

Embarazo en adolescentes en Venezuela. Reconsideración del problema.

José M. Francisco ¹.

Resumen: En Venezuela, el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, por su frecuencia, la repercusión sobre la calidad de vida de las madres, de sus hijos y de la sociedad en general; además, aun así, puede ser atendido y es factible su disminución. En 2014, Venezuela presentaba la Tasa Específica de Fecundidad más alta de Suramérica; y ocupaba el cuarto lugar, entre los países de Latinoamérica. Para estudiar el embarazo de adolescentes en el país se analizan los datos oficiales disponibles de la última década (2003-2012), en números, porcentajes y tasas. Asimismo, se analizan los nacimientos de madres adolescentes (2014/2015), recabados en dos hospitales públicos y dos privados: (11596 nacimientos: 2438 de madres adolescentes). De éstos: 2.403 (25,8%), en hospitales públicos y 35 (1,5%), en los privados. Del sector público, 95% de los hijos de adolescentes, son hijos de madres de 15 a 19 años y 5% de 10 a 14 años. Las tasas del grupo de 15 a 19 años (indicador oficial internacional), aumentaron en 2011 y 2012. Se analizan otras cifras y características: edad de las madres, frecuencia de legrado. En 2012, último año de información nacional disponible, se registraron (Instituto Nacional de Estadística-INE): 143 491 nacidos vivos, hijos de adolescentes, (10 a 19 años, según la OMS), que representan 23,4% del total anual de nacimientos. El embarazo en adolescentes constituye un fracaso social multisectorial, que recicla la pobreza y aumenta el subdesarrollo. Su importancia amerita la creación y aplicación de políticas públicas, así como estrategias específicas y permanentes para disminuir su incidencia. *An Venez Nutr 2023; 36(1): 22-37.*

Palabras clave: embarazo en adolescentes. adolescencia. embarazo precoz. Venezuela.

Teenage pregnancy in Venezuela. Reappraisal of the problem.

Abstract: Teenage pregnancy in Venezuela is a public health problem due to its incidence and repercussions over life-quality of mothers, their children, and the society in general. Even though with proper attention there is an incidence decrease possibility. In 2014 the Venezuelan Age-Specific Fertility Rate (15-19 age group) was the highest in South America and was the fourth among Latin America and the Caribbean nations. To study teenage pregnancy in the country last decade official available data (2003-2012) was analyzed by number, percentage, and rates. Between 2014 and 2015 the number of births from teenage mothers at two public and two private hospitals was analyzed (11 596 births: 2.438). Of those, 2.403 births were registered at public hospitals (25.8%) while 35 (1.5%) were at private clinic. At public hospitals 95% of live births were from teenage mothers (15-19 years) and 5% were mothers aged 10-14. In 2011 and 2012 the fertility rates for 15-19-year-olds (international official indicator) increased. Other characteristics and tendencies are analyzed: age of mothers, abortion frequency and prenatal visits. According to the INE (National Institute of Statistics) in 2012, last year of available information, there were 143 491 live births from teenage mothers (aged 10-19 WHO) registered in Venezuela, which represents the 23.4% of the total number of annual births. Pregnancy of teenagers is a social multisectorial failure that recycles poverty and increase underdevelopment. The magnitude of the problem requires the design and implementation of public policies as well as specific permanent strategies to reduce the incidence. *An Venez Nutr 2023; 36(1): 22-37.*

Key words: teenage pregnancy, adolescent, early pregnancy Venezuela.

Introducción

“Adolescente”, en la actualidad, es una persona, cuya edad, está comprendida entre los 10 y 19 años, según

lo estableció la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). El término deriva del latín “adolescencia” (2), que significa “crecimiento”. Durante esta etapa vital, los niños presentan, progresivamente, cambios físicos, psicológicos y sociales que deben transformarlos en adultos.

La evolución del estilo de vida de la población mundial, en los últimos cien años, modificó la importancia de la adolescencia. El mundo moderno

¹ Trabajo de Incorporación del Dr. José Francisco como Individuo de Número, Sillón XIII de la Academia Nacional de Medicina. 29 de septiembre de 2016. Publicado en: Trabajos de Incorporación en la Academia Nacional de Medicina. Tomo XXII. Díaz Bruzual A, López Loyo ES(Eds.). Caracas: Editorial Ateproca; 2018.p.1-35. ² Doctor en Ciencias Médicas. Médico Puericultor y Pediatra. Solicitar copia a: chenofra@gmail.com

exige que los jóvenes reciban una formación suficiente y adecuada, en competencias y actitudes, que tengan reconocimiento social y puedan tener acceso a niveles educativos, profesionales y técnicos que les permitan incorporarse en una etapa de autonomía progresiva, para lograr mejor calidad de vida productiva y satisfactoria para ellos y para su familia.

Estos conceptos, según Silber (3) son completamente válidos en las sociedades industrializadas o desarrolladas y en aquellas que están evolucionando en esa dirección. El embarazo en ese período de 10 a 19 años, limita el logro de esos objetivos, por lo tanto, constituye un problema social que afecta a los adolescentes, a sus hijos, a su familia y a su país, en general. El embarazo de adolescentes es más frecuente y complejo en los sectores de menos recursos. Se trata de un problema con múltiples factores, donde predominan los aspectos sociales y culturales, las causas son multifactoriales y las soluciones son complejas (3). Como los primeros ocho años del lapso de adolescencia, están dentro de la definición actual de “niño”, instaurado desde 1990, cuando la Organización de Naciones Unidas (ONU), aprobó la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) (4), con la ratificación, de la casi totalidad de los países del mundo, incluida Venezuela, país que además la adoptó como ley nacional ocho meses después. La CIDN establece, en su Artículo 1: “... se entiende por niño todo ser humano menor de 18 años...”. (4). La diferencia entre el concepto de adolescente de la OMS y el de niño de la ONU, no impide que coexistan. La Convención tiene gran importancia legal, entre otras razones, porque transformó las necesidades de los niños, en derechos por lo cual se abandonó el concepto de sujeto tutelado. La definición de adolescente de la OMS es muy útil, por haber sido asumida a escala global, para analizar las situaciones relativas a la adolescencia y recomendar acciones de protección, apoyo y atención.

Por otra parte, la Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA), aprobada en Venezuela en 2007, define adolescencia:” toda persona entre doce años o más, y menos de 18 años” (5), lo cual ocasiona confusiones, porque algunos organismos oficiales la utilizan, como indicador del fenómeno y más importante aún, produce un sesgo, con respecto a las estadísticas que usan el lapso de 15 a 19 años.

Se han identificado etapas de maduración y riesgos dentro de la adolescencia. Para algunos autores, son

tres etapas: 10 a 13 años; 14 a 16 años y 17-19 años (3).

Se cuantifica, generalmente, a partir de los nacimientos vivos de madres adolescentes: número, porcentajes respecto al total de nacimientos y en tasas, entre otros. Las tasas relacionan la causa con la población general o por grupos de edad y/o sexo. En salud sexual y reproductiva, la Tasa Global (o General), de Fecundidad (TGF), es una estimación del número de hijos que podría tener una mujer en toda su vida fértil (15 a 49 años), si se mantienen sin modificaciones, las características del embarazo y el parto en ese país o región. La Tasa Específica de Fecundidad (TEF), se calcula con el número de nacimientos anuales, registrados, en un grupo de edad determinado, (por ej. 15 a 19 años), por cada mil habitantes de la población femenina del mismo grupo de edad. Como indicador, solo se utiliza la TEF de 15 a 19 años, por tanto, excluye los nacimientos de madres menores de 15 años. Cuando sucede en este grupo de edad, es frecuente su relación con violencia sexual.

El embarazo en la adolescencia es inoportuno. Por una parte, tiene muchos aspectos negativos, entre ellos, impide o limita el proceso formativo; disminuye las posibilidades de trabajo digno y bien remunerado; limita el ascenso social; modifica el plan de vida; incrementa el riesgo de afectación de la salud social, psicológica y física, tanto de la embarazada, como de la criatura; aumenta la mortalidad materna e infantil, contribuye al incremento de la pobreza y frena el desarrollo del país. Que la adolescente esté fuera del sistema educativo actúa como causa y como consecuencia del embarazo de adolescentes (7).

El fenómeno es complejo, tiene raíces históricas, sociológicas y culturales. El entorno familiar y comunitario donde el fenómeno es habitual contribuye a su repetición en nuevas generaciones. Por otra parte, promete emancipación y “cambio de estatus”, favorecido por entornos hostiles o violentos en su entorno familiar.

Importancia

Se estima, que en el mundo hay cerca de 580 millones de adolescentes. Cada año, se registran 20 mil nacimientos diarios, en madres menores de 18 años, es decir 7,3 millones anuales, de los cuales 2 millones corresponden a madres menores de 15 años. Se ha estimado que, cada año, fallecen 70 mil mujeres adolescentes por complicaciones del embarazo y del parto y se producen 3,2 millones de abortos inseguros en ese grupo etario (7).

El 95% de los nacimientos de hijos de adolescentes ocurren en países denominados “en desarrollo” (6). En los países denominados industrializados o desarrollados y en las áreas desarrolladas de los países pobres, también hay embarazos de adolescentes, pero en una proporción mucho menor (aproximadamente: 5% del total de nacimientos). El embarazo de las adolescentes tiene relación con los Derechos Humanos, entre otros, los vinculados a una vida saludable y limita el cumplimiento de casi todos los Objetivos del Milenio de la OMS (8).

En promedio, 19% de los embarazos, en los países pobres, se produce en mujeres menores de 18 años. En las regiones centrales y del oeste del continente africano, se registran los porcentajes más altos: hasta 28% de 15 a 19 años y 6% de 10 a 14 años (7).

En Europa, la TEF, es variable: El Reino Unido, tiene la tasa específica más alta: 15 por mil mujeres de 15 a 19 años; los Países Bajos: 4, y Suiza: 1,5. En cuanto a la TGF, El Reino Unido tiene la más alta de Europa: 1,8 (9).

En EE. UU. de Norteamérica (10), la TEF en 2014 es 24 por mil, la más alta dentro de los países industrializados. Sin embargo, ha disminuido 57% desde 1991, lo cual se atribuye a la posposición de la edad de inicio de actividad sexual y utilización del método dual de prevención: (preservativo y método hormonal), con énfasis en el uso de anticoncepción desde la primera relación sexual” (11). Canadá tiene una TEF de 10 por mil.

En América Latina las cifras son intermedias, entre las más elevadas, en los países africanos subsaharianos y las más bajas, registradas en Europa y en algunos países asiáticos. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Protección de la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) (12): 1) “En América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazo de adolescentes del mundo. 2) El 38% de las mujeres de la región, quedan embarazadas antes de cumplir los 20 años. 3) Casi 20% de los nacimientos vivos en la región son de madres adolescentes. 4) Los porcentajes de embarazo son de 3 a 5 veces más altos entre adolescentes de escasos recursos. 5) En la región, aproximadamente 50% de las y los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos. 6) Las niñas menores de 15 años tienen mayores posibilidades de morir en el alumbramiento que las de 15 o más años”.

En el Cuadro 1, se presenta la información del Banco Mundial de 2015 (10) sobre 21 países latinoamericanos, reordenados por frecuencia descendiente. Venezuela está en el lugar 18 de 20 países en TEF; es el cuarto de los países con tasas específicas altas de Latinoamérica y el primero de Suramérica.

La TGF, no está consignada en orden. Las tasas específicas más elevadas en países de América Latina (2014), son: República Dominicana: (98); Nicaragua: (90); Guatemala: (81); Venezuela: (80); y Ecuador: (76). Las más bajas, según dicha información, son: Haití, Puerto Rico, Cuba y Chile (10).

Cuadro 1. América Latina. Adolescentes de 15 a 19 años. Tasa Global de Fecundidad. Orden creciente de Tasa Específica de Fecundidad. 2014

Orden	País	TEF	Tasa Global	Orden	País	TEF*	Tasa Global
1	Haití	40	3,1	12	El Salvador	66	2,0
2	Pto. Rico	43	1,6	13	Honduras	66	2,4
3	Cuba	46	1,6	14	Brasil	67	1,8
4	Chile	48	1,7	15	Bolivia	71	3,0
5	Perú	50	2,5	16	Panamá	75	2,5
6	Colombia	52	1,9	17	Ecuador	76	2,6
7	Paraguay	56	2,6	18	Venezuela	80	2,4
8	Costa Rica	57	1,6	19	Guatemala	81	3,3
9	Uruguay	57	2,0	20	Nicaragua	90	2,3
10	México	63	2,3	21	República Dominicana	98	2,5
11	Argentina	64	2,3				

Fuente: Banco Mundial. Tasa de Fertilidad Total. 2014. Dispersión TEF: (40-88); TGF: (3,1-1,6)

Llama la atención que Venezuela figure con cifras de 2014, que no son conocidas en el país. Por otra parte, no parece lógico que Haití presente la TEF más baja, cuando es el país con la mayor TGF de la región.

Factores de riesgo:

El embarazo de adolescentes no es una enfermedad propiamente dicha, aunque repercute sobre la salud, en los aspectos sociales, psicológicos y biológicos. La multicausalidad del fenómeno obliga al análisis de los factores de riesgo. Los principales factores predisponentes son: vivir en condiciones de pobreza, estar fuera del sistema educativo, formar parte de familias disfuncionales, inicio temprano de actividad sexual, falta de información oportuna y de acceso real a los medios de prevención del embarazo.

Un aspecto que debería investigarse a fondo es el deseo, consciente o no, de quedar embarazada. Si a esto se agrega el valor cultural de la maternidad, como una meta femenina ancestral, reforzada por su propia estructura familiar y comunitaria y por el hecho de que la maternidad, puede asumirla la joven, como un cambio de estatus al “graduarse de madre”.

Por otra parte, la situación puede ser reforzada, en algunos países: el apoyo económico oficial, puede constituir un estímulo agregado, para incrementar los ingresos de tipo económico o de recursos gratuitos.

La participación de la contraparte masculina puede añadir riesgos al tener características de machismo irresponsable, al practicar citas violentas con violación y/o rechazo de los medios anticonceptivos de barrera, así como evadir la responsabilidad ulterior de apoyo y compromiso con la joven embarazada.

Otro factor que ha sido citado, aunque de difícil evaluación, es la disminución de la religiosidad, la cual disminuye la aplicación de normas éticas y valores, que constituyen una limitante, al inicio precoz de la actividad sexual y al embarazo de las adolescentes.

Es un hecho bien conocido, la frecuencia con la que muchas adolescentes madres conciben de nuevo, a veces en un plazo tan corto como un año, lo cual agrava considerablemente la situación.

En Venezuela, aparentemente, los matrimonios obligados de niñas con adultos, auspiciados por la familia, no constituyen un problema frecuente, como sucede en otros países. El ingreso de grupos de emigrantes, cuyas costumbres incluyen esta variante, podría incorporar este factor de riesgo en el país.

Uno de los pioneros del desarrollo de la Medicina del Adolescente, en el Continente Americano,

el Dr. Tomás Silber (13), escribió, en 1985, un artículo de menos de dos páginas: “El embarazo en la adolescente, una nueva perspectiva”, en el libro: “La salud del adolescente en las Américas”, con un enfoque adelantado para la época, cuando manifestó su desacuerdo con asumir el embarazo de adolescentes como una “enfermedad” que se “cura” con una medida tecnológica, por ejemplo: “el mejor anticonceptivo”. Comenta que “el modelo médico” (...) “pasa por alto el tema crucial: la motivación de la adolescente, ya sea para evitar o para desear un embarazo” y finaliza: “La necesidad de prevenir el embarazo no se percibe como una prioridad, entre las adolescentes (...) las fuerzas que dan origen al embarazo de la adolescente -el medio ambiente social y cognoscitivo- no obedecen a temas racionales”(...) “los sentimientos complejos que rodean la sexualidad, inclusive reacciones como la negación de ésta, a menudo interfieren con la habilidad de planear, de la adolescente, por lo tanto es necesario desarrollar una variedad de estrategias de prevención y tratamiento”.

En resumen, la suma, combinación y potenciación de los factores de riesgo del embarazo de adolescentes, debe guiar la existencia y aplicación de leyes y normas específicas, de recursos de información y de acciones concretas, como parte de las políticas nacionales de salud relacionadas con el tema (3).

Repercusiones

Las consecuencias de los embarazos de adolescentes son múltiples y complejas. Se considera un problema individual, familiar y colectivo, porque constituye una situación difícil, que se agrega a las dificultades del entorno y a las dificultades propias del proceso de desarrollo biopsicosocial que permiten pasar de la niñez a la vida adulta, todo lo cual afecta el presente y el futuro de las madres adolescentes, de sus hijos y de la sociedad, en general. Las principales consecuencias se pueden analizar en varias áreas: *Salud, Educación, Poblacionales, Economía, Situación en Venezuela y Problema de salud pública.*

Salud:

Los servicios, generalmente no son adecuados, ni su personal suficientemente preparado y motivado para atender, de manera integral, las necesidades de prevención y de las adolescentes embarazadas, durante y después del parto.

Desde el punto de vista biológico, las adolescentes menores de 16 años tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad que las de 17 a 19 años, tanto durante el embarazo, como en el parto y posparto. Sin embargo,

algunas investigaciones han demostrado que, cuando se atiende de manera oportuna y adecuada a las adolescentes embarazadas, las consecuencias pueden reducirse a una frecuencia comparable con las de mujeres mayores de 20 años (3).

Con frecuencia se produce rechazo familiar, discriminación, críticas evidentes o veladas, en los servicios de salud y educación y en la comunidad, todo lo cual ha disminuido en las últimas décadas, pero no ha desaparecido.

Ser hijo de adolescentes es un factor predisponente para ser víctima de maltratos en sus diversas formas, especialmente: negligencia, psicológico y físico. Es frecuente que la madre adolescente tenga mayor número de hijos, en comparación con las mujeres que inician su reproducción después de los 20 años.

Educación:

En el Boletín Demográfico N° 8, del Subcomité de Embarazo en Adolescentes del INE. (Febrero, 2015), informaron que “Los datos arrojados por el XIV Censo Nacional de Población y Vivienda, indican que el 72% de las adolescentes, que han tenido al menos un hijo, se encuentran fuera del sistema educativo” (14). El ausentismo escolar aumenta el riesgo del embarazo de adolescentes, tanto el primero como los sucesivos (15,16).

Poblacionales:

Su estructura y dinámica, también se afecta. En cada embarazo, hay, como mínimo, dos eslabones débiles: el hijo y la madre. Además, en muchos casos, el padre de la criatura también es un adolescente, lo cual aumenta el número de involucrados, quienes tienen menos oportunidades de prepararse adecuadamente para incorporarse en el mercado de trabajo, todo lo cual afecta negativamente su desarrollo y el del país (15).

Economía:

Los gastos asistenciales son más elevados en los embarazos, partos y atención de los hijos de adolescentes, especialmente por mayor frecuencia y gravedad de las complicaciones. Por otra parte, la productividad de los involucrados es inferior a la de los jóvenes que continúan su formación, todo lo cual cierra el círculo de la pobreza de manera negativa (7).

Situación en Venezuela:

Nuestro país, en 1993, ocupaba, en porcentaje, el lugar 13, en 26 países de América Latina y el Caribe, con 21,6% de madres adolescentes de todos los partos anuales. Perú ocupaba el lugar más alto, con 26,2% y Chile el más bajo con 10,0%. En cuanto a la TEF del mismo grupo, Venezuela ocupaba el lugar 12 con 90 nacimientos por mil habitantes del grupo etario (17).

En 1912, hace más de un siglo, el Dr. Luis Razetti (citado por Archila R.), en respuesta a la Comisión Revisora de Códigos Nacionales, en relación con el denominado “peligro venéreo” se refería al: “... establecimiento simultáneo de la educación sexual en los planteles de enseñanza, con carácter de obligatoriedad en los centros de docentes para varones, pero sin olvidar que la educación sexual de la mujer es tanto, o más importante, que la del hombre”, en efecto: “La mujer ha conquistado en los últimos tiempos una libertad personal de la que antes no gozaba, ni podía gozar, porque el criterio de nuestros próximos antepasados era completamente opuesto para la mujer honesta”. Más adelante recomendó: “Es necesario establecer la educación sexual desde la escuela primaria hasta la universidad” (18). Es muy lamentable que su mensaje, aún tenga plena vigencia en nuestro país.

La primera referencia nacional encontrada en Venezuela, sobre embarazo en adolescentes es la de Rosendo Castellanos *et al* (19), en el lapso 1954-1968, fue 0,19% del total de nacimientos, en adolescentes menores de 15 años. Se citan algunas publicaciones nacionales del lapso 1978-1990, con resultados porcentuales, relacionadas con nacimientos de hijos de madres adolescentes entre 15 y 19 años, atendidas en hospitales públicos, en Venezuela: Padula (20): 19,63%; Arechavaleta *et al* (21) (1976-1982): 18,85%; López Gómez *et al* (1979-1983): 11,76% (22); Kizer *et al* (23) (1986): 8,6% (menores de 18 años); Toro y Uzcátegui (24) (1995): 19,90%. Más recientemente, en 2009, el trabajo de Uzcátegui: “Embarazo de la Adolescente”, publicado en la Colección Razetti, de la Academia Nacional de Medicina (25).

En Venezuela, según el INE (26), en 1984, los nacidos vivos registrados (NVR), de madres de 15 a 19 años, representaron 15,28%. En 2002 (27), 20,30% y en 2012, (28) 21,28%, lo cual significa 6,68% de incremento en 28 años.

En el país ha existido una preocupación visible por el embarazo en la adolescencia, desde hace, al menos 40 años. Los organismos internacionales de salud han apoyado iniciativas y acciones. Se han creado organizaciones, grupos de trabajo del sector oficial y de tipo privado, de diversa índole: normativas, asistenciales, educativas y mixtas, entre otras. En cada caso, se han realizado esfuerzos y logrados éxitos, de duración variable: elaboración de materiales divulgativos, foros, talleres educativos, atención preventiva, atención de madres muy jóvenes, entre otros. Desafortunadamente se ha tratado de acciones inconexas y temporales, las cuales no han tenido apoyo continuo y especialmente ha faltado la creación y aplicación de políticas públicas concretas, mantenidas y evaluadas, que amalgame las diversas iniciativas y les den respaldo, solidez y continuidad.

Los principales pioneros en plantear los problemas de los adolescentes en Venezuela fueron básicamente: obstetras, pediatras, psiquiatras, psicólogos, sociólogos y otros profesionales.

El aporte normativo gubernamental más reciente, fue la elaboración y publicación de la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2013 (29).

La Academia Nacional de Medicina, ha manifestado su opinión sobre el tema, en muchas oportunidades. Una de ellas, fue el importante foro “Embarazo precoz” (30), en 1998, homenaje al Dr. Luis Razetti, coordinado por la recordada Académica, Dra. Milena Sardi de Selle, publicado en un folleto, cuyo contenido y propuestas, están vigentes y siguen esperando respuestas.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) de Venezuela, es el organismo responsable de recopilar y difundir la información sobre población y otros aspectos del país. En junio de 2013 (31) se creó, dentro del Sistema Estadístico Nacional, un Subcomité de Embarazo de Adolescentes, “con el fin de brindar información oportuna y de calidad sobre el tema, para la toma de decisiones”. De los 13 sectores integrantes, hay 11 oficiales y dos organismos internacionales. El Subcomité ha publicado varios Boletines informativos específicos. Cabe señalar que, en algunas de ellos consideran adolescentes, solo al grupo etario de 12 a 17 años, basándose en la Ley Orgánica de Protección del Niño, (LOPNNA) (5), por lo cual no se incluye a las adolescentes de 10 y 11 años, ni a las de 18 y de 19 años. En ocasiones utilizan el lapso 12-19 años.

Problema de salud pública:

El fenómeno del embarazo de adolescentes en Venezuela reúne las características que permiten considerarlo como problema de salud pública en razón de las siguientes tres consideraciones generales:

Impacto: número de personas afectadas: madres muy jóvenes, (cerca de 140 mil anuales en 2012 (28): embarazos generalmente no planificados; hijos: (otros 140 mil anuales), no siempre deseados, con dificultades para su crianza, así como numerosos padres jóvenes, que se pueden estimar en 20 mil, quienes también interrumpen su desarrollo cuando se involucran en la responsabilidad de la crianza de sus hijos, todo lo cual constituye un problema demográfico y social que puede afectar, en Venezuela, sumando los tres componentes, a más de 300 000 personas al año, cerca de 3 millones de personas cada diez años.

Trascendencia: daño real y potencial de madres e hijos y algunos padres, sumidos en la pobreza.

Vulnerabilidad: posibilidad de controlarlo y hasta erradicarlo, lo cual es perfectamente posible, si se crean y aplican las políticas nacionales necesarias para lograrlo.

Materiales y Métodos

Objetivo General: Evaluar la evolución, situación actual e importancia del embarazo de adolescentes en Venezuela.

Objetivos Específicos: 1.- Determinar la evolución cuantitativa del embarazo de adolescentes en Venezuela: número de nacimientos de niños vivos, porcentajes, tasas y otros datos, mediante la información estadística oficial del INE, desde 2003 hasta 2012, último año de información oficial disponible. 2.- Investigar la incidencia de nacimientos de hijos de madres adolescentes, según dos subgrupos de edad de las madres: (10-14 años y 15-19 años), en los archivos de sala de partos de dos hospitales del sector público, donde acuden embarazadas de pocos recursos económicos y dos del sector privado cuyas usuarias provienen de estratos sociales con mayores recursos. Variables: frecuencia de partos naturales, cesáreas y legrados de adolescentes embarazadas, en 2014 y/o 2015, en Caracas. Además, comparar estos resultados con los de estudios anteriores. 3.- Determinar la frecuencia de asistencia en la Consulta Prenatal, según edad, de madres adolescentes en la

Consulta Prenatal (2015), en el Hospital Materno Infantil del Este. 4.- Investigar, en los archivos de las cuatro instituciones, el número y porcentaje de los subgrupos de edad, dentro del grupo adolescente, lo cual no aparece en la información de sus archivos. 5.- Analizar la importancia de la situación reciente y actual del embarazo de adolescentes en Venezuela.

Se trata de una investigación desarrollada en el campo de la medicina clínico-epidemiológica y salud pública. Está ubicada en el campo descriptivo y analítico. La población estudiada es de adolescentes embarazadas.

La recolección de la información fue tomada de las fuentes directas, las variables estudiadas y fuentes se señalan a continuación:

- A.-Información del INE de Venezuela, sobre N°, porcentajes, tasas de nacidos vivos registrados, hijos de adolescentes, (de 10 a 14 años, 15 a 19 años) y de todas las edades, especialmente, en el lapso 2003 a 2012.
- B.-Información en el Archivo del Hospital Materno Infantil del Este “Dr. Joel Valencia” (Caracas), sobre número de adolescentes embarazadas atendidas, nacimientos, tipos de parto y legrados en dicha Institución, en el lapso 2006-2008 y 2012-2014.
- C.-Investigación directa en los archivos en cuatro hospitales de Caracas: dos de administración pública y dos de administración privada, el número de nacidos vivos y proporción de madres adolescentes, tipo de parto, edad de las madres adolescentes.
 - 1.- Administración pública: a) Hospital Materno Infantil del Este. (Gobierno del Estado. Miranda). (Enero – diciembre 2015; b) Maternidad “Santa Ana” (IVSS) (Enero-diciembre 2014).
 - 2.- Administración privada: a) Clínica “La Arboleda” (Enero-diciembre 2014); b) Centro Médico de Caracas (Enero-diciembre 2014).
- D.-Proporción de adolescentes embarazadas en la Consulta Prenatal del Hospital Materno Infantil del Este (Enero-diciembre 2015).

Los resultados se presentan en cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas, y figuras, tipo diagrama de barra y diagrama lineal, derivados de los mismos. El procesamiento de datos se realizó con paquete estadístico de computadora, con asesoría especializada.

Resultados y Discusión

En cuanto a la determinación de la evolución cuantitativa del embarazo de adolescentes en Venezuela, se presentan:

1. Datos del Instituto Nacional de Estadística de Venezuela. Se revisó la data de la década 2003-2012 (32), en la cual hay 6 122 296 nacidos vivos registrados (NVR), de ellos, 1 387 131 (22, 65%), eran hijos de madres adolescentes.

En el Cuadro 2 se presentan los resultados de la década 2003-2012 (INE) (31), en cuanto a nacidos vivos registrados en relación con la edad de la madre, en cuatro subgrupos etarios: tres relacionados con adolescentes y el total de NVR en cada año.

En la década 2003-2012, (32) cifras oficiales de Venezuela, hay un total de 6 122 296 NVR. El grupo de edad 15-19, constituyó 21,45% del total de NVR: El grupo de edad 10 a 14 años, 1,20%.

Si se toma como 100%, la suma de los dos subgrupos de hijos de madres adolescentes (10 a 14 y 15 a 19 años), N: 1387131, los de 10 a 14 años (N: 73 458), constituyeron el 5,29% y los de 15 a 19 años (N: 1313 673), representaron el 94,70% del total de madres adolescentes.

En resumen, 95% de los nacimientos de menores de 20 años, en la década, están registrados en el subgrupo de 15 a 19 años. Este grupo etario de 15 a 19 años es el único indicador utilizado por los organismos internacionales, por lo tanto, se excluyeron de la información al muy importante subgrupo de las madres más jóvenes, las menores de 15 años, quienes constituyen del total, pero presentan más dificultades y secuelas, tanto de tipo social, como psicológico y biológico, en comparación con las adolescentes del grupo de 15 a 19 años.

En 2012, los NVR de madres de 15 a 19 años fue de 136 039 (21,96%) y la de 10 a 14 años; 7452 (1,19%) para un total de 143 491 NVR (23,16%) de madres menores de 20 años, en relación con los 619 520 NVR de madres de todas las edades (28).

El hecho de que las cifras oficiales mostraron ascensos moderados durante los primeros nueve años del lapso 2003-2012, podría ser interpretado como un logro, pero no es suficiente. Debe tomarse en cuenta que, el compromiso, es disminuirlo, porque la meta ideal es cero.

Venezuela, nunca había ocupado el primer lugar en las TEF de adolescentes en América del Sur, lo

Cuadro 2. Nacidos vivos registrados de madres de 10 a 14 años, de 15 a 19, de 10 a 19 años y de todas las edades, según año y % del total. Venezuela. 2003-2012

Año	10 a 14 años		15 a 19 años		10 a 19 años (subtotal)		Todas las edades	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003	6.004	1,08	114.219	20,55	120.223	21,63	555.614	100
2004	7.332	1,49	131.104	20,54	138.436	21,70	637.799	100
2005	7.459	1,12	142.634	21,46	150.093	22,53	665.997	100
2006	7.707	1,19	139.234	21,54	146.941	22,74	646.225	100
2007	7.402	1,20	133.508	21,69	140.910	22,89	615.371	100
2008	6.988	1,20	126.671	21,78	133.659	22,98	581.480	100
2009	7.737	1,30	130.976	22,05	138.713	23,35	593.845	100
2010	7.778	1,31	130.388	22,05	138.166	23,36	591.303	100
2011	7.599	1,23	133.900	21,76	141.499	23,00	615.132	100
2012	7.452	1,20	136.039	21,95	143.491	23,43	619.530	100
Total	73.458	1,20	1.313.673	21,45	1.387.131	22,65	6.122.296	100

Fuente: Anuarios del Instituto Nacional de Estadística de Venezuela 2003-2012.

cual podría explicarse porque los demás países de la subregión lograron disminuir la incidencia.

Otro aspecto relevante, es la limitación técnica para conocer la realidad, debido a que la metodología usada por todos los organismos internacionales al utilizar, casi de manera exclusiva, el N° de NVR del grupo de edad de 15 a 19 años. Así, excluyen, entre otros embarazos, a los hijos de madres de 10 a 14 años, e incluso a los casos de madres menores de 10 años. Debe tomarse en cuenta, además de la indispensable prevención, que el problema no culmina con el nacimiento de estos niños, sino que se prolonga, junto con la situación de la madre, a través de toda su infancia y quizás de toda su vida, e incluso, para su descendencia, por las consecuencias sociales, psicológicas y biológicas del fenómeno.

En la Figura 1, se presenta una síntesis del lapso 1973-2012, expresada en Tasas (33). La evolución de la TEF de los grupos etarios de 15 a 19; 20 a 24 y 25 a 29 años, en un lapso de 40 años, en tres momentos diferentes, con lapsos asimétricos (1973, 2003 y 2012).

La tasa de los adolescentes de 15-19 años, se mantiene prácticamente igual, mientras que los otros dos grupos, descienden casi en 45%. La TGF, descendió 50%, de 4,90 en 2003 a 2,45 en 2012 (32), pero esta diferencia no es apreciable en la figura, por razones de escala. Si la TGF desciende un

50% y la TEF de 15 a 19, se mantiene con mínimas variaciones, se puede inferir, que la disminución de la TGF se produjo por un descenso importante de las tasas de fecundidad de la población femenina de 20 a 49 años.

En el cuadro 3, se presentan los resultados en la última década de datos publicados (2003-2012), sobre la TEF de adolescentes de 15 a 19 años y la TGF de 15 a 49 años del mismo lapso. La TEF de

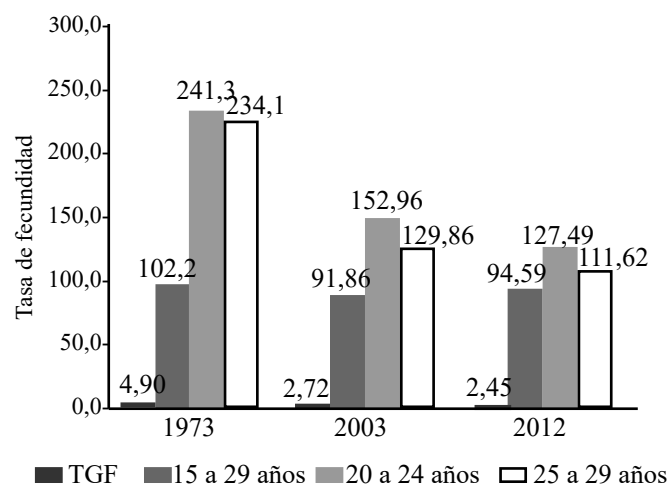


Figura 1: Tasa Global de Fecundidad. Tasas Específicas de Fecundidad, según grupos de edad 15-19; 20-24 y 25-29 años. Venezuela. 1973, 2003 y 2012.

Cuadro 3. Tasa de Fecundidad Específica 15-19 años y Tasa General de Fecundidad 15-49 años. Venezuela 2003-2012

Año de ocurrencia	Tasa Específica de Fecundidad 15-19 años	Tasa Global de Fecundidad 15 a 49 años
2003	91,86	2,72
2004	91,70	2,69
2005	91,30	2,65
2006	90,90	2,62
2007	90,50	2,58
2008	89,90	2,56
2009	89,90	2,52
2010	88,90	2,49
2011	95,24	2,47
2012	94,50	2,45

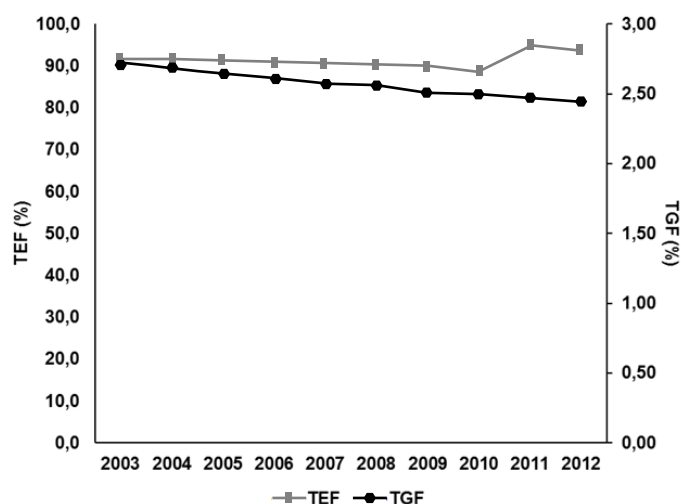
Fuente: Anuarios Estadísticos de Venezuela 2003-2012

15-19 años, disminuyó 2,96 puntos en 8 años, desde 2003 hasta 2010. Luego aumentó 5,60 puntos en un año: (de 88,90 en 2010 a 95,24 en 2011). El año siguiente, (2012), disminuyó a 94,50 (0,74 puntos). Ambos valores (2011 y 2012), son superiores a la del primer año de la década.

Los datos de TGF muestran disminución homogénea en la misma década (2003-2012), (32) desde 2,72 en 2003 hasta 2,45 en 2012, lo cual se explica porque se trata de una estimación estadística.

Llama la atención, que en el lapso 2010-2012, en los datos de número de nacimientos del INE, en el grupo de 15 a 19 años, (Cuadro 2), no aparece un incremento, proporcional al que sería de esperar, de acuerdo con los cambios observados en la tasa (Figura 2).

El incremento de la TEF, en 2011 y 2012, debe ser motivo de investigación, ya que parece identificar un incremento importante de los nacimientos. La información sobre los resultados de los años 2013 a 2015, seguramente permitirá clarificar esta situación.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas 2003 - 2012.

Figura 2. Tasa Específica de Fecundidad, de madres de 15 a 19 años y Tasa Global de Fecundidad. Venezuela. 2003-2012

2. Datos de la Dirección de Archivo del Hospital Materno Infantil del Este "Dr. Joel Valencia.

Ubicado en Petare, Municipio Sucre, Estado Miranda, Área Metropolitana de Caracas En esa zona hay más de dos mil barrios, no planificados, habitados por familias de muy escasos recursos (34). Este hospital ha confrontado varios periodos de dificultades de estructura y de presupuesto, que han repercutido en la regularidad de su rendimiento asistencial. Los años utilizados, no son continuos, debido a una disminución muy marcada del número de embarazadas asistidas en los años faltantes.

En los 6 años seleccionados se registraron 11 813 partos de mujeres de todas las edades, de los cuales 1858 (15,72%) fueron partos de madres adolescentes. De ellos 1461 (78,63 %), por parto natural y 397 (21,36%) por cesárea o fórceps. (Cuadro 4).

Llama la atención el porcentaje relativamente bajo de madres adolescentes atendidas, (15,72%), el cual es inferior a los datos nacionales (INE), de la misma época: (22,44% en 2006 y 23,43% en 2012, (34) (Cuadro 1). Las dificultades de funcionamiento del hospital podrían constituir un factor, si por esa razón, se refirieron a otras instituciones, con preferencia, a las adolescentes que acudieron, al considerarlas de riesgo obstétrico alto.

En cuanto a la frecuencia de legrados, se obtuvo la información en el Archivo del Hospital Materno Infantil del Este, correspondiente a 6 años, no continuos: [2006-2008 y 2012-2014] (Cuadro 5).

Cuadro 4. Nacidos vivos de madres de 10 a 19 años, según año, número y %. Hospital Materno Infantil del Este. Caracas. 2006-2008 y 2012-2014. Venezuela

Año	Grupo etario: 10 19 años				
	Parto natural	Cesárea y fórceps	Sub Total	%	Todas las edades
2006	471	127	598	14,70	4066
2007	478	103	581	18,32	3171
2008	83	6	89	18,78	474
2012	219	91	310	14,83	2090
2013	129	29	158	14,49	1090
2014	81	41	122	13,23	922
Total	1461	397	1858	15,72	11813

Nota: Secuencia anual discontinua por razones técnicas

Fuente: Departamento de Archivo del Hospital Materno Infantil del Este.

En el lapso citado, se registraron 498 legrados (35), con una media de 21,14% del total de adolescentes embarazadas atendidas. La dispersión de la proporción de legrados estuvo entre 17% y 24,76%. En resumen, una de cada cinco adolescentes embarazadas, atendidas en el lapso, se le practicó legrado.

Los datos de legrados se refieren a embarazadas que acuden a este hospital con un aborto incompleto, lo cual es solo una parte, de un número no conocido, de abortos en la comunidad de usuarias de la institución. Si este fenómeno fuera similar en el resto del país, podríamos agregar, como mínimo, un 20% más de embarazos de adolescentes que lo informado oficialmente por el INE.

3.- Datos obtenidos de la revisión de los libros de sala de partos de cuatro hospitales de Caracas.

Se presenta una investigación personal, del autor, realizada sobre embarazadas atendidas en cuatro hospitales ubicados en la Zona Metropolitana de Caracas, con datos de los años 2014 y/o 2015, efectuada en dos maternidades de carácter público. “Maternidad Santa Ana” y Hospital Materno Infantil del Este “Dr. Joel Valencia” (H.M.I. del Este), así como en dos hospitales de carácter privado: Clínica “La Arboleda” y Hospital Privado Centro Médico de Caracas, todos en el Área Metropolitana de Caracas. Se obtuvo autorización de la Dirección de las Instituciones hospitalarias, para la revisión de los Registros de la actividad de sala de partos.

Cuadro 5. Nacidos vivos y legrados de madres de 10-19 años, según año, número y %. Hospital Materno Infantil del Este. Caracas. Venezuela. 2006-2008 y 2012-2014.

Año	Parto Natural	Cesárea y Fórceps	Sub Total	%	Legrados	%	Total
2006	471	127	598	78,37	165	21,62	763
2007	478	103	581	80,14	144	19,86	725
2008	83	6	89	78,07	25	21,92	114
2012	219	91	310	78,08	87	21,91	397
2013	129	29	158	75,24	52	24,76	210
2014	81	41	122	82,99	25	17,00	147
TOTAL	1461	397	1858	78,86	498	21,14	2356

Fuente: Archivo del Hospital Materno Infantil del Este.

Cuadro 6. Embarazo de adolescentes. Nacidos vivos, según grupos etarios, número y %, en cuatro hospitales. Caracas, Venezuela. 2014-2015

Año	Grupos etarios									
	10 a 14		15 a 19		Subtotal 10 a 19		20 y mas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Maternidad Santa Ana * 2015	88	1,03	2.116	24,90	2.204	25,93	6.293	74,06	8.497	99,99
Hospital Materno Infantil del Este* 2015	6	0,74	193	23,74	199	24,48	614	75,52	813	100,00
Subtotal Públicas*	94	1,02	2.309	24,80	2.403	25,81	6.907	74,18	9.310	99,99
Clínica La Arboleda ** 2014	----	----	27	1,50	27	1,50	1.771	98,50	1.798	100,00
Centro Médico de Caracas. ** 2014	----	----	8	1,64	8	1,64	480	98,36	488	100,00
SubTotal Privadas**	----	----	35	1,53	35	1,53	2.251	98,46	2.286	99,99
Total: Públicas* y Privadas**	94	0,81	2.344	20,21	2.438	21,02	9.158	78,98	11.596	100,00

*Público; **: Privado

Fuente: Revisión de los libros y carpetas de Sala de Partos en cada Institución.

Se trata de un total de 11 596 nacidos vivos (NV) (100%), de madres de todas las edades, en el conjunto de las cuatro instituciones investigadas (Cuadro 6). El total de madres adolescentes (10 a 19 años), fue 2438 de las cuales 2403 (98,56%), fueron atendidas en las maternidades públicas y 35 (1,44%), en las privadas. El porcentaje de madres adolescentes de 10 a 19 años fue 25,81% en los dos hospitales, públicos y 1,53% en los privados.

El conjunto, en los cuatro hospitales, los hijos de madres adolescentes, expresados en porcentaje representa el 21,02% de todos los nacimientos: 25,81% en las dos instituciones públicas y 1,53% en las dos privadas.

Si se utiliza el grupo etario del indicador internacional,

Cuadro 7. Nacidos vivos de madres adolescentes en dos maternidades públicas, según subgrupos de edad, número y %. Venezuela 2014 y 2015

Grupos de edad (años)	Clínica "Santa Ana", 2014		Hospital Materno Infantil del Este, 2015		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10 a 14	88	4	6	3	94	4
15 y 16	529	24	45	23	574	24
17 a 19	1587	72	148	74	1735	72
Total	2204	100	199	100	2403	100

Fuente: Investigación en el Archivo de ambos hospitales.

(TEF de 15 a 19 años), el resultado sería 25,81% para los hospitales públicos y 1,53% para las privadas.

Aunque estos resultados, por su número, no son estadísticamente representativos para el país, si muestran la marcada diferencia de la proporción del nacimiento de más hijos de madres adolescentes, en el sector de pocos recursos en comparación con el de mayores recursos.

En el grupo de madres menores de 20 años, se encontró 25,81%, en el sector de menos recursos y 1,53% en las dos instituciones que atienden personas de estratos que les permiten la utilización de clínicas privadas. Por otra parte, en el subgrupo de 10 a 14 años hay un 1,53% (n: 35), en el hospital público y no hubo en ambas clínicas privadas.

Es oportuno anotar que, en 2012 (30), los resultados nacionales oficiales (INE), presentan 1,20% para hijos de madres menores de 15 años (n:7 452) y 21,96% para el subgrupo de 15 a 19 años (n:136 039), para un gran total de 143 491 nacidos vivos (23,16%), de madres menores de 20 años.

Se analizan tres subgrupos de edad de madres adolescentes, atendidas en los dos hospitales públicos seleccionados, investigados por el autor, en las constancias individuales de partos, presentes en los archivos de ambos hospitales (35) (Cuadro 7).

Del total de nacimientos (n: 2.403), hubo 2.204 (92%), de la Maternidad Santa Ana (35), en el año 2014 y 199 (8%), del Hospital Materno Infantil del Este, en 2015. Los porcentajes de los tres subgrupos de edad de las

Cuadro 8. Nacidos vivos según dos grupos etarios, dos tipos de atención, en dos lapsos, n° y %.
Venezuela. 1975-1986 y 2014-2015

Grupo etario	P ú b l i c o				P r i v a d o			
	Maternidad Concepción Palacios (Caracas) y Hospital Prince. Lara. Puerto Cabello.		Maternidad Santa Ana y Materno Infantil del Este		Centro Médico de Caracas			
	1975-1986*		2014-2015**		1975-1986 *		2014-2015**	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
10 a 19	3.959	13,45	2.403	25,81	76	1,72	35	1,53
20 y mas	25 481	86,551	6.907	74,18	4.340	98,28	2.251	98,46
Total	29.440	100,00	9.310	99,99	4.416	99,99	2.286	100,00

*Padula, Víctor. Adolescente embarazada. Estudio comparativo de tres muestras. Rev. Centro Médico de Caracas 1988; 34 (1):7-11. **Francisco, J. Embarazo en adolescentes en Venezuela. Reconsideración del problema.

madres: 10 a 14; 15 y 16; 17 a 19, son muy cercanos, dentro de cada subgrupo. La suma (n: 2.403) está formada por 4% de madres menores de 15 años; 24% de madres de 15 y 16 años y 72% del subgrupo de madres de 17-19 años.

El análisis confirma el conocimiento previo, con un porcentaje cercano al 5% para las adolescentes de madres menores de 15 años y el mayor porcentaje (95%), en las de 17 a 19 años.

Es bien conocido que los mayores riesgos biológicos de las adolescentes embarazadas están principalmente en las menores de 15 años, las de riesgo intermedio en 15-16 y en las de 17-19 años, riesgo similar al de las mujeres mayores de 20 años.

La existencia de una publicación previa, sobre una investigación similar a la que se presenta, permite la comparación que se resume a continuación. El Dr.

Víctor Padula Falci, médico pediatra venezolano, publicó en 1988 (20) el resultado de una investigación realizada en el lapso 1975-1986, en dos tipos de instituciones de maternidad: de sectores públicos y de sectores privados. En ambas investigaciones, se compara cantidad y porcentaje de nacimientos de madres adolescentes en hospitales del sector público y del sector privado, en el grupo etario de 10 a 19 años, en dos hospitales públicos (n: 29. 440), 13,45%, respecto al total de nacidos vivos, en comparación con datos de una clínica del área privada (n: 4.416), con 1,72%, sobre el número total de nacidos en la muestra de esa institución (Cuadro 8 y Figura 3).

La conclusión al comparar ambos estudios es básicamente la misma: la proporción de embarazos de adolescentes difiere notablemente según el tipo de institución. Las principales diferencias entre los dos trabajos están en el número de nacimientos y en el porcentaje de adolescentes embarazadas en el sector público: Padula (20) 13,45% y en este trabajo: 25,81%: difieren en 12,36%. Por otra parte, los resultados obtenidos en hospitales privados (1,72% y 1,53%), difieren sólo en 0,19%.

En ambos trabajos se constata la notable diferencia entre los resultados de maternidades de dos sectores económico-sociales, lo cual significa que los mayores esfuerzos de orientación y prevención deben realizarse con la población de menos recursos.

Consulta Prenatal: Se revisaron directamente los archivos de la Consulta Prenatal del Hospital Materno Infantil del Este. De 2697 consultas de todas las edades, realizadas en 2015, 845 consultas (31,3%) correspondieron al grupo de 10 a 19 años. De ellas, 58 menores de 15 años (6,8 %), 206 de 15-

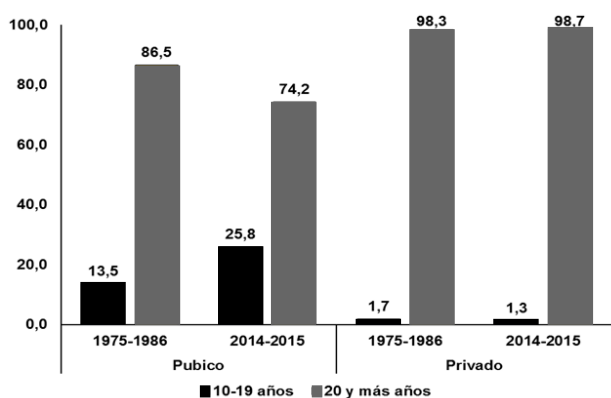


Figura 3. Nacidos vivos según dos grupos etarios, dos tipos de atención, dos lapsos, Venezuela. 1975-1986 y 2014-2015

16 (24,4 %) y 581 (68,7%) de 17-19 años. De las 58 embarazadas menores de 15 años, hubo dos de 12 años; veinte de 13 años y treinta y seis de 14 años.

Los porcentajes encontrados por subgrupos son cercanos a los obtenidos a partir de los nacimientos. La metodología utilizada por el archivo solo permite analizar edad y número de consultas, ya que se desconoce, en ese material, el número de veces que acude cada embarazada. Tampoco es posible saber si las madres que tuvieron sus hijos en ese hospital asistieron a la Consulta Prenatal del mismo.

Limitantes

Se expresa la salvedad de que el apoyo de las autoridades y del personal de archivo y de secretaría, fue excelente, en todas las instituciones consultadas. En varios hospitales públicos y privados, diferentes a los que figuran en este material, en los cuales se gestionó el acceso a la información, la respuesta fue variada y cordial, pero negativa.

Las principales limitantes para esta investigación fueron las siguientes: .1.- Los datos oficiales sobre embarazo de adolescentes en el país, de los años 2013 a 2015, no han sido publicados, lo cual limita la comparación de los resultados de investigaciones parciales recientes.2.- El paso de la versión impresa del Anuario Estadístico de Venezuela del INE a la versión electrónica, se acompañó de modificaciones en la presentación de los datos, al sustituir buena parte de la información numérica, por gráficos, lo cual puede limitar la información y la interpretación.3.- La consolidación institucional de los datos relativos al tema investigado, en los cuatro hospitales, no es homogénea, lo cual dificulta las comparaciones entre ellos y con los datos oficiales. 4.- La facilidad de revisión en los archivos, fue variable: en algunos casos se encontró un orden impecable, en otros hubo dificultades, especialmente, por exceso de material, en espacios insuficientes. 5.- El modo de recopilación, en los archivos consultados, es diferente, desde libros empastados, hasta carpetas, con inclusión alterna de otras actividades diferentes a los partos. 6.- En la hoja de consignación de una de las instituciones, no figura la edad de la madre, por lo que fue necesario calcularla mediante la fecha de su nacimiento. 7.- La calidad de la escritura de los profesionales de salud que consignaron la información es, algunas veces, casi ininteligible.8.- La cantidad de datos individuales investigados, de todas las edades: 11 596 partos y 2.697 consultas prenatales: n= 14 293.

Conclusiones

1.- La carencia de información del INE sobre hijos de madres adolescentes en Venezuela, del lapso 2013-2015, impide conocer la situación nacional de los últimos tres años.

2.- Según los datos disponibles, el número de nacimientos de madres adolescentes, en Venezuela, no disminuyó, como era de esperarse.

3.- La proporción de hijos de madres adolescentes, de 15 a 19 años es mucho mayor en los hospitales públicos, respecto a los hospitales privados. En los dos hospitales privados no hubo registro de hijos de madres de menores de 15 años.

4.- La Tasa de Fecundidad Específica de 15-19 años (INE), aumentó en los años 2011 y 2012; ambas superaron la tasa de 2003, al inicio del decenio 2003-2012.

5.- Los puntos de corte de los grupos de edad, que utilizan los hospitales públicos analizados, son diferentes entre ellos y de las estadísticas del INE, las cuales, también, en algunos casos, difieren de las de organismos internacionales.

6.- La proporción de abortos, en comparación con los nacidos vivos, fue cercana al 20%, en el hospital público en el cual se investigó.

7.- La información sobre la frecuencia de los embarazos en niñas menores de 15 años, no está incluida en el indicador TEF en la información de los organismos internacionales del área.

Recomendaciones

Específicas: 1.- Es indispensable que las estadísticas relacionadas con embarazo de adolescentes en el país sean informadas de manera oportuna. 2.- Las estadísticas deberían recoger los datos correspondientes a mortinatos y abortos, en un indicador global, que muestre con más precisión, la incidencia y la frecuencia del embarazo de las adolescentes. 3.- Las definiciones, los puntos de corte de los grupos y subgrupos de edad, relacionados con embarazo de adolescentes, deben ser unificados, de acuerdo con las normas internacionales y ser de uso obligatorio, en todas las instituciones públicas y privadas del país. 4.- Debería utilizarse más frecuentemente, un indicador de adolescentes con hijos, en mujeres menores de 20 años, que refleje la frecuencia del problema, en lugar de registrar solo la incidencia, la cual se refiere solo a los casos nuevos.5.- Es inaplazable la necesidad de que los

embarazos en niñas menores de 15 años formen parte de los indicadores nacionales e internacionales. 6.- La Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2013), debe ser de conocimiento obligatorio en la formación del personal de salud en el país y de cumplimiento en los niveles de atención. 7.- El impacto, la trascendencia y la vulnerabilidad, de esta situación obligan a tratar el fenómeno del embarazo de adolescentes en Venezuela, como un problema de salud pública.

Generales: 1.- Disminuir significativamente la pobreza, logro completamente factible, en uno de los países del mundo, con más riquezas. 2.- Existencia y cabal cumplimiento de políticas oficiales específicas, que impliquen un compromiso coherente y eficaz, aplicadas y evaluadas de manera continua, en la prevención y atención del problema. 3.- Estimular, informar y apoyar la adecuación y participación de los grupos familiares, para que actúen como protectores y educadores, sobre el conocimiento, el respeto y las acciones relacionadas con la vida sexual y reproductiva. 4.- Crear y mantener acciones de educación e instrucción, en el hogar, en las instituciones educativas, que complemente el énfasis anatómico, desde la infancia, hasta egresar de la universidad, sobre la vida sexual y reproductiva, sus virtudes y sus riesgos, en cuanto a la reproducción no planificada y/o indeseada, la paternidad irresponsable, así como para evitar el contagio de afecciones de transmisión sexual. 5.- Disponer de un sistema humanizado de salud: accesible, eficaz, equitativo, dotado y atendido por personal debidamente formado e informado, competente y comprometido con su labor. 6.- Acceso real a los recursos, medios y métodos para la prevención de embarazos, para toda la población, especialmente en los sectores de menos recursos. 7.- Apoyo oficial amplio, oportuno, efectivo y permanente a los Organismos Internacionales del Sistema de Naciones Unidas: (UNFPA, UNICEF, OPS/OMS junto con las no gubernamentales (ONG), que actúan en el área, en el país: PLAFAM, Asociación Civil Niña-Madre, CECODAP, AFECTO-Venezuela, EFIP y REDSOC, entre otras. 8.- Promover la existencia de consultas médicas y psicológicas especializadas, dirigidas a adolescentes, con disponibilidad de recursos técnicos y humanos asequibles, de máxima calidad, ubicadas estratégicamente y que den atención inmediata a los solicitantes. 9.- Crear una Red de Información sobre Embarazo de Adolescentes, con personal

debidamente entrenado y supervisado la cual, a través de los medios de comunicación, masivos e individuales, mantengan debidamente informada a la población, sobre la prevención del embarazo de adolescentes, los problemas relacionados y las soluciones existentes y disponibles. 10.- Actualizar y utilizar acciones legales concretas que defiendan los derechos de todos los niños y jóvenes de uno y otro sexo, para protegerlos, así como sancionar debidamente a quienes violen dichas disposiciones legales. Las leyes relacionadas con la paternidad irresponsable deben ser revisadas, actualizadas y aplicadas, como un mecanismo de educación, prevención y de apoyo. 11.- Estímulo y apoyo a la investigación sociológica, cultural, psicosocial, y biológica, del fenómeno del embarazo de adolescentes en el país, para crear, aplicar y evaluar las acciones de prevención, protección y atención que se deriven de los resultados de dichas investigaciones. 12.- Crear estímulos y controles en relación con la incorporación de los jóvenes al trabajo productivo, sin desmedro de su desarrollo. 13.- En cuanto al equipo que coordine las acciones sobre este problema, es obvio que debe ser multisectorial, como el que se creó en el INE, pero se beneficiaría de la inclusión, en igualdad de condiciones, de representantes de los sectores académicos (Universidades y Academias), de legislación (Asamblea Nacional), así como representantes de asociaciones de profesionales relacionadas con los objetivos: (sociólogos, antropólogos, publicistas, educadores, médicos salubristas, pediatras, obstetras y ginecólogos especializados en adolescentes, abogados, psicólogos, entre otros.

A manera de epílogo: El fenómeno del embarazo de adolescentes es muy complejo y no ha sido evaluado integralmente en nuestro país: El conocimiento de las cifras, veraces y oportunas, es muy importante, pero el énfasis y la finalidad debe estar en la utilización adecuada de los datos recabados para tomar decisiones, justificar los costes y evaluar los resultados. El objetivo principal debe dirigirse hacia la investigación social, instrucción, educación, así como entrega de soluciones y acciones, en todos los organismos relacionados. Su ubicación debe estar en un alto nivel jerárquico que incremente el valor de sus recomendaciones y decisiones. Su dinámica debe ser participativa, con creación de subsectores que interactúen y aporten estrategias y propuestas específicas para obtener los mejores resultados. Su estudio, decisiones y acciones corresponden

a diversas instancias gubernamentales y no gubernamentales.

Agradecimientos

A Consuelo Ramos de Francisco, Vanessa Francisco; a las autoridades y personal del Servicio de Atención al Usuario del Instituto Nacional de Estadística; Dirección General y personal de Archivo del Hospital Materno Infantil del Este; Maternidad "Santa Ana"; Clínica "La Arboleda" y Centro Médico de Caracas; a los Drs. Mariano Fernández, Eduardo Morales B., Otto Rodríguez A, Saul Kizer, Darda Ramírez, Saturnina Clemente; Socióloga. Soledad Pérez Évora; Sra. Rosario Rivas (APIU/UCV). Sra. Tamara Rondón. Igualmente, al personal de Secretaría de la ANM y al personal de la Biblioteca "Dr. F. Baquero" del Centro Médico de Caracas.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud.) Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Problemas de Salud en la Adolescencia. Serie de Informes Técnicos 1964, N° 308. Ginebra, Suiza.
2. Diccionario de la Lengua Española. Edición del Tricentenario. 2014. <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23º-edicion>. Consultado el 15-10-2015.
3. Silber T, *et al.* Manual de Medicina de la adolescencia. OPS/OMS. Serie PALTEX para ejecutores de Programas de Salud, N° 20, 1991.
4. Ley aprobatoria de la Convención sobre los Derechos del Niño. Venezuela, Congreso Nacional. 1990.
5. Ley Orgánica de Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA). Venezuela, 1998.
6. Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Venezuela 1998. Ministerio de Fomento, Venezuela.
7. United Nations Population Fund (UNFPA). State of world population. Motherhood in childhood. Facing the challenge of adolescent pregnancy. 2013
8. Organización de las Naciones Unidas. (ONU) Objetivos del Milenio 2000. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/.
9. Banco Mundial Tasa de Fertilidad Total. 2014. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>.
10. Banco Mundial. Tasa de Fertilidad Específica en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad). 2014. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>.
11. American Academy of Pediatrics. Policy statement. Addendum. Adolescent pregnancy. Current trends and issues. Pediatrics. 2014;133(5): 954-957.
12. UNICEF. Hechos sobre adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe.2016. Disponible en: [http://www.unicef.org/lad/Fast factsSP\(1\).pdf.\(s/f\)](http://www.unicef.org/lad/Fast factsSP(1).pdf.(s/f)).
13. Silber T. El embarazo de la adolescente: una nueva perspectiva. En: La Salud del adolescente y el joven en las Américas. OPS/OMS. Pub Cient. 1985; 490: 203-204.
14. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Subcomité de Embarazo en Adolescentes. Boletín Demográfico,N°8, Caracas,2015,febrero. Disponible en:http://www.ine.gov.ve/documentos/Boletines_Electronicos/Estadisticas_Demograficas/Boletin_Demografico/pdf/08-N022015.pdf5.
15. Freitez A, Dibrienza M, Zúñiga, J. Revista Temas de Coyuntura 2000, 42: 107-142. Disponible en:<http://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/temas/index.php/temasdecoyuntura/article/viewFile/1743/1500>.
16. Pabán G. La maternidad adolescente desde la perspectiva de sus protagonistas. Cuadernos de Post Grado N° 29. Comisión de Estudios de Postgrado. FHE. UCV. Caracas,2001.
17. La adolescencia en la región de América Latina y el Caribe. Adolescencia, un enfoque integrado. FNUAP. Seminario Interno. Santiago de Chile. Septiembre, 1994 pp.16-23.
18. Archila, R. "Luis Razetti o Biografía de la superación". Caracas, Imprenta Nacional. 1952, pp. 202-203.
19. Castellanos, R. Agüero O, Franco G, Moreno LF. Estudio sobre mil madres adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. 1969; 29:65-75.
20. Padula V. Adolescente embarazada. Estudio comparativo de tres muestras. Rev. Centro Médico de Caracas1988; 34 (1): 7-11.
21. Arechavaleta H, Uzcátegui O, Miranda M, Soto J, Vidal J, Flores R, *et al.* (1985) Embarazo en las adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. 1985; 45(2):89-91.
22. López Gómez, JR *et al.* La adolescente embarazada. Rev Obstet Ginecol Venez. 1985; 45:178-186.
23. Kizer S, Cabrera C, Solórzano S. Frecuencia de embarazos en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez.1989; 49: 5-7.
24. Toro M J, Uzcátegui O. Embarazo en la adolescente. En: Rodríguez Armas, O. y col. Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva. Caracas. Ed. Ateproca.1997 pp. 679-690.
25. Uzcátegui O. Embarazo en la adolescente. Colección Razetti. Vol. VIII. 2009, Cap. 7. pp241-268. Caracas. Eds: Clemente A, Briceño-Iragorry L. Caracas. Ed. Ateproca.
26. Ministerio de Fomento. Instituto Nacional de Estadística (Venezuela). Anuario Estadístico de Venezuela. 1984.
27. Ministerio del Poder Popular para la Planificación (Venezuela). Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Venezuela. 2002.
28. Ministerio del Poder Popular para la Planificación (Venezuela). Instituto Nacional de Estadística.

- Anuario Estadístico de Venezuela, 2012.
29. Ministerio del Poder Popular para la Salud (Venezuela). Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. Caracas. Impresos Nuevo Mundo. 2013. 270 p.
 30. Sardi de Selle M. (Coordinadora). Embarazo precoz. Foro homenaje al Dr. Luis Razetti. Academia Nacional de Medicina. Caracas, Ed. Producciones Gráficas, 1998.44p.
 31. Instituto Nacional de Estadística. El INE instala Mesa de Estadísticas de Embarazo de Adolescentes. Nota de prensa. Caracas,19-07-2013. Disponible en: www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=561%3Ael-ine-instala-mesa-de-estadisticas-de-embarazo-adolescente&catid=118%3Ainstitucionales&Itemid=2#.
 32. Ministerio del Poder Popular para la Planificación (Venezuela). Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Venezuela: 2003-2012.
 33. Ministerio del Poder Popular para la Planificación (Venezuela). Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Venezuela: 1973, 2003, 2012.
 34. Venezuela. Miranda (Edo). Venezuela Wikipedia. La enciclopedia libre. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Petarewiki>,