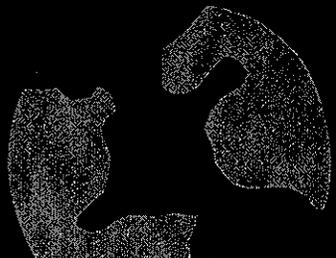




juventud



Índice

Panorama general	1
Introducción: Un mundo con 1.700 millones de jóvenes	2
Recuadro 1: ¿Quiénes son los "jóvenes"?	2
Educación de niños y niñas	3
La vida sexual y reproductiva de los hombres y las mujeres jóvenes	4
El matrimonio	4
Actividad sexual de los adolescentes	5
Recuadro 2: Dirigirse a los jóvenes varones	6
Maternidad entre adolescentes	7
Impacto de la maternidad de las adolescentes sobre la población mundial en el futuro	8
Uso de métodos anticonceptivos	8
Violencia sexual en contra de las mujeres jóvenes	9
Abuso y coacción sexual	9
Mutilación genital femenina	10
La juventud y la crisis del VIH y el SIDA	10
Necesidad de educación sobre el VIH y el SIDA	11
Jóvenes marginados socialmente	11
Recuadro 3: Consideraciones claves para dirigirse a la juventud marginada	12
Enfoques de políticas y programas	12
Informar a la juventud mediante educación sobre sexualidad	13
Establecimiento de enlaces con servicios	13
Otros enfoques prometedores	14
Recuadro 4: Ejemplo: El programa de MEXFAM para adolescentes en México	14
Referencias	15
Definiciones y reconocimientos	16
APÉNDICE: Cuadro de Datos de La juventud del mundo 2000	17-24

Panorama General

El número de jóvenes en el mundo es mayor que nunca. Entramos en el nuevo siglo con 1.700 millones de personas entre las edades de 10 a 24 años, y la gran mayoría viven en los países menos desarrollados. La satisfacción de las necesidades de los jóvenes de hoy en día es esencial para una variedad de políticas y programas, debido a que las acciones de dicho grupo de población determinarán el tamaño, la salud y la prosperidad de la población del planeta en el futuro.

Este informe y la hoja de datos que lo acompaña proporcionan una descripción de la juventud actual, con cifras de población, educación y salud, y se concentra especialmente en su salud reproductiva y sexual. (Ver los cuadros del Apéndice, en las páginas 17-24.) Las necesidades de la gente joven varían tremendamente, dependiendo del momento de la vida en que se encuentren (pubertad, adolescencia y principios de la edad adulta) y del contexto en que viven. Si bien dicha diversidad hace difícil formular generalizaciones sobre la gente joven, los planes de acción adoptados en recientes conferencias internacionales permiten identificar sus necesidades esenciales y comparar los avances realizados en salud y educación en comparación con los objetivos acordados.

En general las perspectivas de salud y educación de la gente joven están mejorando. En la actualidad, se casan y tienen hijos más tarde, cuando están más desarrollados, en comparación con lo que ocurría en generaciones pasadas. Sin embargo siguen existiendo preocupaciones; por ejemplo:

- A pesar de la atención que se da cada vez más a la educación en todo el mundo, el número de inscripciones en las escuelas de secundaria sigue siendo bajo en muchas partes del mundo, y la inscripción de las niñas continúa por debajo de la de los niños.
- Las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y los abortos en condiciones de riesgo son la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años.
- La gente joven de 15 a 24 años tiene las tasas más altas de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH y el SIDA.
- Las estadísticas sobre violaciones sugieren que entre una y dos terceras partes de las víctimas de este delito sexual en todo el mundo son jóvenes de no más de 15 años de edad.

Tanto en la Conferencia Internacional de 1994 sobre Población y Desarrollo, como en la revisión de la misma que tuvo lugar cinco años después, en 1999, los participantes consideraron a los adolescentes como un grupo especialmente vulnerable. En dichas conferencias los gobiernos se comprometieron “a satisfacer las necesidades de información, asesoría y servicios de salud reproductiva y sexual de alta calidad de adolescentes y jóvenes”, para “alentarles a continuar su educación, desarrollar su potencial al máximo, y prevenir los matrimonios jóvenes y los embarazos de alto riesgo”.¹ Las experiencias de programas recientes han arrojado luz sobre formas prácticas de proporcionar a la gente joven la información, el apoyo social y los servicios que necesitan para protegerse contra los problemas de salud reproductiva y sexual.

Introducción: Un mundo con 1.700 millones de jóvenes

Al comienzo del siglo XXI, 1.700 millones de personas (más de la cuarta parte de los 6.000 millones de habitantes del planeta) se encuentran entre las edades de 10 a 24 años, lo que les convierte en el grupo de mayor tamaño esperando a convertirse en adultos (ver el Recuadro 1). El 86% de este grupo de edad vive en los países menos desarrollados, y la proporción de gente joven de dichas naciones es considerablemente superior a la que existe en los países más desarrollados, como se muestra en la Figura 1.

Recuadro 1:

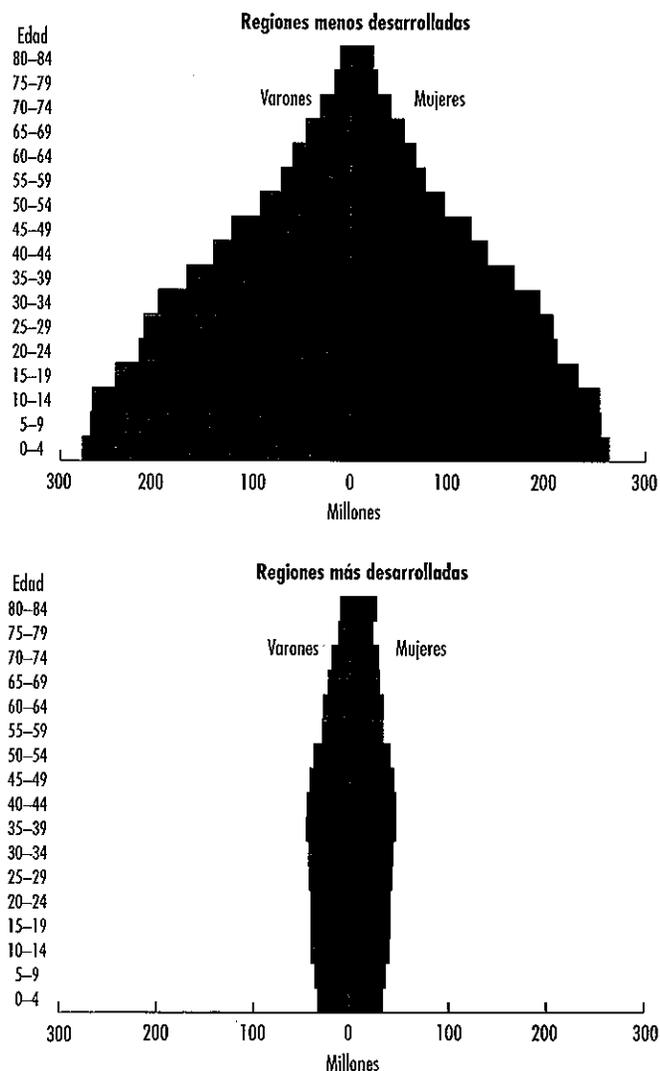
¿Quiénes son los "jóvenes"?

En este informe se define como jóvenes a los que se encuentran entre las edades de 10 a 24 años, lo que incluye los púberes, adolescentes y jóvenes (en las edades de 10 a 19 años) y los adultos jóvenes (de 20 a 24 años). Utilizamos los términos "adolescencia" para referirnos al grupo que en EE UU corresponde a los 13-19 años, si bien el periodo de transición denominado adolescencia puede ser distinto de un lugar a otro y variar también según se refiera a varones o mujeres.

El mundo está cambiando para la gente joven de todo el planeta, y ello afecta a sus vidas de forma positiva y negativa. La generación actual de gente joven es la más saludable, más educada y más urbana de la historia (ver en la Figura 2 las tendencias de urbanización en los países menos desarrollados). Si bien la urbanización conlleva mayor acceso a educación y servicios de salud, también deja a las personas más expuestas a los riesgos de drogadicción y alcoholismo, violencia e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y el SIDA. La modernización tiende a crear mayores oportunidades de empleo, pero también puede hacer que se pierda la cultura tradicional y se dispersen los miembros de la familia.

El contexto en el que los hombres y mujeres jóvenes viven ejerce gran influencia sobre cómo se desarrollan sus vidas. Algunos jóvenes se casan y son considerados adultos por las sociedades donde viven; otros siguen asistiendo a la escuela y son vistos como niños dependientes de sus mayores. Mucha gente joven tiene vida sexual e incluso hijos, pero quizás no han alcanzado el nivel de edad que les define legalmente como adultos en su país o el estado donde viven. La "adolescencia" es un concepto moderno, que significa el período de vida iniciado por la pubertad,

Figura 1:
Población por edad y sexo: regiones más y menos desarrolladas, año 2000



Nota: Pronósticos para el año 2000.

Fuente: División de Población de Naciones Unidas, 1998.

y que acaba cuando la persona entra en lo que culturalmente se considera la edad adulta (con la madurez social e independencia económica que ello implica).

Si bien la pubertad está teniendo lugar a edades más tempranas en todas partes del mundo, también se está elevando la edad en que la gente se casa. Esto significa que la juventud atraviesa por un mayor período de madurez sexual antes del matrimonio, durante el que puede tener vida sexual. La adolescencia generalmente es una etapa saludable de la vida, pero muchos jóvenes se ven expuestos al riesgo que dicha actividad sexual conlleva para la salud, como son posibles infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados y complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Los jóvenes con frecuencia tienen información incorrecta o insuficiente sobre la salud sexual y reproductiva, y no tienen acceso a atención médica.

Mejorar la salud de la gente joven es en un objetivo esencial en sí mismo, que conlleva beneficios a largo plazo para toda la sociedad. Por otra parte, el crecimiento de la población mundial dependerá en gran manera de hasta qué punto se satisfagan las necesidades de salud reproductiva de esta generación. En concreto, las decisiones de dichas personas—sobre el tamaño de la familia que van a crear y el momento en que traerán hijos al mundo—determinarán el tamaño de la población mundial en años venideros, por lo que la juventud de hoy en día es una “generación crucial” en ese respecto.

Educación de niños y niñas

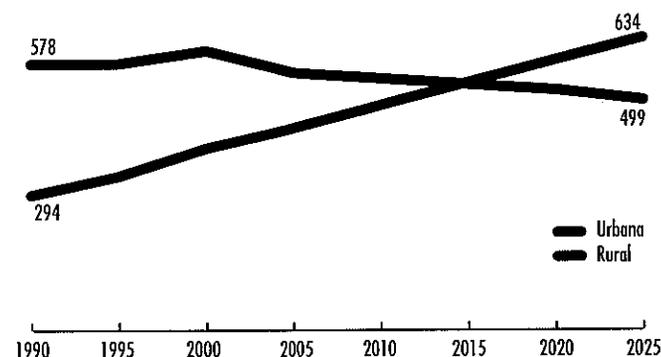
En las conferencias mundiales recientes se ha pedido acceso universal a la educación primaria y que se reduzcan las diferencias de inscripción escolar entre niños y niñas en la educación secundaria. Las autoridades encargadas del establecimiento de políticas reconocen cada vez más que para lograr el desarrollo social y económico es esencial mejorar la condición de la mujer dándole mayores oportunidades educativas.

En las regiones más desarrolladas, la mayoría de las niñas y niños asisten a la escuela primaria y secundaria, pero en las menos desarrolladas, aunque se ha logrado elevar los niveles de inscripción, sólo el 57% de los niños y el 48% de las niñas se habían inscrito en la escuela secundaria para mediados o finales de la década de 1990 (ver las columnas sobre educación en las páginas 18-24 del Apéndice). La disparidad en la inscripción escolar entre varones y mujeres es más obvia a nivel secundario,

Figura 2:

Población adolescente en países menos desarrollados, por áreas rurales y urbanas, 1990-2025

Población entre las edades de 10 a 19 años (en millones)



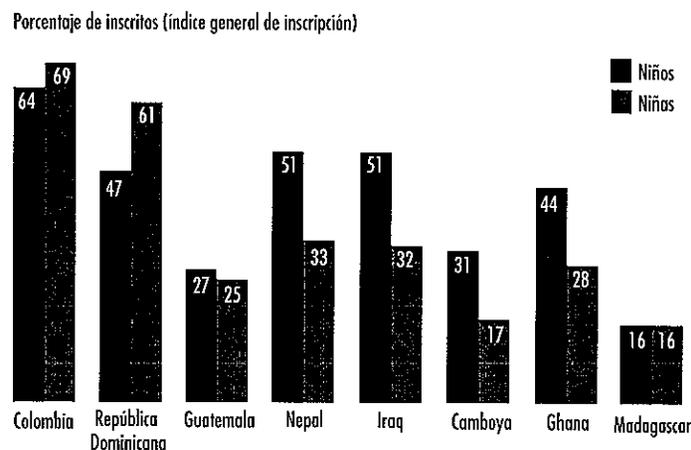
Fuente: División de Población de Naciones Unidas. World Population Prospects 1992 y 1996.

pero en algunas regiones donde las tasas de inscripción son muy bajas para ambos sexos, no será suficiente con elevar la inscripción de las niñas, sino que habrá que incrementar el acceso de todos a la educación.

Las cifras mundiales sobre inscripción escolar no muestran las importantes diferencias regionales y entre países (ver la Figura 3 en la siguiente página). En Ghana, por ejemplo, el 44% de los niños y únicamente el 28% de las niñas están escritos en la escuela secundaria. En Colombia hay más niñas que niños inscritos en la escuela secundaria: el 69% de las niñas, comparado con el 64% de los niños. Los datos tampoco aclaran diferencias importantes entre países y ciudades, en cuanto a índices de retención, asistencia y calidad escolar. Por ejemplo en la Costa de Marfil el 27% de los alumnos en las escuelas primarias tuvieron que repetir un año en 1995, y en Brasil dicha cifra ascendió a 18%.²

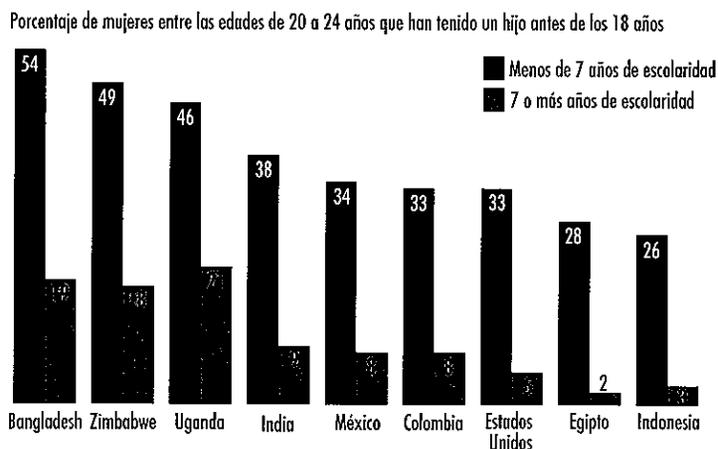
En algunos de los países más pobres, menos de la mitad de las mujeres jóvenes reciben educación básica (por lo menos siete años de escolaridad).³ Muchas mujeres jóvenes se convierten en esposas y madres, o se encargan de las responsabilidades del hogar en vez de continuar su educación. Existen varios factores que explican el menor nivel de inscripción en la escuela secundaria entre las niñas: la creencia de los padres de que la secundaria

Figura 3:
Inscripción de niños y niñas en la escuela secundaria en países seleccionados



Fuente: 1999 UNICEF Statistical Yearbook.

Figura 4:
Educación y maternidad en países seleccionados



Fuente: *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives* (Nueva York: Alan Guttmacher Institute, 1998).

beneficia más a sus hijos varones que a las niñas; la preocupación por la seguridad de las niñas cuando se encuentran fuera de la aldea, y la escasez de oportunidades laborales para las mujeres en los sectores que exigen educación superior. La investigación realizada durante décadas muestra que las mujeres educadas tienen mayor control sobre su vida reproductiva, por ejemplo en las decisiones sobre el número de hijos y el espacio entre uno y otro (ver la Figura 4), y también que las mujeres con mayor educación tienen hijos más sanos.

El progreso reciente ha sido prometedor. Entre 1985 y 1995 se mejoró el acceso a la educación en todo el mundo, especialmente para las niñas y en lo que respecta a la educación secundaria.⁴ Hoy en día las mujeres jóvenes en las regiones menos desarrolladas están mejor educadas que sus madres. Por ejemplo, las jóvenes de 15 a 19 años en Marruecos tienen cuatro veces mayores probabilidades de haber completado siete años de escolaridad, en comparación con sus madres. En Sudán dicha probabilidad es nueve veces mayor; pero, al igual que en muchos otros lugares, los niveles de educación siguen siendo bajos en dichos países y tienen que ser elevados por los gobiernos.⁵

La vida sexual y reproductiva de los hombres y las mujeres jóvenes

El matrimonio

La edad en que los jóvenes contraen matrimonio es uno de los muchos aspectos de sus vidas que está cambiando. En general es mucho menos común que hace una generación el que la gente se case antes de los 18 años, pero existe mucha variación entre regiones. La Figura 5 muestra que la cantidad de matrimonios antes de dicha edad oscila desde un porcentaje tan pequeño como el 3% en Alemania al 73% en Bangladesh. (Los datos con respecto a esto incluyen las uniones formales sancionadas de forma legal o religiosa, así como uniones consensuales.) En comparación con los niveles hace 20 años, los casamientos a edad temprana se han reducido en una cuarta parte en la India y Bangladesh, y en la mitad en Indonesia, pero la edad promedio a que tiene lugar el matrimonio sigue siendo relativamente baja en dichos países; en Bangladesh es a los 14,2 años.

En el África Subsahariana la proporción de adolescentes casadas ha disminuido en los últimos 20 años, pero aún así, al

menos una cuarta parte de las mujeres entre 15 y 19 años en muchos países de dicha región están casadas, y también lo están aproximadamente la mitad de las mujeres de las mismas edades en Malí, Mozambique, Níger, Chad y Uganda. En una gran parte de América Latina y el Caribe, el matrimonio a edad temprana es tan común para las jóvenes de hoy como lo fue para sus madres: entre el 20 y el 40% de las mujeres en dicha región forman su primera unión antes de los 18 años.⁶

Retrasar el casamiento conlleva una serie de implicaciones para la gente joven. Las mujeres que se casan con mayor edad tienen más probabilidades de haber recibido una educación básica, que las que se casan pronto; y las mujeres con mayor educación tienden a mantenerse más sanas, ser más prósperas, tener menos hijos y que éstos se críen más saludables. Por otra parte el retraso del matrimonio, junto con la mayor incidencia de relaciones sexuales premaritales entre adolescentes hace que la gente joven corra mayor riesgo de embarazos no planeados, abortos en condiciones de riesgo, nacimientos fuera del matrimonio, e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y el SIDA.

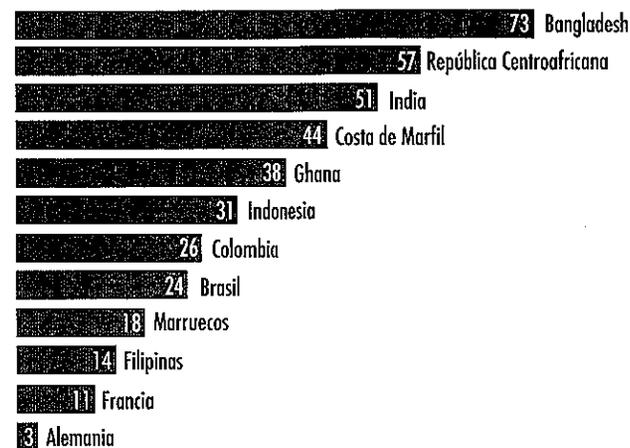
Actividad sexual de los adolescentes

La actividad sexual premarital es común en muchas partes del mundo y existen informes que indican que va en aumento en todas las regiones.⁷ En muchos países los jóvenes de ambos sexos sienten una fuerte presión de la sociedad y la gente de su edad para tener este tipo de relaciones, y ciertas características de la vida moderna (los medios de comunicación masiva, la dispersión de la familia y desintegración de los valores morales tradicionales, y la creciente migración, urbanización y materialismo) pueden elevar tanto el deseo como la oportunidad con respecto a esto. En el caso de una considerable minoría de mujeres jóvenes, la actividad sexual a una edad temprana no es un acto consensual (ver la página 9).

Como se muestra en el Cuadro 1, en Kenia existe una diferencia de más de 3 años entre la edad del primer coito y el matrimonio; en Brasil, es poco más de dos años. Hay encuestas que muestran que por término medio el 43% de las mujeres en el África Subsahariana y el 20% en América Latina han tenido relaciones sexuales antes de los 20. La actividad sexual entre las adolescentes es incluso más alta en algunos países desarrollados: el 68% de las jóvenes en Estados Unidos y el 72% en Francia han tenido relaciones sexuales premaritales antes de cumplir los 20 años de edad.⁸ La existencia de relaciones sexuales antes del ma-

Figura 5:

Porcentaje de mujeres casadas* antes de los 18 años, en países seleccionados



*Incluye el matrimonio formal y consensual.

Fuente: *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives* (Nueva York: Alan Guttmacher Institute, 1998).

Cuadro 1:

Edad de las jóvenes* en el momento del matrimonio y en el primer coito, en países seleccionados

País	Promedio de edad en el momento del matrimonio**	Promedio de edad en el primer coito
Camerún	18,0	15,9
Kenya	20,2	16,8
Níger	15,3	15,3
Bolivia	20,9	19,0
Brasil	21,0	18,8
Guatemala	19,2	18,6
Haití	20,5	18,7
Indonesia	19,9	19,8
Filipinas	22,7	22,8

*Información proporcionada por mujeres de 25 a 29 años.

**Incluye el matrimonio formal y consensual. La edad promedio indica que la mitad de las mujeres entrevistadas se casaron por primera vez antes de dicha edad, y la otra mitad después de la misma.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud (Calverton, MD: Macro International).

rimonio entre los jóvenes es más común en el caso de los varones. En muchas sociedades se considera señal de madurez y status social en éstos, mientras que para las mujeres se ve como algo vergonzoso y prohibido.⁹ (Ver el Recuadro 2 para más información sobre los jóvenes varones.)

Las relaciones sexuales premaritales conllevan serios riesgos y consecuencias, especialmente cuando no existe la información y servicios de salud reproductiva apropiados. El aumento en la actividad sexual pone a los jóvenes en mayor riesgo de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y el SIDA (ver la sección sobre VIH/SIDA, en la página

10). Muchos embarazos no planeados acaban en abortos, y apenas está empezando a disponerse de datos completos a este respecto (Figura 6). Los abortos en condiciones de riesgo (a veces provocados por las propias embarazadas) pueden dar lugar a enfermedades graves, infertilidad y muertes. Incluso en lugares donde existen servicios de abortos en condiciones inocuas, las adolescentes frecuentemente no tienen acceso a los mismos. Las complicaciones resultantes de abortos en condiciones de riesgo son la principal causa de muerte entre adolescentes en algunos países.¹⁰

Recuadro 2:

Dirigirse a los jóvenes varones

Los hombres jóvenes generalmente indican que tienen su primera experiencia sexual antes que las mujeres y suelen casarse más tarde, por lo que en su caso el período de posibles relaciones sexuales fuera del matrimonio es más largo. Sin embargo, si bien los especialistas en salud reconocen cada vez más que la gente joven necesita apoyo e información para tener control sobre su vida sexual y reproductiva, al concentrarse en la salud de las mujeres jóvenes con frecuencia se deja a los varones al margen; y los servicios y comunicaciones sobre salud tienden a dirigirse mucho menos a estos últimos.

Las normas sociales sobre lo que se consideran conductas sexuales aceptables para los jóvenes de uno y otro sexo complican la cuestión de la salud reproductiva de los adolescentes. En ciertas sociedades se alienta o presiona a los jóvenes varones a participar en conductas sexuales arriesgadas, como tener varias parejas sexuales o tener su primera experiencia sexual con una prostituta. Por otra parte los servicios existentes con frecuencia no proporcionan medios para que los jóvenes en general se protejan a sí mismos o a sus parejas contra infecciones o embarazos no planeados. El limitado acceso a condones y otros métodos anticonceptivos, incluso donde son económicamente asequibles, continúa siendo un importante obstáculo para su uso. También existen otros impedimentos, como son las actitudes de la gente y la falta de informa-

ción; por ejemplo, ciertos jóvenes varones piensan que tienen que usar condones con prostitutas, pero no con sus amigas.

En la actualidad existen esfuerzos para dirigirse a los jóvenes varones en diversos países. Los programas de salud reproductiva dirigidos a dicho grupo alientan principalmente una conducta

Porcentaje de varones adolescentes solteros con vida sexual, y número de parejas sexuales que han tenido en el curso de un año, en países seleccionados

País	Porcentaje con vida sexual	Promedio de parejas sexuales en 12 meses
Brasil (Río de Janeiro)	61	2,6
Kenya	54	1,6
Costa de Marfil	43	2,4
Tanzania	37	2,5
Tailandia	29	3,8
Togo	18	2,0
Filipinas (Manila)	15	1,8

Fuente: *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives* (Nueva York: Alan Guttmacher Institute, 1998).

sexual responsable. También pueden apoyar otras conductas y actitudes positivas, como permanecer en la escuela, replantearse los conceptos que se tienen de los papeles y responsabilidades de uno y otro género, apoyar las necesidades de salud reproductiva y decisiones de sus compañeras, así como evitar la violencia y el abuso del alcohol y drogas.

Los planeadores de programas necesitan diferenciar entre las necesidades de los jóvenes y las jóvenes, y también establecer distinciones entre los varones atendiendo al grupo de edad en que se encuentran, debido a la rapidez de los cambios emocionales y de desarrollo que tienen lugar durante la adolescencia. Entre los lugares donde se puede entrar en contacto con los jóvenes varones se encuentran: en la comunidad, las discotecas, salas de billar, acontecimientos deportivos y mercados; así como su lugar de trabajo, las clínicas que atraen a gente joven de ambos sexos, y los centros de jóvenes de usos múltiples. Entre los conductos de información para dirigirse a ellos están los medios de comunicación masiva (radio, televisión y música popular), y la comunicación a nivel personal, ya sea mediante asesoría o educación entre iguales.

Fuente: C. Green, "Reaching Young Men with Reproductive Health Programs," *In FOCUS* (Washington, DC: Pathfinder International, 1998).

Maternidad entre adolescentes

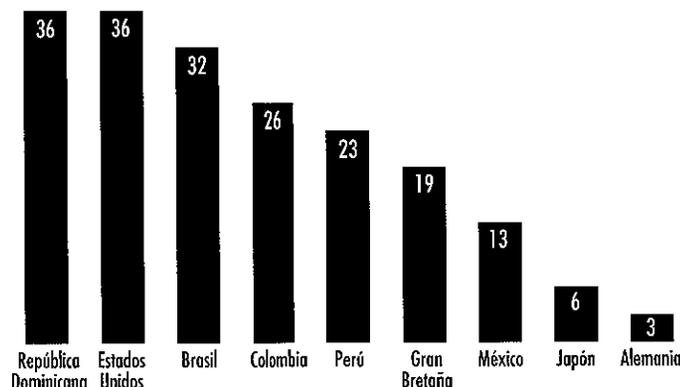
De los 15 millones de mujeres jóvenes entre las edades de 15 a 19 años que dan a luz cada año, 13 millones viven en países menos desarrollados; y el 33% de las mujeres en los países menos desarrollados dan a luz antes de cumplir 20 años.¹¹ Dicho porcentaje oscila entre 8% en el este asiático y 55% en África Occidental. En los países más desarrollados, el porcentaje de mujeres en dicha situación es de aproximadamente el 10%, si bien en los Estados Unidos el nivel es considerablemente más alto—19%. También existen notables diferencias entre países situados en la misma región (ver la Figura 7, y las columnas sobre población adolescente en las páginas 18-24 del Apéndice). Por ejemplo, en Senegal, el 43% de las mujeres entre 20 y 24 años fueron madres antes de cumplir los 20 años, comparado con el 70% en Malí.

Los embarazos y partos en edades jóvenes generalmente están relacionados con menor educación para comenzar y menores posibilidades de ingreso para dichas madres en el futuro. En algunos países la maternidad entre jóvenes solteras puede hacer que sean rechazadas socialmente. En otros lugares quizás elijan quedarse embarazadas para tener mayor status social entre su grupo de edad, mejorar la relación con los miembros de su familia, o porque quizás tengan pocas oportunidades aparte de la maternidad.¹² Dichas circunstancias tienen diferentes implicaciones para el establecimiento de políticas y servicios.

El embarazo y el parto a edad temprana conlleva serios riesgos de salud para las madres y sus hijos. La muerte de adolescentes por causas relacionadas con el embarazo es mucho más alta que por cualquier otra causa.¹³ De hecho, la mortalidad materna entre las jóvenes de 15 a 19 años es el doble que entre las mujeres de 20 años. Debido a que las adolescentes no han acabado de desarrollarse, especialmente en términos de altura y el tamaño de la pelvis, corren mayor riesgo de obstrucción en el parto (bloqueo del canal del parto), lo que puede resultar en lesiones permanentes e incluso en la muerte de la madre y el recién nacido; y los bebés también corren mayor riesgo de ser prematuros y tener poco peso al nacer. En muchos países el riesgo de muerte durante el primer año de edad es 1,5 veces mayor para los hijos de madres menores de 20 años que para las que se encuentran entre los 20 y 29 años.¹⁴ Para toda mujer, el primer parto implica mayores riesgos que los partos subsiguientes, y en el caso de las adolescentes el peligro es aún más alto, y tanto ellas como sus hijos sufren cuando surgen emergencias obstétri-

Figura 6

Número de abortos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años, en países seleccionados



Fuente: *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives* (Nueva York: Alan Guttmacher Institute, 1998).

Figura 7:

Porcentaje de mujeres que han tenido hijos antes de cumplir 20 años, en países seleccionados

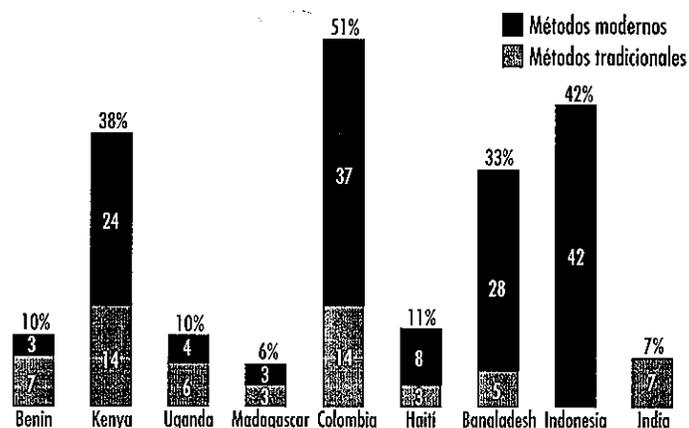
Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años



*1995 National Survey of Family Growth (Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics).

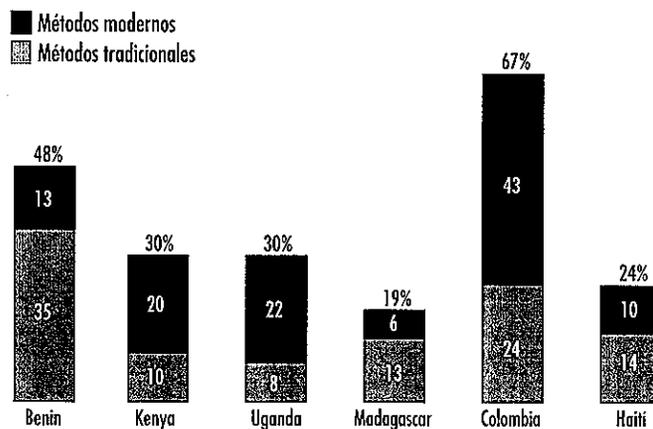
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1995-1998 (Calverton, MD: Macro International).

Figura 8:
Uso de métodos anticonceptivos entre mujeres casadas, de 15 a 19 años, en países seleccionados



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud (Calverton, MD: Macro International).

Figura 9:
Uso de métodos anticonceptivos entre mujeres solteras de 15 a 19 años, con vida sexual, en países seleccionados



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud (Calverton, MD: Macro International).

cas, por tener menos experiencia, recursos y conocimiento sobre el embarazo y el parto que las mujeres de mayor edad.

Impacto de la maternidad de las adolescentes sobre la población mundial en el futuro

Las decisiones reproductivas de la juventud de hoy tendrán un efecto drástico sobre el crecimiento de la población mundial en el futuro. Los pronósticos demográficos de las Naciones Unidas muestran que pequeñas diferencias en el nivel de maternidad pueden dar lugar a grandes cambios en el tamaño de la población. Por ejemplo, Naciones Unidas en 1998 pronosticó que si las mujeres tienen un promedio de dos hijos, la población mundial se elevará a 9.400 millones para el año 2050; y si tienen un promedio de 2,5 hijos, la cifra será de 11.000 millones para el mismo año.¹⁵

El momento en que ocurren dichos nacimientos también es importante. Las proyecciones de cara al futuro muestran que si las jóvenes esperan a tener hijos dos años y medio después de la edad promedio en que empiezan a hacerlo en la actualidad, el tamaño de la población para el año 2100 será 10% menor que si no se obra cambio alguno en este sentido. Asimismo si esperan cinco años, el tamaño de la población será 20% menor que siguiendo la tendencia actual.¹⁶

Uso de métodos anticonceptivos

En general la tendencia a usar métodos anticonceptivos es menor entre las mujeres adolescentes que entre las que tienen más de 20 años. Las razones son, entre otras, información errónea o insuficiente, temor a los efectos secundarios, y consideraciones geográficas, sociales, culturales y económicas que impiden el acceso a la planificación familiar y su uso. Normalmente los servicios de planificación familiar son concebidos para mujeres adultas casadas. Las adolescentes solteras pueden encontrarse con proveedores que las traten de forma hostil o no estén dispuestos a ayudarlas, especialmente en lugares donde existen creencias arraigadas religiosas o culturales en contra de la actividad sexual entre adolescentes solteras. Puede que dichas jóvenes no estén dispuestas a revelar su comportamiento sexual a sus padres o a los proveedores de servicios; por otra parte la naturaleza esporádica y no planeada de la conducta sexual entre adolescentes puede impedir el uso sistemático de métodos anticonceptivos.

Existen encuestas que indican que entre el 12% y el 42% de las mujeres adolescentes casadas en los países menos desarrollados, que dicen que les gustaría poner mayor espacio entre un hijo y otro, o reducir el número de hijos que tienen, no están usando planificación familiar; y los porcentajes de necesidad de servicios a este respecto serían considerablemente superiores si se incluyera a las adolescentes solteras con vida sexual.¹⁷ Las adolescentes casadas pueden usar métodos anticonceptivos para retrasar el primer parto hasta que sus cuerpos estén lo suficientemente desarrollados físicamente para que el embarazo sea sano y puedan llevarlo a término, y para posponer los partos posteriores.

El uso de anticonceptivos varía considerablemente entre regiones y países (ver la Figura 8 y las columnas de población adolescente en las páginas 18-24 del Apéndice). Sólo el 13% de las adolescentes casadas de entre 15 y 19 años en el África Subsahariana usa métodos anticonceptivos, comparado con el 55% en América Latina y el Caribe. En estas últimas regiones el 11% de las adolescentes casadas en Haití usan anticonceptivos, comparado con el 51% en Colombia. En Asia, los porcentajes son el 7% en India, comparado con el 42% en Indonesia.

La diferencia entre el uso de métodos modernos y tradicionales también varía de un país a otro. Los métodos modernos normalmente usados por los jóvenes son los condones, la píldora y las inyecciones de hormonas. Entre los tradicionales se encuentran el método del calendario (o ritmo), los de hierbas y el retiro del pene. En la India, entre el 7% de las mujeres que usan métodos anticonceptivos no existen usuarias de métodos modernos. En Indonesia, por el contrario, casi la totalidad del 42% de las adolescentes casadas que usan métodos anticonceptivos están usando métodos modernos (ver la Figura 8).

Las Figuras 8 y 9 también ponen de relieve las distintas conductas anticonceptivas de las adolescentes casadas y solteras. En varios países en América Latina y el Caribe, es igual de probable que las adolescentes solteras usen métodos anticonceptivos que las que están casadas. En el África Subsahariana es más probable que sean las solteras, y no las casadas, quienes usen dichos métodos. En Benin, por ejemplo, el 47% de las mujeres de 15 a 19 años, solteras, con vida sexual, usan un método anticonceptivo (una combinación de métodos modernos y tradicionales), comparado con el 9% de las casadas de la misma edad. Si bien el uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes casadas se ha elevado considerablemente en partes de Asia, no se sabe tanto

sobre las conductas de las jóvenes solteras de la región, porque frecuentemente no son incluidas en las encuestas nacionales.

Violencia sexual en contra de las mujeres jóvenes

Abuso y coacción sexual

Se sabe que en la mayor parte del mundo las adolescentes tienen vida sexual, pero apenas se está estudiando si es con su consentimiento o no. El abuso sexual incluye la violación, la agresión sexual, la importunación sexual, el intercambio de sexo por dinero y el incesto. La gente joven corre especial riesgo, debido a que la violencia y la explotación sexual son abusos de poder, y dicha conducta puede tener consecuencias devastadoras y duraderas. Asimismo, debido a que la mayoría de los programas de salud reproductiva para gente joven están dirigidos a quienes forman parte de relaciones sexuales consensuales, no se cubre la diferente y urgente necesidad de quienes sufren abuso sexual.¹⁸

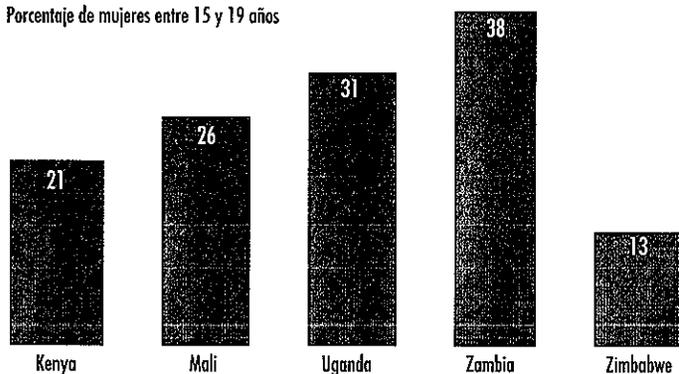
Las mujeres están más expuestas al abuso y la violencia que los hombres durante todas las etapas de su vida, ya sea en forma de infanticidio, incesto, prostitución infantil, tráfico sexual, violaciones, trato violento por parte de sus parejas, abuso psicológico, acoso sexual, violación como arma de guerra y las prácticas dañinas tradicionales, como son los matrimonios forzados a edad muy temprana, la mutilación genital femenina y la quema de novias. Las estadísticas sobre violación indican que entre una y dos terceras partes de las víctimas en todo el mundo son niñas de no más de 15 años.¹⁹ Si bien los niños también pueden ser víctimas, es más probable que las niñas sean objeto de abuso sexual y corran el riesgo de ser infectadas por el VIH, así como de contraer otras infecciones de transmisión sexual a edades mucho más jóvenes que los varones. Existen asimismo otros riesgos, como los embarazos no planeados, lesiones físicas y trauma psicológico. Se han realizado estudios que demuestran que es más probable que la gente joven que ha sido víctima de abuso sexual tenga conductas sexuales peligrosas, en comparación con quienes no han sufrido dicho abuso.²⁰

La explotación sexual de niños y adolescentes es una industria ilegal que conlleva miles de millones de dólares, según UNICEF. Algunos jóvenes se prostituyen para ganar dinero. En muchos lugares, como en Bangladesh, Brasil, Nepal, Filipinas y

Figura 10:

Mujeres adolescentes solteras que han recibido recientemente* dinero o regalos a cambio de sexo, en países seleccionados del África Subsahariana

Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años



*Zimbabwe: en las últimas 4 semanas; Uganda: la última relación sexual; Otros países: en los últimos 12 meses.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud (Calverton, MD: Macro International).

Tailandia, son encandilados o forzados a una vida de prostitución.²¹ Asimismo las penurias económicas hacen que muchas mujeres jóvenes en el África Subsahariana y en otros lugares se vean envueltas en relaciones sexuales con hombres mayores—a veces llamados “sugar daddies”/“padrinos”—que les proporcionan dinero y les cubren otras necesidades, como son el vestir, el material escolar, el precio de la escuela, etc., a cambio de sexo (ver la Figura 10).

Mutilación genital femenina

Entre 100 y 180 millones de mujeres en todo el mundo han sufrido lo que se conoce con el nombre de circuncisión femenina o mutilación genital femenina, que consiste en eliminar parte de los genitales de la mujer. Todos los días 600 niñas corren dicho riesgo. Se trata de un serio problema de salud cuyos efectos incluyen hemorragias, estado de choque, dolor, diversas infecciones y otras complicaciones que pueden dañar considerablemente la salud de la joven de por vida. Dicha mutilación va en contra de los derechos humanos debido a que infringe el derecho de la mujer a su integridad corporal y buena salud. La costumbre tiene lugar primordialmente en África, pero también la practican minorías e inmigrantes africanos en otras regiones.

En años recientes diversas comunidades y países han comenzado a avanzar hacia el objetivo internacional de eliminar la mutilación genital femenina. Los esfuerzos realizados a nivel local en diversos contextos están empezando a cuajar en un acervo de conocimientos sobre la mejor forma de proceder en contra de dicha práctica. Entre ellos se encuentran el crear otro tipo de ritos de entrada a la pubertad para las adolescentes; declaraciones públicas por familias y miembros de la comunidad en contra de la mutilación genital femenina; y programas de apoyo y defensa de los derechos de las mujeres y niñas. Se necesitará una evaluación sistemática de estas labores para determinar los enfoques más prometedores en la erradicación de tal conducta.

La juventud y la crisis del VIH y el SIDA

Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente la mitad de todas las personas infectadas por el VIH son menores de 25 años; y en los países menos desarrollados hasta el 60% de todas las infecciones nuevas tienen lugar entre jóvenes de 15 a 24 años, y afectan a las mujeres el doble que a los varones.²²

Los adolescentes corren un gran riesgo de contraer la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, entre otras razones porque tienen múltiples relaciones de carácter sexual, de corto plazo, y no usan condones de manera sistemática. También suelen carecer de suficiente información y conocimiento sobre el VIH y el SIDA: no conocen el peligro que corren, ni cómo prevenirlo, y no se comportan con suficiente seguridad en sí mismos para protegerse. Aparte del VIH, las infecciones de transmisión sexual (como la clamidia y la gonorrea) también representan un peligro serio para ellos. Los índices más altos de dichas infecciones reportados en todo el mundo tienen lugar entre jóvenes de 15 a 24 años. En los países más desarrollados, las dos terceras partes de todas las infecciones de transmisión sexual ocurren entre jóvenes de ambos sexos menores de 25 años, y en los países menos desarrollados dicha proporción es incluso más alta.²³

Los jóvenes se enfrentan a obstáculos especiales en cuanto al diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, incluso donde existen servicios. Generalmente no tienen información sobre tales infecciones y sus sínto-

mas, la necesidad de tratamiento, o dónde obtener servicios. También se muestran renuentes a buscar atención y puede ser que los proveedores duden en tratarlos. Debido a que las mujeres con clamidia y gonorrea (las infecciones más comunes de este tipo) con frecuencia no muestran síntomas, y a que la presencia de una infección de transmisión sexual eleva la posibilidad de contraer el VIH, los jóvenes corren especial peligro de ser infectados y propagar dichas infecciones.²⁴ También pueden enfrentarse a impedimentos legales o institucionales en el uso de los servicios, como actitudes negativas de parte de los proveedores o el requisito del consentimiento de los padres, el esposo o compañero sexual antes de poder someterse a pruebas o tratamiento. Por otra parte la gente frecuentemente tiene la idea (equivocada) de que las infecciones de transmisión sexual simplemente desaparecen si no se tratan, o que no vuelven a resurgir si son tratadas.

Las mujeres jóvenes se encuentran especialmente propensas a contraer infecciones de transmisión sexual por razones biológicas y culturales. Las adolescentes tienen menos anticuerpos que las protejan, en comparación con las mujeres de mayor edad, y el cuello de su útero está menos desarrollado, por lo que si se ven expuestas a una infección es más probable que la contraigan.²⁵ Todas estas circunstancias se conjugan para poner a las mujeres jóvenes en condiciones de alto riesgo: la violencia y la explotación sexual, la falta de educación formal (incluida la educación sexual), la incapacidad de las jóvenes para negociar con sus compañeros aspectos de su relación sexual, y su falta de acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva. Por otra parte las mujeres en muchas sociedades no están acostumbradas a hablar de temas de salud reproductiva y sexualidad, lo que eleva su vulnerabilidad.

Necesidad de educación sobre el VIH y el SIDA

Las autoridades encargadas del establecimiento de políticas están dando mayor atención en el presente a la necesidad de contar con educación sobre la prevención y el tratamiento del SIDA. Se calcula que en la actualidad existen más de 300 millones de adultos y niños en todo el mundo con la infección del VIH o la enfermedad del SIDA, pero muchos ni lo saben; y una gran mayoría (el 95% de las personas infectadas por el VIH) viven en los países menos desarrollados.²⁶ En 1999, en la revisión de los logros realizados cinco años después de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, los gobiernos establecieron el

objetivo de proporcionar acceso para el año 2005 a métodos de prevención, para que el 90% de los jóvenes de ambos sexos entre las edades de 15 a 24 años puedan reducir su grado de exposición a la infección del VIH.²⁷ Entre dichos métodos se encuentran los condones para uso de mujeres y varones, las pruebas y asesoría voluntarias, y el seguimiento de su estado. La columna sobre salud, en las páginas 18 a la 24 del Apéndice muestra si los países contaban o no con educación sobre el VIH/SIDA en su programa escolar en 1993. Se necesitan datos más recientes para determinar el nivel de respuesta a la crisis del VIH y el SIDA mediante el establecimiento de políticas.

A pesar de la urgente necesidad de mejorar el nivel de conciencia pública, las barreras culturales e institucionales impiden la educación de la gente sobre los riesgos del VIH y la manera de prevenir su transmisión. Hace tiempo que muchos padres y educadores llevan expresando su preocupación de que la educación a este respecto pueda elevar la actividad sexual entre la gente joven, pero una evaluación llevada a cabo recientemente por el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (NUSIDA) muestra que la educación sobre el VIH y la salud sexual promueve conductas sexuales sanas sin elevar dicha actividad.²⁸ Según el informe, los programas efectivos ayudan a retrasar el primer coito y protegen a los jóvenes (que ya están teniendo relaciones) contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, así como contra los embarazos no planeados. NUSIDA también indica que la educación sexual es más eficaz cuando se lleva a cabo antes de que los jóvenes comienzan a tener relaciones de este tipo.

Jóvenes marginados socialmente

Existe cada vez mayor preocupación por la gente joven que se encuentra desligada de sus familias e instituciones sociales, como escuelas, instituciones religiosas, clubes juveniles o lugares de trabajo. Estos jóvenes "marginados socialmente" están expuestos a la explotación sexual y corren considerablemente mayor riesgo de tener embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y el SIDA. Con frecuencia carecen de información o asesoría sobre salud, así como de protección legal y de servicios de sanidad u otro tipo. Viven o pasan la mayor parte del tiempo en la calle, por lo que el único apoyo social que normalmente reciben proviene de otras personas de su edad en circunstancia similares. Es difícil contar el número de personas

en tales circunstancias, así como encontrar la forma de proporcionarles ayuda, pero las estadísticas muestran que existe una cantidad considerable de jóvenes que necesitan información y servicios aparte de los que proporcionan los programas escolares tradicionales.

- Naciones Unidas calcula que 404 millones de jóvenes menores de 18 años (o el 38% de los jóvenes en los países menos desarrollados) no asisten a la escuela.
- UNICEF calcula que aproximadamente 100 millones de jóvenes trabajan en la calle, en actividades como la recogida de basura, venta de pequeños objetos, estacionamiento y lavado de autos, limpieza de zapatos y pidiendo limosna. Aproximadamente el 10% de ellos de hecho viven en la calle, sin ningún lazo con sus familias ni un hogar permanente.
- Una adolescente sin hogar en Estados Unidos tiene 14 veces más probabilidades de quedar embarazada que si viviera en un hogar.²⁹

Recuadro 3:

Consideraciones claves para dirigirse a la juventud marginada

- Muchos jóvenes marginados viven en condiciones de violencia y sin poder confiar en los demás, por lo que los programas tienen que crear un ambiente de respeto, aceptación y estabilidad.
- Los programas dirigidos a los jóvenes se ponen inicialmente en contacto con éstos en los lugares donde pasan la mayor parte del tiempo (como en la calle). Por ejemplo, los programas en Guatemala, Honduras y México tienen equipos para dicho fin que proporcionan atención médica de emergencia, educación sobre el VIH, educación fuera de la escuela y asesoría a los jóvenes que viven en la calle.
- Los centros de albergue y acogida ofrecen a la gente joven un lugar donde descansar y sentirse seguros. Los hogares de transición y casas de grupo les preparan para vivir independientemente o volver a reunirse con sus familias.
- Los programas pueden actuar en colaboración con los miembros de la comunidad que se hayan granjeado la confianza de la gente joven, como son los vendedores callejeros (o del mercado o las tiendas), o bien los proveedores de atención a la salud.

Fuente: C. Stevens, "Reaching Socially Marginalized Youth," *In FOCUS* (Washington, DC: Pathfinder International, 1999).

- Un estudio de 143 jóvenes guatemaltecos que viven en la calle mostró que todos habían sido objeto de abuso sexual: la mayoría por miembros de su familia, frecuentemente padrastros/madrastras, u otra persona conocida. Dichos jóvenes suelen alegar abuso sexual, físico o emocional al hablar de la razón por la que se fueron de casa.³⁰

Existe un nuevo grupo de jóvenes marginados socialmente, los que quedan huérfanos por el SIDA—que son frecuentemente dados de lado y desatendidos por las comunidades donde viven. Al igual que otros huérfanos, generalmente sufren mayores tasas de malnutrición, falta de desarrollo y analfabetismo. Los huérfanos por el SIDA se encuentran aislados socialmente, debido al estigma de la enfermedad, y es más probable que sufran abusos y explotación; también puede que se vean obligados a vivir en la calle sin ayuda de nadie. Dichos jóvenes suelen tener que encargarse de hermanos menores y posiblemente se encuentren con mayores dificultades para permanecer en la escuela. Naciones Unidas calcula que habrá 13 millones de niños huérfanos como resultado del VIH/SIDA para finales del 2000—es decir niños que se quedarán sin madre, o quizás pierdan a ambos padres. Según el último cómputo, el 90% de los 8,2 millones de niños que han quedado huérfanos debido al SIDA viven en el África Subsahariana.³¹

En muchos lugares los niños mayores de cinco años ya no son el principal objeto de los servicios de salud, porque se considera que su supervivencia está relativamente asegurada. Las necesidades de salud de muchos jóvenes con demasiada frecuencia son desatendidas hasta que las adolescentes acuden a los servicios de salud por estar embarazadas; y los varones, que correr gran riesgo de sufrir accidentes, violencia y adicción, sólo suelen acudir a tales servicios cuando son víctimas de estos males sociales (ver el Recuadro 3).

Enfoques de políticas y programas

Satisfacer las necesidades de información y servicios de salud reproductiva y sexual de los adolescentes es vital para su futuro. Los gobiernos participantes en varios congresos y convenciones internacionales en la década de los 80 y 90 reiteraron su voluntad de adoptar un programa mundial de acción para mejorar la salud de los adolescentes, como sigue:³²

- Proporcionar educación sobre salud a los adolescentes de ambos sexos, como información sobre sexualidad, conductas sexuales responsables, reproducción, abstinencia voluntaria, planificación familiar, abortos en condiciones de riesgo, infecciones de transmisión sexual (incluida la infección por el VIH y el SIDA) y los papeles sociales de ambos sexos.
- Alentar la participación de los padres y promover la interacción y comunicación entre adultos y adolescentes.
- Usar a educadores de la misma edad que la gente joven para ponerse en contacto con ésta.
- Proporcionar servicios integrados de salud a adolescentes, que incluyan información y servicios de planificación familiar para los que tengan vida sexual.
- Atraer a los adolescentes a los servicios de salud con un trato que les asegure confidencialidad y respeto a su persona e intimidad, y les proporcione la información de alta calidad que necesitan para que su consentimiento sea fundado, además de incluirlos en el diseño de programas.
- Elevar las oportunidades para la educación y empleo de la mujer.
- Tomar medidas para eliminar todo tipo de violencia en contra de la mujer y acabar con el tráfico de mujeres.
- Eliminar la mutilación genital femenina.

La experiencia de investigación y programas sugiere que las autoridades encargadas del establecimiento de políticas y los proveedores de salud necesitan eliminar los obstáculos legales e institucionales que impiden que la gente joven utilice los servicios existentes de planificación familiar y salud reproductiva. Asimismo la provisión de información y servicios tiene que hacerse de forma que se atiendan las singulares necesidades de los adolescentes y adultos jóvenes.

Informar a la juventud mediante educación sobre sexualidad

Dicha educación ha sido desde hace tiempo obstaculizada por la preocupación de los adultos de que tal conocimiento alentará a la promiscuidad entre los adolescentes solteros, pero los estudios realizados a nivel mundial por la OMS y NUSIDA³³ concluyen que la educación sexual no alienta la iniciación del coito a edad temprana, sino que puede retrasar dicho evento y dar lugar a una conducta sexual de menor riesgo y el uso sistemático de métodos

anticonceptivos (ver también la sección de la educación sobre el VIH/SIDA, en la página 11). Es vital dirigirse a los adolescentes con información antes de que comiencen a tener relaciones sexuales. Las escuelas son un lugar clave para ponerse en contacto con un gran número de jóvenes, pero como muchos no asisten a la escuela, también se necesitan enfoques en muchos lugares basados en la comunidad. Los especialistas en la salud reproductiva de los adolescentes sugieren los siguientes elementos para el éxito de un programa de educación sobre sexualidad y VIH³⁴:

- Diseminar mensajes claros sobre las conductas sexuales peligrosas. Concentrarse en reducir unas pocas conductas claves que pueden llevar a embarazos no planeados o infecciones de transmisión sexual o VIH.
- Usar un marco de cambio de comportamiento para definir y evaluar actividades.
- Proporcionar información básica y correcta sobre los riesgos del coito sin protección y las formas de evitarlo.
- Incluir actividades que aborden el tema de la presión social en la conducta sexual. Proporcionar modelos y formas de practicar la comunicación y defensa de los intereses propios con la pareja sexual, así como el rechazo de avances sexuales.
- Emplear una variedad de modelos de enseñanza para lograr la participación activa de los jóvenes que reciben la información, y que ésta se ajuste a sus necesidades personales. Usar maestros y otros jóvenes que crean en los beneficios del programa que llevan a cabo, y proporcionarles capacitación.
- Introducir metas sobre comportamiento, métodos de enseñanza y materiales que sean apropiados para la edad, experiencia sexual y contexto cultural de los estudiantes.

Establecimiento de enlaces con servicios

Elevar el conocimiento es sólo el primer paso para evitar embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Para ser efectivos, los programas de educación (dentro o fuera de la escuela) tienen que informar a los jóvenes sobre los tipos de servicios que pueden necesitar y dónde obtenerlos. Si bien las clínicas escolares pueden ser una forma eficaz de proporcionar servicios a estudiantes, es necesario disponer de clínicas en la comunidad para ponerse en contacto con la gran cantidad de jóvenes fuera del sistema escolar. También puede ser necesario tener que realizar actividades de extensión en la comunidad para diri-

Recuadro 4:**Ejemplo: El programa de MEXFAM para adolescentes en México**

En 1986, MEXFAM, el proveedor privado mexicano de mayor magnitud en planificación familiar, comenzó un programa en zonas urbanas denominado "Gente Joven". El programa utiliza un enfoque descentralizado, basado en la comunidad, en el que los promotores de las actividades de extensión son los propios jóvenes; y es un programa flexible, lo que permite adaptarlo a las circunstancias locales. Fue concebido para dirigirse a los adolescentes en su propio terreno (como son las escuelas, clubes, centros de recreación, lugares donde se reúnen las pandillas e instalaciones deportivas) y ha logrado ponerse en contacto con más de 4 millones de jóvenes desde su creación. "Gente Joven" se basa en actividades de jóvenes con jóvenes, lo que permite que los adolescentes adopten un papel más dinámico para proporcionar información y servicios a la gente de su edad. El enfoque integrado del programa abarca tres elementos principales:

- salud reproductiva y educación sexual;
- colaboración entre los adultos que actúan como coordinadores y los jóvenes que trabajan como voluntarios; y
- la participación y acción integrada de jóvenes, padres y maestros—todos participan.

"Gente Joven" reconoce que los jóvenes van a explorar su sexualidad, existan o no obstáculos sociales para impedirlo, por lo que promueve relaciones sexuales inocuas, sanas y responsables. El programa se enfrenta a las fuertes actitudes negativas que muchos adultos tienen respecto a la sexualidad de los adolescentes, y se esfuerza por sensibilizar a padres, maestros y autoridades políticas locales mediante películas, charlas, folletos y programas de radio. Entre los principales planteamientos que contribuyen al éxito del programa se encuentran:

- **El hecho de que es un programa centrado en la juventud.** La promoción entre jóvenes garantiza que el programa no pierda de vista las necesidades y deseos expresados por los propios jóvenes.
- **Capacitación intensiva.** El personal y los voluntarios reciben capacitación sobre la forma de asesorar y comunicarse, así como sobre educación sexual.
- **Dedicación del personal y voluntarios.** "Gente Joven" ha contribuido a alentar y desarrollar la capacidad de liderazgo de los jóvenes voluntarios.
- **Materiales educativos de alto impacto.** Los videos de "Gente Joven" (que han sido objeto

de premios) y las guías para su uso, así como otros materiales utilizados por el programa abordan las verdaderas inquietudes de los jóvenes.

- **Flexibilidad y rendición de cuentas.** El programa ofrece a los coordinadores la flexibilidad de utilizar sus propios talentos, pero se mantiene coherencia con los objetivos generales del programa mediante seguimiento y evaluación.

En general, se considera que "Gente Joven" ha mejorado considerablemente la comunicación sobre sexualidad entre generaciones. A los cinco años de iniciarse el programa, MEXFAM notificó que en las escuelas donde existía un alto número de embarazos éstos se redujeron drásticamente tras la introducción del cursillo de "Gente Joven" de 10-horas de duración. El programa aborda temas de relieve para los jóvenes, de forma franca y abierta, y les alienta a reflexionar y hablar sobre las decisiones más importantes a que se enfrentan.

Fuente: "Mexico: Gente Joven, MEXFAM's Adolescent Program" en *Family Planning Programs: Diverse Solutions to a Global Challenge* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1994); pueden ver los datos más recientes sobre MEXFAM en la siguiente dirección de Internet: www.mexfam.org.mx/.

girse a los varones jóvenes, los niños que viven en la calle, las adolescentes involucradas en prostitución y otros grupos marginados, que quizás no se sientan cómodos utilizando servicios concebidos para madres e hijos.

Hay una serie de modelos de programas que proponen la incorporación de ciertos elementos en los servicios existentes de salud, con objeto de hacerlos atractivos para la gente joven.³⁵ Los centros multiservicio para jóvenes son una forma de satisfacer dichas necesidades, pero en muchos contextos puede que sea más realista establecer enlaces entre los servicios sociales mediante sistemas de remisión de usuarios. Algunos programas tratan de llevar los servicios a los lugares donde la gente joven estudia, trabaja o se relaciona. Sea cual sea el lugar donde se proporcio-

nan los servicios, los elementos básicos que los jóvenes consideran atractivo son la existencia de proveedores especialmente capacitados, el respeto a su intimidad, la confidencialidad del servicio proporcionado y la facilidad de acceso.³⁶

Otros enfoques prometedores

Los programas dirigidos a la gente joven pueden usar una variedad de enfoques de comunicación para proporcionar información sobre salud reproductiva y sexual, alentar el diálogo sobre temas sensibles, y ayudar a los jóvenes a adquirir el conocimiento y la confianza que necesitan para proteger su salud. El Recuadro 4 muestra un ejemplo innovador. La asesoría entre iguales (en

que se capacita a la gente joven para comunicarse con otros de su edad) puede tener lugar en las escuelas, el lugar de trabajo u otros sitios públicos frecuentados por los jóvenes. También se pueden diseminar mensajes por los medios de comunicación y la industria del espectáculo, como mediante canciones populares, novelas televisivas o radiofónicas, vídeos, anuncios de televisión, vallas publicitarias, acontecimientos deportivos y obras de teatro. La combinación del espectáculo y la educación resulta atractiva y ha permitido entrar en contacto con los jóvenes en diversos contextos. Asimismo las líneas telefónicas de emergencia y los programas de radio con llamadas de los oyentes han dado a los jóvenes la oportunidad de hablar con consejeros capacitados sobre sus inquietudes de forma anónima. Las farmacias y los programas de mercadeo social también están comenzando a concentrarse en los adultos jóvenes como consumidores de productos de salud (sobre todo condones).

Los jóvenes tienen una serie de necesidades especiales que difieren de un lugar a otro. Un aspecto clave del diseño de los programas de gente joven es la participación de los propios jóvenes en la decisión sobre los enfoques y componentes del programa que mejor responden a sus inquietudes. Dicha participación les enseña nuevas destrezas y les infunde confianza en sí mismos, ya que tienen que tomar decisiones que afectarán su futuro y el de las generaciones venideras.

Lo ideal es que los países elaboren una estrategia integral y multifacética para dirigirse a los jóvenes. Puede resultar difícil y polémico proporcionarles información, asesoría y servicios de salud reproductiva, debido a la sensibilidad cultural sobre la sexualidad de los adolescentes; pero las tendencias recientes en su salud y actividad sexual hacen necesario responder de forma urgente, procediendo al debate público del tema y la toma de acciones normativas, especialmente considerando la pandemia del VIH y el SIDA. ■

Referencias

- 1 Naciones Unidas, *ICPD Programme of Action* (Nueva York: NU, 1994): párrafo 6.7.
- 2 Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *World Education Report 1998: Teachers and Teaching in a Changing World* (París: UNESCO Publishing, 1998): 136-138.
- 3 Alan Guttmacher Institute (AGI), *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives* (Nueva York: AGI, 1998): 12.
- 4 Population Action International (PAI), *Educating Girls: Gender Gaps and Gains* (Washington, DC: PAI, 1998).
- 5 AGI, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*.
- 6 Ibid.
- 7 Population Reference Bureau (PRB), *Improving Reproductive Health in Developing Countries* (Washington, DC: PRB, 1997): 5.
- 8 AGI, *Hopes and Realities* (Nueva York: AGI, 1994): Cuadro 4.
- 9 B. Barnett y J. Stein, *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning* (Research Triangle Park, NC: Family Health International, 1998).
- 10 J. Senderowitz, "Adolescent Health", *World Bank Discussion Papers 272* (Washington, DC: Banco Mundial, 1995):17.
- 11 AGI, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*.
- 12 B. Barnett y J. Stein, *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*.
- 13 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Progress of Nations 1998* (Nueva York: UNICEF, 1998): 21.
- 14 B. Shane, *Family Planning Saves Lives: 4*.
- 15 C. Haub y D. Cornelius, *1998 Cuadro de la población mundial* (Washington, DC: PRB, 1998).
- 16 J. Bongaarts, "Population Policy Options in the Developing World", *Science* 1994, 263 (5148): 771-776.
- 17 B. Shane, *Family Planning Saves Lives*.
- 18 L. Shanler, L. Heise, L. Stewart, L. Weiss, "Sexual Abuse and Young Adult Reproductive Health", *In FOCUS* (Washington, DC: Pathfinder International, 1998).
- 19 L. Heise et al., "Ending Violence Against Women", *Population Reports, Series L, No. 11* (Baltimore, MD: Johns Hopkins University): 9.
- 20 Ibid.
- 21 AGI, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*.
- 22 B. Shane, *Family Planning Saves Lives: 17-18*.
- 23 J. Senderowitz, "Young People and STDs/HIV/AIDS; Part I: Dimensions of the Problem", *In FOCUS* (Washington, DC: Pathfinder International, 1997).
- 24 AGI, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*.
- 25 Ibid.
- 26 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (NUSIDA), *AIDS Epidemic Update: December 1999* (Ginebra: NUSIDA, 1999).
- 27 Naciones Unidas, *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (Nueva York: Fondo de Población de Naciones Unidas, 1999).
- 28 NUSIDA, *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behavior of Young People: A Review Update* (Ginebra: NUSIDA, 1997).
- 29 UNICEF, *Progress of Nations 1998* (Nueva York: UNICEF, 1998): 29.
- 30 www.casa-alianza.org, acceso en línea a partir de abril del 2000.
- 31 UNICEF, *Progress of Nations 1999* (Nueva York: UNICEF, 1999).
- 32 Family Care International (FCI), *Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Framework for Action* (Nueva York: FCI, 1995).
- 33 NUSIDA, *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behavior of Young People: A Review Update*.
- 34 D. Kirby, "Reducing Adolescent Pregnancy: Approaches that Work", *Contemporary Pediatrics* Vol 16, No.1, enero de 1999 (Montvale, NJ: Medical Economics Company).
- 35 J. Senderowitz, "Making Reproductive Health Services Youth-Friendly", *In FOCUS* (Washington, DC: Pathfinder International, 1999).
- 36 Ibid.

Definiciones de ciertos términos usados en el informe y los cuadros de datos

- El porcentaje de inscritos en la escuela secundaria es la relación entre número total de inscritos en la escuela secundaria y el correspondiente al grupo de edad, o el coeficiente total de inscritos.
- La tasa total de fecundidad (TTF) es el promedio de niños que tendría una mujer durante su vida a las tasas de nacimiento específicas para su grupo de edad en un año dado.
- Partos asistidos por personal capacitado son los asistidos por un médico, enfermera o partera capacitada; las definiciones de personal médico varían de un país a otro, por lo que algunos datos pueden incluir parteras tradicionales.
- El porcentaje de la población adulta infectada por el VIH son cálculos provisionales proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), basados en estimaciones oficiales de países, si se tienen. Cuando no se tienen, las cifras de la OMS se basan en estudios de seroprevalencia del VIH, casos notificados de SIDA, tamaño y estructura de la población, y las principales formas de transmisión.
- Porcentaje que usa métodos anticonceptivos. Se refiere al porcentaje de mujeres casadas, de 15 a 19 años, y mujeres solteras de la misma edad con vida sexual, que están utilizando en la actualidad algún tipo de planificación familiar. Las adolescentes solteras con vida sexual son las que dicen haber tenido coito en las cuatro semanas anteriores al sondeo.
- Los métodos anticonceptivos modernos incluyen los clínicos y de suministro, como son la píldora, el DIU, los condones y la esterilización. La expresión algún método anticonceptivo se refiere tanto a los modernos como a los tradicionales.

Reconocimientos

Este informe fue escrito por Anne Boyd, en colaboración con Lori Ashford, Carl Haub, y Diana Cornelius. Nancy Yinger y Mark Sherman hicieron comentarios sobre varios borradores.

PRB agradece a FOCUS on Young Adults, un proyecto de Pathfinder International, el haberle proporcionado información para varias partes del informe. La autora también desea dar las gracias a los siguientes revisores: Jennifer Adams y Shanti Conly, de USAID; Anne Wilson, de Program for Appropriate Technology in Health (PATH); Cynthia Green, de Population Council; Nancy Murray y Lindsay Stewart, de FOCUS on Young Adults; Linda Asturias de Barrios, de ESTUDIO 1360 S.A., en Guatemala; y Nelson Agyemang, de Youth Development Fund, en Ghana.

Este trabajo fue financiado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el proyecto de MEASURE *Communication* (HRN-A-00-98-000001-00).

Diseño y producción: Heather Lilley, PRB
 Encargada de la edición: Lisa M. Hisel, PRB
 Impresión: McArdle Printing Company, Inc.
 Traducción al español: Angeles Estrada
 Edición electrónica en español: Comprehensive Language Center, Inc.

APÉNDICE

Cuadro de Datos de La juventud del mundo 2000

	POBLACIÓN		EDUCACIÓN				MATRIMONIO Y FERTILIDAD			SALUD			POBLACIÓN ADOLESCENTE DE 15-19 AÑOS									
	Población de 10-24 años (millones)	Población de 10-24 años (% del total)	% inscrito en secundaria 1980		% inscrito en secundaria, año más reciente		Edad promedio del primer matrimonio* Todas las mujeres	Tasa total de fecundidad (TTF)	% TTF en el grupo de 15-19 de edad	% partos asistidos por personal capacitado	% población adulta con VIH, edades 15-49 años, 1997	Educación sobre SIDA en el programa escolar, 1993	Población 15-19 años (millones)	% analfabetos	% casadas actualmente*	% solteras con vida sexual (mujeres)	% con hijos antes de los 20 años ^c	% partos asistidos por personal capacitado	% usan métodos anticonceptivos (mujeres)			
			Varones	Mujeres	Varones	Mujeres													Varones	Mujeres	2000	Varones
MUNDO	1.663	1.796	27	54	44	63	56	22	2,9	12	71	—	—	554	17	27	19	—	31	—	—/—	20/—
Más desarrollados	241	198	20	88	89	99	102	25	1,5	10	99	—	—	81	—	—	6	—	—	—	—/—	—/—
Menos desarrollados	1.423	1.597	29	43	30	57	48	21	3,2	12	63	—	—	474	18	29	21	—	33	—	—/—	19/—
Menos desarrollados (salvo China)	1.105	1.321	31	38	27	52	42	20	3,7	13	53	—	—	373	23	36	26	—	42	47	—/—	22/—
ÁFRICA	256	401	33	26	15	38	33	20	5,3	12	48	—	—	86	—	—	26	—	47	50	—/—	14/13
África Subsahariana	210	352	33	19	10	29	23	19	5,8	—	46	—	—	70	—	—	29	—	52	50	—/—	13/11
ÁFRICA SEPTENTRIONAL	56	63	33	47	29	63	57	21	3,6	7	49	—	—	19	21	40	12	—	24	51	—/—	19/—
Argelia	10,3	12,0	33	40	26	65	62	24	3,8	3	77	0,1	S	3,5	11	31	9	—	—	—	—/—	—/—
Egipto	22,1	22,8	32	66	41	83	73	19	3,3	10	39	z	N	7,6	26	44	14	—	29	41	—/—	21/18
Libia	2,0	2,3	35	88	63	95	95	—	4,1	7	81	0,1	S	0,7	2	14	—	—	—	—	—/—	—/—
Marruecos	9,1	9,1	32	32	20	44	34	20	3,1	8	45	z	S	3,0	28	52	10	—	17	47	—/—	32/30
Sudán	9,8	13,6	33	20	12	23	20	24	4,6	6	31	1,0	S	3,5	22	38	15	—	26	68	—/—	4/—
Túnez	3,0	2,9	32	34	20	66	63	25	2,8	3	79	z	S	1,0	5	22	4	—	13	81	—/—	11/—
ÁFRICA OCCIDENTAL	73	122	33	24	12	31	22	18	5,9	12	38	—	—	25	—	—	37	—	55	39	41/14	5/2
Benin	2,1	3,6	34	24	8	26	11	19	6,3	10	80	2,1	N	0,7	46	71	29	9	50	82	47/13	9/3
Burkina Faso	3,9	7,7	33	4	2	11	6	18	6,8	12	42	7,2	S	1,3	—	—	44	4	62	31	31/14	1/z
Costa de Marfil	5,2	7,5	35	26	11	34	16	18	5,2	13	45	10,1	N	1,8	34	56	—	19	—	51	47/16	11/4
Gambia	0,4	0,6	29	16	7	30	19	—	5,6	15	44	2,2	S	0,1	—	—	53	—	—	—	—/—	—/—
Ghana	6,6	11,3	33	50	31	44	28	19	4,5	11	41	2,4	S	2,2	—	—	20	8	49	63	45/23	20/13
Guinea	2,5	3,9	34	24	10	20	7	—	5,5	18	31	2,1	—	0,8	—	—	—	—	39	—	—/—	3/2
Guinea-Bissau	0,4	0,6	30	10	2	—	—	18	5,8	17	27 ^a	2,3	N	0,1	34	77	—	—	—	—	—/—	—/—
Liberia	1,2	2,3	38	31	12	—	—	20	6,2	17	58 ^a	3,7	—	0,4	39	62	32	41	64	62	—/12	2/—
Mali	3,8	6,8	34	12	5	17	8	16	6,7	14	47	1,7	—	1,3	—	—	49	6,9	70	50	29/16	5/2
Mauritania	0,9	1,5	32	17	4	21	11	23	5,5	12	47	0,5	—	0,3	41	58	14	—	84	45	—/—	—/—
Níger	3,4	7,1	32	7	3	9	5	15	7,5	15	39	1,5	N	1,1	72	88	60	10**	70	37	—/8	6/2
Nigeria	36,7	57,6	33	25	13	36	30	17	6,0	12	31	4,1	N	12,4	—	—	37	10,2	54	29	40/13	1/1
Senegal	3,1	5,3	33	15	7	20	12	18	5,7	11	47	1,8	S	1,0	48	70	28	9**	43	44	—/16	6/2
Sierra Leona	1,5	2,6	31	20	8	22	13	18	6,3	17	25 ^a	3,2	S	0,5	—	—	58	—	—	—	—/—	—/—
Togo	1,5	2,8	33	50	16	40	14	19	6,1	10	82	8,5	S	0,5	23	56	19	16,5	38	85	56/25	15/4

Notas:

a: Datos de antes de 1990

b: Jóvenes de 18-24 años

c: % mujeres de 15-19 años, casadas en algún momento, que son madres

d: entre mujeres de 15-24 años

e: entre mujeres que tienen actualmente 20-24 años

f: nacimientos en instalaciones públicas

*: puede incluir matrimonios o uniones consensuales

**: datos basados en adolescentes solteras que han tenido coito en algún momento, en vez de las que dicen haberlo tenido en las últimas 4 semanas.

z: número redondeado a cero

7.1: Los números en letra itálica indican datos antes de 1985.

	POBLACIÓN			EDUCACIÓN				MATRIMONIO Y FERTILIDAD			SALUD			POBLACIÓN ADOLESCENTE DE 15-19 AÑOS								
	Población de 10-24 años (millones)		Población de 10-24 años (% del total) 2000	% inscrito en secundaria 1980		% inscrito en secundaria, año más reciente		Edad promedio del primer matrimonio* Todas las mujeres	Tasa total de fecundidad (TTF)	% TTF en el grupo de 15-19 de edad	% partos asistidos por personal capacitado	% población adulta con VIH, edades 15-49 años, 1997	Educación sobre SIDA en el programa escolar, 1993	Población 15-19 años (millones)	% analfabetos		% casadas actualmente* (mujeres)	% solteras con vida sexual (mujeres)	% con hijos antes de los 20 años ^c	% partos asistidos por personal capacitado	% usan métodos anticonceptivos (mujeres)	
	2000	2025		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres								Varones	Mujeres					Varones	Mujeres
	2000	2025	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000
ÁFRICA ORIENTAL	82	140	33	12	7	18	13	19	6,0	11	43	—	—	27	29	41	30	—	53	60	—/15	13/—
Burundi	2,2	3,7	33	4	2	8	5	22	6,5	4	19 ^a	8,3	S	0,7	38	46	6	3**	27	37	—/10	4/—
Comoros	0,2	0,4	35	30	15	24	19	19	5,1	9	85	0,1	N	0,1	26	40	10	—	29	88	—/—	11/5
Djibouti	0,2	0,3	32	16	9	17	12	19	5,8	3	79 ^a	10,3	N	0,1	—	—	7	—	—	—	—/—	—/—
Eritrea	1,2	2,1	32	—	—	24	17	17	6,1	10	21	3,2	—	0,4	—	—	33	—	47	23	—/—	3/1
Etiopía	20,1	38,2	32	12	6	14	10	18	6,7	12	14 ^a	9,3	N	6,5	47	62	42	—	—	—	—/—	—/—
Kenya	11,1	13,1	37	23	16	26	22	20	4,7	11	92	11,6	S	3,7	8	11	15	8	46	91	30/20	37/24
Madagascar	4,7	8,9	30	—	—	16	16	19	6,0	13	77	0,1	S	1,5	—	—	28	11,1	57	75	18/6	6/3
Malawi	3,6	6,6	33	7	3	21	12	—	5,9	12	55	14,9	S	1,2	31	48	36	—	63	53	11/7	11/6
Mauricio	0,3	0,3	27	51	49	63	66	23	2,0	10	97	0,5	N	0,1	9	8	11	—	—	—	—/—	46/—
Mozambique	6,2	10,4	32	8	3	9	5	17	5,6	10	44	14,2	N	2,1	33	67	45	11	65	47	7/5	1/1
Reunión	0,2	0,2	27	—	—	—	—	28	2,2	5	—	z	—	0,1	5	2	3	—	—	—	—/—	—/—
Rwanda	2,7	4,1	35	4	3	12	9	23	6,5	5	26	12,8	N	0,9	—	—	8	7**	25	37	—8/	11/—
Somalia	3,2	7,2	32	11	4	—	—	20	7,0	15	2 ^a	0,3	—	1,1	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—
Tanzania	11,2	19,0	33	4	2	6	5	18	5,6	11	47	9,4	N	3,7	—	—	23	11,9	52	54	14/12	7/4
Uganda	7,3	15,5	34	7	3	15	9	18	6,9	13	38	9,5	S	2,4	24	34	47	3,6	66	44	29/22	10/4
Zambia	3,3	5,3	36	22	11	34	21	18	6,1	12	47	19,1	S	1,1	22	27	25	9,5	63	49	16/13	17/9
Zimbabue	4,2	4,5	36	17	12	52	45	19	4,0	12	69	25,8	S	1,4	3 ^b	3 ^b	19	14**	47	71	37/34	—/—
ÁFRICA CENTRAL	30	61	32	—	—	31	19	19	6,6	16	64	—	—	10	—	—	28	—	—	—	—/—	6/—
Angola	4,1	8,2	32	20	9	—	—	—	6,8	16	15 ^a	2,1	N	1,3	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—
Camerún	4,9	8,6	32	24	13	32	22	18	5,2	13	64	4,9	S	1,6	—	—	34	13,5	54	58	73/20	15/3
Chad	2,4	4,5	32	—	—	15	4	16	6,6	15	32	2,7	N	0,8	—	—	47	3,7	71	37	14/10	3/1
Gabón	0,3	0,6	28	35	13	32	19	—	5,4	17	—	4,4	S	0,1	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—
Rep. del Congo	0,9	34,6	32	89	60	62	45	22	5,3	12	—	7,8	S	0,3	6	13	16	—	—	—	—/—	—/—
Rep. Dem. del Congo (Zaire)	16,4	1,9	32	—	—	32	19	20	7,2	16	80 ^a	4,3	S	5,4	—	—	24	—	—	—	—/—	3/—
República Centroafricana	1,2	1,8	33	21	7	15	6	17	5,1	15	67	10,8	S	0,4	—	—	39	11,2	61	70	25/10	13/2
ÁFRICA MERIDIONAL	15	16	31	—	—	82	96	26	3,1	10	80	—	—	5	15	14	6	—	—	—	—/—	63/63
Botswana	0,6	0,7	35	17	20	61	68	25	4,1	9	78 ^a	25,1	S	0,2	11	5	6	26	55	86	—/35	17/—
Lesotho	0,7	1,1	32	14	21	25	36	—	4,4	9	50	8,4	S	0,2	—	—	17	—	—	—	—/—	—/—
Namibia	0,6	0,8	32	—	—	58	67	—	5,1	11	67	19,9	N	0,2	14	8	7	16,4	42	76	29/27	21/17
Sudáfrica	12,4	13,1	31	—	—	88	103	26	2,9	10	82	12,9	—	4,1	15 ^b	15 ^b	5	—	—	—	—/—	66/64
Swazilandia	0,3	0,5	33	39	37	55	54	29	5,9	10	56	18,5	S	0,1	15	13	—	—	—	—	—/—	—/—

	POBLACIÓN		EDUCACIÓN				MATRIMONIO Y FERTILIDAD			SALUD				POBLACIÓN ADOLESCENTE DE 15-19 AÑOS								
	Población de 10-24 años (millones)		Población de 10-24 años (% del total) 2000	% inscrita en secundaria 1980		% inscrita en secundaria, año más reciente		Edad promedio del primer matrimonio* Todas las mujeres	Tasa total de fecundidad (TTF)	% TTF en el grupo de 15-19 de edad	% partos asistidos por personal capacitado	% población adulta con VIH, edades 15-49 años, 1997	Educación sobre SIDA en el programa escolar, 1993	Población 15-19 años (millones)	% analfabetos		% casadas actualmente* (mujeres)	% solteras con vida sexual (mujeres)	% con hijos antes de los 20 años ^c	% partos asistidos por personal capacitado	% usan métodos anticonceptivos (mujeres)	
	2000	2025		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres								Varones	Mujeres					Varones	Mujeres
	2000	2025	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000
ASIA DEL SUR CENTRAL	458	503	31	38	20	55	37	20	3,6	15	36	—	—	156	36	57	36	—	47	33	—/—	12/—
Afganistán	6,3	14,4	28	16	4	32	12	—	6,1	11	9 ^a	z	—	2,0	52	87	53	—	—	—	—/—	—/—
Bangladesh	46,5	46,2	36	26	9	25	13	14	3,3	18	8	z	N	16,6	58	71	48	—	63	14	—/—	33/28
Bhután	0,7	1,2	31	3	1	—	—	—	5,6	6	15	z	N	0,2	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—
India	300,2	307,3	30	39	20	59	39	20	3,3	18	34	0,8	N	102,0	20	44	38	—	49	34	—/—	7/—
Irán	24,8	22,1	37	52	32	81	73	22	2,9	5	86	z	N	8,4	6	15	22	—	—	—	—/—	34/—
Kazajstán	4,6	3,9	28	—	—	82	91	21	1,7	12	100	z	—	1,5	z	z	12	—	29	99	—/—	39/24
Kirguistán	1,4	1,5	31	112	108	75	83	20	2,8	6	98	z	—	0,5	—	—	12	—	37	97	—/—	29/21
Nepal	7,8	11,2	33	33	9	51	33	16	4,6	13	10	0,2	N	2,6	26	51	43	—	52	14	—/—	7/4
Pakistán	49,1	77,5	31	20	8	33	17	22	5,6	9	18	0,1	N	15,9	56	74	24	—	31	17	—/—	3/—
Sri Lanka	5,5	5,0	29	52	57	72	78	24	2,1	5	94	0,1	S	2,0	9	10	7	—	16	82	—/—	20/—
Tayikistán	2,0	2,4	33	—	—	83	74	22	2,7	4	79	z	—	0,7	z	z	14	—	—	—	—/—	—/—
Turkmenistán	1,4	1,6	32	—	—	—	—	24	2,5	3	96	z	—	0,5	—	—	6	—	—	—	—/—	—/—
Uzbekistán	7,8	8,5	32	117	94	100	88	20	2,8	5	98	z	—	2,6	—	—	13	—	25	100	—/—	16/15
ASIA SUDORIENTAL	157	155	30	40	35	53	49	21	3,0	9	64	—	—	53	4	5	14	—	26	48	—/—	34/30
Camboya	3,3	4,7	29	—	—	31	17	23	5,3	2	31	2,4	N	1,2	3	8	5	—	—	—	—/—	—/—
Filipinas	24,0	27,6	32	60	69	77	78	22	3,7	6	64	0,1	N	7,9	4	1	8	z	21	51	—/—	18/11
Indonesia	63,6	61,1	30	35	23	55	48	19	2,8	11	54	0,1	N	21,3	2	3	17	—	31	32	—/—	42/42
Laos	1,7	3,0	31	25	16	34	23	—	5,6	9	—	z	N	0,5	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—
Malasia	6,5	7,0	29	50	46	59	69	24	3,2	4	99	0,6	S	2,3	3	4	8	—	—	—	—/—	—/—
Myanmar	14,0	12,7	31	—	—	29	30	22	3,8	5	56	1,8	N	5,0	12	18	16	—	—	—	—/—	—/—
Singapur	0,7	0,7	19	60	60	74	70	27	1,5	2	100 ^a	0,2	S	0,2	1	1	1	—	—	—	—/—	—/—
Tailandia	17,3	14,2	29	30	28	38	37	23	1,9	20	71 ^a	2,2	S	5,6	1	2	17	—	24	61	—/—	43/—
Vietnam	25,3	23,7	32	44	40	48	46	21	2,5	5	85	0,2	S	8,6	7	7	8	—	19	76	—/—	18/15
ASIA ORIENTAL	359	312	24	59	45	77	70	23	1,8	1	91	—	—	115	3	8	4	—	8	—	—/—	14/—
China	317,1	276,2	25	54	37	74	67	22	1,8	1	89	0,1	S	100,9	3	8	4	—	8	—	—/—	11/—
Corea del Norte	5,5	5,5	23	—	—	—	—	—	2,3	z	100 ^a	z	—	1,7	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—
Corea del Sur	11,0	9,5	23	82	74	102	102	25	1,5	1	98	z	—	3,8	—	—	1	—	—	—	—/—	—/—
Hong Kong	1,5	1,1	22	63	65	71	76	27	1,0	3	—	0,1	S	0,5	—	—	2	—	—	—	—/—	—/—
Japón	22,6	18,3	18	92	94	103	104	27	1,3	1	100 ^a	z	S	7,5	—	—	1	—	2	—	—/—	39/—
Mongolia	0,9	0,8	34	85	95	48	65	24	2,7	9	100	z	—	0,3	—	—	3	—	22	—	—/—	—/—
Taiwán	5,5	—	25	81	80	—	—	—	1,5	—	—	—	—	1,9	—	—	1	—	—	—	—/—	—/—

	POBLACIÓN		EDUCACIÓN				MATRIMONIO Y FERTILIDAD			SALUD			POBLACIÓN ADOLESCENTE DE 15-19 AÑOS									
	Población de 10-24 años (millones)		Población de 10-24 años (% del total)		% inscrito en secundaria		Edad promedio del primer matrimonio*	Tasa total de fecundidad (TTF)	% TTF en el grupo de 15-19 de edad	% partos asistidos por personal capacitado	% población adulta con VIH, edades 15-49 años, 1997	Educación sobre SIDA en el programa escolar, 1993	Población 15-19 años (millones)	% analfabetos		% casadas actualmente*	% solteras con vida sexual (mujeres)	% con hijos antes de los 20 años ^c	% partos asistidos por personal capacitado	% usan métodos anticonceptivos (mujeres)		
	2000	2025	2000	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Todas las mujeres					2000	Varones	Mujeres	(mujeres)	(mujeres)	años ^c	por personal capacitado	Cualquier método/ método moderno	Cualquier método/ método moderno	
AMÉRICA DEL NORTE	64	65	21	91	92	99	98	25	2,0	14	99	—	22	—	—	4	—	19	—	—/—	—/—	
Canadá	6,2	6,3	20	87	89	105	105	26	1,5	8	99 ^a	0,3	S	2,1	—	—	2	—	—	—/—	—/—	
Estados Unidos	57,7	59,1	21	91	92	98	97	25	2,1	15	99 ^a	0,8	S	19,4	—	—	5	—	19	—	—/—	
AMÉRICA LATINA	155	163	30	41	43	—	—	21	2,8	14	85	0,5	—	52	9	7	15	—	35	—	55/—	
AMÉRICA CENTRAL	42	46	31	46	42	56	57	20	3,1	13	84	—	—	14	6	7	19	—	38	—	—/—	29/—
Costa Rica	1,2	1,4	30	44	51	47	52	22	3,2	15	98	0,6	N	0,4	3	2	15	—	—	95	—/38	53/30
El Salvador	2,0	2,3	32	26	23	35	39	19	3,6	15	87	0,6	S	0,7	14	13	22	11**	46	88	—/—	23/19
Guatemala	3,8	6,1	34	20	17	27	25	19	5,0	12	35	0,5	S	1,3	18	27	24	1	45	91	—/—	15/12
Honduras	2,2	3,0	33	29	31	29	37	19	4,4	13	61	1,5	S	0,7	—	—	23	—	49	—	—/—	28/17
México	30,6	30,1	31	51	46	64	64	21	2,7	13	91	0,4	—	10,1	4	4	18	5**	35	—	—/—	30/—
Nicaragua	1,7	2,5	33	40	45	52	62	18	4,4	17	61	0,2	—	0,6	3	2	26	—	52	91	—/—	40/38
Panamá	0,8	0,8	29	58	65	60	65	22	2,6	16	86	0,6	S	0,3	5	5	19	—	—	—	—/—	24/—
CARIBE	11	11	28	—	—	49	55	20	2,6	15	79	1,8	—	4	26	21	20	—	—	—	—/—	—/—
Cuba	2,4	1,9	21	79	83	76	85	20	1,6	21	99	z	—	0,8	—	—	27	—	—	—	—/—	—/—
Haití	2,9	3,5	35	14	13	21	20	21	4,7	8	21	5,2	—	1,0	47	43	15	5,4	32	71	23/10	11/8
Jamaica	0,7	0,7	29	63	71	63	67	20	2,6	18	91	1,0	S	0,3	18	6	7	—	—	—	—/—	68/65
República Dominicana	2,5	2,6	30	—	—	47	61	19	3,1	16	96	1,9	N	0,8	18	14	23	2,9	39	99	58/42	35/29
Puerto Rico	1,0	0,9	25	—	—	—	—	22	2,1	17	—	—	—	0,3	10	8	15	—	—	—	—/—	—/—
Trinidad y Tobago	0,4	0,3	31	73	75	72	75	22	1,7	12	98 ^a	0,9	S	0,1	1	1	20	7**	30	—	—/18	42/—
AMÉRICA DEL SUR	102	106	30	38	42	—	—	21	2,7	14	86	—	—	35	9	6	13	—	34	93	63/54	50/41
Argentina	10,0	10,6	27	53	62	73	81	23	2,6	12	97	0,7	S	3,3	2	1	10	—	—	—	—/—	—/—
Bolivia	2,6	3,7	31	42	32	40	34	21	4,2	9	47	0,1	N	0,9	3	7	11	10**	36	67	—/—	31/10
Brasil	50,9	48,5	30	31	36	—	—	21	2,4	16	92	0,6	N	17,4	15	9	14	8,8	32	97	66/61	54/47
Chile	3,9	4,2	26	49	56	72	78	23	2,4	10	100	0,2	N	1,3	2	1	10	—	—	—	—/—	—/—
Colombia	12,4	14,3	29	40	41	64	69	21	3,0	16	85	0,4	S	4,1	5 ^b	4 ^b	14	4,9	36	95	67/43	51/37
Ecuador	4,0	4,3	31	53	53	50	50	20	3,3	12	64	0,3	N	1,3	3	3	17	6**	53	61	—/—	27/19
Guyana	0,2	0,2	29	76	80	71	76	24	2,7	12	71	2,1	—	0,1	—	—	12	—	—	—	—/—	—/—
Paraguay	1,8	2,6	32	29	29	46	48	21	4,3	9	61	0,1	N	0,6	4	4	16	5,6	37	95	23/13	37/30
Perú	8,1	8,4	31	63	54	72	67	21	3,4	10	56	0,6	—	2,7	3	5	12	2,2	32	81	70/33	46/31
Uruguay	0,8	0,8	24	61	62	75	90	23	2,3	15	96 ^a	0,3	N	0,3	2	1	11	—	—	—	—/—	—/—
Venezuela	7,4	8,5	31	18	25	33	46	21	2,9	16	69 ^a	0,7	S	2,3	5	3	18	—	—	—	—/—	—/—

	POBLACIÓN			EDUCACIÓN				MATRIMONIO Y FERTILIDAD			SALUD			POBLACIÓN ADOLESCENTE DE 15-19 AÑOS								
	Población de 10-24 años (millones)		Población de 10-24 años (% del total) 2000	% inscrito en secundaria 1980		% inscrito en secundaria, año más reciente		Edad promedio del primer matrimonio* Todas las mujeres	Tasa total de fecundidad (TTF)	% TTF en el grupo de 15-19 de edad	% partos asistidos por personal capacitado	% población adulta con VIH, edades 15-49 años, 1997	Educación sobre SIDA en el programa escolar, 1993	Población 15-19 años (millones) 2000	% analfabetos		% casadas actualmente* (mujeres)	% solteras con vida sexual (mujeres)	% con hijos antes de los 20 años ^c	% partos asistidos por personal capacitado	% usan métodos anticonceptivos (mujeres)	
	2000	2025		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres								% analfabetos Varones	% analfabetos Mujeres					Solteras	Casadas**
EUROPA MERIDIONAL	27	19	19	74	73	95	99	25	1,3	5	—	—	—	9	z	z	6	—	—	—	—/—	—/—
Albania	0,9	0,8	28	70	63	37	38	22	2,2	7	99 ^a	z	N	0,3	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—
Bosnia y Herzegovina	0,9	0,7	23	—	—	—	—	23	1,6	10	97	z	—	0,3	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—
Croacia	0,9	0,7	21	—	—	81	83	24	1,5	6	—	z	Y	0,3	z	z	9	—	—	—	—/—	—/—
Eslavonia	0,4	0,3	21	38	39	90	93	24	1,2	7	—	z	Y	0,1	z	z	2	—	—	—	—/—	—/—
España	7,6	4,9	19	85	89	116	123	26	1,2	3	96 ^a	0,6	Y	2,5	z	z	4	—	—	—	—/—	—/—
Grecia	2,0	1,3	19	85	77	95	96	25	1,3	5	97 ^a	0,1	—	0,7	1	z	14	—	—	—	—/—	—/—
Italia	9,2	6,6	16	73	70	94	95	26	1,2	3	—	0,3	Y	2,9	z	z	5	—	—	—	—/—	—/—
Macedonia	0,5	0,5	24	—	—	64	62	23	1,9	10	95	z	—	0,2	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—
Portugal	2,0	1,4	20	34	40	106	116	25	1,5	7	90 ^a	0,7	—	0,6	1	1	9	—	—	—	—/—	—/—
Yugoslavia	2,4	2,0	23	—	—	60	64	24	1,6	10	93	0,1	—	0,8	1	1	—	—	—	—	—/—	—/—
OCEANÍA	7	8	24	63	64	111	113	25	2,4	6	93	—	—	2	—	—	6	—	—	—	—/—	—/—
Australia	3,9	4,1	21	70	72	150	155	26	1,7	6	100	0,1	Y	1,3	—	—	1	—	—	—	—/—	—/—
Fiji	0,3	0,3	32	53	57	64	65	23	3,3	9	96 ^a	0,1	—	0,1	2	2	13	—	—	—	—/—	—/—
Nueva Zelanda	0,8	0,9	22	82	84	110	116	27	2,0	8	99 ^a	0,1	Y	0,3	—	—	2	—	—	—	—/—	—/—
Papua Nueva Guinea	1,5	2,2	32	15	8	17	11	21	4,8	3	53	0,2	Y	0,5	—	—	19	—	—	—	—/—	—/—

Notas

a: Datos de antes de 1990

b: Jóvenes de 18-24 años

c: % mujeres de 15-19 años, casadas en algún momento, que son madres

d: entre mujeres de 15-24 años

e: entre mujeres que tienen actualmente 20-24 años

f: nacimientos en instalaciones públicas

*: puede incluir matrimonios o uniones consensuales

** : datos basados en adolescentes solteras que han tenido coito en algún momento, en vez de las que dicen haberlo tenido en las últimas 4 semanas.

z: número redondeado a cero

z.1: Los números en letra bastardilla indican datos antes de 1985.