



Consejo Económico y Social

Distr. general
20 de diciembre de 2000
Español
Original: inglés

Comisión de Población y Desarrollo

33/ período de sesiones

27 a 31 de marzo de 2000

Tema 3 del programa provisional*

**Medidas complementarias de las recomendaciones
de la Conferencia Internacional sobre la Población
y el Desarrollo**

Informe conciso sobre las tendencias demográficas en el mundo, 2000: población, género y desarrollo

Informe del Secretario General

Resumen

El presente informe se ha preparado con arreglo al mandato de la Comisión de Población y Desarrollo y a su programa de trabajo plurianual orientado temáticamente y con indicación de prioridades, que hizo suyo el Consejo Económico y Social en su resolución 1995/55. La Comisión, en sus decisiones 1998/1 y 1999/1, decidió que el tema de su 33/ período de sesiones del año 2000 fuera "Población, género y desarrollo".

En el informe se resumen algunos aspectos de las cuestiones relativas a población, género y desarrollo. Se examinan desde un punto de vista histórico las cuestiones de población y género en el programa mundial y se proporciona información reciente sobre asuntos tales como la formación de la familia, la salud y la mortalidad, con inclusión del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), el envejecimiento y la migración interna e internacional. La versión preliminar, sin correcciones editoriales, del informe completo se distribuyó como documento de trabajo con la signatura ESA/WP/159.

El informe fue preparado por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, e incluye un aporte del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
Introducción: población y género en los programas mundiales	1-13	3
I. Formación de la familia	14-37	5
II. Salud y mortalidad	38-72	13
III. Envejecimiento y género	73-92	24
IV. Migración interna	93-101	30
V. Migración internacional	102-122	33
VI. Observaciones finales	123-130	37
 Cuadros		
1. Promedios mundiales y regionales de uso actual de métodos anticonceptivos, por tipo de método .		9
2. Tasas de analfabetismo masculino y femenino y coeficientes brutos de matrícula, 1980 y 1996		11
3. Esperanza de vida al nacer: tendencias y diferencias por sexo en el mundo y sus zonas principales, 1950-1955, 1975-1980 y 1995-2000		14
4. Estimaciones de la mortalidad infantil y en la niñez en el mundo y sus zonas principales, 1995-2000		16
5. Estadísticas y características regionales del virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), diciembre de 1999		21
6. Población mundial de 60 o más años de edad, por sexos, y proporción de mujeres de edad a hombres de edad, años 2000 y 2050		25
7. Total estimado de migrantes (hombres y mujeres) y porcentaje femenino respecto del total de migrantes, en el mundo y en las regiones principales, años 1965 y 1990		33
 Gráficos		
I. Distribución de defunciones por sexo y grupos amplios de causas en el mundo, 1998		17
II. Distribución de la población, por edades y sexos, en las regiones más desarrolladas y en las menos desarrolladas, años 2000 y 2050		26

Introducción: población y género en los programas mundiales

1. La preocupación por las cuestiones de población y de género ingresó oficialmente a los programas mundiales poco tiempo después de fundadas las Naciones Unidas. En la segunda mitad del siglo, se han registrado dos acontecimientos fundamentales al respecto: primero, en las políticas y los programas sobre población ha aumentado el interés por los temas relacionados con los derechos humanos y, segundo, en las políticas de género ya no se presta exclusiva atención a la situación de la mujer, sino que se trata también de la igualdad entre los sexos, la equidad y la potenciación del papel de la mujer.

2. Las actividades de las Naciones Unidas relacionadas con la población y el género comenzaron en 1946, cuando el Consejo Económico y Social estableció la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer¹ y la Comisión de Población². En 1948, la Asamblea General aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos³, donde se afirma, entre otras cosas, que toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en la Declaración, sin distinción alguna de sexo. También se afirma en ella que todo individuo tiene derecho a la vida, a casarse y fundar una familia y a salir de cualquier país, incluso del propio, todos los cuales son hechos fundamentales en los cambios demográficos.

3. En el decenio de 1950 y comienzos del de 1960 se empezó a concretar un consenso preliminar en materia de población y género. En 1967, la Asamblea General aprobó la Declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer⁴, en la cual solicitaba que se tomaran medidas apropiadas para eliminar las barreras que impedían la igualdad de la mujer. El año siguiente, la Asamblea aprobó la Proclamación de Teherán⁵, formulada por la Conferencia Internacional de Derechos Humanos celebrada en esa ciudad. En la Proclamación de 1968 se declaró, por primera vez en un instrumento internacional, que los padres tenían el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos.

4. Otro gran avance en la esfera del género ocurrió en 1979, cuando la Asamblea General aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer⁶, en la que se ampliaba la Declaración de 1967 haciendo un llamado a la modificación de los patrones socioculturales con miras a eliminar los prejuicios basados en ideas de desigualdad entre hombres y mujeres. En la Convención se afirmaba que las mujeres y los hombres tenían los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitieran ejercer esos derechos.

5. El siguiente paso crucial en la esfera del género se dio 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. La Conferencia aprobó las Estrategias orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer⁷, que introdujeron algunas nuevas perspectivas importantes, e hizo un llamamiento para que las mujeres desempeñaran una función central en el desarrollo.

6. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995 adoptó otras medidas importantes. El concepto de género se usaba reiteradamente en su Plataforma de Acción⁸, donde se ponía de relieve que, además de lograr la igualdad en su condición social y económica, la mujer debería participar plena y activamente en la adopción de decisiones en todas las esferas de la vida. Al mismo tiempo, era de esperar que se produjeran cambios en la función, la situación y el comportamiento del hombre y debería propiciarse la integración activa y visible de una perspectiva de género en todas las políticas y programas. Se hacía también un enérgico llamado a eliminar todas las formas de violencia contra la mujer y en favor de los

derechos de la niña. En la Plataforma se reafirmaban plenamente los principios sobre los derechos en materia de procreación, salud reproductiva y planificación de la familia establecidos por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994.

7. Simultáneamente, hubo un proceso conexo de cambio en el tratamiento de las cuestiones de población en los programas globales. Después de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos celebrada en Teherán en 1968, tres conferencias internacionales de población constituyeron el principal foro para la formulación de políticas mundiales de población.

8. En la primera de las tres, la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas celebrada en Bucarest en 1974, se aprobó el Plan de Acción Mundial sobre Población⁹. Un punto básico de los principios y objetivos del Plan de Acción¹⁰ era que la importancia de las tendencias demográficas se debía a su interrelación con el desarrollo económico y social. La formulación dada en Teherán al derecho a la planificación de la familia se reafirmaba y se hacía extensivo a todas las parejas e individuos. Se afirmaba también el derecho de la mujer a una plena integración en el proceso de desarrollo y a su total participación en la formulación y aplicación de las políticas socioeconómicas y de población. Habiendo reconocido a la familia como la unidad básica de la sociedad, el Plan de Acción trataba las cuestiones de género en la sección titulada "Procreación, formación de la familia y condición de la mujer"¹¹. En el Plan se pedía que se ampliara y diversificara la enseñanza de las niñas, al igual que la de los niños, de modo que pudieran hacer una contribución más útil en la actividad económica y que se reconociera la contribución económica aportada por las mujeres en el hogar y en las explotaciones agrícolas.

9. En 1984 se celebró en México, D.F., la Conferencia Internacional de Población. En ella se introdujeron importantes innovaciones en la esfera de la población y el género. Sus recomendaciones relativas a la función y condición de la mujer¹² se separaron de las que trataban de la procreación y la familia¹³ y figuraban de manera destacada en el informe. Se instaba encarecidamente a los gobiernos a que integrasen plenamente a la mujer en todas las fases del proceso de desarrollo y a que garantizaran la libre participación de la mujer en la fuerza de trabajo. Mediante la educación, la capacitación y el empleo, debería brindarse a la mujer oportunidades de realización personal. Los hombres deberían tener una participación más activa en todas las esferas de la vida familiar. Los gobiernos deberían suministrar datos sobre población y conexos desglosados por sexo. La Conferencia de 1984 fijó una meta cuantitativa para reducir la mortalidad materna. En lo relativo a la procreación y a la familia, reafirmó la formulación del Plan de Acción Mundial sobre Población. Se observaba que la familia adoptaba numerosas formas, inclusive la monoparental. Al tratar la cuestión de la migración, se hacía un llamamiento a la asistencia para las mujeres migrantes, así como para las mujeres que hubieran quedado sin apoyo en las zonas rurales, y se señalaba también el número cada vez mayor de mujeres refugiadas.

10. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo¹⁴, celebrada en El Cairo en 1994, se siguieron ampliando y profundizando los estudios sobre las interdependencias entre las cuestiones de población y género. El Programa de Acción se elaboró sobre la base de la preocupación por los derechos humanos. En él se presentaban los derechos humanos de la mujer y de las niñas y muchachas como parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. Se incluía un capítulo con el título "Igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer", donde se introducían temas nuevos y se formulaban de manera más precisa y concreta recomendaciones anteriores. Se hacía un llamado a la eliminación de la violencia contra la mujer, a la adopción de medidas para hacer posible que la mujer combinara las funciones de la maternidad con la participación en la fuerza de trabajo, a la habilitación de la mujer para que interviniera en transacciones comerciales y a la igualdad en materia de empleo. Se condenaba la práctica sistemática de la violación como instrumento de guerra. En una sección (B) dedicada a las niñas se exhortaba a la eliminación de la mortalidad excesiva de las niñas. Se instaba a la eliminación de la mutilación genital femenina y se incluía

también una sección (C) sobre las responsabilidades y la participación del hombre en la vida familiar y en la procreación. Además del capítulo mencionado, las cuestiones de género figuraban entrelazadas con muchas otras cuestiones en todo el Programa de Acción. Casi todos los capítulos incluían recomendaciones relativas a cuestiones de género o a las mujeres y las niñas.

11. En el Programa de Acción se dedicaba particular atención a la persistencia de la pobreza, especialmente entre las mujeres. Se fijaban metas cuantitativas revisadas y más detalladas para la reducción de la mortalidad materna. Se hacía un llamamiento para que se prestara atención a las necesidades de las mujeres migrantes internacionales y especialmente a las refugiadas y se aplicaran sanciones a quienes estuvieran involucrados en cualquier tipo de tráfico internacional de mujeres. En un capítulo aparte dedicado a las cuestiones de población, desarrollo y educación se hacía hincapié en la eliminación de las desigualdades entre los sexos y en la habilitación de las mujeres por medio de la educación. Se instaba a realizar investigaciones utilizando datos desagregados por sexo e investigaciones cuyo tema fuera la participación del hombre en la planificación de la familia.

12. En junio y julio de 1999 se celebró el vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General para el examen y evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Se determinó que había habido progresos en el cumplimiento del Programa de Acción, pero que en algunas esferas estos progresos habían sido limitados. En el período extraordinario de sesiones se aprobaron un conjunto de medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción¹⁵, entre las cuales cabe mencionar las recomendaciones sobre la promoción y protección de los derechos humanos de la mujer, la potenciación del papel de la mujer, una perspectiva de género en los programas y las políticas y la promoción de la igualdad y la equidad entre los sexos.

13. A medida que han ido apareciendo nuevas políticas y programas de población y de género, ha aumentado también la conciencia de que queda mucho por hacer. El Programa de Acción y las medidas clave para el futuro requieren un análisis desagregado de los procesos sociales y demográficos. El presente informe tiene por objeto contribuir a una mejor comprensión de las distintas cuestiones y a la aprobación de medidas más efectivas para abordarlas. En las secciones siguientes figura un resumen de la información reciente sobre los principales componentes de los cambios demográficos y sus vinculaciones con el género. Concretamente, en el informe se tratan los patrones y las tendencias en la formación de la familia, con inclusión de la nupcialidad, los métodos anticonceptivos y la fecundidad; la mortalidad, incluidas las principales causas de muerte, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); el envejecimiento de la población; y la migración interna e internacional. También se examinan las políticas y actividades de los gobiernos con respecto a cada componente.

I. Formación de la familia

14. Una novedad importante registrada en los estudios sobre fecundidad y la familia ha sido la transición de una concentración casi exclusiva en la mujer a una perspectiva más equilibrada que incluye tanto al hombre como a la mujer. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo dio un impulso importante para que el tratamiento de los temas dejara de estar exclusivamente enfocado en la planificación de la familia, para abarcar la salud reproductiva general, y de centrarse sólo en la mujer, para incluir tanto al hombre como a la mujer. Cada vez se reconoce más que es fundamental conocer las actitudes tanto del hombre como de la mujer para comprender plenamente la dinámica y la fecundidad de la familia, lo que ha llevado a incorporar al hombre en los estudios de investigación y los

programas de políticas. Para llenar las actuales lagunas de información, un número cada vez mayor de estudios demográficos de gran escala están comenzando a incluir a los hombres en sus muestras nacionales.

15. La función y situación de los hombres y las mujeres en la sociedad tienen mucha importancia en relación con la iniciación de las personas en la vida sexual. Son cada vez más numerosas las pruebas de que la desigualdad entre los sexos puede poner en peligro la salud sexual y reproductiva de la mujer, ya que limita su libertad de decisión sobre el momento de comenzar su actividad sexual, la hace más vulnerable a comportamientos sexuales peligrosos y reduce su capacidad para discutir medidas de protección con su pareja. La actividad sexual suele comenzar durante el período de la adolescencia en que las personas son particularmente vulnerables y en muchos casos carecen de información suficiente para adoptar decisiones responsables.

16. En los decenios recientes, se han observado cambios tanto en el momento como en el contexto de la iniciación sexual. En algunos estudios se ha señalado una tendencia al inicio de la actividad sexual a una edad más temprana en las regiones más desarrolladas, pero las pruebas son menos concluyentes respecto de las regiones menos desarrolladas, porque hay grandes variaciones de país a país. Al haberse adelantado la edad de la primera menstruación —debido a un mejoramiento en la nutrición y las condiciones de salud— y haberse demorado la edad del matrimonio, ha aumentado el intervalo entre la maduración sexual y la formación de la familia, lo que hace prolongado el período de actividad sexual prematrimonial potencial. Como resultado de esa tendencia, existe una nueva conciencia de los riesgos a que se exponen las jóvenes y los jóvenes solteros, que suelen tener un acceso restringido a la información y a los servicios de atención de la salud y de planificación de la familia, y por lo tanto están más expuestos a los posibles peligros de las experiencias sexuales sin protección, como los embarazos no deseados y las enfermedades venéreas.

17. La iniciación de la actividad sexual durante la adolescencia es una experiencia común a hombres y mujeres, pero la oportunidad y el contexto de la primera experiencia suele ser diferente, especialmente en los países en desarrollo. Por lo general, los hombres inician su actividad sexual a una edad más temprana que las mujeres. Sin embargo, los datos más recientes indican que las diferencias son leves y que las modalidades varían de una región a otra. Mientras que en la mayoría de los países de América Latina los hombres inician su actividad sexual a una edad más temprana que las mujeres, en varios países de África ocurre lo contrario. Las diferencias entre los sexos son mayores en lo que se refiere al contexto en el cual ocurre la iniciación sexual. Entre los hombres, la actividad sexual durante los años de la adolescencia es en su mayor parte extramatrimonial, mientras que en una gran proporción de las mujeres ocurre dentro del matrimonio. Otro aspecto importante del inicio de la actividad sexual está vinculado con el grado en que se utilizan medios eficaces de protección para prevenir el embarazo y el contagio de enfermedades venéreas. El nivel de protección es bajo al ocurrir la iniciación sexual, según los datos tanto de los países desarrollados como de los países en desarrollo.

18. El matrimonio a temprana edad suele ser más común en las sociedades donde la identidad y la condición de la mujer se definen principalmente por sus funciones familiares y reproductivas, pero a medida que se generaliza la educación y se diversifican las funciones de la mujer se hace menos frecuente. La edad del matrimonio, a su vez, también puede influir sobre la posición de la mujer en la sociedad y la familia. El matrimonio a edad temprana, por ejemplo, suele tener como consecuencia la interrupción de la educación y puede afectar posteriormente el nivel de autonomía y poder de una mujer dentro de la familia.

19. Según los datos con que se cuenta, la edad a que se contrae matrimonio varía mucho en el mundo. La edad media de la mujer al casarse va desde 14 años en Bangladesh y aproximada-

mente 16 en la India, Nepal y el Yemen, hasta más de 26 años en el Japón y varios países de Europa. En la mayoría de las regiones del mundo se ha registrado una tendencia general al aplazamiento del matrimonio. En las regiones más desarrolladas, el aumento de la edad al casarse se vincula en parte con la frecuencia cada vez mayor de la cohabitación a más temprana edad. Debido a una tasa creciente de ruptura matrimonial y al ritmo decreciente con que se contrae nuevo matrimonio después del divorcio, ha aumentado también el tiempo que las mujeres adultas pasan fuera del matrimonio.

20. Si bien el casamiento en la adolescencia es común entre las mujeres de muchos países en desarrollo, es poco frecuente entre los hombres de la mayoría de las sociedades, principalmente debido a que las normas sociales predominantes ponen como condición previa al casamiento que el hombre sea capaz de sostener económicamente a una familia. En la mayoría de los países, los maridos suelen ser mayores que sus esposas, aunque la diferencia de edad varía mucho de una región a otra. La diferencia media de edad entre los cónyuges tiende a ser menor en América Latina y en Asia que en el África septentrional y subsahariana, aunque recientemente se ha reducido en todas las regiones.

21. En general, a medida que mejora la educación de las mujeres, se observa una tendencia hacia la maternidad más tardía, la reducción en el número de hijos y un número menor de embarazos no deseados. El cambio en las normas y actitudes con respecto al género ha desempeñado un papel esencial en la segunda transición demográfica que las sociedades industrializadas adelantadas han experimentado en los últimos decenios. Además de un bajo nivel de fecundidad, esta nueva etapa demográfica conlleva grandes cambios en la función central de la familia, lo que se refleja en el aplazamiento del matrimonio, el aumento en la cohabitación fuera del matrimonio, las tasas de divorcio crecientes y el número mayor de hijos nacidos fuera del matrimonio. Según la opinión preponderante, la similitud creciente en el nivel educativo y en la participación en la fuerza de trabajo entre hombres y mujeres ha provocado importantes cambios en la esfera de la familia.

22. Cada vez son más los países, primero en las regiones más desarrolladas y luego en algunas de las regiones menos desarrolladas, especialmente en Asia oriental y sudoriental, en que la reducción de la tasa de fecundidad ha resultado en un crecimiento vegetativo negativo. Según la revisión de 1998 de las estimaciones y proyecciones demográficas de las Naciones Unidas¹⁶, 61 países del mundo, que representan el 44% de la población mundial, tienen hoy un crecimiento vegetativo nulo o negativo. Sin embargo, en muchas de esas sociedades, los datos de los estudios indican que el tamaño deseado de la familia, por lo común de aproximadamente dos hijos, supera a la fecundidad real, lo cual indica una demanda latente de más hijos. Según la revisión de 1998, hay 13 países donde los niveles de fecundidad son de aproximadamente 1,5 hijos por mujer o inferiores, principalmente en Europa oriental y meridional. Algunos investigadores han sugerido que la diferencia entre la fecundidad deseada y la real se debe, en parte, a que las instituciones no se han adaptado adecuadamente a los cambios en las funciones de hombres y mujeres y a que no se ha previsto la forma de mitigar los posibles conflictos a que deben hacer frente hombres y mujeres para combinar la independencia económica con la crianza de los hijos.

23. La elección del momento para la paternidad tiene consecuencias importantes en la vida reproductiva posterior, incluso en el número final de hijos, la salud de la madre y los hijos y el bienestar de la familia. La preponderancia de la maternidad a temprana edad — antes de los 15 años — por lo general es baja en la mayoría de los países, aunque en algunos países del África subsahariana, como Liberia, Malí y Nigeria, al igual que en Bangladesh, aproximadamente un décimo de las jóvenes tienen un hijo antes de esa edad. En cambio, la maternidad antes de los 18 años es una experiencia frecuente en muchos países en desarrollo, aunque en la mayoría de las regiones del mundo se ha documentado una tendencia reciente hacia la maternidad a edad más tardía. En la amplia mayoría de los estudios, se ha centrado la atención en las

consecuencias desfavorables que tiene la maternidad a una edad temprana para las mujeres, principalmente porque en la mayoría de las sociedades no es frecuente la paternidad de los jóvenes adolescentes. Sin embargo tampoco los hombres suelen estar preparados para asumir la plena responsabilidad de la educación de los hijos a temprana edad. En el escaso número de estudios que existen al respecto se señala que la paternidad en la adolescencia afecta adversamente a los jóvenes en la esfera de la educación y el trabajo, aunque en menor medida que a las jóvenes.

24. La mayoría de los primeros nacimientos ocurren dentro del matrimonio, pero en algunas sociedades, una proporción considerable de jóvenes mujeres traen hijos al mundo fuera del matrimonio. En la región del África subsahariana, por ejemplo, las primíparas de entre 20 y 24 años de edad que no se han casado llegan a aproximadamente un 40% en Kenya y Liberia y a más del 70% en Botswana y Namibia. Si bien se ha documentado una tendencia decreciente en la tasa de fecundidad de las adolescentes en la mayor parte del mundo, la proporción de nacimientos fuera del matrimonio está aumentando en muchos países, tanto en las regiones menos desarrolladas como en las más desarrolladas. Según estudios recientes basados en datos de encuestas sobre fecundidad y familia en Europa, por ejemplo, las madres de entre 25 y 29 años de edad que habían tenido su primer hijo fuera del matrimonio representaban alrededor de la mitad en Suecia, Austria y Francia y de un tercio en Noruega, Alemania y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Una gran proporción de hijos nacidos fuera del matrimonio son, sin embargo, resultantes de la cohabitación y, en consecuencia, el hecho de que su número haya aumentado recientemente no indica necesariamente que haya aumentado el número de madres sin pareja.

25. Aunque la decisión de usar métodos anticonceptivos corresponde normalmente a ambos miembros de la pareja, la mayor responsabilidad en la prevención del embarazo tiende a recaer en las mujeres. Uno de los factores para que esto ocurra es que la mayoría de los métodos anticonceptivos modernos dependen de que la mujer inicie y regule su uso. Según las estimaciones recientes de las Naciones Unidas sobre tasas de uso de métodos anticonceptivos, el 58% de todas las parejas casadas en el mundo usan alguno de esos métodos y entre esas parejas, menos de la tercera parte usan un método que requiera la participación del hombre (preservativo y vasectomía) o su colaboración (abstinencia periódica y *coitus interruptus*) (cuadro 1). En las regiones más desarrolladas se usan más los métodos que dependen del hombre que en las regiones menos desarrolladas (aproximadamente el 50% contra el 20% del uso total de métodos anticonceptivos). Esta diferencia se debe, en parte, a que en las regiones más desarrolladas, particularmente en Europa oriental y meridional, se usa más la abstinencia periódica y el *coitus interruptus*.

Cuadro 1
Promedios mundiales y regionales de uso actual de métodos anticonceptivos^a, por tipo de método

(Porcentaje)

Principales regiones	Métodos para la mujer					Métodos para el hombre		
	Total	Píldora	DIU	Otros métodos ^b	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Preservativo	Abstinencia periódica, coitus interruptus ^c
Total mundial	58	8	13	3	19	4	4	8
Regiones más desarrolladas	70	17	6	2	9	5	14	19
Regiones menos desarrolladas	55	6	14	2	21	4	2	5
África	20	7	4	2	2	0,1	1	4
Asia ^d	60	5	17	2	24	5	3	4
América Latina y el Caribe	66	14	7	2	28	1	4	9
Oceanía	29	5	1	6	9	0,2	1	7

Fuente: *World Contraceptive Use 1998, wall chart* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.99.XIII.4).

Nota: DIU = dispositivo intrauterino.

^a Uso de anticonceptivos entre las mujeres en edad reproductiva actualmente casadas. Se incluyen, de ser posible, las que viven en una unión consensual.

^b Incluidos inyectales, diafragmas, tapones cervicales y espermicidas.

^c Incluye también la abstinencia sexual total, si se practica por razones anticonceptivas, los métodos populares y otros métodos no comunicados separadamente.

^d Con exclusión del Japón.

26. La difusión cada vez mayor de enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH, ha hecho que la prevención de las enfermedades sea tan importante como la de los embarazos no deseados, en especial entre la población joven sexualmente activa. Esta doble preocupación probablemente afecte la elección de los métodos anticonceptivos. También ha puesto de relieve la importancia de la responsabilidad compartida del hombre en su empleo, puesto que el método principal para prevenir tanto los embarazos no deseados como la enfermedad — es decir, el preservativo — requiere la cooperación del hombre. El uso de preservativos sigue siendo bajo a nivel mundial. Según las estimaciones de las Naciones Unidas, aproximadamente el 4% de todas las parejas usan preservativos, pero este porcentaje varía del 2% en las regiones menos desarrolladas hasta el 14% en las más desarrolladas. No obstante, las estimaciones de que se dispone surgen de respuestas de mujeres casadas en las encuestas y tal vez subestimen los niveles reales de uso entre la población en general.

27. Hace mucho que se reconoce la influencia del hombre en la elección de métodos anticonceptivos, pero sólo en el último decenio, principalmente, se ha señalado en forma expresa su participación clave en la salud reproductiva y ha comenzado a tomarse en cuenta en el diseño de políticas. En los programas de planificación de la familia, que tradicionalmente se dirigían casi exclusivamente a la mujer, se considera cada vez más al hombre como un participante importante e interesado y se está cambiando en consecuencia la orientación de los servicios. No se encuentra fundamento en los datos de los estudios para presumir, como solía hacerse, que los hombres tienen poco interés en compartir la responsabilidad de la planificación de la familia. Además, los estudios recientes han demostrado cuán importante es la comunicación entre los miembros de la pareja cuando se trata de decidir sobre métodos anticonceptivos.

28. Es universalmente reconocido el papel fundamental que desempeña la educación en el progreso económico y social colectivo y en el bienestar individual. La existencia de grandes diferencias en la educación de hombres y mujeres tiende a favorecer y perpetuar la desigualdad entre hombres y mujeres en la familia y en la sociedad en general. En cambio, la igualdad educativa contribuye a hacer desaparecer gradualmente el fundamento de la gran disparidad de los papeles que desempeñan hombres y mujeres en la esfera doméstica y en la pública. Por esa razón, en el Programa de Acción se hizo hincapié en el valor de la educación para las niñas. Concretamente, el Programa apunta a mantener a las niñas y las adolescentes en la escuela, con miras a eliminar para el año 2005 la disparidad entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria.

29. Son numerosas las formas directas e indirectas mediante las cuales la educación de la mujer influye sobre la formación de la familia y el comportamiento reproductivo. Un mayor nivel de educación se asocia con el matrimonio a edades más tardías y con una transición más tardía hacia la maternidad. Con respecto al tamaño de la familia, las mujeres mejor educadas suelen preferir familias más pequeñas, porque la educación amplía las funciones de la mujer más allá de la crianza de los hijos y despierta en ella mayores expectativas con respecto a la educación de los hijos, lo cual reduce la fecundidad. La educación de la mujer influye no solamente sobre su deseo de tener hijos, sino también sobre su voluntad y capacidad para poner en práctica sus preferencias con respecto al tamaño de la familia utilizando métodos anticonceptivos. En consecuencia, la maternidad no deseada es menos frecuente entre las mujeres mejor educadas, lo que indica que la educación posibilita la opción en materia de reproducción. De las investigaciones surge también que tanto la educación de la mujer como la educación del hombre afectan el proceso de formación de la familia y que se refuerzan pero no se reemplazan mutuamente.

30. En 1996, en la población de más de 15 años, la proporción de analfabetos era del 16% en los hombres y del 29% en las mujeres (cuadro 2). Los datos sobre coeficientes de matrícula sugieren que los niveles de educación están condicionados en gran parte por el desarrollo socioeconómico de una sociedad y que las mayores diferencias entre los sexos en el acceso a la educación se observan en las regiones con menores niveles educativos generales. En los últimos decenios, se ha registrado en la mayoría de las regiones una expansión de la educación primaria, salvo en el África subsahariana. En esta región, el ritmo de los progresos que se venían realizando comenzó a hacerse más lento en el decenio de 1980 debido a la crisis económica y la reestructuración de la deuda, que se tradujeron en mayores costos educativos para los padres y menor calidad de la educación. En los países en desarrollo en su conjunto, se ha reducido considerablemente la diferencia entre niños y niñas en el nivel primario, aunque subsiste en el África subsahariana, el África septentrional y el Asia meridional. El número de estudiantes mujeres es menor a nivel secundario y postsecundario, pero las disparidades entre hombres y mujeres han disminuido.

Cuadro 2

Tasas de analfabetismo masculino y femenino y coeficientes brutos de matrícula, 1980 y 1996

<i>Principales regiones</i>	<i>Porcentaje de adultos analfabetos</i>				<i>Coefficientes brutos de matrícula</i>							
	<i>1980</i>		<i>1996</i>		<i>Nivel primario</i>				<i>Nivel secundario</i>			
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>1980</i>		<i>1996</i>		<i>1980</i>		<i>1996</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Total mundial	23	38	16	29	103	88	105	95	52	41	63	55
Regiones más desarrolladas	2	5	1	2	101	101	103	103	89	90	99	102
Regiones menos desarrolladas	31	53	21	38	104	86	106	94	42	28	55	45
Países menos adelantados	52	75	41	62	77	54	79	61	20	9	23	15
África	48	72	34	54	89	69	85	71	27	16	36	30
Asia	28	51	19	37	106	87	110	98	46	32	62	50
América Latina y el Caribe	18	23	12	15	106	103	116	110	44	45	55	60

Fuente: Anuario Estadístico UNESCO 1998 (París y Lanham, Maryland (Estados Unidos de América), UNESCO Publishing and Bernan Press, 1998).

1. Son cada vez más numerosos los gobiernos que consideran que los adolescentes necesitan mejor información sobre reproducción, las enfermedades de transmisión sexual la infección por el VIH, los riesgos de la maternidad temprana y los beneficios para la salud que derivan del uso de métodos anticonceptivos. Pero incluso los firmes partidarios de la educación sexual universal para la juventud no están de acuerdo sobre la edad a la que debe comenzar a darse esta información, quién debe darla, y en qué contexto. En los países más desarrollados, en los que la enseñanza continúa hasta bien entrada la adolescencia, se supone por lo general que las escuelas, y en segundo término las instituciones para jóvenes, son el mejor lugar para impartir educación sexual. En la mayoría de las escuelas de los países desarrollados se ofrece algún tipo de educación sexual a los jóvenes en los primeros años de la escuela secundaria. En algunos países desarrollados, la educación para la vida familiar se introduce paulatinamente en los primeros grados y el contenido se va adaptando a las diferentes etapas de desarrollo emocional y cognitivo del niño. En cambio, en la mayoría de los países en desarrollo el número de niños y niñas que reciben educación sexual es reducido.

2. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se hizo hincapié en que “Los gobiernos deberían hacer cumplir estrictamente las leyes encaminadas a garantizar que sólo se contraiga matrimonio con el libre y pleno consentimiento de los interesados. Además, los gobiernos deberían hacer cumplir estrictamente las leyes relacionadas con la edad mínima para el consentimiento y para contraer matrimonio y deberían aumentar la edad mínima para contraer matrimonio cuando sea necesario” (párr. 4.21). En muchas partes del mundo, se violan los derechos humanos básicos de las mujeres al darlas en matrimonio sin su consentimiento o al obtener su consentimiento bajo coerción familiar. Son casi universales las leyes que establecen una edad mínima para el matrimonio, y lo más común es que la edad mínima sea de 18 años para el hombre y 16 para la mujer.

3. Un problema que plantean muchas de las leyes que establecen una edad mínima para el matrimonio es que la edad fijada para la mujeres demasiado baja y menor que para el hombre, lo cual sugiere que la mujer necesita menos años para prepararse para el matrimonio porque sus deberes se limitarán a la maternidad y las tareas domésticas. Durante los dos últimos decenios, más de 50 países han modificado sus leyes relativas a la edad mínima legal para contraer matrimonio, pero esas leyes muchas veces no se cumplen. En algunas partes del mundo, como en África, la edad legal para el matrimonio suele ser alta, pero la edad real a la que se contrae matrimonio es baja. En muchos países, la edad mínima legal para contraer matrimonio con el consentimiento de los padres es considerablemente más baja que para casarse sin dicho consentimiento.

4. Anteriormente, en muchos programas de planificación de la familia se prestaba escasa atención a los hombres. Lo que es más, en algunos de esos programas incluso se evitaba a los hombres, porque se suponía que la planificación de la familia les era indiferente o aun que se oponían a ella. En el Programa de Acción se reconoció expresamente la importancia del hombre para la salud reproductiva de la mujer, así como la importancia de la salud reproductiva de los propios hombres. En el Programa de Acción se insta a todos los países a proporcionar a los hombres, al igual que a las mujeres, servicios de salud reproductiva que sean “accesibles, asequibles y aceptables”. En él se alienta a los programas de servicios de salud reproductiva a dejar de considerar al hombre y a la mujer separadamente y a adoptar un enfoque holístico que incluya al hombre y centre su atención en las parejas. En los últimos años se han elaborado programas para los hombres en diversos países.

5. Durante la época de la transición de la fecundidad en Europa y América del Norte, era el hombre quien regulaba los primeros métodos para limitar la fecundidad, el *coitus interruptus*, la abstinencia y el preservativo. Desde la revolución en el uso de anticonceptivos en el decenio de 1960, que puso la píldora al alcance de gran número de mujeres, la mayoría de los avances técnicos en materia de anticoncepción ha consistido en métodos hormonales para la mujer.

Muchas mujeres, que tal vez prefieran los dispositivos de larga duración por comodidad o porque no hacen necesario que sus esposos sean informados, se vuelven dependientes de sistemas sanitarios que con frecuencia no están equipados para prestar los tratamientos médicos más sencillos. Las exigencias legales o administrativas todavía limitan el acceso a muchos métodos de planificación de la familia en ciertos países, y en algunos lugares las mujeres deben obtener permiso de sus esposos o padres antes de que puedan recibir los servicios.

6. Hay una considerable diferencia entre hombres y mujeres en lo relativo a la esterilización. En la mayoría de los países, la esterilización de la mujer se realiza con mucha más frecuencia que la del hombre, a pesar de que el procedimiento quirúrgico para la mujer supone más riesgos, requiere más experiencia técnica y es más caro que para el hombre. De hecho, la esterilización femenina es el método anticonceptivo más importante en todo el mundo y representa aproximadamente el 30% de todas las prácticas de anticoncepción. Desde 1974, en muchas partes del mundo se observa una tendencia hacia la reducción o la eliminación de las restricciones a la esterilización voluntaria. Sin embargo, para evitar abusos y dado su carácter irreversible, muchos gobiernos establecen requisitos con respecto a la edad, el número de partos y otros para quienes desean someterse voluntariamente a la esterilización. Muchos países imponen limitaciones a las mujeres pero no a los hombres.

7. Algunos países, en especial de Asia oriental, sudoriental y centromeridional, tienen una tradición larga y profunda de preferencia de hijos varones. Existen muchas razones de este fenómeno, entre otras la creencia de que los hijos varones son más aptos para el trabajo agrícola, la capacidad de los hijos varones de perpetuar el apellido y el linaje, el hecho de que a las hijas haya que proveerlas de una dote cuando se casan y distintas creencias culturalmente muy arraigadas. Si una pareja desea tener solamente uno o dos hijos, es frecuente que quiera asegurarse de que sean varones. Para contrarrestar la tendencia a seleccionar el sexo antes del nacimiento, el Gobierno de la India promulgó en 1994 leyes de vigencia nacional que regulan los exámenes prenatales. El propósito declarado de la legislación es prohibir el uso de técnicas de diagnóstico prenatal para determinar el sexo de un feto, con la consecuencia del “feticidio femenino”.

II. Salud y mortalidad

8. Durante el siglo XX se ha registrado en el mundo una notable disminución de la mortalidad. Sólo en la segunda mitad del siglo, la esperanza de vida mundial al nacer pasó de 46,5 años en 1950–1955 a 65,4 años en 1995–2000 (cuadro 3). En los países más desarrollados, que ya habían experimentado un incremento sustancial de la longevidad en 1950, la esperanza de vida al nacer ha pasado de 66,6 a 74,9 años desde principios del decenio de 1950. En cambio, en la mayor parte de los países de las regiones menos desarrolladas no se empezó a registrar un descenso de la mortalidad hasta después de 1950, aunque la transición a partir de entonces fue más rápida. Se estima que la esperanza de vida al nacer en las regiones menos desarrolladas ha dado un salto impresionante de 22,4 años, y ha pasado de 40,9 años en 1950–1955 a 63,3 años en 1995–2000. Incluso entre los países menos adelantados, la esperanza de vida aumentó 14,9 años, de 35,6 a 50,5 años.

9. La caída de la mortalidad en el siglo XX se ha atribuido a una serie de factores, como el aumento de la renta y de la ingesta de nutrientes, los avances en el saneamiento y el suministro de agua y la prevención de enfermedades y las reformas de la salud pública, que redundaron en una mejora de las condiciones de vida. En las regiones menos desarrolladas, donde la principal característica del cambio en la mortalidad ha sido una reducción masiva de la mortalidad infantil y de la niñez en la segunda mitad del siglo XX, los programas de salud pública han desempeñado un papel fundamental. De particular importancia ha sido la aplicación de las nuevas tecnologías en la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

10. Se ha establecido asimismo un estrecho vínculo entre la baja de la mortalidad y la expansión de las oportunidades educativas. Se ha demostrado que la educación, en especial de la mujer, tiene una incidencia en la mortalidad infantil y en la niñez que es más importante que los efectos conjuntos de la renta, la mejora de la higiene pública y el empleo en el sector moderno de la economía. Un estudio reciente de las causas del descenso de la mortalidad mundial indicaba que una tercera parte del incremento de la esperanza de vida masculina y femenina entre 1960 y 1990 obedecía a los avances en el nivel de instrucción de las mujeres.

11. Pese a que la mayoría de los factores a que se debe el descenso de la mortalidad en el siglo XX ha mejorado las condiciones de vida tanto de hombres como de mujeres, la esperanza de vida ha aumentado con mayor rapidez en el caso de las mujeres en todas las regiones y la esperanza de vida femenina al nacer en 1995–2000 supera a la de los hombres en casi todos los países. A escala mundial, se calcula que la esperanza de vida al nacer de las mujeres en 1995–2000 es 4,4 años mayor que la de los hombres, aunque esta diferencia es mayor en las regiones más desarrolladas (7,6 años) que en las menos desarrolladas (3,2 años). Los países menos adelantados presentan diferencias aún menores, próximas a 1,9 años.

Cuadro 3

Esperanza de vida al nacer: tendencias y diferencias por sexo en el mundo y sus zonas principales, 1950–1955, 1975–1980 y 1995–2000

Zona principal	Esperanza de vida, ambos sexos (años)			Diferencias por sexo (esperanza de vida femenina–masculina)		
	1950–1955	1975–1980	1995–2000	1950–1955	1975–1980	1995–2000
Total mundial	46,5	59,7	65,4	2,7	3,5	4,4
Regiones más desarrolladas	66,6	72,1	74,9	5,0	7,4	7,6
Regiones menos desarrolladas	40,9	56,8	63,3	1,7	2,0	3,2
Países menos adelantados	35,6	45,3	50,5	1,3	1,8	1,9
África	37,8	48,0	51,4	2,7	3,2	2,8
Asia	41,3	58,5	66,3	1,4	1,6	3,1
Europa	66,2	71,2	73,3	5,1	7,7	8,2
América Latina y el Caribe	51,4	63,1	69,2	3,4	5,2	6,5
América del Norte	69,0	73,3	76,9	5,8	7,8	6,6
Oceanía	60,9	68,2	73,8	3,8	5,6	4,9

Fuente: *World Population Prospects: The 1998 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.99.XIII.9).

12. Entre los países desarrollados, la diferencia en la esperanza de vida entre los sexos es menor (menos de cinco años) en Islandia, Malta, Suecia y la ex República Yugoslava de Macedonia. Las mayores diferencias por sexo estimadas (más de 11 años) se dan en Belarús, Estonia, Letonia, Lituania y la Federación de Rusia. Las tasas de mortalidad más elevadas y

las amplias diferencias por sexo en la esperanza de vida que se observan en Europa del Este reflejan el largo período de estancamiento e inversión del descenso de la mortalidad que se han producido en esa región desde mediados del decenio de 1960, especialmente entre los hombres.

13. Las diferencias por sexo en la esperanza de vida en las regiones más desarrolladas obedecen fundamentalmente a las tendencias diferenciadas en la mortalidad de adultos y ancianos, ya que hace mucho que en esas regiones la mortalidad infantil y en la niñez ha dejado de tener una incidencia significativa en la esperanza de vida. Un examen de las diferencias por sexo en las tasas de mortalidad por edades de las personas mayores de 30 años en determinados países desarrollados muestra una gran desventaja masculina en todas las edades y en todos los países. Esa desventaja es generalmente mayor en los países de Europa oriental. El exceso en la mortalidad masculina es más acusado en el intervalo comprendido entre los 30 y los 40 años.

14. Las diferencias entre la esperanza de vida masculina y femenina en las regiones menos desarrolladas son, por lo general, menores que las de las regiones más desarrolladas, aunque algunos países en desarrollo presentan diferenciales comparables a los de las regiones más desarrolladas. Las menores diferencias por sexo en las regiones menos desarrolladas corresponden a Asia centromeridional, en la que antes de 1980 la esperanza de vida masculina era ligeramente superior a la femenina, pero donde la mujer tiene actualmente una ventaja de 1,1 años. Las mayores diferencias por sexo se observan en América del Sur y el África meridional, con una ventaja femenina de 6,5 y 6,0 años, respectivamente.

15. Una gran parte de la bibliografía que aborda la desigual mortalidad entre los sexos en los países en desarrollo no se ha centrado tanto en las diferencias en la esperanza de vida, que pueden estar sesgadas por las hipótesis de cálculo de la mortalidad adulta efectuadas para los países que disponen de datos limitados, cuanto en diferencias por sexo en la mortalidad de la infancia, es decir, la mortalidad infantil, de la niñez y de menores de 5 años, sobre la cual se dispone de un mayor número de datos. En la mayoría de los casos, la población femenina de lactantes presenta una menor tasa de mortalidad que los lactantes varones, fenómeno que se atribuye a factores biológicos y genéticos (véase el cuadro 4). La ventaja femenina también se da a partir del primer año de vida, aunque en algún momento de la primera infancia, entre las edades de 1 y 4 años, los factores ambientales empiezan a primar sobre los biológicos en la determinación de las diferencias por sexo con respecto a la mortalidad. En algunos países la ventaja que presentan las niñas sobre los niños se ve compensada por otros factores, incluso la discriminación contra las niñas, de modo que llega a afectar su salud y supervivencia.

Cuadro 4
Estimaciones de la mortalidad infantil y en la niñez en el mundo y sus zonas principales,
1995–2000

Zona principal	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacimientos)	Probabilidad de morir antes de los 5 años de edad (por 1.000 nacimientos)		
		Total	Hombres	Mujeres
Total mundial	57	80	80	80
Regiones más desarrolladas	9	11	13	10
Regiones menos desarrolladas	63	87	87	88
Países menos adelantados	99	156	160	151
África	87	140	146	133
Asia	57	74	71	77
Europa	12	14	16	12
América Latina y el Caribe	36	44	49	39
América del Norte	7	8	9	7
Oceanía	24	32	31	32

Fuente: *World Population Prospects: The 1998 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.99.XIII.9)

16. Un estudio reciente de las Naciones Unidas sobre las diferencias por sexo en la mortalidad infantil y en la niñez y sus factores determinantes en los países en desarrollo en los decenios 1970 y 1980 confirmó que la probabilidad de supervivencia era menor entre los lactantes de sexo masculino en la mayoría de los países estudiados. Con respecto a la mortalidad en la niñez (la probabilidad de morir entre 1 y 5 años), el estudio halló pruebas de una mortalidad femenina superior que no se limitaba a una única región. Una media ponderada de todos los países revelaba un exceso de mortalidad femenina en la niñez del orden del 10%. A nivel regional, se descubrió que las niñas estaban en más grave desventaja en Asia centromeridional y, en menor medida, en África septentrional y Asia occidental. En todas las demás regiones, los países con una mortalidad femenina en la niñez superior a la masculina no mostraban pautas geográficas precisas, aunque en América Latina y el Caribe tendían a agruparse en América central y en el África subsahariana lo hacían en África occidental y central. En la mayor parte de esos países, sin embargo, la desventaja femenina era pequeña.

17. Datos recientes de los años 90 muestran que, aunque la mortalidad infantil y en la niñez ha seguido disminuyendo tanto para los niños como para las niñas en algunos países es aún frecuente una mayor mortalidad femenina en la niñez. Las niñas siguen estando en gran desventaja frente a los niños en el Asia centromeridional y, en menor medida, en el África septentrional y Asia occidental.

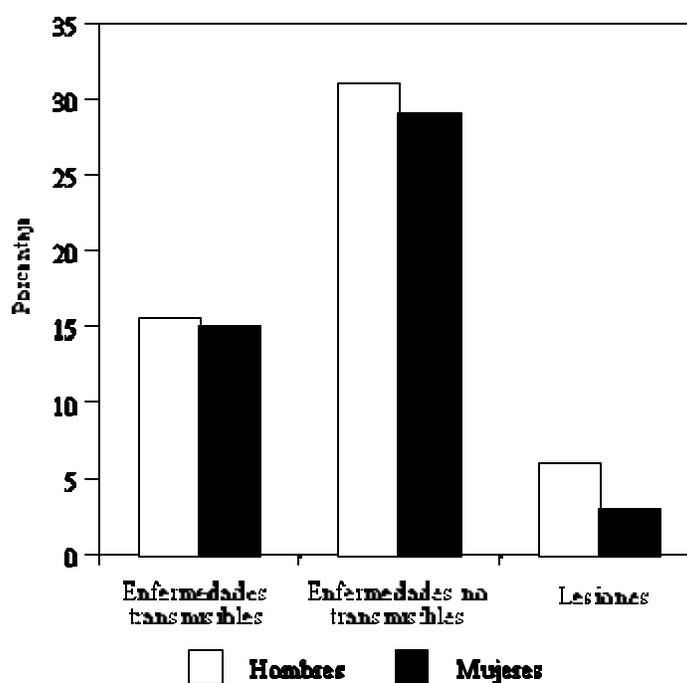
18. Al examinar los factores determinantes del exceso de mortalidad femenina en la niñez, el estudio de las Naciones Unidas no halló que se descuidara la nutrición de las niñas, ni aun en los países en que existen pruebas palpables de una desventaja femenina en materia de supervivencia. Las conclusiones con respecto al uso de los servicios de salud fueron algo más variadas. En los países en los que las niñas estaban en situación más desventajosa, existían pruebas de prácticas discriminatorias en cuanto al acceso a la asistencia preventiva y curativa. Sorprendentemente, no había pruebas consistentes de que la educación de las madres afectara a las diferencias por sexo en la prevención y el tratamiento de la enfermedad, aun cuando se ha demostrado que la educación tiene una incidencia considerable en la supervivencia del niño.

En general, las conclusiones del estudio mostraron que los factores determinantes de la mayor mortalidad femenina en la niñez eran complejos y no se pudieron encontrar pruebas concluyentes de las causas exactas, lo que viene a subrayar la importancia de considerar con prudencia las interpretaciones excesivamente simplistas que atribuyen el exceso de mortalidad femenina a la discriminación por razón del sexo.

19. En lo que respecta a las causas de defunción, los cálculos mundiales de la distribución de muertes en 1998 por sexo y tres grupos amplios de causas (véase el gráfico I) muestran que las enfermedades no transmisibles son, con mucho, la causa más importante de mortalidad tanto entre los hombres como entre las mujeres, y en 1998 representaban aproximadamente el 59% de todas las muertes. Se calcula que el 30% de las muertes se debieron a enfermedades transmisibles y el 11% a lesiones.

Gráfico I

Distribución de defunciones por sexo y grupos amplios de causas en el mundo, 1998



Fuente: Organización Mundial de la Salud, *The World Health Report 1999: Making a Difference* (Ginebra, 1999), anexo, cuadro 2.

20. Aunque los datos presentados en el gráfico I sugieren que hombres y mujeres tienen casi las mismas probabilidades de morir a causa de enfermedades transmisibles y no transmisibles, existen importantes diferencias entre los sexos en la mortalidad por causas concretas. Entre las enfermedades transmisibles, los hombres tienen más probabilidades de morir a causa de enfermedades infecciosas y parasitarias: sólo la tuberculosis fue responsable de un 49% más de muertes entre los hombres. Entre las no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias malignas constituyen las causas de defunción más importantes tanto en hombres como en mujeres. Se estima que un 32% más de hombres mueren de neoplasias malignas. Entre las mujeres, los cánceres de mama y del sistema reproductivo son las formas de cáncer que causan el mayor número de muertes.

21. En las muertes por causas cardiovasculares las mujeres superan en número a los hombres. Este exceso de defunciones femeninas por enfermedades cardiovasculares se debe principalmente a la mortalidad a partir de los 70 años de edad, en que las defunciones femeninas superan a las masculinas en más del 36%. En cambio, entre los 30 y los 59 años las muertes masculinas por enfermedades cardiovasculares superan a las femeninas en más del 50%. Esto indica que las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la principal causa de mortalidad entre las mujeres, no porque las mujeres sean más vulnerables, sino porque un mayor número de ellas llega a edades en las que las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa principal de defunción.

22. Las lesiones constituyen una importante causa de mortalidad entre los hombres más jóvenes. De los 5,8 millones estimados de muertes por lesiones en 1998, 3,8 millones, o sea aproximadamente las dos terceras partes, correspondieron al sexo masculino. El número de hombres que mueren a causa de accidentes de tráfico duplica con creces al de las mujeres. Las defunciones por homicidio y violencia son casi cuatro veces superiores entre los hombres que entre las mujeres.

23. No se comprenden claramente los factores subyacentes a la mayor mortalidad masculina a causa de la mayoría de las enfermedades transmisibles, aunque al parecer las diferencias biológicas inherentes al sexo, a las que se suman las diferencias entre hombres y mujeres por razones sociales, contribuyen a las diferencias por sexo. En cuanto a las enfermedades no transmisibles y las lesiones, existen abundantes indicaciones de la incidencia de los factores de comportamiento en las diferencias de morbilidad y mortalidad entre los sexos. En los países de Europa oriental, se ha señalado la importancia de un comportamiento de riesgo entre los hombres, en particular el consumo excesivo de alcohol y tabaco. El tabaquismo se asocia a riesgos de mortalidad considerablemente más altos entre los hombres que entre las mujeres. A nivel mundial, se calcula que la mortalidad relacionada con el tabaco es cuatro veces superior entre los hombres que entre las mujeres. Dado que las defunciones actuales guardan relación con el consumo en el pasado, y que el número de mujeres fumadoras ha aumentado en los últimos años, cabe esperar que las repercusiones para la salud se observarán en un número cada vez mayor de mujeres. El cáncer de pulmón es ya la causa más común de defunción femenina por cáncer en los Estados Unidos de América y su incidencia está creciendo en los países en que el consumo de tabaco es una práctica arraigada entre las mujeres. A medida que un mayor número de mujeres ha abrazado el hábito del tabaco, la morbilidad y mortalidad con él relacionadas han puesto en peligro la prolongada ventaja femenina en materia de esperanza de vida.

24. Las complicaciones derivadas del embarazo y del parto siguen siendo una de las causas principales de mortalidad de las mujeres en edad reproductiva en numerosas partes del mundo en desarrollo. Según estimaciones recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 500.000 mujeres murieron en 1998 por causas relacionadas con el embarazo y más del 99% de estas muertes se produjeron en países de bajos y medianos ingresos. Aunque hay pruebas de que la mortalidad materna ha disminuido en los países con una baja tasa de mortalidad general, es difícil evaluar los progresos realizados en los países en que el problema se considera más grave, debido a la falta de datos fiables. La causa inmediata de las complicaciones, enfermedades y muertes relacionadas con el embarazo es la insuficiente atención que recibe la mujer durante el embarazo y el parto. Entre los factores que contribuyen a la elevada mortalidad materna, se incluyen la situación de inferioridad de la mujer y las deficiencias en la salud y la nutrición. La falta de educación y la información insuficiente o incorrecta sobre los síntomas de complicaciones durante el embarazo contribuyen también a la elevada mortalidad materna en los países en desarrollo.

25. Los intentos por integrar la perspectiva de género en la política sanitaria se hallan en una temprana fase de aplicación. Se han realizado algunos progresos en la determinación de los

ámbitos prioritarios, pero en muchos países ha sido difícil movilizar los recursos necesarios para incorporar una perspectiva de género especialmente en los países en desarrollo, cuyos sistemas sanitarios afrontan graves dificultades estructurales y financieras y están siendo objeto de importantes reformas. Los esfuerzos por integrar la perspectiva de género en el sector de la salud se han centrado en buena medida en las cuestiones de la salud femenina. Son escasos los ejemplos de políticas y programas en que se tengan presentes las diferencias entre los sexos y se aborden otros aspectos de la salud. Las actividades destinadas a promover la salud y prevenir las afecciones relacionadas con el modo de vida, como las campañas de prevención del tabaquismo, ofrecen un ejemplo notable de esta omisión de la perspectiva de género. Es un hecho ahora reconocido que pautas de comportamiento tales como el régimen alimenticio o el consumo de tabaco y alcohol, que tienen una gran incidencia en la salud de las personas y los grupos de población, suelen presentar diferencias en función del sexo. No obstante, salvo en las campañas dirigidas a las mujeres embarazadas, en las campañas de prevención del tabaquismo no se han tenido en cuenta las diferencias entre los sexos. Asimismo, en las campañas de prevención del alcoholismo casi nunca se tiene presente la perspectiva de género, aunque muchos programas de rehabilitación han ido dirigidos implícitamente a los hombres.

26. Más de dos tercios de los gobiernos de los países en desarrollo y la mitad de los de los países desarrollados que han respondido a la octava Encuesta Demográfica entre los Gobiernos consideran que sus niveles de mortalidad materna son inaceptablemente altos. Todos los países indican que han tomado medidas para reducir esos niveles. La mayoría de las medidas adoptadas por los gobiernos se inscriben en el ámbito de la atención prenatal y de la información, educación y comunicación pertinentes. Si bien las actividades para reducir la mortalidad y morbilidad maternas se basan en el hecho de que el factor inmediato más importante de la salud y supervivencia maternas es el grado de acceso de las mujeres a una atención obstétrica básica, la información sobre las medidas gubernamentales indica que los servicios obstétricos de emergencia no reciben la máxima prioridad. Además, los resultados de las investigaciones señalan que programas tales como la formación de parteras tradicionales han tenido hasta la fecha escasa incidencia en la mortalidad materna en gran parte del mundo en desarrollo. Es cada vez más evidente que la eficacia de las actividades encaminadas a reducir la mortalidad materna depende del fortalecimiento general del sistema de asistencia sanitaria.

27. El Programa de Acción propugna la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres, incluida la violencia en el hogar y la mutilación genital femenina. La mayoría de los países no han iniciado sino recientemente la formulación de orientaciones para la detección y prevención de la violencia familiar. América Latina es una región que ha realizado progresos significativos últimamente. Los siete países de Centroamérica aprobaron entre 1995 y 1997 leyes sobre la violencia en el hogar. Otros países han creado unidades policiales especiales para ocuparse de la violencia sexista y la violencia en el seno familiar (Argentina, Brasil, Nicaragua y Perú). Se han puesto en marcha medidas para mejorar la detección en escuelas y centros de asistencia sanitaria, centrándose en los grupos de población vulnerables, como los adolescentes, o atendiendo a los criterios de riesgo, pero aún es demasiado pronto para evaluar los resultados. En las grandes ciudades, se han creado asimismo líneas telefónicas directas, ya sea como parte de los servicios públicos o financiadas por organizaciones no gubernamentales, a fin de ayudar a las víctimas de malos tratos en el hogar. Algunas organizaciones no gubernamentales también han abierto refugios y recaudado fondos para ofrecer ayuda económica a corto plazo a las mujeres maltratadas. En materia de asistencia, algunos países, tanto desarrollados como en desarrollo, han establecido normas y protocolos para prestar asistencia biomédica y psicológica a las víctimas de la violencia familiar y el abuso sexual. Entre estos intentos, la iniciativa de los centros polivalentes de los hospitales de Malasia se destaca por su tratamiento innovador y sensible de la violencia en el hogar.

28. El sólido consenso alcanzado en conferencias internacionales recientes contra la mutilación genital femenina ha estimulado iniciativas nacionales e internacionales encaminadas a poner fin a esa práctica. Varios países africanos han aprobado leyes que prohíben o tipifican como delito la práctica de la mutilación genital femenina: Ghana (1994), Burkina Faso (1996) y Côte d'Ivoire (1998). En 1997, el más alto tribunal administrativo de Egipto invalidó el fallo de un tribunal inferior que dejaba sin efecto un decreto gubernamental promulgado en 1996 por el que se prohibía a los profesionales de la salud la práctica de la circuncisión femenina. La mayoría de los países ha tratado de ocuparse de la cuestión por vías diferentes de las penales, como mediante campañas informativas disuasorias que ponen de relieve sus efectos perjudiciales para la salud. Entre estas actividades de este tipo se destacan por su planteamiento comunicativo innovador los ritos alternativos inofensivos que han introducido las organizaciones no gubernamentales en colaboración con los jefes tradicionales en cuatro distritos de Kenya y en la región ugandesa de Kapchorwa. Varios países con grupos de población africana inmigrante (Australia, Canadá, Dinamarca, Francia, Noruega y Países Bajos, así como ocho Estados de los Estados Unidos de América) han aprobado leyes contrarias a la mutilación genital femenina o han sancionado la ilegalidad de esta práctica mediante el derecho penal.

El virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida

29. A fines de 1999 se calculaba que 33,6 millones de personas estaban infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (cuadro 5). En el transcurso del año unos 6,6 millones de personas contrajeron dicha infección. Más del 95% de todas las personas infectadas por el VIH viven en el mundo en desarrollo. El 95% de las muertes provocadas por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ocurre en los países en desarrollo, en su mayoría de adultos jóvenes de edades caracterizadas normalmente por una capacidad productiva y reproductiva máxima. La epidemia de SIDA se ha cobrado hasta el presente las vidas de más de 16 millones de personas.

Cuadro 5

Estadísticas y características regionales del virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), diciembre de 1999

<i>Región</i>	<i>Inicio de la epidemia</i>	<i>Adultos y niños afectados por el VIH/SIDA</i>	<i>Adultos y niños infectados recientemente por el VIH</i>	<i>Proporción de adultos afectados^a (porcentaje)</i>	<i>Porcentaje de mujeres adultas VIH-positivas</i>	<i>Modo(s) principal(es) de transmisión entre adultos afectados por el VIH/SIDA</i>
África subsahariana	Fines del decenio de 1970 y principios del decenio de 1980	3 300 000	3 800 000	8,0	55	Het.
África septentrional y Asia occidental	Fines del decenio de 1980	220 000	19 000	0,13	20	UDI, Het.
Asia meridional y sudoriental	Fines del decenio de 1980	6 000 000	1 300 000	0,69	30	Het.
Asia oriental y el Pacífico	Fines del decenio de 1980	530 000	120 000	0,068	15	UDI, Het., H
América Latina	Fines del decenio de 1970 y principios del decenio de 1980	1 300 000	150 000	0,57	20	H, UDI, Het.
Caribe	Fines del decenio de 1970 y principios del decenio de 1980	360 000	57 000	1,96	35	Het., H
Europa oriental y Asia central	Principios del decenio de 1990	360 000	95 000	0,14	20	UDI, H
Europa occidental	Fines del decenio de 1970 y principios del decenio de 1980	520 000	30 000	0,25	20	H, UDI
América del Norte	Fines del decenio de 1970 y principios del decenio de 1980	920 000	44 000	0,56	20	H, UDI, Het.
Australia y Nueva Zelandia	Fines del decenio de 1970 y principios del decenio de 1980	12 000	500	0,10	10	H, UDI
Total		33 600 000	5 600 000	1,10	46	

Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) (ONUSIDA)/Organización Mundial de la Salud (OMS), *La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999* (Ginebra, diciembre de 1999).

Nota: "Het." significa transmisión heterosexual, "UDI" significa transmisión mediante el uso de drogas inyectables y "H" significa transmisión sexual entre hombres que mantienen relaciones sexuales entre sí.

^a Proporción de adultos de 15 a 49 años de edad afectados por el VIH/SIDA en 1999, con datos de población correspondientes a 1998.

1. A fines de 1999 los hombres constituían el 54% de todas las personas mayores de 15 años de edad afectadas por el VIH/SIDA. Una de las tendencias más inquietantes de la epidemia de VIH/SIDA consiste en los estragos cada vez mayores que causa en mujeres y niñas. En África, la mayoría de los adultos VIH-positivos son mujeres. En algunos de los países más afectados, el número de mujeres infectadas por el VIH es superior al de los hombres en una proporción que llega a ser de 16 a 1 entre los más jóvenes. Lo que es más, nada indica que esa tendencia vaya a mejor.

2. No se entiende del todo por qué razón la epidemia afecta más a la mujer que al hombre. Sin duda se trata de una combinación de factores, incluido el hecho de que en las relaciones sexuales el VIH se transmite más fácilmente del hombre a la mujer que de la mujer al hombre. No obstante, con toda seguridad un factor primordial es la diferencia en las estructuras de edades de la infección por el VIH en hombres y mujeres. Por razones biológicas y culturales, la mujer tiende a infectarse a una edad mucho más temprana que el hombre. Según estudios realizados recientemente en varias poblaciones de África, la probabilidad de que las niñas de 15 a 19 años de edad sean VIH-positivas es alrededor de cinco o seis veces mayor que en los varones. Con el tiempo, la tasa de infección del hombre llega a igualarse con la de la mujer, pero ello no ocurre hasta que los hombres se acercan a los 30 años o tienen poco más de esa edad. Evidentemente, los hombres mayores, que suelen presionar a las niñas para que tengan relaciones sexuales con ellos o compran sus favores con obsequios atractivos, son la fuente principal de infección por el VIH en las adolescentes.

3. A la mujer joven que depende de su pareja desde el punto de vista económico o social, que teme sufrir consecuencias violentas y está en una posición desventajosa para exigir relaciones sexuales con protección, le resulta sumamente difícil negarse a tener relaciones sexuales no protegidas. Los mitos y creencias locales alientan al hombre mayor sexualmente más activo a buscar parejas sexuales más jóvenes, lo que explica que las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH ocurran con mayor frecuencia entre las mujeres más jóvenes, que entre los varones de la misma edad. Además, en algunos países la mujer está comenzando a tener relaciones sexuales a una edad más temprana, sin conciencia del riesgo de contraer el VIH o enfermedades de transmisión sexual.

4. La desigualdad en las relaciones entre los géneros que limita la capacidad de la joven para protegerse adecuadamente de la infección por el VIH es una resultante de condiciones socioeconómicas que condenan a muchas mujeres a padecer la discriminación desde la cuna. Por lo general las mujeres son menos instruidas que sus parejas, carecen de oportunidades económicas y acceso a los recursos productivos y tienen un acceso limitado a la información sobre salud sexual y reproductiva. Esas desigualdades y disparidades relacionadas con el género son factores agravantes que se suman a la vulnerabilidad biológica de la mujer respecto del VIH.

5. El VIH/SIDA afecta desproporcionadamente a la mujer. Cuando surgen nuevas tareas en el hogar, la empresa o la granja familiar como consecuencia de la enfermedad de algún miembro de la familia, son las jóvenes las que se ven obligadas a abandonar en primer término la escuela y las que resultan especialmente vulnerables a tener que intercambiar favores sexuales por dinero u otros recursos. En su condición por excelencia de persona que cuida de otros, sobre la mujer recae cada vez más la carga de atender a los huérfanos provocados por el SIDA en su familia extendida y con frecuencia debe asumir la función de cabeza de familia y afrontar las limitaciones derivadas de las disparidades socioeconómicas de índole más general. La seguridad alimentaria en el hogar corre un peligro cada vez mayor en las comunidades agrícolas en que las mujeres que se encargan de las labores agrícolas de subsistencia se van enfermando. Además, cuando la mujer pobre se enferma, tiene menos acceso a la atención de la salud que el hombre o, en muchos casos, prefiere no recurrir a los servicios de atención por temor a ser estigmatizada por la sociedad y sufrir discriminación y enajenación de parte de su familia.

6. La migración del campo a la ciudad sigue vinculada a la propagación del VIH. Lejos de sus vínculos matrimoniales y familiares, los hombres buscan a otras parejas sexuales, en su mayoría en las proximidades de su lugar de trabajo, con lo que no sólo se pone en peligro a sí mismo, sino también a esas mujeres. Al regresar a sus hogares rurales y reanudar allí las relaciones sexuales, contribuyen a que aumente la posibilidad de transmitir el VIH a su esposa y a que la enfermedad se propague en sus comunidades de origen.
7. Si bien el ingreso de las mujeres y las adolescentes de los países en desarrollo en los sectores económicos productivos, como las manufacturas y el turismo, sea como el principal sostén de la familia o para aumentar los ingresos familiares, puede considerarse una aportación positiva a una mayor independencia económica esa transición les crea nuevos problemas. Muchas de ellas establecen nuevos vínculos sexuales carentes de la protección y el apoyo de sus familias y la comunidad rural, lo que aumenta su vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH.
8. En los países más afectados por la epidemia, el VIH/SIDA ha comprometido las actividades de desarrollo. En los países en que la epidemia se ha propagado a la población en general, se calcula que la esperanza de vida ha disminuido entre 10 y 20 años. La ausencia de progresos en materia de mortalidad infantil, como resultado de la transmisión de madres a hijos, contribuirá asimismo a que empeore la situación de desarrollo de esos países. El 10% de las personas recién infectadas en 1999 contrajo la infección por conducto de la madre.
9. El VIH/SIDA afectará sin duda a la infraestructura de los sistemas de atención de la salud, de por sí sobrecargados. Se proyecta que los desembolsos con cargo a los presupuestos de salud pública para el tratamiento del SIDA, sobre todo en África, aumentarán del 35% al 65%. La pérdida de personal calificado y otros proveedores de servicios de salud afectará también enormemente el nivel y la calidad de la atención sanitaria en África.
10. El aumento del número de huérfanos es uno de los aspectos más tristes de la epidemia. Para fines de 1999, 11,2 millones de niños menores de 15 años, el 95% de los cuales vivían en el África subsahariana, habían quedado huérfanos a consecuencia del SIDA. Las estructuras de la familia extendida, sometidas ya a la presión de la urbanización y la migración laboral, son incapaces de desempeñar su función tradicional de mecanismos de solución de problemas. Tampoco es probable que los servicios sociales y de bienestar de muchos países de la región estén en condiciones de prestar la atención y el apoyo que necesitan los numerosos huérfanos.
11. Para mejorar la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA se han seguido tres caminos principales: la incorporación de los servicios de atención de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA a los servicios primarios y comunitarios ya existentes de atención de la salud, el desarrollo de nuevas tecnologías y el fomento de la igualdad de géneros en las relaciones sexuales y familiares. La integración de los servicios se ha promovido como medio de eliminar las barreras basadas en el género que dificultan recibir tratamiento y hacer que los servicios de atención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA sean accesibles a un mayor número de personas en la actualidad, y en especial a las mujeres adolescentes sexualmente activas. En los países en desarrollo, la prestación de esos servicios se ha visto reducida a un escaso número de dispensarios prenatales que integran el sistema nacional de vigilancia del VIH. En varios países, la labor de las asociaciones nacionales de planificación de la familia para complementar las actividades del gobierno ha sido considerable.
12. Por otra parte, surgen nuevas tecnologías que podrían ayudar a la mujer a protegerse a sí misma. El preservativo femenino se comercializa ya en más de 30 países y goza de una aceptación cada vez mayor por cuanto la mujer asuma el control personal del acto sexual sino que además aumenta su capacidad de protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. En los últimos cinco años, ha aumentado considerablemente el número de

productos bactericidas que se han ensayado. No obstante, las pruebas prácticas de los productos bactericida intravaginales existentes han sido un tanto decepcionantes.

13. En la mayoría de los países se han realizado campañas de información y comunicación para promover la igualdad de género en las relaciones sexuales y familiares. En varios países se ha intentado vincular los programas de capacitación en materia de relaciones con la promoción y distribución de preservativos. La información compartida también ha mostrado ser un medio eficaz de influir en determinados grupos de hombres y mujeres. Además, se han hecho algunos intentos por trascender las actividades de prevención habituales y abordar las causas económicas de la vulnerabilidad por razón de género.

III. Envejecimiento y género

14. Desde el punto de vista demográfico básico, el envejecimiento de la población no es indiferente al género. La evolución hacia una estructura de edades más avanzadas altera el equilibrio numérico existente entre hombres y mujeres en la población en su conjunto. Actualmente hay 334 millones de mujeres y 271 millones de hombres de 60 o más años de edad, o sea, 1,2 mujeres por cada hombre (cuadro 6). La proporción aumenta de 1,1 mujeres por cada hombre entre los 60 y 69 años de edad, a 1,8 mujeres por hombre entre los 80 y 89 años de edad, 2,9 mujeres por hombre entre los 90 y 99 años de edad y 4 mujeres por hombre entre los centenarios. Esa mayoría de mujeres de edad avanzada contrasta con la pauta que se observa a edades más tempranas, donde predominan los hombres. Esto se debe a que nacen más niños que niñas: como media unos 105 varones por cada 100 mujeres. No obstante, dado que las tasas de mortalidad masculina son, con pocas excepciones, más altas, el número de mujeres es mayor en las edades más avanzadas. Para el mundo en su conjunto, hay más mujeres que hombres a cualquier edad después de los 54 años.

Cuadro 6
Población mundial de 60 o más años de edad, por sexos, y proporción de mujeres de edad a hombres de edad, años 2000 y 2050

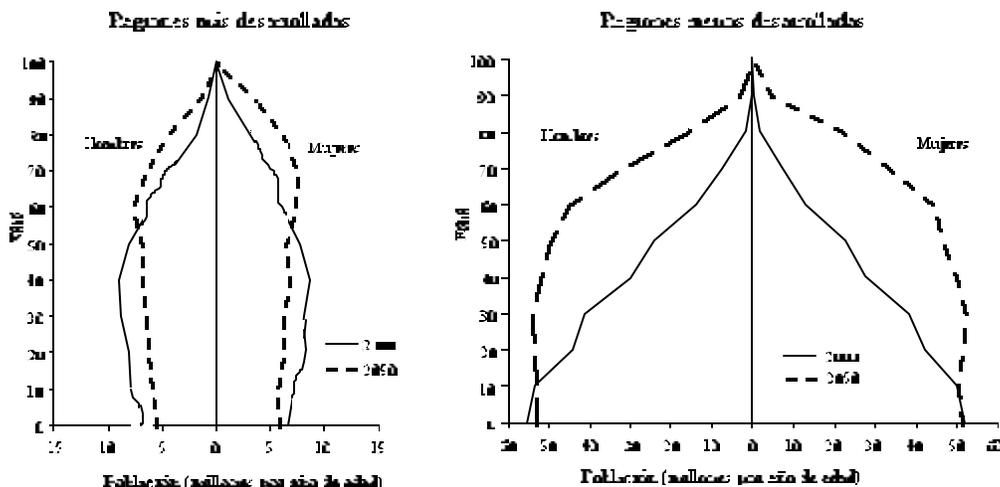
(En millones)

Grupo de edades	2000			2050		
	Mujeres	Hombres	Proporción (mujeres/ hombres)	Mujeres	Hombres	Proporción (mujeres/ hombres)
60 años de edad o más	334,3	270,9	1,2	1 063,3	906,5	1,2
60 a 69 años de edad	176,6	161,8	1,1	482,1	467,2	1,0
70 a 79 años de edad	112,2	85,1	1,3	351,1	299,1	1,2
80 a 89 años de edad	39,5	22,0	1,8	187,6	123,7	1,5
90 a 99 años de edad	5,9	2,0	2,9	40,7	16,2	2,5
100 años de edad o más	0,12	0,03	4,0	1,85	0,34	5,4

Fuente: *World Population Prospects: The 1998 Revisión*, vol. II, *Sex and Age* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.99.XIII.8).

15. La preponderación de mujeres de edad más avanzada es mayor en las regiones más desarrolladas que en las menos desarrolladas, como resultado de la mayor disparidad por razón del sexo que se observa en las tasas de mortalidad del primer grupo (gráfico II). Se prevé que la proporción de mujeres a hombres ha de disminuir ligeramente en la mayoría de los grupos de edades más avanzadas, aunque para 2050 el número de mujeres de edad seguirá siendo muy superior al de los hombres de edad. El número absoluto de mujeres de edad que se sumarán a la población también será superior al número de hombres: se proyecta que entre 2000 y 2050 la población femenina aumentará en 729 millones, mientras que la población masculina aumentará en 636 millones. Si bien la mayor probabilidad de sobrevivir hasta alcanzar una edad avanzada se debe evidentemente a la disminución de la mortalidad a edades más tempranas, en decenios recientes también se han registrado considerables mejoras en materia de mortalidad entre la población de edad, incluidos los más ancianos, y esas tendencias hasta el presente han beneficiado más a la mujer que al hombre.

Gráfico II
Distribución de la población, por edades y sexos, en las regiones más desarrolladas y en las menos desarrolladas, años 2000 y 2050



Fuente: *World Population Prospects: The 1998 Revision*, vol. II, *Sex and Age* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.99.XIII.8).

16. Los intentos de investigar el estado de salud de los hombres y mujeres de edad se han visto entorpecidos por la falta de datos confiables e internacionalmente comparables. Esta situación se debe a varios factores, entre ellos la dificultad de determinar el estado de salud de las personas de edad, la exclusión de las personas de edad de los estudios médicos en gran escala, la multiplicidad de condiciones patológicas propias de la vejez y la persistencia de ciertos prejuicios contra las personas de edad. Actualmente se aplica a la salud de las personas de edad un enfoque de la salud y la atención sanitaria basado en el ciclo vital. Ese enfoque hace hincapié en los vínculos entre la salud de las personas de edad avanzada y la salud durante todo el curso de la vida, remontándose incluso al período intrauterino, y se sugiere que, sobre todo en los países donde existen grandes disparidades por razón de género, el estado de salud de las mujeres de edad se proviene de la discriminación que han padecido en etapas más tempranas de la vida, en que tienen menos acceso que los hombres a la atención sanitaria, a una nutrición adecuada y a la educación.

17. El hecho de que la situación conyugal sea un determinante fundamental de la salud y la longevidad obedece a varios factores. Las tasas de mortalidad de las personas casadas tienden a ser más bajas que las de las personas solteras, lo que puede deberse a la selección (los que se casan están más sanos) a una vida protegida (los que se casan viven una vida más saludable) o a la mayor seguridad financiera que se asocia con el matrimonio. Es mucho más probable que la mujer de edad soltera, sobre todo en los países en que los mecanismos de apoyo oficiales están aún en pañales, viva en la pobreza que la mujer de edad casada, lo que la hace más vulnerable.

18. A edades más avanzadas, es mucho más probable que los hombres estén casados antes que las mujeres. Mientras que más de las tres cuartas partes (el 79%) de los hombres de edad están casados actualmente, menos de la mitad (el 43%) de las mujeres de edad están casadas. Al parecer, el desarrollo socioeconómico no influye en la proporción de personas de edad casadas y solteras; los porcentajes de personas casadas son prácticamente idénticos en las

regiones más desarrolladas y en las menos desarrolladas. La gran disparidad entre los sexos en cuanto a la situación conyugal se deriva de la mayor esperanza de vida de la mujer y del hecho de que las esposas, por regla general, son más jóvenes que sus esposos. Además tras un divorcio o la muerte del cónyuge, las mujeres de edad vuelven a casarse con menor frecuencia que los hombres de edad. En la mayoría de las regiones el número de viudas está aumentando rápidamente.

19. A edades más avanzadas, son principalmente las mujeres las que viven solas. En los Estados miembros de la Unión Europea, el 15% de los hombres de edad viven solos, mientras que de las mujeres de edad las que viven solas representan el 39%. La proporción de las personas de edad que viven solas en los países en desarrollo es mucho menor que en los países desarrollados, como consecuencia de la permanencia de una fuerte tradición de devoción filial, que se manifiesta a menudo en que las personas de edad viven con sus hijos. La considerable proporción de personas de edad que viven solas en los países más desarrollados pueden explicarse también, hasta cierto punto, por la preferencia de esas personas por una mayor privacidad e independencia, así como por el hecho de que disponen de los medios económicos para lograrlo.

20. Los servicios de atención a las personas de edad están pasando a ser una de las cuestiones fundamentales relacionadas con la situación de esas personas. La mayoría de los países, sobre todo los que carecen de sistemas de apoyo oficiales adecuados, dependen casi exclusivamente de la familia extendida — lo que, por lo general, quiere decir de mujeres — para atender a las personas de edad. Esas mujeres se ven ante la difícil disyuntiva de atender las necesidades propias de la crianza de sus hijos, atender a sus padres que envejecen y, en muchos casos, realizar actividades en el mercado laboral. En los países que cuentan con sistemas de apoyo oficiales la tendencia a que el cuidado de las personas de edad pase a basarse en la familia antes que en el apoyo público ha contribuido a que hayan aumentado las cargas que recaen en los familiares que se encargan de esas tareas. El hecho de que en los países desarrollados es tan probable que las mujeres que trabajan cuiden de otros como las que no trabajan disipa el mito de que el empleo fuera del hogar es incompatible con que la mujer cuide de otros. Si bien el porcentaje de personas de edad que se hallan internadas en una institución en un momento dado — aproximadamente el 5% de las personas de edad en los países en desarrollo — es relativamente bajo, hacia el final de sus vidas alrededor de un 25% a un 30% de las personas de edad se hallan internadas. Las mujeres, por ser más probable que sobrevivan hasta una edad avanzada y sean solteras, y las personas muy ancianas representan la gran mayoría de la población internada.

21. A menudo se pasa por alto la proporción menor, aunque no desdeñable, de personas de edad que prestan apoyo financiero, físico y material a sus hijos o nietos. En un cierto número de países los abuelos, por lo general la abuela, dedica una cantidad considerable de tiempo al cuidado de sus nietos. Por otra parte, el número de niños que viven en hogares encabezados por los abuelos ha aumentado como consecuencia de varios factores, incluidos el VIH/SIDA, el divorcio, el embarazo en la adolescencia, el uso indebido de drogas y la migración de los padres. De los 11,2 millones de huérfanos del mundo a consecuencia del SIDA a fines de 1999, el 95% se hallaba en el África subsahariana, donde los abuelos eran los principales encargados de cuidar a muchos de esos niños.

22. Son mayores las probabilidades de que el hombre de edad integre la fuerza de trabajo que la mujer de edad. En el plano mundial en 1995, el 42% de los hombres de edad eran económicamente activos, en comparación con el 16% de las mujeres de edad. En realidad, muchas personas de edad trabajan hasta que se ven impedidas de hacerlo a causa de su estado de salud. En África y Asia se informa de personas que realizan actividades económicas sostenidas incluso a edades avanzadas. De hecho la contribución económica de la mujer de edad se subestima debido a que de las definiciones de actividad económica a menudo quedan

excluidas porciones importantes del tipo de trabajo que realiza la mujer. Por su falta de instrucción escolar y conocimientos especializados, la mujer de edad íntegra sobre todo el sector no estructurado de muchas economías en desarrollo y trabaja en granjas familiares o en otras empresas agrícolas, o realiza trabajo a destajo. Las tasas más bajas de participación de la mujer de edad se debe también a que la mujer de las regiones más desarrolladas se jubila por lo general a una edad más temprana. El menor grado de vinculación de las personas de edad a la vida laboral se evidencia en la disminución de la edad media de jubilación del hombre y la mujer en las regiones más desarrolladas y en el aumento del período de jubilación, que ha sido más pronunciado para las mujeres que para los hombres.

23. Para muchas personas de edad, sobre todo en las regiones menos desarrolladas, la pobreza representa una amenaza formidable para el bienestar. Poreso, los programas destinados a mejorar la situación de las personas de edad en general y de las mujeres de edad en particular deberían concentrarse en la seguridad de los ingresos, la seguridad alimentaria y los servicios de salud. No obstante, si no existe un plan nacional de pensiones, esos programas pueden resultar difíciles de llevar a cabo. En el África subsahariana, solamente Namibia y Sudáfrica cuentan con planes nacionales de pensiones amplios.

24. Los ingresos percibidos por la mujer en toda su vida son por lo general considerablemente inferiores a los del hombre, como consecuencia de una participación en la fuerza laboral más breve e irregular, el empleo a tiempo parcial, los salarios más bajos, las pensiones más bajas y el trabajo en el sector no estructurado. Además, en muchos países la condición social inferior de la mujer, sus derechos de propiedad más reducidos y el acceso limitado a las herencias menoscaban también su seguridad en la vejez. En los países en que las prestaciones del régimen de pensiones se basan en los derechos del marido, la situación económica de la esposa que no ha trabajado empeora al enviudar porque las prestaciones de pensiones suelen reducirse o interrumpirse al producirse la muerte del marido. No obstante, las pensiones han contribuido a reducir las diferencias de ingresos entre los hombres y las mujeres de edad.

25. Después de celebrada la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, muchos gobiernos adoptaron un nuevo enfoque amplio del fenómeno del envejecimiento de la población en el que se tenían en cuenta las diferencias de género. En países como Australia, Austria, el Canadá, Ghana, Malawi, la República de Corea, la República Dominicana, Sudáfrica y Suecia se aplican políticas particularmente avanzadas en cuanto a la elaboración de un enfoque del envejecimiento de la población basado en el género. La observancia en 1999 del Año Internacional de las Personas de Edad ha representado un nuevo incentivo para aplicar una perspectiva de género en los programas gubernamentales sobre el envejecimiento.

26. En los países desarrollados algunos gobiernos han adoptado medidas para promover el empleo de los trabajadores de edad, incluido un sistema de bonificaciones dirigido a premiar a las empresas que emplean a trabajadores de edad y a imponer penalidades para que les resulte más costoso despedirlos. El Gobierno de Austria procura crear y preservar empleos para la mujer mediante programas sobre el mercado de trabajo concebidos expresamente para las mujeres, así como adoptar medidas especiales encaminadas a brindar apoyo a las mujeres que vuelven a trabajar después de una interrupción en su vida laboral o tras un período de desempleo. Han mejorado también las pensiones de vejez de la mujer asignando un peso mayor, para la determinación de la cuantía de las pensiones, a la evolución típica de la vida laboral femenina. En algunos países, el surgimiento de una nueva actitud hacia el trabajo voluntario desempeña una función especial en las nuevas políticas sobre la vejez. Un examen de la edad normal de jubilación por países indica que en más de la mitad de los países, los hombres tienen derecho a percibir prestaciones de pensiones íntegras a partir de los 65 años de edad, en tanto que para la mujer la edad normal de jubilación común más corriente es de 55 a 59 años. En ciertos países en que han existido disparidades, éstas se van eliminando o disminuyendo mediante la elevación de la edad de jubilación de la mujer.

27. En algunos países se han adoptado recientemente medidas encaminadas a preservar, fortalecer y simplificar el sistema de seguridad de los ingresos y a garantizar que siga siendo económicamente accesible. En el Canadá se ha implantado un nuevo sistema de prestaciones para personas de edad y se han introducido reformas al plan nacional de pensiones. Ello permitirá adecuar las prestaciones a las personas de edad de bajos y mediano ingresos, lo que incluye mecanismos especiales en los que se tienen en cuenta las obligaciones de la mujer en la crianza de los hijos, su mayor longevidad y la relación singular que mantiene con el mercado de trabajo. El Gobierno de Australia ha adoptado varias medidas encaminadas a eliminar posibles desigualdades en los programas y las prestaciones de jubilación derivadas de las modalidades de trabajo intermitentes. Asimismo, se ha establecido un subsidio de viudez para las mujeres que han enviudado, se han divorciado o se han separado de sus maridos después de cumplir 50 años de edad.

28. Algunos países en desarrollo están incorporando también la perspectiva de género a los programas sobre envejecimiento. Entre las medidas adoptadas por los gobiernos que apuntan a eliminar las disparidades económicas entre el hombre y la mujer y a habilitar a las mujeres de edad se cuentan mejorar el acceso de la mujer al crédito y a la capacitación, eliminar la legislación consuetudinaria de carácter discriminatorio y facilitar la participación de la mujer en la pequeña y mediana empresa. En varios países se han iniciado programas de beneficios económicos con participación de personas de edad y en su provecho.

29. Las desigualdades en materia de acceso a los servicios sanitarios, muy en especial la atención primaria de la salud, influyen profundamente en el estado de salud de los hombres y las mujeres de edad. Las mujeres de edad avanzada experimentan tasas más altas de enfermedades crónicas y discapacidad mientras que los hombres de edad típicamente padecen enfermedades de carácter agudo. Dado que los servicios de atención sanitaria están orientados a los programas de atención de episodios de carácter agudo, por lo general no tienen en cuenta las necesidades de la mujer de edad, que requiere una mejor atención en el hogar y no ser internada en un hospital. En muchos países desarrollados se procura prestar servicios de asistencia en el hogar a los hombres y mujeres de edad que padecen enfermedades crónicas en lugar de hospitalizarlos. En los países con economías en transición es motivo de preocupación la mortalidad elevada registrada entre hombres de edad madura y avanzada, por lo que han iniciado recientemente programas sanitarios destinados a promover modos de vida saludables, sobre todo entre los hombres.

30. Una importante orientación de las políticas de muchos gobiernos consiste en promover la participación de la comunidad en los servicios sociales y de atención de salud para las personas de edad. Por ejemplo, *HelpAge India* ha hecho hincapié en la captación y la capacitación de jóvenes y niños para trabajar con personas de edad. En países con condiciones tan disímiles como Colombia, Kenya y Sri Lanka se han adoptado con éxito medidas análogas. Algunos gobiernos alientan a las personas de edad a asumir la responsabilidad por su propia salud.

31. Existe una tendencia creciente de parte de los gobiernos de los países en desarrollo a destacar la función que corresponde a la familia en la atención no estructurada, en contraposición a la que se presta con carácter más oficial a la atención en instituciones. Dicha tendencia ha hecho que crezca la demanda de personas que dispensen cuidados de forma no estructurada en su mayoría mujeres. En Alemania, la familia se considera la fuente de ayuda de primera instancia, por lo que el Estado de bienestar presta asistencia sólo en caso de que la familia no ha podido hacerlo. Además, la responsabilidad de las familias ha sido incorporada a la legislación. En Austria, se ha asignado prioridad a fortalecer e incrementar la solidaridad entre generaciones. A las personas que cuidan durante largos períodos de familiares discapacitados o de edad y por esa razón han renunciado a sus empleos se les paga, con cargo a fondos públicos, la parte del seguro de pensión correspondiente al empleador, lo que reduce

aproximadamente en un 50% sus aportes al seguro de pensión. Algunos otros países desarrollados han introducido también pagos en efectivo y planes de seguro de atención para compensar a las personas que cuidan de otros por el trabajo que realizan. Los gobiernos promueven la idea de que el hombre y la mujer compartan por igual la responsabilidad de cuidar de otros y se concilien mejor las obligaciones laborales y las responsabilidades en materia de atención.

32. En los países en desarrollo el método tradicional de cuidar de las personas de edad siempre se ha apoyado en la familia extendida. El proceso de modernización e industrialización ha socavado a menudo la función de la mujer y el hombre de edad en las sociedades tradicionales. La urbanización es otra tendencia que ha contribuido a debilitar los sistemas tradicionales de apoyo a las personas de edad. Pese a que el deterioro de esos sistemas afecta de manera diferente a la mujer y al hombre, los investigadores y profesionales han prestado escasa atención a la dimensión de género. Los encargados de formular políticas en los países en desarrollo apenas comienzan a plantearse los problemas a que hacen frente los sistemas tradicionales de apoyo. En varios países como China, Filipinas y Singapur, los gobiernos han incorporado el apoyo a la familia en su legislación.

33. En el anexo de su resolución 47/5, de 16 de octubre de 1992, la Asamblea General decidió designar el año 1999 Año Internacional de las Personas de Edad. Con el tema "Hacia una sociedad para todas las edades", los cuatro aspectos de las actividades son la situación de las personas de edad, el desarrollo individual a lo largo de toda la vida, las relaciones entre las generaciones y la relación entre el envejecimiento de la población y el desarrollo. Para poder avanzar hacia una sociedad para todas las edades se necesitan políticas y programas que contribuyan simultáneamente a reforzar el desarrollo individual a lo largo de toda la vida y a hacerlo extensivo a las etapas avanzadas de la vida, a la vez que se fomenta una sociedad basada en la reciprocidad, la dependencia mutua y la igualdad. Reviste una importancia decisiva para el éxito de ese enfoque la incorporación de una perspectiva de género en todas las políticas y programas. Para ello es necesario que los intereses y la experiencia tanto de la mujer como del hombre de edad pasen a ser una dimensión integrante de la elaboración, aplicación, vigilancia y evaluación de las políticas y programas, de manera que la mujer y el hombre de edad se beneficien por igual. Uno de los medios más importantes de velar por el bienestar de la mujer de edad consiste en potenciar el papel de la mujer joven. La equidad y la igualdad en el cuidado de otros y la seguridad de los ingresos también son aspectos normativos importantes, sobre todo en un momento en que los gobiernos promueven la autosuficiencia en materia de seguridad de los ingresos y una mayor responsabilidad de la familia en el cuidado de otros.

IV. Migración interna

34. La migración se ve influenciada por factores demográficos, económicos, sociales y relativos al ciclo vital, tanto a nivel individual como de los hogares. En los últimos decenios, las mejoras en los transportes y las comunicaciones han facilitado los aumentos de la migración interna. Los datos limitados restringen considerablemente el análisis de las diferencias de género en la migración interna, ya que pocos países reúnen y publican datos sobre migración interna por sexos en sus censos de población, y menos numerosos aún son los que publican datos por edades, educación, estado civil o situación laboral. Además, sólo mediante encuestas por muestreo se pueden reunir los datos detallados necesarios para evaluar los factores determinantes o las consecuencias de la migración, y existen pocas encuestas adecuadas dedicadas a la migración interna.

35. Los datos más recientes disponibles de la ronda de censos de 1990 que incluyen el sexo de los migrantes corresponden a 13 países en desarrollo. En África y Asia menos de la mitad

de los migrantes internos son mujeres en siete de los ocho países de los que hay datos; en América Latina, en cuatro de los cinco países de los que hay datos, la mayoría de los migrantes son de sexo femenino. Aún así, el porcentaje de migrantes de sexo femenino en los 13 países varía solamente dentro de una gama limitada del 43% al 56%, aunque los factores culturales y económicos que afectan a la migración por sexos varían considerablemente de un país a otro.

36. Los datos sobre corrientes de migración diferenciadas según el lugar de origen y el lugar de destino (zonas urbanas o zonas rurales) son aún más limitados, por lo cual hay que obtenerlos de fuentes de datos anteriores, entre ellas las rondas de censos de 1970 y 1980. Aún así, los datos se limitan a un país de África (ninguno del África subsahariana), seis de Asia y dos de América Latina. En Egipto, las corrientes migratorias generales son virtualmente iguales para hombres y mujeres, pero los hombres predominan levemente en las corrientes dirigidas de un medio rural a un medio urbano y las mujeres en las corrientes más reducidas que se dirigen de un medio rural a otro. En Asia, las mujeres predominan en las corrientes migratorias generales de la India debido a que representan el 79% de las corrientes de un medio rural a otro, que son las más numerosas y se relacionan con la costumbre de la migración por matrimonio. Los hombres predominan en las otras tres corrientes más pequeñas. Sorprendentemente, en el vecino Pakistán, las mujeres no son mayoría ni siquiera en las corrientes de un medio rural a otro. En Tailandia, Filipinas y en general en América Latina, los hombres predominan en la migración hacia los medios rurales y las mujeres en los movimientos hacia zonas urbanas. En Malasia y en la República de Corea, las corrientes de hombres y mujeres son virtualmente iguales.

37. La participación cada vez mayor de la mujer en la fuerza de trabajo de América Latina, así como en algunos países de Asia oriental y sudoriental, se relaciona estrechamente con el aumento de la migración de la mujer hacia las zonas urbanas, que acompaña a la creciente urbanización. Ello puede indicar que las corrientes migratorias en esos países y en otros, donde la educación de la mujer y su participación en la fuerza de trabajo se aproximan a las de los hombres, mostrarán en el futuro una tendencia predominante hacia las zonas urbanas y una participación cada vez mayor de la mujer.

38. Los censos y encuestas por hogares realizados en cinco países africanos, ocho países asiáticos y cinco países latinoamericanos proporcionan datos sobre las razones que da la gente para migrar, si bien algunos de los datos de las encuestas se basan en muestras pequeñas, provenientes a menudo de una sola ciudad. En los cinco países africanos para los que se dispone de datos, los hombres migrantes mencionan razones económicas con mucho mayor frecuencia que la mujer para justificar la migración. Son también más los hombres que migran por razones de educación, mientras que la mayoría de las mujeres migran por razones familiares. Sólo en Ghana existen pruebas de una numerosa migración de mujeres por razones económicas. En las demás regiones, la situación es más variable. Los ocho países asiáticos pueden clasificarse en grupos distintos según la proporción de mujeres que mencionan razones económicas: los países donde casi ninguna mujer aduce razones económicas (la India y el Pakistán), los países donde sólo pequeños porcentajes las mencionan (Malasia y la República de Corea) y los países donde las mujeres que aluden a esas razones representan entre un tercio y la mitad de todas ellas (Bangladesh, Nepal, Indonesia y Tailandia). Con respecto a Tailandia, los datos que surgen de una serie de grandes estudios de migrantes hacia Bangkok indican que la proporción de hombres y particularmente de mujeres que migran por razones económicas ha ido aumentando a lo largo del tiempo. Por último, en América Latina las diferencias por sexo son más pequeñas que en otras regiones, y hay también un mayor número de migraciones por razones de educación. Los motivos económicos predominan en los dos sexos.

39. En todos los países sobre los que se dispone de datos, los hombres migrantes tienen niveles de educación más altos que las migrantes, si bien las diferencias son más grandes en Asia y más reducidas en América Latina. Del mismo modo, los datos sobre migrantes (antes de la migración) y no migrantes de las mismas zonas de emigración interna indican cierta

selectividad migratoria, a saber, que en las zonas de origen los migrantes son más educados que los no migrantes, lo que sugiere que la educación es un factor que influye en las decisiones de migración.

40. Si bien existe abundante bibliografía sobre los factores determinantes de las migraciones, pocos estudios consideran separadamente al hombre y la mujer. La excepción es un estudio basado en los datos detallados del Segundo Estudio sobre la Vida Familiar de Malasia, de 1988, por el que se determinó que la educación estaba vinculada con las decisiones de migración en los dos sexos, pero que ser joven y soltero sólo tenía importancia respecto de la mujer. La composición del hogar también era pertinente, así como la propiedad de tierras contribuía a reducir la emigración interna de hombres y mujeres. En trabajos más recientes, tanto teóricos como empíricos, se han comenzado a examinar los efectos de la zona o el contexto en que las personas viven sobre sus decisiones para migrar. Estudios realizados en el Ecuador y Tailandia indican que estar casado no produce efectos sobre los hijos varones pero sí reduce la emigración interna de las hijas (en el Ecuador solamente), que la existencia de una familia más numerosa hace más probable la emigración interna de los dos sexos y que mejores oportunidades de empleo rural local reducen la emigración interna de los hijos varones pero no la de las hijas.

41. Respecto de las consecuencias de la migración, deberían realizarse estudios para comparar la situación de los migrantes con la de personas equivalentes no migrantes, que han permanecido en sus lugares de origen. Esto no se ha hecho aún, en parte porque exige una recopilación de datos más costosa, con datos de estudios realizados en las zonas de origen de los migrantes y en las de destino. En cambio, es habitual comparar a los migrantes con los no migrantes en los lugares de destino, principalmente en las zonas urbanas, lo que indica más bien el ajuste de los migrantes respecto de los nativos y no las consecuencias de la migración. Los datos disponibles son de este tipo, y en muchos casos se compara la condición económica de los migrantes con la de los no migrantes. Una vez más, son pocos los estudios o publicaciones censales que proporcionan los datos necesarios para los dos sexos separadamente. Los datos de cinco países sobre las tasas de participación en la fuerza de trabajo revelan que, sin excepciones, las tasas tanto para migrantes como no migrantes son más elevadas para los hombres que para las mujeres, y que las de los migrantes son más elevadas que las de los no migrantes. Esto concuerda con la expectativa de que los migrantes tendrán un “salario de reserva” inferior, es decir, que trabajarán por salarios más bajos, ya que la mayoría migra precisamente por razones de trabajo.

42. Resulta difícil encontrar datos comparables sobre la distribución ocupacional y el sector económico de empleo de los migrantes de los dos sexos. Algunos estudios basados en encuestas realizadas en el Brasil y México indican que es más probable que los migrantes varones obtengan empleos de más alta categoría que las migrantes (la mujer predomina en los servicios del hogar y el sector textil). Sin embargo, después de la migración se produce para los dos sexos una diversificación y una mejora considerables de las ocupaciones. Los datos para Nepal y la República de Corea revelan diferencias de género semejantes, y parecen indicar que los hombres se benefician más con la migración que las mujeres. Además, los datos que surgen de estudios relativos a los niveles salariales de los migrantes (efectuados en México, Bangkok (Tailandia) y Shanghai (China)), sugieren que la amplia disparidad salarial entre hombres y mujeres no cambia con la migración, y que la diferencia es mayor en el caso de los migrantes. Es preciso realizar más investigaciones sobre esta importante cuestión.

V. Migración internacional

43. A nivel mundial, las mujeres han sido casi tan numerosas como los hombres en el total de migrantes internacionales. Entre 1965 y 1990, la proporción de mujeres respecto del total de migrantes se mantuvo casi sin cambios en aproximadamente un 48% (cuadro 7). En dicho período, la población migrante masculina pasó de 40 millones (2,4% de la población masculina mundial) a 63 millones (2,4% de la población masculina mundial), mientras que en el mismo período, la población femenina de migrantes experimentó un aumento comparable y pasó de 35 millones (2,1% de la población femenina mundial) a 57 millones (2,2% de la población femenina mundial).

Cuadro 7

Total estimado de migrantes (hombres y mujeres) y porcentaje femenino respecto del total de migrantes, en el mundo y en las regiones principales, años 1965 y 1990

Regiones principales	Número de migrantes (millones)				Porcentaje de mujeres respecto del total de migrantes	
	Hombres		Mujeres		1965	1990
	1965	1990	1965	1990		
Total mundial	40,2	62,6	35,0	57,1	47	48
Regiones más desarrolladas	15,7	27,2	14,7	27,1	48	50
Regiones menos desarrolladas	24,5	35,4	20,3	30,1	45	46
África	4,6	8,4	3,4	7,2	42	46
Asia	16,9	23,5	14,5	19,5	46	45
América Latina y el Caribe	3,2	3,9	2,7	3,6	45	48
América del Norte	6,5	11,7	6,2	12,2	49	51
Europa y ex Unión Soviética	7,6	12,8	7,1	12,3	48	49
Oceanía	1,4	2,4	1,1	2,3	45	49

Fuente: Trends in Total Migrant Stock, revisión 4 (POP/IB/DB/96/1/Rev.4), base de datos de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas.

44. En las regiones más desarrolladas, los porcentajes de hombres y mujeres respecto del total de migrantes fueron casi iguales en el período comprendido entre 1965 y 1990. Por el contrario, en las regiones menos desarrolladas y en el mismo período, las mujeres seguían constituyendo una proporción inferior del total de migrantes, aproximadamente un 45% a 46% del total. A partir de 1975, los países con economías en transición, excluida la ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), tenían la proporción más elevada de mujeres con relación al total de migrantes, a saber, un 55% del total. Las mujeres migrantes superaban levemente el número de migrantes masculinos también en América del Norte, donde constituían un 51% de los casi 24 millones de personas extranjeras que vivían en la región en 1990.

45. Por el contrario, los hombres predominaban entre los migrantes de Asia occidental donde, en 1990, las mujeres representaban sólo el 40% del total de migrantes. Desde 1965, en el África subsahariana, los hombres han sido más numerosos que las mujeres en el total de migrantes. Sin embargo, el porcentaje de mujeres migrantes aumentó considerablemente y pasó del 41% en 1960 al 47% en 1990, reflejando el crecimiento más rápido del total de migrantes femeninas. En todas las demás regiones, el número de hombres respecto del total de migrantes superó al de mujeres, pero en general por márgenes pequeños: en 1990, la proporción de mujeres variaba entre el 45% y el 50%.

46. Los datos relativos a las corrientes migratorias del decenio de 1990 indican, en numerosos países de Europa, la presencia creciente de mujeres entre los migrantes. Del mismo modo, si

bien en Asia el volumen de las corrientes de trabajadoras migrantes no alcanza aún el nivel de los hombres, la participación de las mujeres en la migración de mano de obra temporaria ha ido aumentando cada vez más. Están migrando cada vez con mayor frecuencia como agentes económicos autónomos, y ya no como dependientes de sus familiares de sexo masculino.

47. En los últimos decenios, las corrientes de personas en busca de empleo en el exterior han aumentado considerablemente. Según estimaciones recientes, a mediados del decenio de 1990, el número total mundial de los extranjeros económicamente era de 36 a 42 millones de personas, al que se suma un número aún mayor de personas que residían con ellos en el exterior en calidad de dependientes (de 44 a 55 millones).

48. Un número cada vez mayor de mujeres solas emigran para obtener empleo en el exterior. Las mujeres que emigran como trabajadoras contratadas tienden a concentrarse en ocupaciones de condición relativamente baja que ofrecen perspectivas mínimas de movilidad socioeconómica en las sociedades receptoras. En particular, las migrantes de Asia se dedican principalmente a ocupaciones tales como servicios domésticos, entretenimiento, enfermería, servicios de restaurantes y hoteles y ventas. Las migrantes de América Latina y el Caribe suelen dedicarse al trabajo doméstico. Hay también un número no desdeñable de mujeres que realizan actividades profesionales en el exterior. Proviene no sólo de los principales países que exportan trabajadores, sino también de países económicamente ricos como el Japón, Malasia y Singapur. La mundialización de la economía y la expansión del comercio internacional han contribuido en todo el mundo a aumentar las corrientes de profesionales altamente especializados, directivos, consultores, personal de organizaciones internacionales y diplomáticos. Dados los niveles crecientes de educación y conocimientos especializados de la mujer, es probable su participación cada vez mayor en ese tipo de migración.

49. Mucho se ha escrito sobre las condiciones vulnerables en que se encuentran las trabajadoras migrantes en los países receptores. El servicio doméstico, al que es común que las migrantes se dediquen en todo el mundo, es una de las ocupaciones más vulnerables. Las trabajadoras domésticas suelen estar sujetas a largas horas de trabajo, bajos salarios, pocos beneficios y condiciones de trabajo desagradables. Además, el acoso sexual por parte de empleadores masculinos es un motivo común de quejas. El tráfico de mujeres (y de niños) para la industria del sexo, asociado a menudo con la delincuencia organizada, constituye una preocupación mundial cada vez mayor.

50. Datos procedentes de países receptores de migrantes en las regiones desarrolladas indican también que las mujeres migrantes suelen experimentar mayores dificultades que los hombres para acceder al mercado de trabajo del país receptor. El país anfitrión suele restringir el libre acceso de los migrantes al mercado de trabajo local, en particular cuando los migrantes han sido admitidos como dependientes (como es el caso de muchas mujeres).

51. Las limitaciones y desventajas que enfrentan las migrantes no excluye que su experiencia en el mercado de trabajo del país de destino les reporte beneficios positivos. La migración laboral puede contribuir a potenciar el papel de la mujer ofreciéndole nuevas oportunidades y la posibilidad de obtener ingresos propios. Sin embargo, no existe aún consenso sobre si la migración mejora o empeora la situación de la mujer con respecto a la del hombre.

52. Cuando los migrantes cruzan las fronteras nacionales, en ocasiones los miembros de la familia se trasladan juntos, pero en general un miembro de la familia viaja antes hacia un destino dado y el resto de los miembros de la familia lo hace posteriormente. Por lo común, los hombres viajan primero porque suelen ser el sostén de sus familias y encuentran empleo con relativa facilidad en su destino. Las mujeres, en cambio, tienden a tener menos movilidad autónoma, ya que se supone que deben hacerse cargo del cuidado de la familia. Ciertas restricciones culturales del país de origen suelen prohibir también la emigración de las mujeres solas. Por

esa razón, se admite en un país a una mayor cantidad de mujeres como dependientes de los migrantes masculinos que por derecho propio.

53. En los Estados Unidos, el país del mundo que recibe al mayor número de inmigrantes, las mujeres representaron el 53% de los 4,3 millones de migrantes admitidos entre 1992 y 1996. El 57% de todos los inmigrantes fueron admitidos en la categoría de inmigrantes patrocinados por la familia, y las mujeres, que superaron en número a los hombres, constituían el 57% de esa categoría.

54. Las mujeres superaron también en número a los hombres en la migración familiar hacia los países de Europa occidental. En los decenios de 1950 y 1960, esos países habían admitido a trabajadores extranjeros, en su mayor parte hombres solteros, para aliviar su déficit laboral. Después de la recesión económica resultante de la crisis del petróleo de 1973, los gobiernos de los países de Europa que anteriormente habían importado mano de obra aprobaron medidas para promover el regreso de los migrantes a sus países de origen y facilitar la reunificación familiar de los trabajadores que decidieran quedarse. Por tal motivo, la presencia de las mujeres entre los extranjeros fue aumentando lentamente durante el decenio de 1970 y la mayor parte del decenio de 1980. Si bien la Unión Europea ha establecido el principio general de la reunificación familiar, los distintos países han ido imponiendo gradualmente condiciones más estrictas para la admisión de los extranjeros que quieren ingresar con fines de reunificación familiar, lo cual ha reducido a menudo el número de migrantes ingresados a esos países por ese concepto.

55. La información estadística precisa es un instrumento importante para formular programas de asistencia a los refugiados. Sin embargo, en muchos contextos, no hay estadísticas exactas fácilmente disponibles sobre las personas necesitadas de protección por haberse visto obligadas a abandonar su país de nacionalidad. Además de los problemas conceptuales relativos a la definición de los refugiados, hay obstáculos prácticos que dificultan el cómputo de las personas en movimiento forzoso. Los intentos sistemáticos de recopilar datos clasificados por sexo son recientes.

56. A fines de 1998, 79 países pudieron proporcionar información sobre la materia. Se dispone de una distribución por sexos sobre unos 4,2 millones de refugiados que recibieron asistencia de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Sin embargo, sólo representan el 37% de la población mundial de refugiados, que a fines de 1998, se estimaba en 11,5 millones de personas. Por esa razón, la escasez de datos de refugiados por sexos hace que todas las observaciones sobre la migración de hombres y mujeres refugiados tengan un carácter provisional. Los datos de que se dispone indican que hombres y mujeres integran las poblaciones de refugiados en proporciones casi iguales. En la mayoría de los países de asilo, la proporción de mujeres en el total de la población de refugiados oscila entre un 45% y un 55%.

57. A nivel regional, las proporciones de refugiados hombres y mujeres son casi iguales en las dos regiones que reciben el mayor número de refugiados, a saber, África y Asia. En Europa, las mujeres refugiadas superan moderadamente en número a los hombres y representan el 53% del total. En América Latina y el Caribe, así como en Oceanía, los hombres refugiados superan levemente en número a las refugiadas. En esas regiones, los hombres constituyen el 53% y el 55%, respectivamente, del total de la población de refugiados.

58. Si bien los desplazamientos forzados afectan tanto a los hombres como a las mujeres, las necesidades de unos y otros en materia de protección y asistencia son diferentes. Las mujeres desplazadas tienden a soportar una carga desproporcionada de penurias. Las tradicionales desventajas que padece la mujer con respecto al hombre se ven intensificadas en el caos de las situaciones de emergencia. Durante el desplazamiento, y en los campamentos de refugiados, la violación de la seguridad física es uno de los problemas más graves que

afectan a la mujer. Puede suceder que la mujer reciba menos alimentos cuando éstos se distribuyen. La virtual falta de servicios de atención primaria de salud y de la salud reproductiva también pone en peligro su salud.

59. La mayor parte de las políticas y reglamentaciones relativas a la migración no hacen distinción entre géneros. Sin embargo, la información disponible indica que debido a sus distintas funciones y condiciones las mujeres y los hombres se ven afectados de forma diferente por las disposiciones en vigor. Las pocas medidas que hacen una distinción concreta entre géneros se refieren a situaciones en que se considera que la vulnerabilidad de la mujer atenta contra su seguridad. Esas medidas, dirigidas en su mayoría a protegerlas contra el abuso y la explotación sexuales, han sido formuladas en el curso de los últimos 10 años y se ocupan principalmente de las refugiadas y las migrantes indocumentadas.

60. Con respecto a la migración laboral, las políticas actuales de admisión no incluyen criterios que discriminen abiertamente contra el hombre o a la mujer. Sin embargo, dado que las condiciones en que una persona ha sido admitida a un país confieren ciertos derechos migratorios concretos, el mayor número relativo de mujeres ingresadas a título de reunificación familiar ha influido en su situación migratoria. En muchos países importadores de mano de obra, los permisos de residencia de cónyuges e hijos se vinculan al del trabajador, y la residencia no entraña un derecho automático de empleo. Las reglamentaciones sobre emigración que hacen referencia concreta al género no son frecuentes en los países de África y América Latina. En cambio, varios países exportadores de mano de obra de Asia han impuesto restricciones a la emigración de trabajadoras. Esas políticas fueron motivadas por preocupaciones relativas a la explotación en el exterior y a la escasez interna de mujeres en determinadas profesiones. El rigor con que se aplican las restricciones varía mucho entre los distintos países, y suelen existir disposiciones que contemplan excepciones. Hay otros factores que limitan su eficacia. Las medidas asistenciales y de protección son características relativamente nuevas de un contexto institucional establecido para promover la exportación de trabajadores.

61. En los últimos 15 años, las cuestiones de género han atraído cada vez más atención a nivel nacional e internacional en relación con los refugiados. En primer lugar, algunos países (Australia, el Canadá, los Estados Unidos, Nueva Zelanda, Noruega, el Reino Unido y Suiza, entre otros) han reconocido la persecución relacionada con el género como base para conceder la condición de refugiado. Australia, el Canadá y los Estados Unidos han formulado directrices para la evaluación de los pedidos de asilo relacionados con cuestiones de género. Las *Guidelines on Women Refugee Claimants Fearing Gender-Related Persecution*, publicadas en 1993 en el Canadá, enumeran las formas concretas de persecución que sufren las mujeres y que pueden revestir cinco formas principales: el trato cruel o inhumano por la transgresión de normas sociales, la violencia sexual, la mutilación y extirpación genital femenina, el control coercitivo de la natalidad y la violencia doméstica.

62. En segundo lugar, las necesidades especiales de las refugiadas y su vulnerabilidad al abuso sexual y físico han impulsado la adopción de varios programas y medidas. En el decenio de 1990, el ACNUR publicó directrices sobre la protección de las refugiadas¹⁷ y sobre la prevención y atención de los casos de violencia sexual contra los refugiados¹⁸. Otras medidas formuladas por el ACNUR prevén otorgar facilidades económicas y ofrecer capacitación a las mujeres que se encuentran desde hace tiempo en la situación de refugiadas, y las que regresan a sus países después del exilio. La protección basada en el género enfrenta ciertos obstáculos. La mayoría de los actos de persecución por razones de género corresponden al ámbito doméstico, que suele considerarse más allá del alcance del derecho internacional. Denunciar y describir algunas formas de persecución basadas en el género en entrevistas relacionadas con el asilo puede ser humillante y difícil, y sustanciar una denuncia de este tipo puede resultar más difícil que en otros casos.

63. En la esfera de la migración indocumentada, el tráfico es una cuestión que causa una preocupación política cada vez mayor. Si bien no hay elementos de prueba que indiquen que las mujeres constituyen una mayoría entre las víctimas del tráfico, la atención política y de los medios de información se ha centrado en ellas como un grupo particularmente vulnerable. En el decenio de 1990, los gobiernos comenzaron a adoptar disposiciones legislativas en las que se tipificaban como delito las actividades de tráfico y se establecían penas para el ingreso, el transporte, la acogida y el empleo ilegales, así como para la falsificación de documentos y la explotación mediante violencia sexual. La mayoría de los países de Europa septentrional y occidental y de América del Norte, y un número cada vez mayor de países de América central y de Europa oriental han adoptado disposiciones legislativas sobre esas cuestiones. Si bien esas disposiciones se centraron inicialmente en sancionar y deportar al migrante, en lugar de castigar al perpetrador, en los últimos cinco años algunos países han eliminado las sanciones contra las víctimas del tráfico, en particular las mujeres. Recientemente, algunos países han formulado respuestas normativas innovadoras que alientan a la mujer a declarar contra los traficantes. Los Países Bajos fueron el primer país en introducir un permiso de residencia temporario para las mujeres víctimas del tráfico. En Bélgica existen programas de protección de testigos, que también se están considerando en los Estados Unidos.

VI. Observaciones finales

64. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se reconoce la relación fundamental entre población, género y desarrollo. El capítulo IV del Programa de Acción, por ejemplo, está dedicado al tema de la igualdad y la equidad entre los sexos y la habilitación de la mujer. Además, en todo el Programa de Acción se tratan de manera destacada las cuestiones relacionadas con el género. Las preocupaciones relativas al género constituyeron también el núcleo del debate del vigésimo primer período extraordinario de sesiones celebrado por la Asamblea General para el examen y la evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción. En las medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción, que se aprobaron en el período extraordinario de sesiones, se reiteró la importancia de adoptar una perspectiva de género en la formulación de políticas y la aplicación de los programas.

65. En la segunda mitad del siglo XX, el mundo ha experimentado notables cambios demográficos. Sin embargo, el ritmo de los cambios no ha sido uniforme en los distintos países, y los hombres y las mujeres tampoco lo han experimentado de manera uniforme. Si bien se han producido grandes mejoras generales en la salud y el bienestar de hombres y mujeres, todo pone de manifiesto los efectos generalizados relacionados con el género y los vínculos que existen entre las desigualdades en distintas esferas, a lo largo del ciclo vital. En atención a esos hechos, los gobiernos prestan cada vez más atención a las repercusiones de sus políticas y programas sobre las cuestiones de género y han comenzado a tratar cuestiones urgentes, tal como se observa en las recomendaciones del Programa de Acción y en las medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción aprobadas por la Asamblea General.

66. La mortalidad, por ejemplo, ha disminuido generalmente con mayor rapidez en el caso de la mujer que en el del hombre, por lo que la diferencia en la esperanza de vida en favor de la mujer ha aumentado, si bien en algunos países las condiciones de supervivencia de las niñas siguen siendo poco favorables en comparación con las de los niños. Aunque la esperanza de vida de la mujer sigue siendo universalmente mayor que la del hombre, la difusión cada vez mayor del hábito de fumar entre las mujeres hace que la mortalidad relacionada con el tabaco ponga en peligro la ventaja femenina.

67. Se ha comprobado también que las relaciones de género desempeñan un papel importante en la evolución que sigue la epidemia del SIDA. En relación con los hombres, las mujeres están en desventaja tanto respecto del riesgo de contagiarse de la enfermedad como de las consecuencias que deben afrontar en el seno de las familias y las comunidades. En los países más gravemente afectados por la epidemia, los efectos del SIDA han reducido parte de la ventaja de la mujer en cuanto a la esperanza de vida.

68. Asimismo, a consecuencia de la disminución de la fecundidad, la cantidad de tiempo que las mujeres dedican a la procreación y a la crianza de los niños ha disminuido sustancialmente, lo que ha facilitado su participación en la fuerza de trabajo. Las mejoras en la educación, en particular de las mujeres, explican en gran parte la reducción observada en la fecundidad y la mortalidad. Un mayor nivel de educación se asocia también con el matrimonio a edades más tardías y con una transición más tardía a la maternidad. La reducción de la fecundidad suele verse acompañada por un aumento de las inversiones destinadas a la educación de los niños. Sin embargo, a pesar del unánime respaldo internacional a la educación como un derecho fundamental, un catalizador del desarrollo y un importante factor que contribuye a aumentar el bienestar y la salud de la familia, el acceso a la educación sigue siendo inadecuado y subsiste la disparidad por motivo de género. Sin embargo, se han logrado importantes progresos hacia el logro de la enseñanza primaria universal, y se ha reducido la disparidad por motivos de género en la matrícula escolar.

69. El envejecimiento de la población, la evolución hacia una estructura de edades más avanzadas a consecuencia de la disminución de la fecundidad y la mortalidad, han cambiado el equilibrio entre el número de hombres y mujeres. Actualmente, por ejemplo, a la edad de 60 o más años hay 1,2 mujeres por cada hombre, y a la edad de 80 o más años hay casi el doble de mujeres que de hombres.

70. Entre los científicos sociales, los demógrafos han tradicionalmente analizado separadamente los datos relativos a hombres y mujeres. Los datos desagregados por género se han utilizado para determinar la posición y función relativas de los hombres y las mujeres en los procesos sociales y demográficos de los diversos países a lo largo del tiempo. Sin embargo, la investigación que las funciones y relaciones de género se consideran como factores determinantes y consecuencias a la vez de los procesos demográficos sigue siendo limitada. La medición de la igualdad y la equidad de las cuestiones de género plantea también graves dificultades a los investigadores. Por ejemplo, el hecho de que son pocas las medidas universalmente aplicables en diferentes contextos.

71. La importancia que la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo ha dado a las cuestiones de género, ha estimulado investigaciones innovadoras en dicha esfera. Los investigadores prestan cada vez más atención a las cuestiones de género en la recopilación y el análisis de datos demográficos, sociales y económicos. De ese modo se han puesto de relieve las nuevas ideas que pueden surgir de una perspectiva de género y es probable que profundice nuestra comprensión de las relaciones de importancia crítica que existen entre población, género y desarrollo.

Notas

¹ Resolución 11 (II) del Consejo Económico y Social, de 21 de junio de 1946.

² Resolución 3 (III) del Consejo Económico y Social, de 3 de octubre de 1946.

³ Resolución 217 A (III) de la Asamblea General, de 10 de diciembre de 1948.

⁴ Resolución 2263 (XXII) de la Asamblea General, de 7 de noviembre de 1967.

-
- ⁵ *Acta Final de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Teherán, 22 de abril a 13 de mayo de 1968* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.68.XIV.2), cap. II.
- ⁶ Resolución 33/180 de la Asamblea General, anexo.
- ⁷ *Informe de 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, Nairobi, 15 a 26 de julio de 1985* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.85.IV.10), cap. I, secc. A.
- ⁸ *Informe sobre la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.96.IV.13), cap. I, resolución 1, anexo II.
- ⁹ *Informe de la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas, Bucarest, 19 a 30 de agosto de 1974* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.75.XIII.3), cap. I.
- ¹⁰ *Ibíd.*, secc. B.
- ¹¹ *Ibíd.*, secc. C.I c).
- ¹² *Informe de la Conferencia Internacional de Población, México, D.F., 6 a 14 de agosto de 1984* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.84.XIII.16), cap. I, secc. B.III.B.
- ¹³ *Ibíd.*, secc. B.III.D.3.
- ¹⁴ *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo.
- ¹⁵ Resolución S-21/2 de la Asamblea General, anexo.
- ¹⁶ *World Population Prospects: The 1998 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.99.XIII.9), "Highlights of *The 1998 Revision*".
- ¹⁷ ACNUR, *Directrices sobre la protección de las refugiadas*.
- ¹⁸ ACNUR, *Sexual Violence against Refugees: Guidelines on Prevention and Response* (Ginebra, 1995).
-