



REVISTA DE FILOSOFÍA

*IV JORNADA IBEROAMERICANA DE
CÁTEDRAS LIBRES, EN HOMENAJE A LA
DRA. GLORIA COMESAÑA SANTALICES*

Número Especial In Memoriam



Universidad del Zulia
Facultad de Humanidades y Educación
Centro de Estudios Filosóficos
"Adolfo García Díaz"
Maracaibo - Venezuela

Nº ESPECIAL
2025

Revista de Filosofía

Vol. 42, N° Especial 2025, pp. 61-70

Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela

ISSN: 0798-1171 / e-ISSN: 2477-9598

**Evidenciando las violencias en la atención al aborto.
Una mirada feminista a las emergencias obstétricas en Maracaibo***Exposing violence in abortion care.
A feminist perspective on obstetric emergencies in Maracaibo***Caribay Delgado Medina**ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7432-007X>

Universidad de Granada - España

caribaydm@gmail.comDOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17274291>**Resumen**

A nivel mundial el aborto representa la tercera causa de mortalidad materna. Desde 2016 en Venezuela no existen cifras oficiales al respecto, a pesar de que diferentes organismos nacionales e internacionales lo tratan como un problema de salud pública, cuya gravedad se ha incrementado en los últimos años. Mientras que algunos movimientos feministas de base se mantienen a la vanguardia técnica y política en el acompañamiento de abortos, brindando información sobre el uso y acceso a los medicamentos para abortar de forma segura, la institución médica en Venezuela promueve la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias del Sistema Público Nacional de Salud. Partiendo de entrevistas con médicos y mujeres que abortaron, y de varios días de observación en un hospital materno de la ciudad de Maracaibo, se logró visibilizar e identificar distintas prácticas de violencia que sufren las mujeres que llegan a la sala de emergencias con un aborto en curso. Asimismo, se registraron algunos mecanismos de maltrato y estigmatización utilizados por el personal hospitalario, sus causas y por qué se mantienen.

Palabras clave: Sistema médico, violencia obstétrica, aborto, etnografía.

Recibido 15-05-2025 – Aceptado 15-09-2025

Abstract

Worldwide, abortion is the third leading cause of maternal mortality. Since 2016, there have been no official figures on this issue in Venezuela, despite the fact that various national and international organizations treat it as a public health problem, the severity of which has increased in recent years. While some grassroots feminist movements remain at the technical and political forefront of abortion support, providing information on the use of and access to safe abortion medications, the medical establishment in Venezuela promotes the violation of the sexual and reproductive rights of users of the National Public Health System. Based on interviews with doctors and women who have had abortions, and several days of observation in a maternity hospital in Maracaibo, it was possible to highlight and identify various forms of violence suffered by women who arrive at the

Esta obra se publica bajo licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
(CC BY-NC-SA 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

emergency room with an abortion in progress. Likewise, some of the mechanisms of abuse and stigmatization used by hospital staff, their causes, and why they persist, were recorded.

Keywords: Medical system, obstetric violence, abortion, ethnography.

Introducción

El presente estudio busca visibilizar y analizar la problemática de las mujeres que llegan a las salas de urgencias con un aborto en curso, describiendo algunas modalidades de maltrato y estigmatización aplicadas por el personal hospitalario y cómo éstas surgen y se mantienen.

En cuanto a la metodología, realicé entrevistas a cuatro médicos y a dos mujeres que abortaron (una tuvo un aborto espontáneo y otra, voluntario, ambas fueron atendidas por una organización feminista de acompañamiento). También llevé a cabo una observación etnográfica en dos centros de salud de Maracaibo, durante el mes de marzo de 2023, uno de los cuales es un hospital materno en cuya sala de emergencia estuve durante tres días, en los cuales pude observar dos casos de aborto en curso. Esta investigación se describe de manera más extensa en mi trabajo final de máster¹, al igual que algunos argumentos que planteo aquí.

El aborto en Venezuela, brevemente

Debido al silencio estadístico existente en Venezuela desde 2016, fecha en que fue publicada la última Gaceta Epidemiológica², se nos dificulta dimensionar adecuadamente la problemática del aborto en el país. Desde entonces no se publican cifras o indicadores oficiales, y si se ha hecho ha sido de forma aislada. Si bien existen organizaciones no gubernamentales produciendo datos sobre el estado de los centros hospitalarios y de la salud en el país, haciéndolo de manera muy activa, éstos no tienen, en la mayoría de los casos, el alcance debido o carecen del rigor necesario para propósitos analíticos, tratándose de acercamientos parciales, hechos con muestras limitadas, algunas inclusive basándose solamente en el conteo de sucesos mencionados en artículos periodísticos³.

¹ DELGADO MEDINA, C. 2024. "Llantos uterinos. La violencia obstétrica en la atención al aborto en el sistema público de salud vista desde el movimiento de «acompañamiento» feminista en Venezuela." Trabajo final de máster, Universidad de Granada y Universidad Centroeuropea, Granada.

² "Boletines Epidemiológicos: ¿Por qué ahora y no antes?" (n.d.). *Observatorio Venezolano de la salud*.

³ DELGADO MEDINA, C. Ibid. p. 5.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en 2015 la razón de mortalidad materna en Venezuela se situaba en 126⁴, y estimaban la de 2020 en 259. En el informe principal se resalta que se trata del país con mayor aumento en los porcentajes de mortalidad materna entre 2000 y 2020: 182% en este indicador⁵.

Aunque el subregistro y las clasificaciones erróneas de los datos epidemiológicos también constituyen un problema generalizado para la realización de investigaciones mejor sustentadas sobre la mortalidad materna y perinatal⁶, se sabe que, a nivel mundial, el aborto inseguro es la tercera causa de muerte materna⁷. Se llega a esta conclusión por cuanto se considera razonable suponer que las muertes por abortos se deben a la práctica de abortos inseguros, ya que el aborto espontáneo no suele ocasionar la muerte de la gestante⁸.

Teniendo esto en cuenta, un ejemplo muy ilustrativo para entender la mortalidad causada por el aborto inseguro en nuestro país, del cual, como ya dijimos, no se llevan cifras específicas, lo encontramos en dos resultados arrojados por un estudio analítico de la mortalidad materna realizado en la Maternidad Concepción Palacios de Caracas entre 2014 y 2020⁹. En dicho estudio se determinó, por una parte, que, de las 73 muertes maternas registradas, 9 ocurrieron en la etapa del aborto (12,32%), y el resto durante el parto o la cesárea. Por otra parte, también se encontró que la segunda y tercera causas de muerte fueron la sepsis y la hemorragia obstétrica, con 26% y 23% respectivamente, dos complicaciones muy asociadas también con el aborto inseguro.

Más adelante podré esbozar la manera en que, en un escenario complicado como el de los abortos observados y los descritos en las entrevistas, las líneas entre lo que se supone que es un aborto espontáneo y un aborto provocado se difuminan, lo cual debería poner en cuestión el entendimiento que el personal de salud y las personas en general tienen del aborto y su visión “moral” al respecto.

⁴ Perfil de país. Mortalidad materna. Venezuela (República Bolivariana de Venezuela) 2000-2020., 2023

⁵ *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*, 2023.

⁶ Ídem.

⁷ World Health Organization. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. World Health Organization. 2011. P. 45.

⁸ Ídem.

⁹ CABRERA, C., GÓMEZ, J., FANEITE, P., and UZCÁTEGUI, O. 2021. “Tendencia actual de la mortalidad materna. Maternidad ‘Concepción Palacios’ 2014-2020.” *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 81(04). pp. 342–353.

Para entender el problema del aborto inseguro, debe tenerse presente que desde la introducción en los años 80 de la prostaglandina misoprostol, su amplia aceptación como medicamento obstétrico y como método para inducir el aborto y tratarlo de forma ambulatoria en el ámbito domiciliario, ha hecho que el aborto voluntario sea muchísimo más seguro que antes, independientemente de que su práctica sea clandestina o legal, cosa que incluso tienen que admitir hasta los más efusivos detractores del aborto¹⁰. Por otro lado, hoy en día el misoprostol, administrado junto con la mifepristona (un antagonista de la progesterona) o por sí solo, es el tratamiento farmacológico más aceptado para el aborto durante el primer trimestre¹¹, mientras que el método instrumental reconocido como más seguro para abortos del primer trimestre, es la aspiración manual endouterina (AMEU).

Otro asunto que me llamó la atención durante mi estancia en la emergencia de la maternidad es la forma en que el misoprostol se administraba, contraviniendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología. En varios casos se extendía el intervalo entre dosis en la aplicación del medicamento, lo cual alarga innecesariamente el tiempo de estancia hospitalaria de la paciente. Esto ocurría a pesar de tener un cartel de la OMS con las instrucciones, pegado en la puerta de la sala de observación.

No obstante, por más que el misoprostol haya convertido al aborto en una práctica más segura, ésta sigue siendo una práctica criminalizada en Venezuela y altamente estigmatizada por la sociedad venezolana y también por el personal hospitalario¹². Como en los entornos clínicos no suelen permitirse los abortos, ni siquiera los que tienen motivaciones que caben dentro de la legalidad, lo más común es que las usuarias del sistema público de salud lleguen con un aborto (voluntario o no) en curso y es, por lo tanto, el personal hospitalario el que se encarga de tratar las complicaciones, cuidar o hasta denunciar a las pacientes; de allí la importancia de reconocer cómo a través de estos procedimientos se ejercen violencias contra las mujeres.

¹⁰ KOCH, E., THORP, J., BRAVO, M., GATICA, S., ROMERO, C. X., AGUILERA, H., and AHLERS, I. 2012. "Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007." *PLOS ONE*, Public Library of Science, 7(5), e36613. pp. 347.

¹¹ Organización Mundial de la Salud. *Directrices sobre la atención para el aborto*. Organización Mundial de la Salud. 2022.

¹² CAMACARO CUEVAS, M. 2006. "Voces sobre la violencia en la atención del aborto." *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, Centro de Estudios de la Mujer, 11(26). 055–070.

Algunas violencias obstétricas ejercidas durante el aborto

1) Legrados y únicamente legrados

Me interesó abordar la relación entre la preferencia de los médicos por el aborto instrumental con legrado¹³ por sobre el al aborto medicamentoso¹⁴, que es más seguro. Es cuestionable la explicación que se suele ofrecer para esta preferencia, por lo que consideramos que se trata de una forma de ejercer violencia institucional. Asimismo, ha de denunciarse el encubrimiento de los mecanismos que posibilitan el aborto legal en Venezuela, como otra forma de violencia institucional.

¿Por qué el legrado está tan normalizado? En una de las entrevistas un médico especialista recién graduado se refirió a la evacuación uterina con misoprostol como “legrado químico” (*“Hay lo que se le dice... lo que son legrados químicos, pero en verdad en los libros no sale.”*¹⁵). Encontramos que esta manera de conceptualizar las cosas está relacionada con la formación recibida en su especialización. En efecto, la estructura jerárquica de la especialización en ginecología y obstetricia tiene como base a médicos generales que tienen experiencia en la atención de partos en entornos rurales, y son a éstos residentes recién ingresados del primer año a los que se les asigna la tarea de encargarse de los partos. El programa progresa hacia la enseñanza de técnicas instrumentales en el segundo año, y es en este momento que son iniciados en el dominio de la legra. En el tercer año, empiezan a ser entrenados en cirugías obstétricas más complejas, y en el cuarto año se les suma a sus responsabilidades el dirigir y apoyar en la enseñanza de los residentes de menor experiencia.

Cabe acotar que el legrado es una intervención invasiva (aunque no se considere en sí misma una cirugía), que las pacientes la mayoría de las veces no ameritan, y aunque estas suelen aceptar esta intervención al firmar un formulario de “consentimiento

¹³ El legrado es un procedimiento de vaciamiento uterino en el que se usa una legra, también llamada cureta (un instrumento rígido que se asemeja a una cuchara de borde filoso) para raspar y extraer el recubrimiento del útero donde se encuentra implantado el producto del embarazo. De acuerdo con el protocolo OMS de 2022 antes citado, se considera menos seguro durante el primer trimestre que el aborto medicamentoso o la aspiración manual, que son los métodos de referencia.

¹⁴ El método de aborto medicamentoso preferido por la OMS y al que me refiero en este artículo es el uso combinado de mifepristona y posteriormente misoprostol, el cual ocasiona la evacuación del útero.

¹⁵ DELGADO MEDINA, C. *ibid.* p. 62.

informado”, en la maternidad maracaibera que observé no se les ofrecen otras opciones¹⁶ menos invasivas, lo cual se catalogaría como violencia obstétrica. Si bien la violencia obstétrica suele estar más referida al parto¹⁷, esta clase de comportamientos que presencié calzan con su definición académica y también con la definición legal que se hace de ella en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia¹⁸.

En la maternidad donde estuve, en Maracaibo, la precariedad económica y laboral condiciona la calidad de la atención prestada por el personal hospitalario e influye en los atropellos que se ejercen sobre las paciente; pero, a su vez, la manera en que el postgrado en ginecología y obstetricia divide las tareas entre los residentes, hace que el criterio para decidir que una paciente deba someterse a un legrado no esté basado en estudios científicos ni en recomendaciones actualizadas (como el protocolo de la Organización Mundial de la Salud), sino que se prioriza la aplicación de ciertas técnicas aprendidas, en lugar de averiguar lo más conveniente terapéuticamente para las pacientes.

La existencia de una tecnología, por muy efectiva que se demuestre que sea, no justifica por sí sola su incorporación a las prácticas de un hospital o de un centro asistencial, a menos que éste cuente con una política institucional sesgada¹⁹. La mayoría de los médicos que entrevisté conocen (con diversos grados de profundidad) no sólo el medicamento misoprostol y su uso como abortivo, sino también la problemática de la violencia obstétrica, pero la forma como se prioriza el uso de las tecnologías en el plan de estudio de la especialidad en obstetricia y ginecología, así como la rutina de los residentes de la especialidad, hacen que este avance científico, de hace más de treinta años, siga fuera del alcance de las pacientes maracaiberas.

2) ¿Aborto legal?

¹⁶ Uno de los ginecólogos entrevistados en Caracas manifestó que en la maternidad donde él ejerce sí se presenta a las pacientes otras opciones para la evacuación uterina, por lo tanto, hay constancia de que hay centros que sí utilizan criterios que hacen más partícipe a la paciente de esta decisión.

¹⁷ GARCÍA, E. M. 2021. *Partos arrebatados: la violencia obstétrica y el mercado de la sumisión femenina*. Trinchera, Ménades, Madrid.

¹⁸ En el artículo 9, numeral 13 se define la violencia obstétrica como “...un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad...” y en el numeral 20 se define la violencia ginecológica como “...actos discriminatorios, degradantes y vejatorios de la dignidad de las mujeres practicados y tolerados por el personal de la salud...”

¹⁹ HOWELL, J.D. 1995. *Technology in the hospital: transforming patient care in the early twentieth century*. Johns Hopkins University Press. Baltimore. pp. 131.

El Código Penal Venezolano data de mediados del siglo XIX, es decir, el código vigente, aunque es de 1926, es prácticamente el mismo de 1897 (Tamayo Rodríguez, 2011). Lo referido al aborto en ese Código, está recogido en el capítulo IV, titulado “Del aborto provocado”, y el contenido del artículo que lo abre, mantiene sin cambios lo sostenido en el código de 1897: castigar con cárcel a la mujer que aborta y a terceros que la ayuden. Esto nos muestra que, en nuestro país, sigue siendo penalizado el aborto voluntariamente practicado, excepto en el caso de que se haga para salvar la “vida” de la parturienta²⁰, sin reconocer que se trata de una medida que cercena su derecho a decidir sobre su cuerpo y sexualidad. Esto va en contra del reglamento constitucional actual que defiende los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Esta vieja ley es ampliamente cuestionada por las feministas venezolanas, pero su contenido discriminatorio e injusto no es reconocido por el resto de la población. En mi investigación, encontré frecuentemente a personas que creen que el aborto está permitido en casos de violación o malformaciones fetales, pero realmente no es así; pero lo más preocupante es que, en los hospitales que observé, una parte significativa del personal sanitario lo creía también. ²¹

El otro asunto importante es que la redacción del Código Penal Venezolano es precisa y a la vez inespecífica, ya que la norma no delimita o especifica las circunstancias que justifican que un aborto sea “indispensable para salvar la vida de una parturienta”, ni tampoco quiénes deben decidirlo. La extracción quirúrgica de un embarazo ectópico o una mola hidatiforme parcial no serían catalogadas como un “aborto” en ningún hospital del país, sin embargo, otras situaciones que describo a continuación no gozan del mismo consenso.

En la sala de emergencias encontré a una mujer cuyo embarazo le causó una preeclampsia que ponía en riesgo su vida y la predisponía a tener un parto prematuro (antes de las 20 semanas), pero no se le explicó que las probabilidades de supervivencia del niño fuera del útero eran extremadamente bajas, ni tampoco que la situación que ella estaba padeciendo era potencialmente fatal y que la interrupción del embarazo podía ser una opción aconsejable para ella.

²⁰ Comisión Legislativa Nacional, Código penal de Venezuela. art. 435.

²¹ DELGADO MEDINA, C. *ibid.* pp 30, 78-79, 108-109.

Entre los médicos de Maracaibo que observé y entrevisté hay la idea de que la decisión sobre qué casos ponen en riesgo la vida de la parturienta debe ser tomada por el comité de ética del hospital correspondiente. En realidad, los hospitales que tienen comités de ética constituidos son muy escasos²² además de que no existen leyes ni instancias que rijan a estos comités²³, y lo que es peor, tampoco tienen “facultad para hacer pronunciamientos vinculantes”²⁴. El comité de ética es una entidad consultiva, y nada más. Uno de los médicos que entrevisté (quien ejerce en Caracas) contó que en su hospital el comité de ética tenía una postura obstruccionista hacia los casos que varios colegas consideraban que amenazaban la vida de las pacientes y merecían la interrupción del embarazo.

En el actual marco legal venezolano existe La Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva que, entre otras cosas, contempla la importancia de proteger a las mujeres que quieran abortar de ser criminalizadas por sus médicos cuando requieren la atención de éstos. También respalda el aborto terapéutico, y establece que debe garantizárseles atención post aborto adecuada. Pero se trata de una norma muy desconocida y que no ha sido actualizada desde 2013, si bien, a grandes rasgos, sus lineamientos para la atención del aborto se mantienen concordantes con las recomendaciones actuales de la OMS.

Creo que este desconocimiento de la ley, por parte del personal médico y de la población en general, proviene de una falta de voluntad política a nivel estatal para darla a conocer y para hacer cumplir los limitados derechos que protegen la decisión de las mujeres con respecto a sus propios embarazos. También pienso que, a nivel micro, las instituciones (hospitales, maternidades, universidades) sostienen y promueven un discurso conservador que desvaloriza la humanidad de las mujeres, y toma la vía más convencional y, por lo tanto, la que ofrece menor resistencia e incomodidades a sus funcionarios, en sus distintos niveles, en detrimento del consentimiento y la libertad de decidir de las mujeres afectadas. Observé que mientras la mayoría de los médicos evitaba denunciar a las mujeres (porque el código penal criminaliza también la colaboración del médico en el aborto), en el

²² APITZ CASTRO, R. 2020. “Comités de bioética.” *Gaceta Médica de Caracas*, Academia Nacional de Medicina, 110(1). 2002. 110–113.; Iribarren, D. J. M. G. “Los Comités de Bioética Hospitalarios en Venezuela.” *Gaceta Médica de Caracas*, 123(3). 169–177.

²³ APITZ CASTRO. Ibid.

²⁴ IRIBARREN. Ibid.

hospital materno donde hice mis observaciones, la mayor amenaza de criminalización provenía del personal administrativo, vigilantes de seguridad y trabajadoras sociales²⁵.

Discusión

Este trabajo encuentra un antecedente importante en las entrevistas que Marbella Camacaro hizo a residentes de Obstetricia y Ginecología en el estado Aragua, en la primera década de este siglo²⁶. En mi investigación encontré que, casi veinte años después, muchas de las violencias que ella identificó se han afianzado, pero también es importante resaltar que a principios de siglo el aborto con medicamentos no estaba tan extendido. Por eso me parece alarmante que ahora que contamos con distintos tratamientos de primera línea para la práctica de abortos seguros, ampliamente disponibles en nuestros hospitales, se siga recurriendo a la excusa de la saturación de trabajo y de la precariedad económica, para no emplearlos. Y también que se imponga arbitrariamente un único tratamiento, cuando existen varios que benefician más a las usuarias, y que para su implementación ya existen los medios suficientes, como es el tratamiento ambulatorio con misoprostol o la aspiración manual. En las entrevistas pude constatar que la implementación de este último puede suponer algunas dificultades, lo cual requiere de mayores investigaciones.

El desconocimiento del estado legal del aborto y sus matices por parte del personal de los hospitales evidencia también otro punto ciego en la educación del personal de salud y también en la gestión administrativa de dichos centros, lo cual exige una mayor intervención del movimiento feminista.

Conclusiones

Las condiciones de deterioro en las que se encuentra actualmente el sistema público de salud en Venezuela, dificultan atender con celeridad y dignidad a las personas²⁷ en

²⁵ DELGADO MEDINA, C. Ibid. pp 66-67, 107-108.

²⁶ CAMACARO CUEVAS, M. Ibid.

²⁷ **NOTA DE LA AUTORA:** Al igual que las víctimas de violencia obstétrica*, la amplísima mayoría de las usuarias de redes de aborto con medicamentos son mujeres, fue el único género que tuve oportunidad de observar y entrevistar en estos espacios. Si bien ambos problemas también afectan a otras personas con capacidad de gestar, y aunque existen sin lugar a duda personas transmasculinas y no binarias en Venezuela que pueden quedar embarazadas, necesitar un aborto, pasar por grupos de acompañamiento y encontrar muchos de los mismos obstáculos que enfrentan las mujeres en la atención obstétrica y también los particulares a su género, mi investigación no pudo abarcarlas. **Tanto los términos “personas” [gestantes o con capacidad de gestar] como “mujeres” se utilizan en este artículo intencionalmente y, por lo tanto, no siempre intercambiables.**
* VILLEGAS RODRÍGUEZ, A., CEDEÑO GÓMEZ, R., URBINA GUTIÉRREZ, M., FLORES SEQUERA, M.,

proceso de aborto, siendo esta una de las causas de mortalidad materna más importante. Pero lo más grave es que se siga abordando este problema con métodos no adecuados y con una mentalidad conservadora e injusta, cuando están disponibles alternativas más recomendables y seguras, entre otras razones, por dar prioridad al aprendizaje de técnicas quirúrgicas actualizadas, echando a un lado las necesidades de las pacientes.

La deshumanización del sistema público de salud venezolano, se sigue poniendo en evidencia a través de la manipulación y el ejercicio de la violencia sobre el cuerpo de la paciente, en nuestro caso, sobre su proceso de gestar. Esta es una forma de violencia institucional y de género, obstétrica y ginecológica, que sigue reafirmando una cultura patriarcal firmemente arraigada en la enseñanza médica, y en el tratamiento del aborto y de las mujeres. Se trata de una cultura afianzada desde hace siglos, y que, a pesar de los avances de los movimientos feministas y del acompañamiento que han venido haciendo a las mujeres en estas situaciones, todavía impone obstáculos difíciles de superar.



REVISTA DE FILOSOFÍA

Nº ESPECIAL 2025

*Esta revista fue editada en formato digital y publicada en OCTUBRE de 2025
por el Fondo Editorial Serbiluz, Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela*

**www.luz.edu.ve www.serbi.luz.edu.ve
www.produccioncientificaluz.org**