

Notas

Introducción

1. Los derechos reconocidos en instrumentos internacionales de derechos humanos, llevan implícito un conjunto básico de derechos de procreación, incluidos los derechos a la salud sexual y de la reproducción, reconocidos en la CIPD y en otras conferencias internacionales. En el capítulo 1, párrafo 96 de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer se afirma: "Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia" (Naciones Unidas. 1996. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; Beijing, China, 4-15 de septiembre de 1995 (DPI/1766/Wom). Nueva York: Departamento de Información Pública, Naciones Unidas. En este informe se utiliza la expresión "derechos sexuales y de procreación", de modo de abarcar esos conceptos).
2. Naciones Unidas. 1995. Población y Desarrollo, volumen 1: Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (No. de venta S.95.XIII.7), capítulo 2, principio 1, pág. 10. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.

Capítulo 1

1. Esta sección se basa en gran medida en los análisis de Rebecca Cook y sus colegas. Véase: Cook, Rebecca J., y Mahmoud F. Fathalla. 1996. "Advancing Reproductive Rights Beyond Cairo and Beijing". *Studies in Family Planning* 22(3): págs. 115 a 121. Nueva York: Population Council.
2. Naciones Unidas. Carta de las Naciones Unidas, suscrita el 26 de junio de 1945, Artículo 1. Estas secciones y muchos otros instrumentos pertinentes figuran en *The United Nations and the Advancement of Women 1945-1996*: Serie de Libros Azules de las Naciones Unidas, volumen 6 (No. de venta E.96.I.9), Naciones Unidas. 1996a. Nueva York: Departamento de Información Pública, Naciones Unidas.
3. Naciones Unidas. La Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada por la Asamblea General en su resolución 217A (III) de 10 de diciembre de 1948, "Preámbulo, en: Naciones Unidas, 1996a, documento 14 (véase la nota 2).
4. Naciones Unidas. 1967. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Resolución 2200 (XXXI) de la Asamblea General, vigésimo primer período de sesiones, Suplemento No. 16 (A/6316). Esos Pactos entraron en vigor el 3 de enero y el 23 de marzo de 1976, respectivamente.
5. Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales. 4 de noviembre de 1950. (*European Treaty Series No. 5, 213; U.N.T.S. 221*), entrada en vigor, 3 de septiembre de 1953; y Carta Social Europea (529 U.N.T.S. 89). 18 de octubre de 1961; entrada en vigor, 26 de febrero de 1965).
6. Oficialmente: Organización de los Estados Americanos, 1970. Convención Americana sobre Derechos Humanos, O.E.A. *Treaty Series No. 36* (Rec. OEA/Ser/L/V/II.23, documento 21, rev. 6, 9 I.L.M. 673); entrada en vigor, 18 de julio de 1978.
7. Oficialmente: Organización de la Unidad Africana. 1982. *The African Charter on Human and People's Rights* (CAB/LEG/67/3 rev. 5, reimpresso en 21.I.L.M. 58); entrada en vigor, 21 de octubre de 1986.
8. Oficialmente: Naciones Unidas. 1980. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: resolución 34/180 de la Asamblea General, trigésimo cuarto período de sesiones, Suplemento No. 46 (A/34/46, reimpresso en I.L.M. 33); entrada en vigor, 3 de septiembre de 1981.
9. El concepto de género se refiere a los papeles resultantes de una construcción social y adscritos a los hombres y las mujeres. Esos papeles, si bien se basan en diferencias biológicas, son papeles aprendidos; cambian a lo largo del tiempo y varían ampliamente dentro de una misma cultura y entre distintas culturas. Por consiguiente, las cuestiones de género se relacionan con las diferencias en lo que hacen los hombres y las mujeres y con las maneras en que sus papeles, socialmente definidos, los benefician o los perjudican. Las cuestiones de género también se relacionan con el acceso a los recursos y la autonomía y el control resultantes de derechos específicos, funciones, relaciones de poder, responsabilidades y expectativas asignados a las mujeres y los hombres. Fuente: adaptado del Taller Temático del FNUAP sobre Género, Población y Desarrollo, *Population Council*, Nueva York, 30 de septiembre a 3 de octubre de 1996.
10. Naciones Unidas. 1989. Convención sobre los Derechos del Niño; resolución 25(XLIV) de la Asamblea General, cuadragésimo cuarto período de sesiones, Suplemento No. 49 (A/RES/44/25, reimpresso en 28 I.L.M. 1448); apertura a la firma, 26 de enero de 1990.
11. En febrero de 1997, sólo cuatro de los 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas no habían ratificado la Convención.
12. Este planteo fue efectuado elocuentemente por el Sr. Stephen Lewis, Director Ejecutivo Adjunto del UNICEF, en el Segundo Seminario Internacional sobre Salud y Derechos Humanos, *François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard University, School of Public Health*, 4 a 7 de octubre de 1996. El Centro *François-Xavier Bagnoud* y esa serie de seminarios están contribuyendo a promover la formulación de estudios sobre políticas y aplicaciones prácticas en la intersección de las cuestiones de salud pública y de derechos humanos. Las ponencias presentadas en el Segundo Seminario Internacional aparecerán en el periódico *Health and Human Rights*.
13. Otros órganos de vigilancia de tratados son: el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (que presenta informes al Consejo Económico y Social); el Comité de los Derechos del Niño; el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer; y el Comité contra la Tortura.
14. Véase en especial: Naciones Unidas 1996b. Recomendaciones generales 12, 19 y 21 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), que figuran en: Naciones Unidas. 1996c. *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies: Note by the Secretariat*: 29 de marzo de 1996 (*Human Rights Instruments, HRI/GEN/1/Rev. 2*). Nueva York: Naciones Unidas.
15. Los derechos de procreación fueron considerados en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en 1968, en la Conferencia Mundial de Población en 1974, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud en 1978, en la Conferencia Internacional sobre Población en 1984, en la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz, celebrada en Nairobi en 1985, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994, en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social celebrada en 1995, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en 1995 y en Segunda Conferencia de las

- Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos celebrada en 1996, así como en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación celebrada en 1996.
16. Naciones Unidas. 1993. Declaración del Programa de Acción de Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos (A/CONF.157/24). Nueva York: Naciones Unidas.
 17. *Ibidem*, parte II, secciones 38 y 40.
 18. El Programa de Acción de la CIPD estipula que las acciones de implementación se orientarán, entre otros principios, por el siguiente: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Toda persona tiene los derechos y las libertades proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal". Véase: Naciones Unidas. 1995. Población y Desarrollo, Volumen 1: Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (No. de venta S.95.XIII.7), capítulo 2, Principio 1, pág. 10. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
 19. *Ibidem*, Principio 3, pág. 10.
 20. *Ibidem*, Principio 4, pág. 10.
 21. Naciones Unidas. 1996d. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; Beijing, China, 4 a 15 de septiembre de 1995 (DPI/1766/Wom). Nueva York: Departamento de Información Pública, Naciones Unidas.
 22. *Ibidem*, Párrafo 232 (f).
 23. El elemento básico de estos análisis es la fundamental labor de Rebecca J. Cook (véase especialmente: "*Human Rights and Reproductive Self-Determination*"), discurso de presentación en la Conferencia sobre la Protección Internacional de los Derechos de Procreación. 1995. En *The American University Law Review* 44[4]: págs. 975 a 1016). La Sra. Cook y sus colegas de una amplia red internacional de activistas en materia de derechos humanos y salud de la reproducción han proporcionado conceptos de valor inapreciable en sus escritos, sus presentaciones en conferencias y, algunas veces, en conversaciones personales. Las limitaciones de espacio no permiten reproducir plenamente en este informe el notable trabajo de este grupo cada vez más importante, ni el de muchas personas que no se citan en otras partes de este informe. Sin intención de relegar a otros que omitimos en la enumeración, debemos mencionar especialmente la labor de Sajeda Amin, Chaloka Beyani, Reed Boland, Sandra Coliver, Rhonda Copelon, Sonia Corréa, Lynn Freedman, Sofia Gruskin, Sara Hossain, Deborah Maine, Jonathan Mann, Rosalind Petchevsky, Rachel N. Pine, María Isabel Plata, Anika Rahman, Donna Sullivan y Katrina Tomaševski.
 24. Véase en particular: Organización Mundial de la Salud. 1993. *Human Rights in Relation to Women's Health: The Promotion and Protection of Women's Health through International Human Rights Law*. Documento preparado por Rebecca J. Cook en el contexto de la Comisión Mundial sobre Salud de la Mujer, para la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; y Cook, Rebecca J. 1994. *Women's Health and Human Rights*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
 25. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). 1996. *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. Londres: *International Planned Parenthood Federation*.
 26. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 3; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 6; Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 6.
 27. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, artículos 11(1)(f), 12 y 14(2) (b).
 28. Federación Internacional de Planificación de la Familia. 1996 (véase la nota 25).
 29. Austria, Francia, Italia, el Canadá y los Países Bajos se han expedido acerca de la aplicabilidad de este principio en caso de aborto. Mencionado en Cook y Fathalla 1996 (véase la nota 1).
 30. Naciones Unidas 1996d, párrafo 135 (véase la nota 21).
 31. Naciones Unidas 1995, párrafo 4.10, pág. 19 (véase la nota 18).
 32. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 16; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 23; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 10; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, artículo 16; Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 8 y 9.
 33. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 12; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 17; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 10; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, artículo 16; Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 16.
 34. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 27(2); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 15(1)(b) y (3).
 35. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 19; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 19; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, artículos 10(e), 14(b) y 16(e); Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 12, 13 y 17.
 36. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 26; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículos 13 y 14; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, artículos 10 y 14(d); Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 28 y 29.
 37. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículos 1, 2 y 6; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 2(1) y 3; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículos 2(2) y 3; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, artículos 1 a 5; Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 2(1).
 38. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículos 1, 2 y 6; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 2(1); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2(2); Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 2(2).

Capítulo 2

1. Murray, Christopher J. L., y Alan D. Lopez. 1996. *The Global Burden of Disease*. Cambridge, Massachusetts: *The Harvard School of Public Health*. La medición se efectúa utilizando años de vida ajustados por discapacidad (DALY), es decir, se mide la pérdida de vida debida a defunción o discapacidad atribuible a la enfermedad o lesión. Un DALY es un año de vida saludable perdido. Las contribuciones de la morbilidad son ponderadas de acuerdo con la gravedad del trastorno o la lesión (por ejemplo, la más alta ponderación corresponde a trastornos como la cuadriplejía, la demencia y la psicosis activa; una ponderación moderada corresponde a la sordera

- y a la amputación por debajo de la rodilla; la menor ponderación corresponde a cuestiones como el vitigno en el rostro y un bajo peso en función de la altura, inferior a dos desviaciones estándar del peso normal). También se asigna ponderación al valor de una vida saludable en diferentes periodos del ciclo vital; el procedimiento adopta la hipótesis de que el valor relativo de un año de vida saludable va aumentando a partir del nacimiento, hasta llegar a un máximo poco después de los 20 años y, seguidamente, va disminuyendo. Entre otros ajustes técnicos cabe mencionar la consideración del efecto futuro de afecciones actuales.
2. Laary, Warren E.: 1996, "Childbearing Deaths Underreported", *The New York Times*, 31 de julio de 1996.
 3. Ejemplos citados en: Timyan, Judith y otros.: 1993, "Access to Care: More than a Problem of Distance", En *The Health of Women: A Global Perspective*, editado por Marge Kohlinsky, Judith Timyan y Jill Gay, Boulder, Colorado: Westview Press.
 4. Naciones Unidas.: 1996, *World Population Monitoring 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health (ESA/WP/131)*, pág. 234. Nueva York: División de Población, Departamento de Información Económica y Social y Analysis de Políticas, Naciones Unidas.
 5. McCauley, Ann P., y Cynthia Salter.: 1995, *Meeting the Needs of Young Adults, Population Reports*, Series J, No. 41, Baltimore: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
 6. Véase los siguientes artículos en: Germain, A., y otros (editores) 1992, *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*, Nueva York: Plenum Press; Magawa, A.B.N., y E.N. Ngegi, "Reproductive Tract Infections in Kenya: Insights for Action from Research", y Adetunmbi, A.O., and O.A. Ladipo, "Reproductive Tract Infections in Nigeria: Challenges for a Fragile Health Infrastructure".
 7. Esas diferencias están documentadas en McCauley y Salter 1995, pág. 13 (véase la nota 5).
 8. El material descriptivo de esta sección se ha tomado de Naciones Unidas 1996, pág. 234 (véase la nota 4).
 9. Panos.: 1996, "The Silent Pandemic: Reproductive Tract Infections", *Panos Briefing*, Panos Media Briefing No. 21, pág. 1. Londres: Panos.
 10. UNAIDS y Organización Mundial de la Salud.: 1996, "UNAIDS: The Global Epidemic", December 1996", 28 de noviembre de 1996.
 11. Esas cifras corresponden a tranos, dado que los datos existentes carecen de precisión.
 12. Organización Mundial de la Salud.: 1995, *AIDS in the World II*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
 13. La bibliografía sobre la necesidad de realizar programas de prevención del VIH/SIDA que aborden el contexto social de los contactos sexuales de los hombres y la falta de poder de las mujeres está aumentando rápidamente. Un útil análisis de los riesgos especiales que enfrentan las mujeres en ocupaciones de alto riesgo puede encontrarse en: Heise, Lori L., y Christopher Elits.: 1995, "Transforming AIDS Prevention to Meet Women's Needs: A Focus on Developing Countries", *Social Science and Medicine* 40(7): págs. 931 a 943. Gran Bretaña: Elsevier Science Ltd. Un ejemplo de conclusiones similares correspondientes a un país desarrollado puede encontrarse en: Worth, Dooley.: 1989, "Sexual Decision-Making and AIDS: Why Condom Promotion among Vulnerable Women is Likely to Fail", *Studies in Family Planning* 20(6): págs. 297 a 307. Nueva York: Population Council.
 14. La OMS define el aborto en condiciones no adecuadas como "el procedimiento para terminar un embarazo no deseado ya sea practicado por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente carente de estándares mínimos, o ambos" (véase: Naciones Unidas.: 1995, *Población y Desarrollo*, volumen 1: Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 [No. de venta S.95.XIII.7], Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Analysis de Políticas, Naciones Unidas). Según lo indica la OMS, "la legalidad o ilegalidad de los servicios puede no ser un factor definitorio de su grado de seguridad" (Organización Mundial de la Salud.: 1994, *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Prevalence and Mortality of Unsafe Abortion*, segunda edición, Ginebra: Organización Mundial de la Salud).
 15. Naciones Unidas 1996, pág. 161 (véase la nota 4).
 16. The Alan Guttmacher Institute.: 1994, *Clandestine Abortion: A Latin American Reality*, Nueva York y Washington, The Alan Guttmacher Institute. Mencionado en Naciones Unidas 1996, pág. 164 (véase la nota 4).
 17. La reducción en la tasa de fecundidad observada, desde el nivel máximo, sin el efecto de limitarse de los determinantes proximalis, fue del 26,5% a raíz de la anticoncepción y del 17,5% a raíz del aborto (promedio no ponderado de 42 encuestas).
 18. Un estudio sobre la anticoncepción y el aborto en América Latina, efectuado por Susheela Singh y Gilda Sedgh (1996, "Abortion, Contraception and Fertility in Latin America", Chapel Hill, North Carolina: The Evaluation Project, Carolina Population Center. Citado en "Understanding How Family Planning Programs Work: Findings from Five Years of Evaluation Research", proyecto de documento por Renee Samara, Bates Buckner y Amy Tsui, 1996, Chapel Hill, North Carolina: The Evaluation Project, Carolina Population Center), utilizaba una metodología diferente para estimar los niveles de aborto provocado demostró que en México y Colombia, los efectos de la anticoncepción y el aborto aumentaron entre mediadores del decenio de 1970 y mediadores del de 1980, pero que el efecto de la anticoncepción aumentó a una tasa mucho más acelerada, a medida que esos programas se fueron haciendo más accesibles.
 19. Estudios citados en: Robey, Bryant, John Ross e Indu Bhushan.: 1996, *Meeting Unmet Need: New Strategies, Population Reports*, Series J, No. 43, Baltimore: Maryland, Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
 20. La ablación del capuchón del clitoris ha sido denominada por algunos "circuncisión verdadera", por ser muy análoga a la circuncisión masculina. La remoción del clitoris se designa en algunas comunidades "circuncisión atenuada" o "circuncisión sumera" (la OMS desalienta el uso de este término, puesto que podría reforzar la errónea idea de que el Corán recomienda alguna forma de mutilación genital femenina). La infibulación se menciona en algunos casos como "circuncisión severa", "circuncisión faraónica" (en el Sudán) y "circuncisión sudanesa" (en Egipto). La clifricación de la OMS presentada en el texto se basa en la descripción médica y trata de evitar toda terminología que adscriba a cualquier origen cultural o geográfico, una base de legitimidad.
 21. Organización Mundial de la Salud.: 1996a, *Female Genital Mutilation: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
 22. La conculeción del derecho a la salud ha sido un factor fundamental de la crítica contra la mutilación genital femenina formulada por instituciones médicas. Asimismo, los grupos de defensa de los derechos de la mujer han hecho hincapié en el derecho de la mujer a la seguridad de su persona, incluido el control sobre lo que se hace en su cuerpo. El enfoque mencionado en primer término tiene la ventaja de indicar una violación de derechos, aun cuando el procedimiento se realice en forma voluntaria; el enfoque mencionado en segundo término resalta acertadamente la autono-
- ma de la mujer, incluso en situaciones en que pueden existir factores de socialización en general, presiones sociales inmediatas o coacción lisa y llana.
23. Organización Mundial de la Salud.: 1996b, *Female Genital Mutilation: Report of a WHO Technical Working Group Meeting*, Ginebra, 17 a 19 de julio de 1995. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
 24. Touhri, N.: 1995, *Female Genital Mutilation: A Call for Global Action*, segunda edición. Lexington: Women Ink. Mencionado en "Female Genital Mutilation: A Reproductive Health Concern", *Suplemento de Population Reports Series J*, No. 41, por Kurungari Kiraga.: 1995, Baltimore: Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
 25. Organización Mundial de la Salud 1996a y 1996b (véanse las notas 21 y 22).
 26. Tres académicos africanos que se desempeñan en universidades estadounidenses han ofrecido respuestas moderadas a algunas de las críticas internacionales más extremas contra esa práctica, en el boletín del Programa de Estudios Africanos (Iwterweb, Ileyinwa.: 1996, "Brief Reflections on Clitoridectomy", Matsas, Asha Samad, "Female Circumcision in Africa", y Apena, Adline.: 1996, "Female Circumcision in Africa and the Problem of Cross-cultural Perspectives", En Africa Update 31(2). La Secretaría de Redacción del boletín, Profesora Gloria T. Emegwanyi, señala acertadamente en una presentación de esos artículos: "Ninguno de los textos constituye una defensa a ultranza de esta práctica social; los tres destacan la necesidad de adoptar una perspectiva integral que incorpore en el discurso la riqueza, la complejidad y la naturaleza diversificada de la civilización africana, en sus dimensiones patriarcal y matriarcal, sus aspectos fuertes y débiles, su gloria y sus padecimientos".
 27. Williams, Lindy, y Teresa Sobieszky.: 1996, "Attitudes Surrounding the Continuation of Female Circumcision in the Sudan: Passing the Tradition to the Next Generation", *University of Michigan Population Studies Center, Research Report No. 96-386*. Ann Arbor, Michigan: Population Studies Center, University of Michigan.
 28. Esta lista se basa en la labor pionera del Comité Interamericano sobre Prácticas Tradicionales que Afectan la Salud de Mujeres y Niños, Ginebra, Suiza, y la organización Mawawale (MYWO), Nairobi (Kenya).
 29. Compilaciones proporcionadas por la División de Salud de la Familia y de la Reproducción de la Organización Mundial de la Salud.
 30. Naciones Unidas. (De próxima publicación), *World Population Prospects: The 1996 Revision*, Nueva York: División de Población, Departamento de Información Económica y Social y Analysis de Políticas, Naciones Unidas.
 31. Éste es el tema principal de los análisis y recomendaciones de: Banco Mundial 1993, *World Development Report: Investing in Health*, Oxford y Londres: Oxford University Press.
 32. Michaud, C., y C. Murray.: 1994, "External Assistance to the Health Sector in Developing Countries: A Detailed Analysis: 1972-1990", *Bulletin of the World Health Organization* 72(4): págs. 639 a 651.
 33. Banco Interamericano de Desarrollo.: 1996, *Informe Anual*, Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
 34. Maguani, Robert J., y otros.: 1995, "Does Utilization of Maternal and Child Health Services Influence Contraceptive Use? Evidence from Morocco", *Version revisada de una ponencia presentada en la reunión anual de la Population Association of America*, San Francisco, California, 6 a 8 de abril de 1995.
 35. Timyan, Judith, y otros.: 1993 (véase la nota 3).
 36. Pillsbury, Barbara, Ann Brownlee y Judith Timyan.: 1990, *Understanding and Evaluating Traditional Practices: A Guide for Improving Maternal Care*, Washington, D.C.: Maternal Nutrition and Health Care Program, International Center for Research on Women.
 37. La información sobre atención del parto por personal capacitado se ha compilado de varias fuentes, entre ellas: Organización Mundial de la Salud.: 1993, *Coverage of Maternity Care: A Tabulation of Available Information*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Naciones Unidas 1996, págs. 95 y siguientes (véase la nota 4); y Federación Internacional de Planificación de la Familia.: 1996, *Reproductive Rights*, gráfico mural, Londres: International Planned Parenthood Federation.
 38. En general, más del 80%, salvo: 73% en el Brasil y Nicaragua, 69% en México, 66% en el Paraguay, 55% en Bolivia y 50% en el Perú.
 39. Los niveles más bajos de atención por parteras capacitadas se registran en Somalia (2%), Etiopía (14%), Chad, Angola y el Níger (15%), Malí (18%), Burundi (19%) y Rwanda (26%); los niveles más altos se registran en Mauritio (85%), el Gabón (80%), Botsuana (77%), Zimbabue (70%), el Sudán (69%) y Namibia (68%).
 40. Los niveles más altos se registran en Kuwait e Israel, donde la atención por parteras capacitadas es casi universal. Otros porcentajes relativamente altos se observan en: Arabia Saudita (90%), Jordania (87%), Algeria (77%), Jamaica, y Abse Ubia y Turquía (76%) y Túnez (69%). Se observaron porcentajes inferiores en Marruecos (32%) y Yemen (16%).
 41. Asistencia casi universal, salvo en lo concerniente a China (94%) y la República de Corea (89%).
 42. El concepto de "acceso con calidad" deriva de la labor de Arnudh Jain y Judith Bruce. Véase: Jain, Arnudh K. (editor). 1992, *Managing Quality of Care in Population Programs*. West Hartford, Connecticut: Kumarian Press; Bongarrs, John, y Judith Bruce.: 1995, "The Causes of Unmet Need for Contraception and the Social Content of Services", *Studies in Family Planning* 26(2). Nueva York: Population Council.
 43. Véase Thaddeus, Sreen, y Deborah Maine.: 1994, "Too Far to Walk: Maternal Mortality Context", *Social Science and Medicine* 38(8): págs. 1091 a 1110. Gran Bretaña: Elsevier Science Ltd.
 44. Junta Nacional Coordinadora de la Planificación de la Familia (BKKKN). 1994. *A Situation Analysis of the Government Run Service Delivery Points for Family Planning in Indonnesia* (Copia del informe). Yakarta: Centro de Capacitación y Desarrollo en Cuestiones Biomédicas y de Reproducción Humana.
 45. Cernada, George P., y otros.: 1993. *A Situation Analysis of Family Welfare Centres in Pakistan*, *Operations Research Working Paper Series*, No. 4, Nueva York: Population Council.
 46. Volantes ofrecidos durante el Seminario Práctico sobre Calidad de los Servicios, FNUAP y Population Council, Nueva York, 21 a 25 de octubre de 1996.
 47. Cernada y otros.: 1993 (véase la nota 43).
 48. Stein, Karen.: 1996, "The Differing Perceptions of Women Seeking Maternal and Child Health and Family Planning Services in Three African Countries", *Presentación en el Seminario Práctico sobre Calidad de los Servicios, FNUAP y Population Council*, Nueva York, 21 a 25 de octubre de 1996.
 49. Miller, Robert.: 1996, *Comunicación personal y ponencia ante el Seminario Práctico sobre Calidad de los Servicios, FNUAP y Population Council*, Nueva York, 21 a 25 de octubre de 1996.
 50. Kringer, Laurie.: 1991, "Male Doctor, Female Patient: Access to Health Care in Egypt", y Alexander, Marie.: 1991, "The Role of Gender, Socio-Economic, Cultural, and Religious Pressure on the Health of Women in Cameroon", *Ponencias presentadas en la 18a. Conferencia Internacional de Salud del National Council for*

- International Health (NGIH)**, Arlington, Virginia. Mencionado en Timyan y otros. 1993 (véase la nota 3).
51. El promedio de duración de los contactos con el cliente registrados ha sido bajo, y llegó a ser de subahacer cuatro minutos en Bangladesh. Véase, por ejemplo: Janowitz, B. y D. Hubacher. 1996. *Productivity and Costs for Family Planning Service Delivery in Bangladesh: The Government Program. Technical Report*. Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International; y Junta Nacional Coordinadora de la Planificación de la Familia (BKKBN) 1994 (véase la nota 44). Se presentó información adicional en el Seminario Práctico sobre la Calidad de los Servicios, patrocinado por el FNUAP y el Population Council, 21 a 25 de octubre de 1996, Nueva York.
52. Helzlsouer, J. (de próxima publicación). **What Does Sex Have to Do with It? Challenges for Incorporating Sexuality into Family Planning** (proyecto de informe). Londres y Nueva York: Federación Internacional de Planificación de la Familia y Population Council.
53. Junta Nacional Coordinadora de la Planificación de la Familia (BKKBN) 1994 (véase la nota 44).
54. Es posible que no se haya formulado la pregunta a algunas clientas que acudieron a la clínica con niños de corta edad, y que se haya observado directamente su comportamiento. La frecuencia de esos casos no se ha tabulado.
55. Rossy, Ross, y Bhushan. 1996 (véase la nota 19); y Bhushan, Indu. 1996. **Understanding Unmet Need, Center for Communications Programs Working Paper** (proyecto de informe). Baltimore, Maryland: Center for Communications Programs, Johns Hopkins University.
56. En Botswana, durante los seis meses anteriores al estudio, en un 23% de los centros de planificación de la familia se habían agotado los condones al menos una vez. En Kenia se observaron menores proporciones (12%), al igual que en el Senegal (5%). Probablemente, la mayor incidencia del contagio con el VIH/SIDA en Botswana causa un aumento de la demanda y escasez del suministro.
57. Miller, Robert. 1996. Presentación y volante ofrecidos en el Seminario Práctico sobre Calidad de los Servicios, FNUAP y Population Council, Nueva York, 21 a 25 de octubre de 1996. En Tanzania, el 41% de los centros de planificación de la familia carecían de anticonceptivos orales el día en que se efectuó la visita; en el Zaire, lo propio había ocurrido con el 20% de los centros; en otros lugares estudiados (Kenya, Zimbabue y Burkina Faso) carecían de suministros o bien una proporción insignificante de los centros de planificación de la familia, o ninguno de ellos.
58. Según los datos compilados por Millet, en el día en que se efectuó la visita no había escasez de existencias en Nairobi, pero en las zonas rurales de Kenia, un 40% de los centros carecían de suministros de DIU. En otros países estudiados, entre aproximadamente un tercio (Burkina Faso y Tanzania) y cuatro quintas partes (Zimbabue) de los centros de prestación de servicios carecían de suministros de DIU. En Asia, en el estudio relativo a Indonesia también se detectaron dificultades en los suministros de algunos DIU en particular (en particular del tipo *Copper T*, Junta Nacional Coordinadora de la Planificación de la Familia (BKKBN) 1994 (véase la nota 44)).
59. Mauldin, W. Parker, y John A. Ross. 1991. "Family Planning Programs: Efforts and Results, 1982-1989". *Studies in Family Planning* 22(6): 350-367; Ross, John A., y otros. 1992. *Family Planning and Child Survival Programme: As Assessed in 1991*. Nueva York: Population Council; y Ross, John A., y W. Parker Mauldin. 1996. "Family Planning Programs: Efforts and Results: 1972-94". *Studies in Family Planning* 27(3). Nueva York: Population Council.
60. Naciones Unidas 1996 (véase la nota 4). Las estimaciones corresponden a parejas en que la mujer está en la etapa fecunda.
61. *Ibidem*. Una proporción sustancial de la diferencia en cuanto a métodos no modernos se debe a que en las regiones más desarrolladas se utilizan más los métodos de retiro (17% de los usuarios, en comparación con el 4% y ritmo (9% en comparación con el 4%). Se observan otras diferencias sustanciales en las opciones entre métodos modernos, según se indica en el texto.
62. Naciones Unidas 1995, Párrafo 7.1.3, pág. 32 (véase la nota 14).
63. Las estimaciones del número de mujeres casadas (o que están en uniones consensuales) y cuyas necesidades están insatisfechas oscilan entre 120 y 150 millones, en función de las definiciones utilizadas. Estimaciones recientes y referencias a la evolución del concepto pueden encontrarse en: Westoff, Charles F., y Akimola Bandole, 1995. **Unmet Need: 1990-1994**, Encuestas Demográficas y Salud, *Comparative Studies* No. 16. Calverton, Maryland: Macro International Inc. Para un análisis de las dificultades conceptuales en el concepto originario, véase: Dixon-Mueller, Ruth, y Adrienne Germain. 1992. "Stalking the 'Unmet Need' for Family Planning". *Studies in Family Planning* 23(5): págs. 330 a 335. Nueva York: Population Council. Se encuentra un análisis útil en: Aitken, Iain, y Laura Reichenbach. 1994. "Reproductive and Sexual Health Services: Expanding Access and Enhancing Quality". En *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, editado por Gita Sen, Adrienne Germain y Lincoln C. Chen. 1994. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. Las definiciones utilizadas por Dixon-Mueller y Germain redundan en estimaciones aun mayores de las necesidades insatisfechas.
64. Mauldin, W. Parker, y Millet, Vincent C. 1994. **Contraceptive Use and Commodity Costs in Developing Countries: 1994-2005**, UNFPA Technical Report No. 18. Nueva York: FNUAP.
65. Una comparación entre mediciones de las necesidades no satisfechas en Sri Lanka basadas en preferencias y basadas en razones de salud puede encontrarse en: DeGraff, Deborah S., y Victor de Silva. 1996. "A New Perspective on the Definition and Measurement of Unmet Need for Contraception". *International Family Planning Perspectives* 22(4): págs. 140 a 147.
66. Las complicaciones de abortos en malas condiciones causan 70,000 defunciones por año. De las 513,000 defunciones anuales relacionadas con la maternidad que no se deben a abortos en malas condiciones, podrían haberse evitado 128,000 mediante el uso de métodos seguros de planificación de la familia, dado que según estimaciones prudentes, al menos una cuarta parte de los embarazos que no terminan en aborto son no planificados. (Bongaarts, John. 21 de febrero de 1997. Comunicación personal).
67. La información sobre los obstáculos oficiales contra el acceso a los servicios se han obtenido del gráfico mural **Reproductive Rights**, compilado por la IPPF y la **International Women's Rights Action Watch** (véase la nota 36).

Capítulo 3

1. En el artículo 2 de la resolución 48/104 de la Asamblea General, Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (20 de diciembre de 1993, A/48/629) se establece:

Se entenderá que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

- a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras

- prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrada por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;
- b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;
- c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.
2. Naciones Unidas. 1996. **World Population Monitoring 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Productive Health (ESA/WPT.31)**, págs. 14 y siguientes. Nueva York: División de Población, Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
3. Sanderowitz, J., y J. Paxman. 1985. "Adolescent Fertility: Worldwide Concerns". *Population Bulletin* 40(2). Washington D.C.: Population Reference Bureau; Senanayake, P. 1996. "Adolescent Fertility". En *Health Care of Women and Children in Developing Countries*, editado por H. Wallace y K. Giri. Oakland, California: Third Party Publishing. Citado en Naciones Unidas 1996, pág. 29 (véase la nota 2). Véase también: Sanderowitz, J. 1995. **Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood**, *World Bank Discussion Paper* 272. Washington D.C.: Banco Mundial.
4. Esta pauta se ha observado incluso en países donde el aborto provocado es legal y está disponible. También está aumentando a escala mundial (véase: *The Alan Guttmacher Institute*. 1995. *Women, Families and the Future: Sexual Relationships and Marriage Worldwide* (documento informativo) Washington, D.C.: The Alan Guttmacher Institute).
5. La proporción de mujeres menores de 20 años que tienen actividad sexual ha disminuido en Colombia, México, el Perú, la República Dominicana, y Trinidad y Tabago y se ha mantenido relativamente invariable en el Brasil, el Ecuador, El Salvador y Guatemala (véase Naciones Unidas 1996 [véase la nota 2]).
6. Se han resumido las conclusiones de estudios realizados sobre 13 países en Weiss, Ellen, Daniel Whelan y Geeta Rao Gupta. 1996. **Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World: Findings from the Women and AIDS Research Program**. Washington D.C.: International Center for Research on Women.
7. Meekers, Dominique. 1993. **Sexual Initiation and Prenatal Childbearing in Sub-Saharan Africa**, *Demographic and Health Surveys Working Paper* No. 5. Columbia, Maryland: Macro System, Inc. Mencionado en Naciones Unidas 1996 (véase la nota 2).
8. K. Welling, y otros. 1994. **Sexual Behaviour in Britain**. Harmondsworth, Reino Unido: Penguin Books. Mencionado en Naciones Unidas 1996, pág. 31 (véase la nota 2).
9. Naciones Unidas. 1996, págs. 29 y siguientes (véase la nota 2). Véase también: *from Developed Countries, Population Studies* No. 109 (número de venta E.86.XIII.5). Nueva York: Naciones Unidas.
10. McCauley, Ann P., y Cynthia Salter. 1995. **Meeting the Needs of Young Adults**, *Population Reports*, Series J, No. 41. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
11. En estudios cualitativos se ha documentado que éste es un tema común en los debates en grupos focales.
12. Weiss, Whelan y Gupta 1996 (véase la nota 6). Los estudios sobre países individualizados son particularmente elocuentes con respecto a la dificultad en las comunicaciones sobre cuestiones sexuales entre los progenitores y sus hijos de uno u otro sexo.
13. Naciones Unidas 1996, recuadro II.1 (véase la nota 2); y Naciones Unidas. 1995. **Women's Education and Fertility Behaviour: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys** (número de venta E.95.XIII.23). Nueva York: Naciones Unidas.
14. McCauley y Salter 1995 (véase la nota 10).
15. Entre otros textos concretos, véase el artículo 3: "En todas las medidas concernientes hacia los niños que tienen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño"; y el artículo 18: "Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta la crianza y el desarrollo del niño... Su preocupación fundamental será el interés superior del niño". (Bastardillas agregadas). (Véase: Naciones Unidas 1989b). Convención sobre los Derechos del Niño. resolución 25(XLIV): cuadragésimo cuarto período de sesiones, Suplemento No. 49, [A/RES/44/25, reimpreso en 28 I.L.M. 1448]; la Convención fue abierta a la firma el 26 de enero de 1990.
16. Un ejemplo que indica de qué manera un instrumento de medición con acuidad relativamente baja, como una encuesta social, puede posibilitar que se comprendan los procesos del matrimonio, véase: Meekers, Dominique. 1992. "The Process of Marriage in African Societies: A Multiple Indicator Approach". *Population and Development Review* 18(1): 61-78, 205-207. En ese trabajo se presenta la ceremonia de bodas en el contexto de los diversos ritos y prácticas prescritos socialmente para formalizar la relación de una pareja. La investigación cuantitativa y cualitativa integrada ha proporcionado conocimientos más profundos al respecto. Véase Meekers, Dominique. 1994. "Combining Ethnographic and Survey Methods: A Study of the Nuptiality Patterns of the Shona of Zimbabwe". *Journal of Comparative Family Studies* 25(3): págs. 313 a 328.
17. Un matrimonio es consanguíneo cuando el esposo y la esposa son primos segundos o tienen un parentesco más cercano.
18. Las uniones polígamas (múltiples esposas de un solo esposo) son mucho más comunes que las uniones poliándricas (múltiples esposos de una única esposa). En este informe no se considera que ningún sistema de matrimonio plantee intrínsecamente problemas de derechos humanos. El cumplimiento del principio de no coacción determina la pertinencia de los argumentos en cuanto a los derechos.
19. Esta sección se basa en: Naciones Unidas (de próxima publicación). **World Population Prospects: The 1996 Revision**. Nueva York: División de Población, Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
20. Estas conclusiones se basan en datos oficiales de registros de matrimonio y no, como ocurre en las regiones en desarrollo, en resultados de encuestas. Los aumentos de la edad al contraer matrimonio en Europa septentrional y en América del Norte son compensados en parte por aumentos en la cohabitación prematrimonial, o bien como preludeo, o bien como alternativa respecto del matrimonio, en esas regiones.
21. Datos presentados en: McCauley y Salter 1995 (véase la nota 10). Cabe señalar que en las regiones donde la edad al contraer matrimonio siguen siendo baja, menos del 50% de las mujeres seguían solteras al cumplir 20 años.
22. Naciones Unidas. 1996 (véase la nota 2). Sobre la base de Naciones Unidas. 1990. **Patterns of First Marriage: Timing and Prevalence** (No. de venta E.91.XIII.6). Nueva York: Naciones Unidas.
23. Gage-Brandon, Anastasia J., y Meekers, Dominique. 1993. "The Changing Dynamics of Family Formation: Women's Status and Nuptiality in Togo". *Population*

- Research Institute Working Paper No. 1993-02. University Park, Pennsylvania: Population Research Institute, Pennsylvania State University.
24. Federación Internacional de Planificación de la Familia. 1996. *Reproductive Rights*, gráfico mural. Londres: International Planned Parenthood Federation.
 25. Meekers, Dominique, y Nadra Franklin. 1994. "Women's Perceptions of Polygyny among the Kaguru of Tanzania." *Population Research Institute Working Paper in African Demography*, No. AD95-01. University Park, Pennsylvania: Population Research Institute, Pennsylvania State University.
 26. McCauley, y otros. 1994. *Opportunities for Women Through Reproductive Choice*, *Population Reports, Series M*, No. 12, págs. 18 y siguientes y 27. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
 27. La información en esta sección procede de: Instituto Coreano de Salud y Asuntos Sociales (KIHASA) y Fondo de Población de las Naciones Unidas. 1996. *Sex Preference for Children and Gender Discrimination in Asia*. Seúl: Instituto Coreano de Salud y Asuntos Sociales; véanse, en particular, las siguientes secciones: Nizamuddin, M., e Iqbal Alam, "Nature of Sex Preference for Children and Gender Discrimination in Asia"; Chang, Gu Bao, y Li Yong Ping, "Sex Ratio at Birth and Son Preference in China"; Cho, Nam-Hoon y Moon-Sik Hong, "Effects of Induced Abortion and Son Preference on Korea's Imbalanced Sex Ratio at Birth"; Das Gupta, Monica, y Leela Visaria, "Son Preference and Excess Female Mortality in India's Demographic Transition"; y Leete, Richard, "Son Preference in Asia: Issues and Considerations."
 28. Se considera que en tiempos históricos, el infanticidio era más prevalente y más aceptado que en la actualidad. Por ejemplo, fue parte de las tradiciones occidentales en varios marcos institucionales de tiempos pasados hasta al menos el siglo XVII. La información relativa al Asia oriental sugiere que hubo disminuciones muy sustanciales en el último siglo. Actualmente, el infanticidio se registra en zonas rurales y remotas.
 29. La matriculación comparativamente insuficiente de las niñas, que también refleja su más baja valoración y otros problemas técnicos, complican los cálculos, que no pueden efectuarse con precisión.
 30. Isaacs, Stephen L. 1995. "Incentives, Population Policy and Reproductive Rights: Ethical Issues." *Studies in Family Planning* 26(6): págs. 363 a 367. Nueva York: Population Council.
 31. Ross, John A., y W. Parker Mauldin. 1996. "Family Planning Programs: Efforts and Results: 1972-94." *Studies in Family Planning* 27(3). Nueva York: Population Council; y base de datos proporcionada por los autores. La dependencia de los programas respecto de los incentivos otorgados a diversos encargados de prestar servicios y/o a los clientes, variaba entre: niveles máximos en China, la India, la República de Corea, Singapur y Viet Nam; un uso más limitado en Bangladesh, Indonesia, la República Democrática Popular de Corea y Taiwán (Provincia de China); un uso moderado en Egipto, Filipinas, Malasia, México, Nepal, la República Unida de Tanzania, Sri Lanka y Tailandia; y niveles menores en el Brasil, Colombia, el Ecuador, El Salvador, Honduras, Liberia, el Pakistán, la República Dominicana, Somalia y Túnez. Muchos de estos países están evaluando sus prácticas, habida cuenta del consenso internacional logrado en la CIPD.
 32. Algunos autores han señalado los prejuicios pronatalistas intrínsecos en muchos sistemas sociales y los efectos del acelerado crecimiento demográfico sobre las perspectivas de desarrollo de los países pobres, como justificativos del principio de ofrecer a las familias incentivos libres de coacción para que limiten su fecundidad (véase, por ejemplo: Hollingsworth, William G. 1996. *Ending the Explosion: Population Policies and Ethics for a Humane Future*. Santa Ana, California: Seven Locks Press. El Sr. Hollingsworth presenta argumentos complejos y sutiles a favor de planes concretos de incentivos para programas multisectoriales de población y desarrollo y ofrece sus opiniones sobre cómo esos incentivos podrían satisfacer diversas preocupaciones éticas). La comunidad internacional, debido en parte al reconocimiento de las posibilidades de conculcación de los derechos, hace hincapié en los enfoques voluntarios y exhorta a asignar particular prioridad a la educación.
 33. Heise, Lori. 1993. "Violence Against Women: The Missing Agenda." En *The Health of Women: A Global Perspective*, pág. 171, editado por Marge Koblinsky, Judith Timyan y Jill Gay. 1993. Boulder, Colorado: Westview Press. El análisis que figura a continuación se basa en este trabajo y otros de la Sra. Heise y sus colegas.
 34. Ésta es una adaptación de la definición ofrecida por Heise 1993 (véase la nota 33), que a su vez se basaba en la definición de violencia doméstica ofrecida por: Antony, Carmen, y Gladys Miller. 1986. "Estudio Exploratorio Sobre el Maltrato Físico de que es Víctima la Mujer Panameña." Ciudad de Panamá: ICRUP/Ministerio de Trabajo y Bienestar Social.
 35. Engle, Patrice. 1994. *Men in Families: Report of a Consultation on the Role of Men and Fathers in Achieving Gender Equity*. Nueva York: UNICEF.
 36. Heise, Lori (véase la nota 33) menciona estudios de fuentes de datos antropológicos que documentan la violencia física contra la mujer en más de 70 de 90 sociedades y grupos estudiados, entre ellos: Levinson, David. 1989. *Violence in Cross-Cultural Perspective*. Newbury Park: Sage Publications; y Counts, Dorothy Ayers, Judith K. Brown y Jaquelyn C. Campbell. 1992. *Sanctions and Sanctuary: Cultural Perspectives on the Beating of Wives*. Boulder, Colorado: Westview Press.
 37. En esta sección se utilizan materiales presentados en: Heise, Lori, Kirsten Moore y Nahid Toubia. 1995. *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*. Nueva York: Population Council.
 38. Naciones Unidas. 1995. *Violence against Women*. Nueva York: Departamento de Información Pública, Naciones Unidas; también, *American Medical Association, "Sexual Assault in America"*. 6 de noviembre de 1995.
 39. En los Estados Unidos, las mujeres que han sido víctimas de violación o ataques físicos tienen, durante el año en que ha ocurrido ese episodio, gastos médicos superiores dos y media veces a los de otras mujeres. Por consiguiente, una historia de violación o ataque físico constituye un factor más seguro de pronóstico de las consultas médicas o los gastos de pacientes ambulatorias que ninguna otra variable, incluidos la edad u otros riesgos de salud, como el cigarrillo. Véase: Organización Mundial de la Salud. 1996. Presentación del Dr. Liljestrand al FNUAP, noviembre de 1996; y Schwartz, I.L. 1991. "Sexual Violence against Women: Prevalence, Consequences, Societal Factors and Prevention." *American Journal of Preventive Medicine* 7[6]: págs. 363 a 373).
 40. Esta cifra corresponde al período 1987-1989, el más reciente disponible. "U.S. Women at Higher Risk of Rape than European Women, U.N. Says", *Associated Press* (informe sobre una publicación de la Comisión Económica para Europa), Ginebra, 12 de diciembre de 1995.
 41. Lederer, Edith M. 1996. "Sexual Exploitation of Women," *AP Worldstream*, 6 de junio de 1996 (Informe sobre un debate en panel celebrado en Estambul en relación con el Congreso Mundial sobre la Explotación Sexual de Niños, realizado antes de la Conferencia Hábitat II).
 42. "China Police Nab 61 for Kidnapping Women, Children", *Reuters World Service*, 26 de noviembre de 1996. (Informe desde Beijing para difundir un artículo de *China News Service*).
 43. McEvoy, Janet. 1996. "EU to Tackle Smuggling of Women from Eastern Europe," *Reuters World Service*, 6 de junio de 1996.
- ## Capítulo 4
1. Adair, Linda, David Guilkey, y Elizabeth Bisgrove. 1996. "Effects of Childbearing on Filipino Women's Labour Force Participation and Earnings". Documento presentado en la Reunión Anual de la *Population Association of America*, New Orleans, Louisiana (Estados Unidos de América), 6 a 11 de mayo de 1996.
 2. Jejeebhoy, Shireen J. 1995. *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*, *International Studies in Demography Series*. Nueva York: Oxford University Press.
 3. Simmons, Ruth. 1996. "Women's Lives in Transition: A Qualitative Analysis of the Fertility Decline in Bangladesh". *Studies in Family Planning* 27(5). Nueva York: Population Council.
 4. Véase: Schuler, Sidney Ruth, Syed M. Hashemi y Ann P. Riley. 1996. "Credit Programs and Women's Empowerment in Bangladesh." Documento presentado en la reunión anual de 1996 de la *Population Association of America*, New Orleans, Louisiana (Estados Unidos de América), 9 a 11 de mayo de 1996; y Dixon-Mueller, Ruth. 1993. *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*, capítulos 5 y 6. Westport, Connecticut: Praeger. En esa reunión se informó acerca de nuevos estudios que se estaban realizando en virtud del proyecto de Estudio sobre la Mujer de *Family Health International*, dirigido por Nancy Williamson.
 5. Gage, Anastasia J. 1995. "Women's Socioeconomic Position and Contraceptive Behavior in Togo". *Studies in Family Planning* 26(5). Nueva York: Population Council.
 6. El poder económico era resultado, en orden decreciente de: trabajo a cambio de remuneración en efectivo junto con participación en planes rotativos de ahorro y crédito; trabajo a cambio de remuneración en efectivo pero sin efectuar inversiones; y trabajo sin remuneración en efectivo.
 7. El control con respecto a la selección del cónyuge era resultado de, en orden decreciente: poder escoger a su compañero sin asesoramiento de su familia; actuar la mujer con el asesoramiento de su familia; y elegir la familia al futuro cónyuge de la mujer (matrimonio concertado).
- ## Capítulo 5
1. Véase en particular: Naciones Unidas. 1995. *World's Women 1995: Trends and Statistics: Social Statistics and Indicators* (ST/ESA/STAT/SER.K/12). Nueva York: Naciones Unidas.
 2. Las actividades de proyectos en Ghana, Egipto e Indonesia fueron descritos en el Taller Temático del FNUAP sobre Género, Población y Desarrollo, FNUAP, Nueva York, 30 de septiembre a 3 de octubre de 1996.
 3. En el lapso 1994-1995 el Proyecto de Evaluación financiado por la USAID produjo una serie de volúmenes de indicadores para la evaluación de programas de planificación de la familia (Bertrand J., R. Magnani y J. Knowles (editores). 1994. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation* [con el apoyo del contrato DPE-3060-C-00-1054-00 de la USAID]. Chapel Hill, North Carolina: *The Evaluation Project, Carolina Population Center*; y la serie *Indicators for Reproductive Health Program Evaluation*, diciembre de 1995, incluidos: Galloway, Rae y Allison Cohn (editores). *Final Report of the Subcommittee on Women's Nutrition*; O'Gara, Chloe, Martha Holley Newsome y Claire Viadro (editoras). *Final Report of the Subcommittee on Breastfeeding*; y Koblinsky, Marge y otros (editores). *Final Report of the Subcommittee on Safe Pregnancy*). Esta serie se ha ampliado para incluir otros componentes de programas integrales de salud de la reproducción. La OMS ha estado preparando directrices, estándares e indicadores para programas de salud de la reproducción. El FNUAP también ha iniciado consultas a fin de desarrollar, comparar y difundir indicadores más a fondo dentro del sistema de las Naciones Unidas. En febrero de 1997, participantes de programas nacionales, organismos especializados, organizaciones de asistencia bilateral e instituciones or la112.oTD(es e29.