

Injusticia epistémica en la práctica médica: aborto y cannabis medicinal en Argentina

Epistemic Injustice in Medical Practice: Abortion and Medicinal Cannabis in Argentina

Valeria Inés Puricelli¹

Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural y Procesos del Cambio -
Universidad Nacional de Río Negro y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas
y Técnicas - Argentina.

Resumen

El siguiente trabajo examina dos situaciones específicas de la práctica médica argentina a través del marco conceptual de la injusticia epistémica propuesta por Miranda Fricker (2017): el acceso a la interrupción del embarazo de forma legal, previo a la sanción de la ley 27.610 y la utilización del cannabis medicinal a partir de la sanción de la ley 27.350. Desde mi práctica profesional como médica, planteo que se genera una injusticia epistémica, específicamente hermenéutica, ya que gira en torno a la construcción de la categoría *salud*. Entre las múltiples barreras a las que se enfrentan los/as consultantes al momento de solicitar una intervención terapéutica (aborto o uso de cannabis medicinal de forma legal) y los/as médicos/as en el consultorio a la hora de decidir efectuar o no esa práctica médica, identifico una dificultad específicamente epistémica: el encuentro con una noción polisémica de la categoría *salud*. Identificar estos mecanismos de injusticia epistémica resulta fundamental para avanzar hacia sistemas de salud más inclusivos y respetuosos de las experiencias de los grupos socialmente marginados.

Palabras clave:

INJUSTICIA EPISTÉMICA; SALUD; CANNABIS MEDICINAL; ABORTO;
RECURSOS HERMENÉUTICOS

Abstract

This article examines two specific cases from Argentine medical practice through the conceptual framework of epistemic injustice proposed by Miranda Fricker (2017): access to legal pregnancy termination prior to the enactment of Law 27,610 and the use of medicinal cannabis following the enactment of Law 27,350. From my professional practice as a physician, I argue that a hermeneutical epistemic injustice is generated as it revolves around the construction of the category *health*. Among the multiple barriers faced by patients when requesting a therapeutic intervention (abortion or legal medicinal cannabis use) and by doctors

¹ vipuricelli@gmail.com

when deciding whether to perform such medical practice, I identify a specifically epistemic difficulty: encountering a polysemic notion of the category *health*. Identifying these mechanisms of epistemic injustice is fundamental to advance towards more inclusive health systems that respect the experiences of socially marginalized groups.

Keywords:

PISTEMIC INJUSTICE; HEALTH; MEDICAL CANNABIS; ABORTION;
HERMENEUTICAL RESOURCES

Fecha de recepción: 11 de abril de 2025.

Fecha de aprobación: 15 de mayo de 2025.

Injusticia epistémica en la práctica médica: aborto y cannabis medicinal en Argentina

1. Introducción

El siguiente trabajo examina dos situaciones específicas de la práctica médica argentina a través del marco conceptual de la injusticia epistémica propuesta por Miranda Fricker (2017) a partir de mi experiencia como trabajadora médica en instituciones públicas de salud.

Mi análisis se centra en cómo la construcción polisémica y disputada de la categoría *salud* opera como espacio donde se manifiesta la injusticia epistémica en el campo sanitario argentino. Propongo que, lejos de ser un concepto neutral u objetivo, la definición de qué constituye *salud* refleja relaciones de poder social que determinan qué grupos participan en la construcción de recursos hermenéuticos, generando vacíos interpretativos que afectan particularmente a grupos socialmente marginados

Para este fin, presentaré los conceptos propuestos por Fricker sobre la injusticia epistémica y sus dos tipos: la testimonial y la hermenéutica. Posteriormente, analizaré dos situaciones concretas que postulo como ejemplos de injusticia epistémica hermenéutica: el aborto/interrupción legal/voluntaria del embarazo previo a la ley 27.610 y el uso del cannabis en forma medicinal a partir de la ley 27.350. Para referirme a ambos casos me situaré desde mi experiencia profesional como médica, en el marco del consultorio donde llevo adelante la relación médico/a-consultante.

Mi argumento central es que, en ambos casos, la injusticia epistémica gira en torno a la construcción de la categoría *salud*. Entre las múltiples barreras a las que se enfrentan los/as consultantes al momento de solicitar una intervención terapéutica (aborto o uso de cannabis medicinal) y los/as médicos/as en el consultorio a la hora de decidir efectuar o no esa práctica médica, identifico una dificultad específicamente epistémica: el encuentro con una noción polisémica de la categoría *salud*. La pregunta que surge en estos casos es ¿qué es salud? Y sobre todo ¿quién/es

y en qué contexto la han definido? Estos interrogantes nos conducen a examinar cómo el poder social influye en la construcción de los recursos hermenéuticos disponibles para comprender y legitimar las experiencias relacionadas con la *salud integral*.

2. La injusticia epistémica: marco teórico

Miranda Fricker en su libro “Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento” (2017) explora un tipo específico de injusticia que daña a una persona en su condición de sujeto de conocimiento. La autora identifica dos formas: la testimonial, que ocurre cuando se otorga menor credibilidad a un hablante por prejuicios basados en su identidad; y la hermenéutica, producida cuando un vacío en los recursos interpretativos de la sociedad genera un déficit en la comprensión de las experiencias de una persona o grupo social. El propósito del libro es revelar los aspectos éticos y políticos de las conductas epistémicas de la sociedad, tradicionalmente excluidos de los estudios académicos. Además, reconoce las influencias de la epistemología feminista con la que ha mantenido diálogo. La autora se centra en el tema del poder social como capacidad socialmente situada de controlar los actos de los demás, de influir en la marcha de los acontecimientos del mundo social. Este poder social puede ser ejercido por un agente o puede operar de forma estructural en una determinada sociedad. Reconoce una subespecie de poder social al que denomina poder identitario, el cual es una forma de poder social ligado a las concepciones compartidas en el imaginario social sobre las identidades de las personas implicadas en la actuación concreta del poder. Es decir que son actuaciones del poder en que los agentes comparten una imaginación sobre la identidad de un grupo social, por ejemplo, lo que significa ser mujer, ser hombre, ser usuario/a de cannabis, etc.

3. El aborto en Argentina: contexto legal y clínico

Desde el marco conceptual de la injusticia epistémica propuesto por Fricker (2017), analizaré cómo ésta se manifiesta concretamente en el caso del aborto en Argentina.

Quiero centrar mi análisis en el momento inicial en que las personas gestantes solicitaban un aborto en Argentina, previo a la sanción de la ley N° 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (2021), poniendo foco específicamente en la relación médico/a-consultante en el marco de los servicios de salud.

La despenalización parcial del aborto existe desde la segunda reforma del Código Penal de la Nación (CPN) en 1921 (Ley N° 11.179 de 1921). El artículo 86 considera que el aborto es no punible “1.º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; 2.º Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente” (artículo 85, CPN). Los demás casos tienen una condena de entre 1 a 4 años para la mujer y hasta 10 años para quien lo realice.

Durante las dictaduras hubo retrocesos normativos², pero con el retorno democrático se reestablecieron las causales originales: riesgo para la salud/vida y violación.

El tema del aborto se instaló gradualmente en la agenda política y social promovido por los movimientos feministas. En 2003, la temática fue debatida en el XVIII Encuentro Nacional de Mujeres que derivará en 2005 en la “Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, Seguro y Gratuito”, una articulación federal de organizaciones y movimientos (Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito, s. f.)

En 2007 el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación publicó la Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles (2007). La guía

² En 1968 y en 1976 se sancionaron los decreto-ley N° 17567 y N° 21338 respectivamente.

comenzó el camino para clarificar las principales controversias, incorporando principios y valores internacionales de defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Determinó que la interpretación de las causales de no punibilidad debe realizarse a la luz de estos tratados que reconocen el derecho a la igualdad, a la salud, a la autodeterminación, a la privacidad, y a la no discriminación. Reconocía cuatro situaciones: peligro para la vida de la mujer, peligro para la salud de la mujer, embarazo producto de una violación y embarazo producto de un atentado al pudor sobre mujer idiota o demente. La guía además se esfuerza por reducir los obstáculos institucionales estableciendo plazos máximos para realizar la intervención. Esta guía incorpora dos cuestiones trascendentales, en primer lugar la diferenciación entre violación a una mujer y el atentado al pudor sobre mujer idiota o demente, en segundo lugar adopta la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de “completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 1948 como se citó en PNSSyPR. Ministerio de Salud de la Nación, 2007, p.18) para poder comprender las situaciones en las que puede haber “riesgo para la salud” de la mujer y se sustenta en el artículo 10, inciso 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) que reconoce “el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, así como el deber de los estados parte de procurar su satisfacción”, derecho que fue ratificado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN, Fallos 323:3235, 2000, como se citó en PNSSyPR. Ministerio de Salud de la Nación, 2007, p.16).

354

Sin embargo, las controversias sociales y legales continuaron. Según el informe “La criminalización por aborto y otros eventos obstétricos en la Argentina” (Carrera et al., 2020) desde 2012 hasta 2020 ha habido 1532 causas penales por aborto propio y 37 por eventos obstétricos (abortos espontáneos).

En 2010, la actualización de la “Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles” (PNSSyPR.

Ministerio de Salud de la Nación, 2010) el Ministerio ratifica la utilización de causales (salud y violación) para enmarcar el aborto no punible y suprime el requisito de denuncia policial de los casos de violación, requiriendo solamente una declaración jurada.

Ese mismo año, el caso de una adolescente de 15 años embarazada producto de una violación generó debates sobre la interpretación del inciso 2 del artículo 86 del CPN. En 2012, mediante el fallo F.A.L., la Corte Suprema precisó que todas las mujeres embarazadas por violación podían acceder al aborto, independientemente de si tenían discapacidad mental y exhortó a las autoridades a emitir protocolos hospitalarios sin barreras administrativas (CSJN, 2012).

La provincia de Buenos Aires (donde realicé mi residencia médica) contaba con un protocolo propio desde 2007, que exigía la intervención de un equipo interdisciplinario conformado por al menos cuatro integrantes y la autorización del/la Directora/a del Hospital, en tensión con la guía nacional que habilitaba a un solo médico tratante. En la práctica, esto implicaba más obstáculos.

En el centro de salud donde trabajaba - en un barrio popular del conurbano bonaerense con altas vulnerabilidades sociales - no había protocolos locales sobre el aborto, ni medicación provista por el sistema público, ni articulación con hospitales de referencia. La formación sobre aborto la obtuvimos fuera del sistema, principalmente a través del colectivo feminista “Lesbianas y feministas por la despenalización del aborto” que difundió en 2010 un manual para abortar de forma segura con misoprostol (Lesbianas y Feministas por la Despenalización del Aborto, 2010). A pesar de los riesgos legales y la falta de respaldo institucional, considerando que durante décadas el aborto ha sido la primera causa de mortalidad materna en Argentina (Ministerio de Salud de la Nación, 2021a; Romero et al., 2010), decidimos garantizar interrupciones del embarazo dentro del primer trimestre, creando un sistema interno de derivación entre profesionales del equipo. La medicación debía ser comprada por las propias pacientes (o un/a

familiar) y muchas veces las farmacias sumaban trabas (como solicitar receta doble archivada, a pesar de no ser un psicofármaco).

Nuestra práctica se desarrollaba en un contexto de vacío hermenéutico, donde la interpretación de las causales – especialmente la de salud – quedaba librada a criterios individuales. Aunque las guías ministeriales proponían una lectura amplia basada en estándares internacionales, en la práctica seguía existiendo temor y desprotección. En 2012, el Fallo F.A.L. despejó las dudas sobre los abortos de embarazos por violación. Pero seguíamos con cierta incomodidad en cuanto a la causal salud.

La responsabilidad de valorar y constatar el riesgo para la salud o la vida de la persona gestante³ era del “médico tratante”. La guía del 2007 (PNSSyPR. Ministerio de Salud de la Nación, 2007) establecía que “el médico tratante deberá fundar su diagnóstico mediante los estudios pertinentes y en interconsulta con otro médico o profesional de la psicología, según corresponda.” (p. 16). Y en caso de peligro para la salud psíquica “la interconsulta podrá realizarse a un médico o a un profesional habilitado legalmente para la práctica profesional de la psicología.” (p. 16). La guía del 2010 (PNSSyPR. Ministerio de Salud de la Nación, 2010) explicitaba que “la/el médica/o tratante debe constatar la existencia de ese peligro, de acuerdo a los conocimientos científicos de la medicina y sobre la base de los estándares vigentes, y en interconsulta con otro médico o profesional de la psicología, de ser necesario” (p. 7). Y el Protocolo de aborto no punible de la provincia de Buenos Aires (2007) establecía que el peligro para la salud “debe ser fehacientemente diagnosticado por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud” (p. 25).

Ante las discusiones en torno al concepto de *peligro para la salud*, Bergallo y Ramón Michel (2009) sostienen que, por principios legales, no es posible adjetivar el peligro con el calificativo de *leve* o *grave*, y que tampoco se pueden

³ A partir de este momento me voy a referir a las “personas gestantes” (sin distinción de género). Hasta el momento hablé de “mujer” dado que las leyes, normas y guías clínicas así lo hacen.

acumular los dos peligros (para la vida y para la salud), por lo que hay que remitirse a las definiciones de salud de los tratados internacionales (incluida la OMS) establecidos en la Constitución Nacional, así como lo reiterado por otros foros internacionales que se refieren al “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12, 1966).

En los casos con enfermedades biomédicas claras o diagnósticos psíquicos (según la CIE-10) justificar el riesgo era más sencillo. Pero cuando se trataba de afectaciones de la salud integral -como proyectos de vida, economía o falta de deseo de maternar- el proceso era más incierto y la decisión quedaba sujeta a la perspectiva del profesional, muchas veces atravesada por prejuicios y valores. Es decir que el poder de decisión sobre la continuidad o no del embarazo por el que la persona gestante solicitaba su interrupción, estaba en manos de un/a médico o de un equipo interdisciplinario. Estos profesionales operaban como autoridad al determinar si había o no peligro para la salud, basándose en la propia interpretación de la noción polisémica de salud, y a pesar de la solicitud expresa de la persona gestante.

357

4. El cannabis para uso medicinal en Argentina

El caso del aborto nos ha permitido observar cómo la interpretación polisémica de la categoría *salud* puede generar injusticias epistémicas cuando la autoridad biomédica opera como mediador de derechos fundamentales. Algo similar ocurre con el caso del cannabis para uso medicinal, aunque con particularidades propias que merecen análisis detallado.

Me enfoco en el periodo posterior a la sanción y reglamentación de la Ley nacional N° 27.350 de Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados (2017). Específicamente en la relación médico/a-consultante por posible uso medicinal de cannabis.

Sin abordar toda la historia de la política de drogas en Argentina, vale recuperar algunos hechos históricos que permitirán comprender el panorama actual.

El país adoptó el modelo prohibicionista promulgado por EE.UU. Este proceso se inició desde el “Convenio Único sobre Estupefacientes de Naciones Unidas” de 1961, al cual Argentina adhirió. Este Convenio regulaba estrictamente el cultivo y distribución de los denominados “estupefacientes” como la coca, la amapola y el cannabis. En 1973, el presidente Nixon inició *la guerra contra las drogas*, modelo adoptado en Argentina por el ministro de Bienestar social López Rega, como parte de su campaña contra la *guerrilla*. En los años '90, bajo el gobierno neoliberal se sancionó la ley nacional N° 23.737 de estupefacientes (1989) vigente hasta la actualidad, que ratifica la penalización del consumo. En este marco, el sistema de salud abordó el consumo desde una lógica penal y patologizante, donde los/as usuarios/as debían elegir entre el procesamiento penal o el tratamiento clínico (Conrad et al., 2014). El paradigma de la reducción de daños comenzó a problematizar al prohibicionismo, postulando que la penalización del consumo aleja a los usuarios de los servicios de salud perdiendo la oportunidad de promover un consumo responsable o de intervenir sobre otros problemas sociosanitarios asociados. Durante fines de los '90, en línea con las políticas económicas del gobierno neoliberal que recibía fondos de organismos internacionales a fines de llevar adelante determinados proyectos en grupos focalizados de personas vulneradas, se promovieron las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones que llevaron adelante proyectos de reducción de daños en usuario de drogas (Corbelle, 2018). Estas organizaciones nucleaban usuarios/as, exusuarios/as, terapeutas y profesionales de la salud, no solo propiciaron una mirada más sanitaria que punitiva, sino que comenzaron a exigir la despenalización de la tenencia para consumo. En los años 2000 emergieron los movimientos cannábicos en distintas partes del país. Su objetivo no solo era despenalizar, sino generar espacios de encuentro, información y compartiendo la “cultura canábica” (Corbelle, 2018; Curto, 2017) a fines de desestigmatizar al/la usuario/a de cannabis y normalizar su consumo.

A finales de 2014 emergió el tema del cannabis para uso medicinal, impulsado por el caso de Charlotte Figi en

EE.UU. (Young, 2013), una niña con epilepsia refractaria (Síndrome de Dravet) que le producía más de 40 episodios convulsivos por día y que le generó severo deterioro cognitivo y madurativo. La familia, en contacto con canabicultores del Estado de Colorado, implementaron el tratamiento con cannabis con excelentes resultados. El caso se hizo conocido a nivel internacional y fue emblemático por diversos motivos. Demostró empíricamente el beneficio del uso de cannabis para el tratamiento de la epilepsia refractaria (aún no había evidencia científica sobre este uso), impulsó a otras familias con hijos/as diagnosticados/as con epilepsia refractaria a buscar en el cannabis una opción terapéutica, y presionó para que los gobiernos reformularan sus normativas y leyes y contemplaran la incorporación del cannabis en las farmacopeas. La experiencia documentada de Charlotte ayudó a generar una nueva categoría interpretativa, el *cannabis medicinal*, que trascendía la dicotomía dominante que solo reconocía el cannabis como droga ilegal o de abuso. Esta nueva categoría permitió a otras familias en situaciones similares dar sentido a sus propias experiencias de búsqueda de alternativas terapéuticas, contribuyendo así a la formación de nuevos recursos hermenéuticos compartidos. De esta forma, numerosas familias argentinas comenzaron a solicitar a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías Médicas (ANMAT) la importación del *aceite de Charlotte* (producido por los mismos canabicultores que trajeron a Charlotte). En octubre de 2015, la ANMAT autorizó el primer caso (Josefina, epilepsia refractaria) enmarcado en la reglamentación de "uso compasivo de medicamentos" (ANMAT, 1995), lo que generó una ola de pedidos ("Una niña de dos años podrá usar un aceite de cannabis para tratar su enfermedad", 2015). En febrero de 2016, la ANMAT emitió un comunicado indicando que se podría importar aceite de cannabis para el tratamiento de la epilepsia refractaria de acuerdo con las indicaciones del reglamento antes nombrado (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, 2016). Esto impulsó la creación de colectivos, como Mamá Cultiva Argentina (MCA) y Cannabis Medicinal Argentina (CAMEDA), integrados por usuarios/as,

familias, profesionales de la salud y cannabicultores/as. Estos espacios promovieron debates públicos y presentaron proyectos legislativos, hasta lograr en 2017 la sanción de la ley de cannabis medicinal 27.350. Dicha ley creó, bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, un registro nacional voluntario a fines de autorizar:

en virtud de lo dispuesto por el artículo 5º de la ley 23.737 la inscripción de los pacientes y familiares de pacientes que, presentando las patologías incluidas en la reglamentación y/o prescriptas por médicos de hospitales públicos, sean usuarios aceite de cáñamo y otros derivados de la planta de cannabis (Ley 27350 de 2017).

Sin embargo, el decreto reglamentario 738/2017 acotó inicialmente su alcance a “las personas que, por padecer una enfermedad bajo parámetros de “diagnósticos específicos y clasificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se les prescriba como modalidad terapéutica el uso de las plantas de Cannabis y sus derivados”. La resolución ministerial 1537-E/2017 acotó su aplicación a las personas con diagnóstico de epilepsia refractaria, aunque aclaró que “el programa podrá incorporar otras patologías, basado en la mejor evidencia científica”. En 2019, el Ministerio de Salud (decreto 133/2019) ratificó esta restricción y exigió que la prescripción sea realizada por un/a médico/a especialista en neurología o en neurología infantil. Esta restricción causó mucha controversia social, dado que las organizaciones sociales venían solicitando la incorporación de otras patologías además de la epilepsia (Soriano, 2019). En 2020, una nueva reglamentación (decreto 883/2020) amplió el alcance de la ley al proponer como objetivo “atender la *salud integral* de las personas a las cuales se les indique como modalidad terapéutica, medicinal o paliativa del dolor, el uso de la planta de Cannabis y sus derivados” (el subrayado es nuestro). Se creó el “Registro del Programa de Cannabis” (REPROCANN), que permite autorizar el cultivo (autocultivo y cultivo para terceros) para personas que cuenten con

indicación médica y otorguen su consentimiento informado (Resolución 800/2021). Desde 2021, los/as usuarios/as registrados/as pueden cultivar hasta nueve plantas, transportar hasta 40 gramos de flores secas y/o hasta seis goteros de 30 ml de aceite.

Para inscribir a un paciente, el/la médico/a debe registrarse como profesional y luego a través de un código, vincular al/la consultante ingresando un breve resumen de historia clínica y fundamentalmente especificar un diagnóstico biomédico que justifique el uso del cannabis. El sistema requiere traducir la experiencia de bienestar del consultante al lenguaje biomédico de diagnósticos específicos, sin permitir que experiencias más amplias de salud integral sean inteligibles dentro del marco normativo. Además, la inscripción queda sujeta a la validación del profesional, quien puede negarse a hacerlo ya sea por prejuicios personales, estigmas sobre el paciente, o por temor a eventuales conflictos legales ante normativas poco claras. Si bien en la última reglamentación de la ley nacional se refiere al “cuidado integral de la salud...” (Decreto 883/2020), al momento de ingresar los datos clínicos, se solicita colocar una enfermedad, lo que sugiere una interpretación muy limitada del concepto de salud.

En este sentido, en abril de 2024 el Ministerio de Salud nacional propuso restringir el REPROCANN a solo nueve patologías: “dolor oncológico, neuropatía post herpética, esclerosis múltiple, lesión medular traumática, dolor del Sistema Neurológico Central, epilepsia refractaria, autismo, dolor producido por Accidente Cerebro Vascular (ACV) y neuralgias” (Soriano, 2024). Esta propuesta excluye numerosos usos terapéuticos que he observado en mi práctica clínica, como otros tipos de dolor, ansiedad, estrés y síntomas de enfermedades como Parkinson, artritis reumatoidea, fibromialgia, tics nerviosos y síndrome de piernas inquietas. De esta manera, aquellas personas que han encontrado beneficios para su salud en el uso de cannabis, pero no tengan un diagnóstico médico incluido dentro de este listado, pueden ser criminalizadas. El acceso al cannabis medicinal queda así mediatizado por la autoridad del/la

profesional, quien decide si la demanda es legítima o no según parámetros biomédicos o según su propio juicio sobre si encontrará beneficios sobre su salud con el uso de cannabis. Si la persona consultante presenta un diagnóstico reconocido y avalado por evidencia científica, la indicación médica y el trámite podrá avanzar sin objeciones. Pero cuando el pedido se basa en un criterio más amplio de bienestar, el profesional puede ofrecer su negativa. La negativa puede provenir desde sus propios prejuicios sobre el cannabis, sobre la identidad del paciente (creer que puede ser un *dealer*, por ejemplo), pero también puede ser por miedo a tener problemas legales dado que las normativas legales y técnicas no son claras sobre la definición de salud y las indicaciones sobre su uso.

5. Análisis de la injusticia epistémica en los casos estudiados

Los dos casos analizados —aborto y cannabis medicinal— revelan patrones comunes que nos permiten identificar cómo opera la injusticia epistémica en el campo de la salud. Aunque identifico manifestaciones de injusticia testimonial en ambos casos, mi análisis se centra en la dimensión hermenéutica, que constituye el núcleo de mi argumento. Presentaré primero un análisis sucinto de lo testimonial como contexto necesario para desarrollar mi contribución principal: el análisis hermenéutico. En particular, profundizaré en cómo la categoría *salud* funciona como territorio de disputa hermenéutica y cómo determinados grupos sociales experimentan formas específicas de marginación epistémica.

362

5.1 *La injusticia testimonial en el campo de la salud*

Diversos/as autores/as han investigado la injusticia epistémica en el campo de la salud, centrándose principalmente, en la injusticia testimonial que se produce frecuentemente durante la relación médico-paciente. Becerra Castro (2023) estudió el rechazo y desacreditación por parte del médico/a de los testimonios (síntomas) de personas con

síndrome de fatiga crónica, al no encontrarse marcadores biológicos ni signos objetivables de enfermedad (*illness*). Cerame del Campo et al. (2019) observaron la desvalorización de la gravedad de los síntomas en personas con antecedentes de problema de salud mental, señalando que la identidad social de las personas con sufrimiento psíquico está potencialmente sujeta a un mayor grado de descrédito. Abuin (2021) señaló cómo la baja credibilidad de los hablantes repercutía negativamente en la atención de su salud mediante dos ejemplos, los síntomas de fatiga crónica del síndrome de COVID prolongado que eran hasta ese momento desconocidos por la biomedicina y la adjudicación como estrés/ansiedad a mujeres con síntomas que finalmente se confirmó que eran por infarto de miocardio. Belli y Suárez Tomé (2022) mostraron cómo los testimonios de las alteraciones menstruales que aparecieron en mujeres posteriormente a la aplicación de las vacunas contra COVID-19 fueron desestimados por la biomedicina, hasta que se hicieron públicas a través de los medios sociales. De hecho, las autoras plantean que las posibles alteraciones del ciclo menstrual ni siquiera fueron evaluadas como efectos adversos de las vacunas en los ensayos clínicos. Postulan la exclusión sistemática no sólo de los testimonios de las mujeres sino de los cuerpos menstruantes en los protocolos clínicos.

Por su parte, Murguía Lores (2019) amplía las reflexiones de Fricker incorporando el análisis de las condiciones institucionales y la evolución tecnológica de la medicina contemporánea. La autora plantea que la autoridad epistémica médica debe entenderse como resultado de procesos sociales complejos donde el Estado desempeña un papel central al legitimar y autorizar el ejercicio profesional. La profesión médica ha logrado una posición privilegiada no solo por sus conocimientos especializados, sino también por factores como la formación universitaria, las asociaciones profesionales que regulan el ejercicio, los códigos éticos y especialmente su relación histórica con el Estado, que desde el siglo XIX le ha permitido subordinar otros saberes relacionados con la salud.

De esta forma, Murguía Lores (2019) identifica que las instituciones donde se desarrolla la práctica médica generan injusticias epistémicas sistemáticas debido a múltiples factores: las estructuras jerárquicas institucionales, las condiciones inadecuadas de atención en muchos sistemas públicos, y la socialización autoritaria en la formación de los profesionales.

5.2 *Injusticia testimonial en los casos de aborto y cannabis medicinal*

En el caso del cannabis, los colectivos canábicos de cultivadores/as y usuarios/as han demostrado empíricamente los beneficios para la salud que ofrece la planta. Sin embargo, el sistema biomédico contempló escasamente sus testimonios, ya que la interpretación restrictiva de qué constituye evidencia válida marginó el conocimiento experiencial de los/as usuarios/as. A medida que los centros productores de conocimiento válido (universidades, institutos de investigación, generalmente del norte global) iban estableciendo asociaciones entre el cannabis y sus beneficios para ciertas enfermedades, los gobiernos iban incluyéndolo como tratamiento en sus protocolos. Los colectivos sociales descubrieron sus beneficios mucho tiempo antes que las publicaciones científicas se concretaran.

De manera similar, en el caso del aborto, los testimonios de las personas gestantes sobre el impacto integral que un embarazo no deseado tiene en su salud fueron sistemáticamente desvalorizados. Estos testimonios adquirían legitimidad únicamente cuando podían traducirse al lenguaje biomédico de diagnósticos específicos, como riesgo físico documentable o categorías psiquiátricas establecidas. Las experiencias que no encajaban en estas categorías quedaban invisibilizadas.

La producción de una injusticia testimonial en ambos casos, el aborto y el cannabis, es clara, en tanto se ha desoído sistemáticamente las experiencias de los grupos sociales que han encontrado por sus propios medios las estrategias

terapéuticas para cada afección y han creado colectivamente las dinámicas de difusión de ese conocimiento.

5.3 La injusticia hermenéutica: el problema central de la definición de salud

Más allá de la injusticia testimonial ya analizada, propongo que estamos frente a una injusticia hermenéutica más profunda que se manifiesta en el encuentro clínico. Esta injusticia emerge cuando una persona gestante solicita al/la médico/a un aborto dado que el embarazo afecta a su salud integral, o cuando una persona solicita su inscripción al REPROCANN para poder cultivar y utilizar cannabis aduciendo beneficios para su bienestar general. En ambos casos, invocar la integralidad de la salud implica proponer una concepción que abarca todas esferas de la vida, una definición de salud que resulta ininteligible para un sistema biomédico que busca reducir la afectación de la salud a categorías nosológicas discretas y codificables.

Fricker (2017) explora este fenómeno a través de dos ejemplos fundamentales: la depresión postparto y el acoso sexual. En ambos casos, las mujeres afectadas carecen inicialmente de recursos hermenéuticos colectivos para hacer inteligibles sus experiencias; sus vivencias y síntomas no tenían lugar socialmente hasta que, mediante la construcción de estas categorías, pudieron ressignificarse y dotarse de sentido tanto para ellas como para la sociedad. De manera análoga, en los casos de aborto y cannabis medicinal que analizo, los grupos sociales involucrados intentan comunicar experiencias para las cuales el sistema sanitario-legal carece de recursos interpretativos adecuados.

En el caso del aborto, la injusticia hermenéutica se manifiesta cuando las experiencias de afectación a la *salud integral* no pueden ser categorizadas según el modelo biomédico; la legislación y protocolos exigen la traducción de estas experiencias a diagnósticos reconocibles; el poder de decisión recae en el profesional sanitario; y las personas gestantes carecen de recursos hermenéuticos colectivos legitimados para expresar su experiencia. En el caso del

cannabis medicinal, observamos manifestaciones similares: las exigencias de diagnósticos específicos en el REPROCANN limitan la comprensión del bienestar; la experiencia subjetiva de beneficio debe ser validada por la autoridad médica; los usos relacionados con el bienestar general quedan fuera del marco normativo y el conocimiento empírico de los colectivos canábicos es subordinado al conocimiento científico formal.

Los grupos sociales intentan hacer inteligibles sus experiencias, expresando los múltiples motivos por los cuales desean interrumpir el embarazo o utilizar el cannabis, y articulando el bienestar integral que alcanzarían con la intervención. Sin embargo, fracasan al no encontrar lugar en la definición institucionalizada de salud. Es en esos momentos que, como señala Fricker (2017), la desigualdad hermenéutica latente irrumpen en forma de injusticia.

Cuando los grupos sociales expresan sus vivencias, tanto el/la médico/a como la persona consultante se encuentran rodeados de lo que Fricker (2017) denomina una “tiniebla” (p. 245) derivada de un vacío o laguna hermenéutica que impide comprender estas vivencias ni enmarcarlas dentro de las normas, protocolos y leyes que regulan estas prácticas. Esta situación constituye una injusticia porque resulta perjudicial principalmente para la persona consultante, quien acude en busca de una respuesta terapéutica y, debido a este vacío hermenéutico, no la encuentra.

Es importante destacar que en la relación médico/a-consultante, la parte más afectada por la injusticia es la consultante, porque esta relación está inserta en una dinámica de poder donde el médico configura una autoridad epistémica por su posición institucional. Como exemplifica Fricker (2017), al referirse al acoso sexual, la injusticia hermenéutica la sufre principalmente quien ocupa la posición de menor poder en la relación asimétrica (la mujer y no el acosador).

Para determinar que nos encontramos efectivamente ante casos de injusticia hermenéutica, resulta útil el ejercicio de precisión conceptual propuesto por Radi (2022), quien identifica las condiciones necesarias para que una situación

sea tanto injusta como hermenéutica. Los casos analizados constituyen injusticia hermenéutica porque existe una laguna en los recursos interpretativos colectivos para comprender la *salud integral*, y son injustos porque esta laguna no es accidental sino resultado de relaciones de poder que han excluido sistemáticamente a mujeres/personas gestantes y usuarios/as de cannabis de la participación en la construcción de las categorías médicas y legales relevantes.

Trabajos más recientes de Miranda Fricker (2021) en diálogo con Kidd y Carel (2017), han aportado nuevas aristas a la comprensión de la injusticia hermenéutica. Los/as autores/as establecen una distinción fundamental entre recursos hermenéuticos dominantes y no dominantes, identificando que la injusticia hermenéutica puede surgir cuando un grupo social posee recursos hermenéuticos propios perfectamente adecuados, pero estos no son reconocidos por las autoridades epistémicas dominantes.

De esta forma, podemos admitir que los grupos sociales involucrados organizados en colectivos (feministas y canábicos) poseen recursos hermenéuticos propios para comprender la *salud integral*, pero estos recursos no son reconocidos ni respetados por las autoridades médicas y políticas dominantes.

Para analizar las condiciones sociales estructurales que generaron esta laguna hermenéutica, es necesario examinar los sistemas de poder que han marginado a estos grupos. No es casual que los colectivos sociales involucrados en ambas situaciones que describo, las mujeres⁴/personas gestantes y los/as usuarios/as de sustancias, hayan sufrido discriminación y estigmatización. El patriarcado como sistema que sustenta la desigualdad de género y el modelo prohibicionista sobre el cannabis, han limitado la participación hermenéutica de estos grupos sobre estas experiencias sociales, quedando como sujetos “marginados

367

⁴ Con respecto a la distinción entre “mujer” y “persona con útero”, mis experiencias y reflexiones son referidas a mujeres. En el caso del colectivo LGTBIQ+ la situación se complejiza y sugiero lecturas específicas sobre estos colectivos como, por ejemplo, los trabajos de Fricker, M. y Jenkins, K. (2017) o Radi y Pérez (2019).

hermenéuticamente" (Fricker, 2017, p. 246) lo que limita su capacidad como productores de conocimiento legitimado.

Estos sujetos o grupos sociales son marginados hermenéuticamente a consecuencia de su identidad, ser mujer y ser usuario/a de cannabis, sobre lo que opera un prejuicio identitario por parte de otros grupos sociales basado en estereotipos: las mujeres deben tener hijos/as, y los usuarios de cannabis son moralmente inaceptables (son vagos, son mala influencia, el cannabis genera problemas psiquiátricos). La marginación hermenéutica de estos grupos a la vez vuelve estructuralmente prejuicioso el recurso hermenéutico colectivo "ya que tenderá a propiciar interpretaciones sesgadas de las experiencias sociales de ese grupo porque están insuficientemente influidas por el grupo protagonista, y por tanto, indebidamente influidas por grupos con mayor poder hermenéutico" (Fricker, 2017, p. 249). Todas las personas que quieren abortar serán prejuzgadas, así como todos/as los/ usuarios/as de cannabis. Este prejuicio estructural es esencialmente discriminador, ya que el prejuicio afecta a las personas en función de su pertenencia a determinado grupo social.

De acuerdo con Fricker (2017), para que se precise como injusticia, estas experiencias tienen que ser sistemáticas, es decir que la persona sufra otras injusticias por prejuicio identitario estructural en otras circunstancias. En ambos casos esta situación se cumple en tanto las mujeres sufren diversas violencias por motivos de género, y los/as usuarios/as de cannabis son violentados/as, por ejemplo, por los sistemas de seguridad y judicial (policía, jueces). Si bien hay representantes que operan, estamos hablando de una injusticia que es netamente estructural a la sociedad.

Esta injusticia además profundiza las desigualdades sociales existentes. En el caso del aborto, aquellas personas con mayores recursos (económicos, sociales, culturales) pueden acceder a interrupciones seguras incluso en contextos restrictivos, mientras que aquellas en situación de vulnerabilidad quedan expuestas a mayores riesgos. De la misma forma, en el caso del cannabis medicinal, quienes cuentan con capital social y cultural pueden navegar el

sistema para obtener su registro REPROCANN, mientras que usuarios sin estos recursos permanecen en la ilegalidad.

No sólo la injusticia afecta a las personas consultantes (y no a los médicos/as) sino que afecta de manera desigual a los distintos grupos sociales, generando una mayor desigualdad. Es decir que, si bien, de manera formal, la laguna hermenéutica opera de igual manera sobre todas las personas consultantes, al agudizar la mirada y revisar cómo se articula esta igualdad formal en la vida cotidiana real, queda en evidencia lo que Fricker (2017) denomina “desigualdad situada” (p. 259).

En el caso del aborto, habrá algunas personas gestantes que, al conocer las limitaciones del sistema oficial de salud en la práctica del aborto, recurrirán a otros espacios o estrategias, mientras que otras continuarán el embarazo en contra de su voluntad inicial. En aquellas que busquen otras soluciones, emergirá la desigualdad, aquellas que puedan costear un aborto clandestino en buenas condiciones podrán acceder, y aquellas que no puedan correrán riesgos incluso de vida.

De manera similar, en el caso del cannabis, a la hora de obtener el registro REPROCANN también se verán afectados determinados grupos sociales y no otros. Hay que recordar que el registro es un amparo legal del uso y cultivo del cannabis. Es decir que aquellos que no puedan obtenerlo pueden sufrir condenas legales. Aquellas personas que puedan recurrir a su capital social (médicos/as amigos/as, familiares, conocidos/as) podrán obtener su registro y así su protección legal para el uso del cannabis. Otras podrán realizar la consulta a un médico (no conocido) y plantear la necesidad de uso del cannabis, quedando en ese profesional, como autoridad epistémica, el poder de determinar si el uso solicitado por el consultante genera beneficio para su salud. Para ello, el/la médico/a debe despojarse de prejuicios sobre el cannabis, y, fundamentalmente del prejuicio identitario sobre la persona consultante, que si presenta determinados rasgos (de apariencia) el/la médico/a puede disminuir la credibilidad de su testimonio, y pensar, por ejemplo, que el

consumo de cannabis es problemático para esa persona o que está delante de un posible *dealer*.

A su vez, la autora afirma que también puede producirse doble injusticia epistémica (hermenéutica y testimonial) generando un doble agravio. La falta de recursos hermenéuticos colectivos derivados del prejuicio identitario estructural hacia estos grupos sociales hace ininteligible lo que plantean. Al no poder comprenderlos, se desemboca en un déficit de credibilidad, generando otro agravio, la injusticia testimonial. Es de destacar que el agravio no impacta de la misma forma en los distintos colectivos. Si bien yo como médica no encontraba los recursos hermenéuticos para comprender que los pacientes veían afectada su *salud integral* y así poder realizar la intervención terapéutica, eran los pacientes quienes sufrían el agravio, bajo dos formas. Por un lado, sufriendo agravio como sujetos de conocimiento (daño epistémico primario), quedando sus experiencias por fuera de las definiciones de salud y así siendo ininteligibles para el modelo biomédico, por otro lado, el agravio como sujetos de derechos (daño epistémico secundario), al quedar por fuera de las incumbencias de las leyes que determinan quiénes pueden ser beneficiarios/as del aborto terapéutico o del cannabis como medicina, afectando su salud como derecho humano fundamental.

370

6. Reflexiones finales

El análisis de estos casos a través del lente de la injusticia epistémica nos ha permitido identificar las complejas dinámicas de poder que subyacen a la definición y aplicación de la categoría *salud* en contextos clínicos y legales. Más allá de la identificación del problema, es necesario reflexionar sobre posibles vías para corregir estas injusticias y promover una comprensión más inclusiva de la salud.

Considero que la complejidad de definir qué es salud ha sido desvalorizada a la hora de confeccionar los protocolos y las normas legales, con consecuencias prácticas significativas en el campo de la salud (Rosales Flores et al., 2019). La salud, lejos de ser una categoría objetiva y neutral,

es una noción construida histórica y socialmente (Breilh, 2013; Laurell, 1994) por diversos actores, inserta en relaciones de poder que determinan qué definiciones prevalecen y cuáles son marginadas.

La adopción de la definición de la OMS, que incorpora las esferas biológica, psicológica y social, representó un avance importante. Esta concepción más amplia ha permitido a los/as profesionales de la salud justificar intervenciones médicas (tanto para el aborto como para el cannabis medicinal) y establecer puentes entre las experiencias narradas por los/as y un marco conceptual legitimado institucionalmente. No obstante, incluso esta definición ampliada muestra sus límites cuando confronta experiencias vitales que desbordan sus categorías. El anclaje en definiciones estáticas, aun cuando sean relativamente inclusivas, genera inevitablemente déficits en la comprensión de las experiencias que evolucionan con el contexto social, derivando en injusticias hermenéuticas sistemáticas. Como señala Fricker (2017) es importante que desde la biomedicina se promueva un “clima hermenéutico inclusivo” (p. 273) que reconozca la legitimidad de múltiples interpretaciones de la realidad.

En este contexto, resulta interesante observar cómo distintos movimientos sociales han desarrollado estrategias para confrontar y revertir estas injusticias epistémicas. Los colectivos feministas (como la Campaña Nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito), los movimientos digitales (#YoSiTeCreo, #MeToo, #NiUnaMenos) y las organizaciones canábicas (CAMEDA, Mamá Cultiva, Ciencia Sativa, entre otras) han desarrollado lo que Medina (2021) denomina un intenso “activismo epistémico” (p. 228). Este activismo ha conseguido no solo transformaciones en los marcos legales y protocolos clínicos, sino también un cambios socioculturales profundos, llenando gradualmente esas lagunas hermenéuticas y generando nuevos recursos interpretativos que vuelven inteligibles experiencias anteriormente marginadas.

La lucha contra la injusticia epistémica requiere, además, una reflexión crítica sobre las prácticas de

producción de conocimiento en la biomedicina. Radi y Pérez (2019) señalan una forma adicional de injusticia que denominan “extractivismo epistémico” (p. 123), donde la biomedicina utiliza los conocimientos y experiencias de los/as pacientes para generar nuevas estrategias y tecnologías, sin reconocer adecuadamente el origen de ese conocimiento ni la agencia epistémica de quienes lo producen. Frente a esta práctica, resultan prometedoras algunas iniciativas que buscan legitimar las experiencias de grupos históricamente marginados, como la incorporación de movimientos canábicos en el Consejo Consultivo Honorario⁵ de Cannabis del Ministerio de Salud de la Nación (2021b) o su participación docente en espacios académicos como la Diplomatura Superior en Cannabis y sus usos medicinales de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (2022).

Finalmente, como sostiene Fricker (2021), dado que la discriminación hermenéutica radica fundamentalmente en la falta de poder social de determinados colectivos, la organización y participación colectiva emerge no solo como una estrategia política sino como una necesidad epistémica para erradicar estas formas de injusticia. La transformación de las concepciones sobre *salud* requiere no solo cambios en los marcos institucionales, sino también una redistribución del poder epistémico que permita a diferentes voces participar legítimamente en la construcción social de esta categoría fundamental.

Finalmente, el análisis de estos casos del campo sanitario argentino permite enriquecer el marco de Fricker (2017; 2021) en varios aspectos. Primero, evidencia cómo categorías aparentemente técnicas como *salud* operan en realidad como territorios de disputa hermenéutica. Segundo, muestra cómo la injusticia epistémica no es solo un problema teórico sino una realidad práctica que se materializa en encuentros clínicos concretos, afectando decisiones

372

⁵ Órgano multisectorial creado por la Ley 27.350 que asesora al Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del Uso Medicinal del Cannabis, integrado por instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil, profesionales de la salud y representantes gubernamentales. <https://www.argentina.gob.ar/salud/cannabis-medicinal/consejo>

terapéuticas específicas. Tercero, desde mi experiencia como trabajadora del sistema público de salud, el análisis revela que quienes ocupamos posiciones profesionales también estamos atravesados/as por estas lagunas hermenéuticas, aunque desde distintos lugares de poder que nos permiten ser mediadores/as (conscientes o no) de estas injusticias.

7. Bibliografía

Abuin, H. E. (2021). Escuchando a los pacientes, el valor de la narrativa como fuente de conocimiento: De la injusticia testimonial a la sofocación emocional. *Fronteras en Medicina*, 16(3), 157-158. <https://doi.org/10.31954/RFEM/202103/0237-0238>

Becerra Castro, J. P. (2023). Injusticia Epistémica en el contexto de la salud: Cuestionando la exclusión del conocimiento situado. *Academia & Derecho*, 12(22), 39-62. <https://doi.org/10.18041/2215-8944/academia.22.8914>

Belli, L., y Suárez Tomé, D. (6 de marzo de 2022). Menstruación y vacunas COVID-19: Un caso de injusticia epistémica. *Ecofeminita*. <https://ecofeminita.com/menstruacion-y-vacunas-covid-19-un-caso-de-injusticia-epistemica/>

Bergallo, P., y Ramón Michel, A. (2009). El aborto no punible en el derecho argentino. *Hojas informativas*, 9, 1-8. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Fundación de Estudios Interdisciplinarios sobre la Mujer (FEIM) y Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3734>

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), S13-S27.

Cerame del Campo, Á., Franco Soler, A. V., y Coucheiro Limeres, P. (2019). Injusticia testimonial: Atravesando las fronteras epistemológicas en salud mental. *SISO SAÚDE: Boletín de la Asociación Galega de Saúde Mental*, 64-65, 209-224. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7708531>

Carrera, M. L., Saralegui Ferrante, N., y Orrego-Hoyos, G. (2020). *La criminalización por aborto y otros eventos obstétricos en la Argentina*. Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito; Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS); Centro Universitario San Martín (CUSAM). <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/la-criminalizacion-por-aborto-y-otros-eventos-obstetricos-en-la-argentina/>

Conrad, C., Canabal, I., Ascolani, P. A., y Bertone, D. A. (Eds.). (2014). *Marihuana en Argentina: Historia, rendimiento, usos industriales y terapéuticos de la cannabis sativa* (1a ed.). AREC.

Corbelle, F. (2018). *El activismo político de los usuarios de drogas. De la clandestinidad al Congreso Nacional* (1a ed.). Teseopress.
<https://www.teseopress.com/usuariosdrogas/chapter/entre-udi-y-cannabicos-breve-historia-del-activismo-de-los-usuarios/>

Curto, J. I. (2017). El movimiento cannábico en Argentina: Un abordaje socio-político del surgimiento y desarrollo de un actor colectivo en la lucha por los derechos de usuarios y cultivadores de cannabis en nuestro país. *Jornadas de Sociología de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza*.
https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10388/elmovcannb.pdf

Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento*. (R. García Pérez, Trad.). Herder Editorial. (Obra original publicada en 2007)

Fricker, M. y Jenkins, K. (2017). Epistemic injustice, ignorance and trans experiences. En A. Garry, S.J. Khader y A. Stone (Eds.). *The Routledge Companion to Feminist Philosophy* (pp. 268-278). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315758152-23>

Fricker, M. (2021). Conceptos de injusticia epistémica en evolución. Las Torres de Lucca. *International Journal of Political Philosophy*, 10(19), 97-104. <https://doi.org/10.5209/ltdl.76466>

Kidd, I. J. y Carel, H. (2017). Epistemic Injustice and Illness. *Journal of Applied Philosophy*, 34(2), 172-190.
<https://doi.org/10.1111/japp.12172>

Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En M. I. Rodríguez (Ed.) *Lo biológico y lo social: Su articulación en la formación del personal de salud*. (pp. 1- 12). Organización Panamericana de la Salud
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3095/Lo%20biológico%20y%20lo%20social.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Medina, J. (2021). Injusticia epistémica y activismo epistémico en las protestas feministas. *Revista latinoamericana de filosofía política*, X(8), 227-250.

Murguía Lores, A. (2019). Injusticias epistémicas y práctica médica. *En-claves del pensamiento*, 13(26), 55-79.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2019000200055

Radi, B., y Pérez, M. (2019). Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: Perspectivas desde la epistemología social. *Avatares filosóficos*, 5, 117-130.

Radi, B. (2022). Injusticia hermenéutica: un ejercicio de precisión conceptual. *Estudios de Filosofía*, 66, 97-110.
<https://doi.org/10.17533/udea.ef.347837>

Romero, M., Chapman, E., Ramos, S., y Abalos, E. (2010). La situación de la mortalidad materna en la Argentina. *Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Hoja Informativa*, 1, 1-8.

https://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/Hoja_Informativa_OSSyR_01.pdf
Rosales Flores, R. A., Mendoza Rodríguez, J. M., López Ortiz, C. A., y López-
Moreno, S. (Eds.). (2019). *Epistemología de la salud: Perspectivas
desde la transdisciplinariedad y el pensamiento complejo* (1^a ed.).
UACM, Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

8. Fuentes

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología
Médica. (16 de febrero de 2016). *Comunicado: Uso compasivo para
pacientes con epilepsia refractaria a otros tratamientos.*
https://www.anmat.gob.ar/comunicados/Uso_compasivo_aceite_cañamo_16-02-16.pdf
Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito.
(s.f.). *Quiénes somos.* <http://www.abortolegal.com.ar/about/>
Corte Suprema de Justicia de la Nación. F. 259. XLVI. F. A. L. s/ medida
autosatisfactiva. 13 de marzo de 2012.
Decreto 738 de 2017 [Poder Ejecutivo Nacional]. Reglamentación de la
Ley N° 27.350: Investigación médica y científica del uso medicinal de la
planta de cannabis y sus derivados. 21 de septiembre de 2017.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-738-2017-279831/texto>
Decreto 883 de 2020 [Poder Ejecutivo Nacional]. Ley N° 27.350.
Reglamentación. 11 de noviembre de 2020.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-883-2020-344131/texto>
Disposición 840 de 1995 [Administración Nacional de Medicamentos,
Alimentos y Tecnología Médica]. Medicamentos. Uso compasivo. 22 de
marzo de 1995.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposici%C3%B3n-840-1995-265709>
Lesbianas y Feministas por la Describalización del Aborto (Ed.).
(2010). *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con
pastillas.* Editorial El Colectivo.
<https://clacaidigital.info/handle/123456789/40>
Ley 11.179 de 1921. Código Penal de la Nación. 29 de octubre de 1921.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/norma.htm>
Ley 23.737 de 1989. Tenencia y tráfico de estupefacientes. 21 de
septiembre de 1989.
https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic2_arg_fia_ley23737_sp.htm
Ley 27.350 de 2017. Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus
derivados. 29 de marzo de 2017.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/270000-274999/273801/norma.htm>
Ley 27.610 de 2021. Ley de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. 15 de enero de 2021.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000349999/346231/norma.htm>
Ministerio de Salud de la Nación. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2007). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*.

<http://novedades.filouba.ar/sites/novedades.filouba.ar/files/13%20guiaabortsopunibles%283%29.pdf>
Ministerio de Salud de la Nación. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2010). *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles*.

https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2015-06_guia_tecnica_anp.pdf
Ministerio de Salud de la Nación. (2021a). *Análisis de la natalidad y la mortalidad materna y la mortalidad en el curso de la niñez. A partir de la información proveniente del sistema de estadísticas vitales de la República Argentina (año 2019)*.

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-10/natalidad-mm-mi-2010-2019.pdf>
Ministerio de Salud de la Nación (2021b). *Consejo Consultivo Honorario*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/cannabis-medicinal/consejo>

Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires. (2007). *Protocolo de aborto no punible*.

https://cplz.org.ar/leyesyreglamentos/Programa_de_atencion_en_violencia_y_abuso_sexual.pdf
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 16 de diciembre de 1966.

<https://www.refworld.org/es/leg/trat/agonu/1966/es/129165>
Resolución 133 de 2019 [Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación]. Régimen de acceso de excepción a productos que contengan cannabinoides o derivados de la planta de cannabis destinados exclusivamente para uso medicinal. 04 de junio de 2019.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/209155/20190606>
Resolución 800 de 2021 [Ministerio de Salud de la Nación]. Registro del Programa de Cannabis. 12 de marzo de 2021.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/241814/20210312>
Resolución 1537-E de 2017 [Ministerio de Salud de la Nación]. Aprobación de la reglamentación del Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del Uso Medicinal de la Planta de Cannabis, sus Derivados y Tratamientos No Convencionales. 25 de septiembre de 2017.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/171256/20170925>

Soriano, F. (20 de noviembre de 2019). Mamá Cultiva le pidió a Alberto Fernández y a Cristina Kirchner que regulen el autocultivo del cannabis: "Estamos en emergencia, nuestro dolor no espera". *Infobae*.

<https://www.infobae.com/sociedad/2019/11/20/mama-cultiva-les-pidio-a-alberto-fernandez-y-a-cristina-kirchner-que-regulen-el-autocultivo-del-cannabis-estamos-en-emergencia-nuestro-dolor-no-espera/>

Soriano, F. (20 de abril de 2024). El Gobierno avanza en la restricción al uso medicinal del cannabis: Las 9 enfermedades que considera con "evidencia científica". *Infobae*.

<https://www.infobae.com/sociedad/2024/04/20/el-gobierno-avanza-en-la-restriccion-al-uso-medicinal-del-cannabis-las-9-enfermedades-que-considera-con-evidencia-cientifica/>

Una niña de dos años podrá usar un aceite de cannabis para tratar su enfermedad. (23 de octubre de 2015). *Cosecha Roja*.

<https://cosecharoja.org/una-nina-de-dos-anos-podra-usar-un-aceite-de-cannabis-para-tratar-su-enfermedad/>

Universidad Nacional Arturo Jauretche. (2022). Diplomatura Superior en Cannabis y sus usos medicinales. Universidad Nacional Arturo Jauretche.

<https://www.unaj.edu.ar/diplosuperiorcannabis/>

Young, S. (9 de agosto de 2013). La marihuana medicinal detiene las convulsiones de una niña en EE.UU. *CNN*.

<https://cnnespanol.cnn.com/2013/08/09/la-marihuana-medicinal-detiene-las-convulsiones-de-una-nina-en-ee-uu/>