



## [Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela](#)

versión impresa ISSN 0048-7732

**Rev Obstet Ginecol Venez v.62 n.2 Caracas jun. 2002**

### ¿Por qué no se controla la embarazada?

*Drs. Pedro Faneite A, Clara Rivera, María González, Milagros Linares, Josmery Faneite*

*Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela*

#### RESUMEN

*Objetivo: Conocer qué factores personales (epidemiológicos, socioeconómicos), institucionales y médicos están relacionados con la inasistencia al control prenatal.*

*Método: Estudio descriptivo epidemiológico, analítico de corte transversal, basado en una entrevista-encuesta, en pacientes que en el embarazo actual o pasado no se controlaron. Analizamos 1 500 casos durante el año 2001.*

*Ambiente: Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.*

*Resultados: En factores epidemiológicos, predominó residencia en barrios (n = 800 - 53,33 %), educación primaria (n = 679 - 45,26 %), estado civil concubina (n = 750 - 50 %) y la edad entre 25-34 años (n = 635 - 49,79 %). Dentro de los factores sociales dominó el domicilio lejano (n = 697 - 46,46 %), en los económicos, el desempleo (n = 537 - 35,8 %) y en la educación el desconocimiento de la importancia del control prenatal (n = 865 - 57,66 %). En los factores institucionales fue determinante el ambiente inadecuado de la consulta (n = 639 - 42,6 %) y la ubicación lejana del Centro de Salud (13,13 %). En factores de atención médica la mayoría no expresó argumentos (n = 830 - 53,33 %).*

*Conclusión: Existen diversos factores relacionados que implican acciones educativas, planes de apoyo para elevar el estándar de vida, e instaurar un plan de motivación integral de salud, con mejoramiento de la planta física.*

**Palabras clave:** No control prenatal. Factores asociados.

#### SUMMARY

*Objective: To know what personal (epidemiological, socioeconomic), institutional and medical factors are related to no prenatal care.*

*Method: Descriptive epidemiological, analytic of cross section, study based on a interview-survey, in patients that have no prenatal care in the current pregnancy or past. We analyze 1 500 cases during the year 2001.*

*Setting: Department of Obstetrics and Gynecology, "Dr. Adolfo Prince Lara" Hospital, Puerto Cabello, Carabobo State.*

*Results: In epidemiological factors, residence in neighborhoods prevailed (53.33 %), with primary education (45.26 %), civil status concubine (50 %) and the maternal age 25-34 years (49.79 %). With the social factors, dominated the distant home (46.46 %), in the economic ones, the unemployment (35.8 %), in the prenatal education, the ignorance of the importance of pregnancy control (57.66 %). In the institutional factors was decisive the inadequate atmosphere of the consultation (42.6 %) and the distant location of the Center of Health (13.13 %). In medical care factors most didn't express arguments (55.33 %), followed by the opinion bad quality of consultation (15.13 %).*

*Conclusion: There are diverse related factors that imply educational actions support plans to elevate the standard of life, and to establish a plan of integral motivation of health, with improvement of the physical plant.*

**Key words:** No prenatal care. Associated factors.

**Recibido:** 28-12-01 **Aceptado para publicación:** 23-01-02

#### INTRODUCCIÓN

La medicina preventiva es la base de una atención médica racional y ocupa los primeros eslabones de los conocidos Niveles de Level (1).

En el área obstétrica un recurso primario es la consulta prenatal, la cual debe ser óptima en calidad y cantidad; usualmente se recomienda su realización a partir del primer trimestre de embarazo y entre 6 y 9 consultas; en cuanto a la calidad, se exige un acto médico exhaustivo, laboratorio y métodos auxiliares, debe funcionar el nivel primario que se encarga de atender el embarazo de bajo riesgo, y referir al nivel superior el alto riesgo, donde hay mayor recursos y complejidad (2,3).

Con anterioridad hemos dado a conocer un esquema de organización perinatal en 1978 (4), y un programa de asistencia jerarquizado por niveles de riesgo con énfasis a nivel primario (5).

#### Servicios Personalizados

##### Artículo

- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

##### Indicadores

- Citado por SciELO
- Accesos

##### Links relacionados

##### Compartir

- Otros
- Otros
- Permalink

Los indicadores más empleados para evaluar la calidad del acto obstétrico son la mortalidad materna y perinatal, además hay un factor que mide cantidad y calidad, la consulta prenatal, ésta la encontramos muy deficiente en diversas revisiones realizadas, lo que es motivo de preocupación general.

Cuando analizamos la mortalidad fetal en 1999 (6) el 48,22 % de las pacientes no se controló el embarazo, al estudiar la mortalidad neonatal encontramos el 47,69 % (7) al revisar la prematuridad el 71,89 % (8), y al detallar la muerte materna el 31,57 % (9) también correlacionamos la consulta prenatal con la mortalidad perinatal, y observamos que luego de una disminución importante en el número de consultas prenatales hay un incremento de la mortalidad perinatal de manera abrupta (10).

En nuestro país son inexistentes los trabajos destinados a evaluar el por qué de esta falta de asistencia total al control prenatal. Hemos querido identificar qué factores se ocultan detrás de la ausencia absoluta de las gestantes a las consultas, conocer sobre las diversas razones que pudieran explicar esta práctica tan usual en Venezuela, con el propósito de mejorar el acto médico, y de esta manera captar de una manera precoz a la embarazada y poder ejercer una medicina más efectiva.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron pacientes atendidas en la consulta prenatal y sala de partos del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" durante el período 2001.

Se trata de un estudio descriptivo epidemiológico, analítico de corte transversal, basado en una entrevista y encuesta, en pacientes cuyo embarazo actual o pasado no fue controlado. Se recabaron datos relativos a ese embarazo agrupados así: epidemiológicos (residencia, educación, estado civil, edad); luego aspectos socioeconómicos, un primer renglón con razones explicativas sociales (domicilio lejano, falta de transporte, etc.); seguida de económicas (no tiene para el transporte, medicinas, etc.), luego educativa prenatal (falta de motivación, desconocimiento de la importancia). También se incluyó el orden institucional (centro lejano, horario inapropiado, ausentismo del personal, huelga médica, la consulta poco funcional, mala imagen de la consulta, no dan medicinas. Un cuarto renglón médico (consulta de baja calidad, lo tratan mal, ausentismo laboral).

La entrevista se inició con una corta motivación a la paciente, se le explicó que el objeto de la entrevista es mejorar la atención a las embarazadas, y que debe ser sincera en su respuesta; a continuación se le hizo una pregunta corta y se dejó que espontáneamente respondiera: ¿Por qué no se controló su embarazo?, si no entendió o no respondió se orientó, pudo haber más de una razón.

A cada encuesta se le hizo una revisión detallada. Todos los datos se recabaron en fichas y vaciados en cuadros de distribución de frecuencia para el análisis respectivo.

## RESULTADOS

En el [Cuadro 1](#) se resumen factores epidemiológicos. Predominó la residencia en barrios (53,33 %), 800 casos, la educación primaria (45,26 %) 679 casos, el estado civil de concubina (50 %), 750 pacientes y el grupo edad de 25 - 34 años (49,79 %, n = 747).

**Cuadro 1**  
**Epidemiológicos**

Residencia	Educación	Estado civil	Edad materna
Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	(años)
Barrio	Primaria	Concubina	≤ 14
800 (53,53)	679 (45,26)	750 (50)	30 (2)
Rural	Secundaria	Casada	15-19
500 (33,33)	531 (35,40)	153 (10,2)	190 (12,66)
Urbanización	Analfabeta	Soltera	20-24
200 (13,33)	248 (16,53)	497 (33,13)	283 (18,66)
	Universitaria	Divorciada	25-29
	42 (2,80)	100 (6,66)	352 (23,46)
			30-34

			395 (26,33)
			35-39
			180 (12)
			40 y más
			70 (4,66)

Los factores socioeconómicos se muestran en el [Cuadro 2](#). En los sociales dominó el domicilio lejano (n = 697 - 46,46 %) y el cambio de domicilio (n = 476 - 31,73 %). En los económicos, el desempleo (n = 537 - 35,8 %) y falta de recursos para los exámenes (n = 380 - 25,33 %). En la educación prenatal, fue determinante el desconocimiento de la importancia del control (n = 865 - 57,66 %) y la falta de motivación (n = 584 - 38,93 %).

**Cuadro 2**  
**Socioeconómico**

Sociales	Económico	Educación prenatal
Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Domicilio lejano	Desempleo	Sin importancia
697 (46,46)	537 (35,8)	865 (57,66)
Cambio domicilio	Transporte	No motivación
476 (31,73)	248 (16,53)	584 (30,93)
No transporte	Exámenes	Dos anteriores
227 (15,13)	380 (25,33)	51 (3,40)
Domicilio lejano y no transporte	Medicamentos	
100 (6,66)	168 (11,20)	
	Dos anteriores	
	93 (6,20)	
	Dos primeros	
	74 (4,93)	

El [Cuadro 3](#) presenta los factores institucionales. En este renglón predominó el ambiente inadecuado de la consulta (n = 639 - 42,6 %) y la ubicación lejana del centro de salud (13,13 %), 197 casos combinación de ambos aporta un 5,8 % (n = 88) adicional.

**Cuadro 3**  
**Institucional. Consulta**

Causa	Nº	%
Condición inadecuada	639	42,6
Centro lejano	197	13,13
Ambos	88	5,86
No dan remedios	128	8,53
Corto tiempo	93	6,2
Horario no adecuado	79	5,26
No hay equipos	62	4,13
Otros	214	14,26
Total	1 500	

Los factores de atención médica se expresan en el [Cuadro 4](#). La mayoría de las pacientes no expresó argumento (55,33 %), siguió la consulta de baja calidad (15,13 %).

**Cuadro 4**  
**Atención médica**

Causa	Nº	%
Baja calidad	227	15,13
Pocas horas	136	9,06
Dos anteriores	185	12,3
Huelga médica	97	6,46
Maltrato médico	25	1,66
Sin observación	830	55,33
Total	1 500	

## DISCUSIÓN

Existe la premisa de que con un buen control prenatal se obtiene mejor resultado perinatal, esto se refleja en tasas menores de complicaciones, lo que justifica un adecuado control en número y calidad.

Escaso cuidado materno y altas tasas de mortalidad se encuentran en pacientes de estatus bajo, como consecuencia de escasas condiciones económicas, oportunidades de estudio deficiente y limitación de acceso a los servicios sociales. También tienen limitaciones para aproximarse a los servicios de salud, lo que incluye al control prenatal, en empobrecidas y distantes áreas remotas. A nivel mundial hay preocupación por países de muy baja tasa de control prenatal, como Bangladesh, Chad, Mali, Nepal y Pakistán (11).

Hace diez años, líderes mundiales se plantearon como objetivo para el año 2000 facilitar el acceso al cuidado materno, para la fecha actual existen 44 millones de mujeres en países en desarrollo que no reciben asistencia prenatal (11).

El insuficiente cuidado prenatal y parto es ampliamente responsable de las 600 000 muertes maternas anuales, y de los 5 millones de infantes que mueren antes, durante o la primera semana de vida (11).

La visita a un médico, enfermera o partera facilita la inmunización materna, permite al personal de salud manejar el embarazo, descubrir las complicaciones y promover alimentación adecuada e higiene.

En nuestro país se estudiaron varias facetas de las pacientes que asisten al control prenatal, tales como número de consultas, momento de inicio, calidad, factores socioeconómicos, etc. (12-16).

Pero en esta oportunidad analizamos a un grupo que no controló su embarazo mediante una entrevista-encuesta con estas pacientes ausentes a los centros de salud, con el objeto de conocer las razones que la adujeron a tal actitud, este enfoque ha sido poco estudiado.

La mitad de las pacientes presentaron ciertas características comunes, eran jóvenes (25-34 años), con residencia en barrios, estado civil concubina, y el nivel de educación fue la primaria. Estos aspectos diversos muestran inestabilidad familiar, debilidad social y educacional, ampliamente estudiados (12,14,16).

Los aspectos socioeconómicos son aducidos con suma frecuencia por los pacientes esgrimidos con solidez. Razones sociales de residencia lejana al centro de salud la manifestó casi la mitad de las encuestadas, y otro tercio esgrimió el cambio de domicilio; este aspecto debe tomarse en cuenta al planificar el desarrollo de nuevos locales dispensadores de salud, o también hacerlo del conocimiento de las asociaciones de vecinos como vehículos de expresión de la comunidad ante organismos de decisión de estado. En lo económico, el desempleo y la falta de recursos para los exámenes, fueron dadas por el 60 % de las pacientes; estamos viviendo una década de pesada carga económica, donde la alta tasa de desempleo y el incremento del trabajo informal son realidades que hay que atender, la consecuencia de esta situación tiene su expresión en tasas negativas en salud reproductiva. Algunos trabajos se han ocupado de estos aspectos (12,13,15). La ausencia de programas de educación en salud, y en particular para la gestante, incluyendo captación precoz de la misma se ve reflejada en el desconocimiento de la importancia del control prenatal (57,66 %) y la falta de motivación (38,93 %); esta grave falla del sistema de salud fue reportado hace mucho tiempo por otros autores (14,16).

Los factores institucionales ocupan un destacado papel en la asistencia a las consultas. Las pacientes, casi el 50 % expresan que los ambientes son deficientes, fallas de baños, mobiliario, confort; estamos en una época donde los seres humanos son más expresivos de sus necesidades y gustos. La ubicación lejana del centro de salud, fue la causa por algo más del 10 % de las pacientes. Todos estos aspectos son de interés para los organismos dispensadores de salud, quienes deben velar por prestar servicios cónsonos con las aspiraciones razonables del público (16).

La atención médica prestada también tiene un importante valor que es mensurada por los pacientes, en realidad en esta encuesta cerca del 60 % no expresó razones negativas de este tipo, pero sí un 15 %, señaló que la calidad del acto médico no era buena, y otro 9 %, dijo que había pocas horas de consulta.

En suma, de esta consulta directa realizada a las gestantes que han optado por no controlarse en alguna ocasión, hemos recogido diversos argumentos, que deben servir de orientación a los entes inmersos en el proceso de brindar la salud.

Por esto presentamos las siguientes recomendaciones.

1. Al Gobierno Nacional. Elevar el nivel de vida del venezolano. Estimular la educación, luchar contra el desempleo.
2. Al Ministerio de Salud. Promover la salud preventiva. Desarrollar una campaña sanitaria de motivación y divulgación para las gestantes.
3. Las instituciones locales. Establecer las consultas en ambientes físicos confortables y dotados del instrumental necesario. Facilitar los exámenes de laboratorio, de ser posible suministrar los medicamentos, además de programas de ayuda social. Ubicar los centros próximos a la población que se atiende.
4. A los Médicos. Mantener su nivel de conocimientos actualizados, estimulando con ello al resto del equipo de trabajo. Establecer la relación médico-paciente. Dictar charlas informativas a las consultantes.
5. A la comunidad organizada. Estimularlos a que ocupen el rol que la ley establece. Comprometerlos en el proceso de corresponsabilidad en salud.

## REFERENCIAS

1. Camel F. Planificación de la Salud. Caracas: Editora Venográfica CA, 1971. [ [Links](#) ]
2. Schwarcz R, Diaz A, Fescina R, Belitzky R, Diaz Rosello J. Low-risk pregnancy and delivery. CLAP Scientific Publication No. 1321.01, 1995. [ [Links](#) ]
3. Normas Nacionales de Atención Materna del Ministerio de Salud y Desarrollo. Caracas. 1998. [ [Links](#) ]
4. Faneite P. Esquema Nacional de Asistencia Perinatal. Rev Obstet Ginecol Venez 1979;39:98-102. [ [Links](#) ]
5. Faneite P. Programa de atención perinatal jerarquizado por niveles de riesgos, con énfasis a nivel primario. Rev Obstet Ginecol Venez 1986;46:115-223. [ [Links](#) ]
6. Faneite P, Galíndez J, Ojeda L, Rivero R, Montilla A, Orozco F. Análisis de la mortalidad perinatal. I. Mortalidad fetal. Rev Obstet Ginecol Venez 1999;59:245-249. [ [Links](#) ]

7. Faneite P, Rivero R, Montilla A, Ojeda L, Galíndez A. Análisis de mortalidad perinatal: I. Mortalidad neonatal. Rev Obstet Ginecol Venez 2000;60:81-84. [ [Links](#) ]
8. Faneite P, Rivera C, González M, Linares M, Faneite J. Prematurez: problema actual. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1995-1999. Rev Obstet Ginecol Venez 2001;61:157-161. [ [Links](#) ]
9. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad Materna. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara ". 1992-2000. Rev Obstet Ginecol Venez 2001;61:89-94. [ [Links](#) ]
10. Faneite P. Relación entre Mortalidad Perinatal y Consulta Prenatal. Hospital " Dr. Adolfo Prince Lara " 1969-1996. Rev Obstet Ginecol Venez 1998;58:1-3. [ [Links](#) ]
11. UNICEF. Antenatal care could save millions. Progress of Nations 2000. New York; 2000. [ [Links](#) ]
12. Navarrete S, Castellanos R, Guzmán A, Sucheni J, Díaz A, Guensechadze N, et al. Estudio socioeconómico de la consulta prenatal en la Maternidad Concepción Palacios. Rev Obstet Ginecol Venez 1974;34:3-16. [ [Links](#) ]
13. Agüero O, Kizer S, Halfen A. Evaluación de un año de Control Prenatal en la Maternidad Concepción Palacios. Rev Obstet Ginecol Venez 1975;35:377-386. [ [Links](#) ]
14. Moreno G LF, Miquelena de Moreno E, Martínez R, Núñez S. Un planteamiento importante en salud pública. ¿Sabe la embarazada por qué asiste al control prenatal? Rev Obstet Ginecol Venez 1976;36:247-253. [ [Links](#) ]
15. Uzcátegui O, Hernández de Acosta C. Evaluación de la consulta prenatal. Rev Obstet Ginecol Venez 1978;38:17-18. [ [Links](#) ]
16. Pascuzzo C, Gavidia de P R, Sánchez L, García M, Hernández A, Pascuzzo M, et al. Determinantes del control prenatal en embarazadas de la región centro-occidental de Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez 1999;59:221-228. [ [Links](#) ]

Dirección: Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av. Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Correo electrónico: Faneite@telcel.net.ve.

### La ética médica sirve para proteger a las personas

La buena investigación y la práctica clínica tienen por lo menos un elemento en común: se realizan de manera ética, con planificación y procedimientos cuidadosos para proteger a los participantes del estudio, a los clientes y a los pacientes.

Los proveedores de anticonceptivos y otros productos y servicios de salud reproductiva deben confiar en que se ha comprobado que dichos productos y servicios son seguros y eficaces, mediante ensayos que eran fiables y exactos y que su meta final era el bienestar del usuario, según el número actual de Network en español, boletín de salud que publica *Family Health International* (FHI).

El doctor Roberto Rivera, director de la Oficina de Ética en Investigación Internacional de FHI, afirma: "Los principios básicos de una ética médica bien fundada han evolucionado con el tiempo para satisfacer la necesidad esencial de proteger a la gente. Estos principios protegen a las personas que voluntariamente participan en la investigación médica y del comportamiento; tanto en los estudios cuantitativos como en los cualitativos. Estos principios básicos configuran las salvaguardias éticas de cada estudio, pero los protocolos específicos pertinentes deben surgir de la colaboración estrecha con varios grupos interesados, en especial los que mejor representan a los voluntarios y que forman parte de la comunidad donde se realiza la investigación".

Actualmente se acepta de forma generalizada que todo tipo de estudio en el que participan seres humanos debe diseñarse y controlarse cuidadosamente a fin de proteger el bienestar físico y psicológico de los participantes.

Los protocolos de todo estudio deben guiarse por tres principios éticos aceptados ampliamente: respeto (reconocer el derecho que tiene cada persona de tomar sus propias decisiones), beneficencia (maximizar los beneficios posibles y reducir a un mínimo el daño posible) y justificar (tratar de manera justa y equitativa a todos los que participen).

Asimismo, estas tres piedras angulares de la ética médica deben guiar la práctica de los proveedores de servicio de salud reproductiva que luchan diariamente con decisiones éticas que pueden tener consecuencias trascendentales en el bienestar de sus clientes. Atender a adolescentes, a clientes VIH positivos y a mujeres cuyos compañeros son violentos o que se oponen a la anticoncepción, figura entre las numerosas cuestiones éticas que los proveedores de servicios de salud reproductiva afrontan habitualmente.

Por ejemplo, la doctora Cindy Waszak, científica principal de FHI con experiencia en salud reproductiva de los adolescentes, opina: "Muchos proveedores no consideran que los adolescentes tienen los mismos derechos que los adultos. Es posible que los proveedores se muestren reacios a atenderlos sin el consentimiento de los padres, incluso cuando las políticas estipulan el derecho de los adolescentes a recibir servicios de anticoncepción no permanente o tratamiento por infecciones de transmisión sexual (ITS) sin dicho consentimiento. Muchos proveedores niegan los servicios a los adolescentes o no guardan la confidencialidad porque sinceramente se preocupan de que si ponen libremente los métodos anticonceptivos a disposición de los adolescentes, esto los animará a tener relaciones sexuales, aunque las investigaciones indican que esto no es cierto".

En el caso de los clientes VIH positivos, los proveedores no sólo deben estar obligados por su profesión a guardar la confidencialidad del estado relativo al VIH, sino que también lo deben hacer porque las consecuencias que pueden sufrir los clientes al divulgarse la información pueden ser graves. No obstante, algunos proveedores no guardan la confidencialidad de esa información delicada. La divulgación se debe a veces a descuido. En otros casos, a los proveedores les pueden preocupar que la confidencialidad dada a las personas infectadas pueden poner en peligro al bienestar de compañeros sanos que no han sido informados al respecto. "Sin embargo, en general, si un cliente no está preparado para revelar su estado relativo al VIH a nadie, no es mucho lo que un proveedor puede hacer, salvo decir repetidamente al cliente cuándo, cómo y a quién revelar su estado", opina el doctor Eric van Praag, experto de FHI en servicios de apoyo y atención relativo al VIH/SIDA.

Tanto los clientes como los participantes de investigaciones tienen el derecho humano básico de tomar decisiones plenamente informadas y voluntarias acerca de su salud reproductiva. Los proveedores de servicios médicos y los científicos de investigación tienen la obligación de proteger ese derecho de dos formas: mediante la elección informada y mediante el consentimiento informado. La elección informada implica que cada cliente recibe información relativa a métodos y servicios, incluidos los riesgos y beneficios. Esta información permite a un cliente tomar una decisión plenamente informada en cuanto a si va a aceptar o rechazar un tratamiento o servicio; cuál método anticonceptivo, tratamiento o servicio va a seleccionar; y si va a pedir una remisión y hacer un seguimiento. El consentimiento informado es un proceso legal más formal en el que la persona recibe información completa y luego acepta recibir un método o servicio, o participar en un estudio de investigación.

#### Tecnologías nuevas

Las nuevas tecnologías que tienen que ver con la salud reproductiva prometen mejores servicios y atención y mejor calidad de vida. Sin embargo, las nuevas tecnologías a menudo pueden plantear problemas éticos imprevistos, incluido el potencial de abuso o mal uso.

Por ejemplo, algunas parejas están utilizando en todo el mundo la ultrasonografía, técnica que puede revelar el sexo del feto, para abortar fetos femeninos no deseados. El aborto es un procedimiento controvertido incluso en países donde éste es seguro y legal, y está disponible de manera generalizada. Cuando el aborto se utiliza para seleccionar el sexo, la controversia se intensifica. Otras tecnologías de salud reproductiva relativamente nuevas que pueden obtenerse cada vez más fácilmente y que plantean inquietudes éticas incluyen nuevas formas de anticoncepción a largo plazo o permanente, tratamientos para las personas que padecen infección por el VIH/SIDA y el uso de la fecundación *in vitro*.

Entretanto, algunas tecnologías nuevas están configurando las políticas de investigación en materia de salud en países desarrollados como Estados Unidos, y podrían influir a la larga en servicios de salud pública o políticas públicas de otros países. Por ejemplo, el debate actual en Estados Unidos relativo a permitir la investigación de células pluripotenciales embrionarias está estrechamente relacionado con el debate actual a nivel mundial acerca del aborto electivo y la fecundación *in vitro*, puesto que las células especializadas se extraen de embriones humanos que se van a destruir por otras razones.

FHI es una organización de investigación sin fines de lucro con sede en Estados Unidos, que trata de mejorar la salud reproductiva en todo el mundo, haciendo incapié en los países en desarrollo.

---

**Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**  
**Apartado 20081, San Martín.**  
**Caracas - Venezuela**  
**Teléfono: (+58-212) 4515955**  
**Fax: (+58-212) 4510895**



[sogvzla@cantv.net](mailto:sogvzla@cantv.net)