año. Los datos son de 2012 o del año más reciente disponible. *Fuentes:* Banco Mundial (2013). *Catálogo de datos, complementado con datos de: Base de datos de Principales Agregados del SNA (Sistema de Cuentas Nacionales) de la ONU (2013). Consultado el 13 de marzo de 2014.*

Participación de las mujeres en el gobierno nacional: La proporción de escaños ocupados por mujeres en una sola cámara o, en el caso de países con legislaturas bicamerales, en la cámara alta y cámara baja del parlamento nacional. Los datos reflejan la situación al 1º de enero de 2014. Fuente: *Unión Interparlamentaria (2014). Women in National Parliaments. Consultado el 13 de marzo de 2014.*

Metodología de cálculo

1. El *Índice de las Madres* incluye todos los países con una población superior a 100.000 habitantes en 2012 (Fuente: UNDESA. *Perspectivas de la Población Mundial: La revisión de 2012*. [2013]) y datos disponibles (desde el año 2000 en adelante) para los cinco indicadores. Los países con un punto de datos menos fueron incluidos en la tabla del *Índice*, pero no en las clasificaciones.

Notas sobre indicadores específicos:

- Donde las estimaciones de la esperanza de vida escolar de primaria a secundaria (brutas o netas de repetición) eran superiores a las de primaria a terciaria, se usaron las de primaria a secundaria. Donde no se disponía de estimaciones de primaria a terciaria, se usaron las de primaria a secundaria (brutas o netas de repetición) o estimaciones publicadas por UNDP (la fuente secundaria), lo que fuera más alto.
 - Para evitar premiar a sistemas escolares en los que los alumnos no empiezan a tiempo o no logran progresar al ritmo esperado, a los países con una esperanza de vida escolar superior a los 18 años y tasas brutas de inscripción (primaria a terciaria) superior a 105 se les rebajó su esperanza de vida escolar a 18 años antes de calcular las clasificaciones por indicador.
 - En los países donde los parlamentos han dejado de funcionar, se utilizó la información más reciente anterior a la suspensión o disolución del parlamento.
2. Donde correspondía, se redondearon los puntos de datos al décimo más cercano con fines analíticos.
 3. Los países fueron agrupados y clasificados de 1 a 178 (en donde 1 fue el mejor y 178 el peor) por cada uno de los cinco indicadores de bienestar materno.
 4. Luego se calcularon las puntuaciones compuestas como promedio de estas cinco clasificaciones por indicador y a cada indicador se le dio la misma importancia.
 5. Las puntuaciones se organizaron de menor a mayor y se clasificaron de 1 a 178 para la clasificación global del *Índice de las Madres*.

Análisis de 15 años del Índice

En este decimoquinto año del *Índice de las Madres*, Save the Children reflexiona sobre los 15 años de progreso en las clasificaciones. Desde 2000, se han sumado más de 70 países al *Índice*, la mayoría de ellos entrando en el nivel medio. La metodología del *Índice* también ha sufrido dos revisiones importantes que reflejan la más reciente investigación y disponibilidad de datos. Estos cambios en los conjuntos de datos del *Índice* hacen que resulte imposible comparar las clasificaciones de los países de 2000 (o años posteriores) con las de 2014. No obstante, ha habido considerable coherencia en los países ubicados en los primeros y los últimos lugares de las clasificaciones. Por tal motivo, este análisis se centra en observaciones sobre estos países.

Se revisaron las clasificaciones del *Índice* para 2000-2014 y se compiló una lista de todos los países que aparecen alguna vez entre los primeros diez y aquellos que aparecen alguna vez entre los diez últimos, contando la cantidad de veces que cada país se clasificó entre los diez primeros o últimos, respectivamente.

Para cada país entre los diez primeros, se tomó nota del último año en que aparecía entre los primeros diez, así como su clasificación actual en el *Índice*. Luego se resaltaron los países que más se habían alejado de los primeros diez. Para ayudar a comprender los factores que pueden haber contribuido a este descenso, se analizaron los datos de tendencias correspondientes a 2000-2014 (o el año más reciente) para cada uno de los cinco indicadores actualmente incluidos en el *Índice*, de todos los países incluidos actualmente en el *Índice*. Se calculó el porcentaje de modificación en el valor del indicador 2000-2014 así como la modificación relativa en la clasificación del país a nivel de indicadores. Esta retrospectiva de 15 años se llevó a cabo utilizando datos históricos de 2000 actualizados y consultados de las mismas fuentes utilizadas para el *Estado Mundial de las Madres 2014* (enumeradas anteriormente). Los resultados de este análisis a nivel de indicadores también se usaron para identificar ejemplos de ganancias y pérdidas en términos de supervivencia, educación, economía y política de países individuales ubicados en el centro del *Índice*.

También se hizo un análisis anual de los últimos diez países. En cada año, se identificaron los países que estaban sufriendo o emergiendo de un conflicto o un desastre natural importante, utilizando las siguientes reglas de clasificación. Se calculó para cada año del *Índice* el porcentaje de países entre los diez últimos que estaban sufriendo una o ambas situaciones. A continuación, se promediaron los valores de los 15 años para obtener la cuota media de países que se encontraban en medio de o emergiendo de un conflicto o un desastre natural importante en el año en que se encontraban entre los diez últimos.

Se utilizó un enfoque similar para identificar la cuota de países en “cuenta regresiva” (75 países en desarrollo donde tiene lugar más del 95 % de toda la mortalidad materna e infantil¹) con pocas probabilidades de alcanzar los ODM relativos a supervivencia materna (ODM 5) e infantil (ODM 4) que han

sufrido un conflicto reciente, desastres naturales recurrentes o ambas situaciones. Los países “con pocas probabilidades de alcanzar” los ODM 4 y 5 fueron identificados como “sin progreso” o con “progreso insuficiente” hacia las metas de los respectivos objetivos. Las evaluaciones del progreso de los países para el ODM 5 fueron tomadas directamente del último informe sobre mortalidad materna (*Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*, mencionado anteriormente). Las evaluaciones del progreso para el ODM 4 se hicieron utilizando los últimos datos de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años (del CME Info, mencionado anteriormente) y según la metodología de Countdown.²

1. Reglas para clasificar países en “conflicto”:

- Se consideró que el país tenía un “conflicto” en un año determinado si, durante ese año calendario, sufrió al menos 25 víctimas mortales (es decir, una guerra o un conflicto menor) resultado de uno de los tres tipos de acción violenta (violencia estatal, no estatal o unilateral) categorizados por el Programa de Datos sobre Conflictos de Upsala (UCDP).³
- Se consideró que el país estaba “emergiendo de un conflicto” si había sufrido un conflicto importante en los cuatro años anteriores al año de interés o un conflicto menor en los dos años anteriores al año de interés (para nuestros fines, el “período de recuperación” es el año del conflicto +4 años para conflictos mayores y +2 años para conflictos menores).
- Se considera que el país tiene una “historia de conflicto reciente” si el país tuvo un “conflicto” o “emergió de un conflicto” al menos un año durante el período 2000 a 2013 (el último año para el cual se dispone de datos de UCDP).

2. Reglas para clasificar países con “desastres naturales”:

- Se consideró que el país había sufrido un “desastre natural importante” en un año determinado si un desastre registrado en la base de datos global de desastres naturales (EM-DAT) para ese país-año cumple al menos uno de los siguientes criterios: perdieron la vida mil (1.000) o más personas; un millón (1.000.000) o más de personas resultaron afectadas.
- Se consideró que el país estaba “emergiendo de un desastre natural importante” en un año determinado si es un desastre que cumple los criterios anteriores y se registró en la base de datos EM-DAT durante el año anterior al año de interés (es decir que el “período de recuperación” es el año del desastre + 1 año).
- Se consideró que el país estaba caracterizado por un modelo de “desastres naturales constantes” si, como se registra en la EM-DAT, sufre al menos un desastre por año en diez de los últimos 15 años de datos disponibles (1999-2013).
- Nota: a los fines de este análisis, “desastres naturales” incluye los siguientes subgrupos de desastres: geofísicos (terremotos, volcanes, desprendimientos de tierras; meteorológicos (ciclones tropicales, tornados); hidrológicos

(inundaciones, aluviones, avalanchas); y climatológicos (olas de calor, condiciones invernales extremas, sequías, incendios forestales). No están incluidos los desastres biológicos (epidemias, infestaciones de insectos, estampidas de animales). EM-DAT incluye todos los desastres que contienen al menos uno de los siguientes criterios: diez o más personas perdieron la vida; 100 o más personas resultaron afectadas; declaración del estado de emergencia; pedido de ayuda internacional. Fuente: *La Base de datos internacional sobre desastres OFDA/CRED – www.emdat.be – Université Catholique de Louvain – Bruselas – Bélgica.*

Este análisis tiene importantes limitaciones

Primero, el conjunto de datos del *Índice de las Madres* ha cambiado drásticamente a través de los años (más países, diferentes indicadores, metodología revisada). A raíz de esos cambios (y de las clasificaciones no comparables) no podíamos –y no intentamos– comparar clasificaciones modificadas con el correr de los años. En cambio, limitamos nuestro análisis a observaciones sobre la composición de los primeros y últimos diez países. Por ejemplo: cuáles han pasado más tiempo entre los primeros/últimos lugares; cuáles han ascendido/descendido más en la escala, etc. A continuación, y como complemento, examinamos 15 años de tendencias en los cinco indicadores ahora incluidos en el *Índice*. No obstante y dados los cambios en los conjuntos de datos del *Índice*, este análisis independiente no puede explicar por qué las clasificaciones han cambiado. Tan solo ofrece una perspectiva sobre los cambios en las posiciones relativas de los países en todos los indicadores que ahora se monitorean. Dicho esto, los indicadores incluidos ahora en el *Índice* se encontraban presentes de una u otra manera en el año 2000, por lo tanto los factores que entonces influían sobre las posiciones de los países en las clasificaciones son similares a los que influyen sobre las posiciones en la actualidad.

Segundo, los índices históricos de mortalidad materna e infantil han sido actualizados con datos nuevos. Sin embargo, no recalculamos las clasificaciones del *Índice* para 2000-2013. En cambio, utilizamos las clasificaciones publicadas cada año por el *Estado Mundial de las Madres*. Lo que sí hicimos fue utilizar datos históricos actualizados para examinar los cambios en los datos sobre indicadores y clasificaciones 2000-2014 (o año más reciente).

Los países que nunca han ocupado los primeros y últimos lugares absolutos igualmente han logrado ganancias y pérdidas dignas de mención en estos últimos 15 años, pero los cambios introducidos por el *Índice* hacen que sea especialmente difícil comprender los movimientos en el centro de las clasificaciones. El análisis a nivel de indicadores ayuda a identificar algunas tendencias importantes. Al mismo tiempo, hay ciertamente muchos países que han logrado grandes avances en salud y bienestar materno e infantil que no han sido resaltados porque nunca han aparecido en uno de los dos grupos examinados: los primeros y últimos lugares absolutos de las clasificaciones del *Índice*.

Resumen ejecutivo: principales conclusiones y recomendaciones

- 1 Los cálculos representan la proporción de las muertes maternas y de niñas y niños menores de cinco años en el mundo que ocurren en los 51 llamados “Estados frágiles”, identificados en OCDE *Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation*. (París: 2014). Esta lista no incluye Filipinas o India, países estables pero con focos de fragilidad. Las cifras de mortalidad materna e infantil se han extraído de OMS *Levels and Trends for Maternal Mortality: 1990 to 2010* (Ginebra: 2012) y de Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad de la Infancia de la ONU [www.childmortality.org, 2013], respectivamente.
- 2 Banco Mundial, *World Development Report 2011: Conflict, Security, and Development*. (Washington, D.C.: 2011)
- 3 Hacia mediados de 2013, el tamaño de la población objetivo de ACNUR alcanzó los 38,7 millones de personas, la cifra más alta de la historia (desde que comenzaron a registrarse los datos en 1993). Con el aumento continuo de las cifras durante la segunda mitad de 2013, ACNUR ha anticipado que el número de refugiados y el de personas desplazadas internas al finalizar el año aumentarían a niveles igualmente históricos. Los cálculos sobre el total de la población desplazada por la fuerza en 2013 se publicarán a mediados de 2014. Fuente: ACNUR. *Mid-Year Trends 2013*. (Ginebra: 2013).
- 4 ACNUR. *Global Trends Report*. (Ginebra: 2013).
- 5 Internal Displacement Monitoring Centre. *Global Estimates 2012: People Displaced by Disasters*. (Ginebra: mayo de 2013).
- 6 OCAH. *Overview of Global Humanitarian Response 2014*. (Ginebra: diciembre de 2013).
- 7 UNICEF. *Humanitarian Action for Children 2014*. (Nueva York: febrero de 2014).
- 8 Cálculos realizados por Save the Children. *La estimación incluye el total de niñas y niños menores de cinco años que viven en Siria, así como los 22 países que experimentaron una guerra o conflictos menores durante 2013, según el Uppsala Conflict Data Program (Programa de Datos sobre Conflictos de Upsala)*. Fuentes: UCDP Conflict Encyclopedia: www.ucdp.uu.se/database, Uppsala University. [Consultado el 20 de abril de 2013]; UNICEF. *El estado mundial de la infancia de 2014 en cifras*. (Nueva York: 2014). Tabla 6.
- 9 PNUD. *Fast Facts: Disaster Risk Reduction and Recovery*. (Nueva York: 2012)
- 10 Los cálculos representan la proporción de las muertes maternas y de niñas y niños menores de cinco años en el mundo que ocurren en los 51 Estados frágiles, identificados en OCDE [*Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation*]. Esta lista no incluye Filipinas ni India, países estables pero con focos de fragilidad. Las cifras de mortalidad materna e infantil se han extraído de OMS [*Levels and Trends for Maternal Mortality: 1990 to 2010*]. (Ginebra: 2012) y de Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad de la Infancia de la ONU (UN IGME) [www.childmortality.org, 2013], respectivamente.
- 11 Peterson, Kristina. “From the Field: Gender Issues in Disaster Response and Recovery”. *Natural Hazards Observer, Special Issue on Women and Disasters*. Volumen 21, Número 5 (1997) citado en: Plan International. *Because I am a Girl: The State of the World's Girls 2013: In Double Jeopardy: Adolescent Girls and Disasters*. (Surrey, Reino Unido: 2013).
- 12 ACNUR. Informe del 56º período de sesiones del Comité Ejecutivo: Report on the Annual Consultations with Non-Governmental Organizations. (Dependencia de Enlace de ACNUR: Ginebra: 2005).
- 13 Existe amplio acuerdo dentro de los sectores humanitario y de la investigación con relación a que, en las guerras en los países pobres —es decir, la mayoría de las guerras actuales—, las muertes indirectas superan en gran medida en número las muertes provocadas por la violencia de la guerra. No obstante, actualmente no existe un consenso respecto al porcentaje de estas muertes ni al porcentaje promedio de muertes indirectas en comparación con el de muertes directas. Como consecuencia, el número de muertes indirectas en el mundo sigue sin contabilizarse y, excepto en un puñado de conflictos destacados, como los de Darfur y de República Democrática del Congo, continúan, en gran medida, inadvertidos. (Fuente: *Human Security Report 2009/2010*).
- 14 Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres (CRED). *People Affected by Conflict 2013: Humanitarian Needs in Numbers*. (Bruselas: 2014), Secretaría de la Declaración de Ginebra. *Global Burden of Armed Violence* (2008) y Merlin. *A Grave New World*. (Londres: 2010)
- 15 Adaptado de Merlin. *A Grave New World*.
- 16 Este análisis se limitó al conjunto de 25 países de los 44 en “cuenta regresiva” clasificados como países con “ningún progreso” o con “progreso insuficiente” hacia los ODM 5 y 4, respectivamente. El 84 % de cada grupo de países tiene una historia reciente de conflicto y/o se caracterizó por un patrón de desastres naturales persistentes durante el período 1999-2013. Para más detalles, ver “Notas sobre la metodología y los procesos de investigación”.
- 17 Por ejemplo, en agosto de 2013, se informó que hubo por lo menos 1.027 muertes de mujeres, niñas y niños en Siria. Según el Centro de Documentación de Violaciones de Siria, la cifra media de muertes en 2013 fue de 700 mujeres, niñas y niños al mes. Fuente: Violations Documentation Center, disponible en: <http://www.vdc-sy.info/index.php/en/> [Consultado el 16 de marzo de 2014].
- 18 OCDE. *Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation*. (París: 2014); Comunicado de prensa del Banco Mundial. “Veinte Estados frágiles avanzan en la consecución de los objetivos de desarrollo del milenio”. 1 de mayo de 2013.

Salvemos a las madres y la infancia durante las crisis humanitarias

- 1 Según el Uppsala Conflict Data Program (Programa de Datos sobre Conflictos de Upsala), en 2013 había conflictos armados activos a nivel estatal en 22 países dentro de sus territorios; en nueve países había conflictos no estatales entre grupos armados; y en siete países, existía violencia armada unilateral contra civiles. El total de países en que existían conflictos era de 26. En el Global Emergency Overview (Visión general de emergencias en el mundo) más reciente del ACAPS, con fecha de 8 al 15 de abril de 2014, se registran situaciones de violencia constante en la mayoría de estos y otros países, incluido Siria. Fuentes: Uppsala Conflict Data Program (17.04.13), UCDP Conflict Encyclopedia: www.ucdp.uu.se/database, Uppsala University; ACAPS. Global Emergency Overview: Snapshot 8–15 April. (2014) <http://geo.acaps.org/>.
- 2 Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres (CRED). *People Affected by Conflict 2013: Humanitarian Needs in Numbers*.
- 3 Ver, por ejemplo: Mazurana, Dyan; Benelli, Prisca; Gupta, Huma; y Walker, Peter. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies*. (Feinstein International Center, Tufts University, Medford, MA: agosto de 2011) e Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC). *Briefing Paper: Girl, Disrupted*. (Ginebra: marzo de 2014).

- 4 Ver OCDE. *Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation*. (París: 2014) pág. 2, 83. Nota: el presente informe se ha basado en la lista de los Estados frágiles con el único propósito de identificar las tendencias; no se ha utilizado para definir un Estado frágil.
- 5 Banco Mundial. *World Development Report 2011: Conflict, Security, and Development*. (Washington D.C.: 2011).
- 6 Entrevista realizada para Save the Children por Anna Ford en abril de 2010.
- 7 Análisis realizado por Save the Children. Ver nota 1 de página 89.
- 8 OMS, UNFPA y Escuela Andaluza de Salud Pública. *Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery*. (OMS: 2011).
- 9 Dean, Sohni; Mason, Elizabeth Mary; Howson, Christopher; Lassi, Zohra; Imam, Ayesha; y Bhutta, Zulfiqar. "Born Too Soon: Care Before and Between Pregnancy to Prevent Preterm Births: From Evidence to Action" *Reproductive Health*. Volumen 10 (Suplemento 1). 15 de noviembre de 2013.
- 10 Ver, por ejemplo: Razzaque, A.; Akhtar, H.; DaVanzo, J.; Enamul Hoque, M.; Nurul, A.; et al. (2012) Effect of maternal mortality on survival of under-five children: evidence from Matlab, Bangladesh. *Asian Population Studies*. Volumen 10, Número 1, 2014.
- 11 Ver, por ejemplo: Ronsmans, C.; Chowdhury, M.E.; Dasgupta, S.K.; Ahmed, A.; Kaoblinsky, M. (2010). "Effect of parent's death on child survival in rural Bangladesh: a cohort study." *The Lancet*. Volumen 375, Número 9730. Págs. 2024-2031; Anderson, F.W.J.; Morton, S.U.; Naik, S.; Gebrian, B. "Maternal mortality and the consequences on infant and child survival in rural Haiti." *Maternal and Child Health Journal*. Volumen 11, Número 4. Julio de 2007. Págs. 395-401.
- 12 Ver, por ejemplo: Yamin, Alicia Ely et al. "Costs of Inaction on Maternal Mortality: Qualitative Evidence of the Impacts of Maternal Deaths on Living Children in Tanzania". *PLOS*. 19 de agosto de 2013.
- 13 Save the Children. *Missing Midwives*. (Londres: 2011) pág. 21.
- 14 UNFPA. *Minimum Initial Service Package (MISP)*. unfpa.org/emergencies/manual/2.htm.
- 15 Save the Children. *State of the World's Mothers 2013: Surviving the First Day*. (Westport, CT: 2013).
- 16 Save the Children. *Ending Newborn Deaths: Ensuring Every Baby Survives*. (Londres: 2014).
- 17 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Save the Children, ACNUR, UNFPA, UNICEF et al. *Field Guide for Newborn Health in Humanitarian Settings*. (Nueva York: UNICEF: mayo de 2014).
- 18 Lawn, Joy; Cousens, Simon y Zupan, Jelka. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" *The Lancet*. Volumen 365, Número 9462. 3 de marzo de 2005. Págs. 891-900.
- 19 Conde-Agudelo, Augustin; Belizán, José y Díaz-Rossello, José. "Kangaroo Mother Care to Reduce Morbidity and Mortality in Low Birthweight Infants" *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011: Número 3*, Artículo Número CD002771.
- 20 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Save the Children, ACNUR, UNFPA, UNICEF et al. *Field Guide for Newborn Health in Humanitarian Settings*. (Nueva York: UNICEF: mayo de 2014).
- 21 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Save the Children, ACNUR, UNFPA, UNICEF et al. *Field Guide for Newborn Health in Humanitarian Settings*. (Nueva York: UNICEF: mayo de 2014).
- 22 Entrevista realizada para Save the Children por Evan Schuurman en noviembre de 2013.
- 23 Thurstans, Susan y Sibson, Vicky. "Assessing the Intervention of Infant Feeding in Gaza." *Field Exchange*. Número 38. Abril de 2010. Págs. 23-25.
- 24 Hipgrave, DB; Assefa, F.; Winoto, A.; et al. "Donated breast milk substitutes and incidence of diarrhea among infants and young children after the May 2006 earthquake in Yogyakarta and Central Java." *Public Health Nutrition*. Febrero de 2012. Volumen 15, Número 2. Págs. 307-315.
- 25 Hipgrave, DB; Assefa, F.; Winoto, A.; et al. "Donated breast milk substitutes and incidence of diarrhea among infants and young children after the May 2006 earthquake in Yogyakarta and Central Java." *Public Health Nutrition*. Febrero de 2012. Volumen 15, Número 2. Págs. 307-315.
- 26 Entrevista realizada para Save the Children por Mark Kaye en agosto de 2013.
- 27 Cálculos realizados por Save the Children. Ver nota 1 de página 89 para más detalles. Ver también: Banco Mundial. *World Development Report 2011: Conflict, Security, and Development*. (Washington D.C.: 2011)
- 28 Adaptado de Merlin. *A Grave New World*. (Londres: 2010).
- 29 Save the Children. *Lives on the Line: An Agenda for Ending Preventable Child Deaths*. (Londres: 2013).
- 30 Save the Children. *State of the World's Mothers 2013: Surviving the First Day*. (Westport, CT: 2013).
- 31 Black, Robert; Victora, Cesar; Walker, Susan; Bhutta, Zulfiqar; Christian, Parul; De Onis, Mercedes; Ezzati, Majid; Grantham McGregor, Sally; Katz, Joanne; Martorell, Reynaldo y Uauy, Ricardo. "Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries". *The Lancet*. 3 de agosto de 2013; Volumen 382, Número 9890. Págs. 427-451.
- 32 Datos de Encuestas Demográficas y de Salud, encuestas a base de indicadores múltiples o encuestas nacionales de nutrición.
- 33 Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres (CRED). *People Affected by Conflict 2013: Humanitarian Needs in Numbers*; UNICEF. *El estado mundial de la infancia de 2014 en cifras*. (Nueva York: 2014) Tabla 2, págs. 36-41.
- 34 Comité Permanente entre Organismos (IASC). *Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities. IASC Gender Handbook for Humanitarian Action* (IASC: 2006).
- 35 CARE. *Commonly Asked Questions About the Sahel Food Crisis*. 21 de enero de 2014.
- 36 Plan International. *Because I am a Girl: The State of the World's Girls 2013: In Double Jeopardy: Adolescent Girls and Disasters*. (Surrey, Reino Unido: 2013).
- 37 Black, Robert; Victora, Cesar; Walker, Susan; Bhutta, Zulfiqar; Christian, Parul; De Onis, Mercedes; Ezzati, Majid; Grantham McGregor, Sally; Katz, Joanne; Martorell, Reynaldo y Uauy, Ricardo. "Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries". *The Lancet*. 3 de agosto de 2013; Volumen 382, Número 9890. Págs. 427-451.
- 38 Programa Mundial de Alimentos y UNICEF. "Preventing and Controlling Micronutrient Deficiencies in Populations Affected by an Emergency".
- 39 Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas. 6th Report on the World Nutrition Situation. 2010, pág. 38.
- 40 Black, R. E.; Allen, L. H.; y Bhutta, Z. A. (2008) "Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences", *The Lancet*, 9 de enero de 2008. Volumen 371, Número 9608. Págs. 243-260.
- 41 Grantham-McGregor, S. et al (2007) "Development potential in the first 5 years for children in developing countries", *The Lancet*, 6 de enero de 2007. Volumen 369, Número 9555. Págs. 60-70.
- 42 Save the Children. *A Life Free from Hunger*. (Londres: 2012).
- 43 Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) *La agricultura con cara de mujer*. (FAO: 2012).
- 44 Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) *Las mujeres en la agricultura. Cerrar la brecha de género en aras del desarrollo*. (FAO: 2011).
- 45 Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) *Las mujeres en la*

- agricultura. *Cerrar la brecha de género en aras del desarrollo*. (FAO: 2011).
- 46 UNFPA. *Women Are the Fabric: Reproductive Health for Communities in Crisis*. (Nueva York: 2012).
- 47 Save the Children. *Delitos incalificables contra niñas y niños. Violencia sexual en situaciones de conflicto* (Londres: 2013).
- 48 Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies (RAISE) Initiative. *Gender-based Violence*. www.raiseinitiative.org/library/pdf/fs_gbv.pdf.
- 49 CARE International UK. *Donor Spending on Gender in Emergencies 2013*. (Londres: noviembre de 2013).
- 50 CARE International UK. *Donor Spending on Gender in Emergencies 2013*. (Londres: noviembre de 2013).
- 51 ReliefWeb. *Donor Spending on Gender in Emergencies 2013*. 12 de noviembre de 2013.
- 52 Plan International. *Because I am a Girl: The State of the World's Girls 2013: In Double Jeopardy: Adolescent Girls and Disasters*. (Surrey, Reino Unido: 2013).
- 53 Organización Mundial de la Salud. *Adolescent Pregnancy*. Fact Sheet 364. (Ginebra: 2012).
- 54 UNICEF. *Estado mundial de la infancia 2009. Salud materna y neonatal*. (Nueva York: 2008) Citado en: UNFPA. *Estado de la población mundial. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. (Nueva York: 2013).
- 55 Dixon-Mueller, R. 2008. "How Young Is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions." *Studies in Family Planning*. Volumen 39, Número 4. Págs. 247-262.
- 56 Blum, R. W., y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2013. *A Global Look at Adolescent Pregnancy Prevention: Strategies for Success*. Office of Adolescent Health webcast, 2 de mayo de 2013. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. Citado en: UNFPA. *Estado de la población mundial. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. (Nueva York: 2013).
- 57 Nove et al. "Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries." *The Lancet*. Marzo de 2014. Volumen 2, Número 3. Págs. 155-164.
- 58 Blanc A., Winfrey W. y Ross J. "New findings for maternal mortality age patterns: aggregated results for 38 countries." *PloS*. 16 de abril de 2013.
- 59 Save the Children. *State of the World's Mothers 2004: Children Having Children*. (Westport, CT: 2004)
- 60 UNFPA. *Estado de la población mundial. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. (Nueva York: 2013).
- 61 UNFPA. *Estado de la población mundial. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. (Nueva York: 2013).
- 62 Plan International. *Because I am a Girl: The State of the World's Girls 2013: In Double Jeopardy: Adolescent Girls and Disasters*. (Surrey, Reino Unido: 2013).
- 63 Cleland, J.; Conde-Agudelo, A.; Peterson, H. et al. "Contraception and Health." *The Lancet*. 10 de julio de 2012. Volumen 380. Págs. 149-156.
- 64 Comité Permanente entre Organismos (IASC). *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings: Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies*. (IASC: 2005).
- 65 Entrevista realizada para Save the Children por Sadia Ijaz en septiembre de 2013.
- 66 IAWG. *A Statement on Family Planning for Women and Girls as a Life-saving Intervention in Humanitarian Settings*. (Mayo de 2010).
- 67 UNFPA. *Safe Motherhood: Protecting Mothers in Risky Situations*. www.unfpa.org/public/home/emergencies/pid/4787
- 68 Singh, Susheela, Gilda Sedgh and Rubina Hussain. "Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends and Outcomes." *Studies in Family Planning*. Diciembre de 2010. Volumen 41, Número 4. Págs. 241-250.
- 69 Entrevista realizada para Save the Children por Colin Crowley y Scott Clarkson en enero de 2012. En el distrito de Habiganj, donde vive Shefali y sus hijas e hijos, se producen inundaciones todos los años durante el monzón y la zona también es propensa a las sequías.
- 70 Xu, Ke; Evans, David; Carrin, Guido; y Aguilar-Rivera, Ana Mylena. *Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure. Technical Brief for Policy-makers*. (OMS: Ginebra: 2005).
- 71 Artículo 12 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14*, bajo el epígrafe "Accesibilidad": "Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a 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".
- 72 Grupo de Acción Sanitaria del Comité Permanente entre Organismos (IASC). *Removing User Fees for Primary Health Care Services During Humanitarian Crises*. 24 de marzo de 2010.
- 73 UN IGME. *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013*. (UNICEF: Nueva York: 2013).
- 74 Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2013*. (Nueva York: 2013).
- 75 Análisis de Save the Children de los datos de UN IGME correspondientes a 2013. "En condiciones" indica que el índice de mortalidad de menores de cinco años para 2012 es inferior a 40 muertes por cada mil nacidos vivos, o que es igual o superior a 40 pero con un índice anual medio de reducción igual o superior a 4 % para el período de 1990-2012.
- 76 OMS y UNICEF. *Countdown to 2015 – Building a Future for Women and Children: The 2012 Report*. (Washington: 2012).
- 77 Banco Mundial. *Stop Conflict, Reduce Fragility and End Poverty: Doing Things Different in Fragile and Conflict-affected Situations*. (Washington: Banco Mundial: 2013); OCDE. *Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation*. (París: 2014).
- 78 UN IGME. *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013*. (UNICEF: Nueva York: 2013).
- 79 Comunicado de prensa del Banco Mundial. "Veinte Estados frágiles avanzan en la consecución de los objetivos de desarrollo del milenio" 1 de mayo de 2013.
- 80 Análisis de Save the Children de los datos de IGME y MMEIG: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Infancia de la ONU, 2013; OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. (Organización Mundial de la Salud, Ginebra: 2012).
- 81 Germanwatch. *Global Climate Risk Index 2014*. (Bonn y Berlín: noviembre de 2013). Entre 1993 y 2012, Bangladesh fue el quinto país más afectado por las pérdidas relacionadas con las condiciones climáticas (tormentas, inundaciones, olas de calor, etc.); Nepal se clasificó en el lugar número 14 y China, en el 22.
- 82 Thomson Reuters Foundation. "Climate Change Threatens Bangladesh's MDG Achievements." 22 de julio de 2013.
- 83 IRIN. "Nepal's Health Sector More Earthquake-Ready." 21 de enero de 2014.
- 84 Germanwatch. *Global Climate Risk Index 2014*. (Bonn y Berlín: noviembre de 2013). Desde 1993 a 2012, los diez países más afectados por condiciones climáticas extremas, fueron: Honduras (1), Myanmar (2), Haití (3), Nicaragua (4), Bangladesh (5), Vietnam (6), Filipinas (7), República Dominicana (8), Mongolia (8), Tailandia (10) y Guatemala (10).
- 85 Merlin. *A Grave New World*. (Londres: 2010).
- 86 Grover, Anand. Declaración del sexagésimo octavo período de sesiones de la Asamblea General. 25 de octubre de 2013.
- 87 OMS. "Cómo proteger al personal y los establecimientos sanitarios en caso de guerra" *Boletín de la Organización Mundial*

- de la Salud. Vol. 90, Número 1. Enero de 2012. Págs. 1-74.
- 88 CICR. *Health Care in Danger, January to December 2012: Violent Incidents Affecting Health Care*. 15 de mayo de 2013.
- 89 Safeguarding Health in Conflict. *Statement from World Vision on WHO's Role in Meeting the Demands of Health in Humanitarian Emergencies*. 27 de enero de 2014.
- 90 Blankespoor, Brian; Dasgupta, Susmita; Laplante, Benoit y Wheeler, David. *Adaptation to Climate Extremes in Developing Countries: The Role of Education*. (Banco Mundial: Washington: junio de 2010).
- 91 El estudio se limitó a países identificados por el Banco Mundial como de ingresos bajos o de ingresos medianos bajos en el momento del análisis.
- 92 Plan International. *Girls' Rights Gazette*. 11 de octubre de 2012: www.plan-eu.org/content/uploads/2012/10/Girls-Rights-Gazette-text-only-version.doc.
- Los desastres naturales recurrentes ponen a prueba la capacidad de recuperación de Filipinas**
- 1 Entrevista realizada para Save the Children por Marlon Ellorimo en marzo de 2014.
- 2 MIRA- Multi-Cluster/Sector Initial Rapid Assessment: *Philippines Typhoon Haiyan*. (Noviembre de 2013).
- 3 *Multi-Cluster Needs Assessment: Final Report Philippines Typhoon Haiyan*. (OCAH y PMA: diciembre de 2013).
- 4 NDRRC. *SitRep No. 8: Effects of Typhoon "Yolanda" (Haiyan)*. (3 de abril de 2014).
- 5 MIRA- Multi-Cluster/Sector Initial Rapid Assessment: *Philippines Typhoon Haiyan*. (Noviembre de 2013).
- 6 NDRRC. *SitRep No. 8: Effects of Typhoon "Yolanda" (Haiyan)*. (3 de abril de 2014).
- 7 UNICEF. *Philippines Humanitarian Situation Report #19*. 7 de febrero de 2014.
- 8 Germanwatch. *Global Climate Risk Index 2014*. (Bonn y Berlín: noviembre de 2013) y Alliance Development Works. *World Risk Report 2012*. (Berlín: 2013).
- 9 Banco Mundial. *Philippines Dashboard*. http://sdwebx.worldbank.org/climateportalb/home.cfm?page=country_profile&CCode=PHL&ThisTab=Overview
- 10 EM-DAT: La base de datos internacional sobre desastres OFDA/CRED (www.emdat.be), Université Catholique de Louvain, Bruselas (Bélgica) [Consultado el 3 de febrero de 2014].
- 11 IDMC. *Comprehensive response to wave of displacement crises needed*. (Ginebra: 2013).
- 12 UN IGME. *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013*. (UNICEF: Nueva York: 2013).
- 13 OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. (Ginebra, OMS, 2012).
- 14 Romualdez, Alberto; Dela Rosa, Jennifer; Flavier, Jonathan; Quimbo, Stella; Hartigan-Go, Kenneth; Lagrada, Liezel; y David, Lilibeth. "The Philippines Health System Review." *Health Systems in Transition*. Volumen 1, Número 2.
- 15 PharmaBoardroom.com. "The Philippines: rapidly moving towards universal healthcare coverage." 2 de marzo de 2014.
- 16 OCAH. *Humanitarian Bulletin Philippines Typhoon Haiyan*. Número 1. 12 de febrero de 2014.
- 17 Consultas con el personal de Save the Children.
- 18 Entrevista realizada para Save the Children por Marlon Ellorimo en marzo de 2014.
- 19 Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea. *Philippines: Humanitarian Implementation Plan (HIP) Philippines (ECHO/PHL/BUD/2013/91000)* Última actualización: 01/24/2014 Versión 5. 29 de enero de 2014.
- 20 Philippines Humanitarian Country Team. *Typhoon Haiyan (Yolanda) Strategic Response Plan: The Philippines*. 27 de diciembre de 2013.
- 21 UNFPA. *Humanitarian Bulletin: Typhoon Haiyan/Yolanda*. Febrero de 2014.
- 22 *Multi-Cluster Needs Assessment: Final Report Philippines Typhoon Haiyan*. (OCAH y PMA: diciembre de 2013) y IRIN. "Maternal Healthcare Struggles for Survival after Typhoon Haiyan." Manila. 5 de diciembre de 2013.
- 23 UNICEF. *Four Months After Typhoon Haiyan, Philippines: Progress Report*. (Nueva York: 2014)
- 24 Entrevista realizada para Save the Children por Krista Zimmerman en marzo de 2014.
- 25 Plan International Philippines. *Rapid Health Facility Needs Assessment: Maternal, Newborn and Child Health*. 19 de diciembre de 2013.
- 26 USC-Office of Population Studies Foundation, Inc. *Post-Typhoon Yolanda Reproductive Health and GBV Assessment: Facility Survey*. (Cebú, Filipinas: enero de 2014. [Nota: encargado por UNFPA].
- 27 Entrevista realizada para Save the Children por Krista Zimmerman en marzo de 2014.
- 28 Entrevista realizada para Save the Children por Hedinn Halldorsson en enero de 2014.
- 29 Gobierno de Filipinas, Organización Mundial de la Salud. *Philippines: Health Cluster Bulletin Numero 13*, 31 de enero de 2014 y UNFPA. *Humanitarian Bulletin: Typhoon Haiyan/Yolanda*. Febrero de 2014.
- 30 *Preliminary Results from the 2013 National Demographic and Health Survey*. 20 de marzo de 2014. www.census.gov.ph/content/
- 31 MIRA- Multi-Cluster/Sector Initial Rapid Assessment: *Philippines Typhoon Haiyan*. (Noviembre de 2013).
- 32 USC-Office of Population Studies Foundation, Inc. *Post-Typhoon Yolanda Reproductive Health and GBV Assessment: Facility Survey*.
- 33 Entrevistas realizadas para Save the Children por Marlon Ellorimo en marzo de 2014.
- 34 Entrevistas realizadas para Save the Children por Marlon Ellorimo en marzo de 2014.
- 35 MSF. "Some Parts Are Still Devastated:" *Two Months in Tacloban, Philippines*. 14 de enero de 2014.
- 36 Entrevistas realizadas por Save the Children con miembros de personal de la salud que trabajan en Tacloban, Ormoc y Estancia.
- 37 Entrevista realizada para Save the Children por Hedinn Halldorsson en enero de 2014.
- 38 Región Pacífico Occidental. *Human Resources for Health Country Profiles: Philippines*. (Ginebra: 2013).
- 39 Plan International Philippines. *Rapid Health Facility Needs Assessment: Maternal, Newborn and Child Health*.
- 40 Ryan, William para UNFPA. "In Typhoon's Terrible Wake, Women Continue to Give Birth Bravely." 4 de diciembre de 2013.
- 41 Agence France-Presse. "Nurses Battle Fatigue in Tide of Philippine Typhoon Births." 21 de noviembre de 2013.
- 42 Entrevista a una partera que trabaja en Tacloban realizada para Save the Children por Marlon Ellorimo en marzo de 2014.
- 43 IRIN. "Keeping Malnutrition on Radar After Typhoon Haiyan." 5 de diciembre de 2013.
- 44 UNICEF. *Four Months After Typhoon Haiyan, Philippines: Progress Report*. (Nueva York: 2014).
- 45 Grupo de Salud. *Response to Typhoon Haiyan (Yolanda)*. 14 de febrero de 2014 y OCAH. *Typhoon Haiyan (Yolanda) Consolidated Cluster Briefs*. 10 de marzo de 2014.
- 46 Entrevista realizada para Save the Children por Hedinn Halldorsson en enero de 2014.
- 47 Entrevista realizada para Save the Children por Ajla Grozdanic en enero de 2014.
- 48 Food and Nutrition Research Institute – Department of Science and Technology (FNRI-DOST). 2012. *Philippine Nutrition Facts and Figures 2011*. DOST Complex, FNRI Bldg., Bicutan, Taguig City, Metro Manila, Philippines.
- 49 ACAPS. *Philippines: Typhoon Haiyan/Yolanda. Secondary Data Review* – Enero de 2014.

- 50 *Multi-Cluster Needs Assessment: Final Report Philippines Typhoon Haiyan*. (OCAH y PMA: diciembre de 2013).
- 51 Save the Children. *Philippines Typhoon Haiyan Breast Feeding Key Messages and Q&A* (21 de noviembre de 2013).
- 52 Gobierno de Filipinas, Organización Mundial de la Salud et al. *Resumen de las conclusiones de un estudio sobre nutrición utilizando la metodología SMART para las regiones VI, VII y VIII afectadas por el tifón Yolanda, Filipinas - Febrero-Marzo 2014*. 24 de marzo de 2014.
- 53 Entrevista realizada para Save the Children por Krista Zimmerman en marzo de 2014.
- 54 *Multi-Cluster Needs Assessment: Final Report Philippines Typhoon Haiyan*. (OCAH y PMA: diciembre de 2013).
- 55 Philippines Humanitarian Country Team. *Typhoon Haiyan (Yolanda) Strategic Response Plan: The Philippines*. 27 de diciembre de 2013.
- 56 Consultas con el personal de Save the Children.
- 57 Entrevista realizada para Save the Children por Hedinn Halldorsson en enero de 2014.
- 58 UNICEF. *Philippines: UNICEF Philippines Typhoon Haiyan Situation Report #16*. 13 de enero de 2014.
- 59 ACAPS. *Philippines: Typhoon Haiyan/ Yolanda. Secondary Data Review – Enero de 2014*.
- 60 Plan International Philippines. *Rapid Health Facility Needs Assessment: Maternal, Newborn and Child Health*. 19 de diciembre de 2013.
- 61 UNICEF. *Philippines: UNICEF Philippines Typhoon Haiyan Situation Report #16*. 13 de enero de 2014.
- 62 USC-Office of Population Studies Foundation, Inc. *Post-Typhoon Yolanda Reproductive Health and GBV Assessment: Facility Survey*.
- 63 Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea. *Philippines: Humanitarian Implementation Plan (HIP) Philippines (ECHO/PHL/BUD/2013/91000) Última actualización: 24 de enero de 2014 Versión 5*. 29 de enero de 2014.
- 64 Entrevista realizada para Save the Children por Krista Zimmerman en marzo de 2014.
- 65 Gobierno de Filipinas, Organización Mundial de la Salud et al. *Resumen de las conclusiones de un estudio sobre nutrición utilizando la metodología SMART para las regiones VI, VII y VIII afectadas por el tifón Yolanda, Filipinas - Febrero-Marzo 2014*. 24 de marzo de 2014.
- 66 Anttila-Hughes, Jesse Keith, y Hsiang, Solomon. "Destruction, Disinvestment, and Death: Economic and Human Losses Following Environmental Disaster." *Social Science Research Network*. 18 de febrero de 2013.
- 67 MacKenzie, Debora. "Typhoon Haiyan: Baby Girl Death Toll Will Rise." *New Scientist*. 25 de noviembre de 2013.
- 68 Entrevista realizada para Save the Children por Hedinn Halldorsson en enero de 2014.
- 69 Save the Children, Plan, UNICEF y World Vision. *After Yolanda: What Children Think, Need and Recommend*. (Manila: diciembre de 2013).
- 70 Entrevista realizada para Save the Children por Rosary Diane Maligalig en marzo de 2014.
- República Democrática del Congo en constante estado de emergencia**
- 1 Entrevista realizada para Save the Children por Krista Armstrong en marzo de 2014.
- 2 Dr. Coghlan, Benjamin; Ngoy, Pascal; Mulumba, Flavien; Hardy, Colleen; Dr. Nkamgang Bemo, Valerie; Dr. Stewart, Tony; Lewis, Jennifer; y Dr. Brennan, Richard. *Mortality in the Democratic Republic of Congo: An ongoing crisis*. (International Rescue Committee, Burnet Institute : 2007).
- 3 EM-DAT: La base de datos internacional sobre desastres OFDA/CRED (www.emdat.be), Université Catholique de Louvain, Bruselas (Bélgica) [Consultado el 3 de febrero de 2014].
- 4 En 2007, International Rescue Committee calculó que sólo el 0,4 % de las muertes ocurridas en RDC durante ese año se atribuían directamente a la violencia. En años recientes (es decir, desde 2010), se produjeron aproximadamente 400.000 muertes de niñas y niños menores de cinco años y 15.000 muertes de madres por año, en comparación con menos de 1.000 muertes relacionadas con los enfrentamientos (de las cuales algunas son de civiles). Y aunque los datos son incompletos, las mujeres y la infancia en RDC también parecen enfrentar un mayor riesgo relativo de muerte. Fuentes: UN IGME. Conjunto de datos de Uppsala Conflict Data Program (Programa de Datos sobre Conflictos de Upsala), OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. (OMS, Ginebra: 2012).
- 5 OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. (OMS, Ginebra: 2012).
- 6 Cálculos de Save the Children llevados a cabo con datos de OCAH. Fuente: *OCAH 2014 Plan de Reponse Strategique: République Démocratique du Congo*. Págs. 1 y 58. (Noviembre de 2013).
- 7 OCAH. *2014 Plan de Reponse Strategique: République Démocratique du Congo*. (Noviembre de 2013).
- 8 Seay, Laura. "Effective Responses: Protestants, Catholics and the Provision of Health Care in Post-War Kivus." *Review of African Political Economy*. Volumen 40, Número 135. 1 de marzo de 2013. Págs. 83-97.
- 9 D'Errico, Nicole; Bashige Nzigire, Louise; Maisha, Felicien y Malemo Kalisya, Luc. "You Say Rape, I Say Hospitals. But Whose Voice is Louder?" *Health, Aid and Decision-Making in the Democratic Republic of Congo*. *Review of African Political Economy*. Volumen 40, Número 135. 1 de marzo de 2013. Págs. 51-66.
- 10 US Global Health Initiative. *Democratic Republic of Congo Strategy 2011-2014*. Noviembre de 2011.
- 11 Médicos Sin Fronteras. *Everyday Emergency: Silent Suffering in Democratic Republic of Congo*. (Ámsterdam: 2014).
- 12 OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. (OMS, Ginebra: 2012).
- 13 UN IGME, 2013 www.childmortality.org.
- 14 Merlin. *A Grave New World*. (Londres 2010).
- 15 OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. (OMS, Ginebra: 2012).
- 16 Division Provinciale de la Santé du Nord Kivu (DPS) [Datos y fuentes proporcionados por personal de Merlin e Kivu del Norte, RDC].
- 17 OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. (OMS, Ginebra: 2012).
- 18 Consulta de Save the Children con Merlin.
- 19 IAWG sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. *In-depth Assessment of Reproductive Health Services in Countries Affected by Humanitarian Crises: The Democratic Republic of the Congo*. (Sin publicar, 2014).
- 20 IAWG sobre sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. *In-depth Assessment of Reproductive Health Services in Countries Affected by Humanitarian Crises: The Democratic Republic of the Congo*. (Sin publicar, 2014).
- 21 Mbela, Kiyombo. *Analysis of the Situation of Reproductive Health Services in the DRC: Case Study of the Post-Conflict Zones of Maniema and Equateur*. Preparado para: "Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery, Expert Consultation, Granada, Spain, September, 28-30, 2009" (Sin publicar).
- 22 D'Errico, Nicole; Bashige Nzigire, Louise; Maisha, Felicien y Malemo Kalisya, Luc. "You Say Rape, I Say Hospitals. But Whose Voice is Louder?" *Health, Aid and Decision-Making in the Democratic Republic of Congo*. *Review of African Political Economy*.
- 23 Dr. Coghlan, Benjamin; Ngoy, Pascal; Mulumba, Flavien; Hardy, Colleen; Dr. Nkamgang Bemo, Valerie; Dr. Stewart, Tony; Lewis, Jennifer; y Dr. Brennan, Richard. *Mortality in the Democratic Republic of Congo: An ongoing crisis*. (International Rescue Committee, Burnet Institute: 2007).

- 24 Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres (CRED). *People Affected by Conflict 2013: Humanitarian Needs in Numbers*. (Bruselas: CRED: 2014).
- 25 Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres (CRED). *People Affected by Conflict 2013: Humanitarian Needs in Numbers*. (Bruselas: CRED: 2014).
- 26 OMS. Repositorio de Datos del Observatorio Mundial de la Salud. who.int/gho/data [consultado el 14 de abril de 2014].
- 27 IRIN. "Malaria Cases Soar in Former DRC Rebel Stronghold." 27 de noviembre de 2013 y OMS. Repositorio de Datos del Observatorio Mundial de la Salud [consultado el 14 de abril de 2014].
- 28 IRIN. "Measles Epidemic affects Thousands in DRC". 27 de febrero de 2013.
- 29 UNICEF. *El estado mundial de la infancia de 2014 en cifras*. (Nueva York: 2014) Pág. 43.
- 30 *Health Emergency Highlights*. (Ginebra: octubre de 2013).
- 31 UNICEF. *El estado mundial de la infancia de 2014 en cifras*. (Nueva York: 2014) Pág. 43.
- 32 D'Errico, Nicole; Bashige Nzigire, Louise; Maisha, Felicien y Malemo Kalisya, Luc. "You Say Rape, I Say Hospitals. But Whose Voice is Louder?" Health, Aid and Decision-Making in the Democratic Republic of Congo." *Review of African Political Economy*. Volumen 40, No.135. 1 de marzo de 2013. Págs. 51-66.
- 33 D'Errico, Nicole; Bashige Nzigire, Louise; Maisha, Felicien y Malemo Kalisya, Luc. "You Say Rape, I Say Hospitals. But Whose Voice is Louder?" Health, Aid and Decision-Making in the Democratic Republic of Congo." *Review of African Political Economy*. Volumen 40, No.135. 1 de marzo de 2013. Págs. 51-66.
- 34 Banco Mundial. Indicadores del Desarrollo Mundial. Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.2DAY/countries?page=1> [Consultado el 7 de enero de 2013].
- 35 Mediciones de las Encuestas Demográficas de Salud (DHS). STATCompiler [Consultado el 7 de enero de 2013].
- 36 Waldman, Ron. *Health in Fragile States, Country Case Study: Democratic Republic of the Congo*. (Arlington, VA: BASICS para USAID: 2006) y Mbela, Kiyombo. *Analysis of the Situation of Reproductive Health Services in the DRC: Case Study of the Post-Conflict Zones of Maniema and Equateur*. Preparado para: "Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery, Expert Consultation, Granada, Spain, September, 28-30, 2009". (Sin publicar).
- 37 Médicos Sin Fronteras. *Everyday Emergency: Silent Suffering in Democratic Republic of Congo*. (Ámsterdam: 2014).
- 38 UNFPA. *Working Against All Odds to Improve Maternal Health in DRC*. 19 de septiembre de 2011.
- 39 Médicos Sin Fronteras. *Everyday Emergency: Silent Suffering in Democratic Republic of Congo*. (Ámsterdam: 2014).
- 40 Médicos Sin Fronteras. *Everyday Emergency: Silent Suffering in Democratic Republic of Congo*. (Ámsterdam: 2014).
- 41 Entrevista realizada para Save the Children por Krista Armstrong en marzo de 2014.
- 42 PNUD, UNFPA. Primera sesión ordinaria de la Junta Ejecutiva de PNUD/UNFPA del 20 al 27 de enero de 2006. *Post-conflict peacebuilding in Africa: the role of UNDP and UNFPA in Angola and the Democratic Republic of the Congo. The DRC case study*.
- 43 Bartels, Susan; VanRooyen, Michael; Leaning, Jennifer; Scott, Jennifer; y Kelly, Jocelyn. *Now, The World Is Without Me: An Investigation of Sexual Violence in eastern Democratic Republic of Congo*. (Harvard Humanitarian Initiative y Oxfam International, abril de 2010).
- 44 Prof. Dr. Elbert, Thomas et al. *Sexual and Gender-based Violence in the Kivu Provinces of the DRC: Insights from former Combatants*. (Banco Mundial, Washington, D.C.: 2013).
- 45 Pratt, M.; Werchick, L.; Bewa, A.; Eagleton, M.-L.; Lumumba, C.; Nichols, K., Piripiri; L. *USAID/DCHA Assessment Report. Sexual terrorism: Rape as a weapon of war in Eastern Democratic Republic of Congo*. 18 de marzo de 2004.
- 46 Médicos Sin Fronteras. *Everyday Emergency: Silent Suffering in Democratic Republic of Congo*. (Ámsterdam: 2014).
- 47 Human Rights Watch. *Soldiers Who Rape, and Commanders Who Condone: Sexual Violence and Military Reform in the Democratic Republic of Congo*. (Nueva York: julio de 2009).
- 48 Osoimehin, Babatunde and Zainab Bangura. *Act Now, Act Big to End Sexual Violence in the Democratic Republic of Congo*. 6 de noviembre de 2013.
- 49 Amnistía Internacional. *Informe 2013: El Estado de los Derechos Humanos en el Mundo: República Democrática del Congo*.
- 50 "Las estadísticas recopiladas por ACNUR en Kivu Norte apuntan un alarmante aumento de actos de violencia contra mujeres y niñas". ACNUR Listado de Noticias; 30 de julio de 2013.
- 51 Division Provinciale de la Santé du Nord Kivu (DPS) [Datos y fuentes proporcionados por personal de Merlin e Kivu del Norte, RDC].
- 52 ACAPS. *Global Emergency Overview: Snapshot 11-18 March*. 18 de marzo de 2014.
- 53 Welthungerhilfe. *A War Against Women: A Hospital Offers Medical and Psychological Support for Victims of Rape*. www.welthungerhilfe.de/en/get-informed/our-projects/project-en/refugee-camp-and-road-construction.html#!/b1434/.
- 54 Wiltz, Teresa. "The Most Dangerous Women in the World: Justine Masika Bihamba." *More*. 24 de mayo de 2010.
- 55 Entrevista realizada para Save the Children por Sylvia Nabanoba en febrero de 2014.
- 56 ONU SIDA. *Congo (República Democrática del)*. <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/>.
- 57 IAWG sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. *In-depth Assessment of Reproductive Health Services in Countries Affected by Humanitarian Crises: The Democratic Republic of the Congo*. (Sin publicar, 2014).
- 58 Mbela, Kiyombo. *Analysis of the Situation of Reproductive Health Services in the DRC: Case Study of the Post-Conflict Zones of Maniema and Equateur*. Preparado para: "Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery, Expert Consultation, Granada, Spain, September, 28-30, 2009". (Sin publicar).
- 59 Médicos Sin Fronteras. *DRC: Majority of People Living with HIV Denied Treatment*. 25 de enero de 2012.
- 60 IRIN. "DRC: End of Mother-to-Child HIV Transmission Still a Long Way Off." 24 de abril de 2012.
- 61 IRIN. "DRC: End of Mother-to-Child HIV Transmission Still a Long Way Off." 24 de abril de 2012.
- 62 UNICEF. *Hacia una generación libre de SIDA – La infancia y el SIDA. Sexto inventario de la situación, 2013*. (Nueva York: 2013).
- 63 IAWG sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. *In-depth Assessment of Reproductive Health Services in Countries Affected by Humanitarian Crises: The Democratic Republic of the Congo*. (Sin publicar, 2014).
- 64 Women's Refugee Commission, Save the Children y ACNUR. *Case Study: Adolescent Sexual and Reproductive Health Programming in Goma, Democratic Republic of the Congo*. (Nueva York y Washington, D.C.: Diciembre de 2013).
- 65 Entrevista realizada para Save the Children por Sylvia Nabanoba en febrero de 2014.
- 66 Waldman, Ron. *Health in Fragile States, Country Case Study: Democratic Republic of the Congo*. (Arlington, VA: BASICS para USAID: 2006).
- 67 Waldman, Ron. *Health in Fragile States, Country Case Study: Democratic Republic of the Congo*. (Arlington, VA: BASICS para USAID: 2006) y UNICEF. *Children Out of School: Measuring Exclusion from Primary School*. (UNESCO Institute for Statistics: Montreal: 2005)
- 68 UNESCO UIS [Consultado el 7 de enero de 2013].
- 69 UNICEF. "Melissa Kasoke Raises Her Voice for Girls' Education in the

- Democratic Republic of the Congo.” 23 de octubre de 2013
- 70 UNICEF. “Melissa Kasoke Raises Her Voice for Girls’ Education in the Democratic Republic of the Congo.” 23 de octubre de 2013
- 71 Human Rights Watch. *Soldiers Who Rape, and Commanders Who Condone: Sexual Violence and Military Reform in the Democratic Republic of Congo*. (Nueva York: julio de 2009).
- 72 Eastern Congo Initiative. *Children’s Voice*. www.easterncongo.org/success-stories/cbo-success-stories/detail/182.
- 73 Entrevista realizada para Save the Children por Colin Crowley en junio de 2012.
- 74 Entrevista realizada para Save the Children por Krista Zimmerman en marzo de 2014.
- 75 Entrevista realizada para Save the Children por Sylvia Nabanoba en el campamento de refugiados Rwamwanja en Uganda en febrero de 2014.
- Vidas de madres, niñas y niños sirios destruidas por el conflicto**
- 1 Entrevista realizada para Save the Children por Ahmad Baroudi en Líbano, en la frontera con Siria en febrero de 2014.
- 2 Los cálculos incluyen el número de refugiados registrados y el número de mujeres, niñas y niños que están esperando a ser registrados. Fuente: ACNUR Syria Regional Refugee Response: Portal de información: <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php>. [Consultado el 16 de abril de 2014].
- 3 Gobierno de la República Árabe Siria y otros. *2014 Syrian Arab Republic Humanitarian Assistance Response Plan (SHARP)*. (Diciembre de 2013).
- 4 UNFPA. *Syria Crisis Humanitarian Bulletin – Highlights of Response: February–March 2014*. (31 de marzo de 2014)
- 5 UNFPA. *UNFPA Calls for More Support to Address the Special Needs of Syrian Women and Girls*. 13 de enero de 2014.
- 6 OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial. *Trends in maternal mortality: 1990 a 2010*. (OMS, Ginebra: 2012); Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN-IGME). *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013*. (UNICEF: Nueva York: 2013).
- 7 OMS. Repositorio de Datos del Observatorio Mundial de la Salud. <http://apps.who.int/gho/data> [Consultado por última vez el 17 de diciembre de 2013].
- 8 UNICEF. *At a Glance: Syrian Arab Republic*. www.unicef.org/infobycountry/syria_statistics.html.
- 9 *Syria Integrated Needs Assessment*. (Diciembre 2013), pág. 43.
- 10 IRIN. “Syria Healthcare System Crumbling.” Diciembre de 2012.
- 11 OMS. *Donor update: Syrian Arab Republic*. Septiembre de 2013.
- 12 International Rescue Committee. *Syria: A Regional Crisis*. (Nueva York: 2013).
- 13 Physicians for Human Rights. *Syria’s Medical Community Under Assault*. Enero de 2014.
- 14 International Rescue Committee. *Syria: A Regional Crisis*. (Nueva York: 2013).
- 15 Entrevista realizada para Save the Children por Ahmad Baroudi en Líbano en febrero de 2014.
- 16 UNICEF. *El estado mundial de la infancia de 2014 en cifras*. (Nueva York: 2014).
- 17 OCAH. *Boletín sobre asuntos humanitarios de Siria. Número 39 | 3 al 16 de diciembre de 2013*; IRIN. “Born into Crisis: Unwanted Pregnancies in Syria.” 29 de mayo de 2013.
- 18 Grupo de Trabajo sobre la Evaluación del Norte de Siria. *Syrian Arab Republic: Syria Integrated Needs Assessment*. Diciembre de 2013. Pág. 46.
- 19 Añadido al Grupo de Trabajo sobre la Evaluación del Norte de Siria. *Syria Arab Republic: Syria Integrated Needs Assessment*. Diciembre de 2013.
- 20 OMS en colaboración con el Ministerio de Salud de Siria. *Availability of Health Resources and Services at Public Hospitals in Syria*. 3er trimestre de 2013.
- 21 IRIN. “Born into Crisis: Unwanted Pregnancies in Syria.” 29 de mayo de 2013.
- 22 Healthy Newborn Network. “Brazilian Women Rebel Against Cesarean Births.” Agosto de 2012.
- 23 UNFPA. *Jordanian Midwife Delivers for Syrian Refugees*. 15 de agosto de 2013. <http://unfpa.org/public/home/news/pid/14949>.
- 24 IAWG. *Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Refugee Camp and Irbid City, Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Service Package, 17-22 de marzo de 2013*. (14 de noviembre de 2013)
- 25 ACNUR. *2014 Syria Regional Response Plan*. (2013).
- 26 ACNUR. *Syria Regional Refugee Response: Jordan*. 6 de febrero de 2014.
- 27 ACNUR. *Health Sector Bi-weekly Report Public Health and Nutrition Jordan Week 1 and 2 HIS Zaatri Report Date 27th January 2014*. 27 de enero de 2014.
- 28 IAWG. *Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Refugee Camp and Irbid City, Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Service Package, March 17-22, 2013*.
- 29 Usta, Jinan y Masterson, Amelia Reese. *Assessment of Reproductive Health and Gender Based Violence Among Displaced Syrian Women in Lebanon, July-September 2012*.
- 30 Entrevista realizada para Save the Children por Ahmad Baroudi en febrero de 2014.
- 31 Gobierno de la República Árabe Siria y otros. *Revised Syrian Humanitarian Assistance Response Plan, January-December 2013, section 3.1*. (7 de junio de 2013)
- 32 REACH. *Informal Tented Settlements in Jordan: A Multi-sector, Baseline Assessment*. Diciembre de 2013; Usta, Jinan y Masterson, Amelia Reese. *Assessment of Reproductive Health and Gender Based Violence Among Displaced Syrian Women in Lebanon, July-September 2012*.
- 33 ACAPS. *February Regional Analysis Syria Report: Crisis Overview*. 7 de febrero de 2014.
- 34 IRIN. “Born into Crisis: Unwanted Pregnancies in Syria.” 29 de mayo de 2013.
- 35 Save the Children. *A Devastating Toll: The Impact of Three Years of War on the Health of Syria’s Children*. (Londres 2014).
- 36 OMS en colaboración con el Ministerio de Salud de Siria. *Availability of Health Resources and Services at Public Hospitals in Syria*. 3er trimestre de 2013.
- 37 Grupo de Trabajo sobre la Evaluación del Norte de Siria. *Syrian Arab Republic: Syria Integrated Needs Assessment*. Diciembre de 2013.
- 38 Save the Children. *A Devastating Toll: The Impact of Three Years of War on the Health of Syria’s Children*. (Londres 2014).
- 39 Cálculos de Save the Children. El número de nacimientos con vida que se esperan por día entre las mujeres refugiadas sirias se calcula según la metodología estándar. Ver: IAWG sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. (Nueva York: 2010), pág. 77. Fuentes de datos: Total de personas de interés: ACNUR. data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php. [Consultado el 16 de abril de 2014]. Tasa bruta de natalidad: Banco Mundial, data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN [Consultado el 16 de abril de 2014].
- 40 Usta, Jinan y Masterson, Amelia Reese. *Assessment of Reproductive Health and Gender Based Violence Among Displaced Syrian Women in Lebanon, July-September 2012*.
- 41 ACNUR. *2014 Syria Regional Response Plan*. Pág. 23.
- 42 De los 193 casos cuyas causas fueron identificadas, 39 fueron muertes neonatales. Fuente: ACNUR. *Inter-Agency Regional Response for Syrian Refugees: Health and Nutrition Bulletin: Egypt, Iraq, Jordan and Lebanon*. Octubre de 2013, Número 11 (Amán: 9 de diciembre de 2013), pág. 3.
- 43 Cálculos realizados por Save the Children. Fuentes de los datos sobre tasa bruta de mortalidad y población total: Banco Mundial, data.worldbank.org [consultado el 17 de abril de 2014]; muertes neonatales: IGME, www.childmortality.org/ [consultado el 17 de abril de 2014].

- 44 ACNUR. Health Sector Bi-weekly Report Public Health and Nutrition Jordan Week 1 and 2 HIS Zaatri Report Date 27th January 2014. 27 de enero de 2014.
- 45 Entrevista realizada para Save the Children por Ahmad Baroudi en Líbano en febrero de 2014.
- 46 PAFPAM. *Syrian Household Health Survey – Syrians Summary Report*. Noviembre de 2010.
- 47 Save the Children. *Nutrition Rapid Assessment*. Enero de 2013.
- 48 Global Nutrition Cluster. *Scoping Mission to Assess Nutrition Context and Potential Nutrition Information – Sharing Mechanisms within the Humanitarian Response for Northern Syria*. Septiembre de 2013.
- 49 Syria Needs Analysis Project. *Dara'a Governorate Multi Sector Needs Assessment*. Enero de 2014.
- 50 Save the Children. *Nutrition Rapid Assessment*. Enero de 2013.
- 51 Grupo de Trabajo sobre la Evaluación del Norte de Siria. *Joint Rapid Assessment in Northern Syria II: Final Report*. 22 de mayo de 2013.
- 52 Save the Children. *Nutrition Assessment Northern Syria*. Enero de 2013.
- 53 Masterson, Amelia Reese; Usta, Jinan; Gupta, Jhumka y Ettinger, Adrienne. “Assessment of Reproductive Health and Violence Against Women Among Displaced Syrians in Lebanon.” *BMC Women's Health*. Volumen 14, Número 25. 20 de febrero de 2014.
- 54 ACNUR, UNICEF Y PMA. *Joint Assessment Review of the Syrian Refugee Response in Jordan*. Enero de 2014.
- 55 Entrevista realizada para Save the Children por Catherine Carter en Líbano en febrero de 2013.
- 56 UNICEF. *Under Siege: The Devastating Impact on Children of Three Years of Conflict in Syria*. (Oficina Regional para Oriente Medio y Norte de África de UNICEF: Amán, Jordania: marzo de 2014).
- 57 *Stolen Futures: The Hidden Toll of Child Casualties in Syria*. (Oxford Research Group, Londres: 2013).
- 58 *Syria Integrated Needs Assessment*. (Diciembre de 2013), pág. 35.
- 59 UNICEF. *Under Siege: The Devastating Impact on Children of Three Years of Conflict in Syria*. (Oficina Regional para Oriente Medio y Norte de África de UNICEF: Amán, Jordania: marzo de 2014).
- 60 *Syria Integrated Needs Assessment*. (Diciembre de 2013), pág. 44.
- 61 ACAPS. *Crisis Overview: Regional Analysis Syria*. 7 de febrero de 2014.
- 62 ReliefWeb. “WHO Warns of Increased Risk of Disease Epidemics in Syria and in Neighbouring Countries as Summer Approaches.” 4 de junio de 2013; Assessment Working Group for Northern Syria. *Joint Rapid Assessment in Northern Syria II: Final Report*. 22 de mayo de 2013; y observaciones de Save the Children.
- 63 Save the Children “Nutrition Assessment Northern Syria.” 29 de enero de 2013.
- 64 Entrevista realizada para Save the Children por Francine Uenuma en enero de 2014.
- 65 Entrevista realizada para Save the Children por Ahmad Baroudi en Líbano en febrero de 2014.
- 66 UNFPA. “Why Isn't Family Planning Prioritized in Refugee Settings?” 25 de julio de 2013.
- 67 IRIN. “Born into Crisis: Unwanted Pregnancies in Syria.” 29 de mayo de 2013.
- 68 IRIN. “Born into Crisis: Unwanted Pregnancies in Syria.” 29 de mayo de 2013.
- 69 Entrevista realizada para Save the Children por Catherine Carter en Líbano en junio de 2013.
- 70 “Violence against women in Syria.” *The Lancet*, Volumen 382, Número 9908, página 1858, 7 de diciembre de 2013.
- 71 Grupo de Trabajo de Protección de la Infancia. *Syria Child Protection Assessment 2013*.
- 72 International Rescue Committee (IRC). *Syria: A Regional Crisis*. (Nueva York: enero de 2013).
- 73 Consejo de Derechos Humanos de la ONU. “Informe de la comisión internacional independiente de investigación sobre la República Árabe Siria”. 16 de agosto de 2013.
- 74 Asamblea General de la ONU. “Protection of and assistance to internally displaced persons: situation of internally displaced persons in the Syrian Arab Republic.” Sexagésimo séptimo período de sesiones, tema 69 (a) del programa, 15 de julio de 2013.
- 75 International Rescue Committee (IRC). *Syria: A Regional Crisis*. (Nueva York: enero de 2013).
- 76 Grupo de Trabajo de Protección de la Infancia. *Syria Child Protection Assessment 2013*.
- 77 Subgrupo de Trabajo de Protección de la Infancia y Violencia de Género, Jordania. *Findings from the Inter-Agency Child Protection and Gender-Based Violence Assessment in the Za'atari Refugee Camp*. 2013.
- 78 Naciones Unidas. *How Humanitarian Funds for the Syria Crisis Were Spent – 2013 Sharp and RRP*. (2013).
- 79 ONU-Mujeres. *Evaluación Entre Organismos: Gender-Based Violence and Child Protection Among Syrian Refugees in Jordan, With a Focus on Early Marriage*. (Nueva York: 2013).
- 80 Usta, Jinan; Masterson, Amelia Reese. *Assessment of Reproductive Health and Gender-Based Violence among Displaced Syrian Women in Lebanon Julio-septiembre 2012*. 2012.
- 81 OCAH. *Humanitarian Bulletin Syria Número 42* | 13 al 26 de febrero de 2014. (2014).
- 82 IAWG. *Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Refugee Camp and Irbid City, Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Service Package*, 17-22 de marzo de 2013.
- 83 ONU-Mujeres. *Evaluación Entre Organismos: Gender-Based Violence and Child Protection Among Syrian Refugees in Jordan, With a Focus on Early Marriage*. (Nueva York: 2013).
- 84 Grupo de Trabajo de Protección de la Infancia. *Syria Child Protection Assessment 2013*.
- 85 Entrevista realizada para Save the Children por Catherine Carter en Líbano en febrero de 2013.
- 86 ONU-Mujeres. *Evaluación Entre Organismos: Gender-Based Violence and Child Protection Among Syrian Refugees in Jordan, With a Focus on Early Marriage*. (Nueva York: 2013).
- 87 Al Hayat. “Egypt: Exploitive Marriages to Syrian Refugees.” 10 de abril de 2013.
- 88 Al Fudaylat, Mohammed. “Fleeing War, Syrian Women Find Over-Eager Embrace in Jordan.” *Al Safir Al Arabi*. 10 de abril de 2013.
- 89 Zarzar, Anas. “Syrian Refugees: Forced into Marrying off Their Daughters.” *Shoab*. 11 de septiembre de 2012.
- 90 Masriya, Aswat. “Rights Council Condemns Marriage to Syrian Refugees.” *All Africa Global Media*. 24 de enero de 2013.
- 91 Al Fudaylat, Mohammed. “Fleeing War, Syrian Women Find Over-Eager Embrace in Jordan.” *Al Safir Al Arabi*. 10 de abril de 2013.
- 92 Entrevista realizada para Save the Children por Francine Uenuma en enero de 2014.
- 93 Entrevista realizada para Save the Children por Dawn Trump, Za'atari refugee camp, Jordania, en agosto de 2013.
- 94 Entrevista realizada para Save the Children por Catherine Carter en Líbano en febrero de 2013.

La necesidad de actuar en favor de las madres y la infancia en situaciones de crisis

- 1 Para el presente análisis, los países que “experimentan o se recuperan de una crisis humanitaria” se han clasificado como aquellos “en conflicto”, los que “emergen de un conflicto”, y/o aquellos que sufren o emergen de un “desastre natural grave” durante el año en que se clasificaron entre los últimos diez lugares. Para más detalles, ver “Notas sobre la metodología y los procesos de investigación”.

El Índice de las Madres cumple quince años

- 1 Según el Programa de Datos sobre Conflictos de Upsala, un conflicto armado incluye una guerra o un conflicto menor con un resultado de por lo menos 25 muertes en un solo año durante el período 1996-2013. Ver Apéndice para una explicación completa de la metodología utilizada.
- 2 Según OCDE, de los 28 países que alguna vez han figurado entre los diez últimos lugares del Índice (ver página 67), 23 son actualmente Estados frágiles (ver página 76). Otros cuatro (Camboya, Yibuti, Guinea Ecuatorial y Gambia) han dejado de ser Estados frágiles desde 2003, el primer año en que se compiló una lista de Estados frágiles (que luego se clasificaron como “de bajos ingresos bajo presión”). Ver: Independent Evaluation Group. *Engaging with Fragile States: An IEG Review of World Bank Support to Low-Income Countries Under Stress*. (Banco Mundial: Washington D.C.: 2006), págs. 81-82.
- 3 Según información validada y compilada por el Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres (CRED, por sus siglas en inglés) de la OMS, en su Base de Datos Internacional sobre Desastres (EM-DAT). Para una explicación completa, ver “Notas sobre la metodología y los procesos de investigación”.
- 4 Burkina Faso y Malí quedaron empatados en último lugar en el *Índice de las Madres* de 2005.
- 5 Unión Interparlamentaria (UIP). *Women in National Parliaments*. www.ipu.org/wmn-e/world.htm [Consultado el 11 de abril de 2014].
- 6 Banco Mundial. “Country and Lending Groups”: <http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups>. [Consultado el 16 de marzo de 2014].
- 7 Unión Interparlamentaria (UIP). *Women in National Parliaments*. www.ipu.org/wmn-e/world.htm [Consultado el 11 de abril de 2014].
- 8 La categoría de naciones “desarrolladas” incluye todos los países no clasificados por UNICEF como países “en desarrollo”, sólo con fines estadísticos; es decir, los países en todas las regiones de Europa, incluidos los de Europa Central y Europa del Este, así como los países bálticos, además de los países de América al norte de la frontera de México, Australia, Nueva Zelanda y Japón. Este conjunto de países es coherente con la clasificación de “regiones desarrolladas” de los ODM. Fuente: UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia 2012*. Pág. 124.
- 9 En Chad, República Centroafricana, Malí, Níger, República Democrática del Congo y Somalia, existen actualmente graves crisis humanitarias. La situación en Nigeria también es preocupante. Ver: ACAPS. *Global Emergency Overview: Snapshot 25March – 01 April*. (Abril de 2014). [\[geo.acaps.org/\]\(http://geo.acaps.org/\). \[Consultado el 3 de abril de 2014\].](http://</div><div data-bbox=)

- 10 Los cálculos están basados en los índices actuales de fertilidad (UNFPA. *Estado de la Población Mundial 2013*) y de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años (IGME, 2013).
- 11 Es difícil calcular los índices de mortalidad, incluso en países estables, de modo que es posible que los índices se hayan subestimado. Fuentes: Ministerio somalilandés de Planificación y Desarrollo Nacional y UNICEF. *Somaliland: Monitoring the situation of women and children – Summary Preliminary Results Multiple Indicator Cluster Survey 2011*. (UNICEF: Nueva York: 2013) y *Somalia: Monitoring the situation of women and children – Summary Preliminary Results Multiple Indicator Cluster Survey 2006*. (UNICEF: Nueva York: 2007).
- 12 Es difícil calcular los índices de mortalidad, incluso en países estables, de modo que es posible que los índices se hayan subestimado. Fuentes: Ministerio somalilandés de Planificación y Desarrollo Nacional y UNICEF. *Somaliland: Monitoring the situation of women and children – Summary Preliminary Results Multiple Indicator Cluster Survey 2011*. (UNICEF: Nueva York: 2013) y *Somalia: Monitoring the situation of women and children – Summary Preliminary Results Multiple Indicator Cluster Survey 2006*. (UNICEF: Nueva York: 2007).
- 13 OCDE. *Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation*. (París: 2014). Pág. 2.
- 14 UNICEF Bases de Datos Mundiales. www.childinfo.org/maternal_mortality.html. [Consultado el 14 de marzo de 2014].
- 15 Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Infancia (IGME) de la ONU. *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013*. (UNICEF: Nueva York: 2013).
- 16 Entrevista realizada para Save the Children por Lizzie Moncada en el campamento para personas desplazadas internas de Mukassa, República Centroafricana, en febrero de 2014.
- 17 OCAH. *Central African Republic (CAR) Situation Report No.18*. 26 de marzo de 2014.
- 18 UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia 2014*. Pág. 24 y Tabla 8, págs. 72-77.
- 19 Consultas con el personal de Save the Children.
- 20 Internal Displacement Monitoring Centre. *Nepal: Sustainability of IDP Returns Undermined by Lack of Assistance*. (Ginebra: 2008). Pág. 11.
- 21 UN IGME. *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013*. (UNICEF: Nueva York: 2013).
- 22 OMS/UNICEF/UNFPA/Banco Mundial. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. (OMS, Ginebra: 2012).

23 Engel, Jakob; Glennie, Jonathan; Adhikari, Shiva Raj; Bhattarai, Sanju Wagle; Prasai, Devi Prasad; y Samuels, Fiona. *Nepal's Story: Understanding Improvements in Maternal Health*. (Londres: Overseas Development Institute: julio de 2013).

24 Eurostat. Fecha de actualización: 5 de marzo de 2014. Fecha de extracción: 8 de marzo de 2014.

25 INE (2014). *Encuesta de Población Activa 2007-2013*.

26 Eurostat. *Encuesta sobre Ingresos y Condiciones de Vida (EU-SILC)* actualizada el 8 de noviembre de 2013.

27 INE. *Tasa bruta de natalidad. Nacidos por mil habitantes*.

Notas sobre la metodología y los procesos de investigación

- 1 Para ver una lista de estos países, consulte el informe de rendición de cuentas 2013 de Countdown, en: www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/2013-report.
- 2 “En condiciones” de alcanzar el ODM 4 indica que el índice de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años para 2012 es menos de 40 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos o que es 40 o más con un índice promedio anual de reducción del 4 % o más para 1990–2012. Todos los demás países se definieron con “progreso insuficiente” o “sin progreso” y por lo tanto fueron incluidos en este análisis.
- 3 Se accedió a los datos de los conjuntos de datos de UCDP (UCDP/PRIO Armed Conflict Dataset v.4-2013; UCDP Battle-Related Deaths Dataset v.5-2013, UCDP One-sided Violence Dataset v 1.4-2013; UCDP Non-State Conflict Dataset v. 2.5-2013), que se encuentran en: www.pcr.uu.se/research/ucdp/datasets/ y en UCDP's *Conflict Encyclopedia*: www.ucdp.uu.se/database [Consultado por última vez el 7 de abril de 2014].

Las fotografías

Página 1: Giles Duley

Jordania. *Madres sirias con sus hijos en el campamento de refugiados de Zaatar. Todos estos niños han nacido desde el comienzo de la guerra.*

Página 2: Reuters / Edgar Su

Filipinas. *Una madre y sus hijos atraviesan una calle inundada luego de un aguacero como consecuencia del súper tifón Haiyan en Tacloban.*

Página 3: Katie Seaborne

República Democrática del Congo. *Jasmine Whitbread, Presidenta Ejecutiva de Save the Children, visita niñas y niños en el centro de estabilización en Mwene Ditu.*

Página 4: Pep Bonet / NOOR

Nigeria. *Una madre que dio a luz en su hogar trae a su bebé enfermo a un hospital en Katsina, norte de Nigeria.*

Página 7: Colin Crowley

Somalia. *Farhiya Muse Ali, partera, examina a Zakaria, bebé recién nacido, en un hospital en Puntland. Su madre tuvo un parto difícil y Zakaria necesitó en un principio ayuda para respirar, pero ahora ambos se están recuperando.*

Página 9: Save the Children

India. *Una niña va a buscar agua a un pueblo inundado en Barpeta, Assam. Las fuentes de agua potable están todas contaminadas, de modo que las familias se las están arreglando con agua de lluvia acumulada en la inundación ya que no hay mucha diferencia entre esta agua y la que proviene de las bombas manuales.*

Página 10: C. J. Clarke

Pakistán. *Jeeran y su hijo de dos años, Yousaf, perdieron su hogar en las inundaciones producidas en 2010 en Pakistán.*

Página 14: Christena Dowsett

Kenia. *Josephine utiliza el método de cuidado "madre canguro" para mantener abrigada y bien alimentada a Claudia, su bebé recién nacido. Claudia nació prematura en el Hospital del distrito de Kitui.*

Página 18: Tony Kaye

República Centroafricana. *Adete, de 16 años, y Henri, su hijo de un año. Ambos vienen sobreviviendo con una comida al día y Henri ha estado muy enfermo.*

Página 19: Amy Reed

Sudán del Sur. *Nateyi, de dos años, estaba gravemente desnutrida, y tenía fiebre, vómitos, diarrea y tos. Su madre Veronica la trajo al centro de estabilización de Save the Children. A los cinco días, Nateyi se estaba sintiendo mejor y había recuperado el apetito.*

Página 20: K. J. Borja para USAID / Suaahara
Nepal. *Bishnu, su hija de nueve meses, Prinsu, y suegra, Sapana, tienen una mejor nutrición con alimentos que están cultivando en el jardín de su casa.*

Página 21: Francesca Tosarelli

República Democrática del Congo. *Pamela, de 17 años, fue violada por un hombre joven en un campamento para personas desplazadas. Quedó embarazada, pero perdió el bebé durante el parto. Presentó una fístula como complicación de un parto traumático. Ahora se encuentra recibiendo atención médica y psicológica de parte de Heal Africa.*

Página 23: Caroline Trutmann

Etiopía. *Mulu, de 16 años, está embarazada de nueve meses. Su matrimonio fue arreglado por sus padres sin ser consultada.*

Página 24: Caroline Trutmann

Etiopía. *Una trabajadora de extensión de salud le aplica una inyección anticonceptiva a una mujer de 25 años.*

Página 25: Colin Crowley

Bangladesh. *Shefali está embarazada de siete meses. Ha dado a luz a seis hijos, pero tres murieron poco después de nacer.*

Página 26: Lynsey Addario

Filipinas. *Un niño y una niña, parados en la puerta de su casa inundada.*

Página 27: Jonathan Hyams

Filipinas. *Leonida y sus hijos, Manuelle y Santiago, viven en una casa improvisada construida a partir de un camión destrozado y restos de metal rescatados.*

Página 28 (arriba): Jonathan Hyams

Filipinas. *Médicos australianos y británicos trabajan en un hospital cerca del aeropuerto de Tacloban con el apoyo del Ministerio británico de Desarrollo Internacional (DFID) y Save the Children.*

Página 28 (abajo): Lynsey Addario

Filipinas. *Un centro de salud rural en las afueras de Tacloban que ya no puede utilizarse debido a los daños provocados por las inundaciones.*

Página 29: Lynsey Addario

Filipinas. *Norina Malate, partera, asiste el parto de Anlyn, de 18 años, al costado de la carretera en la isla de Leyte.*

Página 30: Lynsey Addario

Filipinas. *Lolita y su hija de dos meses, Princess Daniella, reciben asesoramiento de parte del equipo de nutrición de Save the Children.*

Página 31: Rosary Diane Maligalig

Filipinas. *Jacqueline, madre de cuatro hijos, realizó un curso de carpintería impartido por Save the Children y está reconstruyendo su casa.*

Página 32: Susan Warner

Filipinas. *Abigail amamanta a su hija de tres meses, Kazumi.*

Página 34: Hedinn Halldorsson

Filipinas. *Erold, de cinco meses, y su familia perdieron su casa durante el tifón. Ahora viven en una biblioteca utilizada como refugio.*

Página 35: Hedinn Halldorsson

Filipinas. *Los mellizos de Mernita, Rosel y Rodel, padecen malnutrición aguda severa, que representa un riesgo para la vida. Están recibiendo tratamiento por parte de Save the Children. Las hijas mayores de Mernita, Regine y Rose Ann, ahora lloran cada vez que llueve.*

Página 36: Paul Taggart / ACNUR

República Democrática del Congo. *Mujeres y niñas y niños desplazados congoleños huyen hacia Goma, la ciudad capital de la provincia de Kivu del Norte.*

Página 38: F. Noy / ACNUR

República Democrática del Congo. *Tras haber entrado en trabajo de parto, una mujer embarazada refugiada es llevada a un bote para trasladarse a un centro de salud ambulante en Betou, un viaje que dura 45 minutos.*

Página 39: Jodi Bieber

República Democrática del Congo. *Cilomba y su bebé recién nacido, Mbuji.*

Página 40: Rebecca Vassie

Uganda. *Janet perdió a su marido y a sus cuatro hijos mayores en un ataque en República Democrática del Congo. Su hijo más pequeño murió de malnutrición en un campamento de refugiados y acaba de perder a su bebé recién nacido tras haber dado a luz sola.*

Página 42: Daniel McCabe

República Democrática del Congo. *Jospehine y sus hijos junto a su carpa en el campamento de personas desplazadas cerca de Goma.*

Página 43: Alessandro Pavone

República Democrática del Congo. *Kesiya, junto a su hija, que fue violada por un hombre joven del pueblo cuando ella tenía apenas seis años.*

Página 44: Colin Crowley

República Democrática del Congo. *Sylvie, de 16 años, fue secuestrada y quedó embarazada. Se escapó cuando tenía seis meses de embarazo y recorrió a pie el camino de varios días de regreso a su familia. La comunidad le dio la bienvenida y al poco tiempo dio a luz a mellizos.*

Página 45: Rebecca Vassie

Uganda. *Una familia espera afuera de la clínica de terapia antirretroviral del centro de salud en Rwamwanja.*

Página 46 (arriba): Save the Children

República Democrática del Congo. *Póster de un taller de Save the Children sobre salud sexual y reproductiva para adolescentes sin escolarizar.*

Página 46 (abajo): Oliver Asselin

República Democrática del Congo. *Actores interpretan una obra callejera para crear conciencia de temas relacionados con el VIH y el SIDA.*

Página 47: Rebecca Vassie
Uganda. *Jovia, de 14 años de edad, y su hijo John, de ocho meses. Jovia espera continuar su educación cuando John sea más grande y no tenga que ser amamantado.*

Página 48: Sebastian Meyer / Getty Images para Save the Children
Irak. *Campamento de refugiados Domiz en el norte de Irak. El campamento alberga a más de 50.000 personas que han huido de los enfrentamientos en Siria.*

Página 49: Ahmad Baroudi
Líbano. *Zahra, de 35 años, y sus nueve hijos. Después de vivir asediados durante un año, la familia se fue de Siria en 2013.*

Página 51: Alessio Romenzi
Siria. *Mujeres, niñas y niños sirios huyendo de Al Qsair, un pueblito en las afueras de Homs.*

Página 52: Ahmad Baroudi
Líbano. *Elham, de 29 años, con su hija de dos años, Maisam. La familia tuvo que abandonar todo y mudarse a Líbano en busca de seguridad.*

Página 53 (arriba): Suzanna Klaucke
Jordania. *Manar, de 30 años, y sus tres hijos. Manar aprendió sobre la importancia de la lactancia materna en el Centro de Alimentación de Bebés y Niños y Niñas pequeños de Save the Children en el campamento de refugiados de Zaatari.*

Página 53 (abajo): Agnes Montanari
Jordania. *Madres, niñas y niños llegan al Centro de Alimentación de Bebés y Niños y Niñas Pequeños de Save the Children en el campamento de refugiados de Zaatari.*

Página 54: Sam Tarling
Siria. *Un médico utiliza un celular para proporcionar luz durante la operación de un bebé con síndrome de Down.*

Página 55: Hedinn Halldorsson
Jordania. *Noor, de 22 años, estaba embarazada de siete meses cuando junto a su marido y tres hijos pequeños caminó de Siria a Jordania. Temía dar a luz al costado de la carretera.*

Página 56: Jonathan Hyams
Jordania. *Más del 65 % de los habitantes del campamento de refugiados de Zaatari son niños y niñas.*

Página 57: Jonathan Hyams
Líbano. *Noor, de 11 años, vive en un asentamiento de refugiados cerca de la frontera con Siria. "No tengo buenos recuerdos de Siria", comenta.*

Página 59: Lee Celano / Getty Images para Save the Children
Haití. *Ashley y su prima Melina ven a una enfermera en el centro médico de Save the Children en un campamento de personas desplazadas en Petionville.*

Página 61: Susan Warner
Kenia. *Rukia, de 23 años, y Musaf, de dos años, llevan las vacas de la familia a un pozo de agua. Las sequías en 2011 y 2012 destruyeron familias y ganado, lo que provocó una mayor malnutrición infantil. Save the Children está ayudando a las madres y la infancia en el área para que tomen más leche fresca y mejorar el saneamiento en los hogares.*

Página 62: Raheel Waqar
Pakistán. *Anisa lee un cuento en voz alta a sus compañeras.*

Página 64: Mark Kaye
República Centroafricana. *Madres, niñas y niños visitan uno de los centros de salud ambulantes de Save the Children.*

Página 66: Oli Cohen
Níger. *Madre e hija en un centro de salud de Save the Children que proporciona atención de salud primaria y tratamiento contra la malnutrición aguda.*

Página 67: Oskar Kullander
Suecia. *Rosie, de 32 años, está de licencia por maternidad con su hija más pequeña, Minou, de 8 meses de edad.*

Página 69: Greg Funnell
República Centroafricana. *La crisis humanitaria se ha intensificado debido a los enfrentamientos y la inestabilidad.*

Página 72: Genna Naccache
Brasil. *Elvira and Ana Cristina están practicando el método "madre canguro" con sus bebés prematuros. Ambos bebés pronto serán dados de alta del hospital.*

Página 73: Mai Simonsen
Noruega. *Elise, embarazada de su segundo hijo, haciéndose una ecografía de último momento debido a que había tenido complicaciones durante su primer embarazo.*

Página 75: Helene Caux / ACNUR
Níger. *Una familia refugiada de Malí apenas puede protegerse del calor y el viento en su improvisado refugio en Gaouadel.*

Página 76: Elissa Bogos
Afganistán. *Qamar y sus dos hijas esperan ser atendidas por personal médico en un centro de salud para niños malnutridos en Jawzjan.*

Page 77: Krister Jay Borja
Camboya. *Lim Sinin, partera, mide el vientre de Tuoy para evaluar el crecimiento y desarrollo fetal en su noveno mes de embarazo.*

Página 79: Aubrey Wade
Sierra Leona. *Aminata cuida a su bebé de cinco meses, Daniel, que está gravemente enfermo en la sala de urgencias del Hospital Pediátrico Ola During.*

Contratapa: Jonathan Hyams
Liberia. *Comfort carga a sus espaldas a su bebé de 9 meses, Marie, en un área donde Save the Children proporciona atención prenatal y postnatal, vacunación y servicios de parto.*

Créditos

Directora

Tracy Geoghegan

Directoras de investigación

Nikki Gillette y Beryl Levinger

Asistentes de investigación

Jennifer Hayes, Jean Mulroy y Maria Kovell

Director de proyecto

Max Secrett

Colaboradores

Simine Alam, Sura Alsamman, Mike Amaditz, Ribka Amsalu, Michel Anglade, Krista Armstrong, Veronique Aubert, Ahmad Baroudi, Chantal Baumgarten, Misty Buswell, Sarah Butler, Phil Carroll, Catherine Carter, Wendy Christian, Jeanne-Aimée De Marrais, Sofia Diarra, Ibrat Djabbarov, Lukundula Djedje, Linda Doull, Sarah Frank, George Graham, Ajla Grozdanic, Steve Haines,

Hedinn Halldorsson, Jesse Hartness, Duncan Harvey, Vicki Hearn, Stephen Hodgins, Louise Holly, Celina Jensen, Lois Jensen, Mark Kaye, Kate Kerber, Mike Kiernan, Mary Kinney, Michael Klosson, Sandra Krause, Kristen Lacey, Joy Lawn, Lynette Lim, Ingrid Lund, Alice Macdonald, Olivia Maehler, Seema Manohar, Marion Mckeone, Carolyn Miles, Bex Morton, Sylvia Nabanoba, Miel Nora, Nora O'Connell, David Oot, JoAnn Paradis, Amado Parawan, Mary Beth Powers, Isabel Proaño Gómez, Reine Rala, Jennifer Requejo, Susan Ridge, Joy Riggs-Perla, Ian Rodgers, Bernice Romero, Sayyeda Salam, April Sumaylo, Dawn Trump, Sarah Tyler, Francine Uenuma, Lara Vaz, Matilde Nida Vilches, Rudy von Bernuth, Patrick Watt, Tanya Weinberg, Ravi Wickremasinghe, Simon Wright, Stephanie Yoon, Krista Zimmerman y Olivia Zinan.

Diseño

Spirals, Inc.

Editora de fotografía

Susan Warner

Directora de traducción

Verity Leonard Hill

Traducción

María del Pilar Gáñez y Marcela Sariego

Revisión de la traducción

María del Pilar Gáñez y Marcela Sariego

Composición tipográfica

Grasshopper Design Company



Liberia

Cada día, 800 madres y 18.000 niñas y niños pequeños mueren principalmente debido a causas prevenibles. Más de la mitad de estas muertes de madres y de niñas y niños menores de cinco años ocurren en entornos de fragilidad, contextos con un alto riesgo de conflictos y muy vulnerables frente a los efectos de los desastres naturales.

La urgente tarea de concluir el trabajo sin terminar de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y acabar con las muertes infantiles y maternas prevenibles se concentra cada vez más en estos contextos. Encontrar soluciones para atender las necesidades de salud y nutrición de las madres y la infancia en los Estados frágiles y durante las crisis humanitarias constituye un aspecto central en el marco de este desafío.

En el decimoquinto informe anual *Estado Mundial de las Madres*, de Save the Children, examinamos el impacto de las crisis humanitarias en la supervivencia materna, neonatal e infantil en países que se clasifican continuamente como los lugares más difíciles para ser madre. Desde que se publicó por primera vez el *Índice de las Madres*, en el año 2000, la mayoría de los últimos diez países de la lista son Estados frágiles atrapados en medio de una emergencia humanitaria reciente o que emergen de una situación de este tipo. Además de las emergencias, muchos de estos países enfrentan crisis continuas de salud debido a dificultades crónicas, incluido el acceso limitado a una atención de la salud de calidad.

El informe *Estado Mundial de las Madres* 2014 concluye que cada país debería estar mejor preparado para asistir a las madres y la infancia durante las emergencias. También debemos iniciar la difícil pero urgente tarea de esforzarnos para proporcionar estabilidad en las regiones más frágiles del mundo, e identificar las maneras de facilitar un mejor acceso a la atención de la salud dentro de estos contextos. No será posible acabar con las muertes prevenibles de las madres, las niñas y los niños mientras estos países no adquieran un mayor grado de estabilidad y cuenten con una atención de la salud más accesible.



Save the Children

Save the Children US
54 Wilton Road
Westport, Connecticut 06880
USA
1-800-728-3843
www.savethechildren.org

Save the Children International
St Vincent's House
30 Orange Street
London
WC2H 7HH
UK
Teléfono +44 (0)20 3272-0300
www.savethechildren.net

Save the Children es la organización independiente líder en favor de la infancia. Trabajamos en aproximadamente 120 países. Salvamos las vidas de niñas y niños; luchamos por sus derechos; les ayudamos a desarrollar su potencial. Trabajamos para impulsar avances significativos en la forma en que el mundo trata a los niños y las niñas, a fin de generar cambios inmediatos y duraderos en sus vidas. En todo nuestro trabajo, aplicamos unos valores básicos: rendición de cuentas, ambición, colaboración, creatividad e integridad.