



人口与发展委员会

第三十三届会议

2000年3月27日至31日

临时议程* 项目3

国际人口与发展会议各项建议的后续行动

2000年世界人口监测的简要报告: 人口、性别和发展

秘书长的报告

摘要

本报告是根据人口与发展委员会的职权范围和经济及社会理事会第 1995/55 号决议核可的面向议题、按优先顺序排列的多年期工作方案编写的。委员会在其第 1998/1 和 1999/1 号决定中,决定 2000 年委员会第三十三届会议的专题为“人口、性别和发展”。

本报告概述了人口、性别和发展的一些特定方面。其中包括对全球议事日程上人口与性别问题的历史性审查以及提供关于下列议事的最新资料: 成立家庭、保健和死亡率,包括人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症(艾滋病毒/艾滋病)、老龄化以及国内和国际移徙。初步、未经编辑的全面报告作为工作文件载于 ESA/WP/159 号文件中。

本报告由联合国秘书处经济和社会事务部人口司编写,并由联合国人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症(艾滋病毒/艾滋病)联合方案(艾滋病方案)提供协助。

* E/CN.9/2000/1。

目录

段次 页次

导言: 全球议事日程中的人口和性别问题	1-13	3
一. 成立家庭	14-37	4
二. 健康和死亡率	38-72	10
三. 老龄化和性别问题	73-92	17
四. 国内移徙	93-101	22
五. 国际移徙	102-122	23
六. 结论	123-130	27

表

1. 按方法类型开列的目前世界和区域避孕药具使用率平均数	7
2. 1980 年和 1996 年男女文盲比率和总入学比率	8
3. 1950-1955 年、1975-1980 年和 1995-2000 年世界和主要区域出生时 预期寿命的趋势和性别差别	10
4. 1995-2000 年世界和主要区域婴儿和儿童死亡率估计数	11
5. 1999 年 12 月,区域艾滋病毒/艾滋病统计和数字	15
6. 2000 年和 2050 年按性别和老龄男女比例分列的全世界 60 岁以上的人口	18
7. 1965 和 1990 年全世界和主要地区估计男女移民人数和妇女在移民总数中 所占百分比	24

图

一. 1998 年世界按性别和广泛原因组别分列的死亡原因	12
二. 2000 年和 2050 年按性别和老龄男女比例分列的全世界 60 岁以上的人口	18

导言：全球议事日程中的人口和性别问题

1. 在联合国成立后不久,对人口与性别问题的关注即正式列入全球议事日程。在过去五十年期间,一直显示两项基本发展。第一,更加强调人口政策与方案内的人权问题。第二,性别政策已从着重于妇女地位扩及两性平等、公平和赋予妇女权力。
2. 联合国涉及人口与性别活动从 1946 年开始,经济及社会理事会在该年设立了妇女地位委员会¹和人口委员会。² 1948 年,大会通过《世界人权宣言》,³ 除其他外,其中主张人人有权享有其规定的权利和自由不得基于性别而有所区别。还申明人人有权享有生命、有权婚嫁和成立家庭以及有权在其本国内迁徙和离开本国——人口变迁的基本活动。
3. 五十年代和六十年代初是在人口和性别这两个领域内建立初步共识的期间。1967 年,大会通过《消除对妇女歧视宣言》,⁴ 其中呼吁采取措施,消除实现男女平等的种种障碍。次年,大会通过由在德黑兰的国际人权会议拟订的《德黑兰宣言》。⁵ 1968 年《宣言》中指出,父母享有自由负责地决定子女人数和生育间隔的基本人权,这是国际文书首次确认这项权利。
4. 性别领域内另一主要进展就是大会于 1979 年通过《消除对妇女一切形式歧视公约》。⁶ 该《公约》扩大了 1967 年《宣言》,因为它吁请将基于男女不平等观念的社会和文化偏见模式予以更改。它申明男女有相同的权利自由负责地决定子女人数和生育间隔,并有机会获得使她们能够行使这种权利的知识、教育和方法。
5. 1985 年在内罗毕举行的审查和评价联合国妇女十年:平等、发展与和平成就世界会议是性别领域的一个关键步骤。该会议通过《内罗毕提高妇女地位前瞻性战略》,⁷ 其中提出若干重要的新观点,呼吁妇女在发展过程中发挥主要作用。
6. 1995 年北京第四次妇女问题世界会议采取了重要步骤,在其《行动纲领》中广泛使用性别概念,⁸ 强调除了实现地位平等外,妇女应充分和积极参与所有生活领域的决策过程。同时预期男子的角色、地位和行为将有所改变并应将性别观点纳入所有政策和方案。强烈呼吁消除对妇女的一切形式的暴力行为以及提倡女童权利。《纲领》完全重申 1994 年在开罗举行的国际人口与发展会议提出的生殖权利、生殖健康和计划生育。
7. 全球议事日程的人口问题的处理具有相关的变迁过程。继 1968 年德黑兰国际人权会议之后,一系列三次国际人口会议为制定全球人口政策提供了主要的论坛。
8. 1974 年在布加勒斯特举行的世界人口会议是三次中的头一次会议,通过了《世界人口行动计划》。⁹ 其原则与目标中的要点¹⁰ 是,人口趋势的重要性在于它同社会-经济发展的关系。对德黑兰会议规定的计划生育权利予以重申并“及所有夫妻和个人。重申了妇女完全参与发展过程的权利以及充分参与制定和执行社会-经济和人口政策的权利。认识到家庭是社会的基本单位,《行动计划》在题为“生育、成立家庭和妇女地位”¹¹ 一节中讨论性别问题。《计划》要求延长男孩和女孩的教育,以便他们更有效地为经济活动作出贡献以及承认妇女对家庭和农业的经济贡献。
9. 1984 年,国际人口会议在墨西哥城召开,该会议在人口与性别领域作了重要的革新。该会议涉及妇女作用与地位的建议¹² 与涉及生育和家庭的建议¹³ 分开,并且在报告中占有显著地位。已敦促各国政府将妇女充分纳入发展各阶段并确保她们自由

参与劳动力。通过教育、培训和发展,妇女有机会发挥个人潜力。男子应进一步承担各方面的家庭责任。为增进知识和推动政策,各国政府应提供按性别开列的人口和有关数据。1984年会议制定了降低产妇死亡率的数量目标。在生育和家庭人数方面,它重申制定《世界人口行动计划》。会议指出,家庭有许多形式,包括单亲家庭在内。在处理移徙问题上,呼吁援助移徙妇女以及被留在农村地区的无助妇女。它还提请注意难民妇女人数日增的现象。

10. 1994年在开罗举行的国际人口与发展会议的《行动纲领》更广泛而深入地讨论了人口与性别关系。¹⁴《行动纲领》是以对人权的关注为基础。其中指出妇女和女童的人权是世界人权不容剥夺、不可或缺和不可分割的部分。其中有一章题为“男女平等、公平和赋予妇女权利”,提出一些新的论题并更尖锐和明确地讨论了先前的建议。《行动纲领》呼吁消除对妇女的暴力,呼吁使妇女能够兼顾母性职能和参加劳动队伍,呼吁赋予妇女权利进行商业交易并在就业条件各方面享有平等待遇。谴责以强奸作为战争工具。专门讨论女童问题的B节呼吁消除女童死亡率过高的现象。女性割礼习俗应予消灭。还有一节涉及在家庭生活和生育方面,男性的责任和参与。除了上述个别章节外,在整个《行动纲领》中性别问题同许多其他问题交织在一起。几乎在每一章内都包括有关性别问题或妇女与女童的建议。

11. 《行动纲领》特别注意特别是在妇女当中持续的贫穷现象。已为降低产妇死亡率修订和制定更详细的数量目标。已吁请注意属于国际移徙人士,特别是难民妇女的需求,也呼吁对从事任何形式国际贩卖妇女活动的人予以制裁。另有一章专门讨论人口、发展和教育。其中强调消除性别差别并通过教育赋予妇女权力。敦促利用按性别分类的数据进行研究以及就男性参与计划生育的情况进行研究。

12. 1999年6月-7月举行了全面审查和评价《国际人口与发展会议行动纲领》执行情况的大会第二十一届特别会议。该会议发现在执行《行动纲领》方面有些进展,但在若干领域内的进展有限。特别会议为进一步执行《行动纲领》采取一套重大行动,¹⁵其中包括关于促进和保护妇女的人权、赋予妇女权利、方案和政策中的性别观点以及倡导两性平等和公平的各项建议。

13. 当人口和性别政策和方案制定后,也认识到还有许多工作未完成。《行动纲领》和未来的重大行动需要社会和人口过程的性别分类分析。编写本报告是为了进一步了解这些问题并采取有更有效的措施来解决问题。下列各节包括关于人口变化主要成分及其同性别的联系的最新资料。具体而言,本报告涵盖成立家庭的模式和趋向(包括婚姻、避孕和受孕)、死亡率(包括死亡主要原因、人体免疫功能丧失病毒(艾滋病毒)后天免疫功能丧失综合症(艾滋病)、人口老龄化以及国内和国际移徙。也审查了各国政府关于每一组成部分的政策和活动。

一. 成立家庭

14. 生育力和家庭研究的一项重要发展就是从完全集中于妇女逐渐转变为包括男女两性的更平衡的观点。《国际人口与发展会议行动纲领》不仅为从计划生育转变为更全面的生殖保健方式,也为从仅包括妇女的办法转变为包括男女两性的办法产生促进作用。由于日益认识到对男女两性的态度和行为的了解是充分了解家庭动态所必需的,从而导致设法将男性纳入研究分析和政策方案中。为弥补目前的数据差距,愈来愈多的大规模人口调查正开始将男性列入其国家抽样。

15. 男子和妇女在社会中的角色和地位在个人开始性生活方面具有重要作用。越来越多的证据显示,两性不平等可能危害妇女的性健康和生殖健康,因为这种不平等使妇女对何时开始性行为活跃的控制受到限制、使她们更易受具危险性的性行为的伤害以及削弱她们同其伴侣商议采取预防措施的能力。性活动通常在青春期开始,此时特别易受伤害并且往往太无知而无法作出负责的选择。
16. 近几十年来,性行为开始的时间和情况均经过一些变化。有些研究指出,在较发达区域内呈现开始性活动的年龄更小的趋势,但较不发达区域的证据较不明确,因为各国之间差异很大。由于营养和保健改善,初经期提前,再加上结婚年龄延后,使性成熟与成立家庭之间的差距扩大,使婚前性活动的期间延长。这种趋势使我们新认识到未婚青年人面临的危险,因为他们通常很少有机会获得包括计划生育在内的信息和保健设施,因此更容易遭受未经保护性活动的潜在危害,例如意外怀孕和性传染疾病。
17. 在青春期开始性活动是男子和妇女共同的经验,但性活动发生的时间和情况则通常男女不同,在发展中国家尤其如此。一般来说,男子性行为活跃的年龄早于女子。不过最新数据显示差别不大,其形态随区域而异。虽然在大部分拉美国家,男子性行为开始的年龄早于女子,但在几个非洲国家却恰恰相反。就性行为开始的情况而言,性别差异较大。在男子中,他们青少年时期的大部分性活动不是婚姻关系,而大部分妇女的性活动则是婚姻关系。另一个开始性生活的重要方面包括在何种程序正在采取有效措施,防止怀孕和性传染疾病。从发达国家和发展中国家得到的数据表明性行为开始时期的保护程序很低。
18. 凡是在妇女的认同和地位主要视其家庭和生育子女的作用而定的社会中,早婚往往较为普遍。由于教育普及,妇女的作用日益多样化,早婚现象日益减少。不过结婚时机也可能影响妇女在社会和家庭中的地位。例如,早婚往往引起辍学,随之可能影响妇女在家庭中的自主地位和权力。
19. 现有数据显示世界各地结婚时机的形态变化很大。在孟加拉国女子平均结婚年龄为 14 岁。在印度、尼泊尔和也门约为 16 岁,在日本和几个欧洲国家则为 26 岁以上,不一而足。现有证据证明在世界上大部分地区的趋势是推迟结婚。在较发达地区,结婚年龄推迟的部分原因是由于年轻时同居现象日益普遍。婚姻破裂的比率日益增加,离婚后再婚的比率日益下降,这也使成年妇女处于婚姻关系之外的时间增加。
20. 虽然在许多发展中国家妇女于青春期结婚已成为习俗,但在大部分社会青少年男子结婚的却极少见,这主要是因为流行的社会时尚强调男子结婚的先决条件是经济上可以养家活口。在大部分国家丈夫的年龄一般都要大于妻子,虽然年龄差异程度随地区而有很大出入。在拉美和亚洲,配偶平均年龄差异往往要较北非和撒哈拉以南非洲为小,虽然近年来这种差异在各地区正在逐步缩小。
21. 由于妇女的教育一般都有所改善,所以可以看到一种趋势,即生儿育女的时间逐步推迟,子女减少和意外怀孕的机会也在下降。过去数十年来日渐改变的性别规范和态度已经在发达的工业化国家所经历的第二次人口过渡期间起着关键作用。除了

生育率偏低之外,在这种新的人口阶段,在个人以家庭为中心这点上发生了广泛的变化,这反映在晚婚、非婚同居、离婚率和非婚生育率增加等现象上面。一般认为,男子教育水平和加入劳动力比率日益接近已经在家庭领域产生重大变化。

22. 越来越多的国家其生育率水平已经低于替补率,首先发生在较发达地区,最近发生在一些较不发达地区,特别是东亚和东南亚。按照对联合国人口估计数和预测的1998年订正¹⁶全世界有61个国家,即占全球人口的44%的国家,目前其生育率不是相当于就是低于替补率。不过,在许多这些社会中,调查数据显示,理想的家庭规模一般是两个子女,高于实际的生育率,这表明潜在要求生育更多的子女。按照1998年订正,共有13个国家的生育率相当于每名妇女生育1.5个子女或低于此数,其中大部分是东欧和南欧国家。一些研究者指出,造成理想的和实际的生育率之间差异的部分原因是,体制上未能适应性别作用方面的变化以及所提供的资源不足以缓和男女为了兼顾到经济独立和养育子女所面临的可能冲突。

23. 过渡到为人父母的时机对以后的生育生活具有重要的影响,包括最后完成的家庭规模、母亲和子女的健康以及家庭福祉。很早生育儿女——15岁以前——在大部分国家一般并不常见,虽然在有些撒南非洲国家如利比里亚、马里和尼日利亚以及在孟加拉国约有十分之一的年轻妇女在15岁以前就有了孩子。不过,在18岁以前有小孩的情况在许多发展中国家倒很普遍,虽然在世界大部分地区已有证据证明最近的趋势朝向晚开始生育。大部分的研究集中探讨早生育对妇女造成的不利影响,这主要是因为青少年男子为人父的现象在大部分社会不常发生。不过,男子也可能未准备好承担如此年轻就生儿育女的全部责任。现有的少数研究显示,虽然这种影响对妇女较轻,但青少年时就为人父母对男子的教育和职业前途产生不利的影响。

24. 大部分头胎都是婚内生的,但在有些社会相当大的一部分年轻妇女在婚外生育。例如在撒南非洲地区,20-24岁妇女婚前生头胎的比例在肯尼亚和利比里亚约为40%,在博茨瓦纳和纳米比亚则超过70%。虽然在世界上大部分地区已有证据证明青少年生育率日渐下降,但非婚生育的比例在许多国家,包括在较不发达国家和较发达国家却在增加。例如,最近根据欧洲生育率和家庭调查所作的研究表明,在25-29岁的母亲中,有婚外头胎的比例在瑞典、奥地利和法国约占一半,在挪威、德国和大不列颠及北爱尔兰联合王国约占三分之一。不过,大部分的非婚生育都在同居情况下发生,因此,最近非婚生育比例增加不见得就是单身母亲的趋势上升。

25. 虽然决定避孕一般是双方的事,但妇女往往要对防止怀孕承担大部分责任。妇女对这个决定承担较大责任的一个促成因素是,大部分的现代避孕药具都要靠妇女采取主动控制使用。联合国最近所作的关于避孕药具普遍使用率的估计数表明,在世界所有已婚夫妇中,58%使用避孕,而且在这些夫妇中,不到三分之一依靠需要男方参与(保险套和输精管结扎术)或合作(计算排卵期避孕法和体外射精法)的方法(表1)。较发达地区(约占避孕药具总使用率的50%)要比较不发达地区(约为20%)更依靠男方为主的方法。这种差异部分是由于在较发达地区比较常用定期节欲和体外射精法,特别是在东欧和南欧。

4

表 1. 按方法类型开列的目前世界和区域避孕药具使用率平均数^a

(百分比)

主要领域	共计	以妇女为主的方法			以男子为主的方法			
		避孕药	避孕环	其他供应 方法 b	女性绝育	男性绝育	保险套	计算排卵期 避孕法, 体外射精法 c
世界	58	8	13	3	19	4	4	8
较发达区域	70	17	6	2	9	5	14	19
较不发达区域	55	6	14	2	21	4	2	5
非洲	20	7	4	2	2	0.1	1	4
亚洲 d	60	5	17	2	24	5	3	4
拉丁美洲和加勒比	60	14	7	2	28	1	4	9
大洋洲	29	5	1	6	9	0.2	1	7

资料来源: 1998 年世界避孕药具使用率, 挂图(联合国出版物, 出售品编号 E.99.XIII.4)

说明: 避孕环=宫内避孕器

a 在目前已婚的育龄妇女(如可能也包括同居关系的妇女)中的避孕药具使用率。

b 包括注射式避孕药、子宫帽、子宫颈帽和杀精剂。

c 还包括基于避孕理由的完全禁欲、民间办法和未分别列述的其他办法。

d 不包括日本在内。

26. 性传染病,特别是艾滋病毒日渐流行,已经使预防疾病成为同意外怀孕同样重要的问题,特别是在性行为活跃的青年人。这种双重问题可能影响避孕药具的选择。这些问题还更加突显男方在避孕行为上分担责任的重要性,因为可以避免意外怀孕和性病的主要方法,即保险套,需要男方的合作。全世界使用保险套的比率仍然偏低。根据联合国的估计,在所有夫妇中约有 4%依靠保险套,从较不发达地区的 2%至较发达地区的 14%,不一而足。不过,现有估计数是根据已婚妇女的调查回应资料编制的,所以可能低估了总人口中的实际使用率。

27. 男子对使用避孕药具决定的影响长期以来得到承认,但主要是在上一个十年期间才把重点明确放在男子作为生育保健的关键伙伴上面,并形成政策观点。计划生育方案传统上几乎完全针对妇女,可是现在日益视男子为重要的有益参与者,并从而重新安排方案提供的服务。调查数据并没有支持上面关于男子不情愿分担计划生育责任的假定。最近的研究还表明夫妇沟通对避孕行为产生很大的影响。

28. 教育对社会的经济和社会进步以及对个人福祉所起的关键作用已得到公认。男女之间教育程度相差很大往往会在家庭和在社会中使性别不平等继续长期存在。相反,教育平等有助于逐步打破支持性别在家庭和公共领域中起高度不对称作用的理论依据。为此目的,《行动纲领》明确强调教育对女子的价值。具体而言,

《纲领》旨在使女生和青少年上学,以便在 2005 年之前拉近初等和中等教育的性别差距。

29. 妇女教育借此对成立家庭和生育行为产生影响的直接和间接渠道很多。高等教育就会造成晚婚和推迟为人父母。关于家庭大小的愿望,接受较好教育的妇女往往偏爱小家庭,因为教育使妇女的作用超出生育范围,更希望子女接受教育,从而防止发生高生育率。妇女教育不仅对要多少子女产生影响,还影响到通过避孕手段选择家庭大小的意愿和能力。现有数种研究已经表明教育会加强对避孕手段的认识、接受和使用程度。由于这些作法,接受良好教育的妇女较少发生意外生育的情况,这表明教育有助于作出生育选择。研究结果还表明男女教育同成立家庭的过程有关,两者不是相互取代而是相得益彰。

30. 1996 年,15 岁以上的男子人口有 16%,女子有 29%是文盲(表 2)。入学比率数据,显示,教育程度主要依一个社会的社会——经济发展水平而定,在整个教育水平偏低的区域,就学的性别差距较大。在过去几十年来,除撒南非洲以外,大部分区域的初等教育有所扩张。在撒南非洲区域,八十年代期间初等教育扩张减缓,因为经济危机和债务的重新调整导致家长承担的学校费用较高以及学校质量下降。在整个发展中国家内,初等阶段的性别差距大为缩减,虽然在撒南非洲、北非和南亚的性别差距仍然持续不变。中学和中学后阶段的女子人数减少,但性别差距缩减。

表 2. 1980 年和 1996 年男女文盲比率和总入学比率

主要地区	成人文盲百分比				总入学比率							
	1980		1996		小学阶段				中学阶段			
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
全世界	23	38	16	29	103	88	105	95	52	41	63	55
较发达区域	2	5	1	2	101	101	103	103	89	90	99	102
较不发达区域	31	53	21	38	104	86	106	94	42	28	55	45
最不发达国家	52	75	41	62	77	54	79	61	20	9	23	15
非洲	48	72	34	54	89	69	85	71	27	16	36	30
亚洲	28	51	19	37	106	87	110	98	46	32	62	50
拉丁美洲和加勒比	18	23	12	15	106	103	116	110	44	45	55	60

资料来源:教科文组织 1998 年统计年鉴(教科文组织出版和贝尔南出版社,1998 年)

31. 越来越多的政府认为青少年男女需要进一步获得关于生育、性传染疾病、艾滋病感染、提早生育的危险以及使用避孕药具的保健效益的信息。即使在那些坚决主张青年人应普遍接受性教育的人士当中,对于应在什么年龄开始这种教学、由谁提供以及在什么情况下提供等问题都持有很不同的意见,在较发达国家内,学校教育继续到 15 岁左右和 18、19 岁,一般认为学校是性教育的最佳环境,其次为青年机构。发达国家的大多数学校在中学的头几年向年轻人提供某种性教育。在若干发达国家,在小学头几年逐渐开始家庭——生活教育,其内容是配合儿童的心智和知识发展阶段编制的。不过,在大多数发展中国家,男孩和女孩很少接受性教育。
32. 《国际人口与发展会议行动纲领》强调“各国政府应严格执行关于婚姻须经双方自由和完全同意的法律。各国政府应严格执行关于同意和成婚的最低年龄的法律,必要时并应提高最低婚姻年龄”(第 4.21 段)。在世界上许多地区,妇女的基本权利受到侵犯,往往未经同意即被迫成婚,或在家庭压力下被迫同意。法律规定的最低结婚年龄几乎各地相同,最普通的是男子 18 岁,女子 16 岁。
33. 规定结婚最低年龄的许多法律有一个问题,就是将女子的年龄定得太低,并且将妇女的年龄定得比男子为低,这意味着妇女需要为结婚作准备的年数少些,因为她们的职责仅限于生育和家务。过去二十年来,已有 50 多个国家修改其关于结婚最低年龄的法律。不过,结婚年龄法通常并未执行。在世界有些地区,例如非洲,法定结婚年龄通常偏高,但实际结婚年龄偏低。在许多国家,经父母同意的最低法定结婚年龄要比不经父母同意的为低。
34. 过去许多计划生育方案忽略了男子。不仅如此,有些计划生育方案甚至避开男子,因为它们认为男子不关心或甚至反对计划生育。《行动纲领》正式确认男子对妇女的生殖保健的重要性并且也确认男子本身生殖保健的重要性。《行动纲领》敦促所有国家向男子和妇女提供“易于取得、负担得起、可接受和方便的”生殖保健服务。《行动纲领》鼓励生殖保健方案不要将男子和妇女分别处理,并采取更为全面的办法,将男子包括在内并着重于夫妇。近年来,许多国家已为男子制订各项方案。
35. 在欧洲和北美的历史性生育过渡期间,限制生育的主要办法(体外射精法、节欲和保险套)均由男子控制。自 1960 年代普遍使用避孕药的“避孕革命”以来,避孕技术的主要进展在于妇女使用激素办法。虽然许多妇女可能由于舒适或由于她们丈夫不需要知道,而偏好长效器具,但她们却变成了依赖往往设备不足以满足医疗需求的保健系统。法律或行政规定仍然在一些国家限制了采用各种各样的计划生育办法,并且在一些地方,妇女需要获得丈夫或父母允许后才能得到服务。
36. 就绝育而言,性别差异十分显著。在大部分国家,女性绝育仍远较男子绝育普遍,纵然外科手术会使妇女冒较大风险,需要更多的技术经验以及要比男性绝育花费更多。诚然,妇女绝育是全世界唯一最主要的方法,约占总避孕率的 30%。1974 年以来,世界上许多地区时兴减少或废除对自愿绝育的限制。不过,为了避免滥用并且鉴于这种方法是不可逆转的,许多政府对可能做自愿绝育者定出年龄、产次和其他规定。许多国家对妇女而非对男子施加限制。
37. 特别是在东亚、东南亚和中南亚,许多国家有根深蒂固的偏好男童的长期传统。发生这种现象有许多根源,包括相信儿子更适合干艰苦的农活,儿子可以传宗接代,必须为出嫁的女儿提供丰厚的嫁妆以及根深蒂固的文化信念。如果一对夫妇希望只有一两个孩子,他们往往想确保这些子女是男的,为了阻止搞产前性别选择,印度

政府于 1994 年实施全国性的立法,管制产前检测。这项立法的公开目的是要禁止使用产前诊断技术来确定胎儿的性别,以致“堕除女胎”。

二. 健康和死亡率

38. 20 世纪全世界的死亡率显著下降。单单是在 20 世纪的下半期,全球在出生时的预期寿命从 1950 至 1955 年的 46.5 岁增加到 1995-2000 年的 65.4 岁。在比较发达的国家,到 1950 年已经出现了长寿的大量增加,出生时的预期寿命从 1950 年代初期以来,已经从 66.6 岁增加到 74.9 岁。对照来说,较不发达地区的大多数国家要到 1950 年之后才开始出现死亡率下降的情况;但是它们在那之后的变化更加迅速。较不发达地区出生时的预期寿命估计增加了令人印象深刻的 22.4 岁,从 1950 至 1955 年的 40.9 岁增加到 1955 至 2000 年的 63.3 岁。即使是在最不发达的国家,预期寿命增加了 14.9 岁,从 35.6 岁增加到 50.5 岁。

39. 20 世纪死亡率的下降是由于一些因素,包括收入和营养汲取的增加、卫生和供水的改善,以及疾病的预防和公共保健改革,改善了生活条件。在较不发达地区,死亡率变化的关键特征是在 20 世纪下半期的婴儿与儿童死亡率的大量下降,公共保健方案发挥了主要作用。特别重要的是在疾病预防和管理方面的新科技运用。

40. 死亡率下降和教育机会的扩大密切关连。教育,尤其是妇女的教育,已经显示出对于婴儿和儿童死亡率的影响,那要比收入、改善卫生和现代部门就业的合并效果还要大。最近对于全球死亡率下降的根源的研究,把 1960 至 1990 年期间男子和妇女预期寿命增加三分之一因素归之于妇女教育所达到的成果。

41. 虽然 20 世纪死亡率下降的大部分因素是改善男女和妇女的生活条件,各地妇女的预期寿命增长比较快,1995-2000 年妇女出生时的预期寿命几乎在所有国家都超过男子的预期寿命。在全球上,1995 年至 2000 年妇女在出生时预期寿命的优势估计为 4.4 年,但是在比较发达地区的差距(7.6 年)要比较不发达地区的差距(3.2 年)更大。最不发达国家甚至也显示了较小的差距大约 1.9 年。

表 3. 1950-1955 年、1975-1980 年和 1995-2000 年世界和主要区域出生时预期寿命的趋势和性别差别

主要区域	两性预期寿命(年)			性别差别(妇女-男子预期寿命)		
	1950-1955	1975-1980	1995-2000	1950-1955	1975-1980	1995-2000
世界	46.5	59.7	65.4	2.7	3.5	4.4
较发达区域	66.5	72.1	74.9	5.0	7.4	7.6
较不发达区域	40.9	56.8	63.3	1.7	2.0	3.2
最不发达国家	35.6	45.3	50.5	1.3	1.8	1.9
非洲	37.8	48.0	51.4	2.7	3.2	2.8
亚洲	41.3	58.5	66.3	1.4	1.6	3.1
欧洲	66.2	71.2	73.3	5.1	7.7	8.2
拉丁美洲和加勒比	51.4	63.1	69.2	3.4	5.2	6.5
北美洲	69.0	73.3	76.9	5.8	7.8	6.6
大洋洲	60.9	68.2	73.8	3.8	5.6	4.9

资料来源:世界人口前景:1998 年订正本,第一卷,综合表格(联合国出版物,出售品编号 E/99/XIII/9)

42. 在发达国家中,预期寿命的性别差别在冰岛、马耳他、瑞典和前南斯拉夫的马其顿共和国较小——少于 5 年。在白俄罗斯、爱沙尼亚、拉脱维亚、立陶宛和俄罗斯联邦,估计性别差别最大——超过 11 年。东欧的较高死亡率和预期寿命的巨大性别差别,反映了该地区从 1960 年代中期以来,特别是在男子之间出现的死亡率下降的长期停滞和扭转。

43. 在比较发达地区预期寿命的性别差别主要是由于成人和老年死亡率的差别趋势,因为那些地区的婴儿和儿童死亡率很久以来已经没有对预期寿命产生重大影响。对于某些发达国家超过 30 岁年龄方面的死亡率的性别差别的研究,显示出所有国家在每个年龄上的男子的重大劣势。这种劣势一般在东欧国家最大。过分的男子死亡率在 30 到 40 岁之间最为显著。

44. 较不发达地区的男子和妇女预期寿命的差别一般来说,要比较发达地区的差别为小,虽然也有发展中国家的死亡率差别相当于较发达地区。较不发达地区最小的性别差别是在中南亚,那里的预期寿命 1980 年之前男子要比妇女高一些,但是那里的妇女现在有 1.1 年的优势。估计最大的性别差别是在南美和南部非洲,那里的妇女优势分别为 6.5 和 6.0 年。

45. 讨论发展中国家死亡率的性别差别的大部分资料并非集中在预期寿命的差别,那会因为对于数据有限的国家,在成人死亡率的估计上所作的假设可能有偏见,而是集中在儿童死亡率方面的性别差别,也就是说,婴儿、儿童和 5 岁以下的死亡率,在这方面有较多数据。在大多数人口中,女婴的死亡率要比男婴较低,这个结果是由于生物和遗传因素(见表 4)。妇女的优势也延续到婴儿期之后,虽然在幼年的初期某个时候,在 1 岁至 4 岁期间,环境因素而非生物因素开始对于决定死亡率的性别差别有较大的影响。在某些国家,女童比男童的优势被其他的因素盖过,包括对女童的歧视,影响到她们的健康和生存。

表 4. 1995-2000 年世界和主要区域婴儿和儿童死亡率估计数

主要区域	婴儿死亡率 (每千名出生者)	5 岁前死亡率(每千名出生者)		
		总数	男	女
世界总数	57	80	80	80
较发达区域	9	11	13	10
较不发达区域	63	87	87	88
最不发达国家	99	156	160	151
非洲	87	140	146	133
亚洲	57	74	7	77
欧洲	12	14	16	12
拉丁美洲和加勒比	36	44	49	39
北美	7	8	9	7
大洋洲	24	32	31	32

资料来源:世界人口展望 1998 年订正本,第一卷,综合表格(联合国出版物,出售品编号 E.99.XIII.9)。

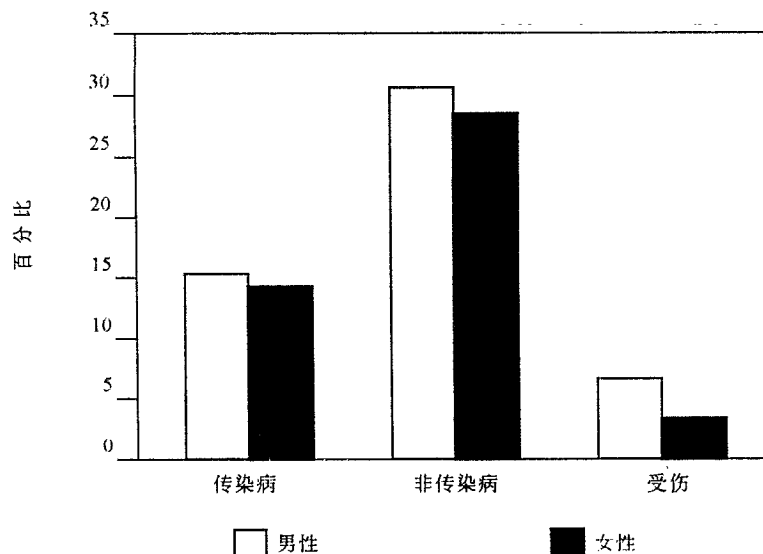
46. 联合国最近对于婴儿和儿童死亡率的性别差别及其在 1970 和 1980 年代的发展中国家中的决定作用的研究,证实了在研究的大多数国家中,男婴的存活机率要比女婴为低。关于儿童死亡率(1 岁至 5 岁期间的死亡机率),研究发现过度的女童死亡率证据并不限于任何单一地区。所有国家的加权平均数显示过度的女童死亡率大约为 10%。在区域一级,发现女童在中南亚是处于最严厉的劣势地位,北非和西亚也是如此,但程度较轻。在所有其他地区,女童比男童死亡率较高的国家,没有显示明确的地域模式,虽然在拉丁美洲和加勒比,他们往往集中在中美洲,在撒哈拉以南非洲,他们往往属于西非和中非。但是在大多数这些国家,女性的劣势很小。

47. 最近关于 1990 年代的数据显示,虽然婴儿和儿童死亡率在男童和女童方面已经继续下降,有些国家仍然存在过度的女童死亡率。在中南亚,女童继续处于比男童极为不利的地位,在北非和西亚也是如此,虽然程度较轻。

48. 在检查过度的女童死亡率的决定因素时,联合国的研究并没有发现对女童在营养上的有计划忽视,甚至在有明确证据显示女性处于不利生存地位的国家。关于利用保健服务,调查结果比较复杂,在女童处于最不利地位的国家,对女童获得预防性和治疗性照料有歧视措施的证据。令人惊奇的是,并没有持续的证据显示母亲的教育减轻了在疾病的预防和治疗方面的差别,虽然已经显示教育对儿童存活有相当大的影响。总的来说,研究的结果显示,过度的女童死亡率的决定因素十分复杂,并不能找到关于确切原因的确定证据,因而强调必须谨慎,不能过分简单地把过度的女性死亡率解释为性别歧视的结果。

49. 关于死亡的原因,1998 年按性别和三个广泛原因组别对于死亡原因的全球估计(图表一)显示,非传染性疾病是男性和女性死亡率的最重要原因,占 1989 年所有死亡的大约 59%。30%的死亡估计是由于传染性疾病,11%是由于受伤。

图二. 1998 年世界按性别和广泛原因组别分列的死亡原因



资料来源: 世界卫生组织, 1999 年健康报告: 作出进展(1999 年, 日内瓦), 附件, 表 2。

50. 虽然图表一所显示的数据说明男子和女子几乎同样可能死于传染病和非传染病,在特定原因的死亡率上,却有重要的性别差别。在传染病当中,男子要比女子更可能死于传染病和寄生虫病。但是肺病就占男子死亡的 49%以上。在非传染病当中,心血管疾病和恶性肿瘤是男子和女子死亡的最重要原因。据估计男子死于恶性肿瘤的要比女子多出 32%。在妇女当中,乳癌和生殖系统癌症占癌症死亡的最大数目。
51. 由于心血管原因而死亡的女性超过男性。过多的女性因为心血管疾病而死亡是 70 岁以上死亡率的主要来源,在那方面女性的死亡超过男性死亡 36%。对照来看,在 30 至 59 岁,男性因心血管疾病的死亡人数要超过女性死亡人数的 50%以上。这说明心血管疾病已成为女性死亡的主要原因,并非因为妇女比较脆弱而是因为更多的妇女活到心血管疾病成为死亡主要原因的年纪。
52. 受伤是年轻男子死亡的一个重要原因。1998 年在估计 580 万因受伤而死亡的人数中,有 380 万或三分之二是男子。因公路交通事故死亡的男子是女子的一倍。因杀人和暴力的死亡,发生在男子身上也几乎是女子的 4 倍。
53. 由于大多数传染病所造成的男性比女性较高的死亡率的因素,并没有得到明确了解,虽然看来在生理上有天生的性别差异,因为男性和女性社会化的差别而增强,促进了性别差别。对于非传染疾病和受伤,有相当多的证据显示行为因素在促成疾病和死亡率的性别差别方面的重要性。在东欧国家,男子之间的冒险行为,特别是酗酒和吸烟过度是相关的原因。吸烟造成男子比女子高得多的死亡危险。在全球上,同烟草相关的死亡率估计男子要比女子高出 4 倍。由于当前的死亡关联到过去的消耗,近年来妇女之间吸烟的流行有所增加,预期对健康的影响将会扩大,包括较多的妇女。肺癌是美利坚合众国妇女因癌症死亡的最普遍原因,肺癌的病例在妇女吸烟人数多的国家不断上升。由于较多的妇女吸烟,同吸烟有关的疾病和死亡已经成为妇女在预期寿命方面的持续优势的重大威胁。
54. 同怀孕和生产有关的麻烦继续是造成发展中世界许多地区生殖年龄妇女死亡的主要原因。按照世界卫生组织(卫生组织)最近的估计数,大约 500 000 名妇女 1998 年死于同怀孕有关的原因,99%以上的那些死亡是发生在低收入和中等收入国家。虽然证据显示在总体死亡率低的国家产妇死亡率已经下降,但很难衡量由于缺乏可靠数据,而被认为问题最严重的那些国家中的进展情况。同怀孕有关的麻烦、健康不良和死亡的立即原因是妇女在怀孕和生产期间不能获得足够的照料。造成产妇死亡率高的因素包括妇女的从属地位、健康不良和营养不良。缺少教育和关于怀孕期间麻烦情况的征兆的信息缺乏或不正确,也造成发展中国家产妇死亡率高。
55. 把性别观点纳入保健政策主流的企图是在执行的初阶段。虽然在确认优先领域方面已经作出一些进展,调动资源来纳入性别观点,在许多国家已变成一个困难的工作,特别是在发展中国家,那里的保健系统面临严重的结构和财政困难,并且正在进行重大的改革。将性别纳入保健部门的努力大体上集中在妇女的健康问题上。关于处理健康的其他方面的性别敏感政策和方案的例子很少。目地在于促进健康和防止同生活方式相关的情况的干预行动,例如反吸烟宣传,提供了这种缺乏性别观点的显著例子。现在众所周知,一些行为模式,例如营养习惯、吸烟和饮酒,对个人和全体人口的健康影响很大,这些行为往往是有特定性别的。但是,除了针对怀孕妇女的宣传之外,反吸烟宣传并没有考虑到性别因素。同样地,阻止饮酒的宣传几乎从来就没有考虑性别问题,虽然许多重建方案无疑是以男子为对象。

56. 超过三分之二的发展中国家政府以及一半的发达国家政府,已答复了第 8 次联合国关于人口与发展的询问,认为他们的产妇死亡率高得不可接受。所有国家都表示,他们已经采取措施来降低这些比率。政府采取的措施大多数是属于生育前的照料和信息、教育和通讯方面。虽然减少产妇死亡和疾病的干预行动,所根据的理由是产妇健康和存活的一项最重要的相关决定因素是妇女获得基本产科照料的程度,关于政府行动的资料显示出紧急助产服务并未获得最高优先。此外,研究结果显示,例如那些训练传统助产士的方案,到目前为止对于发展中世界许多地方的产妇死亡率只有很小的影响。越来越明显的是,目的在于减少产妇死亡的干预行动的效率是以保健系统的全面加强为条件。

57. 行动纲领要求消除对妇女的一切形式暴力,包括家庭暴力和切除妇女生殖器官。许多国家直到最近才开始制定侦察和防止家庭暴力的行动纲领。拉丁美洲是一个最近有重大进展的地区。中美洲所有七个国家在 1995 至 1997 年都通过了关于家庭暴力的立法。一些国家也建立特别警察单位和处理基于性别的暴力和家庭中的暴力(阿根廷、巴西、尼加拉瓜和秘鲁)。针对脆弱人口,例如青少年,或者根据风险标准来改善警察的干预行动,已经在一些学校和保健设施内试图推行,但是仍然很难加以评价。在大城市,已经在公共设施内或者由非政府组织设立电话热线,目的是要接触到家庭虐待事件的受害者。一些非政府组织也已经开办收容所和筹措资金以便提供对受虐待的妇女短期经济支助。关于照料,一些发达国家和发展中国家已经建立了以家庭暴力和性虐待受害人为对象的生理医疗和心理治疗标准和议定书。在这些试图中,马来西亚的“综合求助中心”医院方案倡议,是对处理家庭暴力的一个新的设想周到的方法。

58. 在最近的国际会议上对于防止切除妇女生殖器作法上达成的两大共识,强化了目的在于制止这种作法的国家和国际倡议。一些非洲国家已经通过立法,禁止切除妇女生殖器的作法和/或将此种作法订为犯罪行为:加纳(1994 年)、布基纳法索(1996 年)和科特迪瓦(1998 年)。1997 年,埃及最高行政法院推翻了一个次级院所作的驳回政府在 1996 年颁布的法令的判决,该法令禁止保健人员对妇女进行切除阴核手术。大多数国家已经试图通过刑事规约以外的途径来解决这个问题,例如通过强调其对健康的有害后果的宣传运动来阻止这种行为。在这些活动当中,非政府组织同传统的酋长结为伙伴,在肯尼亚的 4 个地区和在乌干达的卡普乔鲁瓦地区实施无害的替代仪式,这显示形成了一种新的沟通方法。一些有非洲移民人口的国家-澳大利亚、加拿大、丹麦、法国、荷兰和挪威以及美利坚合众国等 8 个国家-或是通过了立法禁止切除妇女生殖器,或者明确规定这种作法是在刑法下的非法行为。

艾滋病毒/艾滋病

59. 到 1999 年年底,估计有 3 360 万人感染了艾滋病毒:(表 5)。在这一年期间,大约有 660 万人感染了艾滋病毒。95% 以上的艾滋病毒感染者居住在发展中世界。95% 的所有艾滋病死亡都发生在发展中国家,大部分是通常处于尖峰产生殖年龄的年轻成人。艾滋流行病至今已经造成超过 1 600 万人丧生。

表 5. 1999 年 12 月,区域艾滋病毒/艾滋病统计和数字

区域	流行病开始发生	感染艾滋病毒/艾滋病的成人与儿童	新近受艾滋病毒感染的成人与儿童	成人感染率 ^a (百分比)	妇女呈艾滋病毒阳性反应比率	感染艾滋病毒/艾滋病成人传染的主要方式
撒哈拉以南非洲	1970 年代后期 1980 年代初期	3 300 000	3 800 000	8.0	55	异性
北非和西亚	1980 年代后期	220 000	19 000	0.13	20	异性 IDU
南亚和东南亚	1980 年代后期	6 000 000	1 300 000	0.69	30	异性
东亚和太平洋	1980 年代后期	530 000	120 000	0.068	15	IDU 异性 MSM
拉丁美洲	1990 年代后期 1980 年代初期	1 300 000	150 000	0.57	20	IDU 异性 MSM
加勒比	1970 年代后期 1980 年代初期	360 000	57 000	1.96	35	异性 MSM
东欧和中亚	1990 年代初期	360 000	95 000	0.14	20	IDUMSM
西欧	1970 年代后期 1980 年代初期	520 000	30 000	0.25	20	MSM, IDU
北美	1970 年代后期 1980 年代初期	920 000	44 000	0.56	20	MSM, IDU 异性
澳大利亚和新西兰	1990 年代后期 1980 年代初期	12 000	500	0.10	10	MSM, IDU
共计		3 360 万	560 万	1.10	46	

资料来源: 联合国人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失症候群(艾滋病毒/艾滋病)联合方案(艾滋病方案)/世界卫生组织, 艾滋病最新资料: 1999 年 12 月(1999 年 12 月, 日内瓦)。

说明: “异性”指“异性爱传染, IDU 指使用注射药物传染, MSM 指同性性交男子性爱传染”。

^a 成人所占比率为 1999 年 15-49 岁有艾滋病毒/艾滋病者, 采用 1998 年的人口数字。

60. 到 1999 年年底,男子占 15 岁以上带有艾滋病毒/艾滋病的所有人的 54%。艾滋病毒/艾滋病的一个最令人困扰的趋势是妇女和女童带有艾滋病毒或患艾滋病的人数不断增加。在非洲,大多数艾滋病毒呈阳性反应的成人是妇女。在一些受感染最严重的国家,感染艾滋病毒的妇女人数超过男子,在年幼组别中高达 16 比 1。此外,没有证据显示这个趋势将会改变。

61. 为什么女人比男人较多受到感染并未得到充分了解。这显然涉及多重因素,包括艾滋病毒比较容易通过性关系从男子传到妇女,而非妇女传到男子。但是,一个主要因素当然是艾滋病毒感染在男子和女子的年龄模式上的差别。妇女往往由于生理和文化的原因要比男子更年轻就受感染。根据最近对于若干非洲人口的研究,15 岁到 19 岁的女童大约要比同年龄的男童增加 5 倍或 6 倍的机会更加可能呈现艾滋病毒阳性反应。男子的感染率最后会赶上,但是要等到他们达到 30 岁前后。显然,年长男子——他们往往强迫女童进行性行为或者以阔气老爹的方式赠送礼物来讨女童欢心——是青少年女童感染艾滋病毒的主要来源。

62. 对经济上或社会上依靠男性伙伴、恐惧暴力后果以及在受保护的性行为方面处于微弱谈判地位的年轻妇女来说,拒绝没有保护的性行为是一个严重的挑战。地方的神话和信仰鼓励年纪较大的、在性方面较活跃的男子寻求较年轻的性伙伴,因而使得年幼女童要比同年龄的男童增加了感染性病和艾滋病毒的机会。此外,在有些国家,妇女在幼小年龄就在性方面很活跃,并不了解艾滋病毒和性病的危险。

63. 限制年轻妇女适当地保护自己以免受到艾滋病毒感染的能力的平等两性关系,植根于社会-经济条件,许多妇女在那方面从出生开始就面临歧视。妇女一般要比男子受到较少的教育、缺乏经济机会和取得生产性资源的机会,并且获得性和生殖健康资料的机会也有限。妇女对艾滋病毒的生理的脆弱性,由于这些与性别有关的不平等和不公平情况而加倍。

64. 妇女受到艾滋病毒/艾滋病太大的影响。当一个新的家庭、企业或家庭耕作职责由于家庭成员生病而产生时,女童是最先退学的,并且女童在性交易而获得现款或其他资源方面特别容易受害。妇女作为主要的照料者,日益负担照料他们大家庭的艾滋病孤儿的职责,并且往往担负家长的责任,面临较大的社会-经济不平等所造成的限制。在农业社区,家庭的粮食安全日益发生危险,那里的妇女要负责维生耕作而积劳成疾。同时,当贫穷的妇女患病时,她们比男人较少得到保健的机会。或者在很多情况下,她们宁愿不寻求保健服务,恐怕遭受社会耻辱和歧视以及来自她们家庭的排斥。

65. 为了就业的农村——都市迁移继续同艾滋病毒的扩散相关连。男子由于离开婚姻和家庭联系,大体在他们工作场所周围寻求其他的性伙伴,使得不仅他们自己而且使得这些妇女受到威胁。当他们回到农村的家庭并且重建性关系,他们增加了把艾滋病毒传染给他们妻子和家园社区的可能性。

66. 虽然发展中国家的妇女和青少年进入生产性经济部门,例如制造业和旅游业,或是主要的维持家庭生计者,或是增加家庭收入,是增加他们的经济的独立的一个积极步骤,这种迁移对他们也带来新的挑战。他们许多人形成新的性网络,但缺乏家庭和村社的保护和支助作用,因而增加了他们感染性病和艾滋病毒的脆弱性。

67. 在感染最高的国家,艾滋病毒/艾滋病阻碍了发展的努力。在艾滋病扩散到一般人口的国家,估计预期寿命减少了 10 到 20 年。由于母亲到孩童的传染,使得儿童死亡率缺少改善,同样是降低这些国家发展展望的一个因素。1999 年新受感染的人,有十分之一是通过他们的母亲而获得感染。

68. 艾滋病毒/艾滋病显然影响到已经扩展过度而且负担过重的保健制度的基础结构。艾滋病治疗的公共保健预算开支的增加,特别是在非洲预计是 35%到 65%。训练有素的工作人员和其他保健提供人员的流失,也严重地损害到非洲保健的标准和质量。

69. 不断增加的孤儿是艾滋病的一个最悲惨情况。到 1999 年年底,有 1120 万 15 岁以下的儿童,因艾滋病而成为孤儿,其中 95%是居住在撒哈拉以南非洲。扩大的家庭结构,已经受到都市化和劳工迁徙的压力,无法发挥它们作为应付机制的传统作用。这个地区许多国家的社会和福利服务也不可能有能力提供对这些为数庞大的孤儿的照料和支助。

70. 已经实行改善预算和治疗性病和艾滋病毒/艾滋病的 3 个主要的行动方针:将性病和艾滋病毒/艾滋病的服务纳入现有以社区为基础的基本保健服务中,发展新的技术,以及促进在性和家庭关系上的两性平等。已经促进综合服务作为提供消除与性别有关的障碍以获得治疗和提供性病和艾滋病毒/艾滋病服务,以及使得更多人能够获得比目前所提供的更多的服务,特别是向性方面活跃的未婚妇女和青少年提供服务的一个手段。在发展中国家,提供这些服务是限于构成全国艾滋病毒监控系统的少数几家产前检查诊所。在有些国家,国家计划生育协会补充政府工作的努力具有重大意义。

71. 引进新技术有可能帮助妇女保护自己。女用避孕套现在在 30 个以上的国家销售,并且正获得承认,因为它给予妇女在性行为上的个人控制,并且增加保护自己,免受性病和艾滋病毒/艾滋病感染的能力。在过去的 5 年,试验的杀菌剂产品已经大量增加。但是,现有的阴道内杀菌剂产品的实地试验却有点令人失望。

72. 大多数国家已经开始进行信息和通讯宣传,促进性和家庭关系上的两性平等。在一些国家已经试图把关系技巧上的训练方案同促进和分发避孕套联系起来。同对伙伴的教育也证明在针对特定的男女团体上是有效用的。此外,已经作了一些尝试以超越传统的预防活动,解决性别脆弱性的经济根源。

三. 老龄化和性别问题

73. 从基本的人口统计学角度看,人口老化并非不分性别。年龄结构向老龄化演变的进程打破了整个人口中男女数目的平衡。目前,在 60 岁及以上的人口,有 3.34 亿名妇女,有 2.71 亿名男子,男女比例为 1 比 1.2(表 6)。60 至 69 岁的人口,男女比例为 1 比 1.1,80 岁人口的这一比例为 1 比 1.8,90 岁人口的这一比例为 1 比 2.9,而百岁老人中的这一比例则为 1 比 4。老年人中妇女占多数的情况与年轻人的情况正好形成对照,即在年轻人中男性占多数。这是因为出生的男孩比女孩多,平均每出生 100 名女孩就出生 105 名男孩。然而,由于男性的死亡率较高,妇女到老年人阶段就形成多数。就全世界而言,54 岁以上的人口,妇女的人数已超过男子。

表 6. 2000 年和 2050 年按性别和老龄男女比例分列的全世界 60 岁以上的人口

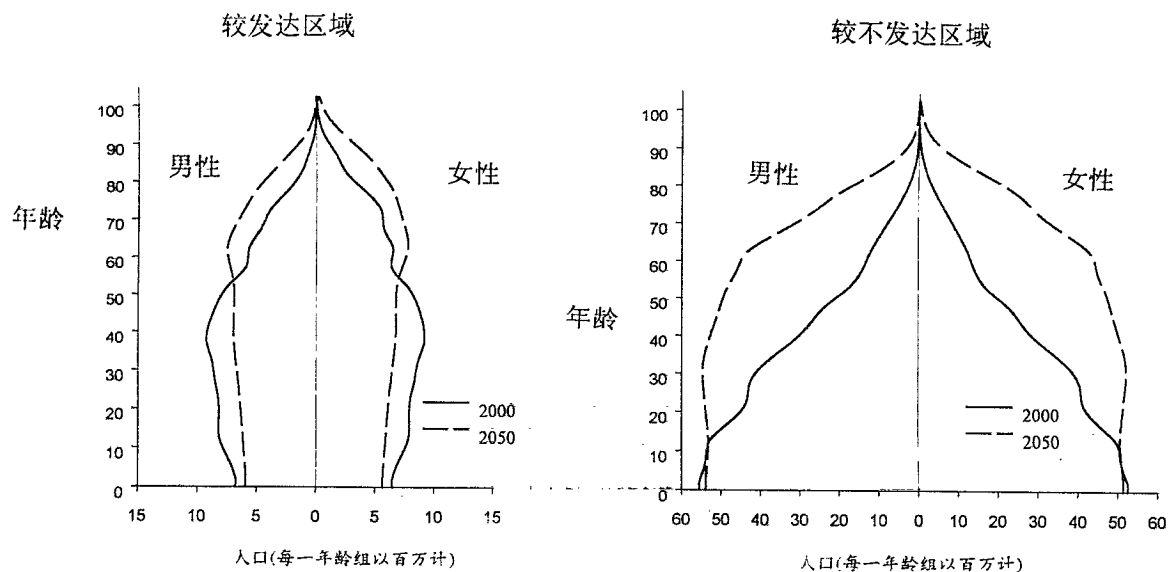
(以百万计)

年龄组	2000			2050		
	女	男	比例 (女/男)	女	男	比例 (女/男)
60 岁或以上	334.3	270.9	1.2	1 063.3	906.5	1.2
60-69 岁	176.6	161.8	1.1	482.1	467.2	1.0
70-79 岁	112.2	85.1	1.3	351.1	299.1	1.2
80-89 岁	39.5	22.0	1.8	187.6	123.7	1.5
90-99 岁	5.9	2.0	2.9	40.7	16.2	2.5
100 岁或以上	0.12	0.03	4.0	1.85	0.34	5.4

资料来源 《世界人口前景:1998 年订正本,第二卷,性别与年龄》(联合国出版物,出售品编号 E.99.XIII.8)。

74. 在较发达区域,妇女在老年人中占多数的情况比那些较不发达区域更为明显,这反映了在较发达区域男女死亡率上存在的较大差距(图三)。预计大多数老龄年龄层的男女比例将略有下降,尽管到 2050 年老年妇女的人数仍将大大超过老年男子。人口中老年妇女的绝对数字也大于男子:2000 年至 2050 年期间,预计女性人口将增加 7.29 亿,而男性人口则增加 6.36 亿。十分明显,人们越来越有可能活到耄耋之年的原因是青壮年人的死亡率有所下降,与此同时,在最近几十年老龄人口,其中包括年龄最长者的死亡率也大有改善,迄今这些趋势给妇女带来的好处要比男子多。

图二. 2000 年和 2050 年较发达区域和较不发达区域的人口的年龄和性别的分布图



资料来源:《世界人口前景:1998 年订正本,第二卷,性别与年龄》(联合国出版物,出售品编号 E.99.XIII.8)。

75. 由于缺乏可靠的、国际间可比较的数据,妨碍了对老年男女健康状况进行调查的努力。这种情况归咎于几个因素,其中包括在确定老年人健康状况上存在的问题、在进行大规模医学研究时将老年人排除在外、老年人病理状况的多样性以及存在着对老年人歧视的种种现象。目前正在对老年人的健康采取对健康和保健采取的生命周期办法。这种办法强调老年时的健康与终身健康之间的联系,即一直追溯至胚胎期,这意味着特别是广泛存在男女不平等现象的国家,老年妇女健康状况的根源在于她们早年遇到的歧视待遇,那时她们获得保健、充分的营养和教育的机会比男子要少。
76. 婚姻状况是健康与长寿的一个重要因素,也是若干因素产生的结果。已婚者的死亡率之所以比独身者低,其原因可能包括:精挑细选(他们婚娶的对象比较健康)、得到相互保护(已婚者均采用比较健康的生活方式)以及婚后有更大程度的财务安全。尤其在正规支助机制处于襁褓阶段的国家,未婚老年妇女比在婚老年妇女更有可能生活在贫困之中,因而更容易受到伤害。
77. 老年男子比老年妇女更有可能在婚。目前,三分之一(79%)的老年男子结了婚,而只有不到半数的(43%)老年妇女在婚。看来社会经济的发展情况不会改变已婚和未婚老年人所占比例。实际上在较发达地区和较不发达地区已婚老年人的百分比是一样的。男女在婚姻状况上存在巨大差距的原因是女性的预期寿命比较长,以及平均而言,妻子总是比丈夫年轻。在离婚或配偶去世后,老年妇女通常也不大像老年男子那样频繁再婚。在大多数地区,寡妇的数目迅速增加。
78. 到年老时,女性大都寡居。在欧洲联盟(欧盟)成员国中,15%的老年男性独居,与之相比,独居的老年妇女则有 39%。发展中国家独居老年人的比例比发达国家低得多,原因是具有持续的强大孝道传统,这通常体现为老年人与其子女住在一起。较发达国家很多老年人独居的情况在某种程度上意味着人们喜欢享有较大程度的隐私权和独立,同时也拥有实现这种愿望的经济手段。
79. 提供照料正成为与老年人处境有关的突出问题。在大多数国家,特别是正规支助制度不完善的国家,几乎完全依赖大家庭(这里通常是指妇女)来照料老人。这些妇女对必须抚养子女、又要照料年迈的父母以及在许多情况下还要从事劳务市场的活动感到十分为难。在那些拥有正规支助制度的国家,出现了将照料工作逐步由公共支助转由家庭负责的趋势,从而增加了对家庭提供照料者的需求。发达国家的职业妇女和非职业妇女一样有可能成为提供照料者,这一事实打破了走出家门就业使妇女无法成为提供照料者的神话。尽管在任何时候,发达国家住养老院的老年人只有大约 5%,比率较低,但却有约 25%至 30%的老年人在养老院尽其天年。由于妇女更有可能长寿到老,寡居而且成为老寿星,她们构成养老院人口中的绝大多数。
80. 往往被人忽视的是,有较小比例但并非微不足道的老年人为其子孙提供财政、体力和物质上的支助。在一些国家,祖父母——通常是祖母——承担着大部分抚养孙子女的工作。此外,由于各种因素,其中包括感染艾滋病病毒/艾滋病、离婚、少女怀孕、吸毒和父母的迁徙,生活在以祖父母为户主的家庭中的儿童人数越来越多。到 1999 年年底,全世界 1 120 万艾滋病孤儿中有 95%生活在撒南非洲,而祖父母是抚养其中许多儿童的主力。
81. 老年男子比老年妇女更有可能出外工作。1995 年,在全球范围,有 42%的老年男子上班而且有经济收入,相比之下,这样的老年妇女有 16%。实际上,许多老年人一直

工作到体力不支无以为续时止。非洲和亚洲曾有报道说,有些人甚至直至高龄仍一直参加有经济收入的活动。事实上,人们低估了老年妇女对经济做出的贡献,因为经济活动的定义往往不包括妇女所从事的工作种类中的主要门类。由于缺乏正规教育和技能,发展中国家的老年妇女大都在非正规经济部门工作,如家庭农场、其它农业企业或从事计件工。老年妇女的参与率较低也说明了为什么较发达地区的妇女一般都提早退休。老年人对工作生涯的依恋程度越来越弱,在较发达地区,男子和妇女退休的平均年龄均有降低,妇女退休期比男子增长得更快。

82. 对许多老年人而言,特别是在较不发达地区,贫穷是对其福祉的主要威胁。改进广大老年人的状况、特别是老年妇女状况的方案必须把重点放在收入安全、粮食安全和保健服务上。然而,如果没有全国性的养恤金计划,可能很难执行这类方案。在撒南非洲,只有纳米比亚和南非制订了综合性全国养恤金计划。

83. 妇女终生赚取的收入比男子要低得多,其原因是妇女参加工作的情况比较不稳定,有时是非全时就业,工资较低,养恤金较少以及往往是在非正规经济部门工作。此外,在许多国家,妇女的社会地位较低,财产权较弱且继承权有限,这些都影响到她们到老年时的安全感。在养恤金的福利基于丈夫的应享权利的情况,没工作的妇女一旦寡居,其经济状况就会恶化。因为一旦丈夫死亡,养恤金福利往往被削减或终止。不过,领取养恤金缩小了老年男子和老年妇女之间的收入差距。

84. 1994年召开了国际人口与发展会议后,许多国家政府的观点已转变,即对人口老化采取了新的、综合性和有性别意识的办法。奥地利、澳大利亚、加拿大、多米尼加共和国、加纳、马拉维、大韩民国、南非和瑞典等国的政策特别先进,他们对人口老化制订了注重性别观点的办法。1999年开展的国际老年人活动进一步推动了各国政府将性别观点纳入老龄方案。

85. 在发达国家,一些国家政府为了促进老年人就业,采取了一些措施,包括建立了鼓励那些雇用老年人的公司的奖金制度,如解雇老年人则予以处罚,从而使这些公司付出更高的代价。奥地利政府通过特别针对妇女的劳务市场方案,特别为妇女创造和保留工作机会,并制订了特别措施支助那些中断事业后或失业一段时间后又返回工作的妇女。在确定养恤金等级时,更多地考虑到妇女特有的生命周期,这也将改善妇女的老年养恤金状况。在一些国家,发展了义工的新文化,这对制订新的老龄政策发挥了特别的作用。对按国别分列的标准退休年龄的审查发现,在半数以上的国家,男子在65岁或以上有资格领取全额养恤金,而最常见的妇女退休年龄则从55岁到59岁不等。在这方面存有差异的国家,正通过提高妇女退休年龄来消除或缩短这些差异。

86. 在一些国家,最近采取了措施维持、加强并简化收入安全制度,以确保人们仍支付得起。在加拿大,现已执行新的老年人福利法,并对加拿大养恤金计划进行改革。这些措施将有助于把福利专门拨给中低收入的年长者,其特点是照顾到妇女的育儿责任、生命周期更长以及妇女与劳务市场的特殊关系。澳大利亚政府采取了一些措施,解决由于工作时断时续而造成在养恤金和福利方面的不公平现象。此外,在妇女50岁以后,如果她们已寡居、离婚或分居,则向其提供寡居津贴。

87. 一些发展中国家正在把性别观念纳入老龄方案。政府行动的目标是解决男女在经济收入上存在差距的问题,并赋予老年妇女权力,其中包括改进妇女获得信贷或培

训的机会、取消歧视性的习惯法并便利妇女参与中小型企业。在一些国家,与老年人一道为他们自己创办丰富经济收入的方案。

88. 在获得保健服务、特别是初级保健方面存在的不公平现象严重影响到老年男子和老年妇女的健康状况。与往往发生急症的老年男子相比,妇女在晚年罹患慢性病和形成残疾的比例比较高。由于保健服务是针对急救方案的,因此往往忽视老年妇女的需要,她们需要的是更多的家庭护理,而不是住院。许多发达国家努力为罹患慢性病的老年男子和老年妇女提供住家协助服务,而不是让他们住进养老院。经济转型期国家则关注中老年男子死亡率高的问题,并于最近开始执行旨在特别是提倡男子采取健康生活方式的方案。

89. 许多国家政府的一项重要政策是促进社区参与老年人保健和社会服务。例如,印度助老年强调教育并征聘青年人和儿童与老年人一道工作。在哥伦比亚、肯尼亚和斯里兰卡等国,类似的措施在许多不同的环境下均获得了成功。一些国家政府鼓励老年人承担责任,主要由他们自己促进本身的健康。

90. 在发达国家,政府越来越多地强调家庭在非正规护理中的作用,而不是强调更为正规的养老院护理。这种趋势增加了对提供非正规照料者的需求,而这类人员主要为妇女。在德国,家庭被视为首先寻求的协助来源,只有在无效时,国家才提供福利协助。此外,家庭的责任已写入法律。在奥地利,优先重视加强和扩大几代人之间的密切关系。凡为残疾和年长家人提供长期照料并为此辞职者,将由公共资金支助其养恤金保险费中雇主应付的份额,从而将其养恤金保险付费减少约一半。一些其他发达国家也采取了用现金支付提供照料者保险计划的办法以便补偿他们所做的工作。各国政府正鼓励男女公平分担提供照顾的责任,并促进协调工作和照顾老人两方面的责任。

91. 在发展中国家,照顾年长者的传统责任一直由大家庭承担。现代化和工业化进程往往侵蚀到老年男女在传统社会享有的地位。都市化的趋势也削弱了传统的支助老年的制度。这些制度的削弱对男女产生的影响各有不同。然而,这一性别层面却很少得到研究人员和服务业者的注意。发展中国家的决策人员刚刚开始解决传统的支助制度所面临的挑战。在中国、菲律宾和新加坡等国,政府已将家庭支助写入立法。

92. 大会在1992年10月16日的第47/5号决议附件中决定将1999年定为国际老年人年。根据“建立一个不分年龄人人共享的社会”的主题,开展行动的四个方面是:老年人的处境、个人终生的发展、几代人之间的关系以及人口老化与发展之间的相互影响。建立一个不分年龄人人共享的社会就要求各项政策与方案在加强贯穿晚年生活的个人终生发展的同时,促进形成一个建立在互惠、相互依赖和平等基础上的社会。对于这种办法成功与否具有极为重要意义的是,必须将性别观点纳入所有政策和方案的主流。这就要求把老年男女的关切和经验一并作为设计、执行、监测和评价各项政策与方案的不可分割的一部分,从而使老年男女能平等获益。增强青年妇女的能力是确保老年妇女福祉的最重要手段。特别是在许多国家政府提倡在收入安全方面更多实现自力更生以及家庭应承担提供更多照顾责任的时候,在提供照顾和收入安全方面实现公平和平等也是重要的政策关切事项。

四. 国内移徙

93. 移徙受到个人和家庭在人口统计、经济、社会 and 生命周期等各种因素的影响。在近几十年,运输和通讯手段的改善方便了日益增多的国内移徙。由于收集的数据有限,严重约束了对国内移徙在性别上差异的分析,因为很少国家在人口普查时按性别收集或公布国内移徙的数据,按性别、教育程度、婚姻状况或劳工状况公布这些数据的国家就更少了。此外,只有抽样调查能够收集评估移徙的决定因素或后果所需要的详细数据,而且很少开展重点在于国内移徙的全面调查。

94. 目前有 13 个发展中国家提供了其最新一轮、即 1990 年进行人口普查的数据,其中包括了移民的性别。在非洲和亚洲,提供数据的 8 个国家中有 7 个国家不到半数的国内移徙者为女性,而拉丁美洲提供数据的 5 个国家中有 4 个国家的大部分国内移徙者为女性。即使如此,这 13 个国家的移徙者中女性所占比重只是在很小的范围内有所不同,即占 43%至 56%。然而,每个国家影响移徙者中男女性别多寡的文化和经济因素则大相径庭。

95. 按原籍地和目的地(城市或乡村)而分别的移徙流动人口数据就更少了。因此,必须查寻更早期的数据来源,包括 1970 和 1980 年代的人口普查数据。即便那时的数据也只限于非洲的 1 个国家(没有撒南非洲的国家)、亚洲的 6 个国家和拉丁美洲的 2 个国家。在埃及,在流动总人口中男女的比例基本相同,但在从农村到城市的流动人口中男子略多,而在较小规模的从农村到农村的流动人口中妇女则略多。在亚洲,印度妇女占流动总人口的大多数,她们在最大范围的人口流动——即与婚姻移徙风俗相关从农村流向农村的移徙中占 79%。男子则占其他 3 种较小规模人口流动中的多数。令人感到惊讶的是,在临近的巴基斯坦,即使在农村到农村的流动中,女性也不占多数。在泰国、菲律宾和拉丁美洲大多数国家,男子占向农村移徙人口的绝大多数,而妇女则占向城市地区流动人口的绝大多数。在马来西亚和大韩民国,男子和妇女流动的比例基本相同。

96. 在拉丁美洲、东亚和东南亚的一些国家,妇女越来越多地参加劳动大军,这与妇女向城市移徙以及日益都市化密切相关。这可能意味着在这些国家和在其他妇女教育程度和参与劳动大军的程度直逼男子的国家,移徙流动将主要呈现为向城市流动以及妇女加入到这些流动中。

97. 有 5 个非洲国家、8 个亚洲国家和 5 个拉丁美洲国家提供了其人口普查和住户调查所获得的有关移徙理由的数据,尽管有些调查数据来自较小范围的抽样调查,通常是对一个城市的调查。在提供数据的 5 个非洲国家,把经济考虑说成是移徙原因的男性移民比这样说的女性移民多。还有更多的男子出于教育原因移徙,而大多数妇女是出于家庭原因移徙。只是在加纳有迹象表明许多妇女出于经济原因移徙。其他区域则是各种情况混合在一起。可按照提出经济原因的妇女人数比例将 8 个亚洲国家分为截然不同的群组:几乎没人提出经济原因的国家(印度和巴基斯坦);较小百分比的人提出经济原因的国家(马来西亚和大韩民国)以及有三分之一至半数的妇女提出经济原因的国家(孟加拉国、尼泊尔、印度尼西亚和泰国)。就泰国而言,对移徙到曼谷的移民进行一系列大型调查所获数据表明,随着时间的推移,出于经济原因移徙的男性以及特别是女性的比例越来越大。在拉丁美洲,性别在移徙问题上的差异比其他区域要小,而且有较多的人是出于教育的原因而移徙。两性出于经济动机而移民的人均占多数。

98. 在提供数据的所有国家,男性移民的教育水平比女性移民高,尽管亚洲的这一差距最大,拉丁美洲的差距最小。同样,有关向外移徙地区的移徙者(在移徙前)和非移徙者的数据表明移徙者的条件优越,也就是说,移徙者比其原籍地区的非移徙者的教育水平高,这表明教育是影响作出移徙决定的一个因素。

99. 尽管有关移徙的决定因素的文献很多,但其中分别对男子和妇女进行研究的却很少。一个例外是,根据 1988 年马来西亚第二次家庭生活调查的数据进行的一项研究发现,对男女而言,教育程度与移徙决定有关,但年纪轻又是单身只是妇女移徙的重要因素。家庭组成也是相关因素,而土地所有权也与减少男性和女性向外移徙有关。最近已开始进行了理论和经验总结工作以审查人们生活的地区或环境对其移徙决定的影响。对厄瓜多尔和泰国的研究表明已婚对于儿子向外移徙没有影响,但的确减少了女儿向外移徙的情况(仅在厄瓜多尔),家庭成员较多则促使男性或女性成员向外移徙,而当地农村如有较好的就业机会则减少儿子向外移徙,但并未减少女儿向外移徙的状况。

100. 关于移徙的结果,各种研究应对移徙者状况和留在原籍地的同龄非移徙者的状况进行比较。现在还没有这样作,部分原因是收集数据的费用较高,也就是说,必须收集在移徙者的原籍地和目的地的调查数据。与之相反,通常的作法是将移徙者与目的地的、往往是城市地区的非移徙者进行比较,而这一比较表明了移徙者相对于当地人的调整状况,而不是移徙的结果。现有数据都是这种性质,其中许多都比较了移徙者和非移徙者的经济状况。而提供男女分列必要数据的人口普查出版物或研究报告仍然很少。关于 5 个国家中参与劳动大军比例的数据表明,就移徙者和非移徙者而言,男性的参与率毫无例外地比女性高,而移徙者的这一比例比非移徙者更高。这种情况与以下情况是一致的,即指望移徙者领取较低的“保留工资”,也就是说,他们为较低工资而工作,因为大多数人正是为了找工作才移徙的。

101. 很难找到有关移徙男子和女子的职业分布和就业经济领域的可比较数据。根据在巴西和墨西哥进行的调查表明,男性移徙者更有可能比女性移徙者受雇于地位较高的职业(女性则占家庭服务和纺织业的多数)。然而,对两性而言,移徙后其职业均出现较大程度的多样化和改善。尼泊尔和大韩民国的数据显示了类似的性别差异,并表明男子从移徙中获益比妇女多。对移徙者(墨西哥、泰国曼谷和中国上海)工资水平的研究数据进一步表明,移徙并未改变男女之间收入上的巨大差距,移徙者中的这一差距更大。需要对这一重要问题进行更多的研究。

五. 国际移徙

102. 在全球一级上,在国际移民人数中,妇女几乎与男子一样多。从 1965 至 1990 年,妇女在移民总数中的比例几乎不变地保持在 48%左右(表 7)。1965 至 1990 年期间,男性移民人口从 4 000 万(占全世界男性人口的 2.4%)增至 6 300 万(占全世界男性人口的 2.4%),而在同一期间,女性移民人口也类似从 3 500 万(占全世界女性人口的 2.1%)增至 5 700 万(占全世界女性人口的 2.2%)。

表 7. 1965 和 1990 年全世界和主要地区估计男女移民人数和妇女在移民总数中所占百分比

主要地区	移民人数(百万)				女性在移民总数中所占百分比	
	男性		女性		1965	1990
	1965	1990	1965	1990		
全世界共计.....	40.2	62.6	35.0	57.1	47	48
较发达区域.....	15.7	27.2	14.7	27.1	48	50
较不发达区域.....	24.5	35.4	20.3	30.1	45	46
非洲.....	4.6	8.4	3.4	7.2	42	46
亚洲.....	16.9	23.5	14.5	19.5	46	45
拉丁美洲和加勒比.....	3.2	3.9	2.7	3.6	45	48
北美洲.....	6.5	11.7	6.2	12.2	49	51
欧洲和(前)苏联.....	7.6	12.8	7.1	12.3	48	49
大洋洲.....	1.4	2.4	1.1	2.3	45	49

资料来源 移民总数的趋势,订正 4(POP/IB/DB/96/1/Rev.4),联合国秘书处经济和社会事务部人口司维持的数据基。

103. 在较发达区域内,1965 至 1990 年期间,男女在移民人数中几乎占同样的比例。对照而言,在较不发达区域内,从 1965 至 1990 年,妇女在移民人数中继续占较低的比例,在总数中大约占 45%至 46%。除苏维埃社会主义共和国联盟(苏联)以外的转型期经济国家,1975 年以来,在移民人数中占最高比例,占总数的 55%。在北美洲,1990 年妇女移民人数也较男子移民略多,该处妇女在 1990 年住在该区域近 2 400 万外国出生的人口占 51%。

104. 对照之下,在西亚,男子在移民中占大多数,1990 年该处妇女在移民总数中仅占 40%。在撒哈拉以南非洲,自 1965 年以来,在移民人数中,男性一直超过女性。不过,女性移民的比例份额有显著增加,从 1960 年的 41%增至 1990 年的 47%,这是由于女性移民人数较迅速增加的结果。在所有其他区域内,男性人数在移民人数中一贯地超过女性人数,但一般只是小幅度;截至 1990 年,妇女所占比例是在 45%至 50%之间。

105. 1990 年代以来关于移民流入的数据显示,欧洲许多国家内,妇女在移民中所占比例日增。同样的,在亚洲,尽管女性移徙工人的流量仍不能与男性相比,妇女加入临时劳工移徙的人数已日益更为显著。逐渐地她们是作为自主经济行为者的移居,而非作为其男性家庭成员的眷属。

106. 过去数十年来,大批人民寻求海外就业的情形大幅度增加。最近的估计数将 1990 年代中期全世界有经济活动力的外国人总数定在 3 600 万至 4 200 万之间,并有甚至更多的人口(4 400 万至 5 500 万)作为家眷住在海外。

107. 现在有越来越多的妇女独自移徙至海外就业。作为合同工人移徙的妇女趋于集中在地位较低的职业,对收容社会内的社会经济动力提供极小的远景。特别是,亚洲女性移民主要担任的职业为家务、娱乐、护理、餐馆和旅馆事务销售等。来自拉丁美洲和加勒比的移民往往从事家务。另外也有不少妇女在海外从事专业活动。她们不仅是来自主要的劳工出口国,也是来自例如日本、马来西亚和新加坡等经济富裕的国家。经济的全球化和国际商业的扩展有助于在全世界增加高技能专业人员、管理人员、顾问、国际组织人员和外交官员的流动。随着妇女的教育和技能水平日益提高,妇女有可能越来越多地参与这类移徙。
108. 关于女性移徙工人在收容国的脆弱情况已有许多报道。家务是全世界移徙妇女通常选择的职业,这是最脆弱的职业之一。家务工人往往须长时工作、薪金低、很少福利、以及不愉快的工作条件。此外,遭男性雇主性骚扰是通常的控诉。为性行业贩妇女(和儿童),往往与有组织犯罪联系,这是一个全球日益关切的问题。
109. 从发达区域的移民收容国收集的证据也显示移徙妇女如与移徙男子相比较,在进入收容国的劳工市场方面极易处于不利地位。移民的自由进入当地劳工市场往往受到收容国的限制,尤其是作为家属入境的移民(许多妇女的可能地位)。
110. 移徙妇女面临的限制和不利处境并不排除她们从目的地国劳工市场取得的积极经验。劳工移徙能帮助赋予妇女权力,因为这在她们开启了新的机会,并为她们提供自己的收入。现在仍无关于移徙到底改善或减少了妇女相对于男子的地位的共识。
111. 在移民跨越国境时,有时其家属伴随同行,但更多的情形是家庭中一名成员先前往一处目的地,其余家人随后跟至。男子通常首先迁移,因为他们通常是家庭中的养家者,他们在其目的地也较易找到工作。对照而言,妇女趋于较少自主动力,因为预期她们担任一个家庭的照顾角色。原籍国的文化限制也往往禁止妇女自行移徙。因此,作为男性移民眷属被接纳进入一个目的地国的妇女比其独自被接纳者为多。
112. 在美国这个全世界收容最多移民的国家,1992-1996年期间接纳的430万移民中,妇女占53%。在所有移民中,有57%属于由家庭担保的移民类别而被接纳,在此一类别中,妇女人数超过男子,占57%。
113. 在前往西欧国家的家庭移徙中,妇女人数也超过男子。这些国家在1950和1960年代接纳了外国工人,大部分是单身男性,以缓解其劳工短缺问题。1973年石油危机导致经济衰退之后,欧洲以往的劳工输入国政府采取了措施,促进移民返回其原籍国,以及便利那些决定留下来的工人家庭团聚。因此,在1970年代和1980年代的大部分期间,妇女在外国人口中的比例缓慢增长。虽然欧盟肯定家庭团聚的总原则,在国家一级上逐渐强制执行家庭团聚接纳外国人必须符合更多条件,往往导致以家庭团聚名义进入这些国家的移民人数减少。
114. 确切的统计资料是拟订难民援助方案的一项重要工具。不过,在许多情形下,手头并无因为被迫离开原籍国而需要保护者的确切统计资料。除了关于界定谁是难民的概念问题外,实际困难也阻碍了计算被迫迁移人民的工作。有系统地努力按性别编辑数据还是最近的事。
115. 到1998年年底以前,79个国家可提供此项资料。据知按性别分列了由联合国难民事务高级专员办事处(难民专员办事处)援助的大约420万名难民。不过,他们仅占全世界难民人口的37%,1998年年底,据估计全世界难民人口为1 150万人。因此,特

定性别难民数据的缺乏使得关于男女难民移徙的任何意见只是临时的。现有的数据指出,男女在难民人口中几乎占同等比例。在多数庇护国内,女性在难民总人数中的比例为45%–55%。

116. 在区域一级,在收容最多难民的两个区域内,亦即非洲和亚洲,男女难民的比例几乎相等。在欧洲,女性难民人数略高于男性难民,占总数的53%。在拉丁美洲和加勒比,以及大洋洲,男性难民人数稍高于女性难民。在这些区域,男子在难民总人数中分别占53%和55%。

117. 固然被迫流离失所对男女都产生影响,他们对保护和援助的需求却互异。流离失所的妇女趋于承担不合比例的困难。在紧急混乱中,妇女较诸男子的传统不利地位更形加剧。在流离失所过程中,以及在难民营内,侵犯人身安全是影响妇女的最严重问题。妇女也可能获得较少的食物分配。实际上缺乏初级保健和生殖健康服务也对她们的健康构成威胁。

118. 多数与移徙有关的政策和规则未具体区分性别。不过现有的证据显示,由于男女不同的角色和地位,生效的规则对他们产生不同的影响。现有的少数性别区分的措施针对认为妇女的脆弱性对其安全产生威胁的情况。过去10年期间一直在制订这类措施,其主要目的是保护她们免于性迫害和剥削,并且主要关切难民和无证件移民。

119. 关于劳工移徙,目前的接纳政策并不包括过度歧视男子或女子的标准。不过,由于进入一国的地位赋予特定的移徙有关的权利,妇女较多集中在家庭团聚的流入量内,影响了她们的地位。在许多劳工输入国家内,配偶和子女的居留许可与工作者的许可相关联,而居留并不自动准予就业权利。在非洲和拉丁美洲这些劳工输出国内很少有向外的移徙的性别区分规则。对照而言,一些亚洲劳工输出国强制执行了关于女性工人向外的移徙的限制。关注到海外的剥削和国内缺乏某些专业的妇女促使制订了这类政策。各国间执行限制的情形差别极大,也往往存在例外规定。其他因素限制了它们的效用。在一个为促进劳工输出而设立的体制化范围中,福利和保护措施是相当新的特点。

120. 过去15年来,就难而言,性别问题获得越来越多的国家和国际的注意。首先例如澳大利亚、加拿大、新西兰、挪威、瑞士、联合王国和美国等国,已承认与性别有关的迫害是给予难地位的理由。澳大利亚、加拿大和美国制订了评估涉及性别庇护要求的准则。1993年公布的加拿大《关于因恐惧与性别有关迫害的妇女难民申请者准则》列明妇女遇到的具体迫害形式,可假设为五大形式:违反社会规范的粗暴或不人道待遇;女性阴部害礼和切除;强迫节育;以及家庭暴力。

121. 其次,难民妇女的特殊需要和她们易受性和人身迫害导致数项措施和方案。1990年代,难民专员办事处公布了关于保护难民妇女准则¹⁷和关于预防和应对对难民性暴力准则。¹⁸难民专员办事处制订的其他措施包括为处于长期难民情况妇女和流放后返回家园妇女提供经济便利和培训。基于性别的保护面临阻碍。与性别迫害有关的多数行动涉及家庭范围,这是一个往往被认为国际法无法顾及的领域。在庇护面谈中谴责和叙述一些基于性别迫害的形式可能是羞辱和困难的,在这类难民案例中如妄证实申诉有根据可能证明比其他案例更加困难。

122. 在无证件移徙领域内,贩运是一项日益增加的政治关注问题。尽管没有证据证明妇女在贩运受害者中占大多数,政治和媒体一直集中注意她们,因为她们是特别脆弱的群体。在 1990 年代,各国政府开始通过法律,将贩运活动定为罪行,制订关于非法入境、运送/包庇和提供非法就业、以及伪造文书和通过性暴力剥削的刑罚。北欧和西欧及北美洲多数国家以及中美洲和东欧越来越多的国家已通过关于这些问题的法律。虽然这类法律最初侧重制裁和遣返移民,而非处罚犯罪者,过去五年来一些国家已解除对贩运受害者,特别是妇女的制裁。最近,少数几个国家已制订鼓励妇女指证贩运者的创新政策因应办法。荷兰是第一个采用给予贩运妇女受害者临时居留许可办法的国家。比利时现在有证人保护方案,美国也正在讨论中。

六. 结论

123. 《国际人口与发展会议行动纲领》承认人口、性别和发展间的基本关系。例如,《行动纲领》第四章专注于两性平等、公平和赋予妇女权力的主题。此外,整个《行动纲领》都将性别问题置于显著地位。大会全面审查和评价行动纲领的执行情况第二十一届特别会议也将性别关切列为讨论的中心。在进一步执行特别会议通过的《行动纲领》关键行动中重申在政策拟订和方案执行中必须采纳一项性别观点。

124. 在二十世纪下半期间,全世界体验到明显的人口改变。不过,各国间改变的步调并不一致,男女的体验也不一样。虽然男女双方在保健和福利方面都有广泛全面的改善,证据显示性别的普遍影响以及在不同范围和整个生命周期平等之间的联系。为回应这项证据,各国政府正在日益注意各项政策和方案所涉特定性别影响,并开始讨论如《行动纲领》建议中反映的迫切议题,以及为进一步执行大会通过的《行动纲领》的关键行动。

125. 例如,就死亡率而言,妇女的比率一般比男子较快降低,因此预期寿命的差异便越来越有利于妇女,尽管在一些国家内女孩的存活率仍比男孩为低。固然妇女的预期寿命继续普遍比男子高,妇女越来越多人吸烟使得与烟草有关的死亡率对女性优势造成威胁。

126. 性别关系在艾滋病传染过程中也显示出发挥了重要作用。与男子相比,妇女在其感染此病的风险及在家庭和社区内应付其后果两方面都处于不利地位。在这种传染病蔓延最盛的那些国家内,艾滋病的影响已消蚀女性在预期寿命方面的优势。

127. 另外,由于减少生育,妇女专门用于生育和抚养的时间也大幅度减少,这便利了她们加入劳动力。特别是妇女在教育方面的改善,据观察在生育率和死亡率降低的原因中占了一大部分。较高的教育也与年纪较大结婚和较迟转换为父母身份都有关。减少生育往往连带增加对子女教育的投资。不过,尽管国际间一致同意教育为一项基本权利、一项发展的催化剂、以及对家庭福利和加强保健的一项重要助力,受教育的机会仍然不足,两性差距也仍存在。然而,在迈向普及小学教育方面已有重要进展,入学的性别差异也已缩小。

128. 人口老化,亦即由于生育率和死亡率降低的结果演变到较老的年龄结构,改变了男女人数的均衡。例如,60 岁以上年龄,目前是 1.2 名妇女对一名男子;80 岁以上年龄,妇女人数比男子超过近两倍。

129. 在社会科学家间,人口统计学家以往一向是分别分析男女的数据。一直使用按性别分列的数据来确定男女在各国和长期以来的社会和人口变化过程中的相关位置和作用。不过,关于性别作为人口变化过程的决定因素和后果的作用和关系的研究仍然有限。两性平等和公平的衡量也对研究人员构成严重挑战。例如,普遍适用于不同环境的衡量方法是很少的。

130. 国际人口与发展会议对于性别议题的重视刺激了此一领域内的创新研究。研究人员在收集和分析人口统计、社会和经济数据时越来越注意到性别议题。这一注意凸出了从性别观点可能取得的见识,也可能促使我们了解人口、性别和发展间的极重要关系。

注

- ¹ 经济及社会理事会 1946 年 6 月 21 日第 11(II)号决议。
- ² 经济及社会理事会 1946 年 10 月 3 日第 3(III)号决议。
- ³ 大会 1948 年 12 月 10 日第 217(III)A 号决议。
- ⁴ 大会 1967 年 11 月 7 日第 2263(XXII)A 号决议。
- ⁵ 《国际人权条约会议最后案文,1968 年 4 月 22 日至 5 月 13 日》(联合国出版物,出售品编号:C.68.XIV.2),第二章。
- ⁶ 大会第 34/180 号决议,附件。
- ⁷ 《审查和评价联合国妇女十年:平等、发展与和平成就世界会议的报告,1985 年 7 月 15 日至 26 日,肯尼亚,内罗毕》(联合国出版物,出售品编号:C.85.IV.10),第一章 A 节。
- ⁸ 《第四次妇女问题世界会议的报告,1995 年 9 月 4 日至 15 日,北京》(联合国出版物,出售品编号:C.96.IV.13),第一章,第 1 号决议,附件二。
- ⁹ 《联合国世界人口会议的报告,1974 年 8 月 19 日至 30 日,布加勒斯特》(联合国出版物,出售品编号:C.75.XIII.3),第一章。
- ¹⁰ 同上,B 节。
- ¹¹ 同上,C.1(c)节。
- ¹² 《国际人口会议的报告,1984 年 8 月 6 日至 14 日,墨西哥市》(联合国出版物,出售品编号:C.84.XIII.16),第一章,B 节,第三章,B 节。
- ¹³ 同上,B 节,第三章,D.3 节。
- ¹⁴ 《国际人口与发展会议的报告,1994 年 9 月 5 日至 13 日,开罗》(联合国出版物,出售品编号:C.95.XIII.18),第一章,第 1 号决议,附件。
- ¹⁵ 大会第 S-2/2 号决议,附件。
- ¹⁶ 《世界人口前景:1998 年订正版,第一卷,全表》(联合国出版物,出售品编号:E.99.XIII.9),“1998 年订正版重点”。
- ¹⁷ 难民专员办事处,《关于保护难民妇女的准则》。
- ¹⁸ 难民专员办事处,《对难民的性暴力:预防和因应准则》(1995 年,日内瓦)。