



## UN NUOVO PATTO PER LE MADRI NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

- **PREMESSA**

Questo studio prende in considerazione la persona umana, la solidarietà, la sussidiarietà ed il bene comune al fine di discutere della dignità, dello stato di salute e dei diritti umani delle madri e di coloro che si occupano di loro, soprattutto ostetriche. Le madri sono ovunque tra i più poveri dei poveri sia nel corpo che nello spirito, quando centinaia di migliaia muoiono o subiscono danni dando alla luce una nuova vita come conseguenza della negligenza nei paesi poveri, o quando milioni di madri nei paesi ricchi, spesso sole e nella disperazione, sono spinte ad eliminare i loro bambini non ancora nati.

Il documento indica che cosa deve essere fatto dal punto di vista ostetrico in nome della giustizia sociale e della solidarietà umana per affrontare questa enorme quantità di sofferenza e suggerisce anche una nuova iniziativa di finanziamento.

- **LA PERSONA UMANA**

Un principio basilare è che ogni individuo abbia la dignità di una persona umana, che non è solo "qualcosa". Lui o lei è "qualcuno", capace sia di conoscenza di sé e di auto-possesto. La vita umana è, dunque, sacra, ed è il punto di partenza di una visione morale della società. Inoltre, gli esseri umani sono destinati a convivere liberamente, facendo dono di se stessi ed entrando in comunione con altre persone. Così l'accento deve essere posto sui diritti inalienabili di ogni persona: il diritto alla vita, di sposarsi e di fondare una famiglia, di praticare una religione, al lavoro, e di associarsi. Questi diritti sono necessari per lo sviluppo umano, e richiedono, vestiario, alloggio, occupazione, cure sanitarie ed istruzione.

- **La dignità della Maternità**

La Maternità ha un significato particolare in molte culture, specialmente nei paesi in via di sviluppo, perché la maternità è l'espressione più completa della speciale vocazione della donna. La maternità come un dono per l'umanità è d'importanza fondamentale che deve essere amata e servita in modo particolare, specialmente ai nostri tempi.

- **SOLIDARIETÀ (opzione per i poveri e vulnerabili)**

**"Solidarietà ... non è un sentimento di vaga compassione o di superficiale intenerimento per i mali di tante persone, vicine o lontane. Al contrario, è la determinazione ferma e perseverante di impegnarsi per il bene comune. Vale a dire, per il bene di tutti e di ciascuno, perché tutti siamo veramente responsabili di tutti." (Papa Giovanni Paolo II, Sollicitudo Rei Socialis, 38.)**

La via per una società sana è attraverso famiglie sane, e le madri sono la chiave per le famiglie. Dopo aver preso in esame gli attuali rapporti di mortalità materna ed i tassi di morbilità nei paesi in via di sviluppo, l'unica conclusione cui qualsiasi persona ragionevole deve arrivare è che il nostro mondo si preoccupa molto poco per le madri e, perciò, per i loro bambini non ancora nati.

- **Lo stato di salute della maternità.**

Si stima che, in tutto il mondo, ci sono 200 milioni di donne in gravidanza ogni anno, ma di queste le Nazioni Unite (ONU), la pianificazione familiare internazionale ed agenzie della popolazione affermano di aver stimato che 30-50 milioni di gravidanze sono interrotte e ci sono circa 600.000 morti materne, di cui 68.000 sono causate da quello che si definisce aborto "non sicuro". Tuttavia, queste cifre sono "guestimates" basate su dati insufficienti. Uno studio più accurato riportato nel Lancet Medical Journal nel giugno 2010, mette il numero di morti a 330.000. Quando si confrontano i paesi ricchi ed i paesi poveri del mondo, il rischio di

morire durante la gravidanza è stridente. Ad esempio, in Canada il rapporto di mortalità materna al numero di gravidanze è 1/7.300, mentre in alcuni paesi africani è 1/7. Altri indicatori di sviluppo mostrano tale disparità tra paesi ricchi e poveri, e, per di più, il divario non si chiude. Così, la morte durante la gravidanza è la principale causa di morte tra le donne in età fertile, e, inoltre, l'Organizzazione mondiale della sanità ha dichiarato che è il più grave dei problemi di salute mondiale. La maggior parte di morti materne accade nel piccolo manyattas (capanne) in villaggi. Si verificano nell'ultimo trimestre; durante il parto o nella prima settimana dopo il parto. Queste madri spesso muoiono da sole in preda al terrore: il 25% di loro per emorragia; il 12% soffrono l'agonia da infezione; l'8% a causa di un travaglio ostacolato (n.d.t.: mancato impegno p.p.), spesso perché sono giovani, e le loro pelvi sono troppo piccole; il 12% per ipertensione; il 12% per malaria, HIV, o anemia severa; ed il 13% come esito di complicazioni che sorgono dall'aborto settico spontaneo ed indotto. La maggior parte di morti si verifica negli ultimi 3 mesi di gravidanza o durante la prima settimana dopo il parto e l'85% di queste cause può essere previsto od essere identificato subito e prevenuto. Non è solo la vita di queste donne bruscamente interrotta, ma anche quella dei loro neonati. Inoltre le opportunità di sopravvivenza dei loro giovani bambini già nati decrescono drammaticamente.

Sfortunatamente, queste morti sono solamente la punta dell'iceberg. Si valuta che per ogni morte, più di 30 soffrono di un danno a lungo termine alla loro salute, per esempio, da fistole ostetriche. Le fistole il più delle volte sono una conseguenza di un trascurato travaglio di parto distocico (spazio insufficiente per il bambino per passare attraverso la pelvi materna), che potrebbero essere evitate con un taglio cesareo. Il risultato è un danno alla vescica ed al retto, con conseguente incontinenza di urine e/o feci. Di conseguenza, queste donne diventano emarginate e sono trattate come lebbrose da mariti, famiglie, e dalle comunità, semplicemente perché loro sono bagnate e maleodoranti. Provano dolore, umiliazione, e debolezza per tutta la vita, se non sono curate. Stime mondiali indicano che due milioni sono le donne giovani e dimenticate che vivono con questo problema soprattutto nell'Africa sub-sahariana.

Queste morti e danni sono prontamente prevenibili assicurando l'accesso ad una assistenza ostetrica essenziale. Inoltre, le fistole sono curabili con chirurgia specializzata e assistenza infermieristica, ma al momento, non ci sono sufficienti medici formati, infermieri o ospedali specializzati per fornire le cure necessarie e non si fa abbastanza per affrontare questa tragedia che ammonta a negligenza colposa.

- **La violenza contro i Non ancora nati e le Donne**

La violenza alle donne può essere fatta da *Commissione*, per esempio, tramite aborto, mutilazione genitale, e violenza sessuale specialmente durante periodi di guerra, o tramite il traffico, o abuso domestico, che hanno ricevuto l'attenzione considerevole dalle società civili. La violenza può essere perpetrata, tuttavia, anche dall'omissione come nel caso della negligenza durante gravidanza e parto.

- **La scelta per il povero e vulnerabile**

I poveri, dei quali madri e bambini sono, senza alcun dubbio, i più vulnerabili, fanno la richiesta più urgente alle coscienze dei governi nazionali e del mondo. Questa opzione per i poveri considera le politiche o la loro mancanza, dai governi e dalle istituzioni private e pubbliche, ed i loro sforzi di assicurare il diritto alla cura della salute dei più emarginati.

- **La chiamata a solidarietà col Bambino Non ancora nato**

Il principio più fondamentale di tutto è la sacralità della vita umana. La persona umana ha la dignità inerente dal concepimento alla naturale morte. Segue logicamente, poi, che la facoltà di esercitare tutti i diritti personali, incluso il diritto alla cura della salute, dipende dal nascere vivo. In *Christifidelis Laici*, il beato Santo Padre, Giovanni Paolo II scrisse quanto segue;

**"Soprattutto, il grido comune che è fatto giustamente in favore dei diritti umani - per esempio, il diritto alla salute, alla casa, al lavoro, alla famiglia, alla cultura - è falso ed illusorio se il diritto alla vita, il più basilare e più fondamentale diritto e la condizione per tutti gli altri diritti della persona, non è difeso con la determinazione massima."**

- **La chiamata a solidarietà con la madre**

Morti materne e lesioni da parto, come fistole ostetriche, sono fra le più grandi tragedie dei nostri tempi, specialmente perché sono prevenibili e curabili. Non ci sono tragicamente, comunque, il personale qualificato o gli ospedali necessari, specialmente per i poveri rurali. I problemi della salute materna e la necessità di provvedere al miglioramento della cura materna sono stati discussi molte volte fin dal 1987 alla Conferenza di Maternità Sicura a Nairobi, organizzata dall'ONU, che per la prima volta ha attirato l'attenzione su questa tragedia. La "chiamata ad azione" fu fatta di nuovo ponendo come quinto obiettivo di sviluppo del millennio dell' ONU (MDG), ridurre il rapporto di mortalità materna del 75% entro l'anno 2015. Più recentemente la salute materna fu posta di nuovo all'attenzione della comunità internazionale quando fu messa nell'ordine del giorno del summit G20 a giugno 2010.

- **Cura della salute come un Diritto umano**

Il preambolo della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani afferma che, "*Considerato* che il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali ed inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo." L'articolo 25 dichiara quanto segue:

**"Ognuno ha il diritto ad un standard di vita adeguato per la salute ed il benessere suo e della sua famiglia, incluso cibo, vestiario, casa e cura medica, servizi sociali necessari, ed il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, incapacità, vedovanza, vecchiaia o altra mancanza di sostentamento in circostanze oltre il suo controllo. La maternità e l'infanzia danno adito a cura speciale ed assistenza."**

Il consenso della comunità ostetrica è che la soluzione per ridurre mortalità materne e perinatali e le morbosità così come i parti di feto morto sta nell'offrire cura prenatale; addetti esperti a tutti i parti; e l'accessibilità alle cure dello specialista per le complicazioni pericolose. Ciò nonostante, guidate dall'ideologia, la maggior parte delle agenzie di aiuto alla salute internazionali continua ad insistere che la strategia principale per ridurre le morti materne in paesi in via di sviluppo dovrebbe essere la promozione del così detto aborto "sicuro" e del controllo delle nascite, nonostante nessun ragionamento o prova depongono a favore del sostegno comunitario di tali politiche. Mentre miliardi di dollari sono stati spesi su tali "programmi di salute riproduttiva", più è richiesto. Inoltre, solamente una piccola frazione dei miliardi spesi è assegnata alla fornitura di servizi ostetrici essenziali che assicurerebbero che le madri ed i loro bambini sopravvivano alla gravidanza ed al parto. Il primo Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), Dott. Halfdan Mahler, fece questo commento alla Conferenza di Maternità Sicura del 1987:

**"Noi ora sappiamo abbastanza per agire, ciò che potrebbe essere fatto; dovrebbe essere fatto; e nel nome della giustizia sociale e della solidarietà umana, deve essere fatto."**

Il senso comune detterebbe che la maggior parte delle madri, compreso quelle in Africa, non vogliono abortire i loro bambini, sapendo particolarmente che loro sono il futuro delle loro famiglie, comunità, e paesi. Certamente, nessuna madre si aspetta, o dovrebbe aspettarsi, di morire o soffrire di lesioni da parto come conseguenza della gravidanza. Diversamente dalle sorelle nelle nazioni sviluppate, le madri nei paesi in via di sviluppo, già emarginate dalla povertà, non hanno alcun potere o voce per superare la mancanza di cura adeguata e quelle che muoiono evidentemente non hanno voce - solamente la nostra. La

comunità mondiale è obbligata moralmente, perciò, a perorare la loro causa per la cura adeguata delle madri, cura delle madri che generalmente nel mondo ricco hanno e danno per scontata.

### **SUSSIDIARIETÀ**

**"Ma deve tuttavia restare saldo il principio importantissimo nella filosofia sociale: che siccome è illecito togliere agli individui ciò che essi possono compiere con le forze e l'industria propria per affidarlo alla comunità, così è ingiusto rimettere a una maggiore e più alta società quello che dalle minori e inferiori comunità si può fare. ... perché l'oggetto naturale di qualsiasi intervento della società stessa è quello di aiutare in maniera suppletiva le membra del corpo sociale, non già distruggerle e assorbirle."**

**(Papa Pius XI, Quadragesimo Anno, 80)**

La visione del mondo attuale del valore della maternità e la quantità di sofferenze che così molte madri sopportano costringe la comunità internazionale a rispondere nella stessa maniera senza precedenti che ha fatto quando la gravità della pandemia di Aids si manifestò nel 1981. Allo stesso modo l'approccio deve essere non solo accettabile per le comunità ma per gli individui. Deve essere anche innovativo, economico, e sostenibile.

- **Un modello di completa assistenza alla maternità rurale nei Paesi in via di sviluppo**

MaterCare International (MCI) ha sviluppato un modello di completa assistenza ostetrica per aree rurali che richiede servizi di salute materna più vicini alle comunità di villaggio. Il modello non riguarda solo le cause ostetriche di morte, ma prende in considerazione anche le circostanze che aumentano il rischio di morte per esempio mancanza di trasporti; la mancanza di comunicazione per cercare un aiuto professionale; cattive condizioni ambientali ad esempio una grave siccità; povertà di infrastrutture esempio strade, cliniche, ospedali; difficili circostanze sociali che portano alla decisione di far sì che le donne non possono cercare cure ospedaliere senza il permesso dell'uomo.

MCI lavora attraverso vescovi, in diocesi e parrocchie come Chiesa cattolica offre dal 30 al 40% delle cure sanitarie per le popolazioni rurali, particolarmente in Africa. MCI collabora con colleghi medici locali ed incoraggia le donne, e gruppi della comunità (anziani delle tribù ed assistenti alle nascite tradizionali) essere coinvolti. Il modello offre un approccio completo per l'erogazione di assistenza alla maternità. E' basato su una piccola unità ospedaliera di base (20 posti letto) che fornisce cure prenatali, il trattamento per comuni patologie come la malaria, l'HIV e grave anemia, l'immunizzazione contro il tetano, e specializzata nella gestione di complicazioni ostetriche ad alto rischio con parto cesareo e trasfusioni di sangue.

Alcuni di questi servizi essenziali, che di solito si trovano solamente in ospedali, sono resi più accessibili alla madre in cliniche rurali, gestite da ostetriche specializzate che offrono assistenza in tutta gravidanza per i casi normali e rinvio subito all'ospedale delle madri con complicazioni. L'ospedale e le cliniche sono collegati da radio o telefono cellulare per un trasporto di emergenza che può andare dalla madre con complicazioni in pericolo di vita. Il trasporto di emergenza è completamente attrezzato e provvisto di rianimazione per il trasferimento della madre in ospedale in modo sicuro e tempestivo. Case di maternità in attesa (manyattas tradizionali) vengono fornite all'interno dell'ospedale o della clinica luoghi in cui le madri con complicazioni o con gravidanza non complicata provenienti da aree remote, possono attendere per il parto, ma possono anche prendersi cura di se stesse o da un parente. I programmi di formazione di ostetricia ad alto rischio sono previsti per i medici e le ostetriche. E' prevista anche un'adeguata formazione per assistenti al parto tradizionali nei villaggi per riconoscere le gravide ad alto rischio ed inviarle all'ospedale o alla clinica. Fonti di energia alternative sono usate per scaldare acqua e l'acqua piovana è raccolta per il bucato e la pulizia. Solo farmaci essenziali sono somministrati. Il semplice trasporto (moto ambulanze)

è stato introdotto per l'uso tra cliniche e villaggi. . Infine, personale qualificato che insegna i metodi di regolazione naturale della fertilità sarà disponibile nell'unità di maternità.

Nulla qui suggerito è nuovo, molti degli interventi sono forniti individualmente. Ma quello che è innovativo è metterci tutti insieme per affrontare i diversi fattori che contribuiscono alla mortalità materna ed infantile. Il modello è stato sviluppato come un progetto dimostrativo in una diocesi in Nigeria nei primi anni del 1990 e successivamente affinato in una diocesi in Ghana nei primi anni del 2000. I risultati della sua introduzione hanno mostrato un aumento di invii di gestanti ad alto rischio all'ospedale da che, si può ragionevolmente dedurre che morti materne e lesioni da parto sono stati ridotti. Attualmente lo stesso modello è stato introdotto nel Vicariato Apostolico di Isiolo, in Kenya, un distretto rurale di grandi dimensioni con una popolazione nomade, con strade dissestate o inesistenti, e un' inesistente infrastruttura sanitaria.

Di importanza fondamentale per contrastare la cultura della morte deve essere l'evangelizzazione dei professionisti della salute, soprattutto ostetrici, ginecologi e ostetriche. La Chiesa ha fissato i limiti etici e morali nei quali possono agire, per esempio nel settore della regolazione della fertilità e dei trattamenti devono lavorare per promuovere la consapevolezza dei metodi naturali per aumentare la fertilità e la comprensione della inaccettabilità della mentalità contraccettiva e delle tecnologie riproduttive che manipolano nuova vita.

### **IL BENE COMUNE**

Il documento del Vaticano II *Gaudium et Spes* offre questa definizione del bene comune:

**"... l'insieme di quelle condizioni della vita sociale che permettono tanto ai gruppi quanto ai singoli membri di raggiungere la propria perfezione più pienamente e più speditamente - oggi vieppiù diventa universale, investendo diritti e doveri che riguardano l'intero genere umano.**

**Pertanto ogni gruppo deve tener conto dei bisogni e delle legittime aspirazioni degli altri gruppi, anzi del bene comune dell'intera famiglia umana" (n. 26)**

- **Il costo**

Durante gli ultimi due anni il mondo ha sperimentato una crisi economica pressappoco grande come la depressione degli anni venti. Anche se molti nei paesi ricchi hanno sofferto della perdita del lavoro e della pensione, la maggior parte è stata benedetta grandemente per vivere in paesi con risorse abbondanti e è stata protetta dalle conseguenze estreme della crisi. Tuttavia, nei paesi in sviluppo le donne ed i loro bambini, non ancora nati e nati, che hanno contribuito di meno alla crisi economica, sono stati i meno capaci di difendersi contro il suo impatto devastante di mancanza di principi fondamentali, cibo, acqua e assistenza sanitaria. La dichiarazione dell'ONU è che le necessità del mondo povero sia dato prioritario, ma molti dei paesi ricchi del G8 hanno rinnegato le loro promesse di aiuti, mentre la loro spesa collettiva militare è salita, raggiungendo un nuovo massimo di 1,4 miliardi di dollari nel 2008. Inoltre, hanno speso 8.700 miliardi di dollari sul salvataggio delle banche. Il risultato è stato che gli aiuti ai paesi in via di sviluppo sono stati riduzione fino al punto che i sistemi sanitari che erano già deboli sono sempre meno in grado di prendersi cura di loro più vulnerabili.

Degli otto MDG, l'ONU e la comunità sanitaria internazionale ammette che il quinto, che riguarda il miglioramento delle cure della salute materna, è il più trascurato. Un rapporto nel numero di luglio 2007 del *British Medical Journal* afferma che "Al ritmo attuale gli OSM quinto, non saranno soddisfatte per 275 anni, cioè nel 2282, e non nel 2015 come previsto. La responsabilità di questo fallimento ricade sui governi, la comunità internazionale, e gli operatori sanitari per la loro mancanza di compassione, di volontà politica, d'immaginazione, e per una congiura del silenzio. Inoltre, vi è stata una distrazione di risorse, la promozione

dell'aborto e del controllo delle nascite sotto l'egida di programmi per ridurre la mortalità materna. E' egregio di suggerire alle mamme africane che la loro vita e la salute sarà migliorata uccidendo i loro bambini. Le cause alla radice di tutta questa sofferenza non sarà risolto da più morte e disperazione. Si stima che per soddisfare gli MDG, devono essere spesi 35 dollari a testa per una serie di servizi sanitari essenziali. La spesa media attuale per la salute nei paesi in via di sviluppo è di circa 15 dollari pro capite. Per raggiungere questi obiettivi, i paesi più poveri del mondo devono trovare un extra di 40 -100 miliardi di dollari Usa. Tuttavia, queste somme diventano insignificanti se paragonati alla spesa da parte dei paesi ricchi per gli armamenti e il salvataggio delle banche. Il mondo non può continuare ad ignorare la condizione dei più poveri tra i poveri (madri e bambini). Tuttavia, le cose cambiarono nel 2010 quando il governo del Canada, che ha tenuto la presidenza dei paesi del G8 / G20 , ha annunciato che l'attenzione internazionale del finanziamento doveva essere sulla fornitura di cure materne senza aborto. Questa è una prima assoluta per qualsiasi governo del mondo ricco che non solo è pro-life, ma ha anche un triplice ritorno sugli investimenti, una diminuzione della mortalità materna e perinatale e dei nati morti. Il primo ministro canadese e il presidente della Tanzania da allora sono stati nominati co-presidenti della commissione di controllo delle Nazioni Unite per assicurare che i fondi promessi siano disponibili.

- **La Chiesa e la cura della salute materna ed il Problema per NGO d'ispirazione cattolica**

Nel corso degli ultimi 30 anni il mondo ha accettato che l'assistenza sanitaria materna dovrebbe essere basata sulla fornitura di servizi di salute riproduttiva (aborto e controllo delle nascite). D'altra parte, la Chiesa Cattolica Romana ha una lunga storia di offerta di assistenza alla maternità, che si basa sul principio della sacralità della vita. Tragicamente, tuttavia, la continuazione della Chiesa in quel ministero è ben lungi dall'essere assicurata sia per il dissenso interno e attacchi esterni da parte dei governi e di salute internazionale e le agenzie di popolazione.

Molti di questi ultimi in realtà considerano la dottrina della Chiesa come irrilevante proprio per la sua insistenza sulla dignità di ogni vita umana, della procreazione e della maternità e lavorano per avere le ONG di ispirazione cattolica rimosse del tutto dalla cura della salute materna. In pratica questo è stato raggiunto dalle agenzie di finanziamento pubbliche e private, che discriminano le ONG cattoliche e dalla legislazione, che elimina il diritto di medici e ostetriche di esercitare la professione secondo coscienza ed impedisce agli ospedali cattolici di fornire servizi basati su convinzioni di fede.

Le domande sono che effetto ha tutto questo sulle donne e madri? Dove otterranno pareri e trattamento per i loro bisogni di salute, che rispettano la loro fede e le convinzioni morali? Le donne saranno indebitamente influenzate da medici o infermieri che non capiscono o non si preoccupano delle convinzioni religiose? In altre parole, chi in futuro assicurerà concretamente il diritto alla vita dei nascituri, le credenze religiose delle madri e quelli dei loro curanti? Chi risponderà alla sfida del defunto Papa per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria per le madri ed i bambini, specialmente per i poveri? La Chiesa cattolica ha una lunga storia di offerta di cure della salute materna e ha stabilito che gli ospedali di maternità sono stati sviluppati i più belli del mondo. Questa tradizione non è più assicurata.

coscienze e restringendo ospedali cattolici dall'offrire servizi basò su credenze di fede.

- **Un "Piano Marshal" - un nuovo patto per le madri**

Il Piano Marshall è stato sviluppato nel 1947 per rispondere alla devastazione dell'Europa dopo la Seconda Guerra Mondiale e in risposta alla minaccia rappresentata dalla tirannia del comunismo sovietico alla civiltà occidentale. In questo mondo del 21 ° secolo, specialmente in gran parte dell'Africa, la salute materna è in uno stato disastroso. Famiglia tradizionale e matrimonio sono costantemente minacciati da una cultura di morte e come il Santo Padre ha commentato nella sua omelia durante la Messa di apertura del Sinodo del 2009 per l'Africa;

**“Non c'è assolutamente alcun dubbio che il cosiddetto "Primo Mondo" ha esportato fino ad oggi e continua ad esportare i suoi rifiuti tossici spirituali che contagiano le popolazioni di altri continenti, in particolare quelli dell'Africa. ”**

La maggior parte dei programmi sanitari legati alla Chiesa nei paesi africani non riceve alcun finanziamento pubblico, anche se essi forniscono circa il 40% dei posti letto, soprattutto nelle zone rurali. Quindi, c'è una pressione enorme sui paesi in via di sviluppo per accettare le politiche delle Nazioni Unite e dei paesi del G8 e gli aiuti delle agenzie e organizzazioni internazionali contro la vita. La Chiesa non ha scelta se non quella di protestare, ma ciò non è sufficiente.

Ci deve essere un' innovativa risposta proattiva e coraggiosa. Nonostante il fatto che alcuni possono pensare che a sviluppare una sorta di fondo di emergenza o di "piano Marshall" per le madri è irrealistico, le madri ed i loro bambini in tutto il mondo hanno tutto il diritto, un diritto basato sulla vita e sulla speranza, di avere le cure di cui hanno disperato bisogno . I contributi per coprire il costo di questa cura potrebbero provenire da quei Paesi, dalle fondazioni cattoliche, dalle agenzie missionarie, dalle organizzazioni di servizio fraterno, e da donatori singoli provenienti da tutto il mondo. Per impostare un piano del genere si richiederebbe una cooperazione senza precedenti tra le ONG di ispirazione cattolica, ma rispondere alla crisi terribile nella cura della salute materna fornisce in realtà la Chiesa un'occasione d'oro per dimostrare che ancora si preoccupa veramente nella pratica e che la Chiesa è ancora sensibile ai bisogni delle madri povere e che, anzi, continuerà a fornire lo stesso servizio eccellente e attento che ha sempre fornito. Nel corso della sua storia, in ogni crisi sanitaria, la Chiesa ha sempre risposto, sia essa la peste, il vaiolo o la lebbra, e così via. In tempi recenti, la comunità internazionale, la Chiesa e le sue agenzie si sono unite in una risposta senza precedenti alla pandemia dell'AIDS. Attualmente, poiché ancora non è stato fatto, è necessaria una risposta similmente urgente ai bisogni delle madri se il Mdg 5 deve essere rispettato. E 'una questione di giustizia.

- **CONCLUSIONE**

San Luca ci racconta l'incidente delle donne che alzarono la voce in mezzo alla folla e dissero a Gesù: «Beato il grembo che ti ha portato e il seno da cui hai preso il latte". In risposta Gesù disse: "Beati piuttosto coloro che ascoltano la parola e la osservano" (Lc 11. 27-28). La risposta di Gesù 'non era una disapprovazione di ciò che avevano detto le donne di sua madre, come ha capito più di chiunque altro che Maria, la madre è stata completa, che gli ha dato amore totale e incondizionato e condiviso intimamente nella sua vita e poi intimamente nella sua la morte. Gesù, tuttavia, lanciava un invito all'azione per la sua Chiesa, a seguire l'esempio di amore e di servizio di sua madre, che è tanto necessario in questi tempi difficili.

Dr R. L. Walley  
Professor Emeritus of Obstetrics and Gynaecology  
Executive Director, MaterCare International

Traduzione a cura del dr. Angelo Francesco Filardo