

# Injusticias epistémicas en salud: Una oportunidad narrativa

Pamela Jofré<sup>1,2,\*</sup>, Pía Flores<sup>1,3</sup>, Rodrigo Valenzuela<sup>1,4,5</sup>, Rodrigo Vergara<sup>1,2,6,7</sup>.

Epistemic Injustice in Health: A Narrative Opportunity

## RESUMEN

La injusticia epistémica se define como el daño que se infringe a una persona en su capacidad de conocedor y afecta la generación y distribución del conocimiento. Fue descrito por Miranda Fricker, quien distinguió dos tipos: testimonial y hermenéutica. La injusticia testimonial ocurre cuando una persona recibe poca credibilidad y ello se atribuye a la presencia de algún estereotipo negativo, que perjudica y condiciona su identidad, afectando su testimonio. Una injusticia hermenéutica, por su parte, ocurre cuando la experiencia de una persona no es comprendida (por ella misma o por los demás) porque no hay ningún concepto disponible que pueda identificar o explicar adecuadamente aquella. Ambas pueden afectar los contextos sanitarios de diferentes formas, implicando desde las relaciones interpersonales hasta las políticas institucionales. Cuando aparece injusticia epistémica no se considera un error epistémico, sino un error moral y por ello afecta la bioética exigiendo acciones y recomendaciones. Este artículo se centrará en la actualización de un tema emergente para la bioética, discutiendo sus principales alcances en los cuidados de salud, academia, investigación y educación médica. Se ofrecerá una propuesta de justicia y solidaridad epistémica basada en la reflexión que las metodologías narrativas nos permiten.

**Palabras clave:** Bioética; Educación Médica; Medicina Narrativa.

## ABSTRACT

Epistemic injustice is defined as the harm inflicted on a person in their capacity as a knower and affects the generation and distribution of

<sup>1</sup>Laboratorio de Medicina Narrativa, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

<sup>2</sup>Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

<sup>3</sup>Escuela de Kinesiología, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

<sup>4</sup>Cátedra de Radiología, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

<sup>5</sup>Servicio de Radiología, Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile.

<sup>6</sup>Departamento de Preclínicas, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

<sup>7</sup>Servicio de Pediatría, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

\*Correspondencia: Pamela Jofré /  
pamela.jofre@uv.cl

Laboratorio de Medicina Narrativa, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

Angamos 655, Edificio R3, oficina 11, Viña del Mar, Chile.

Financiamiento: Este trabajo no contó con apoyo financiero de ningún tipo.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 29 de agosto de 2024

Aceptado: 12 de noviembre de 2024.

knowledge. It was described by Miranda Fricker, who distinguished two types: testimonial and hermeneutic. Testimonial injustice occurs when a person receives little credibility, and this is attributed to the presence of some negative stereotype, which harms and conditions their identity and affects their testimony. A hermeneutic injustice, on the other hand, occurs when a person's experience is not understood (by themselves or by others) because there is no concept available that can adequately identify or explain it. Both can affect healthcare contexts in different ways, involving everything from interpersonal relationships to institutional policies. When epistemic injustice appears, it is not considered an epistemic error but a moral error and, therefore, affects bioethics, demanding actions and recommendations. This article will focus on the update of an emerging topic for bioethics, discussing its main scope in health care, academia, research, and medical education. A proposal for justice and epistemic solidarity will be offered based on the reflection that narrative methodologies allow us.

**Keywords:** Bioethics; Education, Medical; Narrative Medicine.

Episteme viene del griego ἐπιστήμη (romanizado en epistēmē), que significa conocimiento, saber o ciencia. Se usa como raíz de términos propios de la teoría del conocimiento o epistemología. La RAE, en su segunda acepción, lo define como conjunto de conocimientos que condicionan las formas de entender e interpretar el mundo en determinadas épocas.

El término injusticia epistémica (IE) aparece en la literatura en el 2007, descrito por la filósofa inglesa Miranda Fricker, como los daños cometidos a una persona en su calidad de conocedor<sup>1</sup>. Distinguió dos tipos: testimonial y hermenéutica. La testimonial se produce cuando un oyente daña, injustamente, la credibilidad del hablante por acciones que silencian, subvaloran o distorsionan sus aportes. La injusticia hermenéutica ocurre cuando personas o grupos, tratando de dar sentido a sus experiencias para ser compartidas con el mundo, no logran ser legitimados y la razón subyacente es la carencia de recursos interpretativos (conceptos, ideas o narrativas)<sup>2</sup> (Figura 1). Este tipo de injusticias

también se produce cuando las experiencias de las personas no se ajustan a los conceptos de los otros (Figura 2)<sup>3</sup>.

Según Fricker, la desacreditación injusta que reciben los sujetos está referida principalmente a su condición social. Sin embargo, en el campo de la salud puede afectar a personas de cualquier medio social, ya que los pacientes son más vulnerables a la injusticia testimonial, por considerarse cognitivamente poco confiables, comprometidos emocional o existencialmente inestables<sup>3</sup>. En este aspecto es especialmente relevante lo relacionado a la salud mental, el autismo, algunas patologías ginecológicas, el dolor como síntoma de variadas presentaciones médicas<sup>4,5,6,7,8,9,10,11</sup>, etc. En clínica, la IE es una teoría que permite comprender la infravaloración que reciben los testimonios de pacientes y como ello es afectado por el lugar de pertenencia social, determinando atención médica de menor calidad<sup>12</sup>. Las condiciones de vulnerabilidad que implican en nuestra era pertenecer a grupos marginalizados por pobreza,



**Figura 1:** Diferencia entre IE testimonial y hermenéutica y principales afectado.



**Figura 2:** Sistemas involucrados en la IE hermenéutica.

etnia, migración, género, etc., adicionan fragilidad epistémica<sup>13</sup>. Para lograr mayor equidad y justicia social, se requieren esfuerzos y acciones que permitan visualizar y combatir las IEs en la clínica y la academia. Hay instituciones educativas y sanitarias que han realizado trabajos intencionados para mejorar la confianza de personas vulnerables y grupos marginalizados por la medicina, no obstante, la desconfianza epistémica merma el cuidado y trato justo hacia ellos<sup>14</sup>. Un ejemplo puede encontrarse en el manejo del dolor en afroamericanos en Estados Unidos, donde existe un sesgo (podrían tolerar mejor el dolor) y los estudios muestran que cuando consultan, sus testimonios son infravalorados<sup>15</sup>. Deben experimentar mayor dolor injustificadamente, al recibir cuidados subóptimos arriesgando que accedan a medicinas informales y caigan en conductas de riesgo<sup>16</sup>. La IE testimonial podría ser fácilmente identificada, al manifestarse dentro del discurso y enfermedades que se expresan en medicina, en la desmejorada comunicación entre pacientes y profesionales, en reclamos de quienes ven ignorados sus intereses, no atendidos, descartados, o simplemente silenciados<sup>17</sup>. Carel y Kids<sup>3,13</sup>, mencionan que ciertas enfermedades aumentan la vulnerabilidad epistémica, más aún cuando la credibilidad descansa en síntomas subjetivos como el dolor. La ausencia de marcadores biológicos en algunas patologías impugna la credibilidad. Son ejemplos de ello: el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia<sup>18,19</sup>. Los académicos, docentes e investigadores al ser privilegiados epistémicos –producen y distribuyen conocimiento–, tienen un rol que merece una revisión crítica.

### ***Injusticias epistémicas en los cuidados de salud***

Presentar las IEs en medicina, permite visualizar circunstancias que hacen que algunos individuos al momento de requerir atenciones de salud, aumenten la posibilidad de experimentar IE, dado que ellos ya están expuestos a situaciones marginalizantes. Dependiendo de las capas de marginalización social que se superpongan en una persona, en medicina aparecerán nuevos desafíos a la capacidad de conocer o interpretar el mundo y la experiencia de la atención médica. Cuando

la marginalización impide contar con educación de calidad o un trabajo digno, se desafía el desarrollo personal y pertenencia a grupos sociales aventajados, y se permite que esas personas sean menos creíbles<sup>20</sup>. En consecuencia, les costará articular, nominar y poder transmitir experiencias de enfermedad en el espacio social. En los centros de salud se expresan desigualdades sociales que pueden exacerbar las injusticias hacia los grupos marginalizados, y favorecer un trato diferente basado en estigmas.

La fragilidad epistémica afectaría más a personas cuya condición está casi totalmente mediada por la subjetividad. Además del dolor, otro ejemplo reciente, fue COVID persistente<sup>21,22</sup>. Quienes lo padecieron, sufrieron exclusión epistémica, el agotamiento y la fragilidad percibida no fueron validados inicialmente, el desconocimiento generó una injusticia hermenéutica, dado que, no había lenguaje previo para describir su sintomatología. La IE permitió que, al no recibir diagnóstico, tampoco recibieran un cuidado adecuado<sup>23</sup>.

A su vez, la fragilidad epistémica expone a pacientes a IE autoinfligida, puesto que sujetos que se identifican con grupos epistémicamente desfavorecidos han tenido experiencias de incompreensión o falla de comunicación previas que los inhibe a exponer sus demandas de salud plenamente<sup>24</sup>. Probablemente no intenten profundizar en sus aflicciones por temor a no recibir una comprensión adecuada. La importancia de visualizar las IEs es que sus efectos negativos dañan la atención de salud, afectando física y psicológicamente a quienes la sufren<sup>25</sup>. La IE puede negar la “vivencia” de enfermedad en términos fenomenológicos deteriorando la confianza de la sociedad en la medicina<sup>26</sup>. Algunos han utilizado el término violencia epistémica y pensar así, exige a los profesionales estar atento a sesgos que muchas veces son inconscientes<sup>27</sup>.

La literatura reciente alerta de riesgos al comer IE en salud mental<sup>28</sup>. Hay varias condiciones estigmatizadas implicadas en prejuicios de poca confiabilidad, dado que interpretaciones que hacen los pacientes se consideran poco creíbles, afectando la agencia epistémica y de no resolverse las inquietudes de estos, se pierden recursos

valiosos (citas, fármacos, exámenes) y se afecta la percepción pública de ciertos trastornos mentales<sup>29</sup>. Los expertos no plantean recibir testimonios acríticamente, sino más bien ser cuidadosos cuando enfrentamos sesgos propios que no hemos hecho conscientes y, a su vez, hacer esfuerzos en el mismo sentido cuando se interpone un juicio que involucra la esfera cognitiva de las personas<sup>30</sup>. La posibilidad de equivocarse en las valoraciones que hacemos está a favor de posiciones socialmente dominantes, en este caso la medicina.

También en educación aparecen sesgos de esta índole. Un ejemplo es lo que acontece con las personas con trastornos del espectro autista (TEA)<sup>31</sup>. Al estar investidos de una serie de prejuicios sociales donde incluso se difunden caricaturas de sus comportamientos comunicativos, se puede llegar a cometer errores de apreciación, por ejemplo, en trastornos del ánimo, arriesgando ser injustamente desatendidos<sup>32</sup>. Como se señaló, en este grupo hay estigmas públicos que afectarían negativamente en cómo comprenden su condición, impidiéndoles dar sentido a las propias experiencias, dado que también están situados en el espacio social. Si captan que sus comportamientos pueden ser vergonzosos, podrían limitar las interpretaciones de sus experiencias en el espacio sanitario, negándose así sus posibilidades de cuidado<sup>33,34</sup>. La incerteza que persiste en los factores involucrados en ellos ha favorecido el aumento de creencias no fundamentadas, así como sesgos que profesionales y ciudadanos en general describen de personas con TEA<sup>35</sup>.

### **La educación médica**

Debido a las IEs, los estudiantes pueden ver afectado su acceso al conocimiento, como sus aportes a este. Ocurre cuando las personas son excluidas injustamente en función de sus identidades sociales (etnia, género, estatus socioeconómico, etc.), lo que resulta en devaluación o desprecio de conocimientos y perspectivas<sup>36</sup>. Puede manifestarse de varios modos, partiendo por sesgos en el diseño curricular, prácticas pedagógicas discriminatorias y distribución desigual de recursos y oportunidades. También puede suceder que planes de estudio convencionales privilegien

narrativas y perspectivas culturales dominantes, descuidando contribuciones y experiencias de comunidades marginadas<sup>37</sup>. Además, estudiantes que se perciben marginados por pertenecer a algún grupo social pueden sentir un trato diferencial, debido a que sus aportes, preguntas o ideas son descartadas o silenciadas en el aula. Al saber esto, ellos podrían auto marginarse, dado que su interpretación del mundo social les anticipa la poca valoración que podrían recibir sus aportes<sup>38</sup>. Estudiar medicina u otra carrera de salud es demandante, se trata de conocimientos a veces inabarcables y cambiantes, así, obtener autoridad epistémica requiere muchos esfuerzos y tiempos. A su vez los estudiantes tienden a ser perfeccionistas y son desafiados constantemente por jerarquías epistémicas<sup>39</sup>.

La educación médica incluye ambientes donde la cultura y jerarquías académicas se expresan fuertemente, lo que facilita que se cometan injusticias<sup>40</sup>. Aún está vigente una práctica de interrogación de estudiantes de distintos niveles de aprendizaje frente a la cama de pacientes. Se denomina aprendizaje socrático y pone en evidencia vulnerabilidades epistémicas de alumnos<sup>41</sup>. Estudiantes de niveles inferiores habitualmente no son considerados agentes de conocimiento, y sus opiniones son invalidadas y según el grado de ímpetu con que suceda pueden ser dañados, insegurizados y hasta humillados, disminuyendo su confianza y autoestima<sup>42,43,44</sup>. Para Fricker, si obstruimos la posibilidad de dar y formular razonamientos con mente abierta que es producto de la curiosidad, se puede desincentivar la indagación racional, la formulación de dudas y nuevas ideas, las conjeturas que se reordenan con las discordancias junto con cualquier otro aporte epistémico que conduzca al conocimiento<sup>1</sup>.

### **El mundo académico**

Es el lugar por excelencia donde se produce y distribuye conocimiento, y desde un enfoque de justicia, se espera la equidad. No obstante, es un espacio social, con sesgos y limitaciones que afectan la experiencia de personas que allí se encuentran, sean profesores, estudiantes, investigadores, u otros miembros de la comunidad



académica<sup>45</sup>. De partida hay desigual acceso a educación, especialmente a las escuelas de medicina, expresándose en posibilidades desventajadas para grupos marginados: migrantes, pueblos originarios, pobres y personas sin acceso a la cultura. Esto exacerba las IEs al cabo de los años, dado que en medicina los privilegiados epistémicos serán quienes aborden los problemas de salud de poblaciones marginadas pudiendo tener dificultades para comprender sus perspectivas<sup>46</sup>. Además, la baja representación de algunos grupos en la academia podría condicionar los temas a investigar y discutir allí, pudiendo quedar ellos y sus intereses al margen de la agenda académica<sup>47</sup>. Si todos los sujetos sin discriminación de ningún orden (etnia, género, pobreza, etc.) tienen la misma capacidad de aportar a la producción de conocimiento y construcción de percepción general del mundo, se robustece la justicia epistémica<sup>48</sup>.

A su vez la injusticia hermenéutica, la que ocurre cuando las experiencias de alguien no son bien entendidas –por él mismo o por otros– porque estas experiencias no se ajustan a ningún concepto conocido por esa u otras personas, podría darse debido a la exclusión histórica de algunas personas o grupos de personas en actividades como la investigación, la medicina, la academia en general, etc. Esto se puede ver incrementado por la carencia de recursos cognitivos, lingüísticos e interpretativos que permitan comprender las experiencias personales o de otros. Por ejemplo, si personas de etnias minoritarias u otros grupos marginados ingresan a la Universidad, ellos se someten pasivamente a códigos que ahí operan, los que imponen modos de conducirse, usos del lenguaje, gestos, tonos de voz y hasta maneras de vestir, que deben encajar con los grupos dominantes. Sin advertirlo, ellos son sujetos de IE hermenéutica<sup>49</sup>.

### **La investigación**

Aproximar la IE a la investigación requiere un esfuerzo adicional en sus rutinas: reflexión colaborativa y dialógica que pueda unir propósitos de investigadores y profundizar en necesidades reales de sujetos de investigación<sup>50</sup>. Una investigación éticamente sólida, donde quienes participan son

personas habitualmente vulnerables por tener alguna condición afectando su salud, o su capacidad cognitiva o lingüística, debería cumplir algo más allá de ciertos procedimientos como consentimiento informado, privacidad, presentar una propuesta a un comité de ética y utilizar métodos y técnicas adecuados. Colaborar con la ciudadanía desde la investigación debería ser una cuestión habitual. La sola consulta a grupos afectados por alguna condición aportaría un paso legítimo a su plena participación, aunque sin garantizarles ser influyentes. La medicina, soportada por el contrato social, debería expresarse no sólo en lo que importa a ella misma (y sus participantes) sino exigiría una colaboración activa entre investigadores, ciudadanos y gobiernos<sup>51</sup>.

A su vez el enfoque de IEs visibiliza el “olvido” posible cuando se piensa una investigación y se jerarquizan los conocimientos científicos y su desarrollo, por sobre lo mundano, inexperto o experiencial, recordándonos que los académicos son sometidos a pautas sistemáticas que les exigen tiempos y especificaciones que podrían dificultar la participación de la ciudadanía<sup>52</sup>. Pensar una propuesta de investigación participativa, democrática y descentralizada sería una estrategia plausible para investigar con sentido social, cuyos resultados y producción de conocimiento tengan un enfoque equitativo con los más desfavorecidos epistémicamente. Como se ha mencionado, las prácticas académicas tienden a privilegiar a grupos dominantes, y el enfoque de IE los enfrentaría a la diversidad y haría explícita la necesidad de ceder conocimiento y creación de sentido a grupos locales, o propios de individuos y grupos cuya investigación busca influir.

Los investigadores académicos pueden tener un exceso de credibilidad en comparación con actores no académicos, o también puede suceder que, frente a un tema específico, académicos extranjeros tengan mayor credibilidad que los locales. Parker<sup>53</sup> ha señalado que frecuentemente en grupos de investigación colaborativos internacionales, los actores locales de países de bajos y medianos ingresos contribuyen con muestras, o trabajos de campo, quedando fuera de discusiones científicas propias de lo que sería una auténtica

colaboración. De alguna manera, hay investigadores que gozan de prestigio y se les asigna el rol de creadores de teorías, mientras expertos locales de países de bajos ingresos reciben tareas menos trascendentales para la investigación y producción de conocimiento<sup>54</sup>.

### **El aporte a la bioética**

El marco conceptual de Fricker aporta un análisis filosófico que contribuye a la reflexión bioética, enriqueciendo inicialmente el debate del principio de no maleficencia<sup>55</sup>. Los que enferman son vulnerables especialmente dado que suelen considerarse menos creíbles por estar emocionalmente dañados<sup>56</sup>, lo que habitualmente ocurre en personas con padecimientos complejos como acontece en el dolor crónico. Esto será más notorio si por los estigmas con los que cargan, son personas menos creíbles, como podría pasar con la medicina en cárceles, migrantes o personas institucionalizadas<sup>57</sup>. La IE no es un error sino un daño moral y exigirá equilibrar las contribuciones epistémicas de profesionales con el relato y la experiencia valorada de pacientes.

Dado que la no maleficencia no tiene compromiso con la intencionalidad, no requiere que la acción sea calificada dañina para estar comprometida. Por ende, nos responsabiliza a no generar acciones perjudiciales incluso cuando no hay tal intención. Implica actividades que los profesionales deben ser capaces de generar para remediar daños. En principio proponemos reflexionar profundamente sobre los sesgos que cada profesional pueda tener, puesto que estamos influenciados por la propia visión de mundo, valores y creencias que nos hace razonar a través de esos estereotipos, los que pueden ser negativos. El daño a un paciente en su capacidad de conocedor experiencial es un agravio a la validez de lo que dice y razona, a su integridad<sup>58</sup>. En términos kantianos implica agravio a su identidad y dignidad, afectando su autonomía<sup>59</sup>.

El enfoque de IE fortalece la bioética principialista<sup>60</sup> y además exhorta a explorar, los principios de beneficencia y justicia<sup>61,62,63</sup>, llevándonos a una discusión moral y social de cómo aparecen las IEs entre nosotros, en nuestros espacios sociales

y de qué manera es posible contribuir desde un enfoque reflexivo a la justicia epistémica en la atención sanitaria.

En nuestro trabajo con el enfoque de la medicina narrativa en la Universidad de Valparaíso, hemos propuesto una revisión de sesgos cognitivos que podrían dañar a los pacientes. Se fundamenta en una educación en bioética reflexiva más que normativa, permitiendo exploración crítica de sesgos y tradiciones para reducir las IEs<sup>64,65</sup>.

*Propuestas narrativas:* El enfoque de IE exhorta a detenerse y prestar atención a las necesidades individuales de quienes atendemos, lo que requiere ciertas habilidades y tiempo. Los estudiantes y profesionales de carreras de salud necesitan reflexionar y desarrollar una sensibilidad especial hacia las IEs en amplio sentido. El egreso de una escuela de medicina implica obtener un título que marca un grado de autoridad epistémica y se espera que estos profesionales actúen con integridad y responsabilidad moral<sup>66</sup>, por lo que deberán ejercer su profesión con enfoque de justicia social y dentro de ella, epistémica. En la Universidad de Valparaíso, utilizamos la medicina narrativa como un modelo de educación médica basada en la reflexión<sup>67</sup>. Definida por Rita Charon hace más de 20 años como “la medicina practicada con la competencia narrativa que es capaz de reconocer, absorber, interpretar y conmovirse con las historias de los enfermos”, su práctica permite a estudiantes y profesores exponerse a dispositivos derivados del arte, practicando lecturas atentas de textos literarios para luego disponerse a discutir lo reflexionado, y realizar ejercicios de escritura o dibujo reflexivo<sup>68,69</sup>. Estas actividades permiten mejorar la sensibilidad moral en diversos aspectos, y es posible incluir allí implicaciones a la IE. De hecho, en el 2024, en el curso denominado profesionalismo y práctica de la medicina II, se introdujo por primera vez un taller práctico reflexivo con metodología narrativa sobre IE. El objetivo fue comprender en profundidad historias de personas que atenderán, las que, sin duda, se verán afectadas por sus sesgos cognitivos. El enfoque de la medicina narrativa, ayuda al menos a tenerlos en cuenta. Dicho por un estudiante de ese curso: “*Es difícil cambiar algo que por tanto*

tiempo ha sido normalizado. Para esto, creo que la educación es la única manera de lograrlo. Si educamos desde pequeños sobre la diversidad, la igualdad y la humanidad creo que podríamos cambiar el mundo”.

La medicina narrativa permite identificar la necesidad de ser epistémicamente humildes, capaces de reconocer que a uno se le ha concedido una autoridad epistémica que está muchas veces sobrevalorada<sup>70</sup>. Y a su vez comprender que en la valoración de los relatos y testimonios de personas hay un conocimiento que merece ser complementado con el saber científico acuñado en los estudios de medicina.

## Conclusiones

El relativamente reciente enfoque de las injusticias epistémicas propuesto por Miranda Fricker, enriquece la reflexión bioética de la academia, investigación, educación médica y la medicina, al ser ellos espacios sociales donde sesgos y errores morales dañan a personas marginadas, lo que debe ser visualizado y remediado. La medicina narrativa y otros enfoques semejantes, aportan reflexiones profundas que educadores, estudiantes y profesionales de salud requieren hacer sobre estos temas. En relación a ello y a modo de reflexión final, nos permitimos compartir un fragmento del poema *Espergesia*, de César Vallejo.

Yo nací un día  
que Dios estuvo enfermo.  
Todos saben que vivo,  
que soy malo; y no saben  
del diciembre de ese enero.  
Pues yo nací un día  
que Dios estuvo enfermo.

## Referencias

1. Fricker M. *Epistemic injustice: Power and ethics of knowing*. Cary, NC, Estados Unidos de América: Oxford University Press; 2007.
2. Grim K, Tistad M, Schön U.K, Rosenberg D. *The Legitimacy of User Knowledge in Decision-Making Processes in Mental Health Care: An Analysis of Epistemic Injustice*. *J. Psychosoc. Rehabil. Ment. Health*. 2019; 6: 157-173. doi: 10.1007/s40737-019-00145-9.
3. Carel H, Kidd I.J. *Epistemic Injustice in Healthcare: A Philosophical Analysis*. *Med. Health Care Philos.* 2014; 17: 529-540. doi: 10.1007/s11019-014-9560-2.
4. Crichton P, Carel H, Kidd I.J. *Epistemic Injustice in Psychiatry*. *BJPsych Bull.* 2017; 41: 65-70. doi: 10.1192/pb.bp.115.050682.
5. Russell G, Wilkinson S. *Co-opting the “neuro” in neurodiversity and the complexities of epistemic injustice*. *Cortex*. 2023; 169: 1-4. doi: 10.1016/j.cortex.2023.09.002. Epub 2023 Sep 26. PMID: 37837731.
6. Sanati A, Kyratsous M. *Epistemic injustice in assessment of delusions*. *J Eval Clin Pract.* 2015; 21(3): 479-485. doi: 10.1111/jep.12347. Epub 2015 Mar 31. PMID: 25828924.
7. Freeman L. *Confronting diminished epistemic privilege and epistemic injustice in pregnancy by challenging a “panoptics of the womb”*. *J Med Philos.* 2015; 40(1): 44-68. doi: 10.1093/jmp/jhu046. Epub 2014 Dec 12. PMID: 25503792.
8. Narruhn R, Clark T. *Epistemic Injustice: A Philosophical Analysis of Women’s Reproductive Health Care in a Somali-American Community*. *ANS Adv Nurs Sci*. 2020; 43(1): 86-100. doi: 10.1097/ANS.0000000000000283. PMID: 31299693.
9. Buchman DZ, Ho A, Goldberg DS. *Investigating Trust, Expertise, and Epistemic Injustice in Chronic Pain*. *J Bioeth Inq*. 2017 Mar;14(1):31-42. doi: 10.1007/s11673-016-9761-x. Epub 2016 Dec 22. PMID: 28005251.
10. Tosas MR. *The downgrading of pain sufferers’ credibility*. *Philos Ethics Humanit Med.* 2021; 16(1): 8. doi: 10.1186/s13010-021-00105-x. PMID: 34610826; PMCID: PMC8493671.
11. García-Rodríguez MI, Biedma-Velázquez L, Serrano-Del-Rosal R. *Undermine Sufferers’ Testimonies to Avoid Social Impacts of Pain*. *Healthcare (Basel)*. 2023; 11(9): 1339. doi: 10.3390/healthcare11091339. PMID: 37174881; PMCID: PMC10178006.
12. Rosen LT. *Mapping out epistemic justice in the clinical space: using narrative techniques to affirm patients as knowers*. *Philos Ethics Humanit Med.* 2021; 16(1): 9. doi: 10.1186/s13010-021-00110-0. PMID: 34696799; PMCID: PMC8547065.
13. Kidd IJ, Carel H. *Epistemic Injustice and Illness*. *J Appl Philos.* 2017; 34(2): 172-190. doi: 10.1111/japp.12172. Epub 2016 Feb 8. PMID: 28303075; PMCID: PMC5324700.
14. Esnouf S, Blukacz A, Obach A, Mezones-Holguin E, Espinoza M, DeJong J, Cabieses B. *The social and health protection of migrants in Chile: Qualitative analysis of civil society proposals for constitutional change*. *BMC Public Health*. 2023; 23(1): 1207. doi: 10.1186/s12889-023-16093-w. PMID: 37344871; PMCID: PMC10286500.
15. Hoffman K, Trawalter S, Axt J, Oliver N. *Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites*. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2016; 113(16): 4296-4301. doi: 10.1073/pnas.1516047113.
16. Knoebel RW, Starck JV, Miller P. *Treatment Disparities Among the Black Population and Their Influence on the Equitable Management of Chronic Pain*. *Health Equity*. 2021; 5(1): 596-605. doi: 10.1089/heq.2020.0062. PMID:



- 34909526; PMID: PMC8665804.
17. Carel H, Kidd IJ. Expanding transformative experience. *Eur J Philos.* 2020; 28 (1): 199-213. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/ejop.12480>
  18. Byrne EA. Striking the balance with epistemic injustice in healthcare: the case of Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis. *Med Health Care Philos.* 2020; 23(3): 371-379. doi: 10.1007/s11019-020-09945-4. PMID: 32170570; PMID: PMC7426317.
  19. Heggen KM, Berg H. Epistemic injustice in the age of evidence-based practice: The case of fibromyalgia. *Humanit Soc Sci Commun.* 2021; 8(1). Disponible en <http://dx.doi.org/10.1057/s41599-021-00918-3>
  20. Dunne G. Epistemic injustice in education. *Educational philosophy and theory.* 2023; 5 (3): 295-289. <https://doi.org/10.1080/00131857.2022.2139238>
  21. Clutterbuck D, Ramasawmy M, Pantelic M, Hayer J, Begum F, Faghy M, Nasir N, Causer B, Heightman M, Allsopp G, Wootton D, Khan MA, Hastie C, Jackson M, Rayner C, Brown D, Parrett E, Jones G, Clarke R, Mcfarland S, Gabbay M, Banerjee A, Alwan NA; STIMULATE-ICP Consortium. Barriers to healthcare access and experiences of stigma: Findings from a coproduced Long Covid case-finding study. *Health Expect.* 2024; 27(2): e14037. doi: 10.1111/hex.14037. PMID: 38634418; PMID: PMC11024953.
  22. Ireson J, Taylor A, Richardson E, Greenfield B, Jones G. Exploring invisibility and epistemic injustice in Long Covid-A citizen science qualitative analysis of patient stories from an online Covid community. *Health Expect.* 2022; 25(4): 1753-1765. doi: 10.1111/hex.13518. Epub 2022 May 12. PMID: 35557480; PMID: PMC9327841.
  23. Leggat FJ, Heaton-Shrestha C, Fish J, Siriwardena AN, Domeney A, Rowe C, Patel I, Parsons J, Blair J, Jones F. An exploration of the experiences and self-generated strategies used when navigating everyday life with Long Covid. *BMC Public Health.* 2024; 24(1): 789. doi: 10.1186/s12889-024-18267-6. PMID: 38481230; PMID: PMC10938753.
  24. Spencer LJ. Hermeneutical injustice and unworlding in Psychopathology. *Philos Psychol.* 2023; 36(7): 1300-1325. doi: 10.1080/09515089.2023.2166821. PMID: 38013682; PMID: PMC10545401.
  25. Yakeley J, Hale R, Johnston J, Kirtchuk G, Shoenberg P. Psychiatry, subjectivity and emotion - deepening the medical model. *Psychiatr Bull.* 2014; 38(3): 97-101. doi: 10.1192/pb.bp.113.045260. PMID: 25237517; PMID: PMC4115376.
  26. Drożdżowicz A. Epistemic injustice in psychiatric practice: epistemic duties and the phenomenological approach. *J Med Ethics.* 2021 Feb 19; medethics-2020-106679. doi: 10.1136/medethics-2020-106679. Epub ahead of print. PMID: 33608447.
  27. Burlando G. Acerca de la violencia epistémica: el caso de la experiencia académica. CAFAA. [citado 22 de agosto de 2024]. 2019; 36: 101-28. Disponible en: <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/anuariocuyo/article/view/3518>
  28. Kiouss BM, Lewis BR, Kim SYH. Epistemic injustice and the psychiatrist. *Psychol Med.* 2023; 53(1): 1-5. doi: 10.1017/S0033291722003804. Epub 2023 Jan 5. PMID: 36601817.
  29. Grim K, Näslund H, Allaskog C, Andersson J, Argentzell E, Broström K, Jenneteg FG, Jansson M, Schön UK, Svedberg P, Svensson S, Wählstedt S, Rosenberg D. Legitimizing user knowledge in mental health services: Epistemic (in)justice and barriers to knowledge integration. *Front Psychiatry.* 2022; 13: 981238. doi: 10.3389/fpsy.2022.981238. PMID: 36090358; PMID: PMC9454952.
  30. Sakakibara, E. Epistemic injustice in the therapeutic relationship in psychiatry. *Theor Med Bioeth.* 2023; 44: 477-502. <https://doi.org/10.1007/s11017-023-09627-1>
  31. Disability discrimination in further and higher education. *Org.uk.* (citado el 22 de agosto de 2024). Disponible en: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/education/resolving-differences/disability-discrimination-in-further-and-higher-ed>
  32. Lakeman R. Family and carer participation in mental health care: perspectives of consumers and carers in hospital and home care settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008; 15 (3): 203-211. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01213.x>
  33. Reading A. Neurodiversity and communication ethics: How images of autism trouble communication ethics in the global age. *Cult Std Rev.* 2018; 24: 113-119. <http://dx.doi.org/10.5130/csr.v24i2.6040>
  34. Baroutsis A, Eckert C, Newman S, Adams D. How is autism portrayed in news media? A content analysis of Australian newspapers articles from 2016-2018. *Disabil Soc.* 2023; 38(6): 936-986. <http://dx.doi.org/10.1080/09687599.2021.1971067>
  35. Wodziński M, Moskalewicz M. Mental Health Experts as Objects of Epistemic Injustice-The Case of Autism Spectrum Condition. *Diagnostics (Basel).* 2023; 13(5): 927. doi: 10.3390/diagnostics13050927. PMID: 36900070; PMID: PMC10000601.
  36. Owen D.S. Privileged social identities and diversity leadership in higher education. *Review of Higher Education: Journal of the Association for the Study of Higher Education.* 2009; 32(2): 185-207. <https://doi.org/10.1353/rhe.0.0048>
  37. Harvey A, Russell-Mundine G. Decolonising the curriculum: Using graduate qualities to embed indigenous knowledge at the academic cultural interface. *Teaching in Higher Education.* 2019; 24(6): 789-808. <https://doi.org/10.1080/13562517.2018.1508131>
  38. Nikolaidis AC. Epistemic injustice in education: exploring structural approaches, envisioning structural remedies. *J Philos Educ.* 2024; 57(4-5). <http://dx.doi.org/10.1093/jopedu/qhad074>
  39. Salehi PP, Jacobs D, Suhail-Sindhu T, Judson BL, Aziz-zadeh B, Lee YH. Consequences of Medical Hierarchy on Medical Students, Residents, and Medical Education in Otolaryngology. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020; 163(5): 906-914. doi: 10.1177/0194599820926105. Epub

- 2020 Jun 2. PMID: 32482121.
40. Vanstone M, Grierson L. Thinking about social power and hierarchy in medical education. *Med Educ.* 2022; 56(1): 91-97. doi: 10.1111/medu.14659. Epub 2021 Sep 15. PMID: 34491582.
  41. Kherani IZ, Sharma M. Toward Trauma-Informed Pedagogy: An Intersectional Analysis of Pimping in Medical Education. *Acad Med.* 2022; 97(9): 1295-1298. doi: 10.1097/ACM.0000000000004724. Epub 2022 May 3. PMID: 35507457.
  42. Hamui-Sutton L, Paz-Rodriguez F, Sánchez-Guzmán A, Vives-Varela T, Corona T. Violence and Clinical Learning Environments in Medical Residencies. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20(18): 6754. doi: 10.3390/ijerph20186754. PMID: 37754613; PMCID: PMC10531318.
  43. Jarukasemkit S, Kaewkamjornchai P, Tam KM. System dynamics modeling to understand mental model of public humiliation in medical education. *Med Teach.* 2022; 44(8): 872-877. doi: 10.1080/0142159X.2022.2041587. Epub 2022 Mar 10. PMID: 35271406.
  44. Markman JD, Soeprono TM, Combs HL, Cosgrove EM. Medical student mistreatment: Understanding 'public humiliation'. *Med Educ Online.* 2019; 24(1): 1615367. doi: 10.1080/10872981.2019.1615367. PMID: 31066349; PMCID: PMC6507954.
  45. Cleveland Manchanda EC, Macias-Konstantopoulos WL. Tackling Gender and Racial Bias in Academic Emergency Medicine: The Perceived Role of Implicit Bias in Faculty Development. *Cureus.* 2020; 12(11): e11325. doi: 10.7759/cureus.11325. PMID: 33282598; PMCID: PMC7717082.
  46. Beech BM, Ford C, Thorpe RJ Jr, Bruce MA, Norris KC. Poverty, Racism, and the Public Health Crisis in America. *Front Public Health.* 2021; 9: 699049. doi: 10.3389/fpubh.2021.699049. PMID: 34552904; PMCID: PMC8450438.
  47. Bhakuni H, Abimbola S. Epistemic injustice in academic global health. *Lancet Glob Health.* 2021; 9(10): e1465-e1470. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00301-6. Epub 2021 Aug 9. Erratum in: *Lancet Glob Health.* 2023; 11(8): e1182. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00250-4. PMID: 34384536.
  48. Abimbola S. The uses of knowledge in global health. *BMJ Glob Health.* 2021; 6(4): e005802. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005802. PMID: 33820807; PMCID: PMC8030475.
  49. Thomas A, Kuper A, Chin-Yee B, Park M. What is "shared" in shared decision-making? Philosophical perspectives, epistemic justice, and implications for health professions education. *J Eval Clin Pract.* 2020; 26(2): 409-418. doi: 10.1111/jep.13370. Epub 2020 Feb 7. PMID: 32032468.
  50. Groot B, Hendriks A, Bendien E, Woelders S, de Kock L, Abma T. In search epistemic justice. Dialogical reflection of researchers on situated ethics in studies with people living with language and/or cognitive impairment. 2023. *Journal of Aging Studies.* 2019; 66(101154): 101154. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2023.101154>
  51. Wiggins A, Wilbanks J. The Rise of Citizen Science in Health and Biomedical Research. *The American journal of bioethics : AJOB;* 19(8): 3-14. <https://doi.org/10.1080/015265161.2019.1619859>
  52. Groot B, Abma T. Ethics framework for citizen science and public and patient participation in research. *BMC medical ethics.* 2022; 23(1): 23. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00761-4>
  53. Parker M, Kingori P. Good and bad research collaborations: Researchers' views on science and ethics in global health research. *PLoS One.* 2016; 11(10): e0163579. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163579>
  54. Groot B, Haveman A, Abma T. Relational, ethically sound co-production in mental health care research: Epistemic injustice and the need for an ethics of care. *Critical Public Health.* 2020; 32(2): 230-240. <https://doi.org/10.1080/09581596.2020.1770694>
  55. Della Croce Y. Epistemic Injustice and Nonmaleficence. *J Bioeth Inq. Sep;* 20(3): 447-456. doi: 10.1007/s11673-023-10273-4. Epub. 2023 Jun 28. PMID: 37378755; PMCID: PMC10624719
  56. Green C.R, Anderson K.O, Baker T.A, et al. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Medicine.* 2003; 4(3): 277-294.
  57. McHugh NA, Cleveland C. Incarceration, health harm, and institutional epistemic injustice. En: *Philosophy and medicine.* Springer International Publishing; 2021. p285-308.
  58. Pohlhaus G. Discerning the Primary Epistemic Harm in Cases of Testimonial Injustice. *Social Epistemology.* 2013; 28(2): 99-114. <https://doi.org/10.1080/02691728.2013.782581>
  59. Genus QIT. A Genealogy of Autonomy: Freedom, Paternalism, and the Future of the Doctor-Patient Relationship. *J Med Philos.* 2021; 46(3): 330-349. doi: 10.1093/jmp/jhab004. PMID: 33948633; PMCID: PMC8188809.
  60. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles biomedical ethics.* NC, USA: Oxford University Press; 2019.
  61. Miller B, Pinto M. Epistemic Equality: Distributive Epistemic Justice in the Context of Justification. *Kennedy Institute of Ethics journal.* 2022; 32(2): 173-203. <https://doi.org/10.1353/ken.2022.0011>
  62. Pratt B, de Vries J. Where is knowledge from the global South? An account of epistemic justice for a global bioethics. *J Med Ethics.* 2023; 49(5): 325-334. doi: 10.1136/jme-2022-108291. Epub 2023 Jan 19. PMID: 36657964; PMCID: PMC10176400.
  63. Pratt B. Expanding health justice to consider the environment: How can bioethics avoid reinforcing epistemic injustice? *J Med Ethics.* 2023; 49(9): 642-648. doi: 10.1136/jme-2022-108458. Epub 2023 Jan 30. PMID: 36717251.
  64. Butchart L, Parsa S. *Narrative Medicine Theory and Practice: The Double Helix Model.* *Med Humanit.* 2024; 50(1): 153-161. doi: 10.1136/medhum-2023-012648. PMID: 37852746.
  65. Jofré Pavez P, Flores Benner P, Oyanedel R, Valenzuela Pepe R, Gigoux Lopez JP, Vergara Fisher R. Mindful practice y medicina narrativa para educar profesionalismo

- médico en pregrado. *Rev Esp Edu Med*. [citado 22 de agosto de 2024]. 2024; 5(2). Disponible en: <https://revistas.um.es/edumed/article/view/605251>
66. Karches K.E, Sulmasy D.P. Justice, courage, and truthfulness: Virtues that medical trainees can and must learn. *Family Medicine*. 2016; 48(7): 511-516.
67. Jofré P, Vergara R. Medicina narrativa en pediatría: Docencia y práctica [Narrative medicine in pediatric: Teaching and practice]. *Andes Pediatr*. 2024; 95(3): 233-235. Spanish. doi: 10.32641/andespediatr.v95i3.5083. PMID: 39093207.
68. Charon R, Hermann N, Devlin MJ. Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation. *Acad Med*. 2016; 91(3): 345-350. doi: 10.1097/ACM.0000000000000827. PMID: 26200577; PMCID: PMC4721945.
69. Zaharias G. What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine 1. *Can Fam Physician*. 2018; 64(3): 176-180. PMID: 29540381; PMCID: PMC5851389.
70. Wardrope A. Medicalization and epistemic injustice. *Med Health Care Philos*. 2015; 18(3): 341-352. doi: 10.1007/s11019-014-9608-3. PMID: 25374423.