



Violencia obstétrica

Dr. Luis Héctor Soto-Toussaint*

* Anestesiólogo. Vicepresidente Asociación de Anestesiólogos de Jalisco, Colegio Médico.
Comité de Seguridad. Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología, A.C.

*«Tomar la decisión de tener un hijo es trascendental.
Se trata de decidir que tu corazón
caminará siempre fuera de tu cuerpo».*
Elisabeth Stone

*Salus Populi suprema lex est
«La salud del pueblo es la suprema Ley»*

Janus. El Dios de la mitología Romana que tenía dos caras, el dios de las puertas, el dios de los comienzos y de los finales, utilizado para simbolizar el cambio y la transición, con una cara observar el pasado y con la otra el futuro. Hoy enfrentamos una vorágine de cambios de la que nuestro actuar profesional no puede desentenderse ni mucho menos ser ajeno. Violencia Obstétrica, palabras fuertes que denotan una acción violenta en contra de una mujer embarazada ¿Impensable? ¿Abominable? Pues existe y está presente en la prestación de Servicios de Salud en todos los niveles, tanto a nivel institucional como en el sector privado, es un hecho: existe y habrá que afrontarlo y entenderlo. La violencia obstétrica y la morbilidad materna han sido un patrón repetitivo de fallas estructurales por parte del estado y de la sociedad. La violencia obstétrica representa una intersección entre la violencia de género y la violencia institucional en salud⁽¹⁾. Janus... Dos Caras... Pacientes y personal de salud, ¿dos visiones? Abordaje multidisciplinario, conductas de equidad y conciliación de las dos visiones.

Una cara de Janus: en México, cuando las mujeres embarazadas llegan a los hospitales están en alto riesgo de ser maltratadas verbal o físicamente. En nuestro país, cada vez son más los sucesos sobre violencia obstétrica que se denuncian derivado de la inadecuada atención médica que se proporciona en las instancias de salud pública y privada a las mujeres en edad reproductiva, en particular, durante el embarazo, parto y puerperio, aun cuando existe un marco jurídico que garantiza

servicios de salud adecuados para las mujeres. La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, es quien finalmente decide sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos. A esta violencia se exponen más de 6 mil 800 mexicanas al día, pues México registra alrededor de 2 millones 500 mil nacimientos anuales. Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión en algunos casos, frente al personal de salud. Algunos médicos reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y del producto de la gestación. La morbilidad y mortalidad materna desde una perspectiva de violencia de género pudiese ser una causa indirecta de desigualdad y consecuencia de factores históricos, sociales y culturales⁽²⁾.

¿PERO QUÉ SE ENTIENDE POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

La ONU en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: «el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto»⁽³⁾. La violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.

En Chiapas, «Patricia» no podía salir del hospital si no se ponía un dispositivo intrauterino, y a Rosa, después de haber perdido el embarazo de 15 semanas le dijeron que «ya estaba muy vieja para tener hijos», A Verónica, por exigir sus derechos durante el parto, los médicos y enfermeras le retrasaron la atención y se burlaron de ella, a tal grado, que perdió a su bebé. Las situaciones aquí descritas son violencia obstétrica, la cual también se manifiesta como negación de tratamiento, indiferencia ante solicitudes o reclamos, regañones, burlas, ironías, decisiones médicas sobre el parto que se toman sin su consentimiento, hasta esterilizaciones forzadas. Opiniones recopiladas de pacientes obstétricas acerca de la conducta de los médicos⁽⁴⁾: «privar de información y poder de decisión», no ofrecer alternativas, separación de los hijos al nacer, privación del apoyo emocional y de acompañamiento de la persona elegida por ellas, engaño médico: inducción al parto, ambiente falto de intimidad, episiotomía rutinaria, comunicación y expresión entre médicos de situaciones irrelevantes a la paciente. «Platicar entre ellos», «el punto del marido agradecido», «cicatriz para bikini».

El mayor número de quejas por mala práctica médica que reporta la Comisión de Arbitraje Médico⁽⁵⁾ en los años que van del 2000 al 2012 corresponden al Área de Ginecología (2,877 quejas concluidas). Por tanto estamos frente a un frecuente problema de violación de derechos de salud y de salud reproductiva de las usuarias, en el espacio de los servicios de salud, La CNDH emitió en el 2015 13 recomendaciones en el sentido de «violencia obstétrica».

ANTECEDENTES

Ante los alcances de este problema, es que muy diversos organismos internacionales preocupados por esta grave situación de vulnerabilidad sea revisada y analizada de manera muy acuciosa: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. (Convención Belém do Pará), Convención Para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), Declaración de las Naciones Unidas Sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (1993), IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres. Pekín (1995) la WHO, y en Latinoamérica, quien inicia con la punitividad a esta práctica fue la República Bolivariana de Venezuela: que emitió la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y la República Argentina que emite la Ley 25.929 «Ley de Parto Humanizado», Ley 26.485 Art. 6º Inciso E. (Violencia

Obstétrica); en México se ha promulgado una Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia⁽⁶⁾, la cual en su Art 1º establece: Esta Ley tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación y cuyos Principios Rectores establecen: «Para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia son: La igualdad jurídica entre la mujer y el hombre; El respeto a la dignidad humana de las mujeres; La no discriminación y la libertad de las mujeres».

La LGAMVLV establece que los Derechos Humanos de las Mujeres se refiere a los derechos que son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales contenidos en la Convención Sobre Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), la Convención Sobre los Derechos de la Niñez, La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Belem do Pará) y demás instrumentos internacionales en la materia; y entre las que se señala que la 1) Violencia contra las mujeres es cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público por tanto, 2) Víctima: Será toda mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia y por ende, 3) Agresor: Es la persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres, 4) Modalidades de violencia: Son las formas, manifestaciones o los ámbitos de ocurrencia en que se presenta la violencia contra las mujeres, 5) Tipos de violencia contra las mujeres: A) Psicológica: Se define como cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas (es quizá esta forma de violencia, la sea más frecuente en el ámbito de la prestación de salud en el Área Obstétrica), B) Violencia sexual, C) Violencia familiar, D) Violencia en la comunidad, E) Violencia institucional. [Art. 18º LGAMVLV: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia] y F) Violencia obstétrica.

Leyes y Códigos Relacionados con la Violencia Obstétrica en México: Decreto de Adición a la Ley General de Salud: Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Publicado en el DOF el 2 de abril 2104; Código Penal Federal: Del Capítulo III Delitos Contra los derechos

reproductivos: Art. 199Ter. A quien cometa el delito previsto en el artículo 466 de la LGS con violencia, se impondrá de cinco a catorce años de prisión y hasta ciento veinte días multa. [Art. 466 LGS: Al que sin consentimiento de una mujer o aun con su consentimiento, si ésta fuere menor o incapaz realice en ella inseminación artificial, se le aplicará prisión de uno a tres años, si no se produce el embarazo como resultado de la inseminación; si resulta embarazo, se impondrá prisión de dos a ocho años]; Art. 199 Quintus. Comete el delito de esterilidad provocada quien sin el consentimiento de una persona practique en ella procedimientos quirúrgicos, químicos o de cualquier otra índole para hacerla estéril. Al responsable de la esterilidad provocada se le impondrán de cuatro a siete años de prisión y hasta setenta días multa, así como el pago total de la reparación de los daños y perjuicios ocasionados, que podrá incluir el procedimiento quirúrgico correspondiente para revertir la esterilidad. CPF: Título tercero bis.. De los delitos contra la Dignidad de las personas. Art 149 Ter. Se aplicará sanción de uno a tres años de prisión. Estados de la República Mexicana que incluyen el término: «violencia obstétrica» en sus leyes de acceso a una vida libre de violencia: Durango, Chiapas, San Luis Potosí, Guanajuato (Art 5º Fracción VIII), Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán y sólo dos Estados han tipificado el delito en sus respectivos Códigos Penales: Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave *Violencia Obstétrica* (Adicionado, G.O. 02 de Abril de 2010). Art. 363º y en el Código Penal del Estado Libre y Soberano de Chiapas. Adición Publicada P.O. Núm. 156-5ª. Sección de Fecha 24 de diciembre de 2014, en donde es muy similar al del Estado de Veracruz, pero cabe mencionar que en del estado de Chiapas, se incluye un aspecto demasiado importante: La reparación integral del daño, lo cual queda claro cuando se le acredite a un Particular, ¿Pero qué pasa si se es un Servidor Público? La Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevé la posibilidad de que, al evidenciarse una violación a los derechos humanos, atribuible a un servidor público del estado debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados.

«Nueva evidencia de un viejo problema, el abuso de las mujeres en sala de partos»⁽⁷⁾ (con permiso de los autores) se realizó un estudio transversal a 512 mujeres en el postparto inmediato en dos hospitales, en donde arrojan como resultados que 11% de las mujeres refirieron haberse sentido maltratadas por alguien del personal de salud. La persona que ejerció maltrato fue: enfermeras (40%), médicas (30%) y médicos (23%). El 19% reportó maltrato verbal, casi 8% maltrato físico y el 29% reportó abuso total (Cuadro I).

Al 98% de las mujeres se les realizó un promedio de 5 ± 3 tactos vaginales con un mínimo de 1 y un máximo de 20 (Cuadro II). Las maniobras más frecuentes durante la atención del parto después del tacto vaginal, fueron la colocación de

una sonda vesical y la administración de oxitócicos en infusión (Figura 1).

¿Qué es lo que está pasando? ¿Misoginia? o ¿Estrés Laboral? o ¿Burnout del profesional? o ¿Sobrecarga e insatisfacción laboral?, ¿Falta de insumos y recursos? ¿Conceptos diversos de paciente y personal de salud? Es muy preocupante que derivado del estudio señalado una de cada tres pacientes haya sufrido algún tipo de maltrato.

LA OTRA CARA DE JANUS

Ya sabemos que de una manera muy lamentable sí sucede, pero lo señalado es sólo una cara de la Moneda. ¿Cuál es la óptica de este problema desde el punto de vista médico? ¿Bajo qué normas de actuación es que los médicos en México nos encontramos laborando? Cuando se toca el aspecto de la atención obstétrica se estará por lo señalado en la NOM-007-SSA2-1993: Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Es más que evidente que esta Norma Oficial de hace 23 años, no incluye el término de violencia obstétrica y mucho menos, preceptos dirigidos al personal de salud, en el sentido de educar para evitar este tipo de violencia. Existe un proyecto de Reforma a la mencionada Norma: PROY-NOM-007-SSA2-2010 (Publicada en el DOF 05/11/2012) y en donde se señala: que la ciencia médica, a nivel nacional e internacional ha desarrollado importantes avances en materia e investigación científica que permiten establecer mejores prácticas médicas para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto, el puerperio y la atención del recién nacido. Hasta el día de hoy, no aparece como aprobada y por lo tanto está vigente la de 1993. Y nosotros anestesiólogos estamos normados por la NOM-006-SSA3-2011, norma que al momento actual tiene aspectos caducos y que se requiere sean revalorados y en su caso reformulados; ahora bien, un aspecto importante en el precepto 5.1 señala: el ejercicio de la anestesiología se basará en los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y en el de la libertad prescriptiva del médico anestesiólogo, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar, en beneficio del paciente. La libertad prescriptiva y al respecto el tribunal más alto ha establecido: (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2013): La libertad prescriptiva⁽⁸⁾ de los médicos y del personal sanitario es entendida como un principio científico y ético que tiene la finalidad de orientar la práctica de la profesión médica, otorgando a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, discrecionalidad en su actuar. Por tanto, la libertad prescriptiva del médico forma parte del derecho al trabajo establecido en el Artículo 5º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ahora bien, la libertad prescriptiva debe ejercerse en aras de obtener el beneficio del paciente y bajo ninguna

Cuadro I. Prevalencia de maltrato a mujeres atendidas en salas de parto, por hospital⁽⁷⁾.

	Total		Hospital 1		Hospital 2	
	n	%	n	%	n	%
Se sintió maltratada	57	11.13	36	11.29	21	10.88
Maltrato verbal	99	19.34	57	17.86	47	21.76
Maltrato físico	39	7.61	33	10.34	6	3.10
Maltrato total	149	29.10	94	29.47	55	28.50

Cuadro II. Número de tactos vaginales realizados por tipo de parto, por hospital⁽⁷⁾.

Tactos vaginales realizados	Total (n = 512)		Hospital 1 (n = 319)		Hospital 2 (n = 193)	
	Media ± DE	Mín.-máx.	Media ± DE	Mín.-máx.	Media ± DE	Mín.-máx.
General	4.47 ± 3.68	1-40	4.85 ± 4.18	1-40	3.87 ± 2.65	1-15
Parto natural	4.75 ± 2.96	1-20	5.14 ± 3.25	1-20	4.16 ± 2.36	1-15
Cesárea	4.39 ± 4.34	1-40	4.78 ± 4.99	1-40	3.78 ± 2.95	1-15
Cesárea programada	2.84 ± 1.37	1-6	3.18 ± 1.47	1-6	2.3 ± 1.05	1-4

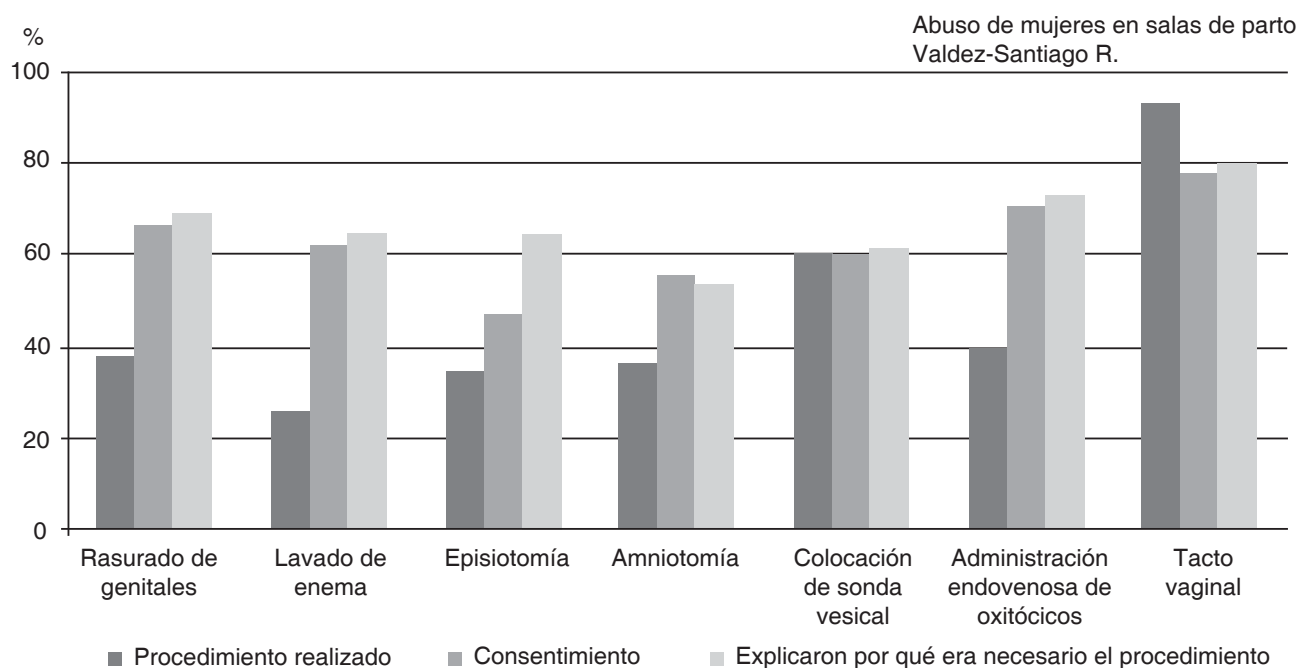


Figura 1. Realización de procedimientos durante la atención del parto en hospitales del estado de morelos⁽⁷⁾.

circunstancia debe equipararse a arbitrariedad, pues el actuar del personal médico debe fundamentarse en el estado actual de la ciencia médica y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias de cada caso concreto.

¿Judicialización de la medicina? En el ejercicio actual de la práctica profesional han surgido nuevas formas en

las relaciones: médico-paciente-sociedad-«Judicialización» (litigios-inconformidades-denuncias) que conlleva a reflexionar en las formas que el sistema de Impartición de Justicia aplicará a los profesionales de la salud, quienes se vean sujetos a una denuncia, queja o demanda, con independencia de que somos el grupo de profesionales predilectos por los medios para señalamientos sin fundamento, con el gran daño moral

y profesional inherente. Algunos sectores han logrado como ya se estableció en líneas arriba el provocar en el ánimo de los legisladores la inclusión en los códigos penales del estado de Veracruz y de Chiapas que la violencia obstétrica tenga un tipo penal; el que médicos, enfermeras y todo aquel que incurra en violencia obstétrica vaya a prisión, no garantizará mejorar la calidad de la atención, siempre y cuando el evento denunciado, no presuponga un delito de lesiones o bien cualesquiera de los ya establecidos como homicidio culposo.

Son diferentes las razones que llevan a los médicos que atienden a pacientes embarazadas a ejercer lo que se ha nominalizado como «violencia obstétrica» y entre otros: falta de información, falta de formación de la personalidad, falta de formación profesional, de habilidades técnicas necesarias para afrontar los aspectos emocionales del parto, situaciones psicológicas como traumas personales no resueltos o padecer del síndrome de Burnout⁽⁹⁾, el cual es una forma inadecuada de afrontar el estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. El agotamiento emocional ocurre por pérdida de la energía, desgaste emocional, fatiga, irritabilidad, pérdida del disfrute de las tareas e insatisfacción laboral, la despersonalización es el distanciamiento afectivo, estados de depresión, actitudes negativas, insensibilidad, trato impersonal e indiferencia hacia los demás. Finalmente el síndrome de Burnout representa el extremo del espectro de una interrupción crónica del balance que debiese de existir entre el buen vivir y el trabajo diario.

CONCLUSIONES

Se requiere de un compromiso de investigación que ayude a conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan el tipo de percepciones que tienen los prestadores de servicios acerca de las mujeres en trabajo de parto, de la salud y de los derechos reproductivos, la maternidad y todo el proceso obstétrico; asimismo se requiere analizar cómo conciben los médicos su trabajo en condiciones críticas, particularmente las relacionadas con las urgencias obstétricas y cómo se vinculan éstas con su práctica profesional cotidiana. Lo que redundará en limitar las prácticas actuales de «medicina defensiva» las cuales son comprensibles pues el médico se guía por un actuar de precaución y de prevención para salvaguardar su patrimonio y su tranquilidad personal y familiar.

Así como también es muy importante el conocer de una manera abierta y sin prejuicios como visualizan las pacientes su atención obstétrica, cuál sería su ideal y empatarlo con las

realidades de atención, para que de una manera respetuosa se concilien las aspiraciones y la realidad; que las familias y las pacientes comprendan que el actuar del médico es en esencia hipocrático y que los profesionales de la salud entendemos la igualdad entre géneros y por lo tanto valoramos y defendemos el derecho a vivir una vida libre de violencia, misma que aplica para nuestro actuar en la atención obstétrica.

El derecho al trato digno «es la prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico».

Nuestra respuesta como profesionales de la medicina ante estas situaciones ha sido tibia y de acciones insuficientes, sin lugar a dudas ha llegado el momento de levantar nuestras voces de una manera institucional y colegiada, ante los Legisladores y el Poder Judicial para dejar muy clara nuestra postura y dejar de judicializar de manera perversa el actuar del médico, pero lo más importante será el objetivo final: la despenalización del acto médico, el cual no es otra cosa que remover la clasificación de delito o falta de una acción o conducta. Robles-Elías en su ensayo ¿Despenalizar los actos médicos⁽¹⁰⁾? Anota: se buscaría que el acto médico bajo ninguna circunstancia pudiera considerarse por el juzgador como poseedor de los atributos que la ley le confiere a los delitos. Si bien el despenalizar de manera general los actos médicos motivaría, la sensación en la ciudadanía de sentirse desprotegidos de la justicia.

Hoy nuestra tarea es respetar y tratar con dignidad a las mujeres que han puesto su vida a nuestro cuidado, asimismo será también nuestra labor como anestesiólogos, el informarles a las pacientes y sus familiares, en qué consiste nuestro actuar, qué esperar de la técnica y cuáles son las posibilidades de que surja un evento no deseado, es nuestro derecho el actualizar el concepto de libertad prescriptiva, pero también es nuestra obligación como anestesiólogos el informar cuáles son las opciones terapéuticas, tanto en las diversas técnicas como en la resolución de las situaciones que se presenten en la evolución del caso. Apoyar una ciudadanía reproductiva que es la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica de calidad por parte de los servicios de salud. Asimismo habremos de actualizar y reconceptualizar las relaciones médico-paciente. Pero sobre todo habremos de actuar con competencia profesional y con valores éticos, morales y con sentido de humanidad y de ciudadanía.

REFERENCIAS

1. Alemán NM. Derechos Sexuales y reproductivos en tensión: Intervencionismo y Violencia Obstétrica. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, U del R, Montevideo, 13-14 de Septiembre de 2011.
2. González PI, Romero PI, Sámano SR, Torres CJL, Sánchez MG, Chávez CM. Muerte materna desde una perspectiva de violencia de género. *Perinatol Reprod Hum*. 2010;24:60-66.
3. *Revista Red Bioética de la UNESCO*, Vol. 4 (1 y 7), 2013, p. 47.
4. Fernández GF. ¿Qué es la violencia obstétrica? *Dilemata*. 2015;7:113-128.
5. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*. 2014;19:37-42.
6. Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia. LGAMVLV Catalogo de Leyes. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión. Dominio Público. Última Reforma publicada en el DOF 28/01/2011
7. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M, Arenas-Monreal LM. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. *Revista CONAMED*, Vol 18, Num 1, 2013, pp. 14-20 ISSN 1405-6704.
8. Libertad Prescriptiva del Médico. Parte Integradora del Derecho al Trabajo de los Médicos. 2002564. 1ª. XXII/2013 (10ª). Primera Sala. Décima época. *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*. Libro XVI, Enero de 2013, p. 637.
9. Sheno AN. Unbalanced but satisfied? *Front Pediatr*. 2015;3:120. doi: 10.3389/fped.2015.00120
10. Robles-Elías FJ, Peña-Nina D, Díaz-Barriga E, Robles-Morales R. ¿Despenalizar los actos Médicos? Una primera aproximación a partir de una perspectiva dual: medicina y derecho ensayos. *Ginecol Obstet Mex*. 2014;82:828-838.