

ROSANA TRIVIÑO CABALLERO
Universidad Complutense de Madrid

Ciego, sordo y mudo: el sistema sanitario ante la objeción de conciencia al aborto

Blind, deaf, and mute: the healthcare system regarding conscientious objection to abortion

Recibido: 3/1/22. Aceptado: 13/6/22

Resumen: A la luz de la obra de Fernando Broncano, *Conocimiento expropiado* (2020), este trabajo plantea la objeción de conciencia generalizada al aborto como un fenómeno que origina situaciones de injusticia epistémica. El acceso a la información, el disvalor del testimonio de las mujeres y el silencio cómplice, individual e institucional, perpetuador de la ignorancia sistémica son realidades que afectan a un número indeterminado de mujeres que requiere la interrupción de su embarazo. Para hacer frente al daño generado, se plantea cómo las redes y movimientos pro-elección distribuyen información y recursos sobre el aborto fuera del ámbito clínico y se organizan como fuerzas de resistencia epistémica, capaces de crear y compartir conocimiento en un ejercicio de democracia radical, en el sentido expresado por Broncano.

Abstract: In accordance with Fernando Broncano's work, *Conocimiento expropiado* (2020), this paper considers the widespread conscientious objection to abortion as a phenomenon that creates situations of epistemic injustice. Access to information, devaluation of women's testimony, as well as individual and institutional complicit silence that perpetuates systemic ignorance, are realities that affect an indeterminate number of women who require the termination of their pregnancies. In order to address the damage generated, we consider how pro-choice networks and movements distribute information and resources on abortion outside the clinical sphere. They also organise themselves as forces of epistemic resistance, capable of creating and sharing knowledge in an exercise of radical democracy, in the sense expressed by Broncano.

Palabras clave: Objeción de conciencia, aborto, injusticia epistémica, ignorancia institucional, resistencia epistémica.

Keywords: Conscientious objection, abortion, epistemic injustice, institutional ignorance, epistemic resistance.

DESDE LA APROBACIÓN de la Ley 2/2010, reguladora de la interrupción voluntaria del embarazo, esporádicamente saltan noticias en los medios de comunicación que relatan periplos de mujeres que requieren abortar y no consiguen ser atendidas debido a la objeción de conciencia (OC en adelante) generalizada del personal facultativo de ginecología y obstetricia de gran parte de los hospitales públicos en España.¹ El último caso conocido ha sido el de Marta Vigar, que se vio obligada a acudir a una clínica privada para que le practicara un aborto por malformación fetal grave, con un posible impacto sobre su propia salud del que no le informaron. En el Servicio de Ginecología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid le notificaron que allí no podían practicárselo por motivos de conciencia. Sus miembros se declaran objetores desde 2009 y no asumen ninguna interrupción del embarazo una vez que se detecta latido fetal (LOURIDO 2021). La repercusión de este caso dio lugar a que afloraran numerosos testimonios de mujeres que se han visto en situaciones similares (Cadena Ser 2021), en una suerte de *empoderamiento hermenéutico* (MEDINA 2022) espontáneo. A pesar de su denuncia, la falta de respuesta institucional ha sido el denominador común de muchas de ellas.

La OC ante el aborto ha sido objeto de análisis frecuente desde perspectivas sociales, éticas, jurídicas (TRIVIÑO 2014). Sin embargo, la aplicación de un enfoque epistémico resulta prácticamente inexistente. A la luz de la obra de Fernando Broncano, *Conocimiento expropiado* (2020), en este trabajo se pretende analizar la OC generalizada como un fenómeno que da lugar a situaciones de injusticia epistémica. Broncano aporta claves valiosas para abordar la objeción en el seno de las relaciones bidireccionales que se producen entre las posiciones sociales y epistémicas de personas, grupos, colectivos e instituciones. En ese sentido, se produce una paradoja que merece la pena destacar. El hecho de que el acceso al aborto esté mediado por personas expertas (profesionales de la medicina) que, a su vez, son quienes ejercen de manera generalizada la OC, puede convertirse en un obstáculo para las mujeres que solicitan la

¹ En cinco comunidades autónomas (Comunidad de Madrid, Extremadura, Castilla-La Mancha, Murcia y Aragón) ningún hospital público practica abortos. En el resto, no todos los centros asumen la práctica. Solo el 15% de las interrupciones del embarazo se realizan en hospitales públicos (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social 2020).

interrupción de su embarazo. Lo que, en un principio, puede entenderse como una medida para garantizar una prestación de calidad gracias al saber experto, en ocasiones se convierte en una dificultad que precisamente pone en peligro aquello que se pretende preservar: la salud y el bienestar de las mujeres. En línea con la tesis de Broncano, la posición epistémica y la posición social del colectivo médico interactúan en el desempeño de un doble rol: el monopolio del conocimiento experto y el del acceso al aborto.

Así pues, la OC generalizada dificulta el acceso a la interrupción del embarazo, pero no solo; este mecanismo afecta también a la propia circulación del conocimiento sobre su alcance y consecuencias. Se sabe de su existencia, aunque en gran medida se ignora en qué lugares concretos se produce, desde cuándo, por qué motivos y qué implicaciones tiene para las mujeres que acuden a esos Servicios. Por este motivo, la atención sobre la experiencia de las mujeres, en interacción con el entramado sanitario, permite apuntar hacia las causas y consecuencias de los daños y los problemas que se generan desde una perspectiva epistémica que es, al mismo tiempo, ética y política.

En este trabajo se establece, en primer lugar, el contexto en el que se produce la OC al aborto, planteando los problemas que suscita y sus posibles causas. A continuación, se identifican los rasgos específicos que permiten considerar la OC como un fenómeno que origina situaciones de injusticia epistémica, concretamente en relación con la obstaculización en el acceso a la información, el disvalor del testimonio de las mujeres y el silencio cómplice, individual e institucional, que da lugar a cegueras y meta-cegueras perpetuadoras de la ignorancia sistémica. Finalmente, se atiende al fenómeno de cómo las redes y movimientos pro-elección, distribuidoras de información sobre el aborto farmacológico fuera del ámbito clínico,² se organizan como fuerzas de resistencia epistémica capaces de crear y compartir conocimiento en un ejercicio de democracia radical, en el sentido expresado por Broncano (2021, capítulos 9 y 10).

I. LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA AL ABORTO EN EL CONTEXTO SANITARIO

Desde el punto de vista teórico, la OC es un mecanismo que permite la preservación de la integridad moral del individuo frente a una norma, establecida democráticamente, con la que las propias convicciones entran en conflicto

² Frente al quirúrgico, se entiende por aborto farmacológico aquel que se realiza mediante la administración oral o vaginal de medicamentos capaces de interrumpir la gestación. Esta modalidad se ha demostrado segura fuera del ámbito clínico hasta la novena semana de embarazo (AIKEN *et al* 2016; LOHR *et al* 2014).

(TRIVIÑO 2014, 91-2). Sin embargo, desde el punto de vista de la práctica médica, la OC se ha convertido con frecuencia en un recurso que ampara un ejercicio de poder masivo e indiscriminado por parte de quienes ostentan el monopolio de la provisión de una prestación a las que las mujeres tienen derecho.

Los problemas que genera la OC generalizada en los Servicios de Ginecología de los hospitales públicos ha sido motivo de preocupación constante por parte del activismo feminista y la reflexión académica, aunque no ha ocupado un lugar relevante en la agenda política y mediática hasta momentos recientes.³ Tampoco se ha traducido en intervenciones encaminadas a terminar con una práctica que, por su carácter generalizado, resulta éticamente cuestionable y legalmente inaceptable. Ni el conocimiento informal de la objeción colectiva dentro y fuera de los hospitales (“Todo el mundo sabe que en este hospital no se practican abortos”) ni los casos que han tenido cierta repercusión mediática han conseguido despertar la suficiente atención por parte de los poderes públicos.

En términos institucionales, la respuesta al problema se ha proporcionado mediante la concertación de la provisión del aborto en clínicas privadas, que es donde se procura mayoritariamente esta prestación (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar 2021). Sin embargo, se trata de una solución parcial e insatisfactoria. En primer lugar, no resuelve la desigualdad territorial en el acceso. La falta de cobertura asistencial de los hospitales públicos no siempre se ve suplida por centros privados (CASEY 2021). Además, el sistema de concertación implica un incremento de costes en el gasto sanitario público difícilmente justificable si el motivo principal por el que ocurre se debe a la OC colectiva.

En segundo lugar, el hecho de que se trate de una prestación segregada del sistema público estigmatiza la práctica y la sitúa en un espacio expuesto a la vulneración de la intimidad y el cuestionamiento de las mujeres (CASTRO y ORDÓÑEZ 2021). Esto se debe tanto a la OC generalizada que existe en el ámbito asistencial público como a la complicidad institucional que denota la falta de voluntad política de hacer frente a esta situación.

En tercer lugar, la derivación sistemática a las clínicas privadas supone mantener una inercia institucional que impide o dificulta la formación de profesionales en las técnicas de interrupción del embarazo: si en la mayor parte de los hospitales universitarios no se practican abortos, resulta prácticamente imposible que las y los especialistas en ginecología aprendan cómo se hacen (TRIVIÑO 2014, 267).

³ En este sentido, quizá el programa *Salvados* del 30 de mayo de 2021, dedicado a las dificultades de acceso al aborto, haya supuesto un revulsivo para despertar el debate y denunciar lo que José Medina (2022) ha denominado “negligencia epistémica institucional”. Tras su emisión, varias instancias políticas, entre ellas la ministra de Igualdad y la vicepresidenta tercera del gobierno, manifestaron en las redes sociales su compromiso de investigar la situación y mejorar las condiciones del ejercicio del derecho al aborto (La Sexta 2021).

2. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA AL ABORTO COMO FORMA DE INJUSTICIA EPISTÉMICO-POLÍTICA

De acuerdo con la propuesta que atraviesa el libro de Fernando Broncano (2020), la injusticia epistémica consiste en el daño que se produce cuando la posición social interfiere en la circulación del conocimiento entre los agentes, de manera que da lugar a una degradación de la posición y autoridad epistémicas. En este sentido, la interacción que se produce entre las posiciones sociales y las epistémicas proporciona *el carácter político de lo epistémico* que pretende destacar Broncano. De acuerdo con esta definición, la OC colectiva al aborto puede considerarse una forma de injusticia epistémico-política en distintas dimensiones.

En primer lugar, la injusticia epistémica se detecta en la privación de acceso a recursos comunes y legítimos como son la información sobre el procedimiento y a la atención a la salud sexual y reproductiva, en la medida en la que la interpretación de la experiencia de las mujeres que solicitan un aborto queda silenciada o marginada ante otras interpretaciones sustentadas por colectivos socialmente más poderosos. El personal facultativo ostenta una posición de poder no solo en su calidad de experto; también como garante (*gatekeeper*) en la provisión de esta prestación. Desde el momento en el que el aborto solo puede llevarse a cabo legalmente en el contexto institucional (hospitalario, clínico) y/o bajo control médico, las necesidades y decisiones de las mujeres quedan mediadas por el criterio y la autoridad epistémica del colectivo médico especializado en ginecología y obstetricia. Paradójicamente, lo que en un principio se ofrecía como un mecanismo de garantía de acceso a la prestación y a la preservación de la salud de las mujeres, en la medida en la que evitaba que la interrupción del embarazo se llevara a cabo por personas inexpertas, en ocasiones se ha acabado convirtiendo en un callejón sin salida para ellas (BAJOS y FERRAND 2011).

En segundo lugar, la injusticia epistémica puede identificarse también en el (dis)valor que se le concede al testimonio de las mujeres que requieren la interrupción de sus embarazos, tanto si los motivos son estrictamente terapéuticos como si responden al ejercicio legítimo de sus libertades. La falta de reconocimiento de las mujeres como agentes epistémicos creíbles forma parte del tipo de devaluación del testimonio por pertenencia a un determinado grupo que Javier Navarro (2022) desarrolla en este mismo número. Este fenómeno puede observarse de manera frecuente en el contexto sanitario (GREPPI y TRIVIÑO 2021). En relación con el aborto, hay constancia sobre el cuestionamiento de la decisión de interrumpir el embarazo, la actitud y los comentarios de desprecio y los discursos moralizantes por parte del personal médico (Cadena

Ser 2021; CASEY 2021). El conocimiento de lo que es mejor para sí mismas, sus cuerpos, su salud y sus vidas es denigrado a través de mecanismos cuyo nivel de vejación varía desde el insulto a formas de control más sutiles, como son los procesos de información y periodos de reflexión obligatorios en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo (TRIVIÑO 2017). Por tanto, lejos de generar un “sujeto epistémico cooperativo” (BRONCANO 2020, 164-9), fruto de la colaboración epistémica entre posiciones asimétricas de conocimiento, lo que se produce es una injusticia testimonial que, de acuerdo con Broncano (2020, 194-9), supera el ámbito interpersonal para atentar contra la colectividad.

En tercer lugar, la injusticia epistémica es ejercida no solo por los agentes directamente implicados en la provisión del servicio, sino también por quienes contribuyen con su silencio a la reproducción estructural de las formas de discriminación y dominación. El daño epistémico intrínseco a esta degradación, que Broncano basa en el trabajo de Saray Ayala y Nadya Vasilyeva (2016), implica la perpetuación de la injusticia por una falta de compromiso con la circulación del conocimiento. En algunos casos, se trata de espectadores que se han visto en la tesitura de acatar en silencio la OC de sus superiores debido a motivos de diversa índole: evitación de conflictos, temor a las represalias (empeoramiento de las condiciones de trabajo; pérdida de empleo; pérdida de las posibilidades de promoción) o a ser objeto de estigmatización por parte de sus colegas. El grado de obligación ética y política hacia las demás personas puede variar en función de la legitimidad de las motivaciones. No es lo mismo callar para alimentar la simpatía hacia sí de un superior que para evitar la pérdida del empleo. Ello no es óbice para constatar el daño que se produce *desconociendo* la verdad y renunciando al testimonio comprometido, permitiendo, de ese modo, la circulación de injusticias.

En otros casos, las cegueras e ignorancias voluntarias proceden de las instituciones y los poderes públicos, que se orientan a no querer ver o saber lo que debería verse o saberse, soslayando su responsabilidad ética, política y jurídica (GREPPI y TRIVIÑO 2021). Resulta difícil determinar con claridad cuáles son las causas que subyacen a esta forma de injusticia epistémica. A modo de hipótesis, se puede pensar que operan distorsiones sistémicas como las inercias institucionales, la disolución de la responsabilidad, el desinterés, la ausencia de réditos políticos o los pactos tácitos de no agresión por parte de órganos colegiales y asociaciones profesionales. Pareciera que el entorno hospitalario tiende a cubrirse con un manto de silencio para evitar conflictos internos o interinstitucionales, escándalos, represalias o denuncias por mala praxis. Tales silencios y cegueras, productoras y perpetuadoras de ignorancias, incrementan la necesidad de resistencia epistémica para afrontar situaciones de injusticia (BRONCANO 2020, 271-4).

3. CONOCIMIENTO *REAPROPIADO* Y RESISTENCIA EPISTÉMICA

El paso de la represión penal a la legalización del aborto supuso el control social de la interrupción del embarazo por parte del colectivo médico, con el fin de evitar que las mujeres fueran tratadas por personas inexpertas (BAJOS y FERRAND 2011). Sin embargo, en la actualidad esta medida de prevención ya no parece tan necesaria (LOHR *et al.* 2014), especialmente si se considera la obstaculización a la que da lugar la OC generalizada ante la interrupción del embarazo.

En ese sentido, se ha probado que las intervenciones realizadas en el primer trimestre de embarazo, que son las más frecuentes, pueden practicarse por parte de otro personal sanitario (matronas, enfermeras o auxiliares) con resultados equivalentes a los llevados a cabo por los médicos especialistas (LOHR *et al.* 2014). También se ha comprobado la eficacia y bajos costes del tratamiento medicamentoso sin necesidad de ingreso hospitalario durante el primer y segundo trimestre de embarazo (LOHR *et al.* 2014). A pesar de ello y de su amplia aceptación entre las mujeres que lo conocen, su aplicación en países donde el aborto es legal sigue siendo escasa y se establece como requisito obligatorio el ingreso en un centro especializado (LOHR *et al.* 2014; MARECEK *et al.* 2017). El uso restringido de esta alternativa resulta especialmente grave en regiones donde el servicio quirúrgico tradicional no se provee (con frecuencia debido a la OC generalizada de los profesionales), lo cual exige que la mujer tenga que desplazarse allá donde pueda practicarse la intervención (CHAVKIN *et al.* 2013). La falta de implantación de técnicas de interrupción del embarazo que pueden ser llevadas a cabo por profesionales no médicos da cuenta de cómo la posición social de este colectivo genera una posición epistémica de privilegio injusta, en la medida en la que el conocimiento y experiencia sobre este procedimiento no les pertenece de manera exclusiva.

A pesar de las resistencias que genera su uso, en parte por la inercia en la aplicación de los métodos tradicionales, en parte por la pérdida económica y de poder que genera (TRIVIÑO 2012), la posibilidad de administrar la medicación a través de la telemedicina en aquellos lugares donde la interrupción voluntaria del embarazo está permitida es ya una realidad (LOHR *et al.* 2014; GALEWITZ 2016); como también lo es su adquisición a través de internet u organizaciones pro-elección, especialmente allí donde es ilegal, demasiado cara o de difícil acceso (AIKEN *et al.* 2016). Es en este espacio donde se detectan formas de creación y (re)apropiación del conocimiento, en el que lo común ocupa un lugar preeminente. “Las capacidades agenciales colectivas” reivindicadas por Broncano (2020, 387) aparecen aquí como muestra de la resistencia epistémica frente a la falta de voluntad e inoperancia tecnocrática con el fin de resolver

un problema acuciante como es el del acceso al aborto. Sin negar la experticia médica, aunque frecuentemente en tensión con ella (TRIVIÑO 2012), las mujeres se incorporan a prácticas epistémicas desde los márgenes para combatir la injusticia a la que se enfrentan.⁴ Estas formas de resistencia requieren de un entorno receptivo y sensible para que pueda desarrollarse plenamente su potencial emancipatorio, una circunstancia que con frecuencia no se produce (TRIVIÑO 2012). Con todo, el conflicto y la fricción epistémica, centrales en la epistemología política que Broncano recupera de McGoe y Medina (2013), permiten considerar a esas mujeres como “heroínas epistémicas”, en la medida en la que superan la opacidad estructural y distribuyen su conocimiento como un bien que ha de ser común y público.

4. A MODO DE CONCLUSIÓN

A lo largo de estas páginas, se ha intentado mostrar cómo la OC generalizada no solo es un fenómeno, que, en la práctica, está exento de mecanismos de control y que, por tanto, dificulta o impide el acceso a la interrupción del embarazo; las condiciones en las que se ejerce en la actualidad ocasionan situaciones de injusticia epistémica que pueden ser analizadas a partir de la propuesta que Fernando Broncano recoge en su libro, *Conocimiento expropiado* (2021). Por un lado, se plantea la falta de reconocimiento de las mujeres como agentes epistémicos fiables, en la medida en la que se ignora, minusvalora o cuestiona la credibilidad de sus testimonios. Por otro lado, el sistema sanitario participa de manera genérica en la preservación de la ignorancia epistémica, en las cegueras y meta-cegueras, bajo las que se ocultan jerarquías, relaciones de poder y falta de compromiso con la verdad. En este contexto, el hecho de que el aborto deba ser realizado en un entorno mediado por personas expertas que controlan su acceso se convierte, paradójicamente, en un obstáculo para las mujeres. Como respuesta, surgen movimientos de resistencia epistémica en los que se construyen y circulan formas de conocimiento horizontal y cooperativo, no exentas de tensión con el saber y los procedimientos tecnocráticos. Estas formas de resistencia constituyen una expresión de democracia radical, que se juega desde los márgenes su potencial emancipatorio.

⁴ Con frecuencia, estas formas de resistencia operan desde posiciones de subordinación no necesariamente consciente, en el sentido expresado por Saray Ayala (2022) en este mismo número.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIKEN, A.; GOMPERTS, R. y TRUSSELL, J. (2016), "Experiences and characteristics of women seeking and completing at-home medical termination of pregnancy through online telemedicine in Ireland and Northern Ireland: A population-based analysis", *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122 (8): 1050-1.
- ÁLVAREZ, P. [8 de julio de] 2021, "Igualdad quiere cambiar la ley del aborto para regular la objeción de conciencia", *El País*, <https://elpais.com/sociedad/2021-07-08/igualdad-quiere-eliminar-los-tres-dias-de-reflexion-obligatoria-antes-de-abortar.html>
- AYALA, S. 2022, "El activismo que no apreciamos: Su señoría Kent, mi madre es feminista y vota aunque no sepa que está oprimida", *Quaderns de filosofia*, IX, 2: 27-37.
- AYALA, S. y VASILYEVA, N. 2016, "Responsibility for Silence", *Journal of Social Philosophy*, 47 (3): 256-72.
- BAJOS, N. y FERRAND M. 2011, "De l'interdiction au contrôle: les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement", *Revue française des affaires sociales*, 1 (1): 42-60.
- BRONCANO, F. 2020, *Conocimiento expropiado*, Akal.
- Cadena Ser [22 de septiembre de] 2021, "Cascada de denuncias sobre las dificultades para abortar en hospitales públicos tras el testimonio de Marta", https://cadenaser.com/ser/2021/09/22/sociedad/1632305592_202802.html
- CASEY, N. [21 de septiembre de] 2021, "'Tenía la sensación de estar haciendo algo clandestino': abortar es legal en España, pero hay médicos que se niegan a hacerlo", *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/es/2021/09/21/espanol/espana-aborto-legal.html>
- CASTRO, C. y ORDÓÑEZ, R. [16 de junio de] 2021, "¿Acoso o información? La última lucha a las puertas de las clínicas de aborto", *El Independiente*, <https://www.elindependiente.com/vida-sana/salud/2021/06/12/acoso-o-informacion-la-ultima-lucha-a-las-puertas-de-las-clinicas-de-aborto/>
- CHAVKIN, W.; LEITMAN, L. y POLIN, K. 2013, "Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 123 (3), S41-S56.
- GALEWITZ, P. [10 de noviembre de] 2016, "A study tests the safety of women using abortion pills sent by mail", *New York Times*, <https://www.nytimes.com/2016/11/11/health/abortion-study-mail.html>
- GREPPI, A. y TRIVIÑO, R. 2021, "Injusticia epistémica e ignorancia institucional. El caso de Samba Martine", *Las Torres de Lucca: revista de filosofía política*, 10 (19): 15-28.

- La Sexta [2 de junio de] 2021, “Cuando el periodismo sirve para cambiar la realidad social: el Salvados sobre el aborto despierta a la comunidad política”, https://www.lasexta.com/programas/salvados/cuando-periodismo-sirve-cambiar-realidad-social-salvados-aborto-despierta-comunidad-politica_2021060260b75d3a0be56a0001e9a128.html
- LOHR, P.; FJERSTAD, M.; DESILVA, U. *et al.* 2014, “Abortion”, *British Medical Journal*, 348: f7553.
- LOURIDO, M. [21 de septiembre de] 2021, “Un hospital público se negó a realizar un aborto pese a la inviabilidad del feto y el riesgo para la mujer”, *Cadena Ser*, https://cadenaser.com/programa/2021/09/22/hoy_por_hoy/1632287845_785620.html
- MARECEK, J.; MCLEOD, C. y HOGGART, L. 2017, “Abortion in legal, social, and healthcare contexts”, *Feminism & Psychology*, 27 (1): 4-14.
- MCGOEY, L. 2019, *The Unknowers. How Strategic Ignorance Rules the World*, ZED Books.
- MEDINA, J. 2022, “Activismo epistémico y la epistemología del empoderamiento”, *Quaderns de filosofia*, IX, 2: 19-26.
- MEDINA, J. 2013, *The Epistemology of Resistance. Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and Resistant Imaginations*, Oxford University Press.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2021, “Distribución porcentual del número de abortos realizados según tipo de centro”, https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla4
- NAVARRO, J. 2022, “Reivindicaciones del crédito epistémico en el contexto social”, *Quaderns de filosofia*, IX, 2: 63-72.
- TRIVIÑO, R. 2017, “Acciones indebidas en el acceso al aborto. A propósito del periodo de espera y asesoramiento obligatorios”, en R. TRIVIÑO y T. AUSÍN (eds.), *Hacer o no hacer. La responsabilidad por acciones y omisiones*, Plaza y Valdés, 313-39.
- TRIVIÑO, R. 2014, *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, CSIC-Plaza y Valdés.
- TRIVIÑO, R. 2012, “Mujeres migrantes y misoprostol: aborto privado, escándalo público”, *Dilemata*, 10: 31-44.