

La judicialización del parto. Un ejercicio de injusticia epistémica testimonial*

The judicialization of childbirth. A case of testimonial epistemic injustice

Rebeca Granero Ferrer

Universidad de Valencia

ORCID ID 0009-0000-8761-7385

regrafe@alumni.uv.es

Cita recomendada:

Granero Ferrer, R. (2023). La judicialización del parto. Un ejercicio de injusticia epistémica testimonial. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, 24, pp. 163-183

DOI: <https://doi.org/10.20318/eunomia.2023.7660>

Recibido / received: 31/12/2022

Aceptado / accepted: 08/03/2023

Resumen

La violencia obstétrica es un concepto internacionalmente reconocido bajo el que se concentran múltiples prácticas abusivas, entre las que se pueden encontrar desde agresiones físicas y abusos verbales, a retenciones en centros hospitalarios o esterilizaciones forzadas (OMS, 2014). La violencia obstétrica es una forma de violencia de género que reproduce una situación de discriminación estructural contra las mujeres (Šimonović, 2019). Resulta incomprensible que mujeres con plena capacidad y reconocimiento de derechos, experimenten diariamente estos abusos que, a pesar de su heterogeneidad, se ejercen en prácticamente todos los contextos gineco-obstétricos del mundo. Entre estos abusos, debemos enmarcar la judicialización del parto como una práctica compleja de violencia en la que los sujetos reproductivos son desestimados como sujetos de conocimiento y sujetos de derechos. A pesar de su escasez, las intervenciones judiciales durante el parto conllevan una vulneración de múltiples derechos fundamentales y limitan la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre sus cuerpos y sus procesos reproductivos. Entre ellas se encuentra la reciente decisión del Tribunal Constitucional Español (STC 66/2022), popularmente conocida como «Caso Oviedo». Poniendo especial énfasis en la ausencia del principio de audiencia a lo largo del proceso judicial, la desestimación de este recurso de amparo marca una tendencia palpable en la que los sujetos reproductivos son configurados como sujetos de dudosa validez epistémica. El silenciamiento de las mujeres y la desautorización de sus testimonios en los ámbitos de salud reproductiva, así como en el sistema judicial y administrativo deben ser considerados como actos de injusticia epistémica testimonial. En la base de estas injusticias

* Este artículo participó y fue seleccionado en el marco del taller «Teorías de la justicia y género en la doctrina de los órganos de protección internacional de derechos humanos». Este taller es parte del Proyecto de investigación coordinado por la Universidad Carlos III de Madrid, dirigido por las profesoras Carmen Pérez González e Isabel Wences Simon y financiado por la Agencia Estatal de Investigación: «Teorías de la Justicia y Derecho global de los derechos humanos [JUSTGLOBAL]».

yace una falta de reconocimiento de las mujeres como sujetos epistémicos a partir un déficit de credibilidad constante que las sitúa en la periferia de la producción del conocimiento. Este desplazamiento debe ser entendido como un acto de opresión articulado por unas condiciones estructurales que mantienen a las mujeres fuera de los espacios retóricos donde, tanto la disciplina obstétrica como el derecho, determinan hegemónicamente quién sabe y qué conocimientos cuentan.

Palabras clave

Judicialización del parto, injusticia epistémica, violencia obstétrica, estereotipos dañinos de género, salud sexual y reproductiva.

Abstract

Obstetric violence is an internationally recognized concept among which multiple abusive practices are perpetrated, ranging from physical aggression and verbal abuse to hospitalization and forced sterilization (WHO, 2014). Obstetric violence is defined as a form of gender-based violence that reproduces a situation of structural discrimination against women (Šimonović, 2019). It is difficult to understand why women with full capacity and recognition of rights, experience daily these abuses that, despite their heterogeneity, are exercised in virtually all gynecological-obstetric contexts in the world. Among these abuses, we must frame judicial interventions in childbirth as a complex practice of violence in which reproductive subjects are dismissed as subjects of knowledge and subjects of rights. Despite their scarcity, judicial intervention in childbirth entail a violation of multiple fundamental rights and limit women's ability to make decisions about their bodies and reproductive processes. This is the case of a recent Spanish Constitutional Court decision (STC 66/2022), popularly known as the "Oviedo Affair". The dismissal of this appeal for protection with an emphasis on the absence of fair hearing throughout the judicial process marks a palpable trend in which reproductive subjects are configured as subjects of dubious epistemic status. The silencing of women and the disavowal of their testimonies in reproductive health settings, as well as in the judicial and administrative system, should be considered as acts of testimonial epistemic injustice. At the root of these injustices lies a lack of recognition of women as epistemic subjects based on a constant credibility deficit that places them on the periphery of the production of knowledge on reproductive processes. This displacement must be understood as an act of oppression articulated by structural conditions that keep women out of the rhetorical spaces where both obstetric discipline and law hegemonically determine who knows and what knowledge counts.

Keywords

Judicialization of childbirth, epistemic injustice, obstetric violence, harmful gender stereotypes, sexual and reproductive health.

SUMARIO. 1. Introducción. 2. La judicialización del parto. 2.1. La mujer era un sujeto capaz. 2.2. Solo la medicina obstétrica fue tenida en cuenta. 2.3. Hubo tiempo suficiente. 3. Mujeres reificadas y excluidas. 3.1. Un problema de créditos: Conocimiento autoritario vs. conocimiento (des)autorizado. 3.2. Un mecanismo basado en estereotipos. 3.3. Un ejercicio de injusticia epistémica. 4. Conclusión.

1. Introducción

Bajo el término de violencia obstétrica se concentra una multiplicidad de prácticas abusivas ejercidas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Esta violencia adquiere rostros dispares que varían dependiendo del contexto y el sujeto

reproductivo¹ que las experimenta. Así, la relatora especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su informe «Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica» (Šimonović, 2019) refiere que en algunos estados, las mujeres embarazadas recluidas en centros penitenciarios son amordazadas y atadas a la cama durante el parto. De modo similar, mujeres internadas por su situación de migración han llegado a permanecer días esposadas, privadas de cualquier capacidad de movimiento o deambulación. En algunas zonas de Asia, África Subsahariana y América Latina, aquellas mujeres que no pueden hacer frente a los gastos hospitalarios son forzosamente detenidas junto a sus criaturas en los mismos centros sanitarios donde dan a luz. En otros contextos, al hablar de violencia obstétrica se hace especial hincapié en la sobremedicalización de los procesos reproductivos. Por ejemplo, encuestas recientes publicadas por *eldiario.es* (Aguilar y Sánchez, 2022), muestran que las tasas de cesáreas en algunas provincias españolas están cerca del 30% de media, superando el 40% en el caso de algunas clínicas privadas. Estas elevadas cifras, muy por encima de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015)², se repiten en otras intervenciones obstétricas como las inducciones al parto³ o las episiotomías⁴. Este sobre intervencionismo, en muchos casos realizado sin consentimiento previo (Iglesias *et al.*, 2019), debe ser entendido como un ejercicio de violencia, pudiendo constituir «un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante» tal y como señala la relatora especial de Naciones Unidas en los párrafos 24 y 25 de su informe (Šimonović, 2019). En cuanto a las personas embarazadas, también difiere el grado de violencia experimentada en los procesos de salud sexual y reproductiva. En Estados Unidos, la literatura muestra cómo las mujeres afroamericanas sufren una mayor incidencia en abusos durante el embarazo y el parto (Davis, 2018). Las implicaciones de lo que se conoce como violencia obstétrica racial son muy significantes y abarcan desde una mayor posibilidad de tener una cesárea durante el parto (Roth y Henley, 2014) hasta un mayor riesgo de dar a luz prematuramente (Rich-Edwards *et al.*, 2001; Collins *et al.*, 2000). Por su parte, la OMS ha señalado como las mujeres adolescentes, con bajo nivel socioeconómico, con discapacidad, migrantes o con VIH tienen una mayor probabilidad de sufrir esta forma de violencia (OMS, 2015). También se refiere a esta cuestión, la relatora especial de Naciones Unidas Dubravka Šimonović en el párrafo 43 de su informe donde apunta que

algunas mujeres sufren formas interseccionales de discriminación que tienen un impacto negativo agravado, y la violencia de género puede afectar a las mujeres en distinta medida o de distintas formas, por lo que a este respecto se requieren respuestas jurídicas y normativas adecuadas (Šimonović, 2019).

¹ A lo largo del texto utilizaré indistintamente los términos mujer, persona embarazada y sujeto reproductivo entendiéndolo que no solo las mujeres tienen capacidad para gestar y dar a luz y que, por tanto, la utilización única del término mujer puede resultar excluyente. No pierdo por ello de vista que la violencia obstétrica es una violencia de género que se ejerce contra las mujeres por el hecho de ser mujer (Šimonović, 2019). Esta violencia se perpetúa con la reproducción de estereotipos dañinos de género que reifican a las mujeres en contextos de salud sexual y reproductiva. Estos sesgos han vinculado históricamente la noción de maternidad con el sacrificio o la docilidad, reforzando nociones discriminatorias sobre el rol social de la mujer.

² La Organización Mundial de la Salud recomienda que la tasa de cesáreas no sobrepase el 10-15% ya que no existen beneficios demostrados en su uso sistemático, sino que su realización está asociada a riesgos tanto a corto como a largo plazo que pueden afectar la vida de la mujer y del neonato (OMS, 2015).

³ Incisión –generalmente medio-lateral– en el periné realizada para expedir o facilitar la expulsión del feto.

⁴ Estimulación artificial del útero para facilitar el inicio del proceso de parto.

Esta cuestión no puede pasarse por alto a la hora de entender que los mecanismos identitarios son complejos y polifónicos. Estos se basan en una multiplicidad de rasgos que interseccionan y determinan la credibilidad de las personas durante el embarazo y el parto. Se puede considerar, por tanto, que la violencia obstétrica es un fenómeno global que ha pasado desapercibido durante un prolongado período de tiempo, una injusticia invisibilizada y silenciada, que habita los intersticios de nuestra vida sexual y reproductiva. Sin embargo, durante las últimas décadas, múltiples voces se han alzado para denunciar los abusos perpetrados en esta materia. En la primera década del siglo XXI, diferentes estados de América Latina promulgaron legislaciones pioneras sobre violencia obstétrica. Entre ellos, en 2007, Venezuela introdujo el término en su «Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia» (LO 38.668/2007) definiéndola como:

la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en 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, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (LO 38.668/2007).

En el escenario internacional, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer «*Convención Belém do Pará*» reconoce en su artículo 9 la violencia a la que pueden verse sometidas las mujeres durante el embarazo. También su Mecanismo de Seguimiento (2014, pp. 42-43) remarcaba la importancia de legislar sobre la violencia obstétrica y regularla como delito punible. Por otro lado, en 2014, la OMS publicó el documento *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud* (OMS, 2014) en el que señalaba la preocupación por los abusos perpetrados en el ámbito de la salud reproductiva. En este texto, la OMS hace un llamamiento a las instituciones gubernamentales para frenar esta violencia a través de la investigación y el desarrollo de programas dirigidos a la mejora en la atención a la salud y a la eliminación de todas las prácticas abusivas (OMS, 2014). También en 2019, la relatora especial de Naciones Unidas recordaba la obligación que tienen los estados de aprobar leyes que ayuden a «combatir y prevenir ese tipo de violencia, enjuiciar a los responsables y proporcionar reparación e indemnización a las víctimas» (Šimonović, 2019).

En el ámbito español, las escasas proposiciones de regular la violencia obstétrica a nivel jurídico han quedado, por ahora, en intentos fallidos. Un ejemplo reciente ha sido la propuesta frustrada de incluir el término en el «Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo» (BOCG, 2022, 122-1). No obstante, a nivel autonómico sí existen algunos avances como el caso de Cataluña quien la reconoce en la «Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista» (BOE-A-2021-464). El texto define la violencia obstétrica como aquella que

consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable (BOE- A-2021-464, p. 3099).

En un agravamiento de esta carencia legislativa, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) condenó a España en dos decisiones históricas por casos de violencia obstétrica, en 2020 y 2022. En ambas

resoluciones, el Comité de Naciones Unidas recordaba a España su obligación de luchar y regular esta forma de discriminación contra las mujeres que además supone una violación de diversos derechos fundamentales, incluyendo los reconocidos bajo los artículos 2 b), c), d) y f), 3, 5 y 12 de la Convención de la CEDAW (CEDAW, 2020; 2022).

En este tumultuoso escenario para los derechos reproductivos vio la luz la Sentencia del Tribunal Constitucional 66/2022 del 2 de junio de 2022. Un caso controvertido, consistente en la desestimación de un recurso de amparo de una mujer judicializaba durante su parto y obligada a dar a luz en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Esta decisión sienta un peligroso precedente para la protección de los derechos fundamentales de las personas embarazadas al implicar que la toma de decisiones está supeditada a la autoridad médica sin que esta deba o pueda ser contrastada. Por ello, este artículo pretende analizar los mecanismos subyacentes a la vulneración de derechos en los contextos de salud reproductiva. Un especial énfasis en el estudio del quebrantamiento del principio de audiencia revela la persistencia de estereotipos dañinos de género en el ámbito de la medicina obstétrica y del derecho. La omisión de este principio pone en evidencia el desequilibrio entre las partes implicadas en la acción judicial: la demandante, por un lado, y el equipo médico junto al sistema administrativo y judicial, por el otro. Esto conlleva al análisis de la jerarquía de conocimientos que configuran los espacios de salud reproductiva y que, en última instancia, desplaza todas aquellas expresiones que difieren del conocimiento tecnocrático del parto. Por último, se plantea que este desplazamiento supone un acto de violencia epistémica testimonial según la propuesta de Miranda Fricker (2007).

2. La judicialización del parto

Pese a su condición de *rara avis*, las órdenes judiciales en el parto y el embarazo han aumentado desde las últimas décadas del siglo XX (Morris y Robinson, 2017). Su escasa frecuencia las hace pasar desapercibidas como actos de violencia obstétrica y vulneración de derechos fundamentales, incluyendo el derecho a la intimidad y a la integridad física. Ponen en tela de juicio la capacidad de los sujetos reproductivos para tomar decisiones sobre sus cuerpos ya que, frecuentemente, implica la obligación de someterse, en contra de su voluntad, a diversas intervenciones médicas como cesáreas, episiotomías o inducciones al parto.

El caso que engloba la STC 66/2022, ejemplifica esa limitación de derechos de una mujer durante su parto, pero además pone en evidencia el rol que juegan los estereotipos dañinos de género a la hora de garantizar y proteger esos derechos que se vinculan al ámbito de lo reproductivo.

En abril de 2019, el Juzgado de Instrucción nº1 de Oviedo, incoaba procedimientos legales que culminaron en la judicialización del parto de la demandante. Consecuentemente, la mujer fue admitida al HUCA, en contra de su voluntad y su deseo de dar a luz en su domicilio atendida por un equipo de profesionales. El motivo de esta orden judicial estaba basado en un informe que el jefe del Servicio de Obstetricia y el subdirector del Departamento de Salud IV de Asturias, presentaron ante el juzgado de guardia, requiriendo el ingreso urgente de la demandante para realizar una inducción al parto puesto que el embarazo sobrepasaba las 42 semanas de edad gestacional y suponía un riesgo –potencial– para la vida del feto. De acuerdo con la sentencia:

en su escrito de alegaciones, el fiscal solicitó del Juzgado que ordenara el ingreso no voluntario en el hospital de la embarazada para la inmediata práctica de parto inducido,

de conformidad con lo establecido en la Ley de Jurisdicción Voluntaria y artículos 29 y 158 del CC, en relación con el artículo 9 de la Ley de Autonomía del paciente 41/02 y 15 de la Constitución Española (STC 66/2022).

Tras ser trasladada por la policía, la mujer fue admitida en el hospital donde permaneció hospitalizada durante el 24, 25 y 26 de abril de 2019 cuando finalmente nació su hija mediante una cesárea grado II⁵.

En mayo de 2019, tras el nacimiento de la recién nacida, la demandante solicitó la nulidad de los hechos del 24 de abril e interpuso un recurso de apelación denunciando que había experimentado un «trato humillante y vejatorio» además de una vulneración del derecho a la intimidad personal y familiar (STC 66/2022). Estos requerimientos fueron respectivamente desestimados el 15 de mayo por el Juzgado de Instrucción número 1 de Oviedo y el 31 de julio de 2019 por la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Oviedo. En ese recurso de apelación, subsidiariamente presentado en el recurso de amparo, se alegaban las siguientes impugnaciones:

I. La nulidad de la orden judicial del 24 de abril de 2019 interpuesta por el Juzgado de Instrucción número 1 puesto que:

- a) Los procedimientos habían sido incoados por un procedimiento penal y no como medida cautelar de carácter civil iniciada en un tribunal de primera instancia en procedimiento civil o de jurisdicción voluntaria.
- b) Porque en el momento de la judicialización la demandante tenía plenas capacidades.
- c) Porque el supuesto riesgo para la vida del feto nunca fue revisado.

II. La mujer nunca tuvo la oportunidad de defenderse de la orden judicial ni dar su opinión y testimonio al respecto, vulnerando así el principio de audiencia y suponiendo una violación al derecho a la tutela judicial efectiva (art. 24 CE)

III. La orden judicial suponía una violación al derecho a la integridad física (art. 15 CE), a la libertad ideológica (art. 16 CE), a la libertad (art. 17.1 CE) y a la intimidad personal y familiar (art. 18.1 CE).

Finalmente, la demandante presentó un recurso de amparo al Tribunal Constitucional que, de nuevo, fue desestimado el 2 de junio de 2022. El Tribunal basa su decisión en un argumento principal: el carácter de urgencia que requería una actuación inmediata por estar, supuestamente, en juego el bienestar del *nasciturus*. Por ello, la argumentación atiende al art. 158.6 CC, art. 9.6 de la Ley 41/2022 de 14 de noviembre, y el art. 29 CC. La competencia del Juzgado que inicia el procedimiento judicial queda preservada en virtud del apartado 2 del art. 733 y cont. de la LEC.

Dada la complejidad y el limitado espacio para analizar esta sentencia, este artículo estará centrado en la vulneración del derecho a la tutela judicial efectiva (24 CE) en conexión con la vulneración del derecho a la intimidad personal y familiar (18.1 CE) y a la libertad (17.1 CE). En concreto, se pretende analizar uno de los aspectos

⁵ La cesárea grado II, es una cesárea de urgencia en la que pese a indicar la intervención como modo adecuado para el nacimiento, ni la vida del feto ni la de la mujer corren peligro inminente. Se concibe un período de tiempo de aproximadamente una hora entre la decisión de realizar la cesárea grado II y el nacimiento del recién nacido. En esta ocasión la decisión no estuvo motivada por una emergencia obstétrica sino por el hecho de ser un parto estacionado, relacionado con una «deflexión de la cabeza fetal en *occipito sacra*» (STC 66/2022).

más importantes y controvertidos de este caso: la omisión de audiencia en el proceso judicial.

El principio de audiencia es un elemento general del derecho según el cual nadie puede ser condenado sin tener la oportunidad de ser previamente escuchado. Tiene una significativa connotación: permitir a todas las partes implicadas intervenir en el proceso (Real Academia Española, s.f.). Como se señala en el punto cuarto del voto particular del magistrado Xiol Ríos, es una garantía procesal ineludible para aquellas personas cuyos derechos se van a ver limitados por una medida judicial. Queda implícitamente reconocido en el artículo 24 de la Constitución Española: derecho a la tutela judicial efectiva. En contra de estas consideraciones, la STC 66/2022 desestima un caso en el que a la demandante nunca se le ofreció la oportunidad de ser escuchada, creando así un abismo en el principio de igualdad, contradicción y bilateralidad de la audiencia, y suponiendo, por tanto, una vulneración del derecho a la tutela judicial efectiva.

Esta violación se fundamenta en tres argumentos principales que serán desarrollados a continuación: la mujer era un sujeto con capacidad plena y estaba tomando una decisión amparada en su derecho a la intimidad personal y familiar; existían otros profesionales implicados en el proceso asistencial del parto cuyo testimonio tampoco aparece; hubo tiempo suficiente para recopilar el testimonio de la mujer antes y durante el proceso judicial que duró varios días.

2.1. La mujer era un sujeto capaz

La demandante tenía plena capacidad para decidir sobre su cuerpo y su proceso de parto. Sin embargo, el procedimiento judicial al que fue sometida la consideró, como indica el magistrado Sáez Valcárcel al final de su voto particular, como una persona incapacitada tanto a la hora de tomar decisiones como en su condición de sujeto de derechos. El derecho a decidir dónde dar a luz está relacionado y protegido por el derecho a la intimidad personal y familiar. A pesar de la divergencia en casos posteriores, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) señala en el caso *Ternovszky v. Hungary* (TEDH, 2010, 67545/09):

The notion of a freedom implies some measure of choice as to its exercise. The notion of personal autonomy is a fundamental principle underlying the interpretation of the guarantees of Article 8 (cf. Pretty, loc. cit.). Therefore, the right concerning the decision to become a parent includes the right of choosing the circumstances of becoming a parent. The Court is satisfied that the circumstances of giving birth incontestably form part of one's private life for the purposes of this provision⁶.

Por tanto, la incapacitación judicial de una mujer con plenas facultades durante su proceso de parto es un ejercicio judicial de gran significación para la garantía de los derechos en contextos reproductivos. Es en primer lugar, un ataque a su condición de sujeto de derecho y, al mismo tiempo, de sujeto racional. La sentencia pone contra las cuerdas la validez de algunas decisiones reproductivas dando por hecho que pueden ser desautorizadas por la medicina o el derecho cuando no cumplan los estándares obstétricos esperados. Asimismo, sienta un precedente muy peligroso: la posibilidad de crear una cultura punitiva contra las decisiones reproductivas de las

⁶ Traducción de la autora: «la noción de libertad concibe cierto grado de elección en cuanto a su ejercicio. La noción de autonomía personal es un principio fundamental que subyace a la interpretación de las garantías del artículo 8 (cf. Pretty, loc. cit.). Por ello, el derecho relativo a la decisión de ser madre incluye el derecho a elegir las circunstancias de serlo. El Tribunal está convencido de que las circunstancias de dar a luz forman parte indiscutiblemente de la vida privada a los efectos de esta disposición».

personas embarazadas. En palabras de la magistrada María Luisa Balaguer al final del punto segundo de su voto particular:

El razonamiento que ha conducido a este tribunal a dar por buena la labor hermenéutica llevada a cabo por el juzgado plantea un riesgo que no es deseable en situaciones iguales o semejantes a la aquí enjuiciada: en cada caso, la gestante se va a ver sometida al criterio del órgano judicial en cuanto a la determinación de las normas que puedan prestar cobertura legal a una decisión similar a la que en este caso se adoptó, pudiéndose producir respuestas muy dispares que originen una indeseable quiebra del principio de seguridad jurídica (STC 66/2022).

2.2. Solo la medicina obstétrica fue tenida en cuenta

Las medidas aplicadas en la orden judicial fueron basadas única y exclusivamente en el informe médico del servicio de obstetricia del HUCA. No solo el testimonio de la mujer no fue recogido en ningún momento del proceso, sino que tampoco se consultó al equipo de parto en casa que atendía a la demandante. Esto constituye una clara discrepancia entre las partes al no existir la posibilidad de contrastar la fuente de la demanda. El uso exclusivo del informe del HUCA en un contexto de salud reproductiva como el actual en el que numerosos estudios demuestran un exceso de medicalización (Aguilar y Sánchez, 2022), así como una exacerbada escasez de consentimiento para muchas de las intervenciones realizadas (Iglesias *et al.*, 2019) alinean la decisión judicial con un modelo médico en el que afloran los paternalismos y en el que la toma de decisiones se ve constantemente atropellada. En ese sentido, es importante atender el voto particular del magistrado Sáez Valcárcel, en el punto III-2 de su voto particular:

La preterición de la exigible audiencia a la mujer titular de los derechos limitados impidió conocer la relación que tenía con el médico responsable de su caso en el servicio de obstetricia, en qué medida se satisfizo su derecho al consentimiento informado y qué plan de parto se le propuso. Y ello es importante, porque la medida de internamiento hospitalario y el sentido de nuestra decisión pueden venir a confirmar un modelo asistencial paternalista –que sigue el principio de beneficencia del paciente, incluso sin respetar su voluntad ni establecer un diálogo con él– no compatible con los derechos de la mujer embarazada que le deben asegurar el acceso a una atención sanitaria digna y respetuosa (STC 66/2022).

El conocimiento obstétrico tomado como tótem de la salud reproductiva es un *topos* de muchas sociedades actuales. Esta soberanía desplaza otros conocimientos, testimonios o prácticas, creando una desproporción a la hora de configurar el espacio reproductivo. Tanto la desestimación del testimonio de la mujer como la ausencia de cualquier otra perspectiva profesional crean un clima disruptivo que permite asegurar que la decisión adoptada por el Tribunal no fue ponderada desde la perspectiva de la proporción y la igualdad entre las partes. Como señala el magistrado Xiol Ríos en el punto décimo de su voto particular:

Me preocupa, desde la perspectiva del principio de contradicción y de igualdad de las partes, que pueda aceptarse consciente o inconscientemente la idea de que este razonamiento adopta como presupuesto el hecho –que nunca correspondería valorar en esta jurisdicción de amparo– que es de tal preponderancia la opinión del servicio sanitario público en este tipo de situaciones que es innecesario un trámite de audiencia a la afectada porque no es potencialmente concebible que pueda aportar nada relevante desde el punto de vista de alegaciones o de prueba realizada por otros profesionales sanitarios como para revertir su fuerza de convicción (STC 66/2022).

2.3. Hubo tiempo suficiente

El Tribunal Constitucional, al igual que había hecho anteriormente la Audiencia Provincial de Oviedo, consideró que la ausencia de audiencia estaba justificada por la «urgencia» de la medida solicitada. El supuesto riesgo inminente no dejaba margen para consultar a la parte afectada por la judicialización ni al equipo que la asistía. Como señala el Tribunal en el punto 6.C.e):

El presente caso, sin embargo, es excepcional por las circunstancias de extrema urgencia en que llegó al juzgado de guardia la comunicación médica del estado de riesgo grave para la vida del feto, y por la celeridad con que el órgano judicial se vio en la tesitura de tener que tomar una decisión en relación con la solicitud de ingreso obligatorio en centro hospitalario que habían presentado los servicios médicos especializados del HUCA de Oviedo (STC 66/2022).

Sin embargo, siguiendo la opinión del magistrado Xiol Ríos en su voto particular, el Juzgado de Instrucción nº 1 sí tuvo tiempo de comunicar el procedimiento al Ministerio Fiscal, plazo en el que habría tenido la oportunidad de dar audiencia a la demandante. Además, el mantenimiento de la orden duró más de 72 horas, período de tiempo suficiente para que la opinión de la demandante hubiera sido atendida. Por último, la medida judicial requería una hospitalización inmediata para llevar a cabo una inducción del parto por prolongada edad gestacional, proceso que, sin embargo, no tuvo lugar a su llegada al hospital. De acuerdo con la sentencia: «el parto se inicia de forma espontánea sin administración de oxitocina en ningún momento», premisa que, por tanto, pone en cuestión el carácter de urgencia. Así mismo, a pesar de estar reconocida en algunas guías clínicas (NICE, 2021) nadie le propuso a la mujer la posibilidad de realizar una inducción del parto ambulatoria⁷.

3. Mujeres reificadas y excluidas

La falta de audiencia en este contexto tiene una relevancia que debe ser analizada más allá del prisma jurídico. Para ello, este artículo propone tres aspectos clave en la desestimación del testimonio de las mujeres en contextos reproductivos. En primer lugar, estudiaré la existencia de un desequilibrio entre el crédito otorgado a las personas embarazadas y aquel que los médicos obstetras han adquirido en nuestros contextos sociales a partir del nacimiento de la clínica y el auge de la medicina obstétrica. No se trata de cuestionar la disciplina médica u obstétrica como tal –resulta evidente que intervenciones como las cesáreas pueden salvar vidas en casos necesarios– sino de revisar la consolidación del conocimiento obstétrico como un conocimiento autoritario y entender las consecuencias que el auge de la tecnocratización del parto y el embarazo ha conllevado para los sujetos reproductivos. Uno de los principales efectos ha sido la construcción de las mujeres en procesos de embarazo y parto como sujetos de dudosa credibilidad epistémica. Por ello, la segunda parte de esta sección estará dedicada a entender qué mecanismos subyacen a esta desautorización epistémica. Finalmente, se propone que el descrédito sistemático de las mujeres en el proceso de parto es un ejercicio de injusticia epistémica testimonial, siguiendo la propuesta de Fricker (20007). Esta debe

⁷ Según recomendaciones de las *NICE Guidelines*, la inducción al parto puede realizarse de modo ambulatorio: «1.6.1 Consider outpatient induction of labour with vaginal dinoprostone preparations or mechanical methods in women who wish to return home, and who have no co-existing medical conditions or obstetric complications. Discuss with the woman the benefits and risks of returning home, and respect her decision [2008, amended 2021]». (Traducción de la autora: «considere la inducción ambulatoria del parto con preparados vaginales de dinoprostona o métodos mecánicos en mujeres que deseen volver a casa y que no tengan afecciones médicas coexistentes ni complicaciones obstétricas. Discuta con la mujer los beneficios y los riesgos de volver a casa, y respete su decisión» [2008, modificado 2021]).

ser entendida como un acto de opresión cuya raíz estructural predetermina aquellos sujetos que son considerados como válidos en la producción de conocimiento, excluyendo, al mismo tiempo, a todos aquellos que no son interlocutores epistémicos reconocibles. El concepto de espacio retórico propuesto por Lorraine Code (1995) será de gran ayuda a la hora de entender la disposición ideológica que articula la validez y relevancia del conocimiento producido.

3.1. Un problema de créditos: Conocimiento autoritario vs. conocimiento (des)autorizado

El caso Oviedo pone en evidencia una cuestión fundamental: solo un testimonio es reconocido como autoridad epistémica, configurando una única interpretación ante la situación y siendo determinante en la toma de decisiones judiciales. Se trata del informe médico del HUCA ya que, según lo expuesto anteriormente, ni el testimonio de la mujer ni el del equipo de parto en casa tienen espacio en la discusión judicial. El Tribunal Constitucional ilustra claramente la impermeabilidad y omnipresencia de la autoridad médica al declarar que «la medida en cuestión fue otorgada por los servicios médicos especializados del HUCA, cuya profesionalidad y rigor no pueden ser cuestionados judicialmente (ni consta que lo haya sido por la demandante en las primeras 32 semanas de embarazo)» (STC 66/2022).

Es importante atender brevemente a la consolidación de la medicina obstétrica como conocimiento autoritario. Jordan (1993) propone este concepto como un sistema de conocimiento dominante que persiste sobre otras formas de conocimiento que, consecuentemente, quedan desestimadas y silenciadas. La naturaleza de esta jerarquía es ser asumida como neutral. Es decir, el mandato y la superioridad del conocimiento autoritario son interiorizados de modo espontáneo como un «hecho natural» (Jordan, 1993, p. 153). Por tanto, la lógica del conocimiento autoritario es la capacidad de ser producido y reproducido sin ser cuestionado. En ese sentido Ikemoto (1992, p. 1289) ha propuesto que:

We also treat science as authority because it is something performed by experts. That is, science is something we cannot question because we lack the requisite skills and training to do so. We must rely on experts. We have been willing to rely on experts largely because we believe that experts perform science according to neutral principles, and that they are disinterested in the knowledge acquired through science. Neutrality is considered necessary to rational individualism and a just society-it has moral force. According to western logic, knowledge derived from neutral principles carries weight as truth⁸.

En el campo de la obstetricia, el desarrollo y manejo de la tecnología médica en la asistencia y evaluación del parto han implicado un cambio en la cosmovisión de la salud reproductiva. La socióloga Davis Floyd (1993) ha señalado este paradigma como «el modelo tecnocrático del parto» basado en «la ciencia, la tecnología, el patriarcado y las instituciones» (Floyd, 1993). La supremacía de la tecnología y la farmacología en algunos contextos del parto, como podría ser actualmente España, tiene dos consecuencias principales: por un lado, en tanto que conocimiento autoritario goza de un exceso de credibilidad que le permite desplazar otros tipos de saberes y perspectivas sobre lo reproductivo; por otro lado, y simbióticamente,

⁸ Traducción de la autora: «también tratamos a la ciencia como autoridad porque es algo realizado por expertos. Es decir, la ciencia es algo que no podemos cuestionar porque nos faltan las actitudes y la formación necesarias para hacerlo. Debemos confiar en los expertos. Estamos dispuestos a confiar en los expertos en gran medida porque creemos que ellos trabajan la ciencia de acuerdo con principios neutrales, y que son desinteresados en el conocimiento adquirido a través de ella. La neutralidad se considera necesaria para el individualismo racional y una sociedad justa- tiene fuerza moral. Según la lógica occidental, el conocimiento derivado de principios neutrales tiene peso de verdad».

requiere un esfuerzo importante para ser desafiado puesto que se asume naturalmente como conocimiento superior e incuestionable.

En los últimos años, y con el auge de las denuncias por los abusos cometidos en los contextos de salud reproductiva, el colectivo médico ha puesto en evidencia su voluntad por mantener la impecabilidad de su estatus epistémico, desplazando todos aquellos testimonios que ponen contra las cuerdas algunas prácticas obstétricas. Buen ejemplo de ello, son las declaraciones públicas de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) que, en 2018, concebía la violencia obstétrica como «un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable». Más recientemente, en 2021 el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM, 2021) sostenía el rechazo al concepto de violencia obstétrica por considerarlo ofensivo contra los profesionales de la salud. Estas manifestaciones públicas, que *a priori* podrían considerarse como ofuscadas, pero no dañinas, guardan implícitamente consecuencias nefastas a la hora de erradicar la violencia obstétrica.

En primer lugar, silencia el testimonio de numerosas personas embarazadas que han experimentado violencia en contextos de obstetricia poniendo en cuestión la validez de sus testimonios y desestimando su relevancia, reproduciendo –de nuevo– la violencia ejercida. Siguiendo a Chadwick (2021, p. 3), en ese sentido

there is a deep-seated resistance to acknowledging that normative patterns of relating, interacting and “caring” within maternity and obstetric settings might enable and reproduce symbolic (invisible) violence that restricts, constrains, diminishes, shames, and coerces reproductive subjects (as well as health care providers) in particular ways⁹.

En segundo lugar, mantiene su propio privilegio discursivo incuestionable al situarse en el foco y centro de la agresión. Existen, además, consecuencias materiales de este desplazamiento puesto que el malestar del colectivo médico y obstétrico con el término violencia obstétrica ha conllevado a diferentes tentativas fallidas de regular formalmente esta violencia¹⁰.

No debe pasar desapercibido el exceso de credibilidad de la medicina y el régimen de acción que este superávit genera en otras esferas de la vida pública como el derecho. La capacidad que el conocimiento autoritario médico tiene para influenciar en procesos legislativos pone en evidencia la estrecha alianza entre el derecho y la medicina. En este sentido, Carol Smart (1989, p. 96) ha señalado como el derecho, a través de una apropiación del discurso médico, ha penetrado en el cuerpo de las mujeres para legislar sobre órganos y funciones orgánicas. Se crea así una relación simbiótica mediante la cual ambos sistemas –la medicina y el derecho– se refuerzan mutuamente. Cuando abrimos la puerta al mundo reproductivo, cada vez existe más

⁹ Traducción de la autora: «existe una resistencia profundamente arraigada a reconocer que los patrones normativos de relación, interacción y "cuidado" dentro de los entornos de maternidad y obstetricia pueden permitir y reproducir la violencia simbólica (invisible) que restringe, limita, disminuye, avergüenza y coacciona a los sujetos reproductivos (así como a los proveedores de atención sanitaria) de formas particulares».

¹⁰ Un ejemplo de esta obstaculización puede ser encontrado en la Comunidad Valenciana en noviembre de 2021 con el intento de regular la violencia obstétrica como una forma de violencia machista. La iniciativa incluía una definición del término como «aquella que, sin el consentimiento libre, previo e informado, en el marco de la definición de la Organización Mundial de la Salud, sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir un maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o no consentidos». Sin embargo, tras la propuesta de Ley, distintos profesionales médicos propusieron su dimisión por encontrar la regulación ofensiva contra el colectivo médico. Entre ellos, la ginecóloga Ana Monzó consideraba que la norma «tiene un fundamento irreal, es injusta, nos criminaliza como profesionales y va a tener consecuencias muy negativas en nuestra relación de respeto y confianza con las mujeres (embarazadas o no) a las que atendemos» (Martínez, 2021).

legislación sobre estados fisiológicos más específicos como es el caso de la reproducción asistida y su alcance en el desarrollo embrionario. Apropiarse de lo reproductivo, implica tanto a nivel médico como a nivel legal adentrarse en lo orgánico; penetrar la cavidad abdominal; visualizar, nombrar y definir funciones fisiológicas, células y sistemas. A mayor avance de la tecnología, más específica se vuelve la conquista.

De ese modo, la ley se ha convertido en un mecanismo regulador del cuerpo y las funciones corporales de las mujeres. Quedando desmembradas en órganos corporales o configuradas como sujetos fragmentados en los que la racionalidad queda subyugada a la función sexual o reproductiva:

Again, we can see that in law women became their bodies, they were reduced to their reproductive functions. This is not to argue that women themselves do not acknowledge that their bodies (and changes to their bodies) are significant. But legal and medical discourses have tended to make women no more than their bodily functions and processes, or bits of bodies (Smart, 1989, p. 95)¹¹.

Tal y como señala la magistrada Inmaculada Montalbán Huertas al final de su voto particular, en la decisión del Tribunal Constitucional Español se hace palpable esa ruptura en la que la mujer, reducida a su útero, pierde consistencia racional y jurídica:

La conclusión a la que llega la sentencia podría permitir la disociación del cuerpo de la mujer embarazada de los derechos de los que es titular como persona, como si fuera un recipiente que alberga al *nasciturus* o vasija, en metáfora creada por el movimiento feminista contrario a la gestación subrogada (también conocida como «vientres de alquiler»). Ello implicaría admitir que la mujer embarazada es un mero instrumento para la consecución del fin de preservar un eventual riesgo al bien jurídico del *nasciturus*, con anulación de la dignidad que a aquella le corresponde como persona (STC 66/2022).

Se aprecia, por tanto, un descompensado entramado en el que, por un lado, la autoridad obstétrica tiene un crédito incondicional que le confiere capacidad de acción mientras que, por otro lado, las mujeres son reducidas a funciones reproductivas o partes del cuerpo perdiendo, en consecuencia, su estatus como sujeto de conocimiento y derechos.

La sentencia del caso Oviedo, no es pionera en reflejar esta problemática reificación de las mujeres en la arena de lo reproductivo. En 2020 y 2022 dos decisiones del CEDAW pusieron en relieve que tanto el sistema médico español como el administrativo y judicial, pasaban por alto, los testimonios de dos mujeres que denunciaban haber experimentado abusos durante el parto. El primero de los casos (CEDAW, 2020, CEDAW/C/75/D/138/2018) vio la luz en 2020, cuando la CEDAW condenó a España por el primer caso de violencia obstétrica. El suceso se remonta a 2009, cuando la demandante experimentó una sobremedicalización de su proceso de parto, incluyendo diferentes intervenciones sin consentimiento como una episiotomía que requirió fisioterapia de suelo pélvico de modo prolongado. Además, y como consecuencia de la violencia vivida desarrolló un trastorno de estrés postraumático. Posteriormente a los hechos, la demandante interpuso distintas quejas y recursos que fueron directamente ignorados por la administración y desestimados en los tribunales.

¹¹ Traducción de la autora: «de nuevo podemos ver que en el derecho las mujeres se convirtieron en sus cuerpos, se redujeron a sus funciones reproductivas. Esto no quiere decir que las propias mujeres no reconozcan que sus cuerpos (y los cambios en sus cuerpos) son importantes. Pero los discursos jurídicos y médicos han tendido a hacer de las mujeres no más que sus funciones y procesos corporales, o trozos de cuerpos».

En ese contexto, el juzgado contencioso-administrativo consideró que «el médico es quien decide si realiza o no una episiotomía, tras observar el periné y la cabeza del niño» (CEDAW, 2020, CEDAW/C/75/D/138/2018) y que si los hechos durante el parto fueron traumáticos se debe únicamente al carácter y percepción de la demandante. En una instancia superior, su petición fue nuevamente desestimada por los tribunales. Se reconocía, sin embargo, que tanto el testimonio de la mujer como la información aportada en el caso habían sido probablemente obviados por el tribunal de primera instancia.

En un caso muy similar, el Comité de la CEDAW volvió a condenar a España en 2022 (CEDAW, 2022, CEDAW/C/82/D/149/2019). En esta ocasión, los hechos se remontan a 2013, cuando la demandante fue sometida a múltiples intervenciones sin su consentimiento durante su proceso de parto, incluyendo una inducción del parto, una cesárea y un importante número de exploraciones vaginales. Al igual que en el caso anterior, la demandante peregrinó por diferentes estructuras administrativas y judiciales que ignoraron sus quejas. El juzgado contencioso-administrativo que desestimó su demanda consideró que «el plan de parto es solo una expresión de deseos» (CEDAW, 2022, CEDAW/C/82/D/149/2019). Además, de forma paralela al caso anterior, los abusos experimentados durante el parto fueron omitidos bajo la premisa de estar meramente relacionados con su carácter y percepción.

En estas dos decisiones se hace palpable la jerarquía existente entre ambos sistemas de conocimiento. Por una parte, el equipo médico es configurado como aquel que no puede ser cuestionado y que, a su vez, posee la toma de decisiones en torno a los procedimientos realizados en el cuerpo del sujeto reproductivo. Por otro lado, la mujer es despojada de su capacidad racional que le permite tomar decisiones. Se convierte en un sujeto pasivo esperando ser guiada a través de su propio cuerpo y proceso reproductivo. Todo ello, deja en evidencia el estrecho lazo entre el derecho y la medicina y supone una vulneración de múltiples derechos fundamentales e incumplimientos por parte del estado como la responsabilidad de garantizar «una maternidad sin riesgo y el acceso de todas las mujeres a una atención obstétrica adecuada» de acuerdo a lo que se contempla en la *Recomendación General núm. 24: La Mujer y la Salud* de la CEDAW (CEDAW, 1999). Del mismo modo, implica una discriminación hacia las mujeres y pone en evidencia la falta de voluntad del estado por la eliminación de estas prácticas violentas. Como se indica en la primera de las decisiones:

En este contexto, el Comité recuerda que, bajo el artículo 2 a) de la Convención, los Estados parte tienen la obligación de asegurar la realización práctica del principio de igualdad del hombre y la mujer, y que, en virtud de los artículos 2 f) y 5, los Estados parte tienen la obligación de adoptar medidas apropiadas a fin de modificar o abolir no solamente leyes y reglamentaciones, sino también costumbres y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer. Al respecto, el Comité considera que la aplicación de estereotipos afecta el derecho de la mujer a ser protegida contra la violencia de género, en el caso presente la violencia obstétrica, y que las autoridades encargadas de analizar la responsabilidad por tales actos deben ejercer especial cautela para no reproducir estereotipos (CEDAW, 2020, CEDAW/C/75/D/138/2018).

3.2. Un mecanismo basado en estereotipos

La presencia de estereotipos tanto en el ámbito del derecho como en el de la medicina, debe ser analizada detalladamente. El estereotipo, entendida como la asociación entre una imagen y un grupo de individuos, determina la credibilidad de los sujetos:

We are picturing hearers as confronted with the immediate task of gauging how likely it is that what a speaker has said is true. Barring a wealth of personal knowledge of the speaker as an individual, such a judgement of credibility must reflect some kind of social generalization about the epistemic trustworthiness –the competence and sincerity– of people of the speaker’s social type, so that it is inevitable (and desirable) that the hearer should spontaneously avail himself of the relevant generalizations in the shorthand form of (reliable) stereotypes (Fricker, 2007, p. 32)¹².

En el ámbito de la salud reproductiva, mientras que unos estereotipos blindan la autoridad del colectivo obstétrico, otros estereotipos desarman el conocimiento de las personas embarazadas. En el primer caso, el estereotipo tiene una valencia positiva que genera un exceso de crédito (médico-conocedor) y, por el contrario, en el segundo caso las mujeres son atravesadas por estereotipos negativos que reduce su crédito epistémico (persona embarazada-desconocedora).

Patricia Hill Collins (2000), ha estudiado las consecuencias que los estereotipos tienen sobre la construcción de los sujetos y el impacto en la determinación de su credibilidad epistémica. En su obra, realiza una revisión sobre la configuración de las mujeres afroamericanas desde un imaginario colectivo que reduce su rango epistémico. Bajo su propuesta, la configuración del sujeto-Otro, representa un acto de violencia que somete y oprime a millones de mujeres, quienes reificadas en *Mammies* o *Jezebels*, han sido objetivizadas a lo largo del tiempo (Collins, 2000, p. 70). Un sujeto constreñido a partir de una imagen de control que permite justificar la opresión contra ellas, que son así despojadas de validez epistémica.

También Young (1990) ha expuesto cómo una de las fórmulas básicas de la opresión se establece a través del enquistamiento de imágenes y discursos hegemónicos sobre aquellos grupos a los que se pretende mantener bajo el mandato del poder: «*dominant meanings of a society render the particular perspective of one’s own group invisible at the same time as they stereotype one’s group and mark it out as Other*¹³» (Young, 1990, pp. 58-59). En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, la falta de reconocimiento de las personas embarazadas como sujetos de saber – cosa que implica la escucha, la valoración y la participación en el campo epistémico de la salud que atañe a nuestros cuerpos y a nuestras experiencias vitales– es una forma de opresión. La producción y reproducción de imágenes que mantiene una visión problemática de las mujeres como sujetos epistémicos permiten mantener a las mujeres excluidas y silenciadas en sus procesos reproductivos.

Utilizando el concepto de Collins (2000) las imágenes de control que (re)presentan a las mujeres como sujetos fuera de control, infantilizadas o histéricas sirven para mantener a las mujeres fuera del espacio de conocimiento que atiende los procesos sexuales y reproductivos. Tal y como ha expuesto Cohen (2021), en este ámbito las mujeres están expuestas a una doble carga asociativa negativa, en primer lugar, por el hecho de ser mujeres y en segundo lugar por estar de parto. Así, afirma que

¹² Traducción de la autora: «nos imaginamos a los oyentes enfrentados a la tarea inmediata de calibrar la probabilidad de que lo que ha dicho un hablante sea cierto. Excepto que dispongamos de abundantes conocimientos personales sobre el orador como individuo, ese juicio de credibilidad debe reflejar algún tipo de generalización social sobre la fiabilidad epistémica –la competencia y la sinceridad– de las personas del tipo social del orador, de modo que es inevitable (y deseable) que el oyente recurra espontáneamente a las generalizaciones pertinentes en la forma abreviada de estereotipos (fiables)».

¹³ Traducción de la autora: «los significados dominantes de una sociedad hacen invisible la perspectiva particular del propio grupo al mismo tiempo que lo estereotipan y lo marcan como Otro».

*within patriarchy, women, seen as essentially possessing less epistemic power than their male counterparts, clearly suffer from an identity-prejudicial credibility deficit. In medicalized childbirth, this unjust credibility deficit is further emphasized since women are here doubly disbelieved: because they are women and, additionally, because they are birthing subjects*¹⁴ (Cohen, 2021, p. 637).

Los paritorios de nuestro país siguen albergando estereotipos que cuestionan el valor epistémico de las mujeres de parto. Como se ha observado anteriormente, ambas decisiones de la CEDAW llamaban la atención al estado español sobre la presencia de estereotipos dañinos de género tanto en el contexto médico como en el judicial y administrativo. En opinión del Comité:

El Comité observa que, en el presente caso, las autoridades administrativas y judiciales del Estado parte aplicaron nociones estereotipadas y, por lo tanto, discriminatorias, al asumir por ejemplo que es el médico quien decide realizar o no la cesárea sin analizar debidamente las diversas pruebas e informes aportados por la autora defendiendo precisamente que la cesárea no era la única alternativa, o al asumir que las lesiones psicológicas sufridas por la autora eran una cuestión de mera percepción (CEDAW, 2022, CEDAW/C/82/D/149/2019).

También en este sentido la relatora especial de Naciones Unidas, Dubravka Šimonović menciona en su informe la presencia de estereotipos en los contextos de salud sexual y reproductiva. En ese sentido:

Los nocivos estereotipos de género en el ámbito de la salud reproductiva en lo concerniente a la competencia de las mujeres para adoptar decisiones, el papel natural de la mujer en la sociedad y la maternidad limitan la autonomía y la acción individual de la mujer (Šimonović, 2019).

La misma Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) publicaba un comunicado en 2019 en el que se reconocía la necesidad de educar a los profesionales de la salud para evitar el uso de estereotipos en el ámbito gineco-obsétrico: *«care and training are required to ensure that women patients are not viewed through assumptions and stereotypes that deny or compromise the human rights to which they are ethically entitled*¹⁵» (FIGO, 2019).

También en la sentencia del caso Oviedo, el voto particular de la magistrada Inmaculada Montalbán Huertas recuerda al resto del tribunal el peligro de la reproducción de estereotipos de género en torno a la maternidad y la relación directa de estos sesgos en la exclusión del principio de audiencia:

Del relato de hechos se puede deducir que la omisión del trámite de audiencia pudo obedecer a estereotipos e ideas preconcebidas perjudiciales para los derechos de las mujeres. Las expectativas asociadas al rol maternal están condicionadas, todavía hoy, por el modelo tradicional de la maternidad, basado en la entrega, cuidado y la emotividad; de manera que la ausencia de audiencia a la mujer pudo deberse a que se apartó del rol de sumisión y obediencia a los servicios médicos –optando por intentar el parto en casa con ayuda de matrona– y se prejuzgó como obstinada e irrazonable su postura, por negarse a cumplir lo que el día anterior le habían

¹⁴ Traducción de la autora: «dentro del patriarcado, las mujeres, consideradas esencialmente poseedoras de menos poder epistémico que sus homólogos masculinos, sufren claramente un déficit de credibilidad prejuicioso para su identidad. En el parto medicalizado, este injusto déficit de credibilidad se acentúa aún más, ya que las mujeres son doblemente no creídas: por ser mujeres y, además, por ser sujetos en procesos de parto».

¹⁵ Traducción de la autora: «se requiere atención y formación para garantizar que las mujeres no sean vistas a través de presunciones y estereotipos que nieguen o comprometan los derechos humanos que les corresponden».

recomendado los servicios médicos, y entenderse que la madre no se sacrificaba respecto al bien superior del no nacido (STC 66/2022).

Se podría concluir pues, que la ausencia de audiencia en el caso Oviedo estuvo determinada por un estereotipo negativo que configura las mujeres en los contextos de salud sexual y reproductiva como sujetos de baja validez epistémica. Es esa asociación negativa la que reduce el crédito atribuido a las mujeres y que desplaza sus testimonios hacia la periferia del espacio epistémico que está ocupado mayoritariamente por un saber hegemónico: el de la medicina obstétrica.

3.3. Un ejercicio de injusticia epistémica

Todos los ejercicios de desautorización y silenciamiento por el cual las experiencias y testimonios de los sujetos reproductivos son desatendidos e ignorados, deben ser entendidos como actos de injusticia epistémica testimonial, en tanto que el sujeto ha sido desestimado en su capacidad de sujeto de conocimiento (Fricker, 2007, p. 18).

El concepto de injusticia epistémica testimonial que propone Miranda Fricker (2007) supone un marco destacado dentro de la epistemología contemporánea ya que evidencia cómo la identidad social condiciona nuestros juicios de credibilidad. La injusticia epistémica testimonial hace referencia directa a todas aquellas situaciones en las que los individuos se ven perjudicados en su capacidad de ofrecer testimonio, ya que su credibilidad se ve injustificadamente minada debido a su identidad social. El planteamiento de Fricker (2007) subraya la importancia de reconocer las dimensiones sociales del conocimiento y las formas en que las experiencias de opresión y subordinación de algunos grupos pueden afectar a su capacidad para ser reconocidos como sujetos de conocimiento. En el ámbito de la judicialización del parto, el exceso de descrédito de algunos sujetos tiene un impacto muy significativo. Según un estudio de Kolder, Gallagher y Parsons (1987) en el que se analizan distintos casos de judicialización del embarazo y el parto (incluyendo realización forzosa de cesáreas, detenciones hospitalarias y una transfusión intrauterina, a través de una orden judicial) el 81% de las mujeres judicializadas eran afroamericanas, asiáticas o hispanas. Un 44% de las personas judicializadas no estaba casada y un 24% no hablaba inglés como lengua materna. Por su parte, en un estudio de Flavin y Paltrow (2013) que recoge un total de 413 alarmantes casos entre 1973 y 2005, el 71% de las personas afectadas por la judicialización se encontraba en una situación económica desfavorecida.

De modo similar, Medina (2018, p. 2) propone que en la base de las injusticias epistémicas existen «patologías sociales de reconocimiento». A través de un sistema distorsionado de reconocimiento las personas son desposeídas del «respeto epistémico» que merecen (Medina, 2018, p. 2). Esta problemática falta de reconocimiento, no puede responder únicamente a cuestiones individuales, sino que por el contrario debe ser reconceptualizada como un ejercicio orquestado de subordinación. De ese modo, la injusticia epistémica tiene lugar cuando «*institutions structure interactions according to the cultural norms that impede parity of participation*¹⁶» (Fraser, 2003, p. 29).

Debemos considerar, por tanto, que la injusticia epistémica testimonial que tiene lugar en los contextos de salud sexual y reproductiva responde a una construcción muy específica del espacio en el que interactúan los sujetos reproductivos, por un lado, y la autoridad médica con el refuerzo del derecho, por el

¹⁶ Traducción de la autora: «las instituciones estructuran las interacciones de acuerdo a las normas culturales que impiden una participación paritaria».

otro. La construcción de ambos discursos como autoridad, desplaza el testimonio de las personas embarazadas cuestionando su capacidad estatus epistémico. En ese sentido, Ikemoto (1992, p. 1241) ha propuesto sobre la ausencia de testimonios de las personas embarazadas en intervenciones judiciales en el embarazo y el parto que

*the details of the women's stories often get lost in the legal analysis. The stories vary, but the doctors and the judges tend toward a single approach: intervention. The courts prefer a balancing test that accords great weight to medical opinion and fetal interests and discounts the wishes of the pregnant woman as unnatural or irrational*¹⁷.

Del mismo modo, en las dos decisiones de la CEDAW, la ausencia de respuesta tanto de los hospitales como de los servicios de salud y posteriormente de los tribunales, deben ser concebidos como un silencio impuesto que deja de reconocer la experiencia y el testimonio de esas mujeres.

Por ello resulta muy interesante atender al concepto de «espacio retórico» propuesto por Lorraine Code (1995). Esta noción supone un excelente marco conceptual para entender el complejo entramado de fuerzas discursivas que configuran al sujeto reproductivo dentro de los contextos de salud reproductiva. La autora canadiense está especialmente interesada en entender aquellos lugares en los que el testimonio puede ser tomado o no en cuenta. Es decir, posiciones en los que ese conocimiento es concebido como verdad o bloqueado y silenciado. Por ello, los espacios retóricos consisten en:

*fictive but not fanciful or fixed locations, whose (tacit, rarely spoken) territorial imperatives structure and limit the kinds of utterances that can be voiced within them with a reasonable expectation of uptake and "coral support": an expectation of being heard, understood, taken seriously*¹⁸ (Code, 1995, pp. ix-x).

La importancia de los espacios retóricos es que ponen de manifiesto la estructura que precede y configura a todos los actores que participan del contexto. En ese sentido y de acuerdo a lo analizado anteriormente, «*rhetorical spaces generate presumptions of credibility and trust that attach differentially according to how speakers and interpreters are positioned within them*¹⁹» (Code, 1995, p. 60). Es esta posición la que debemos considerar esencial como análisis dentro de los espacios retóricos obstétricos. Situar espacialmente en el discurso las posiciones de todos los actores del ámbito reproductivo permitirá entender en qué medida se articula la relación de poder entre ellos, en tanto que existe una jerarquía pre-establecida, y consecuentemente, la atribución de un nivel de crédito y la posibilidad de producir o no conocimiento.

De acuerdo con Code (1995), en los espacios retóricos se facilita el flujo de aquellos conocimientos que poseen una mayor aceptación o autoridad dentro del contexto social. Como se ha analizado anteriormente, el conocimiento obstétrico es un conocimiento autoritario reforzado por su carácter tecnocrático y científico –cosa que le otorga exclusividad– dentro del ámbito reproductivo. Al mismo tiempo, el

¹⁷ Traducción de la autora: «los detalles de las narrativas de las mujeres suelen perderse en el análisis jurídico. Las narrativas varían, pero los médicos y los jueces tienden hacia un mismo enfoque: la intervención. Los tribunales prefieren una ponderación que concede gran importancia a la opinión médica y a los intereses del feto y descarta los deseos de la mujer embarazada por considerarlos antinaturales o irracionales».

¹⁸ Traducción de la autora: «lugares ficticios, pero no imaginarios o fijos, cuyos (tácitos, raramente expresados) imperativos territoriales estructuran y limitan los tipos de declaraciones que pueden pronunciarse en ellos con una expectativa razonable de aceptación y "apoyo coral": una expectativa de ser escuchada, comprendida, tomada en serio».

¹⁹ Traducción de la autora: «los espacios retóricos generan presunciones de credibilidad y confianza que se adhieren de modo diferente según cómo se sitúen en ellos los hablantes y los intérpretes».

discurso del derecho, legitima esa autoridad al mantener el privilegio del discurso médico en la esfera de los derechos reproductivos. Con un exceso de crédito y con una autoridad incuestionable y protegida, la medicina obstétrica se sitúa en el eje del espacio retórico obstétrico. Es decir, la legitimidad de su significado está alineada con su relevancia dentro del contexto social (MacConkey, 2004, p. 199). Por ello, los espacios retóricos son representativos de las estructuras sociopolíticas de poder (Code, 1995, p. 62). Por otro lado, los sujetos reproductivos estarían situados en el umbral y los márgenes de ese espacio retórico. Al ser configurados-identificados como sujetos con menor validez epistémica, las tentativas de habitar el campo de lo obstétrico son frecuentemente frustradas por la dominante solidez del régimen obstétrico.

Pese a ello, no sería justo caer en análisis reduccionistas que determinaran únicamente la posición de las mujeres en espacios retóricos obstétricos desde la periferia. Cada vez más voces se hacen presentes en el mundo de la salud sexual y reproductiva y sirven para ganar posiciones y autoridad, pero, sobre todo, para cuestionar ese exceso de crédito que todavía se otorga a la autoridad médica. Debe reconocerse el trabajo de asociaciones como el Parto es Nuestro, *Dona a Llum* o los Observatorios de Violencia Obstétrica que desde sus plataformas dan voz a miles de mujeres que narran sus experiencias de parto y que además consiguen logros políticos que modifican la realidad de ese espacio. En ese sentido, prácticas como la recolección de testimonios de otras mujeres que han experimentado violencia obstétrica, permite crear instrumentos y redes de lucha. Así, «*networks of solidarity, identify and process shared trauma, forge a sense of collective identity, and work collaboratively toward political transformation*²⁰» (Howell et al., 2017, p. 5). No obstante, si bien el aumento de la visibilidad de estos abusos perpetrados, las propuestas de ley y las asociaciones civiles son esenciales para avanzar; seguimos necesitando un cambio de paradigma que permita la entrada de otros saberes en el espacio retórico que domina la escena reproductiva. En ese sentido, Medina (2018, p. 5) plantea cómo la solución a las injusticias epistémicas no puede pasar solo por un «enfoque incremental» que permita un mayor reconocimiento de aquellos sujetos epistémicos que son sistemáticamente excluidos, sino que debe haber un «cambio en el modelo de reconocimiento». Así, en salud reproductiva, también hay que reflexionar y cuestionar qué conocimientos se tienen en cuenta, cuáles se excluyen y bajo qué premisas damos crédito a unos sujetos o a otros. Pero sobre todo qué consideramos conocimiento en el contexto de la salud sexual y reproductiva y en su extensible proyección a otros ámbitos e instituciones de nuestra esfera social.

4. Conclusión

Analizar el caso Oviedo desde el punto de vista de la injusticia epistémica testimonial, permite entender como las mujeres dentro de los espacios retóricos obstétricos han sido situadas en posiciones subordinadas con respecto a la autoridad epistémica y discursiva de la disciplina obstétrica. Esta situación de injusticia se perpetúa gracias a la pervivencia de estereotipos dañinos de género que mantienen y alimentan el *a priori* que configura espacialmente a los sujetos reproductivos. La vulneración del derecho a la tutela judicial efectiva de la demandante del caso Oviedo, en tanto a la omisión del principio de audiencia, ejemplifica el movimiento excluyente y punitivo que dentro del espacio retórico obstétrico se genera desde una posición de poder y autoridad hacia una posición periférica. Retardar el juicio clínico de la obstetricia tiene una clara consecuencia: ser expulsada de ese espacio retórico en el que la legitimidad recae del lado del que enuncia el discurso, en este caso de la institución médica con

²⁰ Traducción de la autora: «redes de solidaridad, identifican y procesan traumas compartidos, forjan un sentido de identidad colectiva y trabajan en colaboración hacia la transformación política».

el apoyo del sistema jurídico y administrativo. Seguir cuestionando y dinamitar el sistema de conocimiento autoritario dominante que articula la salud reproductiva permitirá ocupar cada vez un espacio mayor dentro del espacio reproductivo, proyecto que en última instancia deberá permitir a las mujeres ser reconocidas como sujetos de conocimientos sobre aquellos procesos que afectan sus cuerpos y procesos reproductivos.

Bibliografía

- Code, L. (1995). *Rethorical Spaces. Essays on Gendered Locations*. Routledge.
- Cohen Shabot, S. (2021). «You are Not Qualified-Leave it to us»: Obstetric Violence as Testimonial Injustice. *Human Studies*, 44, 635-653. <https://doi.org/10.1007/s10746-021-09596-1>.
- Collins, P. H. (2000). *Black Feminist Thought. Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. Routledge.
- Congreso de los Diputados. (2022). Proyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, 122-1, de 12 de septiembre de 2022. Proyecto de Ley 121/000122. https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/A/BOCG-14-A-122-1.PDF
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres. (1999). *Recomendación General Nº 24: La mujer y la salud*. CEDAW, 2 Febrero 1999. <https://www.refworld.org/es/docid/5d7fbd5113.html>
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres. (2020). *Sentence of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women*, CEDAW/C/75/D/138/2018, 6 Marzo de 2020. <https://digitallibrary.un.org/record/3870902?ln=en>
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres. (2022). *Sentence of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women*, CEDAW/C/82/D/149/2019, 27 Junio de 2022. <https://digitallibrary.un.org/record/3988079?ln=es>
- Comunidad Autónoma de Cataluña. (2020). Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. *Boletín Oficial del Estado*, 11, de 13 de enero de 2021, 3096- 3113. BOE-A-2021-464 <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2020/12/22/17>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2021). El CGCOM rechaza y considera muy desafortunado el concepto de «violencia obstétrica» para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto y posparto en nuestro país. CGCOM. <https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/el-cgcom-rechaza-y-considera-muy-desafortunado-el-concepto-de-violencia-obstetrica>
- Chadwick, R. (2019). Practices of Silencing: Birth, Marginality and Epistemic Violence. En, Herring, J. & Pickles, C. (Ed.), *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control*. Routledge.
- Chadwick, R. (2021). The Dangers of Minimizing Obstetric Violence. *Violence Against Women*, 0(0), 1-10, <https://doi.org/10.1177/10778012211037379>.
- Collins, J.W. Jr., Richard, D., Symons, R., Handler, A., Wall, S.N. y Dwyer, L. (2000). Low-income African-American Mothers' Perception of Exposure to Racial Discrimination and Infant Birth Weight. *Epidemiology*, 11(3), 337-339. <https://www.jstor.org/stable/3703223>.
- Davis, D-A. (2018). Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor and Birthing. *Medical Anthropology*, 38(7), 560-573. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>.

- Davis-Floyd, R.E. (1993). The Technocratic Model of Birth. En S. Tower Hollis, L. Pershing y M. J. Young (Eds.), *Feminist Theory and the Study of Folklore*. University of Illinois Press.
- Real Academia Española (s.f.). Principio de audiencia. En *Diccionario Panhispánico del Español Jurídico*. Recuperado el 10 de diciembre, 2022, de <https://dpej.rae.es/lema/principio-de-audiencia>
- Federation of Gynecology and Obstetrics (2019). *FIGO Statement: Ethical Treatment of Women. A statement from the FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) Committee on Human Rights, Refugees and Violence against Women*. <https://www.fi-go.org/figo-statement-ethical-treatment-women>.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
- Goodwin, M. (2008). Prosecuting the Womb. *The George Washington Law Review*, 76 (6), 1657-1746. <https://www.gwlr.org/wp-content/uploads/2012/08/76-6-Goodwin.pdf>.
- Howell, S., Doan, M. y Harbin, A. (2019). From Detroit to Flint and Back Again: Solidarity Forever. *Critical Sociology*, 45(1), 63-68. <https://doi.org/10.1177/08969205177054>.
- Iglesias S., Conde, M., González, S. y Parada, M.E. (2019). Violencia obstétrica en España, ¿realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4(1), 77-97. <https://doi.org/10.1344/musa-s2019>.
- Ikemoto, L. S. (1992). The Code of Perfect Pregnancy: At the Intersection of the Ideology of Motherhood, the Practice of Defaulting to Science, and the Interventionist Mindset of Law. *Ohio State Law Journal*, 53(5), 1205-1306.
- Jordan, B. (1993). *Birth in Four Cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Waveland.
- Kolder, V. E., Gallagher J., Parsons M. T. (1987). Court-ordered Obstetrical Interventions. *N Engl J Med*, 316(19), 1192-1196. <https://doi.org/10.1056/nejm198705073161905>
- Martin, E. (2001). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Beacon Press.
- Martínez, L. (22 de noviembre 2021). El Pacto del Botánico estudia reformular la enmienda sobre violencia obstétrica tras las críticas de los ginecólogos. *eldiario.es*. https://www.eldiario.es/comunitat-valenciana/politica/pacto-botanico-estudia-reformular-enmienda-violencia-obstetrica-criticas-ginecologos_1_8513487.html
- McConkey, J. (2004). Knowledge and Acknowledgment: «Epistemic Injustice» as a Problem of Re-cognition, *Politics* 24 (3), 198-205. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9256.2004.00220.x>.
- Medina, J. (2018). Misrecognition and Epistemic Injustice. *Feminist Philosophy Quarterly*, 4 (4), 1-16. <https://doi.org/10.5206/fpq/2018.4.6233>.
- Morris, T. y Robinson J.H. (2017). Forced and Coerced Cesarean Sections in the United States. *Contexts*, 16 (2), 24-29. <https://doi.org/10.1177/1536504217714259>.
- Organización de los Estados Americanos. (1995). Convención Interamericana adoptada el 6 de septiembre de 1994 para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer «Convención de Belém do Pará». <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Declaración de la OMS Sobre Tasas de Cesáreas*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>.

- Parlamento de la república bolivariana de Venezuela (2007). Ley Orgánica 38.668/2007 sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, de 23 de abril de 2007. *Gaceta oficial de la república bolivariana de Venezuela*, núm. 38.668. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
- Paltrow, L. y Flavin, J. (2013). The Policy and Politics of Reproductive Health. Arrests of and forced interventions on pregnant women in the United States (1973-2005): The implications for women's legal status and public health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38 (2), 300-343. <https://doi.org/10.1215/03616878-1966324>.
- Rich-Edwards, J., Krieger, N., Majzoub, J., Zierler, S., Lieberman, E. y Gillman, M. (2001). Maternal Experiences of Racism and Violence as Predictors of Preterm Birth: Rationale and Study Design. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15,124-135. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.2001.00013.x>.
- Requena Aguilar, A. y Sánchez, R. (16 de octubre 2022). El mapa de las cesáreas en España: los hospitales que abusan de los partos quirúrgicos. *el diario.es*. https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos_1_9545161.html
- Roth, L.M. y Henley, M.M., 2014. Unequal Motherhood: Racial-Ethnic and Socioeconomic Disparities in Cesarean Sections in the United States. *Social Problems*, 59 (2), 207-227. <http://www.js-tor.org/stable/10.1525/sp.2012.59.2.207>.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2018). Violencia obstétrica: un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable. *SEGO*. <https://us18.campaignar-chive.com/?e=e52bacb293&u=fbf1db3cf76a76d43c634a0e7&id=5a73a608b8>.
- Shmueli, A., Gabbay Benziv, R., Hirsch, L., Ashwal, E., Aviram, R., Yogev, Y. & Aviram A. (2017). Episiotomy–Risk Factors and Outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(3), 251-256. <https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1169527>.
- Šimonović, D. (2019). *Human Rights Council. Special Rapporteur on Violence against Women. UN Secretary-General. 2019. A Human Rights-based Approach to Mistreatment and Violence Against Women in Reproductive Health Services with a focus on childbirth and obstetric violence*. <https://digitalli-brary.un.org/record/3823698>.
- Smart, C. (1989). *Feminism and the Power of Law*. Routledge.
- Tribunal Constitucional. (2022). Sentencia 66/2022, de 2 de Junio de 2022. Recurso de amparo 6313-2019. *Boletín Oficial del Estado*, 159, de 4 de julio de 2022, 94438-94504. BOE-A-2022-11082. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-11082
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos. (2010). Sentencia 67545/09 del 14 de Diciembre de 2010, Caso Ternovszky v. Hungary. <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-102254>
- Young, I.M. (1990). *Justice and the Politics of Difference*. Princeton University Press.