



## Consejo Económico y Social

Distr. general  
1 de febrero de 2012  
Español  
Original: inglés

---

### Comisión de Población y Desarrollo

45º período de sesiones

23 a 27 de abril de 2012

Tema 3 del programa provisional\*

**Medidas para poner en práctica las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**

### Los adolescentes y los jóvenes

#### Informe del Secretario General

##### *Resumen*

Este informe se presenta de conformidad con la decisión 2010/101 de la Comisión de Población y Desarrollo, en que la Comisión decidió examinar en 2012 el tema de los adolescentes y los jóvenes. En el informe presenta una visión general de los datos demográficos de los adolescentes y los jóvenes y se describen las tendencias actuales y previstas respecto de ese grupo de población, sus experiencias en relación con el matrimonio, la procreación y el uso de anticonceptivos, los problemas para su salud y su supervivencia y su participación en la migración internacional. En el informe se presentan asimismo recomendaciones para la adopción de medidas dirigidas a asegurar que los jóvenes tengan acceso a los servicios y la orientación que necesitan para transitar con seguridad de una etapa crucial de su vida a otra y participen de manera más plena y eficaz en la sociedad. Estas recomendaciones también contribuirán a acelerar la consecución de las metas y los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en lo que respecta a los adolescentes y los jóvenes.

---

\* E/CN.9/2012/2.



## Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción .....	3
II. Evolución de la población de adolescentes y jóvenes .....	4
III. Matrimonio .....	9
IV. Procreación y actividad sexual entre los adolescentes y los jóvenes.....	13
V. Planificación de la familia .....	17
VI. Salud de los adolescentes y jóvenes.....	21
VII. Los jóvenes y la migración internacional .....	26
VIII. Conclusiones y recomendaciones.....	28
<b>Cuadros</b>	
1. Población de 12 a 24 años por región, 2012 a 2100 .....	5
2. Porcentaje de mujeres que alguna vez han contraído matrimonio o vivido en una unión consensual, 1990 y 2005.....	13
<b>Gráficos</b>	
I. Distribución regional de la población de adolescentes y jóvenes, 1950-2100 .....	6
II. Población de 10 a 24 años, según tres variantes de proyección, 1950-2100 .....	8
III. Población de 12 a 24 años como porcentaje de la población de 12 a 64 años, 1950-2100...	9
IV. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se casaron antes de los 15 años en comparación con las que se casaron a la edad mínima legal para contraer matrimonio con el consentimiento de los padres, por región .....	11
V. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se casaron antes de los 15 años en comparación con las niñas que terminaron la enseñanza primaria, por región .....	12
VI. Tasa de natalidad entre las adolescentes en comparación con el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han contraído matrimonio alguna vez .....	14
VII. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que eran sexualmente activas antes de los 20 años en comparación con las que se casaron antes de los 20 años .....	15
VIII. Tasa de natalidad entre las adolescentes en comparación con el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que eran sexualmente activas antes de los 20 años .....	15
IX. Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 19 años que se iniciaron en la vida sexual antes de los 15 años .....	16
X. Tasa de uso de anticonceptivos y necesidades insatisfechas de anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 19 años y 20 a 24, por objetivo .....	18
XI. Porcentaje de usuarias de anticonceptivos que utilizan métodos tradicionales .....	20
XII. Tasa de mortalidad por edad, sexo y región, 2008 (por cada 100.000) .....	22
XIII. Distribución porcentual de muertes, desglosadas por causa principal, edad y sexo, 2008...	24

## I. Introducción

1. La adolescencia es el período de transición entre la infancia y la adultez. Se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, proceso de desarrollo físico, psicológico y emocional desencadenado por una oleada de cambios endocrinos que conducen a la madurez sexual y la capacidad reproductiva. En las niñas, un marcador clave de la pubertad es la menarquía o primera menstruación, mientras que para los niños no existe un marcador claramente definido. En las niñas, la edad media de la menarquía se sitúa entre los 12 y los 13 años en los países desarrollados<sup>1</sup> y, probablemente, a una edad similar o mayor en los países en desarrollo. En los niños, los signos de madurez sexual comienzan a manifestarse a los 13 o 14 años. Tanto entre las niñas como entre los niños, el inicio de la pubertad puede oscilar entre cuatro o cinco años respecto de la media. A pesar de que la pubertad por lo general dura de dos a cuatro años, no existe una definición estricta de cuándo comienza y termina la adolescencia. En muchas sociedades se espera que los adolescentes y los jóvenes permanezcan en la escuela por largos períodos y generalmente se dispone por ley que la mayoría de edad se alcanza a los 18 o más años, por lo que podría enfocarse la cuestión de la definición del período correspondiente a la adolescencia centrándose en las personas de 12 a 17 años.

2. Del mismo modo, no existe una definición establecida de la juventud. Durante los preparativos del primer Año Internacional de la Juventud en 1985, sin embargo, en el informe del Comité Asesor para el Año Internacional de la Juventud (A/36/215 anexo) se señaló lo siguiente: “La definición cronológica de quién es joven, en contraposición a ser niño o adulto, varía conforme a las diferentes naciones y culturas. Sin embargo, para fines estadísticos, las Naciones Unidas definen como jóvenes a las personas comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad, sin perjuicio de otras definiciones aplicadas por los Estados Miembros”. El uso de los 15 años como límite inferior de la edad de la juventud, en lugar de los 18, obedeció precisamente a consideraciones estadísticas, ya que con mucha frecuencia solo se dispone de datos desglosados por grupos de edades separados por cinco años. En la práctica, en los estudios sobre los adolescentes y los jóvenes esos grupos se han definido de forma flexible. El presente informe se centrará principalmente en los jóvenes de 12 a 24 años, pero el término “adolescentes y jóvenes” se referirá a diferentes grupos de edad debido a las limitaciones de los datos.

3. En 2012, de los 1.600 millones de personas en edades comprendidas entre los 12 y los 24 años, 850 millones tienen de 18 a 24 años de edad. Se prevé que el número total de adolescentes y jóvenes sufra pocos cambios en el próximo decenio y, de seguir disminuyendo los niveles de fecundidad y mortalidad en los países en desarrollo, podría mantenerse relativamente estable durante el resto del siglo. Sin embargo, la población comprendida entre las edades de 12 a 24 años sigue aumentando rápidamente en África, al tiempo que disminuye o comenzará pronto a disminuir en las demás regiones. Por consiguiente, se prevé que la proporción, a nivel mundial, del número total de adolescentes y jóvenes que viven en África aumente del 18% en 2012 al 28% para 2040, al tiempo que disminuirá en las demás regiones. Se prevé que el descenso más pronunciado se registre en la región de Asia y el Pacífico, del 61% en 2012 al 52% para 2040.

---

<sup>1</sup> G. C. Patton y R. Viner, “Pubertal transitions in health”, *The Lancet*, vol. 369, núm. 9567 (marzo de 2007).

4. La mayoría de los adolescentes y los jóvenes viven en un mundo diferente de aquel en el que sus padres crecieron. En comparación con los jóvenes de hace 20 años, en 2012 los adolescentes son más saludables y tienen más probabilidades de pasar su adolescencia en la escuela, posponer su incorporación a la fuerza de trabajo y retrasar el matrimonio y la procreación. Sin embargo, esos cambios no se están produciendo al mismo ritmo en todas partes y, como resultado, se observan desigualdades cada vez mayores entre los adolescentes y los jóvenes de un mismo país o diferentes países. En particular, los jóvenes que viven en la pobreza enfrentan grandes desventajas. Tienen más probabilidades de trabajar como niños, no asistir nunca a la escuela o abandonar sus estudios, adoptar comportamientos sexuales de riesgo y casarse y tener hijos pronto.

5. A fin de reducir las disparidades entre los jóvenes, es urgente centrar la atención en los servicios que puedan ayudarlos a mejorar su situación. La reducción de la fecundidad y las mejoras en la salud infantil han aumentado la demanda de escolarización. La enseñanza primaria universal y la ampliación de la matrícula en el nivel secundario pueden reportar muchos dividendos, sobre todo en cuanto al aumento de destrezas para el empleo productivo, la reducción de los comportamientos de riesgo y la formación de hábitos que promuevan la salud en todos los demás ámbitos de la vida de los jóvenes. Para aprovechar al máximo los beneficios de la educación, son importantes tanto su duración como su contenido. Ahora más que nunca, no solo es necesario instruir a los jóvenes, sino además fomentar su participación activa en el aprendizaje y el desarrollo de la capacidad conductual necesaria para vivir en sociedades sujetas a rápidos cambios.

6. Los adolescentes y los jóvenes de hoy desempeñan un papel fundamental en la consecución del desarrollo sostenible y equitativo. Invertir cada vez más en su educación, su salud y sus oportunidades en el mercado laboral podría contribuir al bienestar de los adultos del mañana y, de paso, reducir la brecha entre los países en materia de desarrollo humano. En el presente informe se presenta un panorama demográfico de los adolescentes y los jóvenes, comenzando por el número y la proporción que les corresponden de la población en edad de trabajar, ya que el tamaño absoluto y el tamaño relativo de los grupos de jóvenes repercuten en la demanda de servicios del sector público y la oferta de trabajo. Igualmente se describen sus patrones de formación familiar, su salud sexual y reproductiva, las principales causas de su morbilidad y su mortalidad y determinados aspectos de la migración, y se formulan recomendaciones dirigidas a mejorar los resultados para los adolescentes y los jóvenes en esas esferas clave relacionadas con la población.

## II. Evolución de la población de adolescentes y jóvenes

7. Aunque a nivel mundial el número de adolescentes y jóvenes está en su punto más alto<sup>2</sup>, esa cifra podría no aumentar mucho más en los próximos decenios si la fecundidad mundial sigue reduciéndose. En 2012 había en el mundo 1.600 millones de personas de 12 a 24 años, de las cuales 721 millones eran adolescentes de 12 a 17 años, y 850 millones eran jóvenes de 18 a 24 años (véase el cuadro 1). De continuar reduciéndose la fecundidad y la mortalidad a nivel mundial, se prevé que en lo que

---

<sup>2</sup> Todas las estimaciones presentadas en la sección II han sido tomadas de *World Population Prospects: The 2010 Revision, Extended Dataset* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: 11.XIII.7), DVD.

queda de siglo las cifras correspondientes a ambos grupos de edad se mantengan en rangos estrechos, que variarían entre 721 millones en 2015 y un máximo de 762 millones en 2030 en el caso de los adolescentes, y entre 835 millones en 2020 y 884 millones en 2065, en el caso de los jóvenes. Se espera que para 2040 la población mundial de adolescentes sea de 755 millones, y la de jóvenes, 883 millones.

**Cuadro 1**  
**Población de 12 a 24 años por región, 2012 a 2100**

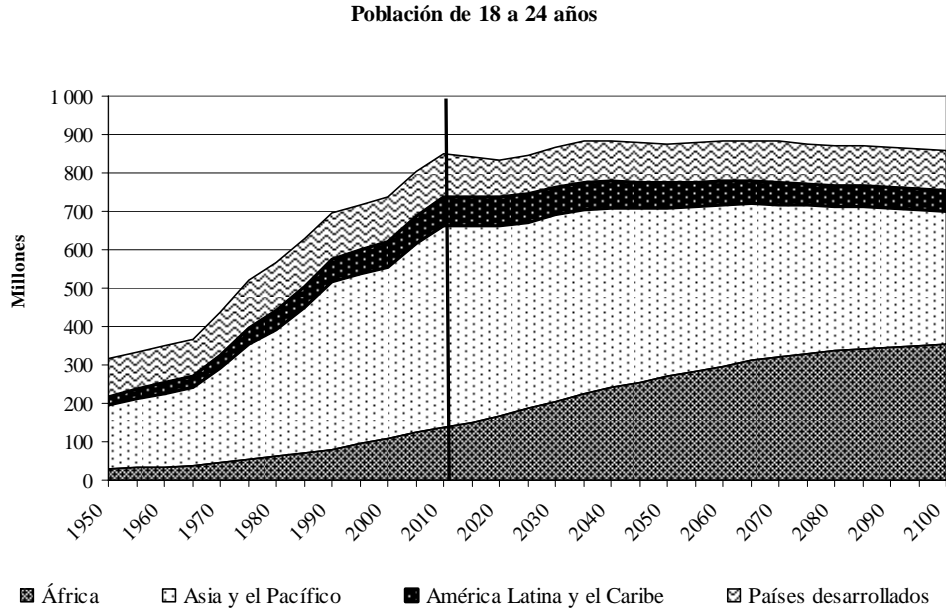
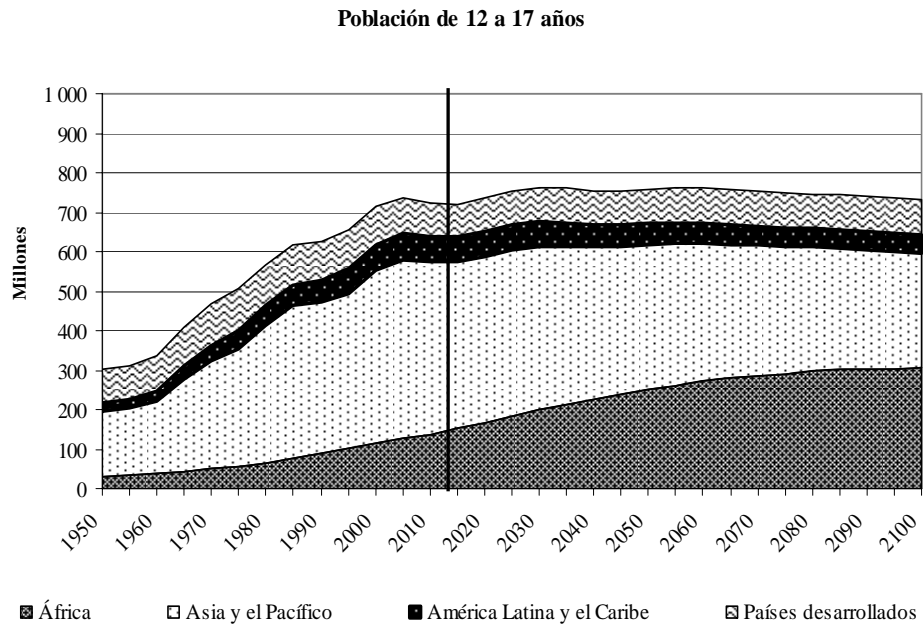
(En millones)

	2012	2040	2100
<b>De 12 a 17 años</b>			
A nivel mundial	721	755	731
África	142	225	305
Asia y el Pacífico	432	387	293
América Latina y el Caribe	66	58	43
Países desarrollados	82	85	90
<b>De 18 a 24 años</b>			
A nivel mundial	850	883	859
África	144	241	353
Asia y el Pacífico	521	469	349
América Latina y el Caribe	74	70	51
Países desarrollados	111	104	106

8. La relativa estabilidad de las cifras mundiales de adolescentes y jóvenes oculta cambios importantes por región (véase el gráfico I). Si bien se espera que en la mayoría de las regiones disminuya o varíe muy poco el número de adolescentes y jóvenes en los próximos decenios, en África aumentará considerablemente (en un 62% y un 70% en 2040, respectivamente). Como resultado, la proporción correspondiente a África en el número total de adolescentes y jóvenes a nivel mundial se elevará del 18% en 2012 al 28% en 2040 y podría alcanzar el 41% para 2100. El rápido aumento del número de jóvenes en África probablemente tenga profundas repercusiones sociales y económicas, ya que se está produciendo en lugares donde la proporción de jóvenes que están desempleados y la proporción de jóvenes que trabajan y que son pobres es más elevada que la proporción correspondiente de adultos<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Internacional Labour Office, *Global Employment Trends 2012: Preventing a Deeper Jobs Crisis* (Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2012).

Gráfico I  
**Distribución regional de la población de adolescentes y jóvenes, 1950-2100**



9. La población de 12 a 24 años está disminuyendo o pronto lo hará en todas las principales regiones, excepto en África. En los países desarrollados, el número de adolescentes y jóvenes está registrando un rápido descenso, a un ritmo anual del 1,4%. Sin embargo, el aumento de la fecundidad en los últimos años, combinado con el aumento de la migración a edades más tempranas, aminorará el ritmo de ese descenso e incluso conducirá a breves períodos de crecimiento en el futuro. En Asia y el Pacífico, la población de 12 a 24 años está disminuyendo a un ritmo anual del 0,6% y se prevé que siga disminuyendo en el futuro previsible. En América Latina y el Caribe, el número de adolescentes y jóvenes está aumentando lentamente, a un ritmo anual del 0,2%, pero se prevé que disminuya a un ritmo acelerado después de 2015.

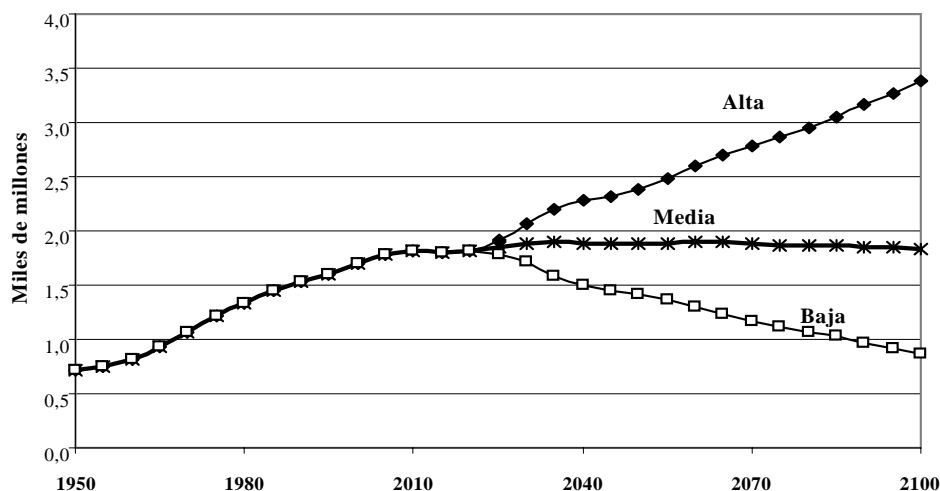
10. Muy por el contrario, en África, la población de 12 a 24 años está aumentando a un ritmo anual del 1,9% y seguirá creciendo con rapidez más allá de 2040, aunque la tasa de fecundidad en África se reduzca de 4,5 hijos por mujer actualmente a 3,1 hijos por mujer para 2040. La aminoración más lenta de las tasas de fecundidad provocará un aumento más rápido de esa población.

11. No debe darse por sentado que el número de adolescentes y jóvenes se estabilizará en el futuro. Por muy pequeñas que sean las diferencias en la fecundidad en el futuro, las mismas podrían provocar cambios importantes en el número de adolescentes y jóvenes. Para que la población de 10 a 24 años<sup>4</sup> fluctúe entre 1.800 millones y 1.900 millones en lo que queda de siglo, la fecundidad a nivel mundial deberá reducirse de 2,5 hijos por mujer en 2010 a 2,0 en 2100. Si en el futuro la fecundidad se mantuviera en un promedio de solo 0,5 hijos por mujer por encima de esos niveles, la población de 10 a 24 años podría elevarse a 2.300 millones en 2040 y 3.400 millones en 2100. Si la fecundidad se redujera más rápidamente y se mantuviera aproximadamente en un promedio de 0,5 hijos por mujer por debajo de la trayectoria antes descrita, la población de 10 a 24 años podría disminuir a 1.500 millones para 2040 y reducirse a 900 millones para 2100 (véase el gráfico II).

---

<sup>4</sup> En lo que respecta a las variantes de proyección en materia de fecundidad, solamente se dispone de datos desglosados por grupos de edades cada cinco años.

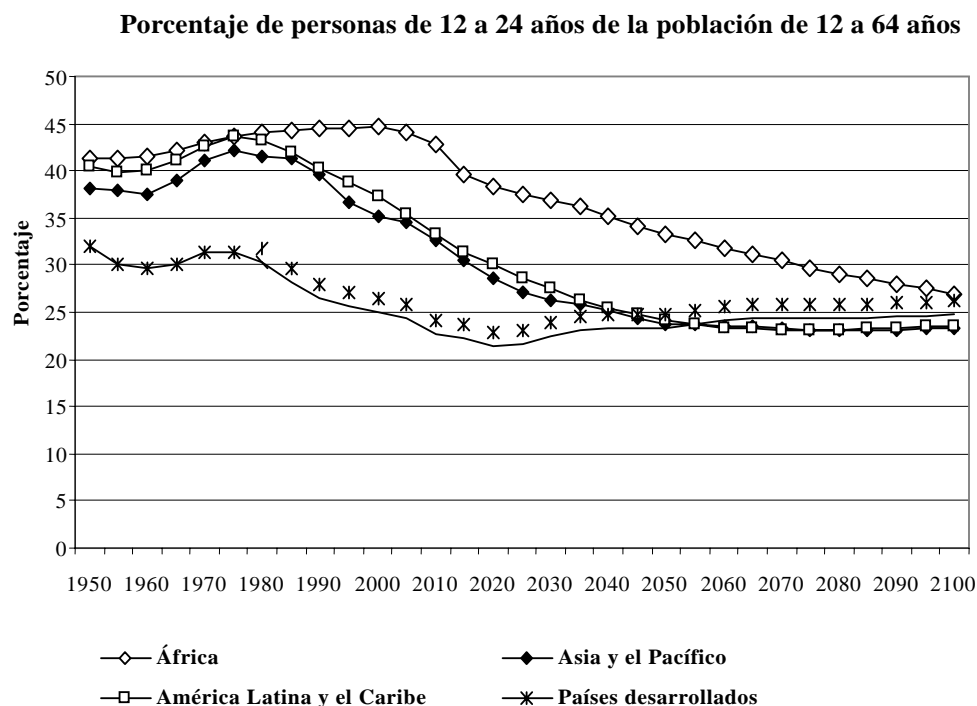
Gráfico II  
Población de 10 a 24 años, según tres variantes de proyección, 1950-2100



12. Preocupa el elevado porcentaje de jóvenes respecto de la población total y, sin embargo, a nivel mundial la proporción alcanzó su punto máximo en 1985, cuando ascendió al 26%. En tanto proporción de la población de 12 a 64 años en “edad de trabajar”, el número de jóvenes alcanzó en 1975 un máximo del 39%. Ese año, tanto en Asia y el Pacífico como en América Latina y el Caribe también alcanzó su punto máximo la proporción de jóvenes de 12 a 24 años entre las personas de 12 a 64 años, llegando al 42% y el 44%, respectivamente. En los países desarrollados, el punto máximo se alcanzó en 1970, con el 31%. Incluso en África, la proporción de jóvenes de la población en edad de trabajar alcanzó su punto máximo en 2000, en que ascendió al 45%. Hoy en día, la proporción de los jóvenes de 12 a 24 años entre las personas de 12 a 64 años está disminuyendo en todas las regiones y se espera que continúe disminuyendo, siempre y cuando continúe reduciéndose la fecundidad en los países en desarrollo (véase el gráfico III).



Gráfico III  
**Población de 12 a 24 años como porcentaje de la población de 12 a 64 años,  
 1950-2100**



13. En la actualidad, las personas de 12 a 24 años todavía constituyen una proporción importante de la población en edad de trabajar. Esa proporción es mayor en África (43%), seguida de Asia y el Pacífico y América Latina y el Caribe (33% en cada una de esas regiones) y por los países desarrollados (23%). Se prevé que para 2040 las personas de 12 a 24 años constituyan el 27% de la población de 12 a 64 años en todo el mundo, y el 35% en África, el 25% en Asia y el Pacífico y América Latina y el Caribe, y el 23% en los países desarrollados.

14. A nivel mundial, los hombres superan en número a las mujeres entre las personas de 12 a 24 años, a razón de 106 hombres por cada 100 mujeres. La proporción de hombres alcanza su punto más bajo en África y en América Latina y el Caribe, a razón de 102 hombres por cada 100 mujeres, y su punto más alto en Asia y el Pacífico, donde es de 109 hombres por cada 100 mujeres. En los países desarrollados, la proporción de hombres entre los jóvenes es de 105 por cada 100 mujeres.

### III. Matrimonio

15. El matrimonio es un hito importante en el camino hacia la adultez. Históricamente, en la mayoría de las sociedades el matrimonio ha marcado el inicio de la vida reproductiva de una pareja. En la actualidad, existen diferencias considerables entre las distintas sociedades en cuanto a si el matrimonio coincide o no con el inicio de la maternidad. Por otro lado, en muchas sociedades las uniones

de hecho se han convertido en una alternativa común al matrimonio y la formación de esas uniones no siempre tiene una fecha de inicio tan clara como el matrimonio oficial.

16. Cuando la esperanza de vida era baja, muchos niños morían en la primera infancia, la mortalidad materna era elevada y en muchas sociedades se alentaba el matrimonio precoz para maximizar la vida reproductiva de las parejas. Hoy en día, en términos históricos, la esperanza de vida es alta en todos los países y la gran mayoría de los niños alcanzan la edad adulta. Además, se reconoce la importancia de proporcionar un período mínimo de escolarización para todos los niños, objetivo universalmente compartido. A medida que se extiende el período de escolarización obligatoria y las sociedades brindan a los jóvenes más oportunidades de trabajar y ser productivos, aumentan las aspiraciones de los jóvenes y estos tienden a posponer el matrimonio. Por otra parte, es bien sabido que la procreación precoz conlleva mayores riesgos tanto para las madres como para los hijos. Las sociedades han reconocido que es mejor posponer el matrimonio hasta que las mujeres y los hombres alcancen la edad adulta, y por ello han aprobado leyes que establecen una edad mínima para contraer matrimonio. Así, de los 187 países respecto de los cuales se dispone de información sobre la edad mínima para contraer matrimonio, en 158 se permite a las mujeres casarse sin el consentimiento de los padres a partir de los 18 o más años, mientras que en 180 se permite a los hombres casarse sin el consentimiento de los padres a partir de los 18 años o más años.

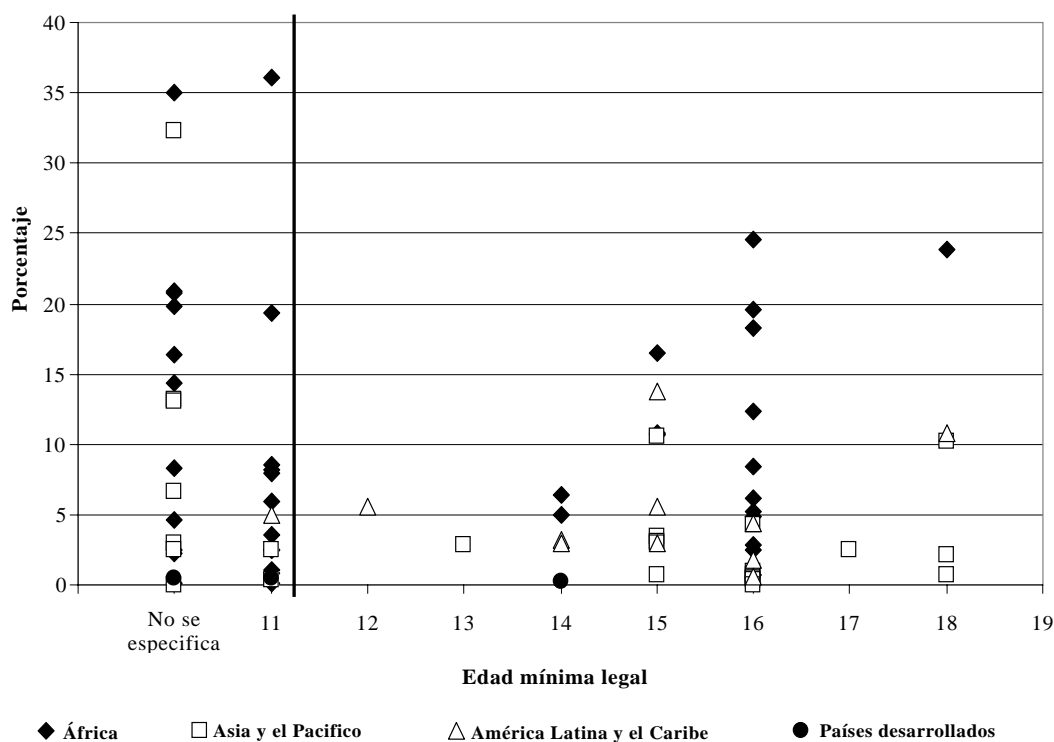
17. Aunque en la mayoría de los países se prohíbe a las mujeres casarse antes de los 18 años sin el consentimiento de los padres o la aprobación de la autoridad pertinente, hay 29 países en los que el matrimonio sin esa autorización puede ocurrir antes, de los cuales 16 están en Asia y el Pacífico, siete en África, dos en el Caribe, mientras que los otros cuatro son países desarrollados. En siete de esos países, incluso las mujeres de 15 años pueden contraer matrimonio sin el consentimiento de los padres. Además, las leyes de al menos 146 países permiten a las mujeres menores de 18 años casarse, siempre que así lo aprueben sus padres o una autoridad pertinente, y en al menos 27 de esos países la edad mínima para contraer matrimonio puede ser inferior a 15 años. En el caso de los hombres, en 107 países se permite el matrimonio antes de los 18 años, con el consentimiento de los padres o una autoridad pertinente.

18. En varios países, una proporción significativa de las mujeres se casan a edades muy tempranas, ya sea porque las leyes nacionales permiten el matrimonio precoz con el consentimiento de los padres o porque no se aplica rigurosamente la ley en lo que respecta a la edad mínima para contraer matrimonio. En algunos países, las leyes pueden exceptuar a algunos grupos étnicos o religiosos o algunas formas de matrimonio. Según los datos aportados por estudios realizados recientemente en 80 países, en 23 de ellos al menos el 10% de las mujeres de 20 a 24 años al momento de ser entrevistadas se habían casado antes de cumplir los 15 años. Entre esos países, 16 eran de África, 5 de Asia y el Pacífico y 2 de América Latina y el Caribe. No obstante, no existe un vínculo claro entre el porcentaje de mujeres que se casan a temprana edad y la edad mínima para contraer matrimonio con el consentimiento de los padres (véase el gráfico IV). Incluso cuando la edad mínima para contraer matrimonio con el consentimiento de los padres era de 15 o 16 años, en varios países era elevada la proporción de mujeres jóvenes que se habían casado antes de los 15 años. Además, en los países donde no se había establecido una edad mínima de la mujer para casarse con el consentimiento de sus padres, variaba

considerablemente el porcentaje de mujeres jóvenes casadas antes de los 15 años. Estos datos sugieren que no basta adoptar medidas legislativas para reducir la prevalencia del matrimonio precoz entre las mujeres. Cuando los padres permiten e incluso promueven el matrimonio precoz de sus hijas jóvenes, la postergación del matrimonio depende del cambio de la opinión de los padres sobre la aceptabilidad del matrimonio precoz y del análisis de las ventajas reales o percibidas asociadas con este último.

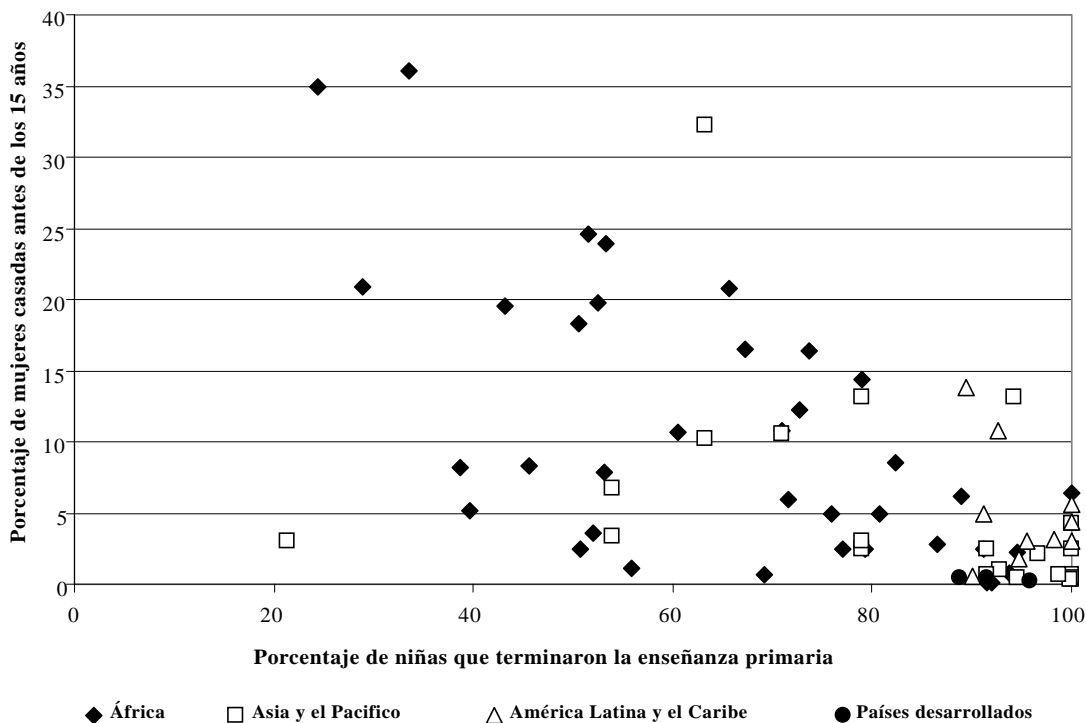
Gráfico IV

**Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se casaron antes de los 15 años en comparación con las que se casaron a la edad mínima legal para contraer matrimonio con el consentimiento de los padres, por región**



19. Las niñas que tienen acceso a la educación tienen menos probabilidades de casarse a temprana edad. Por lo tanto, cuanto mayor sea el nivel de analfabetismo entre las mujeres de 15 a 24 años, tanto mayores serán las probabilidades de que se casen a temprana edad. Además, el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se casaron antes de los 15 años tiende a ser mayor en países con una baja proporción de niñas que terminan la enseñanza primaria (véase el gráfico V) y, según algunos estudios, las probabilidades de que las mujeres se casen a temprana edad son mayores entre las mujeres sin educación o incluso entre las que han cursado la enseñanza primaria que entre las mujeres que han cursado la enseñanza secundaria. Cuando las sociedades valoran la educación de las niñas, se tiende a retrasar el matrimonio.

Gráfico V  
**Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se casaron antes de los 15 años en comparación con las niñas que terminaron la enseñanza primaria, por región**



20. A nivel mundial, la edad para contraer matrimonio ha ido en aumento y, en consecuencia, la proporción de jóvenes que alguna vez han contraído matrimonio ha ido disminuyendo (véase el cuadro 2). En 1990, el 18% de las mujeres de 15 a 19 años se habían casado al menos una vez, mientras que en 2005 solo el 15% lo había hecho. En el caso de los hombres, las proporciones equivalentes fueron del 4% y el 2%, respectivamente. Entre las personas de 20 a 24 años, la proporción de jóvenes que habían contraído matrimonio al menos una vez se redujo del 60% al 51% entre las mujeres y del 31% al 23% entre los hombres. Existen notables diferencias entre las regiones en cuanto al momento del matrimonio, sobre todo para las mujeres. En 2005, las regiones con el mayor porcentaje de mujeres que habían contraído matrimonio al menos una vez entre las edades de 15 a 19 años fueron África Occidental y Central (33% y 29%, respectivamente), Asia Meridional (28%), África Oriental (26%) y América Central (20%). Por el contrario, la postergación del matrimonio en los países desarrollados ha hecho que incluso entre las mujeres de 20 a 24 años, solo el 26% han contraído matrimonio alguna vez o vivido en una unión consensual. La postergación del matrimonio es también común en África Meridional y Asia Oriental, donde en 2005 se habían casado solo el 23% y el 37%, respectivamente, de las mujeres de 20 a 24 años.

Cuadro 2  
**Porcentaje de mujeres que alguna vez han contraído matrimonio o vivido en una unión consensual, 1990 y 2005**

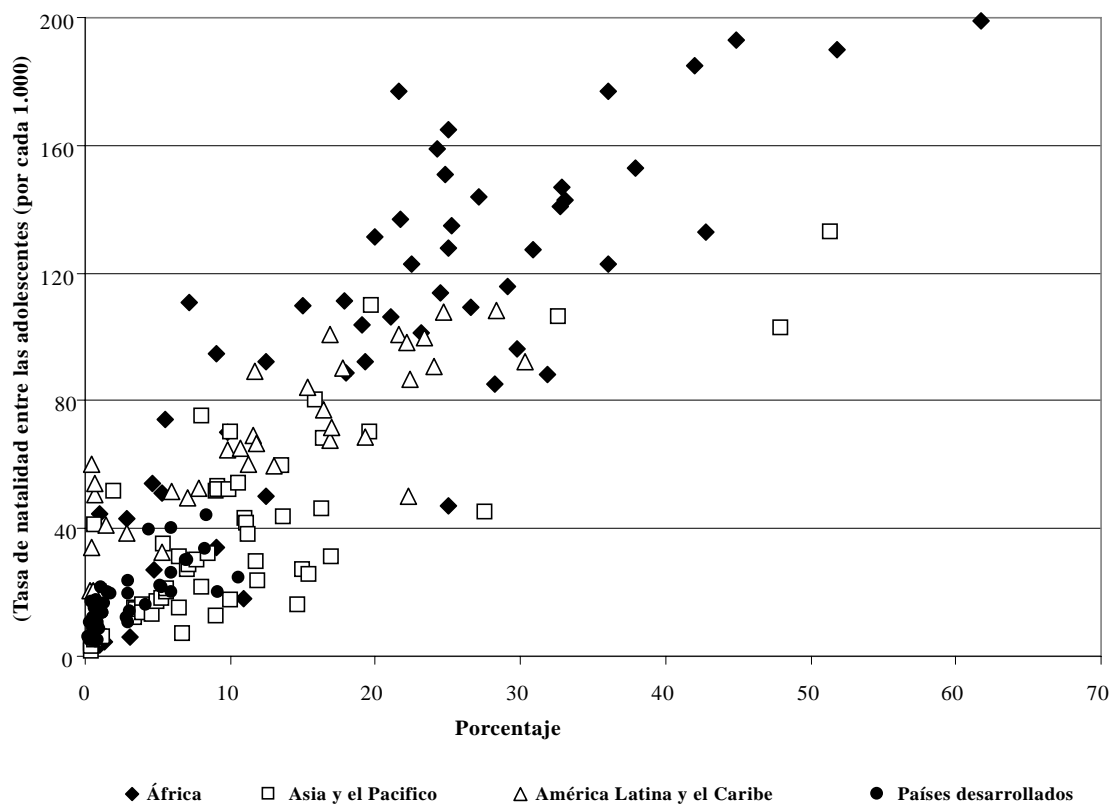
	<i>Mujeres</i>				<i>Hombres</i>			
	<i>1990</i>		<i>2005</i>		<i>1990</i>		<i>2005</i>	
	<i>15-19</i>	<i>20-24</i>	<i>15-19</i>	<i>20-24</i>	<i>15-19</i>	<i>20-24</i>	<i>15-19</i>	<i>20-24</i>
A nivel mundial	18	60	15	51	4	31	2	23
África	27	65	24	61	4	25	2	21
Asia y el Pacífico	19	66	15	56	5	36	2	24
América Latina y el Caribe	16	52	16	48	4	32	4	32
Países desarrollados	5	37	4	26	1	19	2	14

#### IV. Procreación y actividad sexual entre los adolescentes y los jóvenes

21. El inicio del matrimonio o de una unión consensual por lo general está asociado con el deseo de procrear y, por lo tanto, los niveles de fecundidad entre las adolescentes están estrechamente relacionados con el porcentaje de las que están casadas o viven en una unión consensual. Los datos de 82 países, incluidos 42 países de África, demuestran que los índices de natalidad entre las adolescentes aumentan con el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que se han casado alguna vez (véase el gráfico VI). La tasa de natalidad entre las adolescentes ha disminuido en todas las regiones desde 1990, pero sigue siendo alta en África, donde hubo 101 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años en 2008, en Asia Meridional, donde es de 77 nacimientos por cada 1.000, y en América Latina y el Caribe, donde es de 73 nacimientos por cada 1.000. A nivel mundial, la tasa de natalidad entre las adolescentes fue de 56 nacimientos por cada 1.000 en 2008, más del doble que en los países desarrollados, donde es de 24 nacimientos por cada 1.000<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> *World Population Prospects.*

Gráfico VI  
Tasa de natalidad entre las adolescentes en comparación con el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han contraído matrimonio alguna vez



22. Las madres jóvenes representan una proporción importante del total de nacimientos. En 2010, el 12% de los 135 millones de niños nacidos ese año fueron dados a luz por mujeres de 15 a 19 años, mientras que el 32% fueron dados a luz por mujeres de 20 a 24 años. En África y América Latina y el Caribe, correspondieron a las madres jóvenes de 15 a 19 años el 15% y el 18%, respectivamente, del total de nacimientos. En Asia y el Pacífico y en América Latina y el Caribe, correspondió a las mujeres de 15 a 24 años el 47% de todos los nacimientos, mientras que en África las madres de ese mismo grupo de edad dieron a luz el 42%. En los países desarrollados, correspondió a las madres jóvenes de esos dos grupos de edades un porcentaje menor de los nacimientos, el 25%<sup>5</sup>.

23. En muchas sociedades, los jóvenes se inician en la vida sexual activa antes del matrimonio. Los datos de 53 países, incluidos 31 países de África, indican que es alta la proporción de mujeres que se inician en la vida sexual antes del matrimonio. Así, el porcentaje de mujeres que tenían de 20 a 24 años en el momento de la entrevista que informaron de que se habían iniciado en la vida sexual antes de los 20 años es por lo general más elevado que el porcentaje que las mujeres que se casaron antes de los 20 años (véase el gráfico VII), con la excepción de algunos países de Asia. Debido a que la tasa del uso de anticonceptivos es baja entre las adolescentes, la iniciación temprana en la vida sexual, ya sea después o antes del matrimonio, está asociada con mayores niveles de fecundidad de las adolescentes (véase el gráfico VIII).

Gráfico VII  
**Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que eran sexualmente activas antes de los 20 años en comparación con las que se casaron antes de los 20 años**

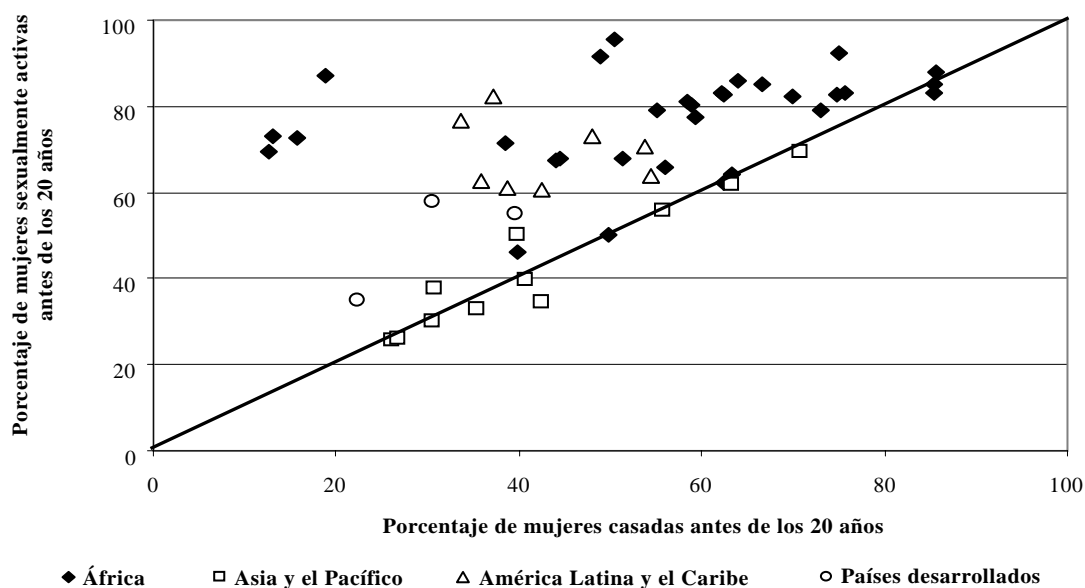
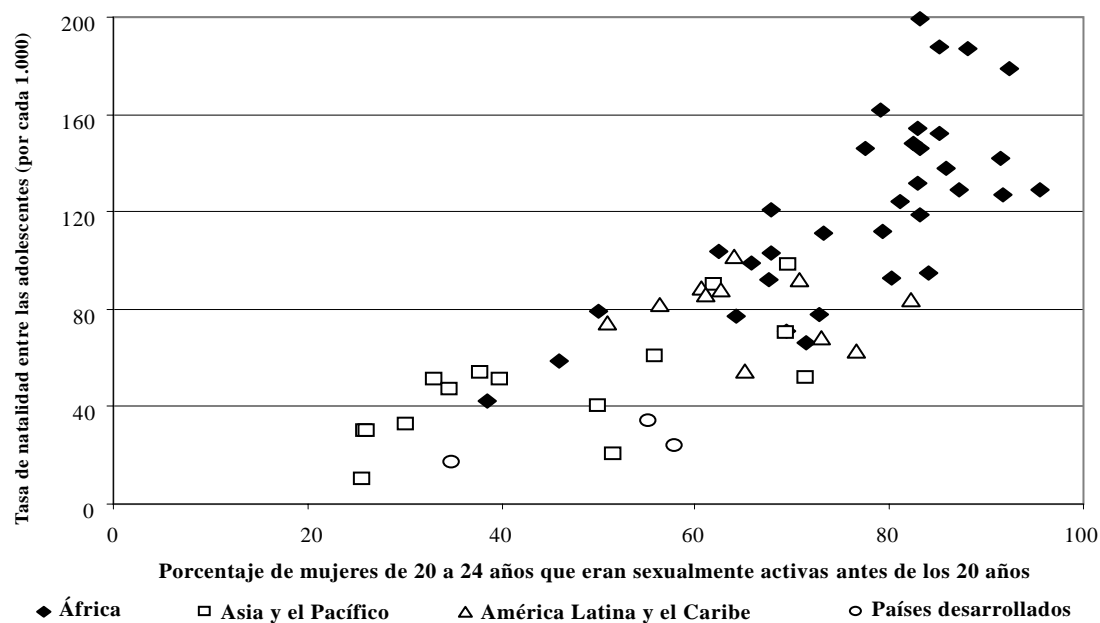


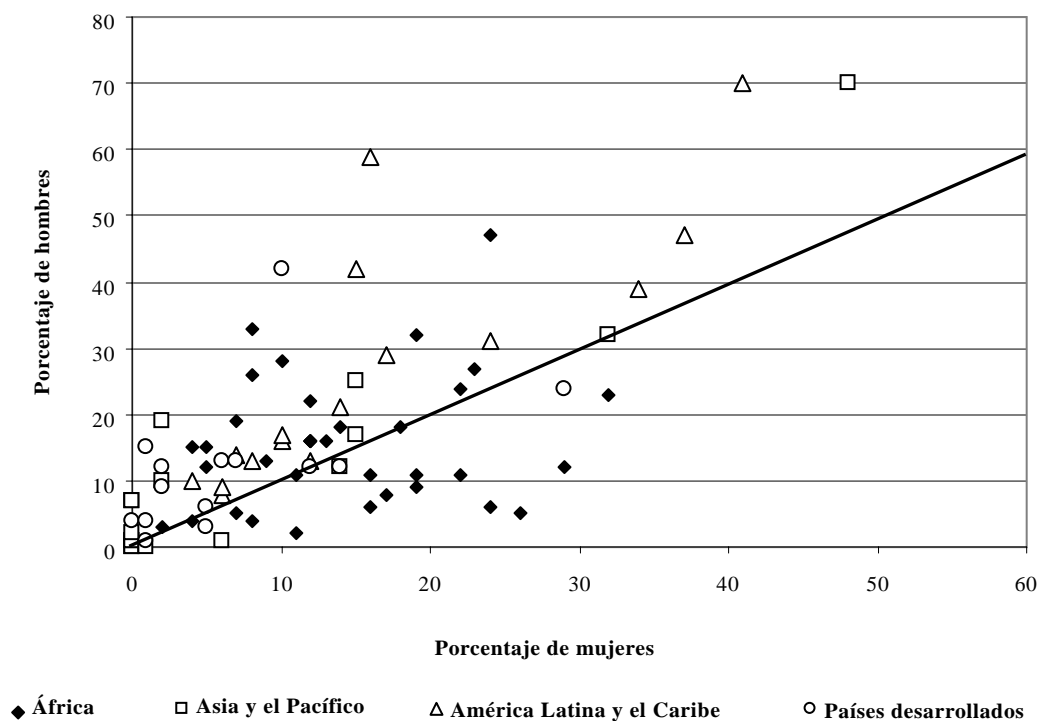
Gráfico VIII  
**Tasa de natalidad entre las adolescentes en comparación con el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que eran sexualmente activas antes de los 20 años**



24. En muchos países, la vida sexual comienza en los primeros años de la adolescencia temprana, antes de los 15 años, y los adolescentes varones tienden a iniciarse en la vida sexual antes que las mujeres. En los 82 países sobre los que existen datos (principalmente en África y América Latina y el Caribe), el porcentaje de adolescentes varones de 15 a 19 años que se inició en la vida sexual antes de los 15 años supera al de las mujeres en 55 países (véase el gráfico IX). En 27 de los países examinados, al menos el 15% de las adolescentes se habían iniciado en la vida sexual a los 15 años, mientras que en otros 36 países, por lo menos el 15% de los adolescentes varones habían hecho lo propio. La iniciación en la vida sexual en los primeros años de la adolescencia temprana se ha asociado con una mayor probabilidad del uso de la coerción o la fuerza que a edades más avanzadas, al tiempo que las experiencias bajo coerción al comienzo de la vida sexual se han asociado con una serie de resultados negativos, como las conductas sexuales de riesgo que aumentan la probabilidad de embarazos no planeados o infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, así como de trastornos mentales, como la ansiedad, la depresión y el suicidio.

Gráfico IX

**Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 19 años que se iniciaron en la vida sexual antes de los 15 años**





## V. Planificación de la familia

25. Los datos sobre la planificación de la familia entre los adolescentes y los jóvenes se limitan sobre todo a los países en desarrollo<sup>6</sup>. Las 64 encuestas recientes que arrojaron datos pertinentes son representativas del 26% de todas las mujeres de 15 a 24 años a nivel mundial, al tiempo que representan el 43% de las mujeres jóvenes de África, el 27% de las de Asia y el 29% de las de América Latina y el Caribe. Esta sección se basa principalmente en los resultados de esas encuestas y, en consecuencia, se centra fundamentalmente en los países en desarrollo.

26. Aproximadamente la mitad de las mujeres jóvenes casadas quieren tener hijos pronto. Así, entre las mujeres de 15 a 19 años actualmente casadas incluidas en las 64 encuestas, el 56% desean tener un hijo pronto o están embarazadas de manera intencional, el 20% usan anticonceptivos y el 24% no desean quedar embarazadas, pero no emplean ningún método anticonceptivo, de lo que puede inferirse que sus necesidades de anticonceptivos están insatisfechas. Entre las mujeres casadas de 20 a 24 años, el 42% están o desean quedar embarazadas, el 37% utilizan anticonceptivos y el 21% tiene insatisfechas sus necesidades de anticonceptivos.

27. Tanto en África como en Asia, el número de mujeres jóvenes que están embarazadas o desean quedar embarazadas es mayor que el número de mujeres que usan anticonceptivos. Así, en 26 países africanos y 11 países asiáticos de los 64 países sobre los que existen datos, ese patrón se mantiene entre las mujeres casadas de 15 a 19 años, así como entre las mujeres casadas de 20 a 24 años de 20 países de África y 3 de Asia. Por el contrario, en todos los países de América Latina sobre los que se dispone de datos, son más las mujeres casadas que emplean métodos anticonceptivos que las que están embarazadas o desean quedar embarazadas.

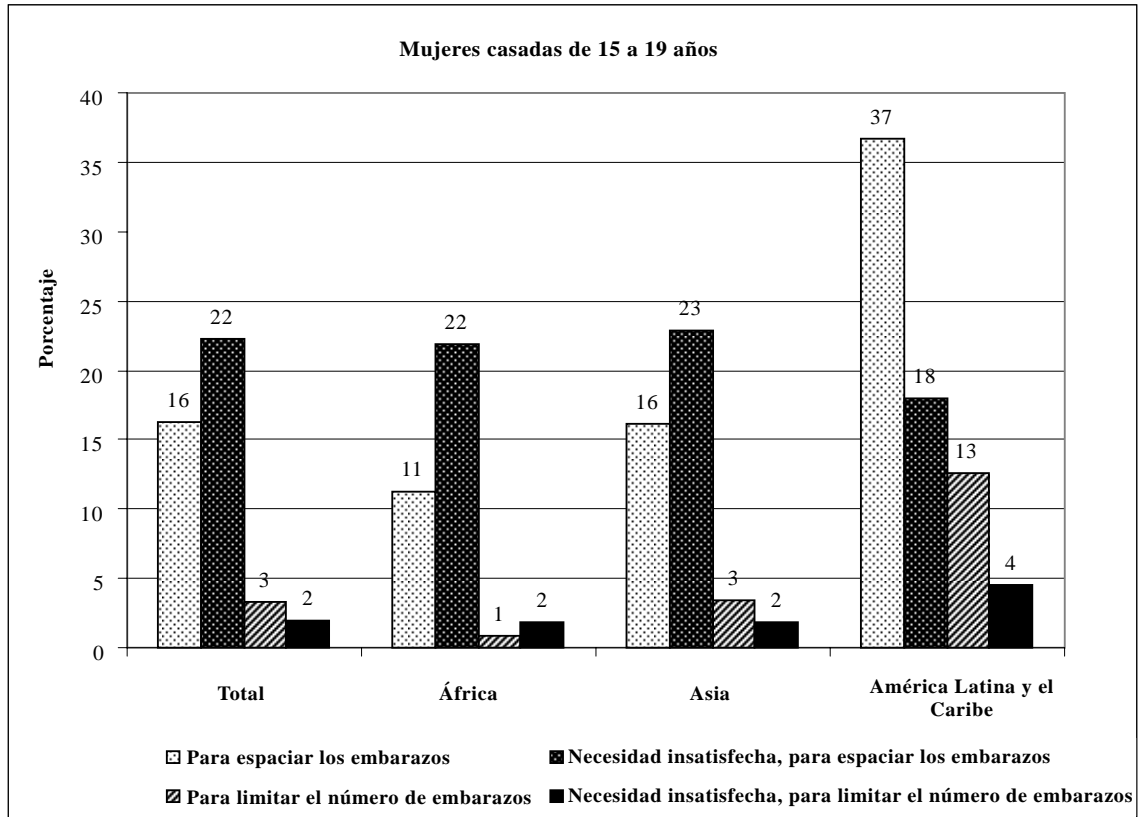
28. La tasa del uso de anticonceptivos entre las mujeres jóvenes casadas alcanza su punto más alto en América Latina y el Caribe, donde la mitad de las mujeres casadas de 15 a 19 años usan anticonceptivos (el 37% con el objetivo de espaciar sus embarazos y el 13% para limitar su número) y el 62% de las mujeres casadas de 20 a 24 años también los usan, el 36% de las cuales con el fin de espaciar sus embarazos, mientras que el 26% para limitar su número (véase el gráfico X). Tanto en Asia como en África, la tasa del uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas de 15 a 19 años es considerablemente más baja: el 12% y el 20%, respectivamente. En ambas regiones casi se duplica la prevalencia de anticonceptivos entre los 20 y 24 años, llegando a alcanzar el 24% en África y el 38% en Asia.

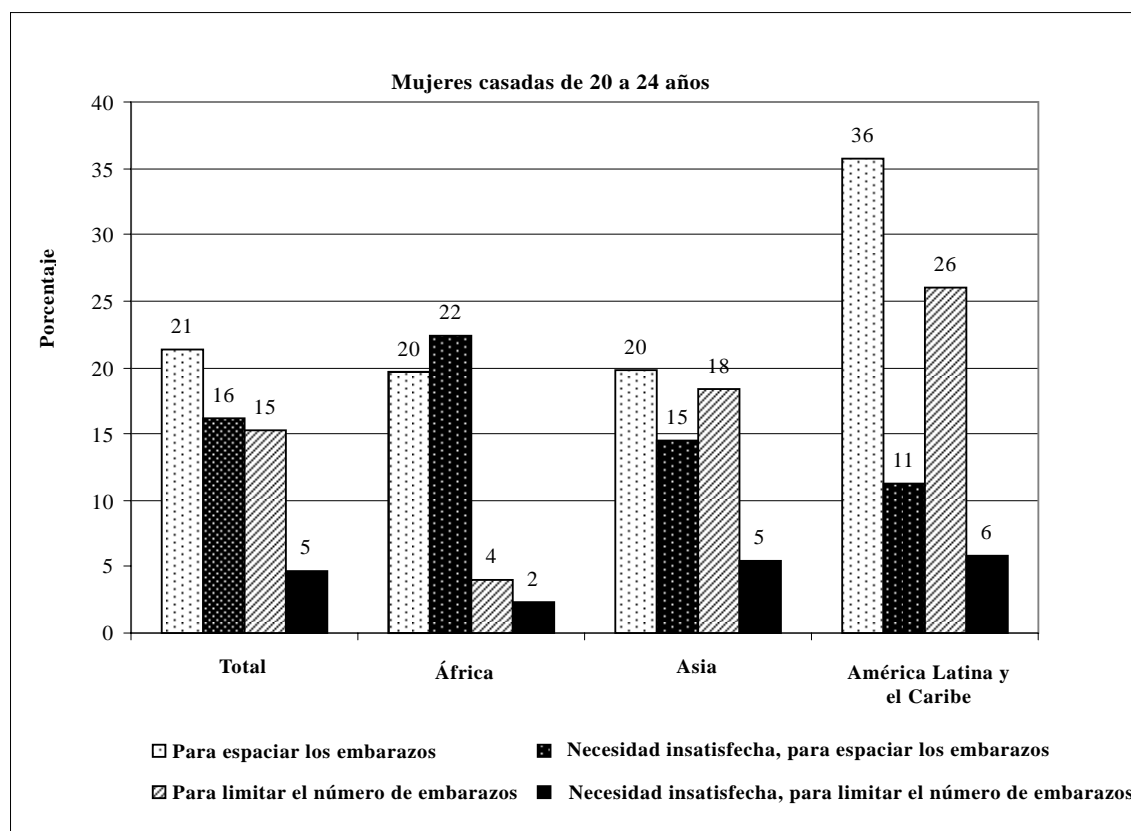
29. En contraste con la tasa del uso de anticonceptivos, las necesidades insatisfechas de anticonceptivos son similares en todas las regiones y ligeramente mayores entre las mujeres casadas de 15 a 19 años. Entre estas últimas, las necesidades insatisfechas oscilan entre el 22% en América Latina y el Caribe y el 25% en Asia. Entre las mujeres de 20 a 24 años, la insatisfacción de esas necesidades alcanza su punto más bajo en América Latina y el Caribe (17%) y su punto más alto en África (25%). La insatisfacción de las necesidades de anticonceptivos es particularmente alta entre las mujeres jóvenes casadas de África, donde duplica la tasa del uso de anticonceptivos entre las jóvenes casadas

<sup>6</sup> Las estimaciones que se presentan en la sección V han sido tomadas de las encuestas demográficas y de salud más recientes realizadas por Measure DHS, que en su mayor parte se refieren a datos correspondientes a 2005 o una fecha posterior. Se pueden consultar en <http://www.measuredhs.com/data/STATcompiler.cfm>.

de 15 a 19 años y es ligeramente mayor que la tasa del uso de anticonceptivos entre las jóvenes casadas de 20 a 24 años. En Asia, las necesidades insatisfechas de anticonceptivos superan la tasa del uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas de 15 a 19 años.

Gráfico X  
**Tasa de uso de anticonceptivos y necesidades insatisfechas de anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 19 años y 20 a 24, por objetivo**





30. Las mujeres jóvenes casadas de 15 a 19 años usan anticonceptivos principalmente para espaciar los nacimientos. Así, el 83% de las usuarias de anticonceptivos de ese grupo desean alargar los intervalos entre nacimientos sucesivos. En la medida en que las mujeres alcanzan el número de hijos que desean, son más y más las que usan métodos anticonceptivos para limitar el tamaño de la familia; por consiguiente, la proporción de quienes usan anticonceptivos con el fin de limitar el número de embarazos aumenta con la edad, al tiempo que disminuye la proporción de quienes los usan con el fin de espaciar los embarazos. Entre las mujeres de 20 a 24 años, el 42% de las usuarias de anticonceptivos desean limitar el tamaño de la familia. El deseo de limitar el tamaño de la familia alcanza su punto más bajo en África, donde solo el 17% de las mujeres de 20 a 24 años que usan anticonceptivos dijeron que los usaban con ese objetivo. La tasa del uso de anticonceptivos con el fin de limitar el número de embarazos es elevada en Asia, donde alcanza el 48% entre las mujeres de 20 a 24 años, y en América Latina y el Caribe, donde el 42% de las usuarias de anticonceptivos de 20 a 24 años quiere dejar de tener hijos de manera definitiva y, notablemente, el 25% de las mujeres de 15 a 19 años desean lo mismo.

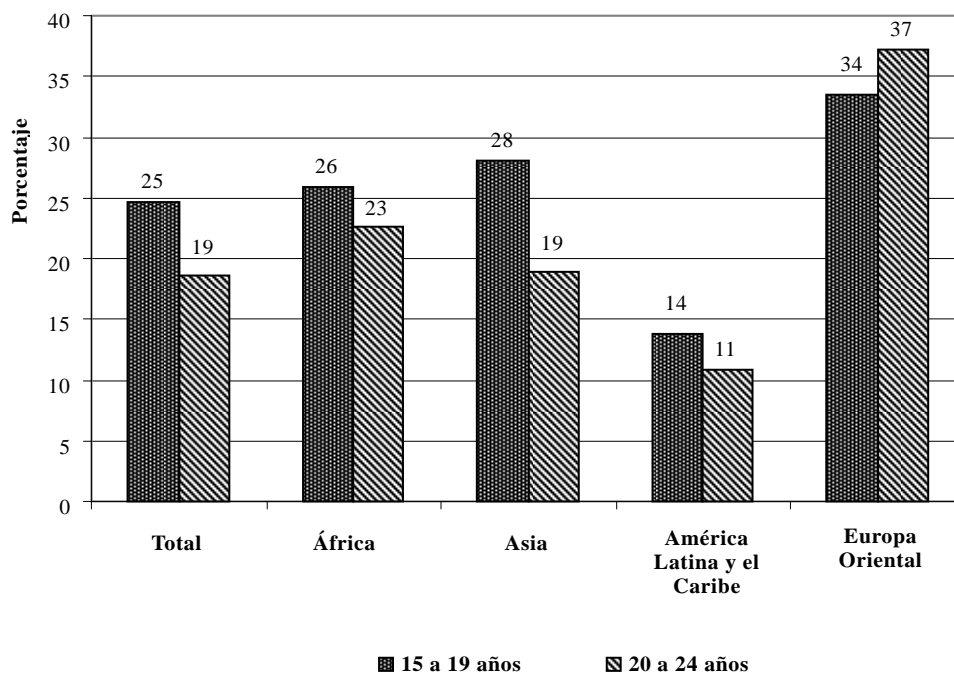
31. La mayoría de las mujeres jóvenes con necesidades insatisfechas de anticonceptivos también desean espaciar sus embarazos más que limitar el número de hijos. Por lo tanto, a las edades de 15 a 19 años, el 92% de las mujeres casadas de África y Asia que tienen insatisfechas sus necesidades de anticonceptivos

desean retrasar el siguiente embarazo. La cifra equivalente en América Latina y el Caribe es el 80%.

32. No solo están insatisfechas en gran medida las necesidades de anticonceptivos entre las mujeres jóvenes que no están usando ningún método anticonceptivo sino que, además, un elevado porcentaje de las que usan anticonceptivos siguen confiando en métodos anticonceptivos tradicionales, que son menos eficaces que los métodos modernos (véase el gráfico XI). En los 83 países sobre los que existen datos acerca del tipo de método utilizado, el 25% de las usuarias de anticonceptivos de 15 a 19 años emplean métodos tradicionales, al igual que el 19% de las usuarias de 20 a 24 años. Además, en todas las regiones en desarrollo, las mujeres más jóvenes tienen más probabilidades de usar métodos tradicionales que las mujeres de 20 a 24 años.

Gráfico XI

**Porcentaje de usuarias de anticonceptivos que utilizan métodos tradicionales**



33. La demanda de anticonceptivos es igualmente alta entre las jóvenes solteras y sexualmente activas quienes están más interesadas en prevenir el embarazo y, por tanto, tienen más probabilidades que las mujeres casadas de usar anticonceptivos. De los 62 países respecto de los cuales se dispone de datos pertinentes, solo en cinco países la tasa del uso de anticonceptivos entre las solteras sexualmente activas no superó la tasa correspondiente a las casadas de 15 a 19 años y solo en 10 no superó la tasa del uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas de 20 a 24 años. Sin embargo, en 30 países, incluidos 22 de África, menos de la mitad de las mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años usaban métodos anticonceptivos, y en 17

países, incluidos 12 de África, menos de la mitad de las mujeres sexualmente activas de 20 a 24 años los usaban. En general, en los 62 países analizados, alrededor del 10% de las mujeres solteras de 15 a 19 años eran sexualmente activas y usaban anticonceptivos, al igual que el 27% de las mujeres solteras de 20 a 24 años. Si bien se había generalizado el uso de métodos anticonceptivos modernos, el 23% de las solteras de 15 a 19 años y el 16% de las solteras de 20 a 24 años que usaban conceptivos lo hacían recurriendo a métodos tradicionales, cifras que en África ascendían al 29% y el 20%, respectivamente.

34. En suma, muchas mujeres de 15 a 24 años ya usan anticonceptivos para retrasar o espaciar los embarazos. Al mismo tiempo, un gran número de mujeres jóvenes todavía tienen insatisfechas sus necesidades de métodos anticonceptivos para espaciar los nacimientos, mientras que un número significativo de ellas utilizan métodos tradicionales, sobre todo las jóvenes que viven en África y las de 15 a 19 años. Por otra parte, un alto porcentaje de jóvenes solteras son sexualmente activas pero no utilizan métodos anticonceptivos. Como consecuencia de ello, en los países en desarrollo ocurren cada año más de 6 millones de embarazos<sup>7</sup> que, a menudo, terminan en un aborto en condiciones de riesgo. Una estrategia eficaz para reducir el número de embarazos no planeados y de abortos en condiciones de riesgo consiste en aumentar el acceso a la planificación de la familia para todas las mujeres adolescentes y jóvenes que lo necesitan. Los gobiernos tienen la responsabilidad de dotar a los jóvenes de los medios necesarios para formar una familia de manera responsable.

## VI. Salud de los adolescentes y jóvenes

35. La adolescencia suele ser la etapa más saludable de la vida y aquella en que los seres humanos alcanzan su punto máximo de fuerza, velocidad, aptitud física y muchas habilidades cognitivas. Sin embargo, la pubertad es también un período durante el cual tienen lugar importantes cambios fisiológicos y cobran mayor importancia determinados riesgos para la salud cuyas consecuencias pueden poner en peligro la vida<sup>8</sup>. Entre los comportamientos de los adolescentes que tienen consecuencias a largo plazo para la salud figuran el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de drogas ilícitas. Es también durante este período de la vida que se forman los hábitos de alimentación y ejercicio físico. La madurez reproductiva y la iniciación en la vida sexual exponen a los jóvenes al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. En el caso de las adolescentes, el embarazo y la procreación precoces están asociados con el aumento de los riesgos de morbilidad y mortalidad, especialmente en los países en desarrollo. En el caso de los adolescentes y jóvenes varones, aumentan los riesgos de traumatismos, sobre todo porque tienen más probabilidades que las mujeres jóvenes de verse envueltos en accidentes de tráfico, la violencia o la guerra. Durante la pubertad también aparecen ciertos trastornos mentales que aumentan el riesgo de suicidio. Como resultado, el

<sup>7</sup> Guttmacher Institute y Federación Internacional de Planificación de la Familia, “Facts on the sexual and reproductive health of adolescent women in the developing world”, junio de 2010. Se puede consultar en [www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf).

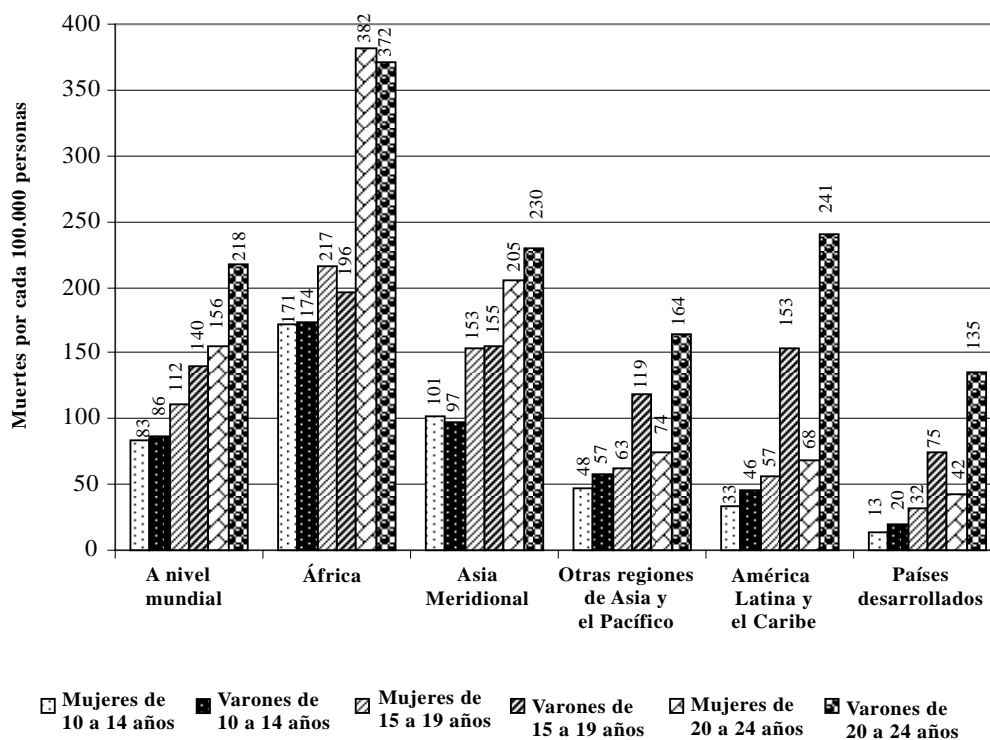
<sup>8</sup> Salvo que se indique lo contrario, los datos que se presentan en la sección VI fueron tomados de tabulaciones especiales de las estimaciones de la mortalidad desglosadas por causa, edad y sexo y compiladas por la Organización Mundial de la Salud para 2008. Se pueden consultar en [www.who.int/healthinfo/statistics/mortality/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality/en/index.html).

perfil de la morbilidad cambia notablemente durante el tránsito de la primera adolescencia a la edad adulta.

36. En la mayoría de los grupos de población, la mortalidad alcanza su punto más bajo a las edades entre 10 y 14 años. A nivel mundial, la tasa de mortalidad de los varones de 10 a 14 años es de 86 por cada 100.000, y la de las mujeres, de 83 por cada 100.000 (véase el gráfico XII). Después de esos años, la mortalidad aumenta notablemente, pero ese aumento es más pronunciado entre los hombres que entre las mujeres. Por lo tanto, la tasa de mortalidad entre los varones de 20 a 24 años es 2,5 veces mayor que entre los varones de 10 a 14 años, mientras que entre las mujeres la tasa de mortalidad aumenta 1,9 veces entre las edades de 10 a 14 años y 20 a 24 años.

Gráfico XII

Tasa de mortalidad por edad, sexo y región, 2008 (por cada 100.000)



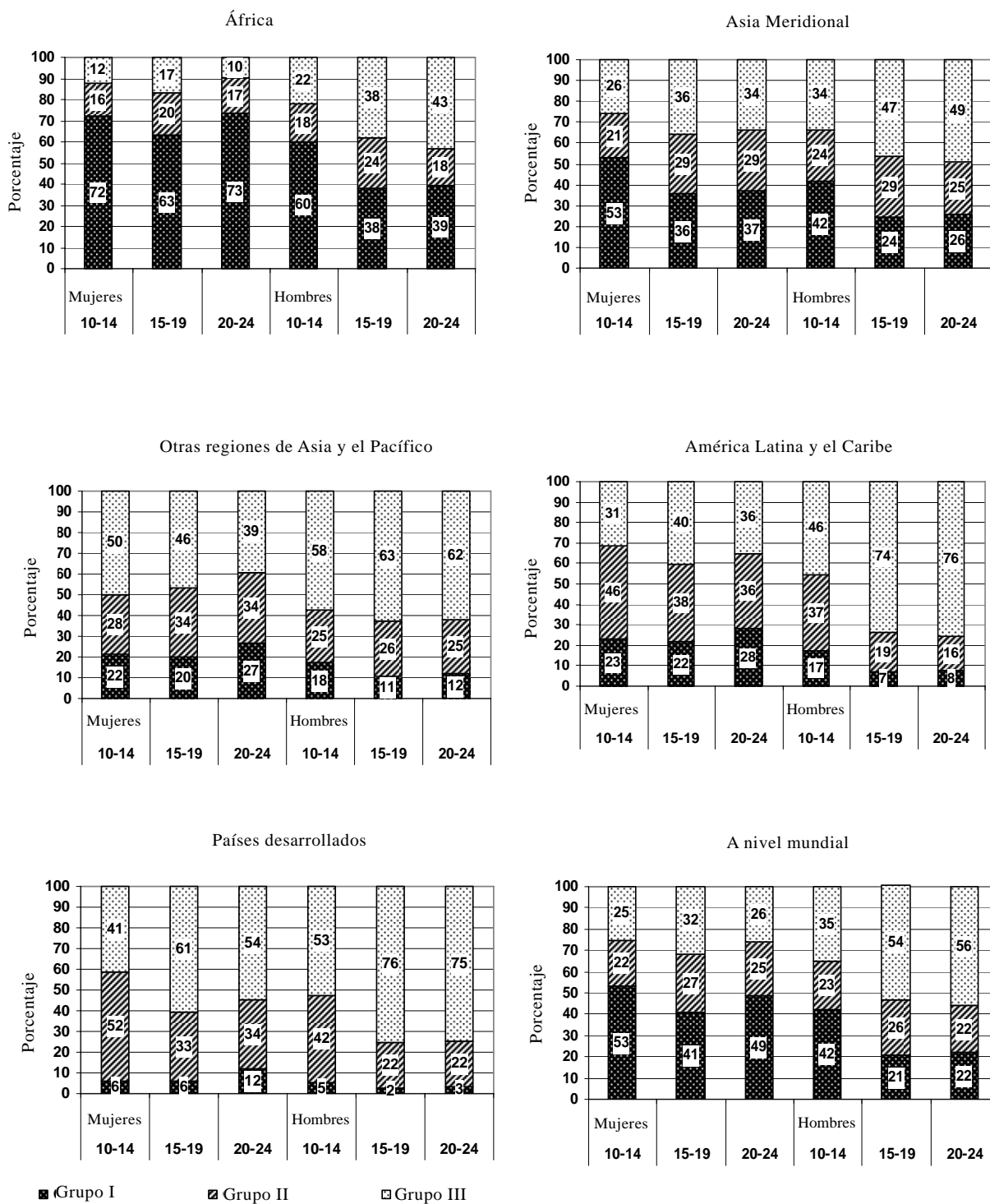
37. Las tasas de mortalidad entre los adolescentes y los jóvenes son generalmente más altas entre los varones que entre las mujeres, a menudo por un amplio margen, con excepción de las tasas de mortalidad entre las mujeres de 15 a 24 años en África y de 10 a 14 años en Asia Meridional. En África, los altos niveles de mortalidad materna y la prevalencia del VIH/SIDA son en gran parte responsables de que la tasa de mortalidad de las mujeres africanas jóvenes sea más alta. En Asia Meridional, la baja condición jurídica y social de las mujeres es la causa principal de la mortalidad relativamente alta de las adolescentes y las jóvenes, debido a que dicha condición las empuja a los matrimonios precoces y la procreación prematura y limita su acceso a los servicios de salud. En el resto de Asia y el Pacífico, en América Latina y el Caribe y en los países desarrollados, la tasa de mortalidad entre las mujeres de 15 a 24 años es notablemente inferior a la de los hombres. La elevada tasa de mortalidad de los varones jóvenes y su rápido aumento con la edad responden en gran medida al saldo cada vez mayor de muertes causadas por traumatismos, incluidas las provocadas por accidentes de tráfico, homicidios y suicidios.

38. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica las causas de muerte en tres grupos. El Grupo I comprende las enfermedades infecciosas y parasitarias, las infecciones respiratorias y las afecciones maternas y perinatales<sup>9</sup>. El Grupo II abarca las enfermedades no transmisibles, entre ellas las neoplasias o cáncer, las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y digestivas; la diabetes, los trastornos nutricionales y los endocrinos y los trastornos neuropsiquiátricos. El Grupo III comprende todos los traumatismos, intencionales y no intencionales. La disminución de la mortalidad desde 1950 obedece mucho al éxito logrado en el control de la propagación de las enfermedades transmisibles y en su tratamiento. Consiguientemente, hoy en día en la mayoría de los países las enfermedades transmisibles causan un bajo porcentaje de todas las muertes. Las excepciones más notables son los países del África Subsahariana y Asia Meridional, donde las enfermedades transmisibles siguen figurando entre las principales causas de muerte. Debido a que las personas de 10 a 24 años tienen menos probabilidades que las personas mayores de morir a causa de enfermedades no transmisibles, son las enfermedades transmisibles las que provocan un alto porcentaje de las muertes en África y Asia Meridional (véase el gráfico XIII). En África, las enfermedades transmisibles, comprendidas las causas asociadas con la maternidad y el VIH/SIDA, siguen siendo la principal causa de muerte de las mujeres de 10 a 24 años, pues causan el 70% de sus fallecimientos y el 44% de los fallecimientos de los hombres de esa misma edad. En Asia Meridional, las enfermedades transmisibles causan el 40% de las muertes de mujeres de 10 a 24 años y el 29% de las muertes de hombres de esas mismas edades. A nivel mundial, el 47% de las muertes de mujeres de 10 a 24 años y el 26% de las muertes de hombres de esas mismas edades tienen como causa enfermedades transmisibles, incluidas causas asociadas con la maternidad.

---

<sup>9</sup> El término “enfermedades transmisibles” se usa en este contexto para referirse a las causas incluidas en el Grupo I, al tiempo que se reconoce que, en muchos casos, las muertes maternas y perinatales no son provocadas por enfermedades infecciosas. El término “enfermedades no transmisibles” se refiere aquí a todas las causas comprendidas en el Grupo II, aunque se ha podido determinar que algunos cánceres, por ejemplo, tienen su origen en infecciones.

Gráfico XIII  
**Distribución porcentual de muertes, desglosadas por causa principal, edad y sexo, 2008**





39. El 90% de las muertes asociadas con la maternidad entre las mujeres de 15 a 24 años ocurren en África y Asia Meridional. La maternidad precoz, las altas tasas de fecundidad y la falta de acceso a servicios adecuados de salud materna, incluido el acceso a parteras capacitadas, contribuyen al alto número de muertes asociadas con la maternidad en esas regiones. Además, la mortalidad y la morbilidad maternas entre las adolescentes es un importante problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo. Las mujeres de 15 a 19 años tienen el doble de probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las de 20 a 24 años. El recurso al aborto en condiciones de riesgo que ponen en peligro la vida de las mujeres es otro importante problema de salud pública. Se estima que en 2008 se practicaron 3 millones de abortos en condiciones de riesgo entre las mujeres de 15 a 19 años<sup>10</sup>. Para prevenir esos abortos es necesario reducir el número de embarazos no planeados entre las adolescentes, sobre todo facilitando su acceso a métodos anticonceptivos modernos.

40. Una de las principales causas de muerte en África es el VIH/SIDA. En 2008, se registraron en África el 83% de las muertes causadas por el VIH/SIDA entre las personas de 10 a 24 años. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que en África el 3,4% de las mujeres de 15 a 24 años y el 1,4% de los hombres de esas mismas edades viven con el VIH, pero la prevalencia varía notablemente entre los diferentes países<sup>11</sup>. En Botswana, Lesotho, Sudáfrica y Swazilandia, países gravemente afectados por el VIH, entre el 12% y el 16% de las mujeres de 15 a 24 años viven con el VIH. Debido a que en la mayoría de los países la epidemia comenzó a desatarse en los decenios de 1980 o 1990, los niños que contrajeron el VIH de sus madres se cuentan entre los adolescentes y los jóvenes que hoy en día viven con el VIH. Gracias al aumento de la cobertura del tratamiento con antirretrovirales, crecerá el número de niños infectados perinatalmente que sobreviven hasta la adolescencia y el comienzo de la edad adulta. En general, sin embargo, la mayoría de las personas adquieren la enfermedad a través de relaciones sexuales sin la debida protección.

41. Los traumatismos son una de las principales causas de muerte entre los jóvenes y son una amenaza en particular para los hombres jóvenes. A nivel mundial, los traumatismos causan el 51% de las muertes entre los hombres de 10 a 24 años y el 28% de las muertes entre las mujeres de esa misma edad. Los traumatismos son la principal causa de muerte entre los hombres de 10 a 24 años en los países desarrollados (73%), América Latina y el Caribe (72%), y Asia (con excepción de Asia Meridional) y el Pacífico (62%), así como entre las mujeres de 10 a 24 años de los países desarrollados, en los que causan el 55% de esas muertes. En Asia Meridional, los traumatismos causan entre los hombres jóvenes un porcentaje más alto de muertes que las enfermedades transmisibles (el 45% y el 29%, respectivamente) y son la segunda causa de muerte más importante entre las mujeres ya que representa el 33% de las muertes de mujeres en las edades 10 a 24 años. Incluso en África, el 36% de las muertes entre los hombres de 10 a 24 años son causadas por traumatismos.

---

<sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud, *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Health Outcomes among Adolescents in Developing Countries* (Ginebra, 2011).

<sup>11</sup> ONUSIDA, *Global Report: UNAIDS report on the Global AIDS Epidemic 2010* (Ginebra, 2010).

42. Los traumatismos se clasifican en intencionales y no intencionales. Los traumatismos intencionales incluyen el suicidio y el homicidio, ya sea por la violencia o por la guerra. Los traumatismos no intencionales comprenden todos los accidentes, incluidos los accidentes de tráfico, los envenenamientos, los ahogamientos, los incendios y las caídas. A nivel mundial, la proporción de traumatismos no intencionales de todas las muertes causadas por traumatismos a las edades de 10 a 24 años es la misma entre los hombres y las mujeres, es decir, el 63%. Los traumatismos no intencionales son la causa de la mayoría de las muertes por traumatismos entre los hombres y las mujeres jóvenes en todas las regiones, excepto en América Latina y el Caribe, donde los traumatismos intencionales, en su mayoría provocados por la violencia, son la principal causa de muerte entre los hombres jóvenes, es decir, el 60% de las muertes por traumatismos entre los hombres de 10 a 24 años, el 50% de las cuales son causadas por la violencia. La violencia provoca cinco veces más muertes entre los hombres de 10 a 24 años que entre las mujeres de esa edad y el 69% de las muertes violentas ocurren en África y América Latina y el Caribe.

43. Los accidentes de tráfico matan cuatro veces más hombres de 10 a 24 años que mujeres de esas edades y, a nivel mundial, representan el 30% de las muertes por traumatismos entre los hombres de esas edades. El saldo de muertes provocadas por los accidentes de tráfico es particularmente elevado entre los hombres y las mujeres jóvenes de los países desarrollados y entre los jóvenes de Asia (con exclusión de Asia Meridional) y el Pacífico. El suicidio, otra causa importante de muerte por traumatismos entre los jóvenes, es particularmente alto en Asia, donde ocurren el 75% de todos los suicidios a nivel mundial. En Asia Meridional, los suicidios representan el 40% del total de muertes por traumatismos entre las mujeres de 10 a 24 años.

44. Teniendo en cuenta que las principales causas de muerte entre los adolescentes y los jóvenes varían considerablemente entre las regiones y los países, es necesario considerar una amplia gama de intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad y la morbilidad entre los jóvenes. Esas intervenciones se describen en las recomendaciones incluidas en la sección VIII *infra*.

## **VII. Los jóvenes y la migración internacional**

45. En 2010, había en el mundo 214 millones de migrantes internacionales, de los cuales 35 millones tenían de 10 a 24 años. Al igual que en la población general, se ha ido reduciendo la proporción de las personas de 10 a 24 años en la población total de migrantes. Además, la proporción de adolescentes y jóvenes de la población migrante es menor que la proporción de adolescentes y jóvenes de la población total, siendo del 17% y el 26%, respectivamente, lo que indica que la población migrante es de más edad.

46. La mitad de los migrantes internacionales de 10 a 24 años viven en países desarrollados, en comparación con el 60% del total de la población migrante. En cambio, en todas las regiones en desarrollo hay una proporción de migrantes de 10 a 24 años mayor que las correspondientes proporciones de la población migrante en general. La mayor concentración de adolescentes y jóvenes migrantes en las regiones en desarrollo también da lugar a una población migrante más joven en esas regiones. Por ello, la proporción de migrantes de 10 a 24 años de la población total

de migrantes es más alta en todas las regiones en desarrollo, donde oscila entre el 19% en Asia y el Pacífico y el 26% en África, que en los países desarrollados, donde solo alcanza el 14%.

47. La proporción de mujeres del total de la población migrante es del 49% y es mayor que la proporción de mujeres entre los inmigrantes de 10 a 24 años, que es del 48,4%. Sin embargo, en las regiones en desarrollo, las niñas y las mujeres constituyen un porcentaje mayor de los migrantes de 10 a 24 años que del número total de migrantes internacionales. Así, el 52,5% de los migrantes de 10 a 24 años en África son mujeres, mientras que las mujeres constituyen el 46,8% de todos los migrantes internacionales en la región. En los países desarrollados se da el caso contrario: la proporción de mujeres del conjunto de la población migrante, que es del 51,5%, es mayor que la proporción de migrantes de 10 a 24 años, que es del 48,9%.

48. Las estimaciones del número neto de personas de 10 a 24 años que migraron de sus países de origen a otros países durante el período comprendido entre 2000 y 2010, y cuyas edades en 2010 oscilaban entre 20 y poco menos de 25 años, eran de 6,9 millones, el 62% de los cuales migraron a países desarrollados. En comparación con el período comprendido entre 1990 y 2000, esa corriente aumentó en un 28% durante el período comprendido entre 2000 y 2010. Además, las personas de 15 a 24 años que migraron también contribuyeron al aumento neto del total de migrantes de 25 a 29 años en 2010, que fue de 9,1 millones de personas.

49. Los jóvenes migran por diferentes razones. Los adolescentes menores de 18 años pueden migrar en compañía de sus padres o para reunirse con ellos. Los jóvenes también pueden migrar con el objetivo de estudiar en el extranjero. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, un total de 2,8 millones de estudiantes extranjeros cursaban estudios terciarios en el extranjero en 2008, el 49% de los cuales estudiaban en Europa, el 22% en América del Norte, el 15% en Asia y el 9% en Oceanía. La mayoría de esos estudiantes provenía de países en desarrollo, de los cuales el 53% eran de Asia, el 12% de África y el 6% de América Latina y el Caribe. El 31% provenían de países desarrollados, de los cuales el 25% provenían de los países europeos y el 3% del Canadá y los Estados Unidos de América.

50. Aunque el nivel de participación de los jóvenes en la migración laboral no se puede cuantificar por falta de datos desglosados por edad, existen pruebas indirectas de que los jóvenes tal vez representen una proporción significativa de la población de trabajadores migrantes. Aun cuando los jóvenes migren por otras razones además del empleo, a menudo trabajan en el extranjero. Sin embargo, al igual que los jóvenes de los países de destino, los migrantes jóvenes pueden resultar afectados por altas tasas de desempleo y, con frecuencia, esas tasas de desempleo son más altas que las que afectan a los jóvenes de los países de destino, en parte porque no dominan el idioma local. Según indican estudios realizados en algunos países, cuando las personas migran en su infancia, tienen más probabilidades de adaptarse a la sociedad de acogida y dominar el idioma local, lo cual representa una ventaja importante en su vida ulterior. Las personas que migran en su adolescencia tienen más dificultades para llegar a dominar el idioma del país de destino, por lo que para esas personas las oportunidades educativas que se les presenten en el país que los acoge revisten una mayor importancia para el éxito de su adaptación a su nueva vida.

## VIII. Conclusiones y recomendaciones

51. En los países con una gran proporción de niñas que se casan antes de los 18 años, los gobiernos deben elaborar y poner en práctica programas que tengan en cuenta las diferencias culturales para promover el matrimonio a edades más avanzadas, entre ellos programas orientados a reducir la práctica del pago de dote y de precio de la novia. Los gobiernos también deben examinar sus leyes sobre el matrimonio para asegurar que estas otorguen a hombres y mujeres “el mismo derecho para elegir libremente cónyuge y contraer matrimonio solo por su libre y pleno consentimiento”, según se establece en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Es igualmente importante asegurar que los tribunales apliquen las leyes. En última instancia, el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas pobres y el apoyo a los adolescentes, en particular a las niñas, para que continúen su educación tienen una importancia decisiva a la hora de reducir los incentivos para contraer matrimonio a edades muy tempranas.

52. Habida cuenta de que la iniciación de los jóvenes en la vida sexual es una realidad, existe una necesidad urgente de dotarlos de los medios necesarios para adoptar decisiones responsables sobre su vida sexual aumentando su capacidad de negociación, combatiendo la doble moral en materia de género, estableciendo entornos familiares e institucionales que le sirvan de apoyo y adoptando medidas para prevenir la violencia en la pareja y toda forma de violencia sexual. Vale la pena apoyar los programas de educación sexual y prevención del VIH dirigidos a ayudar a los adolescentes a comprender lo que significa mantener un comportamiento sexual y reproductivo responsable y a dotarlos de la capacidad para lograrlo.

53. Se debe poner especial empeño en proporcionar servicios de planificación de la familia a los jóvenes de ambos sexos, tanto a los que estén casados como a los solteros. En la elaboración de estrategias dirigidas a los jóvenes, deben tenerse en cuenta las circunstancias específicas de cada caso, ya que algunos jóvenes pueden asistir a la escuela y otros no, algunos pueden trabajar y otros no, y algunos pueden ya ser padres. Los programas comunitarios de componentes múltiples en materia de salud reproductiva permiten utilizar diversas estrategias para llegar a los jóvenes y sensibilizar a los dirigentes comunitarios y los padres. Para ser eficaces, esos programas deben ser culturalmente apropiados, tener en cuenta las necesidades expresadas por los adolescentes y los jóvenes y aprovechar los recursos de las instituciones locales.

54. Los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser parte integral del conjunto mínimo de servicios de salud que se brinden a los adolescentes y los jóvenes en todos los niveles del sistema de salud, sobre todo en la atención primaria. Para llevar esos servicios a los jóvenes de bajos ingresos, deberán eliminarse los obstáculos jurídicos, financieros y culturales que impidan o limiten su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Las jóvenes embarazadas deben recibir un conjunto de servicios de salud que incluya por lo menos cuatro visitas durante el embarazo a centros de atención materna, la atención de personal calificado durante el parto, el uso de equipo y medicamentos adecuados, la capacidad para remitirlas y trasladarlas a centros donde se presten servicios de obstetricia de emergencia en caso de que surjan

complicaciones, y el seguimiento y la prestación de asesoramiento después del parto.

55. Es necesario poner en práctica una combinación de estrategias para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA entre los jóvenes. Dichas estrategias deberían promover un mejor conocimiento de los mecanismos de transmisión del virus y de todas las formas de prevenir la infección, especialmente entre los jóvenes en situación de mayor riesgo de infectarse; la creación de servicios accesibles adaptados a las necesidades de los jóvenes, en particular capacitando al personal de la salud para que se muestre imparcial a la hora de prestar sus servicios a los jóvenes, incluidos los jóvenes que viven con el VIH; promover el asesoramiento y las pruebas de carácter voluntario y ofrecer terapia antirretroviral a quienes lo necesiten; prestar servicios de diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual; y llevar a cabo campañas de educación pública para reducir el estigma y fomentar la creación de un entorno seguro y favorable.

56. En los países de bajos ingresos, sigue siendo indispensable combatir las enfermedades infecciosas, particularmente la tuberculosis y las infecciones del tracto respiratorio inferior, que son la causa de numerosas muertes entre los jóvenes, pero que no logran despertar la atención debida en el ámbito normativo.

57. Para mejorar la salud y las perspectivas de salud es menester adoptar medidas fuera del sistema de salud. Para evitar prevenir el consumo de tabaco entre los jóvenes, por ejemplo, se necesita no solo llevar a cabo campañas de educación sobre los riesgos asociados con el tabaquismo, sino sobre todo aumentar el precio de los cigarrillos por medio de impuestos. Para evitar el abuso de alcohol es menester aumentar el precio de las bebidas alcohólicas, prohibir o reducir la publicidad dirigida a los jóvenes, y aprobar y hacer cumplir leyes que prohíban el consumo público de alcohol por los menores.

58. Entre las medidas preventivas dirigidas a reducir los accidentes de tráfico deben figurar la inversión en infraestructura vial, el uso obligatorio de cinturones de seguridad en los automóviles y de cascos en las motocicletas y la aplicación de leyes que prohíban conducir después de beber alcohol o bajo la influencia de las drogas.

59. Teniendo en cuenta que las armas de fuego son responsables de la gran mayoría de las muertes causadas por la violencia, el fortalecimiento de las leyes de control de armas puede contribuir a reducir la mortalidad entre los jóvenes.

60. Habida cuenta de que el desempleo es una causa fundamental de los problemas sociales que afectan a la juventud y teniendo presente que las tasas de desempleo y de pobreza, incluso entre los que trabajan, son particularmente altas entre los jóvenes, los gobiernos deberían prestar especial atención a la aplicación de políticas y programas que fomenten las oportunidades de trabajo decente para los jóvenes.

61. La facilitación de la migración con fines de estudio puede generar beneficios más allá de los resultados académicos. Los jóvenes estudiantes migrantes pueden convertirse en puentes entre sociedades y culturas. Su migración facilita la transferencia de competencias y conocimientos especializados. Las destrezas que adquieren en su adaptación a la sociedad de acogida los pueden capacitar para actuar más eficazmente en un mundo globalizado. A fin de extraer los mayores beneficios de la migración con fines de estudio, los países de origen pueden promover el regreso de esos migrantes manteniendo activamente vínculos con los estudiantes en el extranjero y facilitando la búsqueda de empleos en el país de origen al concluir sus estudios.

---