

# ***La Salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en Venezuela\****

María Di Brienza  
María Magdalena Colmenares L.

---

## ***Resumen***

*Se describe el estado actual de la salud sexual y reproductiva de la población entre 10 y 19 años en Venezuela, argumentando su condición de problema social y de salud pública, sobre la base del dimensionamiento cuantitativo de sus principales manifestaciones, condicionantes y consecuencias. Para ello se revisan los factores de diverso orden que pueden exponer a esta población a un embarazo no intencional y al contagio de enfermedades; para luego presentar los niveles de fecundidad y embarazo en adolescentes, así como algunas consecuencias de la conducta sexual y reproductiva de este grupo poblacional. Se presentan además las condiciones de los adolescentes con relación al ámbito familiar, su nivel de participación educativa y laboral y uso del tiempo libre, por su relación con la conducta sexual y reproductiva.*

## ***Introducción***

En Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo en 1994, la comunidad internacional reconoció entre los problemas que afectan a la población y con ello al desarrollo, la particularidad de la población adolescente y su estado de salud sexual y reproductiva y declaró la necesidad de facilitar información

---

\* Este artículo sintetiza algunos capítulos del informe final de una investigación realizada por las autoras para CORDIPLAN, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la cual sirvió de documento base para la preparación del INFORME DE PAIS presentado por el gobierno venezolano en la "Reunión Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes en América Latina: Compromiso con el Futuro" (Costa Rica, octubre de 1997). El informe original incorpora amplias referencias a los condicionantes culturales, marco legal, institucional y de políticas, acciones públicas y privadas, asistencia internacional y aplicación del Programa de Acción de la CIPD en Venezuela.

y servicios que les ayuden a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infecundidad, combinado con la educación de los hombres jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo tocante a la sexualidad y a la procreación (Naciones Unidas, 1994).

Según el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS):

el concepto integrador de salud reproductiva se fundamenta en el desarrollo humano, tanto en la función reproductora de la especie, como en el desarrollo pleno de las capacidades intelectuales, sociales y espirituales, basados en la experiencia personal y colectiva y la responsabilidad social, principios que engloban la equidad en cuanto a género y a la autodeterminación para que cada hombre y cada mujer protagonicen su vida personal y social y ejerzan de manera voluntaria y responsable su sexualidad y reproducción (MSAS, PROSALUD Yaracuy y OPS, 1997).

En el país es muy importante la presencia de la población joven. En la actualidad uno de cada cinco de sus habitantes es un adolescente. Ello necesariamente demanda que se preste una especial atención a fin fomentar en esta población una conducta sexual y reproductiva responsable y sana, que les signifique mejores condiciones de vida, tanto para ellos en el presente, como para su descendencia futura, y de esta manera cumplir con los acuerdos suscritos por Venezuela en la (CIPD).

En atención a ello, con el presente artículo se pretende un acercamiento al estado actual de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en Venezuela, tratando de identificar y dimensionar cuantitativamente su condición de problema de interés público, reconocidas sus manifestaciones, condicionantes y consecuencias. Se revisan un conjunto de factores biológicos y sociales que pueden exponer a esta población a un embarazo y al contagio de enfermedades, como la edad de la maduración sexual, la edad de inicio a las relaciones sexuales, la edad de ingreso a una unión y el uso de métodos anticonceptivos; para luego presentar los niveles de fecundidad y el embarazo en adolescentes así como algunas de las consecuencias de la conducta sexual y reproductiva de este grupo poblacional, entre otras, los niveles de mortalidad materna y la incidencia de enfermedades de transmisión sexual.

Es sabido que múltiples factores de orden económico, social y cultural, influyen en la conducta sexual y reproductiva de la población, es por ello que se contextúa la situación de pobreza, desintegración familiar, segmentación educativa y exclusión escolar, precarización y exclusión laboral y bajos niveles de asociacionismo y uso del tiempo libre de este grupo poblacional.

Para efectos de este estudio, se consideró como "población adolescente" al grupo entre los 10 y 19 años de edad, clasificando como "preadolescentes" a los que tienen entre 10 y 14 años de edad y como "adolescentes" al grupo entre los 15 y 19 años. Sobre

la base de las posibilidades de las distintas fuentes de datos utilizadas, para algunos temas se hará referencia a ambos subgrupos, para otros, sólo al grupo de adolescentes entre 15 y 19 años. En algunos casos, fue necesario considerar el segmento de 15 y 24 años edad, por restricciones de desagregación de la fuente utilizada.

La descripción de la situación planteada se basa fundamentalmente en fuentes de datos oficiales de cobertura nacional, estudios e informes recientes sobre el tema y en datos obtenidos a partir del procesamiento especial de dos importantes encuestas nacionales realizadas por la OCEI y el Ministerio de la Familia, la Encuesta Social 1993 (ENSO'93) y de la Encuesta Nacional de Juventud del mismo año (ENJUVE'93).

### *1. ¿Cuál problema... de quién es el problema?*

*“En mis tiempos, la mujer que a los 20 años no se había casado y  
parido, era una solterona,  
Eso es ahora, mijita, que están con ese asunto  
que si el embarazo adolescente, que si la maternidad temprana,  
que si un problema, que esto, que lo otro.  
¡chica, yo lo que creo es que las mujeres se han puesto  
muy flojas, mija!...”  
Doña Chepa, 75 años<sup>1</sup>*

Hace cincuenta años, la maternidad en muchachas jóvenes no era considerada un problema social ni de salud pública. Tampoco lo era para las adolescentes, sus parejas y familias. Era muy común y deseable para las familias que sus hijas quinceañeras estuvieran ya casadas y con sus primeras crías. La familia extendida acogía estos nuevos miembros en una sola gran familia, incluso en los casos muy comunes de uniones ilegítimas<sup>2</sup>. Las familias numerosas eran consideradas una bendición de Dios y de esta manera, la mujer realizaba su destino para la maternidad. Las mujeres no estudiaban, ni mucho menos “trabajaban en la calle”, su oficio estaba en el hogar, atendiendo su marido y levantando su familia. Los varones tenían que estudiar y trabajar para “traer el pan de la casa”, se iniciaban muy temprano en la sexualidad para demostrar su hombría y llevar experiencia al matrimonio, pues su joven esposa virgen “no sabía nada de la vida”.

La función sexual estaba ineludiblemente ligada a la función reproductiva por la ausencia de métodos efectivos de regulación de la fecundidad, para no tener niños era necesario no tener sexo; por ello, las relaciones sexuales se aceptaban socialmente sólo

- 1 Mercedes Muñoz: “Embarazo Adolescente. Problema de Todos... Un asunto de salud pública. Tema para discutirlo en familia”. Encartado en el diario *El Nacional*, Caracas, 1995.
- 2 En Venezuela, todavía hasta los años setenta la proporción de niños nacidos fuera del vínculo matrimonial era superior a la mitad del total de nacidos vivos registrados. Hoy las uniones ilegales se han reducido al 40%.

dentro de las uniones consensuales o matrimonios, las cuales entonces ocurrían desde edades muy tempranas.

Entonces, ¿Cuál es el problema?: ¿tener sexo? o ¿tener hijos?, ¿Con quién y cuándo tener sexo? o ¿cuántos hijos tener y cuándo tenerlos?. ¿Aceptamos para cualquiera el “sexo seguro”?<sup>3</sup> o “hacer el amor” es más que sexo y genitalidad, es comunicación íntima, es construir relaciones donde crece el amor, donde puede crecer la vida, y a esa plenitud tienen derecho todas las personas, incluyendo los adolescentes?. ¿A qué tienen derecho estos seres híbridos, que “no son ni chicha ni limonada” y que los adultos que inventan las normas no consideran personas completas todavía, que las leyes no consideran capaces ni responsables y que son muy niños para disfrutar, con permiso, del sexo y sus responsabilidades? ¿El problema es para las niñas mujeres porque tienen que “cargar con la barriga y el muchacho” o el problema es del hombre que embaraza y trae niños al mundo?.

En el caso de los “menores de edad”, aunque biopsicosocialmente estuvieran maduros para tomar decisiones responsables y teóricamente se les permitiera elegir, las opciones reales y oportunidades sociales y económicas hoy por hoy, están, por lo general fuera de su alcance, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva. En los países del tercer mundo, si bien la pobreza y todo el contexto material y cultural que la caracteriza suele limitar las opciones de hombres y mujeres, por lo común las opciones de las mujeres, de los niños, niñas y adolescentes son especialmente o mayormente limitadas. El adolescente, por lo general, en nuestras sociedades latinoamericanas, no recibe la educación ni información necesaria, ni los servicios apropiados para ejercer “libre y responsablemente” el control de su vida sexual y reproductiva y asumir las consecuencias de su conducta. Veamos si esto es un problema, por qué y para quién es problema en el caso de Venezuela. Analicemos las normas que los rigen y las opciones reales para hacerlas efectivas.

### *¿Qué es un problema?*

Existe un problema cuando encontramos una *discrepancia actual o potencial* entre una realidad que observamos y una norma que establece el deber ser o la situación deseada, la cual aceptamos como válida.

El simple enunciado de un problema lleva implícita una *apreciación situacional*<sup>4</sup>, pues siempre se refiere a lo que alguien considera insatisfactorio desde su punto de vista. Lo que es problema para un actor no necesariamente lo es para otro y lo que resulta un problema para algunos constituye una oportunidad para otros.

3 Sexo protegido contra enfermedades de transmisión sexual y procreación indeseada.

4 Enfoque de la planificación estratégica o situacional, que parte de la perspectiva analítica de los actores que están explicando un problema para intervenir la realidad y transformarla.

Identificar los problemas de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes implica en primer lugar reconocer quién es el actor que está explicando el problema, para —desde la perspectiva de sus valores personales y contexto normativo— analizar los hechos de una realidad social determinada y contrastar las discrepancias manifiestas con relación a la norma aceptada como válida. Por ejemplo, para una persona practicante de la religión católica las normas están muy claras, las relaciones prematrimoniales o extramatrimoniales son inmorales, está clara y tajantemente prohibido el acto sexual no abierto a la posibilidad de vida, no se habla de relaciones sexuales sino de relaciones conyugales y “queda absolutamente excluida, como vía lícita para la regulación de los nacimientos, toda acción que se proponga como fin o como medio, hacer imposible la procreación” (El Vaticano); con lo cual sólo aceptan los métodos naturales de planificación familiar. ¿Son éstas las normas que rigen en Venezuela, dado que la mayoría de su población es de tradición católica? ¿Aunque nuestra Constitución Nacional consagre la libertad de culto, es ésta la norma oficial? ¿Consideraremos normas oficiales sólo las normas que se han convertido en leyes y políticas del Estado o nos referiremos a las normas sociales implícitas de lo que está permitido y prohibido?

Nos enfrentamos entonces frente al primer problema. ¿Cuáles son las normas sociales que regulan en Venezuela la actividad sexual y reproductiva de los adolescentes y los servicios que se le ofrecen para su adecuado desenvolvimiento? ¿Son normas universales, explícitas, coherentes o en cambio tenemos dobles morales, normas cambiantes según el sexo, la edad, la clase social, contextos normativos esquizofrenizantes, hedonistas, por un lado al sobrevender y banalizar el sexo y el erotismo, y por otro, culpabilizante al castigar y prohibir la asunción de los derechos sexuales?

### *Problema de todos*

El embarazo en la adolescencia, que es una de las principales consecuencias de la actividad sexual entre los adolescentes, es, entonces, *un fenómeno antiguo pero un problema nuevo* un problema propio del cambio social (Krauskopf, 1995). Antes, la esperanza de vida era muy corta por tanto era lógico comenzar temprano a reproducirse. La mortalidad infantil era muy alta, por eso era necesario y lógico tener muchos hijos. Los embarazos en adolescentes eran deseados y funcionales. Las relaciones sexuales se consideraban aceptables en el marco de las uniones consensuales o matrimonios y los mismos ocurrían muy temprano. Hoy por hoy, por la prolongación de la esperanza de vida, la reducción de las muertes infantiles, la incorporación de la mujer a la educación y mercado laboral en los contextos modernos urbanizados, la edad de la primera unión se posterga y se reduce el número de hijos. “La revolución sexual” ha liberalizado las regulaciones de la actividad sexual y la tecnología ha colocado a disposición del mercado múltiples métodos de regulación de la fecundidad y de prevención de enfermedades de transmisión sexual, con lo cual es posible separar la función sexual de su función reproductiva.

En la actualidad en Venezuela, una quinceañera embarazada constituye un problema para ella y su pareja, para su familia y un motivo de posible expulsión para la escuela. Es creciente la proporción de jóvenes menores de edad, que tienen actividad sexual prematrimonial, sin métodos de regulación de la fecundidad ni de prevención de enfermedades de transmisión sexual, que se arriesgan a embarazos involuntarios, inoportunos y no deseados, a matrimonios forzados y prematuros, y a intentos clandestinos de interrupción de los embarazos en condiciones de grave riesgo a la salud y a la vida. Son múltiples las consecuencias negativas que los embarazos y fecundidad adolescente, y la consecuente maternidad y paternidad precoz, generan en el orden personal, laboral, familiar y social de la niña madre, su pareja y sus familias, lo cual vuelve este fenómeno *un problema social y de salud pública*.

El problema se ha considerado de tal prioridad que en diciembre de 1992, por Decreto Presidencial<sup>5</sup> se crea la *Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz (CONAPEP)*, como organismo asesor del Ejecutivo Nacional, con el propósito de formular y coordinar el *Plan Nacional de Prevención del Embarazo Precoz*.

Las consideraciones que enmarcan este decreto son las de que el fenómeno de la creciente proporción de embarazos adolescentes en el país hace de este asunto "un problema de salud pública", que se agrava por los altos índices de pobreza y de población joven, que constituye una limitante al desarrollo personal de la madre adolescente y de su hijo, que contribuye al debilitamiento de la institución familiar y se erige en mecanismo reforzador del circuito de la pobreza, especialmente para la mujer. Así mismo se reconoce que el problema, por su naturaleza múltiple, debe ser abordado con instrumentos de política social y económica y con la participación concertada de sectores públicos y privados (MINFAM-CONAPEP, 1995).

En la mayoría de los documentos oficiales recientes<sup>6</sup> se puede reconocer la postergación del inicio de las relaciones sexuales como uno de los resultados esperados de las políticas de prevención integral y se priorizan los programas de información y educación para "una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos"<sup>7</sup>. Menos importancia, sin embargo, se le ha atribuido a los servicios especializados de atención en salud sexual y reproductiva para este segmento poblacional, por ejemplo, programas de planificación familiar. Se proclama como objetivo de la acción pública el garantizar la salud sexual y reproductiva a toda la población, lo cual implica no sólo, ausencia de enfermedades de transmisión sexual y del aparato reproductor, sino "la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria

5 Decreto 2716, del 22 de diciembre de 1992.

6 Publicaciones de la CONAPEP. Ministerio de la Familia y Ministerio de Sanidad (DAMNA).

7 *Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Niñez y la Adolescencia*, Art. 50.

sin riesgos y la libertad de procrear y de decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia”<sup>8</sup>. Tomando en cuenta estas pautas, analizaremos algunas cifras estadísticas.

## ***2. Los hechos: ¿hablan por si solos o depende del cristal con que se miren?***

### ***El contexto social***

*La verdadera hipoteca...  
nuestra deuda con el futuro*<sup>9</sup>

La población adolescente se ha incrementado, especialmente el segmento de los que viven en situación de pobreza y miseria. La pobreza material y cultural se ha expandido y agudizado, creando brechas sociales más profundas. La familia se ha desintegrado como grupo de convivencia y solidaridad mutua y ha debilitado su capacidad proveedora de las necesidades básicas. La capacidad institucional del Estado de crear bienestar social se ha debilitado. La violencia social se ha recrudecido. Las oportunidades tradicionales de integración social para el joven, mediante su educación y participación en la fuerza de trabajo se van restringiendo a pequeños grupos de jóvenes privilegiados, quedando amplias masas de jóvenes excluidos de la escuela y del mercado laboral, con todo su tiempo libre para el ocio improductivo. En este contexto social se desenvuelven los adolescentes en Venezuela.

### ***El contexto demográfico***

Venezuela se ha destacado como país con ritmo acelerado de crecimiento demográfico: duplicó su población en 20 años (1950-1970) y la triplicó en 31 años (1950-1981). Sin embargo, luego también se destacó por el rápido descenso del mismo. Después de que en los sesenta *la natalidad* llegó a su máximo nivel (45 nacimientos por mil habitantes) para mediados de los noventa dicha tasa se ubicó en 22.8 nacidos vivos por mil habitantes, y se estima para el año 1997 una población nacional aproximada de 23 millones de habitantes.

Inició su transición demográfica a partir de un rápido y sostenido descenso de sus niveles de mortalidad desde 1950 hasta 1980. En treinta años se redujo cuatro veces *la tasa de mortalidad infantil*, pasando de 113 defunciones de menores de un año por cada

8 Tal como reza en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo en 1994, suscrito por el Gobierno de Venezuela, sin enmiendas.

9 Título de una publicación del Ministerio de Estado para Asuntos Relativos a la Juventud y la Fundación Juventud y Cambio, con los indicadores sobre la situación del joven en Venezuela.

mil nacidos vivos a 28. *La tasa de mortalidad materna* se redujo, en menor proporción, en las últimas décadas pasando de 140 a 60 muertes por cada mil nacidos vivos. "Sin embargo es necesario señalar que el 92% de esas muertes se debieron a abortos, toxemia gravídica, hemorragias y sepsis, causas que pueden evitarse con una adecuada asistencia obstétrica prenatal, durante el parto y postnatal" (MINFAMILIA, 1994).

Venezuela es hoy por hoy el país de América Latina con más alto índice de urbanización. El proceso de urbanización y modernización en el país ha venido modelando la sociedad venezolana, dándose una mejora sustancial en el nivel educativo de la población, la reducción drástica de los niveles de analfabetismo y la inserción al mercado laboral, en particular de las mujeres. El analfabetismo femenino pasó de 49% en los cincuenta a 9% en los noventa, la proporción de mujeres con nivel de educación media subió del 3% al 26 % en el mismo período, y la tasa de actividad de 20 a 34% (MINFAMILIA, 1994). Es sin duda, el mejoramiento de la condición de la mujer, que llevó implícito la ampliación de sus oportunidades de desarrollo educativo y laboral, más allá de sus roles domésticos y familiares, el principal motor de los cambios en la evolución de la fecundidad en Venezuela.

Cuando para la década de los 60 las mujeres venezolanas registraban 6.6 hijos al final de su vida fértil, para la década de los noventa lo redujeron a la mitad. En 30 años las venezolanas han reducido a la mitad el tamaño promedio de sus familias.

Estos datos promedio esconden, sin embargo, importantes diferencias geográficas que deben considerarse para la focalización de los recursos. Para 1995, estando la cifra promedio en 3.1 hijos por mujer, en las entidades con mayor desarrollo socioeconómico como el Distrito Federal, Miranda, Aragua, Carabobo y Zulia, oscilaba entre 2.5 y 3.0, mientras que en los estados con mayores niveles de pobreza, como Apure, Amazonas, Barinas y Sucre, variaba entre 4.1 y 4.3 (OCEI, 1997).

### ***3. Las y los adolescentes en Venezuela: significación cuantitativa***

#### ***3.1. ¿Cuántos son?***

Según las estimaciones de la OCEI, la población de Venezuela para el año 1997 es de 22.8 millones de habitantes, constituida por un 21.5% de adolescentes entre los 10 y 19 años de edad (4.9 millones). El 11.2% entre 10 y 14 años (2.6 millones) y el 10.3% entre los 15 y 19 años (2.3 millones). En cuanto a su composición por sexo, se mantiene para ambos grupos de adolescentes la importancia de la población masculina, en el orden de 104 hombres por cada 100 mujeres (cuadro 1). Por su parte, las adolescentes entre 15 y 19 años de edad representan el 20% de la población de mujeres en edad fértil<sup>10</sup>.

10 Considerando las mujeres en edad fértil las de 15 y 49 años.



## CUADRO 1

Población total y población adolescente de 10 a 19 años por sexo  
según área de residencia. 1997

Área y grupos de edad	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%	Índice de masculi- nidad
Población total	22.777.152	100,0	11.467.428	100,0	11.309.724	100,0	101,4
Población adolescente	4.907.368	21,5	2.499.481	11,0	2.407.887	10,6	103,8
10-14	2.558.599	11,2	1.304.307	11,4	1.254.292	11,1	104,0
15-19	2.348.769	10,3	1.195.174	10,4	1.153.595	10,2	103,6
Población urbana	19.617.876	100,0	9.751.665	100,0	9.866.211	100,0	98,8
Población adolescente	4.175.240	21,3	2.095.824	10,7	2.079.421	10,6	100,8
10-14	2.160.441	11,0	1.089.034	11,2	1.071.412	10,9	101,6
15-19	2.014.802	10,3	1.006.791	10,3	1.008.006	10,2	99,9
Población rural	3.159.276	100,0	1.715.763	100,0	1.443.513	100,0	118,9
Población adolescente	732.126	23,2	403.656	12,8	328.464	10,4	122,9
10-14	398.156	12,6	215.271	12,5	182.878	12,7	117,7
15-19	333.965	10,6	188.381	11,0	145.587	10,1	129,4

Nota: La población urbana se define como aquella que habita en centros poblados de 2.500 habitantes o más.

Fuente: OCEI. Estimaciones y Proyecciones de Población 1980-2035. Cálculos propios.

Para el Censo de 1971, debido a las altas tasas de fecundidad registradas en las dos décadas precedentes, la población venezolana era muy joven, la mitad tenía una edad por debajo de los 17.2 años y un 25% se encontraba entre las edades adolescentes; veinte años después, en 1990, los cambios registrados en la dinámica demográfica del país se reflejarán en una estructura por edad donde el peso de la población joven ha comenzado a disminuir, aumenta a 21.1 años la edad mediana de la población y el grupo de adolescentes baja su importancia relativa a 23%. De continuar descendiendo la fecundidad, en poco más de 20 años, en el 2020, la mitad de la población tendrá 29.4 años y estará constituida en un 17% por adolescentes (cuadro 2).

Si bien, el país está mostrando modificaciones en la estructura por edad de su población al iniciarse un proceso de envejecimiento de la misma, aún es muy importante la presencia de la población joven. Hoy día, uno de cada cinco de sus habitantes es un adolescente. A futuro, probablemente este grupo de población continuará experimentando una disminución de su peso relativo, pero tendrá que pasar algún tiempo para que llegue a alcanzar la significación que en el presente tienen en los países latinoamericanos que

se encuentran en una fase de transición demográfica más avanzada. La importancia relativa de los adolescentes venezolanos sería en el 2015 igual a la que actualmente tienen los adolescentes en Chile (18%), en el año 2020 a la de Uruguay (17%) y en el año 2045 la de Cuba (14%) (CELADE, 1997).

**CUADRO 2**  
**Población total y adolescente de 10 a 19 años,**  
**porcentaje de la población total y edad mediana. 1971-2020**

<b>Años</b>	<b>Población Total</b>	<b>Población Adolescente</b>	<b>Porcentaje de Población Adolescente</b>	<b>Edad Mediana</b>
1971	10.721.522	2.673.956	24,9	17,2
1981	14.516.735	3.438.926	23,7	19,4
1990	18.105.265	4.069.508	22,5	21,1
1997	22.777.152	4.907.368	21,5	22,4
2010	28.715.887	5.520.646	19,2	26,0
2020	32.910.788	5.659.210	17,2	29,4

Fuente: OCEI. El Censo 90 en Venezuela. Resultados Básicos, 1993.

OCEI. XI Censo General de Población, 1985.

OCEI. Estimaciones y Proyecciones de Población 1980-2035.

Cálculos propios.

### **3.2. ¿Dónde están?**

El acelerado proceso de urbanización que ha experimentado el país durante los últimos cuarenta años, ha llevado a que en la actualidad la mayoría de la población sea urbana, para 1997 el 86% de la población reside en esta área, manteniéndose esta misma proporción para la población adolescente de 10 a 19 años de edad. En el área rural la estructura de población es más joven y el 23.2% es adolescente, en tanto que el área urbana la representación de este grupo por su peso es similar a la del país, 21.3%. En cuanto a la composición por sexo, mientras que en el área rural hay más adolescentes varones, 123 por cada 100 adolescentes mujeres, en el área urbana la distribución es más equitativa, 101 varones por cada 100 mujeres (cuadro 1).

En las veintitrés entidades federales que conforman el país, la importancia poblacional del grupo de adolescentes entre 10 y 19 años edad varía, siendo menor su peso en aquellas donde la tasa de fecundidad ha estado bajando con anterioridad. Tal es el caso

del Distrito Federal (18.8%), Miranda (19.6%), Zulia (21.1%), Carabobo (21.2%) y Aragua (21.4%), pero estas entidades se concentran casi la mitad de todos los adolescentes (48%); en el resto de las entidades federales, son Sucre, Monagas y Amazonas las que muestran una proporción mayor de adolescentes en su población, un 24% (cuadro 3).

### CUADRO 3

Población total y porcentaje de población adolescente de 10 a 19 años según entidad federal. 1997

Entidad Federal	Población Total	% de población adolescente			Distribución de la población adolescente
		10 a 19	10 a 14	15 a 19	
Venezuela	22.777.054	21,5	11,2	10,3	100,0
Distrito Federal	2.281.697	18,8	9,1	9,7	10,0
Amazonas	96.976	23,5	12,6	10,9	0,4
Anzoátegui	1.077.435	22,7	12,1	10,7	4,7
Apure	415.051	23,2	12,6	10,7	1,8
Aragua	1.399.987	21,4	11,0	10,4	6,1
Barinas	545.013	23,4	12,6	10,8	2,4
Bolívar	1.207.527	22,9	12,0	10,8	5,3
Carabobo	1.935.461	21,2	10,9	10,3	8,5
Cojedes	241.365	23,2	12,2	11,0	1,1
Delta Amacuro	123.491	23,1	12,5	10,7	0,5
Falcón	719.458	22,5	11,8	10,6	3,2
Guárico	605.878	22,7	12,0	10,7	2,7
Lara	1.491.940	22,0	11,6	10,3	6,6
Mérida	706.870	21,7	11,4	10,3	3,1
Miranda	2.424.862	19,6	10,0	9,6	10,6
Monagas	573.967	23,9	13,0	10,8	2,5
Nueva Esparta	349.139	21,1	10,9	10,2	1,5
Portuguesa	764.284	22,9	12,3	10,7	3,4
Sucre	799.935	24,0	13,0	10,9	3,5
Táchira	981.607	21,6	11,4	10,2	4,3
Trujillo	573.537	22,6	12,0	10,6	2,5
Yaracuy	487.441	22,9	12,1	10,8	2,1
Zulia	2.974.133	21,1	11,0	10,2	13,1

Fuente: OCEI. Estimaciones y Proyecciones de Población 1980-2035. Cálculos propios.

## ***4. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia: problemas, magnitud y evolución reciente***

### ***4.1. Los factores de riesgo***

#### **Maduración sexual temprana**

Un factor de riesgo biológico para el inicio de la actividad sexual en la etapa de la adolescencia es la temprana edad en la cual empiezan a experimentar su maduración sexual. En Venezuela las adolescentes comienzan la pubertad en promedio a la edad de 10 años, pudiendo ser tan temprana como a los 7,7 años de edad. En promedio, la menarquia aparece a los 12,3 años de edad y como muy temprana a los 9,2 años. En los varones la pubertad comienza un poco más tarde, en promedio a los 12 años de edad y como muy temprana a los 9,7 años; la eyaculación y producción de espermatozoides aparece alrededor de los 14 años en promedio (Gerendas y Sileo, 1992).

#### **Iniciación sexual temprana**

Para una importante proporción de adolescentes venezolanos, el inicio de la actividad sexual no coincide con el inicio de la vida marital. De acuerdo a los datos de ENJUVE'93, del total de adolescentes que no han llegado a cumplir sus 20 años, poco más de 2 de cada 5 ya se han iniciado sexualmente dentro o fuera de una unión<sup>11</sup>, el 59% de los hombres y el 26% de las mujeres. De estos adolescentes "iniciados", 9 de cada 10 varones "nunca se ha unido", mientras que en las mujeres esta proporción baja a 3 de cada 10. Entre aquellas que están "actualmente unidas" o las que lo estuvieron "alguna vez", un quinto tuvo su primera relación sexual antes de ingresar a su primera unión<sup>12</sup> (gráfico 1).

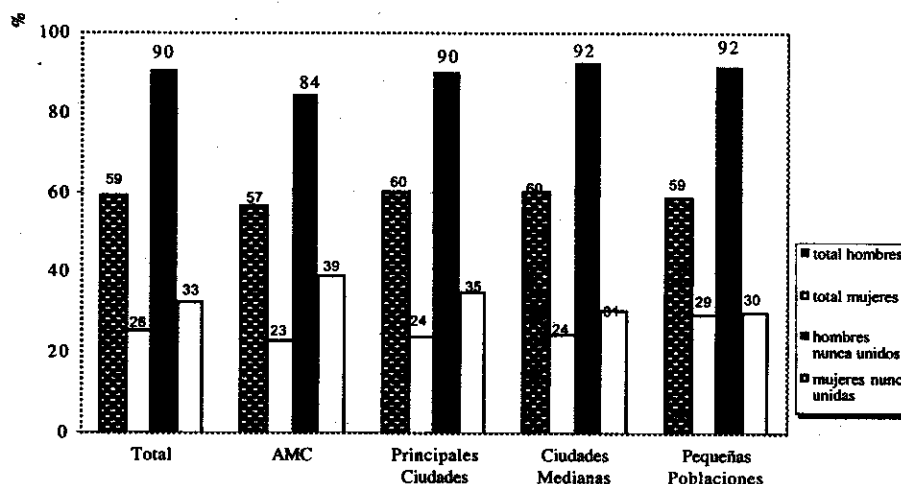
Una vez culminada su etapa de adolescencia, ya casi todos los jóvenes varones de 20 a 24 años de edad se han iniciado sexualmente dentro o fuera de una unión (94%), y de ellos casi todos (96%), lo habrían hecho antes de cumplir sus 20 años, a los 15,4 años en promedio. Entre las mujeres de este mismo grupo, 2 de cada 3 habría tenido relaciones sexuales y de ellas 8 de cada 10 antes de los 20 años, aumentado para este grupo a 17 años la edad promedio a la primera relación sexual.

11 El término unión incluye las legales y consensuales.

12 ENJUVE'93 no preguntó en forma directa si los jóvenes habían tenido relaciones sexuales antes de la unión. Este dato se obtuvo de la diferencia entre la edad a la primera relación sexual y la edad a la primera unión, por lo tanto puede resultar aproximado.

De acuerdo su área de residencia, el grupo de adolescentes de 15 a 19 años de edad que viven en el Area Metropolitana de Caracas retrasa solo un poco el inicio de su actividad sexual en comparación con aquellos que residen en localidades de menor tamaño; pero entre las adolescentes, a medida en que viven en ciudades más importantes poblacionalmente, aumenta la proporción de las que han tenido alguna experiencia sexual y se mantienen solteras, de 30% en las pequeñas localidades a 39% en el Area Metropolitana de Caracas (gráfico 1).

**Gráfico 1. Porcentaje de población adolescente de 15 a 19 años que se ha iniciado sexualmente según sexo y área de residencia**



Fuente: OCEI-MINFAM. ENJUVE'93. Tabulados especiales.

### Temprana edad de las uniones

Ser soltero es una característica propia de la preadolescencia, sin embargo, de acuerdo a los datos arrojados por la ENSO'93, ya cerca del 1% de las mujeres entre los 12 y 14 años de edad se declara en unión. Del total del grupo de adolescentes, el 13% abandonó la soltería y con mayor intensidad las adolescentes, un 5% de los hombres frente a un 21% de las mujeres; de éstas, 8 de cada 10 se mantenían aún en unión mientras que el resto la habría disuelto por separación, divorcio o porque enviudó (MINFAM-UCAB,1995).

Según su área de residencia, varía la importancia de las adolescentes que ingresan a una unión a estas edades. Entre las adolescentes que viven en el Area Metropolitana de Caracas y en la ciudades principales, baja a un 18 y 12% respectivamente la proporción de aquellas que están o han estado unidas, en tanto que entre sus

contemporáneas residentes en centros poblados con menos de 25.000 habitantes, se eleva a un 27% esta proporción (cuadro 4).

En cuanto al tipo de unión, en todas las áreas es más frecuente en la población adolescente la unión consensual, 2 de cada 3, mientras que para la población en general casi se invierte esta relación, al representar los unidos legalmente el 60% (MINFAM-UCAB,1995).

#### CUADRO 4

**Distribución de las adolescentes de 15 a 19 años por situación conyugal según área de residencia. 1993**

Área de Residencia	Situación Conyugal				
	Total	Unidas	Casadas	Alguna vez casadas o unidas	Solteras
Total	1.031.683	7,4	3,6	1,8	87,2
Área Metropolitana de Caracas	150.398	11,2	4,9	2,0	81,8
Ciudades principales (>50.000)	262.851	6,3	4,7	0,7	88,3
Ciudades intermedias (25.000-50.000)	230.796	12,8	5,4	2,5	79,2
Resto (25.000)	387.638	15,2	6,8	5,0	73,0

Fuente: OCEI-MINFAM. Enso'93. Tabulados especiales.

La unión temprana tradicionalmente ha sido más alta en las mujeres que en los hombres, pero la edad en que comienza esa primera unión está experimentando cambios en el país. La Encuesta Nacional de Fecundidad de 1977, considerando el conjunto de mujeres de 15 a 49 años de edad, arrojaba que la edad promedio de ingreso a la vida marital era de 18,4 años, dieciséis años después, la ENSO'93 muestra que la edad promedio ascendió a 19,3 años (MINFAM-UCAB,1995).

No obstante estos cambios, aún es elevada la proporción de mujeres que inician una vida marital en edades adolescentes. Según esta última fuente, al comparar la proporción de mujeres que se habían unido antes de los 20 años de edad de dos generaciones, las adultas (40 a 44 años) con las más jóvenes (20 a 24 años), se observa que en las primeras esta proporción era del orden de 49% y ahora en las jóvenes es de 42%.

### Uso de anticonceptivos

De acuerdo a los datos de la ENSO'93, 7 de cada 10 de la preadolescentes entre los 12 y 14 años de edad y 9 de cada 10 de las adolescentes, declararon "conocer" acerca de métodos para planificar la familia o evitar un embarazo. De las preadolescentes fueron usuarias "alguna vez" el 1.4% y cerca del 1% se declaró como "usuaria actual", en el grupo de las de mayor edad, aumenta a 16% la proporción de aquellas que han usado algún método anticonceptivo y a 12% las "usuarias actuales". Considerando a este último grupo de adolescentes según su situación conyugal, un 43% de las "unidas" son "usuarias actuales", un 48% de las que estuvieron "unidas alguna vez", y un 5% de las solteras <sup>13</sup> (MINFAM-UCAB,1995).

Si se compara la proporción de adolescentes unidas "actualmente usuarias" que muestra esta fuente con la obtenida a partir de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1977 (Freitez y Romero, 1995), se verifican cambios en este grupo de mujeres frente a la regulación de la fecundidad. Según esta última fuente, el 29% eran "usuarias" para ese momento, lo que significa un incremento en el orden del 47% dieciséis años después, en 1993.

Con relación al tipo de método anticonceptivo que utiliza el conjunto de adolescentes, los datos de la ENSO'93 señalan como el más frecuente, la pastilla (65%), en segundo lugar los métodos naturales (20%), seguidos el aparato intrauterino (DIU) (8%) y el condón (4%) y para proveerse de ellos, recurren el 72% de ellas a las farmacias y el 24% a los hospitales públicos y ambulatorios (MINFAM-UCAB,1995).

ENJUVE'93 presenta cifras similares con relación a la proporción de adolescentes usuarias actualmente<sup>14</sup> y al investigar acerca de aquellos que se han iniciado sexualmente, permite obtener una aproximación a otro grupo de población expuesto al riesgo. Considerando entonces a aquellos adolescentes que se han "iniciado" y se encuentran solteros, los datos señalan que un 36% de ellos y un 26% de ellas utilizan algún método anticonceptivos para "prevenir embarazos y/o enfermedades", lo cual estaría evidenciando que un grueso de adolescentes se enfrenta al riesgo de un embarazo no intencional y a contraer enfermedades de transmisión sexual<sup>15</sup> (gráfico 2).

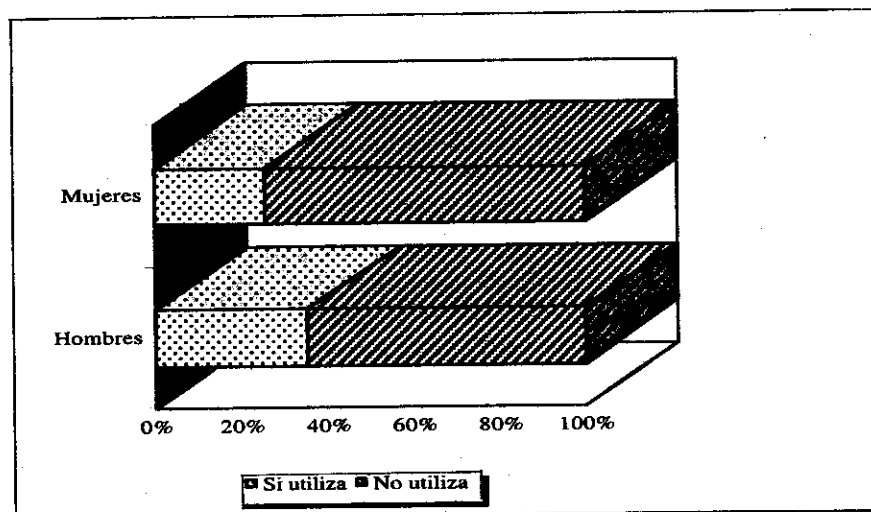
---

13 No se investigó en la ENSO'93 el nivel de conocimiento por tipo de método. Los porcentajes de usuarias que se presentan se calcularon utilizando en el denominador a la población que "conoce acerca de métodos anticonceptivos".

14 Considerando como denominador el total de adolescentes, ENJUVE'93 arroja un 9% de usuarias actuales y la ENSO'93 un 10%.

15 Se debe considerar que la encuesta no indagó si estos adolescentes iniciados son sexualmente activos.

**Gráfico 2. Distribución de adolescentes de 15 a 19 años iniciados sexualmente y solteros, por utilización de métodos anticonceptivos según sexo. 1993**



Fuente: OCEI-MINFAM. ENJUVE'93. Tabulados especiales.

## 4.2 Comportamiento reproductivo

### Altos niveles de fecundidad

Según reportan las estadísticas vitales de nacimientos recopiladas por la OCEI, en Venezuela en el primer quinquenio de la presente década (1990-95), cada año nacieron alrededor de 98 niños por mil adolescentes de 15 a 19 años de edad, lo que ha significado aproximadamente 100.000 nacimientos anuales y un 18% de total registrado. Durante ese mismo período, en promedio nacieron 4.000 niños de madres que aún no habían cumplido sus 15 años de edad y cuyo aporte al total de nacimientos fue cercano al 1%.

Por problemas de registro, estas estadísticas subestiman el fenómeno. De acuerdo a las estimaciones que presenta la misma OCEI y el CELADE para este período, el nivel de fecundidad adolescente registrado en el país, de acuerdo a la tendencia, estaría en el orden de 101 nacimientos por mil adolescentes de 15 a 19 años de edad (cuadro 5).

Con base en las estimaciones que presenta este último organismo para América Latina, el nivel de fecundidad de las adolescentes venezolanas estaría por encima del estimado para el conjunto de los países latinoamericanos (78 por mil); más alto que Colombia (80 por mil), Ecuador (79 por mil) y Brasil (73 por mil) y sólo por debajo del



Salvador (105 por mil), Guatemala (123 por mil), Honduras (127 por mil) y Nicaragua (149 por mil). (Cuadro 6).

**CUADRO 5**  
**Evolución de las tasas específicas de fecundidad. 1970-1995**  
(Tasas por mil)

Años	Grupos de edad						
	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
1970-1975	102,6	239,9	243,7	195,1	137,9	56,9	12,1
1975-1980	102,3	224,7	219,5	171,3	115,1	49,8	11,0
1980-1985	101,0	206,0	194,3	147,1	93,2	40,5	9,3
1985-1990	103,7	194,7	180,2	132,9	80,1	30,9	7,2
1990-1995	101,4	181,1	161,6	115,7	67,9	25,5	5,7

Fuente: OCEI-CELADE. Venezuela: Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950-2035, 1995.

**CUADRO 6**  
**América Latina. Tasas de fecundidad de las adolescentes**  
**de 15 a 19 años. 1990-1995**  
(Tasas por mil)

Países	Tasas	Países	Tasas
América Latina	78		
Argentina	70	Haití	54
Bolivia	82	Honduras	127
Brasil	73	México	77
Colombia	80	Nicaragua	149
Costa Rica	93	Panamá	91
Cuba	67	Paraguay	87
Chile	56	Perú	63
Ecuador	79	República Dominicana	91
El Salvador	105	Uruguay	60
Guatemala	123	Venezuela	101

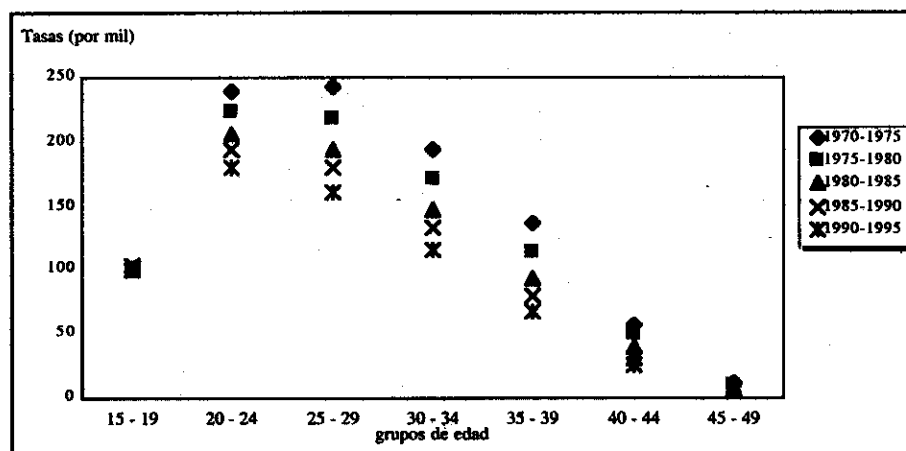
Fuente: CELADE. Boletín Demográfico. América Latina. Fecundidad, 1996.

Se ha destacado cómo la mujer venezolana, en el marco de las transformaciones que trajo consigo el proceso de urbanización y modernización del país, ha experimentado cambios importantes en su comportamiento reproductivo, reduciendo a la mitad —en el término de treinta años— el tamaño promedio de la familia. El problema consiste en que a este descenso de la fecundidad han contribuido significativamente todas las mujeres de los distintos grupos de edad, excepto las más jóvenes.

De acuerdo a la evolución de las tasas específicas de fecundidad durante los últimos 25 años (1970-1995), se verifica que las reducciones más pronunciadas corresponden a las mujeres mayores de 20 años, mientras que las adolescentes persisten en sus altos niveles. Con relación al año inicial, la reducción de la tasa de fecundidad adolescente sería del orden del 1.2% frente a una disminución de 25 y 34 % entre las mujeres en edad de más alta fecundidad, de 20 a 29 años de edad (cuadro 5 y gráfico 3).

Como la disminución en las tasas de fecundidad en los otros grupos de mujeres ha sido mayor que la tasa de fecundidad adolescente, su aporte relativo a la fecundidad total se ha incrementado, de 10% a 16% en el período considerado.

**Gráfico 3. Evolución de las tasas específicas de fecundidad. 1970-1995**



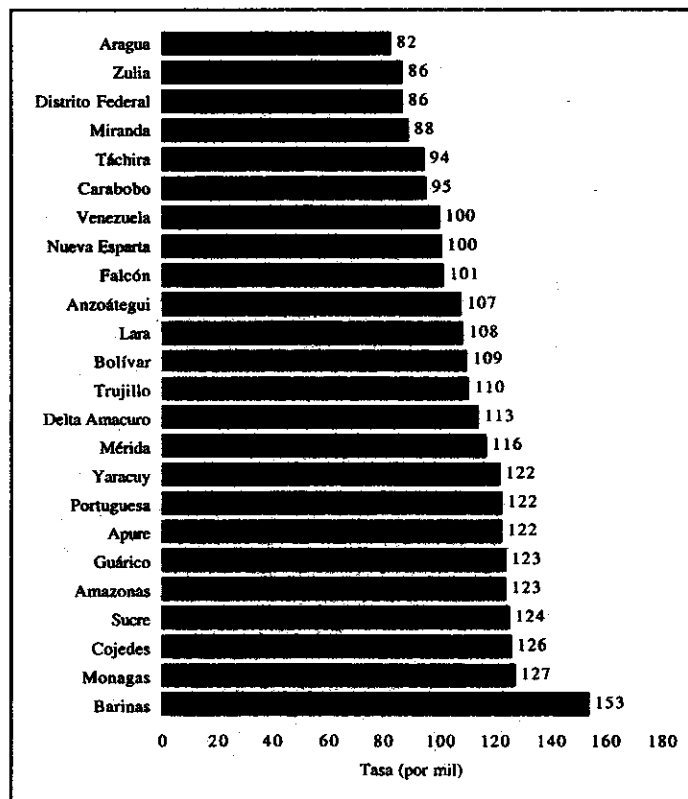
Fuente: Cuadro 5

En este proceso de transición de la fecundidad, lo que parece estar cambiando es el número de mujeres que tienen más de un hijo durante su edad adolescente, más no la postergación de la llegada del primero. De acuerdo a la ENSO '93, al compararse la proporción de mujeres de mayor edad (45 a 49 años) con las más jóvenes (20 a 24 años) que han tenido el primero, el segundo y el tercer hijo antes de los 20 años, se aprecia una reducción de las que tuvieron su segundo y tercer hijo en estas edades de 38% y 72%

respectivamente, pero entre aquellas que tuvieron su primer hijo en la adolescencia la disminución fue mucho menor, en el orden del 12% (MINFAM-UCAB,1995).

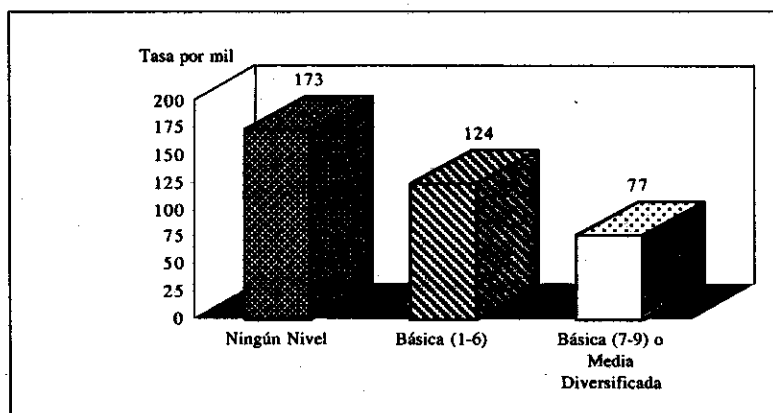
En las distintas entidades federales del país, son diferentes los niveles de fecundidad adolescente. Según los registros, para el año 1995, mientras en las entidades con un mayor grado de desarrollo económico y social y altamente urbanizadas, como el Distrito Federal, Aragua, Miranda y Zulia, nacen entre 82 a 88 niños por cada mil adolescentes entre 15 a 19 años de edad, en otras, más rezagadas de estos procesos, los niveles de fecundidad de este grupo de mujeres se elevan por encima de 125 por mil, tal es el caso de Barinas (153 por mil), Monagas (127 por mil) y Cojedes (126 por mil) (gráfico 4).

**Gráfico 4. Tasas de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años según entidad federal. 1995**



Fuente: OCEI. Venezuela. Indicadores Sociodemográficos. 1990/1995, 1997. (Tasas corregidas).

**Gráfico 5. Tasas de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años según nivel educativo alcanzado. 1993**



Fuente: OCEI-MINFAM. Enso'93. Tabulados especiales

Mediante la ENSO '93, puede evidenciarse asimismo el efecto de la educación en el comportamiento reproductivo. Las adolescentes que no han tenido acceso al sistema educativo, registran una tasa de fecundidad de 173 por cada mil, entre las que ya han cursado algún grado de nivel de "Básica" (1° a 6°), nacen 124 por mil, mientras que aquellas que ya han alcanzado un grado de la tercera etapa de "Básica" (7° a 9°) o de "Media Diversificada y Profesional", muestran una tasa de 77 por mil, más baja que sus contemporáneas del nivel inferior y "sin nivel" en un 38% y 56% respectivamente (gráfico 5).

### **Embarazos y abortos en edades adolescentes**

De acuerdo a los datos de la ENSO '93, del total de adolescentes entre los 15 a 19 años de edad, un 17% ya había tenido la experiencia de al menos un embarazo. De estas adolescentes alguna vez embarazada, el 88% había tenido al menos un hijo nacido vivo, el 7% además al menos una pérdida reproductiva y un 5% declaró no haber tenido hijos nacidos vivo, pero sí al menos una pérdida (MINFAM-UCAB, 1995)<sup>16</sup>.

Dado que en Venezuela el aborto es ilegal, no es posible disponer de datos veraces a través de encuestas o registros que permitan estimar la magnitud de este problema. La mortalidad por aborto en este grupo de población se considera subestimada y mediante

16 Con respecto a la información acerca de las mujeres que indicaron haber tenido al menos una pérdida (mortinato o aborto), este informe señala la dificultad confrontada para precisar la validez estos datos debido a la carencia de fuentes de referencia nacional.

los egresos hospitalarios por abortos podría obtenerse sólo una aproximación, puesto que no todos se hospitalizan y otros, son atendidos en clínicas privadas bajo otro diagnóstico.

Como referencia del problema, las estadísticas de la Maternidad Concepción Palacios, la mayor maternidad del país ubicada en la Región Capital, muestran que durante el lapso de 1990 a 1994, de las 30.622 pacientes menores de 19 años que asistieron, 5.216 fueron por aborto, lo que indica una frecuencia de aborto en este grupo de 17%.

### 4.3. Consecuencias

#### Muertes prevenibles

En el país, es reconocido que el número de defunciones maternas puede estar afectado por el subregistro y por la mortalidad no diagnosticada, no obstante los niveles que arroja la Tasa de Mortalidad Materna se muestran elevados para el conjunto de mujeres.

Durante el período 1990-1994 murieron en promedio cada año 62.6 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100.000 nacimientos vivos registrados. Del total de estas muertes un 12% corresponde a madres que aún no habían cumplido sus 20 años de edad, falleciendo en promedio 41 madres adolescentes por cada 100.000 nacimientos; de estas muertes, 12% fueron a causa de embarazos terminados en abortos (cuadro 7).

#### CUADRO 7

##### Mortalidad materna en el total de mujeres y en menores de 20 años.

1990-1994

Indicadores	1990	1991	1992	1993	1994	1990-1994
<b>Total de mujeres</b>						
Defunciones	338	361	340	331	383	351
Tasa (por 100.000 NV)	58,8	60,0	60,7	63,2	69,9	62,4
<b>Menores de 20 años</b>						
Defunciones	41	39	36	54	44	43
% de todas las defunciones	12,1	10,8	10,6	16,3	11,5	12,2
Tasa (por 100.000 NV)	39,0	35,9	34,7	53,9	40,9	40,7

Fuente: MSAS. Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales, varios años.  
OCEI. Anuario Estadístico de Venezuela, varios años. Cálculos Propios.

Es sabido que una atención prenatal adecuada reduce los riesgos tanto en estos grupos de mujeres como en las de mayor edad. Al respecto, la ENSO'93 arroja que del grupo de adolescentes de 15 a 19 años embarazadas para el momento de la encuesta, un 16% no había acudido al control prenatal y de las que controlaban su embarazo, un 22% asistió al primer control entre los cuatro y seis meses de gestación y cerca del 1% después de los 6 meses (MINFAM-UCAB,1995).

Una insuficiente atención de estas madres durante el embarazo tiene también secuelas en la vida de sus hijos, así como influye el escaso conocimiento sobre los cuidados que deben prodigarle. Para el período 1990-92, mientras que 1 de cada 5 nacimientos correspondía a madres adolescentes, una de cada 3 defunciones infantiles eran de hijos de madres en estas edades (MINFAM,UCAB,UNICEF,1994).

### **Enfermedades de transmisión sexual y el VIH-SIDA**

La falta de información y protección de los adolescentes que se inician sexualmente, los está exponiendo tanto a un embarazo no intencional como al contagio de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH-SIDA.

En el país para el año 1995, la División de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual del MSAS reportaba que del total de casos registrados de las clásicas enfermedades de transmisión sexual, y con especificación de la edad y el sexo, un 20% correspondían a los adolescentes de 15 a 19 años de edad, con un 22% de casos en los varones y un 17% en las mujeres.

Con relación al SIDA, esta misma unidad informa que en el país se han registrado en total 6.916 casos desde el año 1982 a junio de 1997. De estos, 150 casos corresponden a la población en edades adolescentes (2.4%). Entre los preadolescentes ocurrieron 23 casos, 18 en los varones y 5 en las mujeres con una mortalidad de 78% y 40% respectivamente; entre los adolescentes ocurrieron 127 casos, de los cuales 106 corresponden a los varones, con un 42% de muertes, y 21 a las mujeres, con un 19% de muertes.

En la población joven de 20 a 24 años de edad, se registraron 666 casos, 11% del total, de los cuales un grupo pudo haberse infectado por el VIH en su etapa de adolescencia<sup>17</sup>.

---

17 Con relación a estas cifras, se reconoce en que los casos de SIDA pueden estar subestimados por su registro bajo otro diagnóstico en los establecimientos privados.

### Violencia y prostitución

Es conocido que los registros sobre casos de víctimas de violencia sexual no reflejan la magnitud de este problema ni cómo ésta afecta a los distintos grupos de población. De acuerdo a las estadísticas oficiales reportadas por el Ministerio de Justicia para el año 1995, del total de delitos denunciados, el 5to. lugar, con un 3% (7.535 casos), lo ocuparon aquellos con connotación sexual: violación, seducción, rapto, actos lascivos, corrupción de menores e incesto<sup>18</sup>.

Son los niños y los adolescentes, por su misma condición de indefensión, los más susceptibles a ser víctimas de maltrato sexual. El Programa de Atención en Violencia Sexual de la Asociación Venezolana de Educación Sexual Alternativa (AVESA), registraba en sus estadísticas para el año 1996, que del total de niños(as) y adolescentes que acudieron a una primera consulta por abuso sexual, el 40% fue por violación, el 32% por actos lascivos y un 19% por incesto; la denuncia solo fue realizada en el 49% de los casos y el agresor en un 43% fue un familiar y en un 28% un conocido de la persona agredida o de su familiar.

Otra fuente, pero limitada a sus registros internos, es la Fundación Oficina Nacional de Denuncia del Niño Maltratado (FONDENIMA). En 1991 arrojaban los siguientes datos sobre el problema: se denuncia muy poco el maltrato doméstico o institucional; de los casos denunciados (491) 62% fueron por maltrato doméstico y 38% institucional; 28% de los maltratados mantenían relaciones afectivas con el maltratador (familiares, novios o vecinos); era mayor el número de varones agredidos en todos los casos excepto en los de violencia sexual y en el 100% de los casos denunciados de violencia sexual, el maltratador fue el novio (UNICEF, 1995).

Las diversas formas de maltrato en los niños y adolescentes, pueden conducirlos a la prostitución. Con base a un estudio exploratorio realizado por FUNDAICI y CISFEM en conglomerados urbanos, se estimó que habría alrededor de 40.000 menores entre los 8 y 17 años de edad afectados por la prostitución. A partir de los datos recopilados se evidenció la relación entre el maltrato infantil y la posibilidad de iniciarse en estas prácticas; el abandono, la descalificación, las golpizas y el abuso sexual aparecen como precipitadores de la salida del hogar de estos menores.

De cada 100 menores afectados, se estimó que 40 estarían en situación de miseria, 40 en pobreza y 20 tendría sus necesidades básicas satisfechas, lo que pondría de manifiesto la relación entre la pobreza y prostitución (FUNDAICI, CISFEM, 1995).

---

<sup>18</sup> Organizaciones femeninas y la Comisión Bicameral de la Mujer, promotoras del Proyecto de Ley Contra la Violencia hacia la Mujer, estiman que sólo se denuncian un 10% de los casos de violencia sexual.

### Madres y padres precoces

Un estudio basado en ENJUVE'93, arroja cifras coincidentes con la ENSO '93 sobre la proporción de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que ya han tenido un hijo, al obtenerse que un 15% declaró esta condición; si se considera además a las mujeres jóvenes de 20 a 24 años que han tenido un hijo antes de los 20 años, se tiene que del conjunto de jóvenes mujeres entre 15 y 24 años poco más de una de cada cinco (22%) tiene la experiencia de ser "madre precoz" (Angulo,1995). Este trabajo, titulado "Realidad y rostro de la madre adolescente" destaca entre sus principales hallazgos los siguientes<sup>19</sup>:

- De cada 4 jóvenes madres de 15 a 24 años, 3 aproximadamente fueron madres precoces y sólo 1 ha tenido su primer hijo en la condición de joven adulta.
- El elevado índice de pobreza juvenil femenina de 58%, se incrementa a 71%, en el caso de las madres precoces.
- El 14% de las madres precoces se inició sexualmente antes de los 15 años de edad.
- En las jóvenes abstinentes, la crianza en hogares biparentales ha tenido lugar en 7 de cada 10, en cambio, en las madres precoces esta cifra disminuye a 5 de cada 10.
- El 80% de las que tuvieron su primer hijo en la pubertad, entre los 10 y 14 años tienen dos y más hijos mientras que en aquellas que tuvieron su primer hijo entre los 18 y 19 años este porcentaje alcanza el 36%.
- De cada 10 madres adolescentes, 4 viven en concubinato, 3 están casadas, 2 son solteras y una es viuda, separada o divorciada.
- En las madres precoces el índice de Educación "Básica Incompleta" es de 64%, mientras que el promedio nacional femenino es de 46%.
- Las madres precoces presentan el más alto índice de desocupación absoluta, 70% de ellas ni estudian ni trabajan, sólo 8% de ellas estudia, 19% se mantiene trabajando y un 3% en ambas actividades simultáneamente.

Por su parte, los varones adolescentes también pueden ver truncadas sus posibilidades educación y de alcanzar mayores logros personales ante la responsabilidad de una paternidad. A respecto las estadísticas de nacimientos que presenta la OCEI para el año

<sup>19</sup> En este estudio se define como "madres precoces" al grupo de jóvenes entre 15 y 24 años que procrearon el primer hijo con edades inferiores a los 20 años. Clasifica como "madres precoces adolescentes" a aquellas entre 15 y 19 años de edad y como "madres precoces adultas" a las que tienen entre 20 y 24 años de edad. Jóvenes abstinentes son aquellas que no se han iniciado en las prácticas de las relaciones sexuales.



1994, muestran que un 5% del total de nacimientos son procreados por padres menores de 20 años y de ellos el 67% procreó un hijo con una adolescente.

## ***5. Algunos condicionantes educativos, económicos y sociales***

### ***5.1. Familia y pobreza: reproducción intergeneracional***

#### **Pobreza**

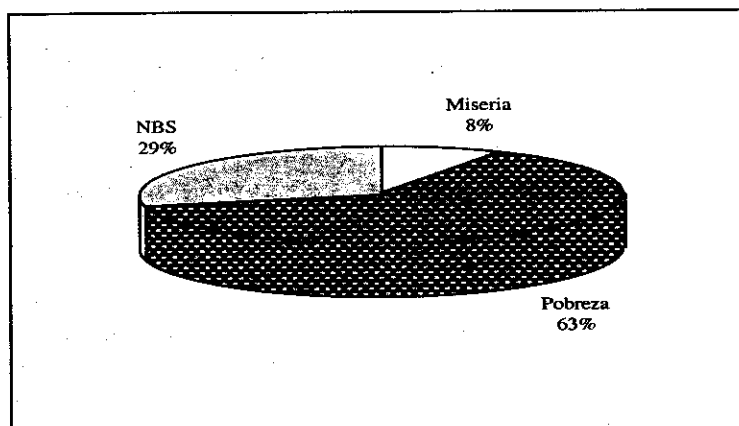
Desde finales de los años setenta se inicia en el país una grave crisis económica, que acompañada del creciente desempleo e inflación, ha generado un deterioro progresivo en las condiciones sociales y económicas de la población y una extensión de la pobreza. Se ha registrado asimismo, un deterioro en la ampliación y calidad de la educación y una reducción del ritmo de avance en los principales indicadores de salud.

De acuerdo a estimaciones elaboradas mediante la metodología de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el país inicia la década de los 90 con un 39% de hogares en situación de pobreza (44% de su población) y de ellos un 16% en pobreza extrema (20% de su población). A nivel de las distintas entidades federales, son acentuadas las diferencias, en quince de ellas se elevan los índices de pobreza sobre el promedio nacional. En los extremos, se ubican el Distrito Federal con 25% de hogares pobres y Apure con un 63% (OCEI, 1993).

Cuantificaciones mediante la metodología de "Línea de Pobreza", arrojan para este mismo año, 1990, un porcentaje de hogares "pobres" en el orden de 65.3%. Dada la magnitud del proceso inflacionario al término del primer quinquenio de la década, en 1995, habría aumentado en el país el nivel de pobreza a un 77.6% (CORDIPLAN, 1996).

Un estudio realizado por CISOR con base en la Encuesta de Hogares por Muestreo (OCEI, 1992), muestra una clasificación de los hogares con miembros menores de 18 años según estratos de calidad de vida y de acuerdo a ello, son más vulnerables los hogares cuando hay niños y adolescentes, 66% se encuentra en la "pobreza" o en la "miseria". De la población adolescente de 10 a 17 años de edad, el grueso, un 65% vive en hogares que se encuentran ubicados en el estrato de "pobreza" y un 8% residen en hogares que se encuentran en situación de "miseria" (gráfico 6).

**Gráfico 6. Distribución de la población adolescente de 10 a 17 años según estrato de calidad de vida. 1992**



**Fuente:** CICOR: Sistema de Indicadores Estadísticos para el Seguimiento y Diagnóstico Continuo de la Situación Social del Niño y del Menor en Venezuela, 1993.

### La familia

Es reconocido que la función de la familia es dar apoyo emocional y económico a sus miembros para propiciar el desarrollo de los mismos, y que por consiguiente, muchos de los problemas que afectan a la población infantil y adolescente, tiene como origen el debilitamiento de esta función familiar, la cual se agrava con la extensión de la pobreza.

De acuerdo a la Encuesta de Hogares 1992, en el 66% de los hogares se detecta la presencia de la pareja, "hogares completos", de ellos uno poco más de 1 de cada 3 mantienen unión consensual y en el resto de los hogares, los "incompletos", el 65% está encabezado por una mujer.

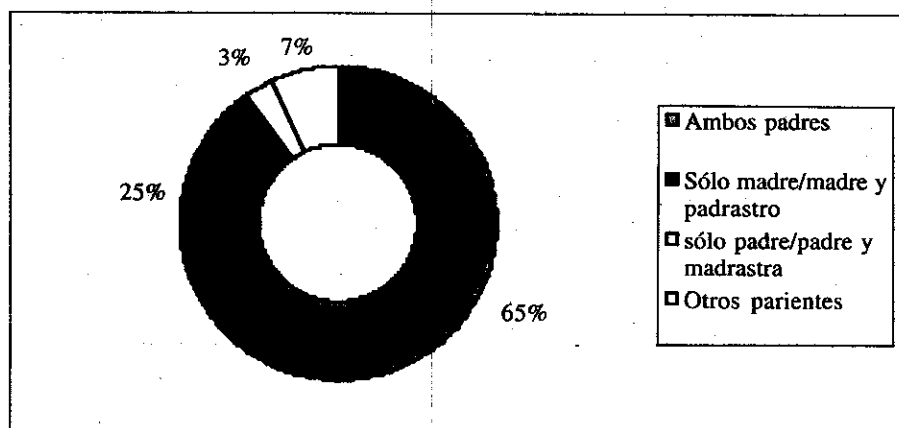
Se ha evidenciado que las mujeres jefas de hogar registran un menor nivel de participación económica frente a los jefes hombres, de 63% y 91% respectivamente, y un menor nivel de ingresos, por lo tanto en estos hogares la situación de los menores se torna más vulnerable, se ven obligados a incorporarse al mercado de trabajo y con más altos riesgos de no completar su formación (Banco Mundial, 1993. Cit. por CISFEM, 1994).

La investigación desarrollada por FUNDACREDESA en el marco del Proyecto Venezuela en la década de los ochenta, también muestra la problemática de la ausencia paterna al arrojar que entre la población estudiada de 3 a 19 años de edad, un 19% declaró

una "presencia débil" del padre en el hogar y un 15% la "ausencia total". Diferenciado por estrato social, en los más altos, es más frecuente la "presencia débil" del padre mientras que en los estratos más pobres aumenta la proporción de aquellos cuyos padres están ausentes (FUNDACREDESA, 1989)<sup>20</sup>.

ENJUVE'93, por su parte, al indagar sobre el responsable de la crianza de los adolescentes y jóvenes hasta la edad de los 15 años, reveló que un 35% transcurrió hasta esa edad en ausencia de uno o ambos padres: un 25% de ellos fue criado por la madre, un 3% por el padre y 7% por otros parientes (gráfico 7).

**Gráfico 7. Distribución de jóvenes de 15 a 24 años según el responsable de su crianza hasta los 15 años de edad. 1993**



Fuente: MINFAM. La Juventud Venezolana. Informe General, 1995.

Por otra parte, estudios han coincidido en que uno de los indicadores de pobreza que más discrimina es el de hacinamiento crítico, variable que a su vez está altamente relacionada con las condiciones de promiscuidad sexual. La investigación de FUNDACREDESA registró que en el 70% de los hogares de los estratos más pobres (IV y V), las parejas convivían en la misma habitación con hijos de diferentes edades. Entre estos estratos el 29% eran familias con más de 9 miembros (FUNDACREDESA, 1989). El "Mapa de la Pobreza" de 1990 reveló que un 17% de los hogares tenían más de 3 ocupantes por cuarto para dormir (OCEI, 1993).

<sup>20</sup> Las regiones referidas en el estudio son: Área Metropolitana de Caracas, Región Centro-Occidental, Región Nororiental y Región Zuliana.

"Presencia débil" del padre se refiere a la presencia sólo en vacaciones, la noche en horas de dormir y fines de semana, pero el padre no establece interrelaciones con los hijos.

## 5.2. Escuela: segmentación educativa y exclusión escolar

### Logros con inequidad

De acuerdo a la ENSO'93, el 98% de los preadolescentes son alfabetas, el 76% ha aprobado algún año de Educación Básica (1° a 6° grado) y el 21% ha alcanzado algún grado o año de la tercera etapa de Básica (7° a 9° grado) o de Media Diversificada o Profesional. Del total de adolescentes, el 97% es alfabeto, un 31% ha acumulado más de 9 años de educación y de ellos, un 16% ha aprobado al menos un año de Educación Superior.

No obstante estos logros educativos globales, se evidencian diferencias entre los distintos subgrupos de esta población. Un 26% de las preadolescentes ha obtenido más de 6 años de educación pero esta proporción se ve disminuida en los varones preadolescentes a un 17%. Entre los adolescentes, mientras un 36% de ellas ha logrado acumular más de 9 años de educación, un 26% de los varones habría alcanzado similares logros (cuadro 8).

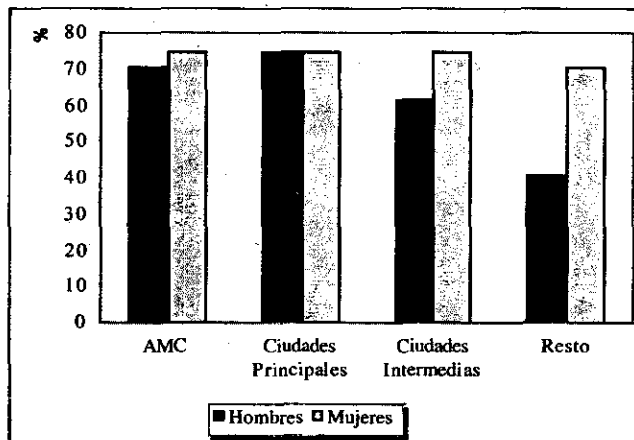
**CUADRO 8. Distribución de la población adolescente de 10 a 19 años por sexo según nivel educativo alcanzado. 1993**

Nivel Educativo	Total		Hombres		Mujeres	
	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19
Alfabetas	97,5	97,4	96,4	96,5	98,7	97,3
Ninguno (1)	2,3	2,9	3,0	4,1	1,7	1,6
Básica (1° - 6°)	76,4	31,6	80,1	38,1	72,4	24,9
Básica (7° - 9°)	20,3	34,4	16,1	31,9	24,6	37,0
Media Diversificada	0,8	25,8	0,6	21,4	1,1	30,4
Superior		5,0	-	4,2	-	5,7

Fuente: OCEI-MINAM. ENSO'93. Tabulados especiales.

Según el lugar de residencia de los adolescentes, varía la proporción de aquellos que han logrado avanzar en el sistema educativo y mientras menor sea la importancia poblacional de la localidad de su residencia, mayor se hace la distancia entre los sexos. De los adolescentes que viven en el Área Metropolitana de Caracas, un 70% de los hombres y un 75% de las mujeres han acumulado más de 6 años de educación, mientras que entre sus contemporáneos que residen en centros poblados con menos de 25.000 habitantes, se reducen estas proporciones a 41% en los hombres y a 70% en las mujeres (gráfico 8).

**Gráfico 8. Porcentaje de Adolescentes de 15 a 19 años con más de 6 años de educación. 1993**



Fuente: OCEI-MINAM. ENSO'93. Tabulados especiales.

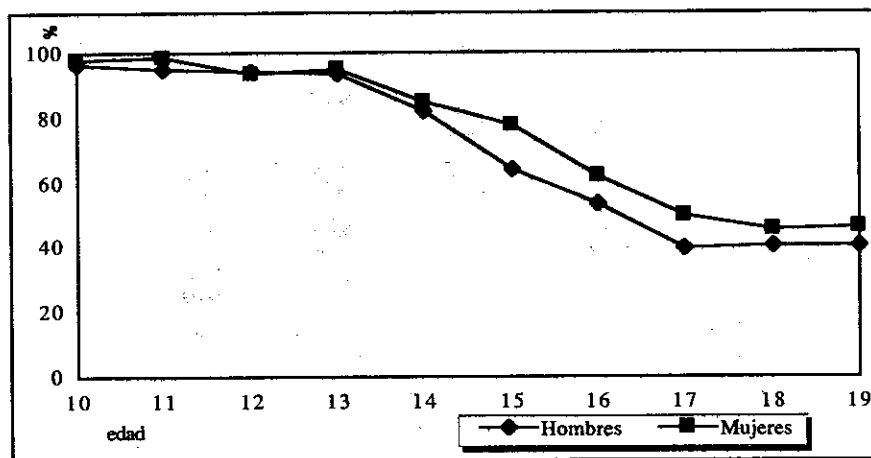
### La exclusión escolar

Uno de los problemas graves que está afectando a la población adolescente venezolana, es su temprana separación de la escuela, y con ello ver truncadas sus posibilidades de alcanzar mayores logros educativos, situación que se agudiza para los adolescentes varones. De acuerdo con esta misma fuente, 93% de los preadolescentes y 95% de las preadolescentes asisten regularmente a un centro de enseñanza del sistema educativo formal, ya en el grupo de adolescentes disminuye la tasa de asistencia escolar a casi la mitad (52%) y con una mayor intensidad en los varones frente a las mujeres, a 47% y 56% respectivamente (gráfico 9).

La ENJUVE'93 muestra datos coincidentes sobre el nivel de participación educativa de la población adolescente de 15 a 19 años (54%) y considerando a éstos junto a los jóvenes de 20 a 24 años de edad, las tasa de asistencia estaría en el orden de un 41%. De acuerdo a su situación de pobreza, entre aquellos que viven en hogares con Necesidades Básicas Satisfechas (NBS) un 49% asiste a un centro de enseñanza regular, en tanto que en los jóvenes que viven en hogares pobres (NBI), este nivel de participación escolar baja a un 35%.

Al indagar esta encuesta sobre las causas por las cuales esta población abandona sus estudios, se obtuvo que entre las principales razones está la de orden económico, "la falta de recursos" y la "necesidad de trabajar", pero seguido declararon que "no consideran importante estudiar". Por su parte, un 12% de las jóvenes argumentó como causa de deserción "el embarazo" (MINFAM,1995).

**Gráfico 9. Tasas de asistencia escolar de la población adolescente de 10 a 19 años de edad. 1993**



Fuente: OCEI-MINAM. ENSO'93. Tabulados especiales.

De acuerdo a los registros oficiales del Ministerio de Educación para el período 1993-1994 la Tasa Bruta de Escolaridad de Básica (1° a 9°) se ubica en 96%, la correspondiente a Media Diversificada y Profesional baja a un 24% y en la Educación Superior, se registra en un 26%. Para ese período, en la Educación Básica un 11.3% de los alumnos repitieron su año escolar y un 8.2% desertaron; en el nivel siguiente, se reduce a 4.8% la tasa de repitencia y prácticamente se mantienen los niveles de deserción, 7.8%.

Según refiere este mismo organismo, al considerar la prosecución de una cohorte (1982-90), de cada 100 inscritos en 1er. grado, solamente 32 ingresaron al 9 grado de Educación Básica, y sólo 18 continuaron estudios al año siguiente en el primer año del nivel de Educación Media (Ministerio de Educación, 1993).

Entre las causas del problema educativo, se han señalado algunas relativas al sistema, como su rigidez, su desvinculación con los procesos productivos y la implantación de planes y programas que no responden a las necesidades de los adolescentes, entre otras. Por otra parte, la crisis económica ha ocasionado la caída del ingreso familiar que presiona para que el niño y el joven abandonen la escuela y obliga al adolescente a insertarse precariamente en el mercado de trabajo, así como se ha generado una desvalorización de la educación como factor de movilidad social, y se menciona entre otras causas sociales, el embarazo en adolescentes (CORDIPLAN, 1996).

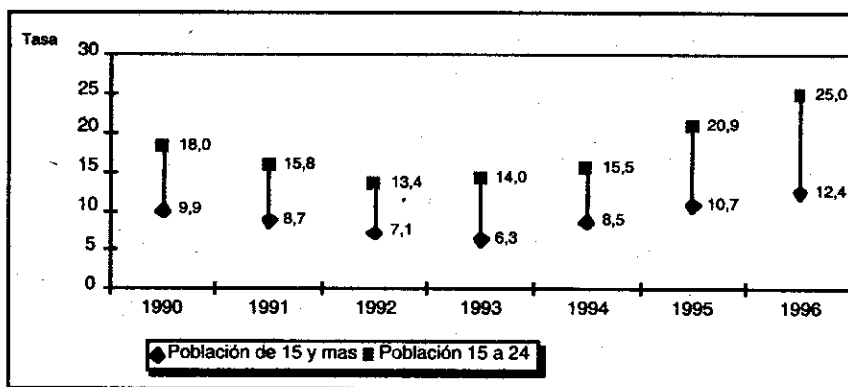
### 5.3. Trabajo: precarización y exclusión laboral

Otro de los problemas que está demandando atención en el país, se refiere a la incorporación temprana de la población al mercado de trabajo. Como se ha evidenciado, un grueso de los jóvenes no está completando su formación y por lo tanto, se ven limitadas sus oportunidades de ocupación pasando a desempeñar empleos precarios.

De acuerdo a los datos que arroja la Encuesta de Hogares de la OCEI para el II semestre de 1996, el 46% de los varones y el 19% de las mujeres en edades adolescentes (15 a 19 años), están participando en la actividad económica; de esta población, un 23% de los varones se encuentran desocupados, 66% cesantes y 34% esta buscando su primer empleo. En las mujeres, se eleva el nivel de desempleo a 45%, siendo en ellas mayor la proporción de las que buscan un empleo por primera vez, 62%. Ya en el grupo de jóvenes entre los 20 y 24 años de edad, los niveles de participación económica aumentan a un 84% para los varones y a un 44% para las mujeres, y están sin empleo, el 19% y 30% respectivamente.

Según esta misma fuente y, considerando a la población entre los 15 y 24 años de edad, se observa en lo que va de la década, entre los años 1990 y 1996, una tasa de desempleo cuyo nivel había comenzado a declinar para luego ascender pronunciadamente, de un 18% en el año inicial a un 25% para 1996. El desempleo siempre afecta en mayor medida a este grupo de población, al punto que, para algunos de los años revisados incluso llega duplicar el nivel registrado para la población total (gráfico 10).

**Gráfico 10. Tasa de desocupación de la población de 15 años y más y de la población de 15 a 24 años. 1990-96**



Fuente: OCEI. Indicadores de la Fuerza de Trabajo, varios años.

Los resultados arrojados por ENJUVE'93 sobre la población de 15 a 24 años de edad (MINFAM,1995), muestran un menor nivel de participación económica en aquellos jóvenes pertenecientes a hogares pobres (NBI), de 45% frente a un 54% que registran los pertenecientes a hogares con Necesidades Básicas Satisfechas (NBS), y un mayor nivel de desempleo, de 23% mientras que entre los jóvenes no pobres es de 10%.

Con relación a la edad de iniciación laboral, que permite una aproximación a la problemática del trabajo infantil, este estudio reportó que el 26% de los jóvenes tuvieron su primer empleo a edades inferiores a los 15 años, situación que se observó más frecuente en los varones, en los más pobres y en aquellos con menor nivel educativo.

Del total de jóvenes que se encontraban trabajando para el momento de la encuesta, el 56% no había alcanzado culminar la Educación Básica y sólo un 19% continuaba sus estudios. Su incompleta formación se traducirá en una inserción laboral precaria, el 45% de los jóvenes se desempeñan en el sector informal de la economía y esta condición se acentúa en los adolescentes, en los pobres y en aquellos con los niveles educativos más bajos.

#### ***5.4. Tiempo libre: ocio vs. asociacionismo***

De acuerdo a ENJUVE'93 (MINFAM,1995) los adolescentes y jóvenes venezolanos muestran una reducida vinculación a formas de organización asociativa, al obtener este estudio que sólo un 17% participa de manera voluntaria en alguna asociación o agrupación.

De aquellos adolescentes y jóvenes vinculados a alguna asociación, un poco más de la mitad pertenece a las de carácter deportivos (53%), y es más frecuente en el grupo de los adolescentes (59%), en los jóvenes varones (67%) y en los jóvenes pobres (59%). En segundo lugar de asociacionismo juvenil lo ocupa la religión (14%) y con una mayor participación de la población femenina (23%); seguidamente, el otro tipo de asociación preferida por los jóvenes se refiere a aquellas de carácter cultural (10%). Se destaca en esta indagación la escasa participación de los jóvenes en agrupaciones políticas, sólo un 2% declaró alguna vinculación con este tipo de organización.

Este estudio igualmente indagó sobre la demanda asociacionista de este grupo poblacional y al respecto resultó que, en su gran mayoría, los adolescentes y jóvenes desearían participar en algún tipo de asociación o agrupación (95%), resultado de su mayor preferencia las de tipo deportivo, cultural y recreativa. La distancia entre la proporción de la población vinculada a algún tipo de asociación y aquella que expresa su intención de hacerlo, es interpretada como una manifestación clara de la disminución de las oportunidades que ha implicado la pobreza y la exclusión social, más que una limitada voluntad juvenil para participar.



ENJUVE'93 así mismo permitió conocer acerca de la disponibilidad y uso de tiempo libre por parte de los adolescentes y jóvenes venezolanos. En este sentido los resultados muestran que el 90% de esta población dispone de "tiempo libre", el cual dedican con mayor frecuencia a la "diversión y el esparcimiento" (45%) o al "descanso" (38%); sólo un 8% lo invierte en algún tipo de actividad dirigida al "crecimiento personal", tal como al desarrollo de alguna actividad educativa no formal, a la participación social o a realizar actividades de tipo cultural.

Al confrontar la práctica actual con sus aspiraciones, los resultados indican nuevamente diferencias: una menor proporción de adolescentes y jóvenes le dedicaría su tiempo libre a "diversión" (35%) y al "descanso" (27%) y se incrementaría el grupo de ellos que utilizaría este tiempo para llevar a cabo actividades dirigidas a su crecimiento personal (22%). Resultados que evidencian como muchas de la prácticas obedecen más bien a las limitadas oportunidades.

### ***Bibliografía***

- ANGULO, MARIO (1995): *Realidad y Rostro de la Madre Adolescente*, Centro Interdisciplinario de Estudios Sociales (CITES), Caracas.
- CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1995): *Boletín Demográfico. América Latina. Fecundidad*, Año XXIX, N° 58, Santiago de Chile.
- : (Centro Latinoamericano de Demografía) (1997): *Boletín Demográfico. América Latina. Proyecciones de Población. 1950-2050*, Año XXX, N° 59, Santiago de Chile.
- CISFEM (Centro de Investigación Social, Formación y Estudios de la Mujer) (1994): *Familia y Mujer. Una Aproximación a la Realidad Venezolana*, Caracas.
- CISOR (Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales) (1993): *Sistema de Indicadores Estadísticos para el Seguimiento y Diagnóstico*. Caracas.
- CORDIPLAN (1996): *Diagnóstico sobre la Situación de la Infancia en Venezuela*. Caracas.
- El VATICANO: *Humanæ Vitæ*, No. 14.
- FREITEZ, ANITZA Y DALIA ROMERO (1991): *Estudio de los Patrones de Nupcialidad y Fecundidad en Venezuela a partir de la Encuesta Nacional de Fecundidad 1977*. IIES-UCAB, Documento de Trabajo N° 36. Caracas.
- FUNDACREDESA (Centro de Estudios sobre el Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana) (1989): *El Proceso Educativo Venezolano. Visión del Proyecto Venezuela*. Caracas.
- FUNDAICI-CISFEM (Fundación Instituto de Capacitación e Investigación para el Recurso Humano que Atiende a Menores en Circunstancia Especialmente Dificiles - Centro de Investigación Social, Formación y Estudios de la Mujer)

- \_\_\_\_\_ : (1995). *La Prostitución Infantil en Venezuela. Estudio Exploratorio - Descriptivo*. Caracas.
- GERENDAS, MARIANA Y ENRIQUETA SILEO (1992), *Embarazo en la Adolescencia. Factores de Riesgo y Cadena de Prevención*. Comisión Femenina Asesora de la Presidencia de la República. Ministerio de Estado para la Mujer. Caracas.
- KRAUSKOPF, DINA (1995), *El Embarazo en la Adolescencia*. Ponencia presentada en el Taller de Embarazo Adolescente, San José de Costa Rica.
- MINFAM (Ministerio de la Familia) (1994): *Venezuela ante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, Caracas.
- (Ministerio de la Familia) (1995): *La Juventud Venezolana. Informe General (ENJUVE)*, Caracas.
- MINFAM-CONAPEP (Ministerio de la Familia-Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente) (1995): *Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz, 1995-1998*, Caracas.
- MINFAM-UCAB (Ministerio de la Familia-Universidad Católica Andrés Bello) (1995): *Encuesta Social 1993. Un Estudio del Comportamiento Reproductivo de las Adolescentes*. Caracas.
- MINFAM-UCAB-UNICEF (Ministerio de la Familia-Universidad Católica Andrés Bello-Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia) (1994): *Venezuela Vista a través de sus Indicadores Sociodemográficos*. Caracas.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN (1993): *Indicadores de la Educación Venezolana. 1991-1992*. Caracas.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (MSAS/DAMNA)-PROSALUD YARACUY Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1997): *Declaración de San Felipe, II Taller Nacional de Salud Reproductiva*. San Felipe, Estado Yaracuy.
- NACIONES UNIDAS (1994): *Informe de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*, El Cairo, 1994. A/ CONF.171/13, Nueva York.
- OCEI (Oficina Central de Estadística e Informática) (1993): *Mapa de la Pobreza. Basado en los datos del XII Censo General de Población y Vivienda*. Caracas.
- \_\_\_\_\_ : Oficina Central de Estadística e Informática) (1997): *Venezuela, Indicadores Socio-Demográficos. 1990-1995*. Caracas.
- UNICEF (Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia) (1995): *Análisis de Situación de Menores en Circunstancias Especialmente Difíciles*. Venezuela. N° 11. Caracas.

## INFORMES ESTADÍSTICOS

- AVESA (Asociación Venezolana de Educación Sexual Alternativa): *Programa de Atención en Violencia Sexual. Informe sobre los Datos Estadísticos*. 1996.
- MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS: *Boletín Estadístico*. 1985-1994, Servicio de Estadística y Archivo.
- MSAS (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social): *Vigilancia Epidemiológica*. División de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual.  
(Ministerio de Sanidad y Asistencia Social): *Anuario de Epidemiología Estadísticas Vitales*, Caracas, varios años.
- OCEI (Oficina Central de Estadística e Informática): *Anuario Estadístico de Venezuela*. Caracas, varios años
- \_\_\_\_\_ : (Oficina Central de Estadística e Informática): *El Censo 90 en Venezuela. Resultados Básicos*, Caracas, 1993
- \_\_\_\_\_ : (Oficina Central de Estadística e Informática): *Encuesta de Hogares por Muestreo. Segundo Semestre de 1996*. (Tabulados Especiales)
- \_\_\_\_\_ : (Oficina Central de Estadística e Informática): *Estadísticas Vitales de Nacimiento*. 1994. (Tabulaciones Especiales).
- \_\_\_\_\_ : (Oficina Central de Estadística e Informática): *Estimaciones y Proyecciones de Población 1980-2035*.
- \_\_\_\_\_ : (Oficina Central de Estadística e Informática): *Indicadores de la Fuerza de Trabajo*, varios años
- \_\_\_\_\_ : (Oficina Central de Estadística e Informática): *XI Censo General de Población y Vivienda, Total Nacional*, Caracas, 1995