

## Un programa comunitario de salud en Tamil Nadu Rural, India: la necesidad de justicia de género para las mujeres

Mini Elizabeth Jacob,<sup>a</sup> Sulochana Abraham,<sup>a</sup> Fusila Surya,<sup>a</sup> Shantidani Minz,<sup>a</sup> Daisy Singh,<sup>a</sup> Vinod Joseph Abraham,<sup>a</sup> Jasmin Prasad,<sup>a</sup> Kurgan George,<sup>a</sup> Anju Kuruvilla,<sup>b</sup> KS Jacob<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Department of Community Health, Christian Medical College, Vellore, India. Correo electrónico: [jasminep@cmvellore.ac.in](mailto:jasminep@cmvellore.ac.in)

<sup>b</sup> Department of Psychiatry, Christian Medical College, Vellore, India

**Resumen:** En este artículo se destacan los esfuerzos del Programa de Salud y Desarrollo Comunitario (CHAD) del Christian Medical College por tratar los asuntos de discriminación basada en género y mejorar la condición de la mujer en Kaniyambadi Block, Vellore, Tamil Nadu, en la India. Los numerosos planes diseñados para las mujeres y los proyectos comunitarios, que también pueden beneficiar a las mujeres, representan un enfoque de múltiples niveles, cuyo objetivo es mejorar la salud, formación y empleo de las mujeres en el contexto del desarrollo comunitario. No obstante, pese a cinco décadas de trabajo centrado en las mujeres, las mejoras en la salud y su empoderamiento no se comparan con los logros de los hombres. Creemos que esto se debe a que la comunidad, muy parcializada con los hombres, utiliza los establecimientos de salud y los programas de formación y empleo más para beneficio de hombres y niños que de mujeres y niñas. En el presente artículo se argumenta a favor de un cambio de estrategia, en la cual los aspectos de género y de las mujeres son discutidos y debatidos abiertamente con la comunidad. Al parecer, solo un cambio social traerá mejoras para la salud de las mujeres y cierta apariencia de igualdad de los sexos en la región. © 2006 Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** programas e intervenciones de base comunitaria, desarrollo, salud de la mujer, posición de la mujer, India.

La posición sanitaria, educativa y laboral de las mujeres en la India ha mostrado avances significativos en muchos lugares del país. Persisten, sin embargo, muchos problemas. Se incluye, entre estos, la razón de sexos en descenso,<sup>1</sup> las inequidades de género aún vigentes relacionadas con la salud,<sup>2-4</sup> los bajos niveles de matrícula y asistencia a la escuela de las niñas, las tasas elevadas de abandono y el estatus educacional más bajo entre las mujeres,<sup>5</sup> los salarios desiguales para las mujeres por trabajos similares a los de los hombres,<sup>6</sup> mayor desempleo entre las mujeres y legislación laboral que favorece a los hombres,<sup>7</sup> problemas con los

esquemas de microcrédito y el fracaso de estos para empoderar económicamente a las mujeres,<sup>8</sup> la asociación entre género femenino, baja educación, pobreza y ansiedad y depresión,<sup>9</sup> y el abuso físico y psicológico de las mujeres.<sup>7,10-15</sup>

La estructura social de la sociedad india y la posición secundaria que ocupan las mujeres influye de manera significativa en cada uno de los aspectos de la salud.<sup>16</sup> Muy a menudo los objetivos de muchos programas para las mujeres son una amalgama de objetivos establecidos internacionalmente, algunos de los cuales son imposibles de alcanzar. El estatus de segunda clase de las mujeres en la sociedad india

perdura a pesar de los esfuerzos del gobierno y de las organizaciones no gubernamentales. Las perspectivas de las mujeres siguen estando ausentes, marginadas o ignoradas.

Muchos programas de salud comunitarios en el mundo en desarrollo pretenden abordar los temas del sesgo de género y la posición desigual de las mujeres,<sup>17</sup> con un énfasis en la salud, la educación y el empleo de las mujeres. A pesar de dichos esfuerzos, las mujeres afrontan la discriminación y la adversidad persistentes, especialmente en la India rural. Este artículo hace un repaso de la situación de las mujeres y los cambios ocurridos en la década pasada en Kaniyambadi Block, en el área rural de Tamil Nadu y del trabajo realizado para mejorar el estatus de las mujeres por el Programa Comunitario de Salud y Desarrollo (CHAD, por sus siglas en inglés), conducido por el Departamento de Salud Comunitaria, Christian Medical College, Vellore.

### **El trabajo del Programa Comunitario de Salud y Desarrollo**

El Departamento de Salud Comunitaria, Christian Medical College, Vellore, India, ha venido trabajando en Kaniyambadi Block durante los últimos 50 años.<sup>18,19</sup> Esta región es un área definida geográficamente de 127.4 km<sup>2</sup> con una población de 108,873 habitantes (en 1999). El programa comunitario de salud opera en las 85 aldeas del área. La mayor parte de la población pertenece al hinduismo. El lenguaje es el tamil. Una proporción significativa de la población corresponde a los estratos socioeconómicos más bajos. La agricultura y la ganadería son las ocupaciones principales.

El Programa Comunitario de Salud y Desarrollo (CHAD) está administrado por el Departamento. Tiene cuatro componentes principales: atención de la salud, ganadería y agricultura, educación adulta y no formal, y desarrollo comunitario. Los trabajadores de primera línea del programa de salud del CHAD son trabajadoras de salud comunitarias, que son parteras tradicionales que viven en la aldea y que han sido capacitadas por el programa. La trabajadora de salud comunitaria tiene como soporte al equipo de salud de la comunidad (compuesto por un médico, una enfermera, un trabajador de extensión comunitaria y un asistente

de salud], que visitan cada aldea una vez cada dos semanas. Los casos que requieren mayores insumos médicos son derivados al hospital de base.

La vigilancia del sistema ha sido descrita en otro documento.<sup>20</sup> Consiste en un sistema de monitoreo de cuatro niveles. Se ha dividido el Block en regiones con personal específico a cargo de la atención de la salud en cada región. El sistema involucra al trabajador/a de salud comunitario, el asistente de salud, la enfermera comunitaria y el médico. Cada semana la trabajadora de salud comunitaria hace un informe al asistente de salud acerca de los embarazos, partos, nacimientos, muertes, morbilidad, matrimonios, inmunización y parejas aptas para la anticoncepción en la aldea. La enfermera, y seguidamente el doctor, verifican esta información. También se acopia datos sobre la inmigración y la emigración del Block. Se computariza los datos obtenidos a través de este sistema de vigilancia, y los gestores del programa retroalimentan con esta información al equipo de salud cada mes.

### **Programas encaminados a beneficiar a las mujeres**

El programa CHAD ha procurado hacer una contribución significativa al avance de la salud de las mujeres en la región, enfatizando en cuidado durante el embarazo y el parto, la anticoncepción, la educación de las niñas, el empleo y el empoderamiento de las mujeres. El Cuadro 1 presenta un listado de los proyectos del CHAD específicamente dirigidos a las mujeres así como los esquemas generales de los cuales las mujeres también se benefician. En conjunto, estos proyectos representan un abordaje múltiple del empoderamiento de las mujeres y de la mejora de su posición sanitaria, educacional, y laboral en el contexto del desarrollo comunitario. En reconocimiento al trabajo realizado por el programa, la Organización Mundial de la Salud otorgó al Departamento el Premio de Atención Primaria de la Salud del Cincuentenario de la OMS en 1999.

### **Indicadores de salud de mujeres y niñas**

En los años setenta y ochenta, muchos programas de salud comunitaria como el nuestro cambiaron el énfasis en las intervenciones de salud puras y pasaron a incluir el desarrollo. El argumento era

**Cuadro 1. Programas generales y proyectos específicamente para mujeres en Kaniyambadi Block**

Programas específicamente para mujeres	Programas generales que también benefician a las mujeres
<p><b>Programas de salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación y empleo de parteras tradicionales.</li> <li>• Capacitación y empleo de asistentes de salud comunitarios para la supervisión de los trabajadores comunitarios de salud.</li> <li>• Programa de cuidados prenatales con cobertura del 99% de las mujeres embarazadas en el Block con clínica prenatal semanal en el hospital de base y cada dos semanas en cada aldea.</li> <li>• Clínica de alto riesgo semanal en el hospital de base.</li> <li>• Partos conducidos por personal calificado para aproximadamente el 92% de las mujeres en el Block.</li> <li>• Reconocimiento y tratamiento de las mujeres embarazadas y de los neonatos con infección por VIH.</li> <li>• Reentrenamiento de mujeres con VIH/SIDA, empleo en sastrerías, establecimiento de pequeñas empresas.</li> <li>• Programa de esterilización para mujeres.</li> <li>• Servicios clínicos para infecciones del tracto reproductivo y de transmisión sexual.</li> </ul>	<p><b>Programas de salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica de morbilidad general diaria en el hospital base.</li> <li>• Clínica de morbilidad general en cada aldea cada dos semanas.</li> <li>• Clínicas semanales para personas con tuberculosis y con enfermedad coronaria reumática.</li> <li>• Consejería en sexo, anticoncepción y matrimonio para todas las parejas recién casadas en el Block.</li> <li>• Centro de consejería familiar. Monitoreo mensual del crecimiento y nutrición del niño.</li> <li>• Referencia de la atención primaria a la secundaria para intervención especializada.</li> <li>• Clínica semanal de inmunización para menores de un año.</li> <li>• Centro de consejería voluntaria y de administración de pruebas y clínica semanal para VIH/SIDA.</li> <li>• Educación sanitaria en las escuelas incluyendo programas de educación sexual para estudiantes de escuela secundaria.</li> <li>• Programa masivo de educación sanitaria empleando danzas folclóricas y drama.</li> </ul>
<p><b>Programa económico y de empleo para las mujeres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SHARE (Asociación de Autoayuda para la Educación y el Empleo Rurales, SHARE por sus siglas en inglés) con 21 centros de artesanías con 150 grupos de autoayuda con la participación de 760 mujeres.</li> <li>• Unidad de sastrería y bordados para mujeres.</li> <li>• Unidad de soldadura para mujeres.</li> <li>• Unidad de confección de toallas sanitarias para mujeres.</li> <li>• Unidad de mujeres albañiles, unidad para la fabricación de ladrillos huecos.</li> <li>• Unidad de papel hecho a mano para mujeres.</li> <li>• Proyecto de asistentes de salud del hogar para capacitar a mujeres en la atención y cuidados de las personas mayores.</li> <li>• Programa Balwadi de cuidado diurnos para niños menores de cinco para ayudar a las madres a retornar al trabajo.</li> <li>• Programa de concienciación y capacitación en liderazgo para mujeres.</li> <li>• Proyecto de crianza de terneros y ovejas para trabajadoras comunitarias de salud.</li> </ul>	<p><b>Programas económicos y de empleo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto de vivienda para personas de bajos ingresos.</li> <li>• Almacén agrícola para agricultores pequeños y marginales.</li> <li>• Unidad de fabricación de velas.</li> <li>• Proyecto de manejo de desperdicios sólidos.</li> <li>• Proyecto de cabinas telefónicas para personas con discapacidades físicas.</li> <li>• Proyecto de letrinas de bajo costo.</li> <li>• Proyecto de automóviles y transporte.</li> <li>• Proyecto de crianza de terneros y ovejas para personas con lepra.</li> </ul>

que el desarrollo tiene como resultado mayores mejoras en la salud que las intervenciones médicas directas aisladas. Este argumento también se aplicó a los asuntos de las mujeres, y la educación y el empleo de las mujeres se convirtieron en características centrales de las actividades comunitarias de salud y

de desarrollo. No obstante, a pesar de las dos décadas de esfuerzos focalizados en la salud, la educación y el empleo de las mujeres, los indicadores de salud de las mujeres dejan mucho que desear.

A pesar de todo el trabajo del CHAD y del claro sesgo a favor de las mujeres en sus programas, la

**Tabla 2. Indicadores de salud para los años 1993 y 2003 en Kaniyambadi Block.**

	Total 1993	Total 2003	Total 1993	Total 2003	Total 1993	Total 2003
Tasa de mortalidad materna	170 muertes por 100,000 nacidos vivos	120 muertes por 100,000 nacidos vivos				
Estado de la inmunización: recibieron todas las dosis a los 12-23 meses	96%	98%	98%	100%	94%	96%
Tasa de natimueertos						
Tasa de mortalidad perinatal						
Tasa de mortalidad infantil (0-1 año)						
Tasa de mortalidad de menores de 5						

realidad no ha cambiado sustantivamente en el terreno. El Cuadro 2 presenta el listado de algunos indicadores de salud de Kaniyambadi Block correspondientes a los años 1993 a 2003. Las cifras muestran alguna reducción en las muertes maternas y un avance en la mayoría de los indicadores relacionados con la salud infantil. Sin embargo, los datos de los infantes exhiben avances mucho mayores a través de la década para los infantes varones por encima de las mujeres. La diferencia en el cambio experimentado en la década en la tasa de natimueertos ( $\chi^2=6.0$ ;  $df=1$ ;  $p<0.02$ ), de mortalidad infantil ( $\chi^2=7.0$ ;  $df=1$ ;  $p<0.01$ ) y de mortalidad de menores de 5 años ( $\chi^2=4.2$ ;  $df=1$ ;  $p<0.04$ ) entre niños y niñas fue estadísticamente significativa, siendo mucho menor la mejora en estas tasas para las mujeres.

Se sigue percibiendo a las niñas como una carga. Los trabajadores de salud, las enfermeras y los médicos que laboran en el programa están muy conscientes del hecho de que se trae a las niñas al hospital en etapas más avanzadas de la enfermedad que en el caso de los niños. Las evidencias en la región también sugieren la existencia de tasas elevadas de infecciones del tracto reproductivo en mujeres jóvenes casadas junto con bajas tasas de procura de tratamiento, y postulan que la omisión en la búsqueda de tratamiento está asociada al estatus social bajo de las mujeres.<sup>21</sup>

El nacimiento de una niña y el no concebir un niño son factores de riesgo significativos en la depresión posparto en la región.<sup>22</sup> No son extraños

los reportes de casos de intentos de suicidios inmediatamente después del nacimiento de niñas. Hay una tasa muy elevada de suicidios, de 148 por 100,000, en mujeres de 10 a 19 años<sup>23</sup>, comparada con 55 por 100,000 para los jóvenes del mismo grupo etario y con el promedio de 95 por 100,000 para la población general en la región.<sup>24,25</sup>

Se han documentado informes de caso de agresiones físicas y sexuales de niñas y mujeres de la región en los registros de los hospitales de base del programa y en estudios locales.<sup>26</sup> Un estudio realizado entre todas las mujeres de dos sectores seleccionados al azar de la aldea del Block reveló que el 42.4% (81/191) de las mujeres habían sufrido alguna forma de violencia física, mental, socioeconómica o sexual de sus parejas masculinas, en tanto la violencia contra la mujer perpetrada por mujeres no era sino de 5.4%. La encuesta también reveló que la agresión física (93.8%) y el lenguaje abusivo (92.5%) eran las formas más comunes de violencia, si bien un número significativo de mujeres (41.9%) admitió haber sido objeto de abuso sexual. La violencia estaba significativamente asociada con la baja educación y el matrimonio antes de los 18 años en las mujeres, con mujeres que no trabajaban fuera del hogar y con aquellas en familias extendidas, y con mujeres cuyos esposos abusaban del consumo de alcohol. Las entrevistas en profundidad con estas mujeres revelaron que, a menudo, ellas se culpaban a sí mismas de la violencia. La data del hospital de base también sugiere que si bien la comunidad

utiliza el hospital para el tratamiento de las mujeres luego del maltrato físico, dicho establecimiento se niega a examinar o a afrontar el tema mismo de la violencia contra las mujeres.

### **Indicadores de la posición social de las mujeres**

El trabajo de las mujeres también está socialmente devaluado. Las mujeres soportan la carga de la realización de las tareas del hogar; de acopiar leña, de acarrear el agua de las fuentes de la aldea y de encargarse de los hijos. Sin embargo, ese trabajo se da por descontado. Otro ejemplo de la discriminación de género es la desigual paga por trabajos similares entre hombres y mujeres. Los estudios cualitativos del CHAD sobre conducta y práctica sexual en el área han hallado que los empleadores frecuentemente exigen sexo a las mujeres viudas o separadas de sus esposos.<sup>27</sup> Aunque no hay data cuantitativa disponible que registre los cambios en el tiempo, no hay razones para sospechar que se haya dado una reducción en los niveles de abuso sexual en la región. Se pasa por encima los temas vinculados a la dote y a los derechos de herencia, y la discriminación contra la mujer en el campo de la propiedad y la riqueza perdura.

Las mujeres que no pudieron concebir dentro de los primeros dos años de matrimonio visitan el hospital de base para tener el tratamiento. Ellas informan que se las suele culpar a ellas por la esterilidad y el no tener hijos, y que sus esposos a menudo se resisten a someterse a las pruebas necesarias para establecer la causa de la infertilidad en la pareja.

Rara vez existe para las mujeres la autonomía en la toma de decisiones; a tal punto que incluso las decisiones relativas a las opciones reproductivas y anticonceptivas no están bajo su control; suelen imponérseles las decisiones acerca de si usarán la anticoncepción o no, especialmente en las situaciones en las que no hay un hijo varón. Una encuesta sobre el espaciamiento de los hijos realizada en el área reveló que la mayoría de las mujeres tenían un intervalo de dos años entre los hijos. Sin embargo, menos del 2% de las parejas casadas usan métodos temporales de anticoncepción. Más bien, muchas mujeres (28%) habían tenido abortos inducidos para lograr el espaciamiento.<sup>28</sup> Estos

abortos eran a menudo practicados por personal no calificado, con un riesgo elevado de infección y, en algunos casos, de muerte.

Los esfuerzos del gobierno por crear espacios para la voz política de las mujeres, reservando un tercio de los puestos en el *panchayat* (consejo de aldea) también han sido desbaratados. Los parientes varones de las mujeres elegidas controlan, a través de ellas, el funcionamiento cotidiano de los cuerpos locales.

Estos ejemplos sugieren, claramente, que la comunidad local ha empleado las facilidades y programas ofrecidos por el CHAD para sacar adelante su agenda de orientación masculina dominante. Ha utilizado la atención de salud, la educación y el empleo ofrecidos más para sus hombres y niños que para sus mujeres y niñas.

### **Uso de la tecnología sanitaria contra las mujeres en todo el país**

Un estudio reciente analizó la data obtenida por la Encuesta Especial de Fecundidad y Mortalidad levantada en 1998<sup>29</sup> Se preguntó a las mujeres alguna vez casadas en 1.1 millón de hogares en 6,672 unidades representativas del nivel nacional acerca de su historia de fecundidad y de los hijos nacidos en 1997. Para los 133,738 nacimientos estudiados correspondientes al año 1997, la razón de sexos ajustada, para el segundo nacimiento cuando la criatura anterior era una niña, fue de 759 por 1000 varones (99% CI 731-787). La razón de sexos ajustada para el tercer nacimiento fue de 719 (675-762) si las dos criaturas previas habían sido mujeres. Por contraste, las razones de sexo ajustadas para el segundo o tercer nacimientos si una o ambas criaturas previas habían sido niños eran de 1102 y 1176, respectivamente. Las madres con un grado educativo de 10 o superior, tenían razones de sexo ajustadas significativamente inferiores (683, 610-756) que las madres analfabetas (869, 820-917). El estudio concluyó que la determinación prenatal del sexo, seguida por el aborto de fetos femeninos es la explicación más plausible de la baja razón de sexo al nacer en la India. Las mujeres con mayores probabilidades de practicar el aborto selectivo por sexo eran las que ya habían tenido una o dos niñas. Otros estudios han reportado una relación inversa entre el número de máquinas ultrasónicas en un área

y el descenso en la razón de sexo masculino-femenino.<sup>1</sup> En este caso la educación femenina parece no haber actuado en beneficio de las mujeres sino que, por el contrario, ha contribuido al uso de la tecnología médica para, en realidad, perjudicar la posición de las mujeres en la sociedad india.

### **Iniciativas del gobierno**

El gobierno de Tamil Nadu también ha introducido recientemente muchas iniciativas para combatir la inequidad de género, las que incluyen el aumento de la ayuda financiera y del crédito para que las mujeres tribales y de castas inferiores compren tierra, y un esquema de microcréditos para los grupos de autoayuda de las mujeres.<sup>31</sup> El gobierno también ofrece bicicletas a las niñas de castas inferiores y de origen tribal que deseen proseguir su educación en los grados decimoprimer y decimosegundo. También ha establecido una fuerza policial integrada únicamente por mujeres y estaciones de policía y cortes judiciales para manejar los asuntos enfrentados por las mujeres.<sup>31</sup> Aunque es demasiado temprano para evaluar el impacto a largo plazo de estos esquemas, su influencia ya está siendo evidente en el sector educación, con un incremento en la matrícula de las niñas en los niveles escolares superiores.

También es necesario revisar la legislación relativa a la familia, el matrimonio, la propiedad y los derechos de sucesión,<sup>32,33</sup> así como las políticas para obligar al cumplimiento de salarios y condiciones iguales para trabajos similares. También se precisa aumentar la representación e involucramiento de las mujeres en la formulación de las políticas y en la política. Es crucial incorporar a las industrias locales y al gobierno local en estos esfuerzos.

En la India, muchas personas parecen considerar la violencia contra las mujeres dentro del hogar

como una norma social aceptada. Para detener la violencia doméstica se requiere una respuesta comunitaria coordinada en la que los proveedores de atención de la salud, el sistema de justicia criminal y los servicios sociales unan fuerzas.

Si bien muchas de estas reformas son necesarias, pueden no ser suficientes para producir el cambio social masivo que se requiere. Hay una necesidad definitiva de comprometer a las comunidades y a la población, como totalidad, en el debate para desafiar los estereotipos tradicionales y las normas sociales aceptadas.

### **Conclusión**

Los esfuerzos por lograr la equidad de género con el incremento de oportunidades para mejorar la salud, la educación y el empleo de las mujeres han derivado en la continuidad de resultados cada vez más pobres para las mujeres en términos de indicadores de salud y sociales. Mientras que ha habido muchos avances, la mejora no es significativa si se la compara con lo logrado para los niños y los hombres. La razón principal de ello, creemos, es que la comunidad utiliza los programas disponibles más para el beneficio de los hombres y de los niños que para el de las mujeres y las niñas. Hay una necesidad de justicia de género *agresiva* para que las mujeres en la India alcancen igual salud y posición social en el futuro previsible. Los programas para lograr la equidad de género no deberían focalizar la atención únicamente en la provisión de oportunidades iguales o mayores para las mujeres. Deberían concentrarse en el logro de la igualdad en los resultados de género, dentro de un marco temporal razonable. Para alcanzar esto, debe examinarse todos los planes y proyectos de los programas comunitarios a través de un lente de género.

**Traducción:** Sandra Vallenás



MARK HENLEY / PANOS PICTURES

Mujeres *intocables* que han tomado control sobre la cantera de granito en la que trabajaban por menos de un dólar por día. Tamil Nadu, India.

## Referencias

1. Bardia A, Paul E, Kapoor SK, et al. Declining sex ratio: role of society, technology and government regulation in Faridabad district, Haryana. *National Medical Journal of India* 2004; 17:207-11.
2. Pande RP, Yazbeck AS. What's in a country average? Wealth, gender, and regional inequalities in immunization in India. *Social Science & Medicine* 2003;57: 2075-88.
3. Pandey A, Sengupta PG, Mondal SK, Gupta DN, Manna B, Ghosh D, Sur D, Bhattacharya SK. Gender differences in healthcare-seeking during common illnesses in a rural community of West Bengal, India. *Journal of Health Population and Nutrition* 2002; 20:306-11.
4. Cowan B. Let her die. *Indian Journal of Maternal and Child Health* 1990;1:127-8.
5. Ananthkrishnan S, Nalini P. Social status of the rural girl child in Tamil Nadu. *Indian Journal of Pediatrics* 2002;69:579-83. 6.
6. Rajamma G. Empowerment through income-generating projects. *Focus on Gender* 1993;3:53-5.
7. United Nations Development Program. Moving from policy to practice: A gender mainstreaming strategy for UNDP India. <http://www.undp.org/gender/resources/India>.
8. Mayoux L. Women's empowerment and micro-finance programmes: strategies for increasing impact. *Development in Practice* 1998;8:235-41.
9. Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine* 1999;49:1461-71.
10. Jejeebhoy SJ. Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India. *Studies in Family Planning* 1998;29:300-8.
11. Peedicayil A, Sadowski LS, Jeyaseelan L, Shankar V, Jain D, Suresh S, Bangdiwala SI,

- IndiaSAFE Group. Spousal physical violence against women during pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 111:682-7.
12. Ramiro L, Hassan F, Peedicayil A. Risk markers of severe psychological violence against women: a WorldSAFE multicountry study. *Injury Control and Safety Promotion* 2004;11:131-7.
  13. Go VF, Sethulakshmi CJ, Bentley ME, Sivaram S, Srikrishnan AK, Solomon S, Celentano DD. When HIV-prevention messages and gender norms clash: the impact of domestic violence on women's HIV risk in slums of Chennai, India. *AIDS and Behavior* 2003;7:263-72.
  14. Abha, Geetanjali, Radha, Ratna. Nyay karo ya jail bharo - Sathins of Rajasthan demand justice. *Manushi* 1992;72:18-20.
  15. Roy P. Sanctioned violence: development and the persecution of women as witches in south Bihar. *Development in Practice* 1998;8:136-47.
  16. Desai M. Empowering the family for girl child development. *Social Change* 1995;25:38-43.
  17. Sharma M, Bhatia G. The voluntary community health movement in India: a strengths, weaknesses, opportunities, and threats (SWOT) analysis. *Journal of Community Health* 1996;21: 453-64.
  18. Patterson J. *There rest thy feet: The CHAD Experience*. Vellore: Community Health Department, Christian Medical College, 1990.
  19. Patterson J. *Signs of the times*. Vellore: Community Health Department, Christian Medical College, 2005.
  20. Joseph A, Joseph KS, Kamaraj K. Use of computers in primary health care. *International Journal of Health Sciences* 1991;2:93-101.
  21. Prasad JH, Abraham S, Kurz KM, et al. Reproductive tract infections among young married women in Tamil Nadu, India. *International Family Planning Perspectives* 2005;31:73-82.
  22. Chandran M, Tharyan P, Muliylil J, et al. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and risk factors. *British Journal of Psychiatry* 2002;181:499-504.
  23. Aaron R, Joseph A, Abraham S, et al. Suicides in young people in rural southern India. *Lancet* 2004;363: 1117-18.
  24. Joseph A, Abraham S, Muliylil JP, et al. Suicide rates in rural India using verbal autopsies, 1994-9. *BMJ* 2003; 326:1121-22.
  25. Prasad J, Abraham VJ, Minz S, ME Jacob et al / *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):101-108 et al. Rates and factors associated with suicide in Kaniyambadi Block, Tamil Nadu, South India, 2000-02. *International Journal of Social Psychiatry* 2006;52:65-71.
  26. Ghosh P, Jehangir S, AbrahamVJ, et al. Violence against women in Kaniyambadi Block, Tamil Nadu: quantitative and qualitative studies. (Unpublished data)
  27. John R, Prasad J, Abraham S, et al. Sexual behaviour and symptoms of reproductive tract infection among adolescents: qualitative and quantitative studies in rural South India. *Indian Journal of Public Health* 2006 (in press).
  28. Varkey P, Balakrishna PP, Prasad JH, et al. The reality of unsafe abortion in a rural community in South India. *Reproductive Health Matters* 2000;8:83-91.
  29. Jha P, Kumar R, Vasa P, et al. Low male-to-female sex ratio of children born in India: national survey of 1.1 million households. *Lancet* 2006;367:211-18.
  30. Sandler J. UNIFEM's Experiences in Mainstreaming for Gender Equality. At: [http://www.unifem.org/index.php?f\\_page\\_pid=188N](http://www.unifem.org/index.php?f_page_pid=188N).
  31. Government of Tamil Nadu. Social Welfare and Nutritious Meal Programme Department, Policy Note - 2005Q2006, Development of Women. At: [http://www.tn.gov.in/policynotes/social\\_welfare\\_4.htmN](http://www.tn.gov.in/policynotes/social_welfare_4.htmN).
  32. Parashar A. Family law as a means of ensuring gender justice for Indian women. *Indian Journal of Gender Studies* 1997;4:199-29.
  33. Reddy V. A blow to gender equality. Supreme Court judgement on Manushi's case on women's land rights. *Manushi* 1999;24-5.