



Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México

Alejandro Meza,¹ Sandra Mancinas,¹
Sergio Meneses² y David Meléndez³

Forma de citar: Meza A, Mancinas S, Meneses S, Meléndez D. Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):360-64.

RESUMEN

La incorporación del marco de los derechos humanos a la salud materna se menciona cada vez con mayor frecuencia como una propuesta factible para mejorar la atención que reciben las mujeres en los servicios de atención obstétrica. Si bien es cierto que en México se cuenta con un sólido marco normativo en la materia, un elemento fundamental para garantizar el cumplimiento los derechos humanos relacionados con la salud son los mecanismos de exigibilidad que, además de encontrarse disponibles, deben ser efectivos y próximos a la población, principalmente en la atención obstétrica, espacio en donde ocurren reiteradas violaciones a los derechos humanos que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres.

El objetivo de este artículo es precisar los elementos normativos, jurídicos y extrajurídicos que deben ser considerados para incorporar la salud materna como un conjunto de derechos humanos exigibles.

Palabras clave: salud de la mujer; derechos humanos; servicios de salud materna; México.

¹ Facultad de Trabajo Social. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. La correspondencia se debe dirigir a José Alejandro Meza Palmeros. Correo electrónico: alefijo@gmail.com

² Instituto nacional de Salud Pública. Centro regional de investigaciones en salud pública, México.

³ Servicios de salud de Veracruz, México.

Informes recientes (1) estiman que en el año 2013 ocurrieron en el mundo 289 000 muertes maternas. Se considera que, en todo el mundo, hasta 99% de estas muertes ocurren en los países no industrializados y en circunstancias consideradas evitables (2). Esta inequidad está determinada a su vez, por desigualdades en el acceso y calidad de los servicios de salud dirigidos a las poblaciones más vulnerables en los países de menores ingresos.

En el interior de estos países, la mortalidad materna ocurre fundamentalmente en poblaciones en situación de vulnerabilidad social (bajos ingresos económicos, hablantes de alguna lengua indígena, habitantes de localidades rurales, con baja escolaridad), lo que las hace más propensas a enfrentar barreras geográficas, culturales y/o económicas para el acceso a la atención médica (3).

Aunque la disponibilidad y el acceso geográfico a los servicios médicos son condiciones indispensables, no son suficientes para evitar la mortalidad materna. Por ejemplo, en México, en los años 2012 y 2013, más de 85% de las muertes maternas ocurrieron dentro de establecimientos de salud, en su mayoría hospitales (4). Indiscutiblemente, una gran parte de estas muertes guarda una relación directa con una mala calidad en la atención, sobre todo la que corresponde con el aspecto técnico, es decir, la realización de intervenciones inadecuadas o inapropiadas ya sea por deficiencias en las competencias desarrolladas por el personal médico o carencias en la infraestructura y la disponibilidad de insumos. Se puede considerar lo anterior en dos dimensiones: la técnica y la de disponibilidad, respectivamente.

Otras muertes pueden atribuirse a obstáculos en el interior de los establecimientos para recibir una atención médica oportuna, como demoras e incluso negativas para brindar servicio y la desorganización de los sistemas de recepción y transferencia entre personal de distintos turnos de trabajo, todo ello conforma la "dimensión de accesibilidad". Otros factores como los distintos tipos de maltrato (físico, verbal y sexual) y las violaciones a la autonomía de las usuarias (por ejemplo, realización de procedimientos médicos sin su consentimiento) constituyen la "dimensión de trato" y son determinantes importantes de la muerte materna, porque desincentivan la búsqueda de atención oportuna y la utilización de los servicios médicos por parte de las usuarias (5).

Además de su contribución a la muerte materna, cada una de las dimensiones señaladas constituyen atentados en contra de los derechos básicos de las mujeres en los servicios de salud. Evidencias señalan que la mayoría de las quejas que se turnan a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico corresponden al ámbito

de la atención obstétrica (6). En el mismo sentido, de las 80 recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos por violación al Derecho a la Protección de la Salud desde el año 2006, veintitrés se encuentran relacionadas a esta área (7). Finalmente, hasta el año 2012, México había recibido un total de diez recomendaciones emitidas por el sistema internacional de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) por deficiencias en la atención de mujeres embarazadas que tuvieron como consecuencia su fallecimiento (8).

No obstante, en México se han realizado esfuerzos considerables para mejorar la salud materna y muchos de ellos han mostrado ser efectivos, en particular los relacionados con las mejoras en la disponibilidad, en el acceso geográfico y, en menor medida, los relativos a las mejoras en la calidad técnica de la atención (9–11). Sin embargo, las estrategias implementadas para mejorar el trato como el programa *Sí Calidad: la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud* y diversas capacitaciones sobre “trato digno” realizadas en unidades médicas del país no han dado los resultados esperados, e incluso algunos las consideran un fracaso (12).

La baja efectividad que han mostrado estas estrategias se debe, sin lugar a dudas, a la complejidad que subyace al maltrato, especialmente en los servicios obstétricos. Tal y como apuntan Valdez y otras (13), el abuso en los servicios obstétricos es un fenómeno en el que convergen relaciones de poder, discriminación, inequidad social y de género, además de condiciones estructurales como las deficiencias en infraestructura e insumos en las unidades médicas; las condiciones extenuantes y mal remuneradas en que trabaja el personal de salud y el desconocimiento de los derechos de las mujeres (5, 12).

Según Castro, (14) uno de los determinantes más importantes del maltrato corresponde al desequilibrio en las relaciones de poder que existe entre el personal médico y las usuarias de los servicios, lo que se manifiesta por un lado en prácticas autoritarias por parte del personal de salud —incluso promovidas por estos mismos agentes— y, por otro lado, en un comportamiento de subordinación por parte de las víctimas de maltrato que en muchas ocasiones optan por no protestar ante prácticas abusivas, o asumen estas como culpa suya.

En este sentido, la falta de consideración de la desigualdad en esas relaciones de poder genera un desacierto en el diseño de mecanismos para mejorar el trato, ya que las acciones de mejora se centran en la voluntad, la sensibilidad o la ética profesional del personal de salud, sin crear otro tipo de estrategias que puedan equilibrar las relaciones de poder y otorgar a las usuarias una mayor capacidad para exigir y demandar una atención acorde con sus expectativas (14).

La incorporación de la salud materna al marco de los derechos humanos ha sido vista por distintas organizaciones como la ONU, la Comisión Internacional de Derechos Humanos (CIDH) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como una propuesta

factible para generar vías que permitan a la población demandar al Estado la implementación de mejoras en la atención a la salud en los servicios obstétricos. Estas mejoras involucran las cuatro esferas señaladas antes: disponibilidad, accesibilidad, calidad técnica y trato; aunque esta última sea la más factible de modificar a corto plazo desde esta perspectiva, pues supone una mayor facilidad de ser identificada por las usuarias.

Al incorporar, dentro de esta propuesta, la participación de actores externos a los sistemas de salud en estas demandas, podrían generarse mecanismos que contribuyan a disminuir el desequilibrio en las relaciones de poder que existen en los servicios de salud, promoviendo una mayor exigencia de las usuarias respecto a la atención recibida.

Lo anterior hace indispensable precisar los elementos normativos, jurídicos y extrajurídicos que deben ser considerados para incorporar la salud materna como un conjunto de derechos humanos exigibles y con ello contribuir a la ampliación de la agenda de salud de la mujer en México, lo que constituye el objetivo de este trabajo.

La salud materna como asunto de derechos humanos

La presión política y social que se ha ejercido desde distintos espacios para mejorar las condiciones de vida de las mujeres ha colocado a la salud materna como un derecho humano y una prioridad política internacional (15). El objetivo de estos modelos debe ser utilizar las vías para exigir al Estado la realización de determinadas acciones en beneficio de la salud materna y evitar conductas perjudiciales para las mujeres a través de un respaldo normativo.

En el caso de la atención obstétrica, el respaldo normativo es bastante amplio tanto en el ámbito internacional como en el nacional. En el primero de ellos, se cuenta con la Convención para Prevenir la Discriminación contra la Mujer (artículo 12) y con la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Violencia contra la Mujer. Ambos convenios consagran el derecho a una atención adecuada durante el embarazo, el parto y el puerperio. Un instrumento que brinda mucha claridad respecto a las obligaciones adquiridas por el Estado, en relación a sus habitantes en materia de salud, es la Observación General 14 (16). Este constituye un importante documento de referencia puesto que, además de delimitar el contenido operativo del “derecho al más alto nivel posible de salud”, explicita los aspectos esenciales que pueden ser exigidos al Estado para gozar de este derecho.

En México, además de los instrumentos internacionales que garantizan el respeto de los derechos humanos, son aplicables otras referencias de legislación nacional que consagran el derecho a la protección de la salud (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4), que establecen las medidas que el Estado debe implementar para garantizar este derecho (Ley General de Salud y sus distintos reglamentos) (17) y aquellas que definen las características de la

prestación de los servicios que el sistema de salud nacional debe otorgar a la población (Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica) (18). Además, distintos pronunciamientos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (19) amplían el marco legislativo antes dicho; sin embargo, como discutiremos a continuación, su funcionalidad es cuestionable si no existen mecanismos para que la población pueda utilizarlo.

Exigibilidad del derecho a la protección de la salud materna

Según Abramovich y Curtis (20), la inclusión de cualquier política u obligación social al marco de derechos establece una relación directa entre el Estado y los beneficiarios de estas políticas, en la que confluyen tres elementos. El primero de ellos es la obligación asumida por el Estado; el segundo alude a un conjunto de derechos del que disponen los ciudadanos, ambos aspectos se hallan manifestados en el marco normativo. El tercer elemento se refiere a la implementación paralela, por parte del Estado, de mecanismos que garanticen el acatamiento de las obligaciones asumidas, ya que esto constituye una condición necesaria para que se operativice la relación Estado-ciudadano. El conjunto de estos mecanismos recibe el nombre de "exigibilidad" y comprenden las posibilidades jurídicas o extrajurídicas que tienen los ciudadanos para demandar el cumplimiento de sus derechos. En este sentido, las usuarias de los servicios obstétricos deben disponer, además del respaldo normativo, de la facultad para exigir que cada una de las intervenciones de atención médica realizadas por agentes del Estado se encuentren apegadas a ciertos estándares y que ellas mismas las consideren aceptables.

Podemos señalar que México cuenta con varios mecanismos de exigibilidad en materia de atención obstétrica. Por un lado existen vías extrajurídicas, que a su vez se subdividen en mecanismos internos al sistema de salud (quejas emitidas en el interior del mismo sistema; mecanismos periciales y de conciliación como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico) y mecanismos políticos (Comisiones Estatales y la Comisión Nacional de Derechos Humanos, que tienen la facultad para emitir recomendaciones dirigidas a las autoridades estatales; ejercicios de contraloría y transparencia como los que realiza el Observatorio de Mortalidad Materna en México [OMM] y la utilización de los medios de comunicación como vehículo de denuncia social y presión política). Por otro lado, existen vías jurídicas que permiten a la población llevar sus inconformidades por la prestación de servicios médicos inadecuados, o por mal trato a instancias judiciales con la capacidad de sancionar. Un ejemplo de lo anterior es la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (21), que en algunos estados como Veracruz o Chiapas tipifican la violencia obstétrica y que han sido incorporadas al código penal.

De acuerdo con lo anterior, podemos clasificar a los mecanismos disponibles de exigibilidad en salud materna en tres grandes grupos según sus alcances y

limitaciones: en primer lugar contamos con mecanismos preventivos, cuya función es corregir o fortalecer acciones en salud para evitar la ocurrencia de violaciones a los derechos humanos. Algunos ejemplos de este tipo de mecanismos son las demandas para que se implementen determinadas estrategias de capacitación, o aquellas que abogan por incrementos presupuestales.

En segundo lugar, existen mecanismos disuasivos, es decir, aquellos que tienden a inhibir conductas violatorias a los derechos humanos. En este rubro podemos citar los ejercicios de rendición de cuentas y todos los mecanismos cuya consecuencia última es la sanción. Finalmente, disponemos de mecanismos cuya demanda fundamental es la reparación para resarcir de alguna manera a la víctima.

Consideramos que ninguna de estas medidas es efectiva en situaciones de riesgo inmediato para la vida, como en el caso de emergencias obstétricas, debido a que son mecanismos que solo se pueden utilizar a posteriori y en un plazo mediano a partir de que se presenta una situación de riesgo, inconformidad o maltrato, de tal manera que esta falta de resolución inmediata puede constituirse en un riesgo importante para la vida de las mujeres.

Por otro lado, la operación de cada uno de estos mecanismos requiere determinadas competencias políticas y/o jurídicas que en la mayoría de las ocasiones supone, para la víctima, tener que recurrir a otras instancias, lo que entorpece la resolución además de generar gastos muchas veces importantes.

Algunas de las vías más frecuentemente utilizadas como las comisiones u organizaciones de derechos humanos tienen una capacidad de resolución muy limitada, ya que el cumplimiento de sus peticiones depende de la voluntad política de las autoridades de los sistemas de salud.

Por último, podemos agregar que las sanciones a las violaciones a los derechos humanos favorecen la justicia y son indiscutiblemente necesaria; sin embargo, su uso como mecanismo de disuasión de manera excesiva y exclusiva puede contribuir al incremento de una práctica médica defensiva que genera también riesgos a la salud, como ha sido observado (22).

Lo antes señalado pone en evidencia que es indispensable y urgente la generación de estrategias de exigibilidad de mayor proximidad dentro de los servicios públicos de salud que prevengan y sobre todo, solucionen en plazos de tiempo menores las violaciones al derecho a la salud de las usuarias de los servicios obstétricos de manera oportuna. Caso contrario, la incorporación del marco de los derechos humanos como estrategia para erradicar las violaciones a los derechos humanos que ocurren en los servicios obstétricos y en general, mejorar la salud materna permanece muy limitada.

Una propuesta de un mecanismo de exigibilidad con las características antes señaladas (interno a los sistemas de salud, accesible y próximo a las usuarias y de activación inmediata), corresponde a la idea de Oliveira y col. (5) sobre la necesidad de instituir en los sistemas de salud a una *ombudsman*, es decir, una

figura que tutele los derechos humanos de las usuarias de los servicios obstétricos, detectando y gestionando la solución de las irregularidades en la prestación de la atención médica. La realización de esta función sería a través de una persona con competencias en derechos humanos y en el desarrollo de estrategias de intervención que van desde la mediación, negociación y la interlocución con las autoridades de los sistemas de salud.

Otro mecanismo de exigibilidad interna puede ser a través de la instalación de centros de atención a llamadas telefónicas (*call centers*), diseñados para mejorar el acceso hospitalario a mujeres embarazadas que sufren rechazo ante la demanda de atención de emergencia. Este mecanismo es sencillo de implementar y evaluar: consiste en disponer, por entidad federativa, de un centro de atención telefónica las 24 horas los 365 días del año, cuyo número para efectuar la llamada no tiene costo para el emisor. En caso de presentarse algún obstáculo para recibir atención médica, la usuaria podría llamar o enviar un mensaje a ese número, en donde el receptor de la llamada registraría los datos relevantes, nombre, hora de llamada, condición de la usuaria, así como el número de contacto. Con los datos registrados, personal del *call center* llamaría al director de la unidad hospitalaria para que esta persona, como primer responsable de evitar rechazos hospitalarios, resuelva en un período no mayor a 15 minutos el acceso a la unidad hospitalaria. En caso de no haber resolución inmediata del problema, se desplegaría un equipo del propio *call center* para hacer presencia física en la unidad hospitalaria y exigir la atención.

En México, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva implementó en el año 2010 a través del denominado 01-800-0MATERNA (23) un mecanismo similar al propuesto; sin embargo, este número de atención se ha limitado a orientar y canalizar a las usuarias de los servicios obstétricos, además de que su operación a nivel federal dificulta la proximidad con la población y el seguimiento de casos.

Ambos modelos de exigibilidad expuestos requieren para su instauración algunos elementos indispensables: en primer lugar se requiere que exista una difusión importante de estos servicios en lugares estratégicos como lo son las entradas a los servicios de urgencias. En segundo lugar, es fundamental tanto para su constitución como para su operatividad, un importante respaldo de las autoridades del sistema de

salud a nivel federal. Finalmente, al ser mecanismos que operan dentro del sistema de salud, es necesario el monitoreo por parte de la sociedad civil.

Conclusiones

En México, la protección a la salud materna se encuentra sólidamente respaldada a través de un marco normativo nacional e internacional de Derechos Humanos. Sin embargo, en el ámbito de la atención obstétrica y particularmente en situaciones críticas, las posibilidades que la población tiene para defender sus derechos son limitadas. Aún hace falta diseñar e implementar modelos operativos más próximos que aseguren la exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios públicos al momento de la atención y antes de que se presenten violaciones al mismo que deriven en graves consecuencias para la vida. La constitución de este tipo de mecanismos debe ser parte importante de la agenda de la salud de las mujeres en los próximos años.

ABSTRACT

Enforceability of the right to health protection in obstetric services in Mexico

The inclusion of the framework of human rights in maternal health is mentioned more and more frequently as a feasible proposal to improve the care that women receive in obstetric health care services. Despite the fact Mexico has a solid regulatory framework for obstetric care, mechanisms of enforceability are essential to ensure that health-related human rights are upheld. In addition to being in place, enforceability mechanisms should be effective and accessible to people, particularly in obstetric care, where repeated human rights violations occur that endanger women's health and lives.

The objective of this article is to specify the regulatory, legal, and extralegal elements that need to be considered in order to include maternal health in a set of enforceable human rights.

Key words: women's health; human rights; maternal health services; Mexico.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf Acceso el 16 de junio de 2014.
2. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2012. Disponible en: https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf Acceso el 16 de junio de 2014.
3. Freyermuth G. Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad

- materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad. México, D.F: CONEVAL; 2010. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/rw/pages/informespublicaciones/otroestudios.es.do> Acceso el 8 de noviembre de 2011.
4. Observatorio de la Mortalidad Materna en México. Numeralia 2011 y 2012 (sitio en internet) <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia/176.html> Acceso el 16 de junio de 2014.
 5. d'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*. 2002; 359(9318):1681-5.
 6. Fajardo-Dolci GE, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Hernández-Ávila M, Kuri-Morales P, Gómez-Bernal E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *Salud Publica Mex*. 2009;51:119-25.
 7. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (sitio en internet) <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones> Acceso el 18 de febrero 2015.
 8. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm> Acceso el 13 de septiembre de 2013.
 9. González Block MA. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Evaluación Externa del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2001-2005. México: INSP; 2006 (sitio en internet). <http://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-antiores-2010/649-arranque-parejo-en-la-vida.html> Acceso el 2 de julio de 2014.
 10. Fereyermuth, G. Programa de atención materna y perinatal (Arranque Parejo en la vida). En: Monitoreo de la Atención a las Mujeres en Servicios Públicos de Salud. México: CIESAS-INMUJERES; 2010 (sitio en internet) <http://monitoreoensalud.org.mx/index.php/es/2012-01-20-11-35-28/progsaludsexual.html> Acceso el 2 de julio de 2014.
 11. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud. México: Instituto Nacional de Salud Pública-Instituto Nacional de las Mujeres (INSP-INMUJERES); 2012. Disponible en: http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/140108_monitoreoMujeres.pdf Acceso el 2 de julio de 2014.
 12. Castro R. Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. En: Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina (págs. 49-79). Montevideo: Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad de la República; 2009.
 13. Santiago RV, del Carmen Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M, Arenas Monreal L. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *CONAMED*. 2013;18(1):14-20.
 14. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *CONAMED*. 2014;19(1):37-42.
 15. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. ONU. A/HRC/21/22. (Sitio en internet) http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf Acceso el 16 de junio de 2014.
 16. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. ONU E/C.12/2000/4. (Sitio en internet) <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm> Acceso el 16 de junio de 2014.
 17. Cámara de Diputados. Honorable Congreso de la Unión, México. Ley General de Salud. [Sitio en internet] http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_191214.pdf Acceso el 16 de junio 2014.
 18. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guías de Práctica Clínica. (Sitio en internet) <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html> Acceso el 17 de febrero 2015
 19. Suprema Corte de Justicia de la Nación, México. Jurisprudencia. (Sitio en internet) <http://sjf.scjn.gob.mx/sjfsist/Paginas/tesis.aspx> Acceso el 7 de agosto de 2014.
 20. Abramovich V, Courtis C. Los Derechos Humanos como derechos exigibles. Madrid: Trotta; 2004.
 21. Congreso del estado de Veracruz. Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Veracruz, México. (Sitio en internet) <http://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/MUJLIBVIOLT.O.pdf> Acceso el 20 de junio de 2014
 22. Robles F. Conflicto médico-legal en ginecología y obstetricia. México: Nieto Editores; 2011.
 23. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (Sitio en internet) <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/Noticias/018000Materna.html> Acceso el 28 de enero de 2015.

Manuscrito recibido el 17 de agosto de 2014. Aceptado para publicación, tras revisión, el 3 de febrero de 2015.