



INJUSTICIA ALGORÍTMICO-EPISTÉMICA

Éddison David Castrillón García



INJUSTICIA ALGORÍTMICO-EPISTÉMICA

Fenomenología ética del testimonio en la discapacidad
auditiva frente a la implementación de IA

ÉDDISON DAVID CASTRILLÓN GARCÍA



FONDO EDITORIAL
del la Asociación Nacional de Editores
del Proceso y la Justicia



RED

— Proceso y Justicia —

INJUSTICIA ALGORÍTMICO-EPISTÉMICA
**Fenomenología ética del testimonio en la discapacidad auditiva
frente a la implementación de IA**

ISBN (digital): 978-958-52866-7-2

Primera edición
Septiembre de 2025

Editora
Vanessa Franco Ramírez

Revisión de textos
Tomás Vásquez Saldarriaga

Diseño y diagramación
Leonardo Sánchez Perea

Autor
Eddison David Castrillón García

Escuela
Derecho y Ciencias políticas

Facultad
Derecho

© Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín

Red Para el Estudio del Proceso y la Justicia



Contenido

Abreviaturas	7
1. Introducción	9
1. El problema de la injusticia algorítmico-epistémica en la aplicación de la IA para el diagnóstico de enfermedades en personas con discapacidad auditiva	17
1.1. El cambio del paradigma médico-rehabilitador al paradigma social de discapacidad	18
1.1.1. El paradigma de prescindencia	18
1.1.2. El paradigma médico rehabilitador	20
1.1.3. El paradigma social	22
1.2. Caracterización de la población con discapacidad auditiva en Colombia	25
1.3. La injusticia hermenéutica en el caso de las personas con discapacidad auditiva	28
1.4. Límites y alcances del empleo de la IA frente al riesgo de injusticia algorítmica en la atención médica	32
1.5. El problema de la injusticia algorítmico-epistémica en la atención médica a personas con discapacidad auditiva	39
1.6. Aportes de la fenomenología respecto a la atención médica a personas con discapacidad auditiva frente al problema de la injusticia algorítmico-epistémica	45
1.7. Conclusión	46

2. Abordaje fenomenológico de la entrevista médica al paciente con discapacidad auditiva como medida correctiva frente al riesgo de injusticia algorítmico-epistémica por el empleo de IA en la atención médica	55
2.1. La perspectiva fenomenológica de la entrevista médico-paciente como escenario práctico para complementar las ciencias de tercera persona como la medicina y la IA	56
2.2. La preparación de la entrevista médico-paciente	61
2.2.1. La elección de los ajustes razonables	62
2.2.2. Observación del ejercicio comunicativo cotidiano de la persona sorda para determinar la necesidad de intérprete en LSC en la entrevista médico-paciente	65
2.2.3. El uso de apoyos por parte de la PcD en la entrevista médico-paciente	68
2.3. La entrevista médica al paciente con discapacidad auditiva como medida correctiva frente al riesgo de injusticia algorítmico-epistémica	69
2.3.1. El testimonio del paciente frente al dolor y la enfermedad en su experiencia de primera persona y el manejo del intérprete en LSC	69
2.3.2. Corrección de la injusticia algorítmico-epistémica con apoyo en la evaluación de la entrevista médico-paciente: el papel del oyente virtuoso	73
3. Conclusiones	79
Referencias	85
Reseña del autor	91

Abreviaturas

IA: Inteligencia artificial

Insor: Instituto Nacional para Sordos

LS: Lengua de señas

LSC: Lengua de señas colombiana

PcD: Persona con discapacidad / Personas con discapacidad

Rlcpd: Registro para la localización y caracterización de PcD

1. Introducción

El concepto de injusticia ha sido abordado por múltiples disciplinas de las ciencias sociales y humanas, entre ellas el derecho, el cual estudia el sistema normativo que regula la conducta humana en interferencia intersubjetiva (Kelsen, 1953). Sin embargo, la conceptualización jurídica de la injusticia se nutre de los aportes de la filosofía, así como lo hace todo el desarrollo conceptual del derecho desde su concepción sustantiva y procesal. Es por ello que desde mi formación como abogado con experiencia en atención a personas con discapacidad (PcD), encuentro gran interés en el abordaje filosófico del fenómeno de la injusticia que padecen las PcD y en especial las PcD auditiva.

Las reflexiones abstractas de la filosofía sobre el concepto de justicia son la base para el desarrollo de la regulación jurídica de la conducta humana en la sociedad al interior de los Estados e internacionalmente, como se hace patente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos o en la Convención sobre los derechos de las PcD, las cuales constituyen tratados internacionales que parten del desarrollo de la dignidad humana como concepto filosófico y como pilar del derecho.

Para efectos de delimitar el problema que se trata en este libro es indispensable comprender que una discapacidad auditiva no es una enfermedad. Si bien una PcD auditiva puede adquirir dicha condición de discapacidad con ocasión de una enfermedad, un accidente o por el nacimiento con alteraciones anatómicas en las estructuras que componen el órgano de la audición, la discapacidad auditiva no se reduce a la enfermedad causante, pues desde el paradigma social de discapacidad esta se entiende como una forma de la diversidad humana (Velarde Lizama, 2012).

En el desarrollo de este libro se aborda el problema de la injusticia algorítmico-epistémica en el caso de las PcD auditiva cuando dichas personas presentan una enfermedad; en especial aquellas

enfermedades crónicas y que llevan a que el médico tratante tenga que disponer de herramientas tecnológicas para su diagnóstico como lo son los actuales sistemas de inteligencia artificial (IA) empleados para establecer con precisión el diagnóstico de enfermedades y, a su vez, para determinar el tratamiento a aplicarle al paciente con discapacidad auditiva.

El desarrollo y la implementación de sistemas de IA para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades han creado un problema que no ha sido suficientemente estudiado. Aunque se dispone ya de los importantes conceptos de injusticia testimonial y hermenéutica asociados a la relación médico-paciente y desarrollados por Fricker (2017), Carel y Kidd (2014) y Kidd et al. (2017), dichos conceptos no se alcanzan a profundizar en el contexto de la aplicación de la IA en la práctica médica.

Lo anterior significa que es necesario avanzar teóricamente sobre otros conceptos como el de injusticia algorítmica asociada al empleo de sistemas de IA en medicina. De ahí que se requiera un estudio sobre los problemas generados por el uso de la IA y sus implicaciones en la relación médico-paciente, en procura de la prestación de servicios de salud sin discriminación partiendo de un enfoque hermenéutico y fenomenológico.

Para establecer la población sobre la cual se realizó la investigación atinente a la injusticia algorítmica hubo que delimitar un grupo poblacional con ciertas características específicas que hicieron que el problema objeto de estudio fuera más acentuado; por este motivo se seleccionó a las PcD.

De la población de PcD en Colombia revisten especial importancia las PcD auditiva, puesto que esta discapacidad implica la presencia de problemas hermenéuticos en la atención médico-paciente, en tanto que no es posible establecer entre ambos una relación dialógica que implique un mutuo entendimiento, con ocasión de las dificultades comunicativas de este grupo poblacional con el personal médico que, como regla general, está constituido por personas oyentes.

Esto contrasta con otros tipos de discapacidad, pues en el caso de una discapacidad visual, por ejemplo, la persona sí puede entablar una comunicación con su médico tratante a través del diálogo, pues

el acto del habla no se ve comprometido. En otras palabras, si bien desde el punto de vista del médico, tanto para la PcD visual como para la PcD auditiva existen dificultades en cuanto a la experiencia sensorial, dichas dificultades no son las mismas si se pone como punto de referencia la posibilidad de entablar una comunicación entre el médico y el paciente. Por lo tanto, los ajustes razonables que debe hacer el médico para garantizarle los derechos lingüísticos y comunicacionales a una PcD auditiva y a una PcD visual no pueden ser los mismos. Mientras que para la PcD visual el médico puede entablar dicha comunicación a través del habla escuchada, lo mismo no sucede con la PcD auditiva, pues para estas personas su primera lengua es la lengua de señas y no la lectoescritura, y la lengua de señas no es una lengua oral y escrita, sino que es una lengua gestual y manual. De ahí que no puede concluirse que el ajuste razonable es la comunicación escrita con la PcD auditiva, sino que en principio debería ser contar con un intérprete en lengua de señas.

Lo mismo sucede en los casos de personas con movilidad reducida, pues en estos casos las dificultades que debe enfrentar este grupo poblacional implican superar las barreras de accesibilidad de las instalaciones médicas, pero no se comprometen aspectos comunicacionales.

No obstante, tratándose de PcD auditiva, se está frente un grupo poblacional que enfrenta obstáculos en la comunicación con el personal médico; pero no porque tengan alteraciones en la capacidad de comprensión y/o expresión, sino porque el médico (como persona oyente), ante la imposibilidad de entablar un diálogo con el paciente sordo mediante el empleo de lengua de señas (LS), termina limitándose a establecer comunicación con el acudiente de la persona sorda o con el intérprete en LS, sin poder hacer alguna constatación dialógica directa con el paciente sobre lo que le dice dicho intérprete respecto a la experiencia de la PcD frente a su enfermedad (Bastías et al., 2020). Esto también es de gran recurrencia en la práctica médica en el Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano y tiene un alcance hermenéutico en la relación médico-paciente.

Es por esto que para analizar el fenómeno de la injusticia algorítmica, epistémica e incluso hermenéutica, se destaca la

relevancia de las PcD auditiva como la población objeto de estudio, en especial si se tiene en cuenta que desde la política de atención integral en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido compromisos para que se reconozca la LS como un derecho en la atención en salud, con el fin de promover una atención en salud en condiciones más inclusivas (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2023b).

Específicamente en el ámbito médico, se tienen evidencias del riesgo de que se combinen ambas injusticias, tanto la epistémica (hermenéutica y testimonial) como la algorítmica, en el caso del diagnóstico o del tratamiento de enfermedades con apoyo en IA (Reisman, 2022). Dichas injusticias se presentan en los pacientes generando perjuicios o afectaciones, no solo en la órbita de derechos fundamentales, como la vida, la integridad personal o la salud; sino también en la esfera de sus derechos humanos, como la dignidad humana, los derechos lingüísticos o comunicacionales o el ejercicio de la capacidad legal desde el paradigma social de discapacidad (Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia, 2022, p. 4).

Por esta razón, el objetivo del presente libro es caracterizar la doble injusticia (epistémica y algorítmica) que se presenta en el contexto del diagnóstico y tratamiento de enfermedades con apoyo en IA en los casos de PcD auditiva desde una perspectiva fenomenológica. No se trata de profundizar en cada uno de dichos conceptos, sino de encontrar la interrelación entre la fenomenología de la discapacidad, la fenomenología de la enfermedad, la filosofía de la IA, el problema de las injusticias epistémicas y la injusticia algorítmica; los cuales concurren en el caso de la atención médica con apoyo de la IA para pacientes con discapacidad auditiva.

Para lograr el objetivo propuesto, se abordó el problema central de este libro a partir de los desarrollos conceptuales sobre injusticia epistémica, el actual paradigma social de discapacidad y los desarrollos para enfrentar los riesgos de injusticia algorítmica.

Específicamente, se tomaron como punto de partida los desarrollos teóricos realizados en la epistemología sobre el tema de las injusticias epistémicas por parte de Fricker (2017). Así mismo se trataron algunos de los aspectos sobre la experiencia de las PcD

desarrollados en las discusiones fenomenológico-hermenéuticas contemporáneas en autores como Carel (2016), Geniusas (2020), Toro et al. (2020) y Zahavi y Loidolt (2022). De igual manera, se profundizó en los debates con respecto a los riesgos asociados al diseño, desarrollo e implementación de la IA en la práctica médica, riesgos entre los cuales está la injusticia algorítmica.

La tesis que se defiende en este libro, a partir de los referentes conceptuales propuestos, es la existencia de una doble injusticia, por un lado epistémica y por otro lado algorítmica; ambas situadas en el escenario del diagnóstico y tratamiento de enfermedades con apoyo en IA cuando se trata de PcD auditiva, lo cual se puede entender de la siguiente manera.

La situación problemática de la injusticia algorítmica se presenta cuando los sistemas de IA empleados en la práctica médica son alimentados con bases de datos de casos que no obedecen a los contextos propios de los pacientes en estudio o cuando no son entrenados adecuadamente (Hao, 2021). Dicha injusticia algorítmica se concreta cuando se emplean tales resultados para definir un diagnóstico o tratamiento al paciente, aunque inadvertidamente el médico pase por alto que los resultados están viciados de sesgos, generando afectaciones o perjuicios injustos sobre el paciente.

Adicionalmente, la situación problemática frente a la injusticia epistémica se presenta en la relación médico-paciente, cuando este es PcD auditiva y consulta con el médico con ocasión del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad que padece, pero en el médico tratante operan prejuicios que desestiman el testimonio del paciente, como lo sería el prejuicio de identidad frente a la persona sorda, que consiste en no reconocerla como un interlocutor válido. Esto implica, por parte del médico, seguir de manera inconsciente o irreflexiva una tendencia a desestimar el testimonio del paciente con ocasión del prejuicio social frente a la población con discapacidad, lo cual se traslada al manejo que le da el médico al empleo de un intérprete en lengua de señas colombianas (LSC) en la consulta médica.

El encuentro entre estos dos tipos de injusticia (epistémica y algorítmica) constituye un fenómeno real. Hoy por hoy los sistemas de IA aplicados a campos como la medicina, y específicamente para

el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, tienen un riesgo potencial, en mayor o menor medida, con ocasión de la presencia inadvertida de sesgos tanto en su diseño o programación como en su entrenamiento e implementación. Dichos sesgos pueden traer como consecuencia que los resultados que arroje la IA conlleven decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad que den lugar a perjuicios o efectos injustos sobre el paciente.

Se aclara que los sesgos en el algoritmo, a los que se aludió previamente, no tienen nada que ver con el prejuicio de identidad frente a las PcD, sino que obedecen a la elección de la información o de los datos que ingresan al algoritmo, cuya elección es el resultado de preferencias o sesgos propios del programador, lo cual finalmente tiene incidencia en la respuesta que arroja el sistema de IA.

Dichos efectos injustos implicarían, por ejemplo, que el paciente tenga que verse abocado a vivir la experiencia de una enfermedad agravada por efectos indeseados generados por un tratamiento que ha sido definido teniendo en cuenta los resultados de una IA y que, de manera inadvertida por parte del médico, dicha IA haya sido afectada por sesgos en su cadena algorítmica.

La solución ante el riesgo de la injusticia algorítmico-epistémica en la atención en salud para PcD auditiva se encuentra en que el personal médico cuente con conocimientos en IA y en fenomenología, con el fin de que pueda delinear marcos de acción frente a la prestación del servicio de salud para las PcD auditiva en el contexto del paradigma social de discapacidad. Un escenario preciso para poner en juego ese conocimiento es en el encuentro médico-paciente.

Lo que está en juego, entonces, es la posibilidad de aplicar referentes conceptuales del campo de la fenomenología y la hermenéutica para delimitar y solucionar un problema real en torno a la injusticia, tanto algorítmica como epistémica, en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades con apoyo en la IA en los casos de PcD auditiva. Esto lleva a formular la siguiente pregunta: ¿cómo se caracteriza la injusticia algorítmico-epistémica en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades con apoyo en IA en el caso de PcD auditiva?

Abordar este interrogante implica, por un lado, comprender el problema que sustenta la pregunta y, por el otro, brindar una solución. Es así como este libro consta de dos capítulos.

En un primer capítulo se caracterizará el problema de la injusticia algorítmico-epistémica en la aplicación de la IA para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades en personas sordas. Para ello, en un primer momento, se abordará el cambio del paradigma médico-rehabilitador al paradigma social de discapacidad. En un segundo momento, se estudiarán los prejuicios sociales y la injusticia hermenéutica en el caso de las PcD auditiva. En un tercer momento, se hará una caracterización de la población con discapacidad auditiva en Colombia. En un cuarto momento, se analizarán los límites y alcances del empleo de la IA frente al riesgo de injusticia algorítmica en la atención médica. Finalmente, con estos elementos conceptuales se puede asimilar la multidimensionalidad del problema de la injusticia algorítmico-epistémica en la atención médica a pacientes con discapacidad auditiva.

En un segundo capítulo se analizará cómo el abordaje fenomenológico de la entrevista médica al paciente con discapacidad auditiva constituye una medida correctiva frente al riesgo de injusticia algorítmico-epistémica por el empleo de IA en la atención médica.

Por último, se exponen unas conclusiones y se proponen unas recomendaciones que muestran la necesidad de estudiar la injusticia algorítmica en conexión con la injusticia testimonial y hermenéutica en la atención médica a pacientes con discapacidad auditiva cuando se emplean sistemas de IA.

1. El problema de la injusticia algorítmico-epistémica en la aplicación de la IA para el diagnóstico de enfermedades en personas con discapacidad auditiva

Con el cambio de paradigma médico-rehabilitador al paradigma social de discapacidad, las PcD han visto cómo el reconocimiento de sus derechos ha concretado una protección legal que se constituye en un punto de partida para las necesarias transformaciones culturales y sociales frente a la percepción de la discapacidad (Victoria Maldonado, 2007, p. 145), en especial la eliminación de los prejuicios sociales y la injusticia hermenéutica que, de manera discriminada, estos han padecido históricamente “en todas sus formas y manifestaciones” (López Masís, 2011, p. 106).

Así mismo, el paradigma social de discapacidad ha tenido alcance en todos los escenarios de la vida cotidiana de este grupo poblacional, especialmente en la prestación de servicios de salud.

Sin embargo, esto no ha sido suficiente para que en el contexto médico no se sigan cometiendo injusticias epistémicas con ocasión de la relación médico-paciente; más aún cuando para el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad se ha empleado IA e, inadvertidamente, su resultado está sesgado. Esto se verifica cuándo el médico advierte que dicho resultado desconoce o no tiene en cuenta ciertas particularidades propias del paciente en función de su grupo poblacional, edad, sexo, discapacidad, etc., lo cual, si no es corregido por dicho médico, al momento de tomar decisiones frente al tratamiento a suministrar al paciente, que además es PcD, da lugar

a que se cometa una doble injusticia algorítmico-epistémica, la cual tiene especial ocurrencia en los casos de personas sordas.

En este apartado se profundizará el problema de la injusticia algorítmico-epistémica en la atención de pacientes con discapacidad auditiva, y, a partir de allí, se delimitarán los elementos clave para proponer una solución que minimice los riesgos de injusticia algorítmico-epistémica en la relación médico-paciente y en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cuando el paciente es una PcD auditiva.

1.1. El cambio del paradigma médico-rehabilitador al paradigma social de discapacidad

La manera como se ha percibido en la sociedad a las PcD ha sido cambiante a lo largo de la historia y ha configurado paradigmas que han tenido alcance en todas las esferas de la vida en las PcD; pues cada uno de esos paradigmas han influenciado el tratamiento dado a las PcD, no solo desde el punto de vista social, sino también desde el punto de vista legal, médico, familiar, etc.

Es así como se pueden agrupar en tres los paradigmas de discapacidad más relevantes y que han tenido injerencia históricamente: el paradigma de prescindencia, el paradigma médico-rehabilitador y el paradigma social.

1.1.1. El paradigma de prescindencia

Este paradigma es el más antiguo, y se extendió hasta la Edad Media. Las sociedades que se regían por este paradigma prescindían de las PcD, según la creencia de que la discapacidad era el resultado de una maldición. Es así como a los niños con discapacidad se les eliminaba, sacrificándolos o dándoles muerte. Esto se hacía en el entendido de que eran individuos no deseados en la comunidad (Toboso Marín y Arnau Ripollés, 2008, p. 2).

En las sociedades en las cuales ha imperado el paradigma de prescindencia, la PcD experimentaba una marginación en todas las esferas de su vida: no podía conseguir un trabajo, no tenía oportunidades para estudiar, no podía conformar una familia e, incluso,

experimentaba una exclusión en la misma familia en la cual nació. Con ocasión de dicha exclusión, se le internaba en un centro o se le relegaba a una vida en situación de indigencia. Aún en escenarios en los cuales la PcD contaba con el acompañamiento de una familia, dicha familia no podía reconocer a la PcD como un interlocutor válido. Esto implicaba que la PcD no se sintiera útil en su familia y en la sociedad y, por tanto, se terminara desarrollando una dependencia total en todas las esferas al no poder tomar decisiones que se tuvieran por válidas frente a los demás, respecto a sus intereses, necesidades o preferencias.

Lo anterior producía en dichas sociedades la concurrencia de prejuicios frente a las PcD, tanto como grupo poblacional como desde la no valoración de sus testimonios o manifestaciones de su voluntad en cualquier escenario. Esto se agravaba si se considera que a las PcD no se le consideraba como un sujeto, ni mucho menos como persona, por lo que no podían contraer obligaciones ni exigir derechos.

En los casos de PcD auditiva, PcD visual o PcD movilidad reducida, aun teniendo el uso óptimo de sus facultades mentales, la sociedad o el entorno familiar les era adverso para poder desarrollar sus capacidades, las cuales no se veían limitadas desde el punto de vista biológico, pero encontraban sus límites en el alcance que tenía el paradigma de prescindencia, desde el cual se justificaba cualquier recurso argumentativo, ya fuera religioso, político o económico que implicara excluir e invisibilizar a las PcD, porque eran consideradas un problema o una carga que se debía eliminar o de la cual se podía prescindir válidamente.

El paradigma de prescindencia es injusto a todas luces, pues margina las PcD haciendo que no sean tenidas en cuenta en la sociedad. Por lo tanto, dicho paradigma no solo implica la manifestación de prejuicios sociales que repercuten en una inadecuada valoración de la PcD, como si esta fuera una cosa sin derechos ni obligaciones, sino que justificaba cualquier trato degradante y excluyente que implicara la eliminación de la persona de la sociedad. En esto radica el soterrado sentido de injusticia que representa dicho paradigma de discapacidad.

1.1.2. El paradigma médico rehabilitador

En este paradigma la discapacidad es considerada como una enfermedad, de ahí que la atención a las PcD se orientaba a brindarles el tratamiento médico y la rehabilitación necesaria para curar su enfermedad (Velarde Lizama, 2012, p. 123). Pervivía en este paradigma la aplicación de figuras como la interdicción tendiente a sustituir la voluntad de la PcD, para lo cual se debía contar con el concepto o dictamen experto del médico.

Si bien la PcD no experimentaba una eliminación o exclusión de la sociedad, justificada por razones religiosas, políticas o sociales, se conservaba la idea de que la discapacidad está vinculada al cuerpo de la PcD, entendiendo la discapacidad como una enfermedad corporal que debe ser tratada para que la persona pueda ser integrada a la sociedad. Es decir, la discapacidad es una dificultad solo de la persona y es un problema que hay que resolver con tratamiento médico.

En este paradigma, a la PcD no se la trata como una persona normal, sino como a alguien que requiere ser curado o intervenido por la medicina para lograr ser llevada a la normalidad o, incluso, como una persona que requiere “modificar su conducta con el fin de esconder la diferencia y, de ese modo, incorporarla a la sociedad” (Velarde Lizama, 2012, p. 123).

El alcance del paradigma médico-rehabilitador también es injusto en tanto que, mediante el trámite de interdicción, se justificaba que los familiares de la PcD pudieran legalmente despojarlos de toda posibilidad de tomar decisiones frente a su propia vida, pues dicha figura de la interdicción, como salida jurídica en este paradigma, implicaba que la PcD, luego de mediar un dictamen experto del médico, pudiera ser despojado de la posibilidad de adquirir derechos y obligaciones por sentencia judicial, cuando un juez declaraba la interdicción.

La persona interdicta no tenía voz ni voto sobre aspectos básicos como su salud, sus gustos, preferencias, y esta situación se agravaba aún más porque no podía casarse ni negociar ni celebrar contratos de trabajo e, incluso, podía ser privada de la posibilidad de

procrear un hijo o podía ser esterilizada sin tener que contar con su consentimiento.

En este escenario, aunque la PcD pudiera expresar su voluntad, esta no era válida y no tenía ningún efecto jurídico, lo cual implicaba, a su vez, que la PcD no era considerada un sujeto cognoscente y por tanto sus afirmaciones, argumentos, opiniones y preferencias no eran tenidos en cuenta. Lo mismo sucedía en la atención en salud, pues el médico no tenía que escuchar al paciente interdicto. Ni siquiera podíamos hablar de un testimonio del paciente a valorar por el médico, porque no solo era cuestión de un prejuicio de falta de credibilidad al paciente interdicto, era que legalmente no tenía validez la manifestación de la voluntad de la PcD en interdicción, pues se hacía a un lado y únicamente el tutor de la persona interdicta era tenido en cuenta.

Una persona interdicta estaba despojada de su condición de persona (como sujeto de derechos y obligaciones). Incluso el escenario en el cual la persona interdicta se consideraba frente a la sociedad era comparable con una muerte civil (Treviño, 2020).

Es así como este enfoque de discapacidad se convierte en un escenario de opresión para las PcD en tanto que las estigmatiza y las subyuga so pretexto de protegerlas, además que supedita su reinserción social a una eventual rehabilitación (Velarde Lizama, 2012, pp. 123-124), la cual resulta utópico alcanzar. En este orden de ideas, este paradigma de discapacidad termina creando una identidad de la PcD que “se define por su enfermedad” (Velarde Lizama, 2012, p. 123).

De acuerdo con esto, cobran sentido expresiones usadas según este paradigma, tales como el concepto de *minusvalía*. La palabra *minusválido* sugiere un sentido de adjetivación sobre la persona a la cual se le califica como *minus* (menos) válido (Stannah, 2023). Dicho término encierra una fuerte connotación negativa que implica que a una PcD se le reste validez frente a otra sin discapacidad. Su injusticia radica en que una discapacidad no hace a un sujeto cognoscente menos válido que otro. Esto es un ejemplo de lo que representa el alcance del trato que reciben las PcD en el marco del paradigma médico-rehabilitador.

1.1.3. El paradigma social

Este paradigma surge con ocasión del activismo social en torno al reconocimiento de los derechos de las PcD, lo cual confluyó en la formulación e implementación de políticas inclusivas para la población con discapacidad. En tal contexto, la Convención de Derechos de las PcD por parte de la Organización de Naciones Unidas se expidió en 2006 para superar las barreras sociales y físicas existentes frente a las PcD (Toboso Marín y Arnau Ripollés, 2008, pp. 66-67), así como para lograr la inclusión de las PcD en todos los ámbitos, la garantía de sus derechos, el reconocimiento de su capacidad jurídica y el ejercicio de su autonomía.

Las PcD, en el paradigma social, se perciben y se reconocen como capaces de ser autónomos; su capacidad no se mide por la facultad que tienen para sus quehaceres cotidianos autónomamente, “sino por la de dirigir el destino de la propia vida” (Velarde Lizama, 2021, p. 128).

De acuerdo con esto, las PcD se reconocen como personas sin limitación de sus derechos y obligaciones, por lo que pueden valerse por sí mismos; aunque para hacerlo pueden requerir la ayuda de otras personas. Sin embargo, esto no les quita la posibilidad de decidir, manifestar sus preferencias e intereses o contraer obligaciones.

En consecuencia, en el escenario del paradigma social de discapacidad, no es posible pensar en que la PcD sea excluida o limitada como sujeto cognoscente. De ahí que una discapacidad, cualquiera que sea, no puede constituir una barrera para que la persona, sin limitación alguna, desarrolle su plan de vida: conforme una familia, trabaje, adquiera bienes, contrate con cualquier persona, etc.

Esto plantea un escenario diferente para las PcD, pues la discapacidad ya no es vista como una enfermedad o una falencia de la persona, sino como un problema de toda la sociedad. Esto implica que se deben desmotar los prejuicios sociales frente a este grupo poblacional que históricamente han generado injusticias mediadas por la falsa predisposición a no tener en cuenta a las PcD y, por tanto, a no escucharlas.

Lo anterior tiene directas repercusiones sobre la forma como se debe brindar la atención en salud a las PcD, pues en el anterior paradigma médico-rehabilitador el papel del facultativo tenía un alcance en decisiones judiciales, como lo eran la interdicción. Esto no es de recibo desde el paradigma social de discapacidad, desde el cual ya no es posible darle tal alcance, y el médico debe reconocer al paciente con discapacidad como una persona que tiene poder para decidir sobre su propio cuerpo y su salud.

Finalmente, si bien el paradigma de discapacidad que impera en la actualidad es el social, desde la filosofía contemporánea se ha venido discutiendo sobre otros enfoques de discapacidad como el propuesto por Toro et al. (2020), que ha sido denominado *paradigma ecológico-enactivo de discapacidad*. Si bien es importante, en tanto corresponde a un paradigma teórico que avanza en el concepto de discapacidad, no será abordado detalladamente aquí, puesto que lo que resulta relevante en este libro es el análisis del fenómeno de la injusticia algorítmica-epistémica desde el paradigma que es más aceptado en Colombia, lo que dirige el estudio hacia el paradigma social de discapacidad.

Adicionalmente, el hecho de que el paradigma social corresponsabilice a la sociedad en general frente a la discapacidad, y quite el peso que tenía dicha discapacidad como un problema o una enfermedad inherente de la PcD hace que el concepto de injusticia tome una mayor significación respecto a dichas PcD. Por todas estas razones se justifica desarrollar el análisis de la injusticia algorítmico-epistémica solo en el marco de dicho paradigma social de discapacidad.

De acuerdo con Toro et al. (2020), la discapacidad no se puede confundir con una enfermedad, una causa física o fisiológica, en tanto que se terminaría por cosificar a la PcD. Sin embargo, se hace necesario avanzar hacia otros paradigmas de discapacidad que impliquen un abordaje de la discapacidad en la propia experiencia vivida de la PcD.

Modelos de discapacidad como el advertido por Toro et al. (2020) implicarían no considerar a la PcD como persona patológica ni anormal, sino como aquella que es capaz de adaptar sus acciones a su

entorno, con ocasión de enfrentar la situación en la cual está actuando (Toro et al, 2020). Aquí lo que se pone a prueba es la capacidad adaptativa que tiene la PcD respecto de su entorno. En este punto puede complementar el paradigma social de discapacidad, en tanto que el modelo ecológico-enactivo profundiza en la comprensión de la discapacidad, en su carácter dinámico, relacional y en su relación con las disposiciones para la acción que ofrece el medioambiente (Toro et al, 2020).

El paradigma ecológico-enactivo de discapacidad es relevante, puesto que tanto el paradigma médico-rehabilitador como el paradigma social no reconocen que cada PcD tiene una propia perspectiva vivida de su discapacidad en su experiencia de primera persona. Como consecuencia, las categorizaciones de la discapacidad agrupan a las PcD en razón de sus características físicas, fisiológicas o corporales, y, a partir de allí, se sustenta todo el manejo de la discapacidad, tanto desde la estandarización de ajustes razonables, según la discapacidad en concreto, como en la implementación del diseño universal para efectos de la prestación de bienes y servicios.

De acuerdo con lo anterior, resultan importantes los aportes que desde la fenomenología se hacen en materia de discapacidad, pues permiten avanzar en el reconocimiento que cada PcD tiene de su propia perspectiva vivida de su discapacidad y en su experiencia de primera persona. Así se logra darle más voz a las personas y a sus experiencias subjetivas frente a la perspectiva de tercera persona, lo que permitirá materializar mayores niveles de inclusión. Esto posibilita que las PcD tengan más participación en la esfera pública en la cual se ventilan cambios y transformaciones a su favor. De esta manera, se asegura que las transformaciones sociales, políticas y culturales en materia de discapacidad e inclusión no se gesten sin tener en cuenta la experiencia subjetiva de las PcD frente a los nuevos escenarios de inclusión.

Prueba de ello es, por ejemplo, la manera como se fijan en algunas paredes de instalaciones públicas avisos al público seguidos de pequeños letreros en braille que, por su disposición o ubicación, son imperceptibles para una persona ciega; pero que simplemente están allí para cumplir con un lineamiento de la política institucional

de inclusión establecida por personas que no son ciegas. De ahí que un reclamo que en Colombia y en el mundo hacen los movimientos de PcD se refleja en el lema en primera persona del plural: “nada de nosotros sin nosotros” (Sánchez Caballero, 2018).

1.2. Caracterización de la población con discapacidad auditiva en Colombia

Las PcD representan una porción relevante de la población en condición de vulnerabilidad. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, el 15 % de la población general en Colombia son personas con alguna discapacidad, y, de dicho porcentaje, el 79 % a su vez se encuentra clasificada como población en extrema pobreza, en pobreza moderada y como población vulnerable¹ (Velasquez, 2021), lo cual es corroborado en el Registro para la localización y caracterización de PcD (Rlcpd). Esto significa que la discapacidad se encuentra directamente vinculada a una mínima oportunidad de generación de empleo e inclusión laboral para esta población en el país.

La mayor proporción de PcD presentan una discapacidad física o movilidad reducida y/o una discapacidad cognitiva. Estos son los dos tipos de discapacidad con mayor prevalencia. Con respecto a la población con discapacidad auditiva, se presenta una predominancia del 13 % de esta discapacidad en niños menores de catorce años, luego sigue el grupo poblacional de entre 15 y 64 años con un 7 % y, por último, los mayores de 64 años con una prevalencia del 2 % (Velasquez, 2021).

De las personas sordas que se encuentran inscritas en el Rlcpd, el 38 % nunca iniciaron la primaria y solamente el 41 % la culminaron sin continuar sus estudios de secundaria (Fundación Saldarriaga Concha, 2018). Estas estadísticas permiten inferir las dificultades que presenta una persona sorda en materia de inclusión social, educativa y laboral.

¹ De acuerdo con la clasificación del Sisben, correspondería a población en niveles del A1-B7 (antes nivel 1 del Sisben) y del C1 al C18 (antes nivel 2 del Sisben).

Su condición redundante en dificultades para el acceso a servicios como el de salud.

No obstante, las PcD auditiva en las últimas décadas han experimentado un fortalecimiento de los escenarios de defensa de sus derechos y la reivindicación de su población como cultura autónoma, a partir del reconocimiento de su identidad y la promoción del uso de la LSC. El reconocimiento de dicha cultura autónoma constituye también un escenario de reivindicación a partir de la visibilización de los usos y costumbres que, para la población sorda, han sido producto de la manera en la cual han enfrentado sus retos y problemas, teniendo como referente la LS y el contexto propio como comunidad (Oviedo, 2006).

Resulta importante mencionar también que es necesario el cambio en la cultura frente a las PcD, con ocasión del cambio de paradigma médico-rehabilitador por el paradigma social de discapacidad. Esta transformación cultural no se logra a corto plazo, por lo que es necesario que el gobierno también emprenda políticas inclusivas en la prestación del servicio de salud en Colombia. Es así como en el país se ha venido trabajando en el desarrollo de la política pública de discapacidad e inclusión social que parte de la ratificación de la Convención de derechos de las PcD de las Naciones Unidas, que tuvo lugar en 2011, punto de partida para expedir la Ley Estatutaria 1618 de 2013 “por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las PcD” (Congreso de la República de Colombia, 2013), y para construir el Documento Conpes 166 de 2013, a través del cual se rediseña la política nacional de discapacidad e inclusión social, con el fin de garantizar el goce pleno y equitativo de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las PcD en Colombia (Departamento Nacional de Planeación, 2013).

De acuerdo con lo anterior, a través de la política pública de discapacidad e inclusión social, se pretende garantizar el reconocimiento pleno de los derechos de las PcD en el marco del paradigma social de discapacidad.² Esto, teniendo en cuenta que

² En el Conpes 166 se diseña un plan de acción sustentado en cinco estrategias: mejorar la calidad de la información para la toma de mejores decisiones en

en el marco del plan de acción el papel de garante del Estado es fundamental para que a las PcD se le reconozcan sus derechos, en especial a la salud, lo que implica que los prestadores de los servicios de salud realicen ajustes razonables para la prestación de sus servicios a las PcD. Es así como el papel del personal médico y de las entidades del sector salud son fundamentales para la transformación de la cultura en torno a la inclusión de las PcD en la prestación de servicios de salud, toda vez que el médico y los prestadores de salud en general deben proporcionarles a las PcD el acceso a la salud, incorporando ajustes razonables en procura de la erradicación del trato discriminatorio.

La materialización de servicios de salud inclusivos plantea grandes retos para la garantía de derechos como la accesibilidad de las instalaciones; la accesibilidad de la información mediante un lenguaje sencillo y claro o empleando ilustraciones o pictogramas en los canales de comunicación; un trato inclusivo según las tipologías de la discapacidad; ajustes razonables para garantizar la salud como derecho en condiciones de igualdad para todas las personas; y el diseño universal, que implica que, en todos los entornos y servicios, se empleen diseños que permitan que todas las personas accedan a dichos servicios sin limitación alguna. Adicionalmente, en desarrollo del paradigma social de discapacidad, es sumamente importante transformar los prejuicios sociales que vienen del anterior paradigma de discapacidad médico-rehabilitador, trasladando a la sociedad cualquier carga para adaptarse a las necesidades propias de las PcD (Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia, s. f., p. 39). Como puede apreciarse, un cambio en la forma de considerar la discapacidad supone también cambios reales en la vida de las PcD, que implican mayores niveles de inclusión y no discriminación en la sociedad.

discapacidad e inclusión; garantizar el reconocimiento pleno de la capacidad jurídica de las PcD; promover y fortalecer la participación efectiva de las PcD; fortalecer las capacidades humanas de las PcD para participación en todos sus ámbitos; y fortalecer una sociedad incluyente mediante el reconocimiento de la diversidad.

1.3. La injusticia hermenéutica en el caso de las personas con discapacidad auditiva

De acuerdo con Fricker (2017), la injusticia hermenéutica ocurre “cuando una brecha en los recursos de interpretación colectivos sitúa a alguien en una desventaja injusta en lo relativo a la comprensión de sus experiencias sociales” (pp. 17-18).

En el caso de PcD auditiva, las dificultades en materia de educación y acceso a la información hacen que, para este grupo poblacional, sea más difícil la comprensión de conceptos médicos, por lo que, en muchas ocasiones, en un encuentro médico-paciente el médico termina hablándole al acompañante de la persona sorda en su calidad de familiar o apoyo, pasando por alto la necesidad que tiene la persona sorda de comprender qué se está hablando acerca de ella.

Se resalta que la situación descrita con antelación acaece con frecuencia porque en la consulta médica, por lo general, el acompañante de la persona sorda no tiene un manejo adecuado de la LSC. En Colombia, en muy pocos casos, los familiares de las personas sordas se interesan por conocer la LSC, y solo aprenden algunas señas de uso muy cotidiano que únicamente sirven para conversaciones muy básicas y que son insuficientes cuando se pretende hacer una labor de interpretación de LSC entre el médico y la PcD. Por lo tanto, siempre que una persona sorda asiste a una consulta médica y va acompañado de un familiar, no es acertado suponer que dicho familiar puede hacer la interpretación en LSC entre el paciente y el médico.

Un aspecto que vale cuestionar aquí es el alcance ético que reviste el ejercicio profesional de la práctica médica, cuando la conducta epistémica de aquel que detenta el conocimiento en la relación médico-paciente desconoce, sin darse cuenta, el derecho a la información que tiene la persona sorda, y simplemente se limita a tomar decisiones o validar sus decisiones, como facultativo, pasando por alto la naturaleza dialógica que debe tener el encuentro con su paciente (Svenaesus, 2018), y que trasciende o va más allá de la simple anamnesis (Gadamer, 1993).

Para sustentar lo anterior cabe citar la investigación realizada por Ciuffardi et al. (2021), en la cual se logra “evidenciar una clara falta de preparación por parte de los centros y profesionales de la salud para atender a las personas sordas” (p. 116). En esta investigación se destaca cómo las personas sordas entrevistadas “refieren tener frustración hacia el sistema de salud, por la falta de preparación que existe para otorgarles una atención oportuna, describiendo los centros de salud como lugares intimidantes y a los equipos de salud como impacientes” (p. 117). Esto es preocupante pues, de acuerdo con la investigación mencionada, “se puede evidenciar cómo en ocasiones las personas sordas, previo a la atención, ya tenían la sensación de que su diagnóstico sería incorrecto” (Ciuffardi et al., 2021, pp. 117-118).

Lo mencionado anteriormente ya había sido también afirmado por Santos y Portes (2019) en otra investigación en la cual “se concluyó que el 66 % de las personas sordas informaron inseguridad en relación con los cuidados proporcionados por el equipo de salud” (Santos y Portes, 2019, citados por Ciuffardi et al., 2021, p. 118).

Todas las dificultades de acceso y de prestación de servicios de salud que afectan a las personas sordas giran en torno a dificultades comunicativas, lo cual, de acuerdo con las evidencias de una investigación realizada por Kuenburg et al. (2021), sucede porque en realidad en el encuentro médico-paciente se está ante un choque de dos mundos que tiene como trasfondo un embate cultural entre el médico y la persona sorda. Esto se da porque no se logra una “comunicación efectiva entre paciente-médico por el hecho de presentar discapacidad auditiva y al mismo tiempo que los profesionales no estén capacitados para atenderlos de forma óptima” (Kuenburg et al., 2021, citados por Ciuffardi et al., 2021, p. 118).

Cabe destacar que por mucho tiempo desde el paradigma médico-rehabilitador se permitía legalmente que se lesionara de manera injusta a las personas sordas, pues se les desconocía como sujetos de conocimiento y por tanto se les menoscababa su dignidad humana, al no reconocerlos como personas (sujetos de derechos y obligaciones) y, por tanto, como interlocutores válidos. Todo esto se justificaba desde el paradigma médico-rehabilitador a partir del

cual se despojaba a las PcD de su capacidad jurídica, de su derecho a tomar decisiones y del control de sus propias vidas, y ese poder se le otorgaba a otra persona designada por un juez.

No es fortuito entonces el hecho de que pervivan rezagos del paradigma médico-rehabilitador y más aún cuando debe mediar una transformación cultural en torno a las percepciones y prejuicios frente a las personas sordas. Según Fricker (2017), el principal daño causado por la injusticia hermenéutica consiste en una desigualdad hermenéutica, la cual se da cuando las personas en concreto “se encuentran en una situación social en la que un vacío hermenéutico colectivo les impide concretamente comprender y dar sentido a una experiencia cuya presentación de forma inteligible redunde en su propio interés” (p. 26).

En este orden de ideas, la injusticia hermenéutica “normalmente se hace evidente en los intercambios discursivos” (Fricker, 2017, p. 26), por lo que en la corrección de dicha injusticia tiene relevancia la conducta epistémica del oyente, que en el caso de la relación médico-paciente sería el profesional de la salud, sin que esto signifique que se le culpe del daño causado con ocasión del acaecimiento de un escenario de injusticia hermenéutica.

Tal como se mencionó, en los casos de injusticia hermenéutica no hay un culpable, pues en realidad no existe un actor en particular que la concrete, al tratarse de una injusticia generalizada y sistemática (Fricker, 2017). Sin embargo, esto no significa que no exista una corresponsabilidad social para buscar corregir dicha injusticia hermenéutica. En la relación médico-paciente sería el profesional de la salud el llamado a prepararse y hacer los ajustes razonables para atender a una persona sorda. Con este fin, debe considerar que la atención médica a dichas PcD enfrenta grandes dificultades cuando entre ambos no se cuenta con las adecuadas herramientas para garantizar una predisposición dialógica en los casos de atención a una persona sorda si esta no maneja LS o, si siendo señante, no cuenta con un intérprete en LS.

Es relevante el papel del personal médico, pues implica romper con cualquier prejuicio frente a la comunicación con la PCD auditiva. Para despojarse de tales prejuicios debe suspender su juicio de no

credibilidad frente a la persona sorda, lo cual, más que una virtud intelectual, constituye una virtud ética. De lo contrario, se corre el riesgo de que el médico desestime el testimonio de la PCD auditiva y con ello resulte cometiendo otro tipo de injusticia como lo es la injusticia testimonial.

No se puede culpar a la oyente de una determinada desconfianza inicial que pueda sentir hacia el testimonio de alguien cuyos esfuerzos comunicativos se ven obstaculizados por la injusticia hermenéutica, puesto que esa desconfianza está justificada desde el punto de vista epistémico; tanto el hablante como la oyente trabajan con unas mismas herramientas inadecuadas (Fricker, 2017, p. 26).

Sin embargo, es aquí donde es necesario reivindicar el valor epistémico del testimonio del paciente, en tanto tiene un contenido tal que debe influir en la decisión a tomar, no solo frente al diagnóstico de la enfermedad, sino también frente al tratamiento o la elección del tratamiento dentro de las opciones posibles.

Es así como el profesional de la salud debe tener en cuenta las preferencias o la voluntad de dicho paciente, por lo que de manera previa a cualquier decisión frente al tratamiento de la enfermedad, el médico debe darle claridad al paciente sobre el alcance, las consecuencias y los efectos (tanto los aspectos positivos como los negativos o los efectos adversos) del tratamiento que se elija.

En este sentido, siempre debe primar la voluntad informada del paciente con discapacidad auditiva, partiendo de la credibilidad del testimonio del paciente en su diálogo con el médico. Por ello, si dicho médico no le da valor o no le da credibilidad al testimonio del paciente, se configura una injusticia testimonial. Se debe aclarar que una cosa es que el médico tratante no le de credibilidad al testimonio del paciente y otra cosa es que no se hayan establecido los ajustes razonables y no se cuente con un intérprete en LS que realice una adecuada interpretación en doble vía del diálogo entre el médico y el paciente.

Es posible entonces que, habiendo una adecuada interpretación en LS, el médico le dé mayor credibilidad a los resultados que le

arroje el sistema de IA en el cual se apoya para definir el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Esto sería más gravoso que cuando se presentan simples dificultades comunicativas entre el médico y la persona sorda por no realizar una adecuada interpretación en LS, pues, en tal caso, es claro que no se le puede endilgar responsabilidad al médico, por cuanto dichas dificultades redundan en fallas de inteligibilidad, lo cual puede afectar la credibilidad en la relación médico-paciente.

Sin embargo, aunque no se le endilgue al médico responsabilidad alguna frente a la injusticia hermenéutica y epistémica resultante de los problemas comunicacionales por no contar con un adecuado intérprete en LS, sí se le debería hacer reparos a este en cuanto a la realización o no de los ajustes razonables para atender a la persona sorda, lo cual sería su responsabilidad desde el paradigma social de discapacidad.

1.4. Límites y alcances del empleo de la IA frente al riesgo de injusticia algorítmica en la atención médica

En la mayoría de los países en Occidente se han realizado avances importantes en materia de política tecnológica, orientados a delinear el desarrollo de la IA y su aplicación en diferentes campos desde una perspectiva ética.³ Sin embargo, el hecho de que se siga avanzando en dichas políticas tecnológicas y en el establecimiento de lineamientos éticos de IA no es suficiente para erradicar el riesgo de injusticia algorítmica con el empleo de la IA en los diferentes campos de su aplicación, entre ellos el sector de la salud. De ahí que sea necesario partir de lo ya construido al respecto, y avanzar de la mano de otros

³ Para el caso colombiano, es relevante citar, además del Conpes 3968, el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 y el Plan de Desarrollo 2022-2026 del gobierno de Gustavo Petro, dos de los instrumentos de política pública más importantes en materia de desarrollo de IA en el país: el Conpes 3975 sobre la política nacional para la transformación digital e IA y el Marco ético para la IA en Colombia que delinea la política nacional para la transformación digital e IA, que fue expedido en Colombia en 2019 por el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de las tic.

campos del conocimiento de modo que se puedan complementar las medidas existentes frente a los riesgos que encierra el uso de la IA. Por esta razón, sobre la evidencia de casos de injusticia algorítmica en la aplicación de sistemas de IA en la práctica médica, se construye una doble configuración o alcance de dicha injusticia específicamente en el contexto de la atención médica cuando se advierte el riesgo de cometer con un paciente injusticia epistémica (además de la injusticia algorítmica).

De ahí que se debe seguir avanzando en el fortalecimiento de la política tecnológica en Colombia con alcance en el área de la salud, de modo que todo sistema de IA para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades tenga los debidos controles de calidad en la cadena algorítmica, los cuales deben ser mediados por la observancia de lineamientos éticos claros. Así mismo, se debe incluir preparación en el funcionamiento y empleo de los sistemas de IA dirigido al personal médico, de modo que no se use la IA en el área de la salud sin que se adviertan los posibles riesgos de su aplicación; tal es el caso de la injusticia algorítmica y el consecuente perjuicio sobre los pacientes cuando no se establece un uso razonable de la IA atendiendo a sus límites y alcances.

El rápido avance de la implementación de la IA no solo genera grandes retos en el campo médico, sino también en el campo de las humanidades, más aún cuando la ciencia se queda corta para resolver problemas contemporáneos desde el paradigma del método científico. Y es que precisamente el mundo contemporáneo se desenvuelve sobre continuos y cada vez más acelerados avances tecnológicos que, directa o indirectamente, han tenido efectos sobre nuestra forma de conocer y relacionarnos. De hecho, “una de las características de la actual revolución tecnológica con relación a otras revoluciones tecnológicas, es que ésta ha disminuido hasta lo insignificante, en algunos casos, el tiempo de transición entre el conocimiento científico y el invento tecnológico” (Castro Guillén, 1998, p. 71), y esto último se ha agravado con ocasión del rápido avance de la IA. Un ejemplo de ello es el imprevisible impacto de los sistemas de IA conversacionales como el ChatGPT, frente a lo cual

aún no estamos preparados, tanto es así que en algunos países está prohibido su uso en ámbitos educativos (El Heraldó, 2023).

Los cambios acelerados que ha traído consigo la IA a su vez han generado importantes transformaciones en la sociedad contemporánea, los cuales escapan a la comprensión de muchas disciplinas no asociadas al diseño de software. Aunque en muchos campos del conocimiento se emplee la IA, esto no significa que hagan de la IA su objeto de estudio y, por lo tanto, no es posible garantizar que se tenga total conocimiento de cómo funciona la IA en su campo de aplicación. Para los profesionales de las disciplinas diferentes a la ingeniería de software, los sistemas de IA siguen siendo una caja negra que denota procesos algorítmicos no comprendidos y que, por lo tanto, no se pueden controlar por el usuario.

Adicionalmente, los alcances y desarrollos de la IA implican también que la filosofía se aproxime al estudio de la multidimensionalidad de los aspectos asociados a los efectos de la IA en las mismas disciplinas o campos de conocimiento en los cuales se aplican o implementan. Muchos de dichos aspectos escapan a la comprensión de los métodos de las ciencias en tercera persona, las cuales se quedan cortas para la solución de los complejos y multidimensionales problemas relacionados con la interacción de los seres humanos insertos en la cultura y la sociedad contemporánea. Lo anterior es razonable considerando que, de acuerdo con Gadamer, “los cambios en la cultura contemporánea se ordenan a partir de la percepción cada vez más avanzada de la incapacidad de la ciencia de dar cuenta de los problemas relevantes del mundo contemporáneo” (Gadamer, citado por Castro Guillén, 1998, p. 70).

La IA gana cada vez más terreno en todos los escenarios cotidianos, su vertiginoso avance hace que en la actualidad no se alcancen a medir sus efectos en todos los campos de su aplicación. De hecho, en el ámbito médico, el diagnóstico asistido por IA es, hoy por hoy, una de las aplicaciones más usadas; pues los sistemas de IA de aprendizaje automático pueden entrenarse para “analizar radiografías, resonancias magnéticas o tomografías computarizadas para ayudar a detectar anomalías y enfermedades en etapas tempranas. La IA también puede procesar datos clínicos y biomarcadores para

proporcionar diagnósticos más precisos y rápidos” (Blog de HLA, 2023).

En Colombia, por ejemplo, actualmente se emplean sistemas de IA para el diagnóstico de enfermedades reumáticas (ICPC, 2022), enfermedades respiratorias (Giraldo, 2020), cáncer, malaria, fibrosis pulmonar, entre otras (Gamba, 2023). Cabe destacar aquí el sistema de IA lanzado por la *startup* denominada Arkangel AI. Se trata de un sistema de IA que puede diagnosticar enfermedades como el cáncer, las enfermedades renales crónicas e incluso las enfermedades mentales y el riesgo de suicidio. Este sistema de IA genera modelos predictivos a partir de datos clínicos de los pacientes, lo cual representa “toda una revolución si se tiene en cuenta que hoy el 56 % de las personas en el mundo mueren por enfermedades que tienen algún tratamiento, pero se detectan tardíamente” (Gamba, 2023).

Adicionalmente, los grandes avances de la IA generativa están presentando una innumerable variedad de aplicaciones, lo cual ha estado revolucionando muchos sectores con su implementación. Ejemplos de este tipo de IA son ChatGPT, Dall-E, GitHub, Copilot, entre otras.

La IA generativa también tiene el potencial de ser entrenada para ser usada como asistente del médico e, incluso, para que las personas puedan acceder a consultas médicas a través de IA, de modo que los pacientes reciban indicaciones sobre el manejo de ciertas enfermedades o tratamientos. Por esto, se espera que a mediano plazo el avance de este tipo de IA represente una ampliación en la oportunidad de acceso a la atención médica de la mano de la masificación y el uso cotidiano de dispositivos que monitoreen signos vitales como los relojes inteligentes o los celulares asociados a aplicaciones de IA generativa.

Lo revolucionario de este tipo de IA es que está diseñada para programar diversas actividades a través del lenguaje natural del ser humano, es decir, no precisa que las ordenes que se le den al software de IA sean en el formato del lenguaje de programación como JavaScript, Python, SQL, Java, NoSQL, Rust, etc., sino que la persona puede dar instrucciones directamente a la IA (mediante el lenguaje humano y en cualquier idioma) para que esta ejecute tareas

concretas. A esto se suma la versatilidad en la manera como dicha IA puede entregar la información, pues la respuesta no solo la puede suministrar en cualquier idioma, sino que el sistema de puede contar con voz artificial y ajustar el tono, género y ritmo asemejándose a la voz humana de cualquier persona. Lo relevante aquí es que una IA puede emular respuestas humanas de modo que es posible que una persona mantenga una conversación inteligente con ella y reciba la información que necesita.

La gran paradoja es que, aunque una persona esté consciente de que está tratando con una IA, también inadvertidamente puede sumergirse en la ilusión de que está interactuando con alguien o con otro individuo. Esto, sin pretender desdibujar las posibilidades reales de que algunos sistemas de IA alcancen una singularidad.

Un sistema de IA está diseñado sobre la base de una arquitectura algorítmica altamente sofisticada que ha sido programada por otro ser humano, que puede ser un programador, un diseñador de IA o un equipo de personas conformado para ello, y aunque puedan estar apoyados o no a su vez por IA, la programación es en principio una labor humana que puede estar afectada por sesgos humanos. La IA, así considerada, cada vez tiene más injerencia en nuestra vida cotidiana, ya sea porque tomemos decisiones apoyadas en aplicaciones de IA en nuestros celulares o equipos de cómputo, o porque la alta automatización de tareas en los campos en los cuales nos movemos ya viene mediada por IA. El punto aquí es que pocas veces nos detenemos a pensar cómo funciona la IA que nos está predeterminando lo que tenemos que hacer, así como tampoco nos percatamos si la IA está tomando decisiones que reproducen sesgos en la información que tiene como insumo, con el consecuente riesgo de generar efectos indeseados sobre las personas.

Es así como los algoritmos de IA se deben entrenar de manera adecuada y adicionalmente se tienen que probar antes de ofrecerse al usuario final. Su entrenamiento se lleva a cabo con sets de entrenamiento sobre los cuales la IA aprende a detectar patrones de predicción; e igualmente se ensayan con el empleo de sets de prueba que incluyen datos no analizados previamente en el entrenamiento. Lo anterior significa que una IA lleva a cabo un proceso de aprendizaje

por etapas antes de ponerla a disposición de los usuarios para resolver problemas concretos (Casacuberta, 2017).

Sin embargo, no todo aprendizaje de la IA es supervisado, es decir, muchas veces ni siquiera el programador conoce los atributos que predecirá la IA, lo que significa que en muchos eventos los resultados que esta arroja no son controlados por el programador. Esto es importante porque en tales casos (de aprendizaje no supervisado) la respuesta que arroja la IA está sujeta a la interpretación del programador o del usuario de la IA, según corresponda.

No obstante, el aprendizaje de la IA también puede darse por refuerzo, lo cual implica que la máquina por sí misma aprenda a interactuar con su entorno o, en otras palabras, aprenda por sí sola a “ejecutar acciones y a moverse de forma autónoma en un espacio determinado” (Sotaquirá, 2022). Sin embargo, esto no significa que una IA lleve a cabo juicios de razonabilidad, sino que, en principio, lo que hace es establecer patrones que son comunes al interior de los datos que la alimentan y con los cuales toma decisiones o arroja respuestas predictivas.

Pero esto no significa que no pueda haber incoherencias entre el resultado que se produce y el objetivo que se persigue, o errores en la aplicación que se le dará al resultado, aunque efectivamente el algoritmo se ejecute tal cual como fue programado por el diseñador. Dichos errores pueden obedecer a sesgos en la cadena algorítmica, los cuales pasan desapercibidos por el usuario; más aún si para este la IA es una caja negra (Casacuberta, 2017), es decir, si el usuario no logra comprender cómo funciona la IA o cuáles son las bases de datos que la alimentan.

Ahora bien, sin perder de vista lo anterior, es relevante revisar el vertiginoso crecimiento que he tenido la implementación de la IA en el campo de la medicina. Hoy por hoy un sinnúmero de aplicaciones de IA⁴ se emplean como apoyo para muchas de las labores de los

⁴ Entre los ejemplos de IA en medicina se encuentran: Corti, la cual se activa cuando una persona se comunica por su celular con el servicio médico, recopila la información de la llamada y puede detectar si la persona está sufriendo un ataque cardíaco. Art Medical, que a través de la información del paciente diseña una dieta personalizada a fin de evitar complicaciones por la alimentación. Realidad

profesionales de la salud, tanto en la toma de decisiones clínicas como en el análisis de resultados, exámenes médicos, resonancias magnéticas, rayos x, tomografías axiales computarizadas, entre otras.

Es así como el avance de la IA en el área de la salud sigue avizorando un gran crecimiento en materia de diagnóstico temprano de enfermedades, tratamiento médico personalizado, desarrollo de nuevos medicamentos, diseño de prótesis inteligentes e, incluso, en la creación de robots enfermeros o cuidadores que pueden monitorizar y atender a un paciente las 24 horas.

En este orden de ideas, el profesional de la salud no puede desconocer que la implementación de la IA, además de transformar la prestación de servicios de salud, representa retos importantes. Dichos retos apuntan a que, en su formación como profesional, el trabajador de la salud debe adquirir las capacidades y competencias en materia tecnológica.

Dichas capacidades y competencias le permitirán al profesional de la medicina hacer uso de la IA, sin que su criterio médico y la información que devela su paciente en el encuentro médico-paciente se vean menguados, por el hecho de que la IA ya no le da margen de pensar y sacar sus propias conclusiones, con el riesgo que de facto sea reemplazado por la IA en la toma de decisiones tan importantes como diagnosticar y establecer el tratamiento para su paciente.

Es relevante considerar cómo la respuesta dada por un sistema de IA puede servir de gran ayuda para que el profesional de la medicina establezca, de manera más rápida y precisa, el tratamiento a seguir frente al diagnóstico que se ha dado al paciente: Por ello, es razonable que la IA empiece a ganar cada vez más credibilidad y valor en la práctica médica. No obstante, es necesario revisar este fenómeno pues se pasan por alto los riesgos que tiene la IA, la cual en la práctica se convierte en una caja negra, tanto para el programador como para el profesional de la salud. Esto tiene cierta relevancia frente al personal médico, que es el que finalmente toma las decisiones con apoyo en la IA y no sabe cómo funciona o cómo se produce la

Mixta de Microsoft, que a través de gafas de realidad virtual le permite al médico ver la anatomía específica de un paciente, la cual es reconstruida a partir de las imágenes de rayos x, TAC, resonancias magnéticas nucleares, entre otras.

respuesta que arroja la IA (Casacuberta, 2017), pues por lo general los médicos no tienen formación en los campos de la programación y el diseño de software e IA.

Esto tiene especial trascendencia en casos en los cuales existe un gran riesgo de injusticia epistémica en la relación médico-paciente, como con las personas sordas, quienes deben contar con la garantía de sus derechos lingüísticos y comunicacionales a través de la incorporación de ajustes razonables en la comunicación médico-paciente; pues en dichos casos el médico puede cometer el error de sobrevalorar el resultado de la IA por encima de cualquier acercamiento dialógico con el paciente, desconociendo la importancia que tiene el testimonio de la persona sorda respecto a su experiencia vivida de la enfermedad.

Un mecanismo de corrección o comprobación del resultado que arroja la IA es la entrevista médico-paciente, en la cual el médico indaga sobre la experiencia que ha tenido el paciente respecto a la sintomatología, el dolor, la evolución de la enfermedad, etc. Por esto es necesario considerar que el uso de la IA no debe limitar el encuentro médico-paciente, en tanto este proporciona información muy importante para que el médico tome finalmente un conducto a seguir en el tratamiento del paciente y así mismo se lo comunique a él.

1.5. El problema de la injusticia algorítmico-epistémica en la atención médica a personas con discapacidad auditiva

Si bien sobre el concepto de injusticia algorítmico-epistémica en la atención médica a pacientes con discapacidad con apoyo de la IA no hay referencias en la literatura, en la actualidad sí existen programas que desarrollan investigaciones sobre la injusticia algorítmica en pacientes con discapacidad; tal es el caso del “Proyecto de Injusticia Automatizada”, desde el cual se estudian eventos de injusticia algorítmica en pacientes adultos con discapacidad del desarrollo (Reisman, 2022).

Dicho proyecto tiene lugar en New Jersey, Estado en el que miles de PcD reciben atención del programa Medicaid, de acuerdo con lo

determinado por el algoritmo NJCAT (Reisman, 2022). En desarrollo del proyecto se han encontrado múltiples eventos en los cuales la aplicación del algoritmo se ha equivocado, malinterpretando las necesidades del paciente con discapacidad y generando un resultado “catastrófico” (Reisman, 2022).

El “Programa de injusticia automatizada” de New Jersey también encontró varios casos de personas ancianas con discapacidad que estuvieron en situación de riesgo en su vida e integridad personal, con ocasión de la decisión tomada por el algoritmo (Reisman, 2022).

En estos casos, se habla de una decisión injusta del algoritmo y, por tanto, del concepto de injusticia algorítmica; por cuanto una decisión tomada por el sistema de IA generó un perjuicio a ciertas personas, en este caso a las personas ancianas con discapacidad. Esto debido a que el algoritmo NJCAT fue construido con algún sesgo, como no hacer una distinción en las necesidades en materia de atención médica para las PcD en el desarrollo y que poseen avanzada edad.

La decisión tomada por el sistema de IA en casos como los anteriores carece del sentido de justicia; pues si justicia es darle a cada cual lo que le corresponde (Ulpiano, siglo III), es preciso afirmar que cuando una persona o grupo poblacional recibe un perjuicio por la atención médica preestablecida por un sistema de IA con sesgos de discriminación, se trata de una decisión injusta y específicamente de una injusticia algorítmica.

En Colombia, no se cuenta con la implementación de sistemas de IA como el NJCAT frente a la atención a PcD. es decir, hasta ahora no se ha implementado un algoritmo para establecer las necesidades en materia de atención médica de las personas con discapacidad afiliadas al el Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano.

En el caso colombiano, el médico tratante le ordena el tratamiento médico a la PcD que se encuentre dentro de los parámetros del plan de beneficios en salud (PBS) establecido para la prestación de servicios de salud en el país (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2023b). Para que el médico prescriba un tratamiento diferente al contenido en el PBS se requiere un trámite especial que en muchas ocasiones es tan demorado que resulta suministrándose con posterioridad a una orden judicial por vía de la acción de tutela.

Sin embargo, aunque en Colombia no se implemente el sistema NJCAT, no significa que otros sistemas de IA que sí se están implementando en la atención en salud no tengan el mismo riesgo potencial de sesgos en la programación. Más aún cuando se trata de sistemas de IA diseñados y entrenados con grupos poblacionales de pacientes con características fenotípicas diferentes a las del colombiano promedio.

Se aclara aquí que la implementación de sistemas de IA en el campo de la salud en el mundo no solo va encaminada a la asignación de la atención médica, pues existen otros escenarios de aplicación de la IA para el diagnóstico de enfermedades, en donde los sistemas de IA constituyen herramientas de apoyo para definir, por parte del facultativo, el tratamiento que se debe prescribir al paciente con ocasión del diagnóstico que arroja el sistema de IA. Sin embargo, dichos sistemas aplicados para el diagnóstico de enfermedades no están libres de sesgos y de generar decisiones o resultados predictivos que puedan generar perjuicios injustos en los pacientes. Más aún cuando dichos sistemas de IA se aplican a grupos poblacionales que históricamente han sido invisibilizados y discriminados a la hora de acceder a servicios públicos esenciales como la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Los sesgos que se dan en la etapa de programación o en la fase de entrenamiento de los sistemas de IA constituyen una causa por la que un sistema de IA genera respuestas o resultados predictivos que, al emplearse en la toma de decisiones, desencadena resultados injustos. Esto sucede porque la respuesta o el resultado de la IA reproduce el sesgo correspondiente.

Un ejemplo de cómo operan los sesgos en la programación o en la fase de entrenamiento es, precisamente, el caso del mencionado algoritmo NJCAT usado en New Jersey para la prestación de servicios de salud a PcD. Un sesgo en la programación, como no incluir adecuadamente variables relativas a las personas de la tercera edad, implicaba decisiones que restringían ostensiblemente la atención en salud a dicho grupo poblacional; pues la IA no consideraba variables como la mayor demanda de atención que requiere una persona de avanzada edad.

En escenarios como el anterior lo que se pone en juego en la injusticia algorítmica es el detrimento de la igualdad de acceso a la salud con ocasión de una decisión de un sistema de IA. De acuerdo con los sesgos del sistema de IA se termina discriminando o marginando a un grupo poblacional de sujetos de conocimiento que, de manera injustificada, se perjudican y enfrentan un riesgo sobre su salud e integridad personal con ocasión de la situación de discriminación generada por el sistema de IA.

Es este orden de ideas, no se puede desconocer el riesgo de injusticia algorítmica que existe al usar sistemas de IA cuando el médico en la interacción con ella no considera mecanismos de comprobación o corrección de los resultados, como lo sería la entrevista con el paciente; por lo que la decisión del médico termina reproduciendo sesgos existentes en cualquier etapa de la cadena algorítmica, ya sea en el diseño, programación, selección de bases de datos, entrenamiento, etc.

De acuerdo con lo anterior, en la relación médico-paciente se puede generar una doble injusticia, la cual se denomina, en este libro, *injusticia algorítmico-epistémica*. Así, por un lado, el momento de acaecimiento de la injusticia algorítmica se da con la aplicación de un sistema de IA (viciado de sesgos), cuando su resultado es usado por el médico, causando una afectación o un perjuicio al paciente.

Por otro lado, la injusticia epistémica en la relación médico-paciente, aunque también puede configurarse con independencia del acaecimiento de la injusticia algorítmica, se da cuando se configura una desventaja para la PcD que genera problemas epistémicos; lo anterior, en tanto que la PcD no es tomada en cuenta en la toma de decisiones que tienen como sustento el diagnóstico de su enfermedad (con ayuda de la IA), en tanto que en el médico operan prejuicios frente a la condición de la PcD auditiva respecto a lo que esta expresa en su testimonio referente a su experiencia en primera persona con la intermediación de un intérprete en LSC.

Cuando se hace alusión a una injusticia algorítmico-epistémica, se está en un escenario en el cual, además de presentarse injusticia testimonial en la atención médica al paciente con discapacidad auditiva, ha mediado el empleo de un sistema de IA e, inadvertidamente,

se ha configurado injusticia algorítmica. Cuando ocurre esta doble injusticia, las afectaciones generadas sobre el paciente con discapacidad auditiva pueden ser mayores a los perjuicios que se dan en los casos en los que ocurre solo injusticia testimonial (cuando no se considera válido el testimonio del paciente con discapacidad). Esto es relevante pues lo que está en juego es una afectación a la esfera de derechos humanos como la dignidad humana y la no discriminación, así como a la órbita de derechos fundamentales del paciente como el derecho a la salud y el derecho a la vida y la integridad personal.

Para ilustrar más este punto es relevante indicar algunos escenarios concretos en los cuales se configura injusticia algorítmico-epistémica, como por ejemplo: (i) cuando en el empleo de sistemas de IA se pasa por alto varios aspectos importantes, como el hecho de que la IA sea entrenada con bases de datos provenientes de pacientes de otros países o incluso de otros contextos (presencia de sesgos algorítmicos); (ii) cuando, pese a los sesgos que pueda tener en la programación del sistema de IA, el médico le da plena validez al resultado que arroja el sistema desdibujando la importancia del encuentro dialógico médico-paciente; (iii) cuando con ocasión de lo anterior, el paciente como persona corporeizada pasa a un segundo plano o no se le da credibilidad a su testimonio sobre su experiencia de enfermedad (injusticia testimonial), aun cuando la experiencia de sufrimiento del paciente no concuerda con el resultado que arroja el sistema de IA.

Estos escenarios de riesgo de injusticia algorítmico-epistémica se ven agravados cuando el paciente (que padece una enfermedad) a su vez es una PcD auditiva, y el médico, aunque haga los ajustes razonables⁵ para poder garantizarle los derechos lingüísticos o comunicacionales al paciente con discapacidad, finalmente toma decisiones excluyentes o discriminadoras al no lograr corregir problemas epistémicos generados por prejuicios sociales y limitaciones comunicacionales con

⁵ Para establecer los ajustes razonables de una PcD auditiva, es importante una evaluación previa de la capacidad lingüística o comunicacional del paciente y, de acuerdo con dicha evaluación, establecer los ajustes correspondientes, como por ejemplo contar con la presencia de un intérprete en LS (si el paciente sabe LS), disponer de herramientas de lectoescritura (si el paciente tiene como segunda lengua la lectoescritura), entre otros.

la PcD auditiva. Más aún tratándose de una persona mayor de 18 años, de quien, por disposición de la Ley 1996 (Congreso de la República de Colombia, 2019) —para el caso colombiano—, se presume capacidad legal y, por ello, debería gozar de la garantía plena de sus derechos, en el marco de lo preceptuado en la Convención sobre los derechos de las PcD⁶ (Naciones Unidas, 2006).

Lo preocupante es la dificultad para advertir, por parte del personal médico, cuándo un sistema de IA que se esté empleando se encuentra viciado de sesgos, para poder tomar las medidas correctivas frente a las decisiones que se siguen ante el resultado que arroja el sistema de IA. De ahí que sea necesario establecer un principio de precaución sobre el uso de la IA en la práctica médica, el cual es definido como aquel por el cual el médico debe hacer los ajustes necesarios para corregir potenciales errores en el uso de la IA, de modo que prime el control humano sobre la IA. Esto implica una escucha activa por parte del médico frente al paciente, quien finalmente recibirá un tratamiento dependiendo del diagnóstico que se le dictamine con o sin ayuda de la IA.

El problema es que cuando el paciente es una PcD, el personal médico debe hacer a un lado cualquier prejuicio social sobre la PcD; pues de ello depende que se establezca un escenario propicio para que la PcD pueda brindar un testimonio sobre su experiencia de la enfermedad, que le permita al médico contrastar los resultados que arroja el sistema de IA. Pero cuando esto no sucede, se comete entonces una doble injusticia. Por un lado, la generada por la decisión terapéutica que toma el médico partiendo de un resultado sesgado de la IA, por ejemplo, un diagnóstico que no es preciso y no tiene en cuenta variables asociadas a la discapacidad, como lo serían aspectos de la experiencia en primera persona de la discapacidad, más aún cuando ni siquiera la IA se ha entrenado con PcD. Por otro lado, una injusticia epistémica de doble configuración: una injusticia hermenéutica mediada por los prejuicios sociales con respecto a las PcD y una injusticia testimonial por la falta de credibilidad del testimonio de la PcD.

⁶ Aprobada por Colombia mediante la Ley 1346 del 31 de julio de 2009.

1.6. Aportes de la fenomenología respecto a la atención médica a personas con discapacidad auditiva frente al problema de la injusticia algorítmico-epistémica

Con el fin de abordar el problema de la injusticia algorítmico-epistémica en la aplicación de la IA para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades en personas sordas, la fenomenología, a partir de su método caracterizado por investigar en primera persona, aporta bases antropológicas que le hacen falta a las ciencias, caracterizadas por investigar en tercera persona (Zahavi y Gallagher, 2012), tal como lo son la medicina o las ciencias de la computación.

Es así como la fenomenología hace dichos aportes desde el concepto del mundo de la vida. Pero al mismo tiempo la visión fenomenológica del mundo de la vida se enriquece por el abordaje de las ciencias de tercera persona, porque estas le proporcionan más elementos para comprender mejor dicho mundo de la vida (Zahavi y Gallagher, 2012).

Por ejemplo, el concepto de *persona* no es un concepto arraigado en la aplicación de la IA en la práctica médica, pues el diseño de sistemas de IA no tiene en cuenta el concepto de persona como sujeto del dolor o sujeto de la enfermedad, es decir, no considera el concepto de cuerpo vivido ni el mundo de la vida ni mucho menos la cualidad aversiva del dolor a partir del cuerpo vivido, propia de la experiencia original de primera persona cuando una persona sufre con ocasión de una enfermedad (Geniusas, 2020).

Tanto las ciencias de la salud como la fenomenología estudian el cuerpo. Sin embargo, el cuerpo vivido (*leib*), concepto propio de la fenomenología, es una categoría abarcante que asume el cuerpo como presupuesto de toda objetivación para las ciencias de tercera persona, como en el caso de la medicina (Geniusas, 2020, p. 128). La idea que se hace relevante aquí es la de cuerpo vivido como el sujeto del dolor, en la que el dolor se muestra como indubitable en la medida en que se conserva el carácter del dolor, pero a la vez el cuerpo es un objeto en el que se localiza la experiencia del dolor y en ese sentido el cuerpo se concibe como objeto (Contreras, 2020d). En este orden de ideas, el cuerpo vivido no puede ser considerado como

algo meramente corpóreo ni como una mente desconectada del cuerpo, sino que el cuerpo vivido está compuesto de ambos. Tal es la experiencia del dolor asociado con una enfermedad o un accidente.

Con esto se pretende evidenciar que la investigación de la experiencia en primera persona se puede complementar con otras disciplinas o ciencias en tercera persona como la medicina y, a su vez, la fenomenología puede complementar las ciencias de la salud. Con tal finalidad, Geniusas (2020) identifica una característica a partir de la cual puede profundizar en la experiencia del dolor desde el punto de vista fenomenológico: la aversión. Para él, no es posible experimentar un dolor sin ese carácter aversivo, el cual se manifiesta también a partir de la comprensión prerreflexiva (pp. 62-63). Esa característica aversiva del dolor lleva a preguntar por el cuerpo como portador de las sensaciones, de la propiedad del dolor y de esa experiencia de aversión. Es allí donde se evidencia la idea de cuerpo vivido, es decir, cuerpo portador de las sensaciones, lo que implica percibir esa aversión como algo que se resiste a la voluntad (Contreras, 2022b), circunstancia que sale a la luz en el encuentro de médico y paciente cuando este experimenta dolor con ocasión de su enfermedad.

1.7. Conclusión

Considerando lo anterior y contrastándolo con el escenario de la atención médica con apoyo en IA, se resalta que la respuesta de un sistema de IA presenta el riesgo de cometer injusticia algorítmico-epistémica. Esto es posible cuando el médico en el encuentro con su paciente está predeterminado por la respuesta que recibió por parte del sistema de IA (con sesgos respecto a la PcD). A ello se debe sumar el hecho de que el médico, inconscientemente o de manera inadvertida, a veces obra también afectado por los prejuicios y dificultades de comunicación respecto a miembros de la población sorda.

Todo lo descrito con antelación puede redundar además en que al médico le resulte no relevante el testimonio del paciente o en que se tome al paciente como validador del resultado arrojado por el sistema y no como la persona que es el sujeto de la experiencia de

dolor; con ello lo que se pone en juego es que por parte del médico tratante se cometan injusticias epistémicas que minen la forma de comprender la experiencia de dolor y/o de enfermedad en un paciente con discapacidad auditiva.

Lo anterior es más evidente cuando se trata de pacientes que, además de referir dolor por una enfermedad o padecer una afectación en el cuerpo, son personas sordas; pues en estos casos el riesgo de incurrir en injusticias epistémicas es mayor, en tanto se pone en juego un elemento adicional y es que desde el actual paradigma social de discapacidad, se exige no solo reconocer la capacidad legal de las PcD mayores de edad, sino que además se le exige al médico realizar ajustes razonables para abordar al paciente en su condición de discapacidad y brindarle las herramientas para que se dé a entender. Este escenario se puede analizar también para el caso de las PcD auditiva, en tanto se presenta el riesgo de injusticia testimonial cuando el paciente no tiene los recursos hermenéuticos para transmitir lo que siente o no puede explicar lo que siente, como es el caso de las personas sordas que no pueden comunicarse adecuadamente mediante LSC.

Algo similar al caso de las PcD auditiva no señantes ocurre cuando las PcD auditiva son personas señantes, pues aunque estas últimas dominen LSC y dispongan de intérprete en LSC, en la consulta o en el encuentro médico-paciente existe una limitante en la LSC frente a la multiplicidad de términos médicos que no existen en esta LS, por lo que en contextos médicos no hay precisión en la comunicación entre el médico y el paciente a través del intérprete en LS. La comunicación en la vía paciente-médico a través del intérprete, por el contrario, se ve limitada por las mismas señas que no son adecuadas para abordar conceptos médicos, lo que hace que el médico termine pasando por alto o considerando muy superficialmente el testimonio de la persona sorda.

Tal como se ha indicado con antelación, el fenómeno presentado aquí constituye una doble injusticia, debido a su doble naturaleza: algorítmica y epistémica. Sin embargo, en lo que representa la injusticia epistémica en el caso de atención médica a pacientes con discapacidad auditiva con ayuda de IA, se resalta aquí que se

cumplen cinco condiciones por las cuales se afirma que la injusticia que se comete en los casos descritos con antelación sobre dicho grupo poblacional constituye una injusticia epistémica: la condición de prejuicio identitario, la condición de desventaja (Fricker, 2017), la condición de parte interesada, la condición epistémica y la condición de justicia social, cuya violación en conjunto crea una situación de injusticia epistémica (Byskov, 2021).

De acuerdo con Fricker, ninguna de las condiciones es en sí misma suficiente para calificar una discriminación epistémica como injusticia (Fricker, 2017, citada por Byskov, 2021), por lo que, para afirmar que frente a la atención médica a los pacientes con discapacidad auditiva con ayuda de la IA, se presenta una injusticia se deben cumplir las cinco condiciones indicadas con antelación, lo cual efectivamente sucede por las siguientes razones:

Frente a la condición de prejuicio identitario, Fricker (2017) señala que esta condición constituye en sí misma una injusticia, puesto que, cuando el sujeto de conocimiento tiene la oportunidad de exteriorizar su testimonio, el oyente le otorga menos o más credibilidad a su declaración en función a su género, origen social, raza, etc., lo cual precisamente sucede en casos de PcD. Esta condición no implica el hecho que la PcD sea sujeto de conocimiento o sea conocedora del tema al cual se refiere en su declaración, sino que lo relevante aquí es que independientemente del grado de conocimiento de la PcD el oyente tiene la predisposición a restarle credibilidad a su testimonio.

Adicionalmente, la condición de prejuicio identitario configura una injusticia en tanto que la persona se juzga en su condición de sujeto cognoscente por sus rasgos o características, más no por el contenido de su testimonio. Esto es injusto en tanto sus rasgos o características deberían ser irrelevantes al momento de juzgar a las personas. Sin embargo, la existencia de prejuicios sobre las PcD, que obedecen a estereotipos y creencias falsas resultan convirtiéndose en una desventaja epistémica que limitan a la persona sin una causa fundada en el contenido de su testimonio. Es decir, aunque el mensaje o contenido del testimonio de la PcD sea verídico y razonable, los prejuicios en cabeza del oyente no permiten darle la validez que merece, lo cual es de por sí es injusto y se refuerza con

la segunda condición de injusticia epistémica denominada condición de desventaja (Fricker, 2017).

En lo que respecta a la “condición de desventaja”, se parte de la idea de que la injusticia epistémica es categóricamente una injusticia porque perjudica a una persona en su capacidad como sujeto cognoscente, por lo que constituye una desventaja epistémica (Fricker, 2017), en tanto afecta injustamente el grado en que la PcD es capaz de comunicar con éxito sus conocimientos y de ser comprendida por otras personas. Aquello que hace que la injusticia epistémica sea una injusticia, en este sentido, es que pone en desventaja a la persona en relación con sus homólogos para comunicar sus experiencias (Byskov, 2021).

Las dificultades de inclusión educativa y laboral hacen que la mayoría de las PcD en Colombia vivan en contextos socioeconómicos que son consecuencia de las desigualdades sociales y económicas, lo que implica que se desarrollen en entornos de injusticia estructural, los cuales exacerban o reproducen aún más la condición de desventaja (Fricker, 2017). Esto está vinculado a la noción de injusticia hermenéutica en tanto que el entorno de injusticia estructural termina generando una posición desventajosa para la PcD.

Con respecto a las otras tres condiciones faltantes y que corresponden a las propuestas por Byskov (2021), estas no solo se evidencian en la atención médica de pacientes con discapacidad auditiva con apoyo en IA, sino que además complementan los argumentos en pro de sustentar la naturaleza de la injusticia algorítmico-epistémica presente. Estas tres condiciones son la condición de parte interesada, la condición epistémica y la condición de justicia social:

La condición de parte interesada afirma que para que una persona sea discriminada injustamente como sujeto cognoscente, debe afectarse directa o indirectamente por las decisiones por las cuales es excluido o discriminado (Byskov, 2021). La condición epistémica argumenta que el sujeto o grupo que es discriminado debe poseer conocimientos relevantes para la decisión frente a la cual son excluidos o discriminados (Byskov, 2021). Por último, la condición de justicia social sostiene que para que una discriminación epistémica

(o una desigualdad epistémica) constituya una injusticia epistémica, el sujeto o el grupo discriminado debe paralelamente sufrir otras injusticias sociales (Byskov, 2021).

En cuanto a las personas sordas que presentan una enfermedad crónica o una enfermedad ruinosa, cuando estas acceden a la atención médica, el derecho a la salud no se les puede limitar, por lo que se les debe brindar atención sin ninguna discriminación, lo que implica que a la persona sorda también se le debe brindar por parte del médico toda la información referente a su estado de salud. Así mismo, su testimonio, sus opiniones y su voluntad como paciente deben ser tenidos en cuenta al momento de realizarle cualquier procedimiento o intervención médica o quirúrgica. De ahí que sería discriminatorio e injustificado que a la persona sorda se le excluyera de las decisiones que tome el médico frente a su tratamiento; pues precisamente la persona sorda tiene una injerencia directa en dicha decisión y, tal como se indicó con antelación, la persona sorda, en su calidad de paciente, tiene interés directo en el resultado del tratamiento médico.

En tales circunstancias, no sería justo por parte del médico ignorar la opinión o el testimonio de la persona sorda o no darle plena validez, en tanto que la pone en una situación de desventaja frente a las decisiones y el resultado que de ellas se deriven, constituyendo una injusticia que afecta directamente a la persona sorda.

Sin embargo, tal como se ha reiterado, la “condición de la parte interesada” es insuficiente por sí misma para configurar una injusticia epistémica, pues para que se dé lugar a dicha injusticia se requiere que quien sea discriminado en su condición de sujeto cognoscente realmente sea portador de un conocimiento relevante que influya en la decisión que deba tomar el médico; ya sea frente al diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad, por lo que dicha “condición de parte interesada” se debe conjugar con la “condición epistémica”.

Frente a la “condición epistémica” cabe distinguir, según Byskov (2021), entre una persona que tiene un interés en la decisión que toma el médico y un paciente que tiene derechos epistémicos en la decisión frente a su diagnóstico o tratamiento. Respecto al paciente que es mayor de edad, debe advertirse que este tiene derechos

epistémicos sobre la decisión que se tome por parte del médico, pues no debe limitarse lo epistémico al conocimiento científico o técnico en materia de salud propio del médico; sino que también el conocimiento experiencial del paciente frente a su enfermedad y la evolución de su tratamiento hacen parte de las condiciones epistémicas para influir sobre la decisión a tomar. De ahí que realmente las PcD auditiva pueden contribuir epistémicamente en la decisión a tomar frente al tratamiento de su enfermedad, aunque no tengan los conocimientos científicos y técnicos sobre el propio padecimiento.

De lo anterior se desprende que las PcD auditiva (al igual que las personas sin dicha discapacidad), en realidad, sí cuentan con conocimientos relevantes para configurar una injusticia epistémica cuando son excluidos de la toma de decisiones que les afectan como pacientes. De ahí que lo que está en juego es una condición epistémica, pues en este caso se estaría discriminando a una persona sorda, quien cuenta en realidad con conocimientos relevantes sobre el tema que se está discutiendo (Byskov, 2021).

No obstante, el fenómeno en estudio no puede desligarse de los escenarios de injusticia social mediados por desigualdad y exclusión que han sufrido históricamente las PcD auditiva. En consecuencia, en dicho fenómeno también se evidencia la última condición indicada por Byskov (2021), y es la “condición de justicia social”. La “condición de justicia social” se refiere a injusticias estructurales más amplias, que en el caso de las PcD tienen antecedentes históricos encuadrados en los anteriores paradigmas de discapacidad, tanto el de prescindencia como el médico-rehabilitador. Dichos paradigmas, a lo largo de años, han preestablecido desventajas epistémicas que han profundizado desigualdades estructurales e injusticias sociales; pues la manera como en dichos paradigmas se veía a la PcD también influía en la forma como las PcD se percibían a sí mismas aumentando su vulnerabilidad y exclusión social.

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar, de la mano de Byskov (2021), que lo que sucede es que las desventajas epistémicas y las desigualdades socioeconómicas están directamente ligadas entre sí, teniendo el potencial de generar injusticias epistémicas. Sin

embargo, esto no quiere decir que siempre que haya una desigualdad epistémica y una desigualdad socioeconómica, se ocasione una injusticia epistémica (Byskov, 2021). Es necesario que se den las otras condiciones ya descritas para poder configurar la injusticia epistémica, en especial el hecho de que la persona que se discrimina tenga una posición desventajosa, que a la vez posea un conocimiento relevante (condición epistémica) para la decisión que se toma y que se vea perjudicada por las consecuencias de dicha decisión (parte interesada).

Para precisar aún más, es conveniente distinguir la “condición de justicia social” de la “condición de desventaja”, pues, aunque las dos aludan a las desigualdades socioeconómicas existentes con relación a las personas sordas, señalan diferentes aspectos de la injusticia epistémica: mientras que la “condición de justicia social” se refiere a la relación entre la discriminación epistémica y las injusticias sociales existentes, la condición de desventaja se refiere a si una discriminación epistémica pone en desventaja a alguien epistémica y/o socioeconómicamente (Byskov, 2021).

Tal como se ha expuesto a lo largo de este capítulo, en el abordaje del problema de la injusticia algorítmico-epistémica en la aplicación de la IA para el diagnóstico de enfermedades en PcD auditiva es necesario deconstruir el alcance del concepto que se trae aquí como eje central, el del problema de la injusticia algorítmico-epistémica. Este se comprende una vez se evidencia la existencia de ciertos fenómenos que conectan los dos tipos de injusticia que se estudian (la algorítmica y la epistémica).

Es así como los fenómenos que se han evidenciado hasta aquí son los siguientes: el fenómeno de los sesgos en el diseño, entrenamiento e implementación de IA en la práctica médica; los alcances de dichos sesgos en la configuración de la injusticia algorítmica sobre el paciente; el fenómeno de los prejuicios sobre las PcD auditiva y cómo estos son generadores de injusticia hermenéutica sobre esta población; el fenómeno de la injusticia testimonial acaecida sobre pacientes con discapacidad auditiva con ocasión de la relación médico-paciente; y, por último, cómo este tipo de injusticia epistémica (hermenéutica y testimonial) puede darse paralelamente con la injusticia algorítmica

en aquellos casos en los cuales el personal médico lleva a cabo el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad con apoyo en la IA en el caso de los pacientes con discapacidad auditiva. Partiendo de lo anterior, en el siguiente capítulo se presentará una propuesta correctiva para dicho riesgo de injusticia algorítmico-epistémica.

2. Abordaje fenomenológico de la entrevista médica al paciente con discapacidad auditiva como medida correctiva frente al riesgo de injusticia algorítmico-epistémica por el empleo de IA en la atención médica

El problema de la injusticia algorítmico-epistémica representa grandes retos para el personal médico, puesto que no es propio de la medicina el conocimiento asociado a la arquitectura de software y el diseño de IA. Esto implica que no es posible pretender que el médico tenga un control sobre los procesos algorítmicos que ocurren al interior de un sistema de IA y, por tanto, no le sería posible hacer correcciones algorítmicas en el diseño de la IA que está usando, aun cuando advirtiera que está produciendo resultados excluyentes o discriminatorios con respecto a un grupo poblacional de pacientes.

No obstante, el hecho de que el médico pueda aproximarse a los conceptos clave de programación y a los límites y alcances de la IA le abre la posibilidad de optimizar escenarios de comprobación de los resultados y de corregir los que sean sesgados o discriminatorios.

Uno de los escenarios en los cuales es posible que el médico contraste el resultado que arroja un sistema de IA aplicado al campo médico es el encuentro médico-paciente. En dicho encuentro, el profesional de la medicina puede establecer un escenario dialógico que propicie contrastar, por un lado, los resultados de la IA mediante

la formulación de preguntas que realice al paciente y, por otro lado, el testimonio que reciba de parte de dicho paciente y el resultado de la IA. Para esto último es clave tener muy en cuenta la experiencia en primera persona del paciente con respecto a su enfermedad y a la evolución de su tratamiento médico según sea el caso.

Es así como para lograr el propósito de este capítulo se analizará, desde una perspectiva fenomenológica, la entrevista médica al paciente con discapacidad auditiva como medida correctiva frente al riesgo de injusticia algorítmico-epistémica, lo cual representa un empleo práctico de la fenomenología en el contexto de la atención a PcD en el área de la salud.

2.1. La perspectiva fenomenológica de la entrevista médico-paciente como escenario práctico para complementar las ciencias de tercera persona como la medicina y la IA

La entrevista médico-paciente desde una perspectiva fenomenológica es una herramienta que le permite al médico contrastar y corregir los resultados que le arroja la IA para el diagnóstico o tratamiento del paciente, y con ello evitar cometer injusticias algorítmicas como las analizadas en el capítulo uno de este libro.

Lo relevante aquí es abordar las particularidades a tener en cuenta en el caso de la atención médica a pacientes con discapacidad auditiva con apoyo en IA. Específicamente, aquellas particularidades de la entrevista médico-paciente desde una perspectiva fenomenológica, lo cual se propone como una herramienta que permitirá solucionar el problema de la injusticia algorítmico-epistémica en la atención médica con apoyo en IA a pacientes sordos.

Sin embargo, para que la entrevista médico-paciente logre tal propósito, se requiere comprender los límites y alcances del encuentro entre el médico y el paciente que es persona sorda. Para dicha comprensión, la fenomenología aporta elementos clave que le permiten al médico el reconocimiento y la valoración del testimonio del paciente (persona sorda), como sujeto cognoscente válido que tiene interés en la decisión que se tome respecto a su diagnóstico

y tratamiento. El médico debe considerar que la persona sorda es portadora de un conocimiento que tiene valor epistémico para las decisiones que debe tomar, y dicho conocimiento se encierra en la experiencia en primera persona sobre la enfermedad, el dolor y el tratamiento médico que recibe.

Lo que se destaca aquí son las implicaciones que deben considerarse cuando dicha entrevista se realiza con apoyo en un intérprete en LSC (cuando se trata de pacientes sordos señantes de LSC), pues, en estos casos, se debe considerar lo que sucede en la comunicación entre médico y el paciente a través del intérprete en LSC y viceversa (es decir, también hay que considerar la comunicación entre paciente y el médico a través del intérprete en LSC). Todo esto implica tener en cuenta los límites y alcances que tiene la LSC desde el aspecto comunicativo y desde el punto de vista hermenéutico entre el médico y el paciente.

Tal como se aprecia, entonces, la solución al problema de la injusticia algorítmico-epistémica no exige que el profesional de la salud se vuelva un experto en otras disciplinas o campos del conocimiento, como la ingeniería de software o la filosofía. Sin embargo, en su lugar implica que dicho profesional pueda abordar de una manera adecuada la entrevista médico-paciente, aprovechando conocimientos interdisciplinarios que le permitan corregir problemas, como lo sería el riesgo de injusticia algorítmico-epistémica.

Sobre el alcance práctico de la fenomenología en el campo de la salud existen estudios que denotan la importancia de dar este giro práctico de la filosofía para brindar aportes a las ciencias de la salud. Al respecto, cabe citar aquí las contribuciones de la fenomenología naturalizada para la comprensión de los aspectos insertos en la experiencia de la enfermedad (Carel, 2016); así mismo, los aportes de la fenomenología del dolor al campo de la medicina (Geniusas, 2020), entre otros.

Para este propósito se destaca el trabajo de Carel (2016), quien aborda el problema de la injusticia epistémica en la relación médico-paciente frente a su experiencia de la enfermedad en el contexto de la práctica médica. En este caso la fenomenología proporciona conceptos a través de los cuales se puede interpretar el impacto de

la enfermedad y el cuidado de los pacientes y su aplicación práctica puede ayudar a corregir la injusticia epistémica “al brindar a los pacientes la capacidad de interpretar y articular sus experiencias de enfermedad, abordando así la brecha hermenéutica que revela Fricker” (Carel, 2016, p. 198).

Adicionalmente, es relevante referirse a la fenomenología desde un punto de vista aplicado a la atención médica y, concretamente, en el encuentro médico-paciente, destacando otros trabajos importantes como el de Geniusas (2020), quien parte del método husserliano (p. 241) para estudiar la experiencia del dolor en la primera persona del paciente.

Dicho método es puesto a prueba por el mismo Geniusas (2020), a partir del estudio del dolor siguiendo los pasos del método fenomenológico husserliano, a saber: primer paso, la *Epoché*; segundo paso, la reducción fenomenológica; y tercer paso, la variación eidética (p. 13).

Genusas (2020) hace el aporte muy relevante de adicionar a la variación eidética otro elemento: la variación factual (p. 30). En esta, destaca la importancia de considerar los desarrollos de las diferentes ciencias empíricas de tercera persona como variaciones de la misma realidad. Esto constituye un alcance mayor de la fenomenología, no solo aportando las bases antropológicas que le hacen falta a las ciencias de la salud (p. 39), sino además enriqueciendo la visión fenomenológica del mundo de la vida en el contexto de la salud y la enfermedad por el abordaje que hacen las ciencias de tercera persona como la medicina (Contreras, 2022a).

De acuerdo con lo anterior, la fenomenología puede dialogar con la medicina y las ciencias de la salud en general. No necesariamente debe permanecer desconectada o escindida de las tesis objetivas del mundo a partir de las ciencias de tercera persona. Esto, por ejemplo, es posible desde Geniusas (2020), si partiendo del método husserliano, se le adiciona la variación factual a la variación eidética o imaginativa; lo que implica considerar las tesis objetivas de las ciencias de la salud como posibilidades o variaciones factuales para una mejor comprensión de los fenómenos como el dolor y la enfermedad (Genusas, 2020, pp.39-40).

Es así como, para efectos de este trabajo, resulta importante proponer una respuesta al problema de la injusticia algorítmico-epistémica que implique también una aplicación práctica de la fenomenología teniendo como referente los análisis de los autores antes mencionados: Carel (2016), Fricker (2017), Geniusas (2020), Contreras (2020a-d), entre otros.

Si bien el actual paradigma social de discapacidad es relevante para alcanzar mayores niveles de inclusión y concretar mayor solidez en la garantía de derechos para las PcD, en dicho paradigma aún se persiste en reducir el cuerpo de la PcD a un cuerpo fisiológico, pasando por alto la experiencia de la persona desde su cuerpo vivido (Toro et al., 2020).

Dicho cuerpo vivido (*Leib*) hace alusión al cuerpo como portador de las sensaciones. Aquí, el cuerpo vivido no se considera ni como objeto corpóreo ni como una mente desconectada del cuerpo, sino que desde el concepto de *Leib* el cuerpo es una unidad que compone ambos. En este sentido, cabe distinguir los términos *Leib* y *Körper*, que vienen del alemán; así, “Husserl utiliza *Körper* como ‘cuerpo físico’, y *Leib* tanto en el sentido del ‘cuerpo vivo’ o ‘viviente’, objeto de investigación biológica y psicológica, como en el sentido más originalmente fenomenológico del ‘cuerpo vivido’, ‘subjetivo’ o ‘propio’” (García, 2018, p. 15).

No obstante, de acuerdo con Geniusas (2020), es indispensable un concepto más integrador, alrededor del cual se pueda establecer complementariedad entre la fenomenología y las ciencias de tercera persona, y allí se erige el concepto de persona como sujeto del dolor (p. 144).

El concepto de persona envuelve tanto el concepto de cuerpo vivido como el concepto de cuerpo como objeto, con lo cual hay una superación del cartesianismo; esto teniendo en cuenta que el cuerpo vivido no es una instancia del cartesianismo o una representación psicológica del cuerpo. El cuerpo vivido es una categoría abarcante que asume que el cuerpo es el presupuesto de toda objetivación (Contreras, 2022d).

Ahora bien, se pone de presente la necesidad de revisar el alcance del paradigma social de discapacidad partiendo de las limitaciones

que trae la escisión propia del dualismo cartesiano, que no solo se trasladan al abordaje de la discapacidad desde el paradigma social, sino que, para el caso objeto de estudio, también tiene efectos en la atención médica con apoyo en IA.

Lo anterior implica superar el cartesianismo porque pone en discusión el dualismo del cual parte la investigación de las ciencias de tercera persona, las cuales abordan el cuerpo como objeto, y dejan de lado toda experiencia subjetiva que aquí es fundamental (Zahavi y Gallagher, 2012) y que desde el paradigma médico-rehabilitador ha tenido un desarrollo que ha afectado la percepción social frente a las PcD.

Esto tiene relevancia también cuando se trata de una PcD que además padece una enfermedad que requiere atención médica; pues se trata de una persona que, al ser afectada por una patología, experimenta deterioro en su cuerpo, al igual que aversión al dolor generado por la enfermedad. Esa característica aversiva del dolor también lleva a preguntar por el cuerpo como portador de la propiedad del dolor y como portador de esa experiencia de aversión. Es allí donde se evidencia la idea de cuerpo como cuerpo vivido, es decir, como portador de las sensaciones. Esto implica que, cuando el dolor aparece en el cuerpo, como cuerpo vivido, se percibe esa aversión, pero también se percibe el cuerpo como algo que se resiste a la voluntad (Geniusas, 2020).

En este horizonte reflexivo, emerge con fuerza la noción del cuerpo vivido como el *locus* ontológico del dolor: no simplemente como un receptáculo pasivo, sino como el sujeto mismo que lo experimenta en su inmediatez. El dolor, en tanto fenómeno, se revela como una certeza pre-reflexiva, cuya autenticidad no requiere validación externa, pues se sostiene en la vivencia misma que lo constituye. No obstante, esta experiencia se inscribe en una localización corpórea, lo que permite pensar el cuerpo también como objeto de la afección (Geniusas, 2020, pp. 128-129). Así, el cuerpo vivido no puede ser reducido ni a la materialidad de lo corpóreo, ni a una mente escindida de lo sensible, sino que se configura como una unidad fenomenológica en la que se entrelazan lo físico y lo psíquico en una co-implicación constitutiva (Contreras, 2022c).

La noción de cuerpo vivido es más integradora; sin embargo, no es tenida en cuenta al programar los sistemas de IA para el diagnóstico de enfermedades. Esto se debe a que los correspondientes algoritmos reproducen las limitaciones que trae la escisión cartesiana al basarse, entre otras cosas, en una metafísica dualista cartesiana. De ahí que los sistemas de IA en realidad solo cuentan con una parte de toda la información posible para la elaboración de un diagnóstico. A estas limitaciones se les suma el hecho de que los algoritmos a su vez pueden terminar reproduciendo los sesgos presentes en su programación y/o entrenamiento, por lo que el médico no puede dar por sentado que el resultado que arroje un sistema de IA sea infalible, pues pensar tal cosa incrementaría el riesgo potencial de que el médico no advierta sesgos o errores en la IA y reproduzca dichos errores al tomar decisiones sustentadas en los resultados de la IA. Todo esto reitera la necesidad de que el médico haga un control del resultado de la IA, lo cual es posible en el escenario de la entrevista médico-paciente.

2.2. La preparación de la entrevista médico-paciente

Lo descrito hasta aquí refuerza la importancia del encuentro dialógico entre el médico y el paciente, como un eje central para minimizar el riesgo de injusticia algorítmico-epistémica en aquellos casos en los cuales las decisiones del médico están mediadas por sistemas de IA.

De ahí la necesidad de indagar sobre un alcance mayor de ese encuentro dialógico entre el médico y el paciente, el cual constituye un mecanismo de corrección o comprobación del resultado que arroja la IA en los casos en los que es usada en la toma de decisiones médicas. Además, ese alcance mayor está vinculado al gran potencial que tiene dicho encuentro como escenario para concretar una mayor comprensión de la experiencia de la enfermedad por parte de la PcD. Para ello, se parte de la obligación que tiene el médico de brindar atención en salud de una manera inclusiva y realizando los debidos ajustes razonables de acuerdo con el tipo de discapacidad que tenga el paciente, tal como sería el hecho de contar con intérprete en LSC para la atención de pacientes que sean personas sordas.

La entrevista médico-paciente, en los casos en los cuales se está ante una persona con discapacidad auditiva, debe partir de una adecuada preparación que incluye la elección de los ajustes razonables, la observación del ejercicio comunicativo cotidiano de la persona sorda para determinar la necesidad de intérprete en LSC en la entrevista médico-paciente y constatar el uso de apoyos por parte de la persona con discapacidad.

2.2.1. La elección de los ajustes razonables

Hoy por hoy, el hecho de que el médico tratante no haga los ajustes razonables para atender a un paciente con discapacidad y que, por tanto, no cuente con intérprete en LSC no tiene justificación, desde el actual paradigma social de discapacidad. Sin embargo, la dificultad al respecto consiste en que en Colombia no existen suficientes intérpretes en LSC y tampoco los médicos ven importante aprender dicha LS para una atención en salud inclusiva.

Se resalta aquí, entonces, que la LSC es un eje articulador en la cultura sorda, por lo que para las comunidades sordas es importante que dicha LS se transmita en el escenario de los grupos sociales, la escuela, la familia, entre otros. Sin embargo, no todas las personas sordas pueden acceder al aprendizaje de la LS, y en muchas ocasiones esto sucede porque los miembros de su familia son oyentes y no les interesa o no sienten la necesidad de aprender LS para comunicarse con la persona sorda, por lo que de manera recurrente, en el entorno familiar, solo se desarrollan unas señas caseras muy limitadas, pero que le permite a la familia un desarrollo cognitivo similar al de las personas sordas que sí saben LSC (Chacón Zota, 2018).

Esto significa un reto al momento de prestarle servicios de salud a una persona sorda que no tenga conocimiento de LSC. Por esta razón, las comunidades de personas sordas requieren especial apoyo para lograr privilegiar el empleo de una LSC, de modo que, a lo largo y ancho del país, se promueva su aprendizaje y su uso tal como lo establece la Ley 324 (Congreso de la República de Colombia, 1996). Esto implica incentivar mucho más el aprendizaje de la LSC en toda la población sorda, así como también la necesidad de que en Colombia, en el sector de la salud, se cuente con la cantidad suficiente de

intérpretes en LSC para que las EPS y las IPS puedan garantizar una prestación de salud más inclusiva frente a las personas sordas.

Lo anterior, teniendo en cuenta que las PcD auditiva se enfrentan a múltiples retos en la comunicación, por lo que tienen que sustituir el oído por otros sentidos para conectarse con el entorno. Por ello las personas sordas necesitan acudir a otros medios para recibir información, como lo serían los pictogramas, los carteles, el lenguaje de señas o la lectura labial, entre otras (Hospitecnia, 2021).

De acuerdo con esto, las personas sordas tienen que superar grandes dificultades para obtener información en salud y acceder a la atención médica. Las dificultades disminuyen para aquellas personas que emplean la lectoescritura como segunda lengua. No obstante, incluso para estas personas, es preferente el empleo de LSC (Berdejo y Caballero, 2018), puesto que solamente el 35 % de la población sorda colombiana tienen manejo de lectoescritura en español.

En el análisis sobre los ajustes razonables para preparar la entrevista médico-paciente hay que considerar que en la concurrencia entre la injusticia epistémica y la injusticia algorítmica se advierte también la presencia de injusticia hermenéutica, fenómeno que se da de manera muy especial en pacientes con discapacidad auditiva, a lo cual se le suma el hecho de que una gran parte de personas sordas no hablan LSC, pues en las familias se comunican por señas rudimentarias o por lenguaje gestual que empíricamente aprenden en su hogar. En estos casos no se puede pensar que un ajuste razonable en la atención al paciente será contar con intérprete en LSC, porque estos pacientes no saben dicho lenguaje. No podría efectivamente establecerse el escenario de una injusticia testimonial, porque ni siquiera habría posibilidad de que el paciente presente su testimonio sobre la experiencia de su enfermedad; sin embargo, en tales casos, pervive de entrada la injusticia hermenéutica, dada a raíz de los prejuicios de identidad social.

No obstante, si el paciente sordo tiene la oportunidad de expresarse a través de una lengua de señas rudimentaria con ayuda del familiar con quien construyó dicha lengua de señas, es necesario considerar que esta situación también implica que, ante tales circunstancias, el paciente no cuenta por sí mismo con los recursos

hermenéuticos para explicar lo que siente o lo que experimenta con ocasión de la afección a su salud. En efecto, no conoce la multiplicidad de señas de la LSC que pudiera distinguir cualquier intérprete, pues la lengua de señas caseras es mucho más limitada y, por tanto, no le permite dar mayor precisión a lo que pretende expresar. Sin embargo, en los casos en los que la persona sorda solo maneje una lengua de señas rudimentaria, se hace necesario para la consulta médica el acompañamiento del familiar con quien la PcD auditiva se comunica con dicha lengua de señas, de modo que dicho familiar intente interpretar lo que la PcD quiere manifestarle al médico frente a la experiencia de dolor o de la enfermedad.

Lo anterior se conjuga también con los prejuicios frente a la validez testimonial por parte del médico, cuando este advierte que la comunicación entre el paciente y su acompañante es limitada a una comunicación gestual o poco elaborada, constituyéndose un tipo de injusticia epistémica denominada injusticia testimonial, que recae sobre el paciente con discapacidad auditiva. Lo resaltable aquí es la importancia que tiene la LSC como eje sobre el cual se le pueden proporcionar los recursos hermenéuticos al paciente con discapacidad auditiva, siempre y cuando se trate de una persona sorda que se comunica en LSC. Esto por el alcance que tiene para dichas personas la LSC en todas las esferas de su vida.

La implementación de ajustes razonables para atender a un paciente con discapacidad auditiva implica también garantizarle los derechos hermenéuticos y comunicacionales, y dicha implementación tiene efectos sobre aspectos epistémicos en la comunicación entre el médico y el paciente. Los ajustes lo que se buscan es establecer un canal y un código de comunicación común que le permitan al médico un contexto adecuado para comunicarse con su paciente de manera efectiva y para que, a su vez, pueda tener un rol activo en la relación dialógica médico-paciente.

2.2.2. Observación del ejercicio comunicativo cotidiano de la persona sorda para determinar la necesidad de intérprete en LSC en la entrevista médico-paciente

La observación del ejercicio comunicativo cotidiano entre la persona sorda y el familiar que mejor se comunica con la persona sorda es clave para establecer aspectos relevantes a tener en cuenta al realizar la interpretación en LSC. Las personas sordas tienen la necesidad natural de generar empatía con el otro, y esto hace que en muchas ocasiones la persona sorda asienta con la cabeza o exprese mediante un lenguaje gestual (no propiamente empleando LSC). Estas son respuestas connotativas de aprobación por lo que el otro dice. El intérprete, entonces, debe advertir si situaciones como estas son las que se incluyen en las dinámicas comunicacionales de la PcD auditiva, pues sería un contrasentido suponer que en realidad la persona sorda entiende lo que se le dice por el solo hecho de que ella manifieste gestualmente una respuesta de aprobación.

Adicionalmente, hay personas sordas muy hábiles al leer los labios de la persona oyente, y en estos casos una buena gesticulación y mirar todo el tiempo de frente a la persona sorda servirá de refuerzo al momento de emplear la LSC para asegurar una adecuada comprensión de lo que se le dice a la persona sorda. Como también hay personas sordas que tienen un buen uso de la LSC, pero que en la casa no se pueden comunicar mediante dicha LSC porque sus familiares cercanos no saben dicha LSC. Así mismo hay personas sordas que, además de la LSC como primera lengua, utilizan el español lectoescrito como segunda lengua.

Con lo anterior queda suficientemente claro que no por el hecho de que un intérprete en lengua de señas haga presencia en una consulta médica, ya se tienen garantizados los elementos hermenéuticos y comunicacionales en la relación dialógica médico-paciente. Es necesario constatar las características lingüísticas y comunicacionales de la persona sorda de modo que su acercamiento a la PcD auditiva esté mediada por una aproximación a la experiencia comunicacional en primera persona por parte de la PcD.

Ahora bien, es importante establecer una relación dialógica entre el médico y el paciente con discapacidad auditiva. Esto implica

que en realidad haya un entendimiento mutuo tanto de parte del médico respecto del testimonio del paciente como de parte del paciente respecto a la información que le pretende transmitir su médico tratante.

Una vez se establece que entre los ajustes razonables para la atención médica se debe incluir la presencia de un intérprete en LSC, es imperativo garantizar el escenario propicio para realizar dicha entrevista médico-paciente, de modo que el paciente se sienta cómodo para entablar una comunicación con el médico, ayudado del intérprete en LSC. Lo anterior es relevante, pues el ambiente de un consultorio médico está cargado de una asimetría epistémica mediada por el hecho de que es el médico quien tiene el conocimiento en su consultorio y el paciente es un sujeto pasivo examinado y estudiado por el médico, quien es el “facultado” para tomar las decisiones que considere pertinentes frente al estado de salud del paciente.

En este contexto, el aprendizaje de LSC es de suma importancia para las personas sordas, pues no solo les permite comunicarse, relacionarse o aprender, sino también desarrollar su proyecto de vida (Fundación Saldarriaga Concha, 2021). Lo anterior implica que no solo los niños, niñas o adolescentes sordos deben aprender LSC, sino también sus propias familias o miembros de su entorno familiar, pues si esto no se da en la práctica, se estaría limitando el proceso cognitivo del niño, niña o adolescente, al no poder comunicarse efectivamente (Fundación Saldarriaga Concha, 2021).

De acuerdo con esto, uno de los retos más relevantes de la prestación de salud respecto de las personas sordas es poder contar con un número adecuado de intérpretes en LSC. Es necesario indicar que un intérprete en LSC precisamente lo que hace es interpretar lo que le dice la persona señante al médico y viceversa. En consecuencia, hay un margen subjetivo del intérprete en LSC en la comprensión del mensaje de la persona a interpretar (Velandia Mesa y Nieto Grisales, 2015).

Por lo anterior, para garantizar los derechos lingüísticos de la persona sorda, el intérprete en LS debe indagar por las características lingüísticas y comunicacionales de la persona sorda. Esto implica comprobar que la persona sorda sí maneje bien la LSC o que se

comunique con solvencia mediante dicha LSC. Tal verificación asegura que el intérprete en LSC tenga mayor posibilidad de realizar la interpretación, en su sentido más genuino, del mensaje que quiere transmitir la persona sorda mediante el uso de las señas. Es así como se garantiza que el mensaje que el intérprete en LSC transmite estará lo menos “contaminado” de aspectos subjetivos de su parte, los cuales pueden llegar a distorsionar el mensaje que finalmente se entrega a la persona oyente que, en este caso, sería el médico tratante en el encuentro con el paciente sordo (Castrillón García y Gil Salcedo, 2020).

Es necesario considerar también la posibilidad de que el intérprete en LSC, en el ejercicio de su labor, encuentre que la persona sorda a interpretar tiene dificultades en el manejo de la LSC o que, además de ser persona sorda, posea otros tipos de discapacidades, como lo sería una discapacidad cognitiva o una discapacidad psicosocial. Esto se deberá considerar al establecer la posibilidad de llevar a cabo el servicio de interpretación en LSC, toda vez que la presencia de un intérprete carece de objeto cuando la persona sorda no maneja adecuadamente la LSC o ni siquiera la conoce. En tal caso, evidentemente no se puede asegurar la garantía de los derechos lingüísticos o comunicacionales de la persona sorda por el hecho de contar con un intérprete en LSC (Castrillón García y Gil Salcedo, 2020).

En Colombia, aunque el médico cuente con un intérprete en LSC no se puede asegurar que el paciente tenga todos los recursos hermenéuticos para que haya un diálogo con la misma claridad que se puede dar con una persona oyente. Esto se da porque en la LSC no existen “señas” para una gran parte de términos o expresiones médicas. Sobre esta problemática en Colombia ya se ha tenido algunos avances. Uno muy significativo se dio en 2023 cuando el Ministerio de Salud y Protección Social, en asocio con la Federación Nacional de Sordos de Colombia (que agremia asociaciones de sordos de 37 departamentos), presentó el *Glosario de términos de la salud en lengua de señas colombianas* (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2023a). En dicho glosario se crearon “57 nuevas señas sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permiten educar e informar a las personas en condición de discapacidad

auditiva sobre cómo funciona el sistema de salud colombiano y como acceder a sus servicios” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2023b).

Las limitaciones de la LSC en torno a la jerga médica y la terminología del Sistema General de Seguridad Social en Salud se conjugan con la complejidad que representa el empleo de IA en la atención médica y con los aspectos epistémicos que tácitamente están insertos en el momento del encuentro entre el médico y el paciente (que es persona sorda), aún en aquellos eventos en los cuales se cuenta con intérprete en LSC.

2.2.3. El uso de apoyos por parte de la PcD en la entrevista médico-paciente

La prestación de servicios de salud en el marco del paradigma social de discapacidad debe partir del reconocimiento de la capacidad que tienen las PcD mayores de edad para ser sujetos de derechos y obligaciones; lo que implica que se les debe reconocer la validez de sus decisiones respecto de todos los aspectos de su vida, en especial su salud. Cuando la persona sea mayor de edad y requiera apoyos en la toma de decisiones, se le debe garantizar el ejercicio pleno de su estatus como persona dentro de la sociedad.

Es fundamental en todos los casos que el personal médico se asegure que la PcD comprende la información y puede comunicar sus decisiones al respecto, por sí mismo o con ayuda de una persona de apoyo, teniendo en cuenta que los apoyos son una modalidad de asistencia en la toma de decisiones, al cual tiene derecho la PcD para el ejercicio de su capacidad legal.

No todas las PcD requieren contar con un mismo tipo de apoyo para la toma de decisiones. Por ejemplo, hay PcD auditiva que no requieren a otra persona como apoyo, sino que les es suficiente el empleo de dispositivos de comunicación. Sin embargo, cuando una PcD mayor de edad sí requiera de una persona como apoyo, habrá de constatarse que se haya celebrado un acuerdo de apoyo o adjudicación

de apoyo,⁷ así como también la aplicación de salvaguardas.⁸ Es importante anotar que una cosa es la persona de apoyo en la toma de decisiones y otra cosa es el intérprete en LSC, es decir, el intérprete en LS no es el apoyo en la toma de decisiones (aunque existen casos en los cuales la persona de apoyo sabe también LSC).

Por último, se reitera que legalmente se presume la capacidad jurídica de las PcD, lo que significa que contar o no con apoyos no debe constituirse en una razón para impedirle el acceso a los servicios de salud a una PcD.

2.3. La entrevista médica al paciente con discapacidad auditiva como medida correctiva frente al riesgo de injusticia algorítmico-epistémica

En este apartado se pretende profundizar en el testimonio en primera persona del paciente sordo. Esto es clave porque es él quien tiene la experiencia de la enfermedad, del dolor y de la evolución del tratamiento médico que se le aplica. Esto implica revisar los aspectos que entran en juego en la construcción de ese testimonio de la persona sorda con ayuda del intérprete en LSC.

2.3.1. El testimonio del paciente frente al dolor y la enfermedad en su experiencia de primera persona y el manejo del intérprete en LSC

Un primer aspecto para analizar es la manera como se relaciona la experiencia del dolor con la experiencia de la enfermedad, y cómo esta experiencia conjunta es testificada por la persona sorda con ayuda de un intérprete en LSC. Es así como, desde el punto de vista médico, se aborda el dolor como un síntoma de que existe una afectación en un órgano o tejido del cuerpo. Por ello el dolor

⁷ Las PcD o quienes fungirán como apoyos pueden acudir a un centro de conciliación o una notaría para solicitar la formalización de acuerdos de apoyo o directivas anticipadas. Cuando la PcD no pueda manifestar su voluntad, será necesario acudir ante la jurisdicción para el trámite de una adjudicación de apoyo a cargo de un juez de familia.

⁸ Las salvaguardas son medidas con las cuales se puede proteger la voluntad de la PcD, garantizando que no haya conflicto de intereses en la toma de decisiones.

es considerado como una sensación desagradable, asociada tanto a aspectos emocionales como al daño actual o potencial de un tejido determinado del cuerpo (Geniusas, 2020, p. 41). De acuerdo con esta definición, el dolor constituye una experiencia que, si bien se encuentra asociada a aspectos puramente corpóreos (*körperlichen*), relacionados generalmente con una enfermedad somática (*disease*), no se deja reducir simplemente a ellos (Geniusas, 2020, p. 141).

Sin embargo, a diferencia de la ciencia médica, de la biología y de las ciencias naturales en general, las cuales estudian sus objetos desde el punto de vista de la tercera persona, la fenomenología se ocupa de estudiar la experiencia en general desde el punto de vista de la primera persona, con el ánimo de exponer las estructuras generales de significado que la caracterizan. Esto implica considerar que, desde el punto de vista de la primera persona, el cuerpo no es meramente un asunto corpóreo (*körperlich*), sino ante todo un cuerpo vivido (*Leib*) (Geniusas, 2020, pp. 127-128).

El mundo no es un conjunto de cosas situadas en el espacio-tiempo absoluto, sino un mundo vivido (*Lebenswelt*) y la enfermedad no es una simple disfunción del organismo (*disease*), sino una experiencia que afecta el conjunto de la vida de la persona (*illness*). Algo semejante ocurre con el dolor y la enfermedad, que constituyen una experiencia que vincula el cuerpo propio y que pone en cuestión la separación de mente y cuerpo, al igual que la distinción entre emociones de carácter mental y sensaciones o afectos de carácter corpóreo (Contreras, 2022c).

Esas estructuras generales de significado, que caracterizan la experiencia del dolor y de la enfermedad en primera persona, proporcionan información relevante para confirmar las ideas y razonamientos del médico frente al dolor que experimenta la persona ante una enfermedad o afectación del cuerpo con ocasión de un accidente que implica lesiones en el cuerpo. Adicionalmente, dicha experiencia puede dar pistas significativas sobre el avance de la enfermedad o la evolución del tratamiento que recibe el paciente.

En este orden de ideas, la experiencia en primera persona del dolor y de la enfermedad, propia de un abordaje de la fenomenología naturalizada, no solo permite una adecuada comprensión del dolor y

la enfermedad, sino que además genera aportes importantes para la toma de decisiones del personal médico en cuanto a la experiencia en primera persona por parte del paciente y respecto del tratamiento o manejo médico de su enfermedad. En este sentido, la fenomenología del dolor y la enfermedad fortalece la comprensión y el alcance del quehacer médico, pero también se complementa por los desarrollos de la medicina. De hecho, con base en los trabajos de fenomenólogos clásicos, como Husserl, Heidegger, Sartre y Merleau Ponty, entre otros, la fenomenología naturalizada busca establecer un diálogo con las ciencias de la naturaleza sobre problemas de interés común, que redundan en una mejor comprensión del fenómeno estudiado, tanto en su aspecto significativo-conceptual como en su determinación científica-funcional (Contreras, 2022a).

Es así como, desde la fenomenología, se puede profundizar en una visión más integradora, lo cual se puede advertir en los postulados de Geniusas (2020), pues a partir de la fenomenología se aborda la persona desde dos perspectivas: como sujeto del dolor y frente a la experiencia de la enfermedad. Sin embargo, se resalta que la experiencia de una enfermedad no se limita al padecimiento de un dolor, pues, con ocasión de un tratamiento médico o analgésico, es posible que la experiencia del dolor se transforme y adquiera otros matices. No solo está en escena la persona como sujeto de dolor, sino que la experiencia del dolor y la enfermedad desde la medicina se asocian al cuerpo como causa del dolor, en tanto que este posee una afectación anatómica o fisiológica.

Teniendo en cuenta lo anterior, es relevante indagar sobre la manera en la cual se genera la comunicación de la experiencia del dolor y de la enfermedad en primera persona por parte de una PcD auditiva y, especialmente, cuando se trata de una persona sorda que cuenta con el acompañamiento de un intérprete en LSC.

Con respecto a la experiencia del dolor, las personas sordas que no manejan LSC encuentran muchas maneras de comunicar la sensación de dolor, entre ellas el lenguaje corporal propio de una persona que experimenta dolor, ya sea retorciéndose o limitando movimientos y evitando con ello mayores niveles en la sensación de dolor. Sin embargo, también es común que las personas sordas no

señantes manifiesten su sensación de dolor mediante gesticulaciones orientadas a mostrarle al otro el lugar en donde experimentan dolor y, con base en ello, dan a entender qué le duele. Sin embargo, ante el escenario de una persona que no maneja LSC es difícil pensar que se pueda considerar una mayor calidad de detalle sobre la experiencia en primera persona del dolor y de la enfermedad; lo cual no sucede en el caso de una persona sorda que pueda comunicarse en LSC y que cuente con intérprete durante la consulta médica.

En el caso del paciente sordo que se comunique en LSC y que cuente con intérprete, es relevante considerar que su testimonio en primera persona y con ayuda del intérprete puede significar detallarle al médico su experiencia en primera persona sobre el dolor y la experiencia de su enfermedad; adicionalmente, su testimonio puede dar cuenta de su contexto y su mundo vivido al poder construir narrativas sobre la manera en que el dolor o su enfermedad lo afectan en las diferentes esferas de su vida. Es relevante indicar que si una persona sorda y señante (que se comunica en LSC) tiene un empleo, tiene una familia a cargo y/o hace deporte, por ejemplo, en todas esas facetas de su vida puede verse afectado por la experiencia de dolor generado a causa de una enfermedad. Pero muchas veces esta realidad es invisibilizada o ignorada por el personal de salud, cuando se hace ideas vinculadas a prejuicios sociales referentes a la población con discapacidad, y esto hace que el tratamiento de la enfermedad no tenga un alcance tal que permita mejorarle la calidad de vida al paciente en todas las esferas de su vida.

Esto contrasta con la obligación del personal médico de garantizarle a las personas sordas que manifiesten su voluntad y sus preferencias con respecto a su salud, el tratamiento de su enfermedad, etc., y, en consecuencia, deben actuar de acuerdo con las decisiones relativas al conocimiento de su estado de salud, diagnóstico, cuidados, tratamientos y la práctica de cualquier procedimiento médico. Se denota aquí la carga epistémica que tiene el testimonio del paciente sordo en la toma de decisiones por parte del personal médico, lo cual no se puede desconocer e implica que el médico debe confirmar que se cuente con un intérprete en LSC y que la persona sorda tenga manejo de LSC.

2.3.2. Corrección de la injusticia algorítmico-epistémica con apoyo en la evaluación de la entrevista médico-paciente: el papel del oyente virtuoso

Cuando el médico tratante utiliza algún sistema de IA en la atención médica, es importante que pueda validar el resultado predictivo que le arroja dicho sistema, y una forma de validar es con ocasión del encuentro médico-paciente. El problema es que si inadvertidamente el sistema de IA arroja un resultado que puede acarrear un tratamiento que no le corresponde al paciente, en tanto que el sistema reproduce algún sesgo en su programación o en su entrenamiento, no sería posible una validación en el encuentro médico paciente si por un lado el médico está afectado por el prejuicio social o por el prejuicio de credibilidad del testimonio del paciente con discapacidad auditiva y, por tanto, no le otorga el debido valor al testimonio del paciente asistido por un intérprete en LSC. A esto se le suman las limitaciones que tiene la LSC frente a la terminología médica.

Dicho prejuicio social y de credibilidad del testimonio del paciente no se supera por el hecho de que, en su encuentro con el paciente, el médico cuente con un intérprete en LSC, pues no es posible suponer que toda la información médica será efectivamente explicada al paciente a través del intérprete, en tanto que la LSC incluye señas con las que se puede interpretar un sentido básico o general de lo que le dice el médico tratante al paciente.

Lo anterior es relevante al momento de evaluar la calidad del mensaje que se le interpreta al paciente, es decir, el mensaje que va del médico al paciente; mensaje de por sí está limitado a unas señas muy generales. Por ello es necesario crear nuevas señas que sean validadas y aprendidas por las comunidades sordas y así mismo por los intérpretes en LSC con el fin de mejorar la calidad del mensaje médico-paciente.

Por su parte, la comunicación que va en la dirección inversa, es decir, del paciente al médico, debe superar el prejuicio de identidad social y de validez del testimonio por parte del paciente, por lo que es indispensable que el personal médico tenga una preparación adecuada en la prestación de servicios de salud inclusivos, en el marco del paradigma social de discapacidad.

En el escenario comunicativo entre un paciente que sea persona sorda y su médico tratante mediante intérprete en LSC, es necesario que el médico configure en el encuentro con el paciente un escenario correctivo de cualquier prejuicio frente a la persona sorda. Esto será una primera medida para valorar el testimonio del paciente a través del intérprete en LSC; lo cual es relevante para poder contrastar los resultados que le arroja el sistema de IA. Así, se asegura que no se ocasionen resultados igualmente discriminatorios que le generen perjuicios al paciente con ocasión de que el sistema de IA reproduzca sesgos en su cadena algorítmica.

Es indispensable, además, que el médico asuma una actitud empática frente a la persona sorda y su testimonio a través del intérprete en LSC. La actitud empática implica, de acuerdo con Fricker (2017), que el médico se convierta en un oyente virtuoso. Esto significa que haya superado o corregido sus prejuicios frente a las personas sordas, y que con ocasión de su experiencia frente a la atención a PcD haya implementado ciertas correcciones en sus percepciones y razonamientos frente a las PcD auditiva. Lo anterior conlleva mantener una actitud de alerta frente al testimonio de la persona sorda a través del intérprete en LSC, lo cual le puede permitir un control virtuoso sobre sus prejuicios. El médico debe asumir una actitud reflexiva frente a la comunicación empática con la persona sorda o, como lo diría Fricker (2017): “quizás lo ideal sea una combinación de espontaneidad y reflexividad” (p. 165).

El médico tendrá que entrenarse y ganar experiencia como oyente virtuoso, en la medida en que en el encuentro con su paciente debe mantener una actitud vigilante para que prejuicios espontáneos no entren en el escenario de la escucha del testimonio que encierra la narrativa en primera persona de la PcD frente a su experiencia de dolor o de la enfermedad. De esta forma, el médico mantendrá despierta la capacidad de autocorrección de sus prejuicios mediante una actitud reflexiva a lo largo del encuentro médico-paciente.

Esta actitud reflexiva y empática, propia de un oyente virtuoso en el ámbito del encuentro entre el médico y el paciente, ilustra cómo, de acuerdo con Fricker (2017), es posible controlar los prejuicios identitarios frente a las PcD. Y es en este punto precisamente donde

entra en juego otro elemento que no es propio de la medicina (como ciencia en tercera persona), sino que es más bien propio de la fenomenología (a partir de su método caracterizado por investigar en primera persona), y es el investigar acerca de la enfermedad del paciente desde la experiencia de este en primera persona; lo cual es algo que no es usual en el encuentro médico-paciente.

Sin embargo, tratándose de pacientes con discapacidad auditiva, el médico en su actitud de oyente virtuoso se enfrenta a varios retos que no se presentan con un paciente oyente o que no es persona sorda. En consecuencia, el médico se debe disponer para que en la comunicación con la persona sorda se usen otros recursos comunicacionales como dibujos, pictogramas, imágenes en dispositivos tecnológicos o aplicaciones de celular o computador. En el caso de las personas sordas sucede que en la comunicación deben sustituir el **oído por los otros sentidos** para percibir su entorno. De ahí que si las señas limitan el sentido de lo que puedan expresar, deben usar recursos visuales para comunicarse con más claridad. De igual manera, el médico debe corresponder a esa posibilidad de emplear también dichos recursos visuales que complementan el mensaje a través del interprete en LSC.

Si, por ejemplo, una PcD auditiva se presenta utilizando apoyos técnicos como tabletas, celulares con aplicaciones específicas, portátiles, amplificadores de sonido, amplificadores de voz, es importante que el médico le pregunte a la PcD **cómo desea que le brinde sus servicios con el empleo de dichos apoyos técnicos**. En igual sentido, el médico debe estar presto a establecer comunicación mediante lectoescritura. Si la PcD auditiva intenta entablar comunicación con el médico a través de dicha escritura, es indispensable que el médico tenga presente que para las PcD auditiva la lectoescritura constituye una segunda lengua, lo que implica que la comunicación se debe mantener con oraciones sencillas y con una escritura lo más clara posible, evitando tecnicismos que pueden dificultar la comprensión de lo que se le está diciendo a la PcD auditiva.

La actitud de oyente virtuoso frente a una PcD implica reconocer la diversidad humana de este grupo poblacional, en el cual así como hay PcD auditiva que requieren intérprete en LSC, hay otras PcD

auditiva que no lo requieren, sino que tienen otras adaptaciones que les permiten comunicarse, como los apoyos tecnológicos o la lectura de los labios o los implantes cocleares.

En todos estos casos, una actitud de oyente virtuoso implica un ejercicio de reconocimiento y alteridad sobre la PcD auditiva y ese reconocimiento también se ve reforzado por actos que denotan una disposición empática con el fin de atender a los requerimientos de la PcD auditiva para comunicarse, sin restarle valor al contenido de su comunicación. Esto implica por ejemplo, por parte del médico, hablar despacio, de modo que la PcD auditiva que puede leer los labios lo haga de manera adecuada. También exige que el médico mantenga la actitud de escucha y el contacto visual con la persona con discapacidad, evitando darle la espalda.

Otro aspecto clave en la escucha virtuosa del médico a una PcD auditiva es cuidarse de asumir que sabe lo que la PcD auditiva requiere, lo que significa que siempre debe preguntarle o constatar con la persona sorda qué necesita. Por lo tanto, el médico debe esforzarse por entender los deseos o las opiniones que la PcD auditiva quiere transmitirle e incluso, en caso de que la PcD auditiva esté acompañada de otra persona, es necesario considerar si la PcD auditiva en algún momento quiere hablar solo con el apoyo del intérprete en LSC y sin la presencia de su acompañante. Esto último denota que con quien se entabla la comunicación es con la PcD auditiva y que en ocasiones el acompañante de la PcD auditiva, con sus intervenciones, puede restarle la oportunidad de comunicarse a la PcD auditiva a través de su intérprete en LSC.

Igualmente, dicho ejercicio de reconocimiento o alteridad implica que el médico asuma una actitud vigilante frente a las intervenciones del acompañante de la PcD auditiva, pues es importante considerar que, consciente o inconscientemente, el médico puede resultar dirigiendo la mirada todo el tiempo al acompañante o a la persona de apoyo o al intérprete en LSC, perdiendo de vista a la PcD auditiva, y sin alcanzar a advertir si la PcD manifiesta algún desacuerdo con la persona de apoyo.

Se puede concluir entonces que un adecuado escenario de comunicación con la PcD auditiva es la clave para que la entrevista

entre el médico y el paciente tenga un alcance correctivo para evitar que las decisiones tomadas por el médico tratante frente a la PcD auditiva generen fenómenos como la injusticia algorítmico-epistémica con los consecuentes prejuicios sobre la PcD auditiva.

Una injusticia epistémica implica que el médico discrimine injustificadamente a la PcD auditiva en su calidad de sujeto cognoscente o portador de un conocimiento importante para la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Ese conocimiento corresponde a la experiencia en primera persona de la PcD respecto a su dolor, su enfermedad o su experiencia vivida en el tratamiento que está recibiendo. Hay que tener presente que la discriminación puede ser consciente o inconsciente por parte del médico, a partir de prejuicios sobre la PcD en razón a su discapacidad. Pero también puede darse en asocio con otras condiciones que generan prejuicios, como el género, la etnia el origen social, la raza, la sexualidad, etc. De ahí que el concepto de *injusticia epistémica* y especialmente *injusticia algorítmico-epistémica*, asociado a la atención médica a pacientes con discapacidad auditiva, enriquece la práctica médica inclusiva respecto a este grupo poblacional. Esto, en tanto que presenta un marco conceptual a partir del cual se le garantiza a las PcD auditiva un mayor reconocimiento sobre el valor epistémico de su testimonio respecto a las decisiones que se tomen en el contexto del encuentro médico-paciente con apoyo en IA, lo cual finalmente tiene efectos sobre el diagnóstico y tratamiento a aplicar, que debe considerar la voluntad informada del paciente sin limitación alguna en atención a su discapacidad.

3. Conclusiones

Es recurrente apreciar que la población con discapacidad cimienta sus reclamos y la reivindicación de sus derechos en que todas las decisiones políticas, jurídicas, sociales y económicas respecto de ellos se den mediadas por su participación activa, por lo que consignas que reiteran un lema de las PcD como “nada sobre nosotros sin nosotros” no solo apuntan a reforzar el panorama de inclusión de la PcD, sino que también se orientan a establecer principios éticos para la toma de decisiones gubernamentales en materia de discapacidad. Se busca que dichas decisiones se tomen desde el seno de la misma población con discapacidad y que, atendiendo a una perspectiva empática, realmente no se les desconozca los derechos que se les pretende reivindicar. El primero de ellos es, sin duda, el reconocimiento de su capacidad jurídica como personas sin que padezcan discriminación alguna.

En este punto vale la pena resaltar los aportes de la fenomenología para el avance del paradigma actual de discapacidad, en tanto, autores como Toro et al. (2020) reflexionan sobre la necesidad de no confundir la discapacidad con una enfermedad. Esto último puede ocurrir aún desde el paradigma social, cuando se concibe la causa física o fisiológica de la discapacidad desde un punto de vista cosificador. Con esto, se desconoce que una PcD, en su propia experiencia vivida en la cotidianidad, puede tener la capacidad de adaptarse a su entorno sociomaterial, aunque para hacerlo deba explorar posibilidades no convencionales, pudiendo superar las limitaciones corporales o físicas que se advierten desde un punto de vista cosificador de la discapacidad o desde una visión de la misma en tercera persona.

Si desde el paradigma social de discapacidad se diera el salto o el avance a partir de estos aportes de la fenomenología, sustentados en la experiencia en primera persona, sería posible evolucionar aún más

en el paradigma de discapacidad. Darle tal alcance al actual paradigma de discapacidad tendría como efecto no solo una mejor comprensión de la discapacidad, sino la perfilación de mejores lineamientos políticos, sociales y económicos en materia de inclusión, que pueden materializarse a nivel macro, en el diseño y la implementación de mejores políticas públicas de discapacidad e inclusión social para las PcD en Colombia.

Tratándose de la prestación de servicios de salud a las PcD, la práctica médica debe perseguir reivindicar también este grupo poblacional, frente a los prejuicios y conductas que invisibilizaban la voluntad de las personas sordas en el marco del anterior paradigma médico-rehabilitador. Lo que hay de trasfondo aquí es indagar por los aspectos más relevantes a tener en cuenta, para que la conducta epistémica vinculada a la atención de las PcD auditiva sea justa. Solo así se podrá avanzar realmente hacia mayores niveles de inclusión en el marco de la garantía de derechos de las PcD auditiva.

Paralelamente, es relevante fortalecer el poder identitario de la población con discapacidad y su incidencia social sobre los imaginarios colectivos que aún constituyen rezagos del anterior paradigma de discapacidad médico-rehabilitador. Es, entonces, ese enfoque inclusivo en la prestación de servicios de salud, un primer escenario para destacar en la práctica médica. Esto implica un mayor compromiso de los profesionales de la salud sobre la reivindicación de los derechos y el reconocimiento de la capacidad legal de la población con discapacidad desde el paradigma social.

Un segundo punto tiene que ver con la implementación de ajustes razonables en la atención médica, con el fin de garantizar la disposición de recursos comunicacionales y hermenéuticos, para minimizar el riesgo de injusticia testimonial en casos de PcD auditiva.

Un tercer aspecto, finalmente, tiene que ver con la formación del profesional de la salud en IA, de modo que su desconocimiento no sea una circunstancia que le impida al médico considerar los límites y alcances de la IA desde una perspectiva crítica.

Partiendo de una adecuada entrevista médico-paciente, es posible que el profesional de la salud disminuya los riesgos de injusticia algorítmica en la aplicación de IA en el diagnóstico y tratamiento de

enfermedades o incluso advierta y corrija escenarios en los cuales dicha injusticia pudiera conllevar otras injusticias sobre el paciente, como sería el caso de la injusticia epistémica. Esto sería un punto de partida para minimizar perjuicios injustos sobre el paciente, con ocasión de la conducta epistémica en la relación médico-paciente mediada por el apoyo en IA para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Los sistemas de IA empleados para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, si bien son una ayuda para el médico tratante y no lo sustituyen en su labor, no aseguran por sí mismos un diagnóstico preciso o un tratamiento adecuado para el paciente cuando se está en presencia de circunstancias que generan injusticia epistémica. Así sucede en el caso de los pacientes con discapacidad auditiva, cuando en su atención el médico tratante no realiza un abordaje incluyente al paciente en su condición de discapacidad y, por tanto, no le brinda las herramientas lingüísticas y comunicacionales adecuadas para entablar un encuentro dialógico médico-paciente. En tales situaciones, el paciente con discapacidad auditiva no cuenta con los recursos hermenéuticos para transmitir lo que siente en su experiencia vivida con la enfermedad.

Esta situación se agrava cuando, adicionalmente, el médico emplea sistemas de IA en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y en el encuentro con su paciente está predeterminado por la respuesta que recibió por parte del sistema de IA. La situación es más gravosa porque el médico en tal caso puede considerar consciente o inconscientemente que no es relevante una escucha virtuosa del paciente. Puede también no tomar al paciente como fuente de información que apoye el resultado arrojado por el sistema de IA. Así, el médico no reconocería al paciente como la persona que es el sujeto de la experiencia de dolor y terminaría prescindiendo de una adecuada valoración de su testimonio.

Lo descrito con antelación aumenta el riesgo de que, por parte del médico tratante, se cometan injusticias epistémicas que minen la prestación de servicios de salud de calidad y la protección de los derechos fundamentales como la salud o la garantía de los derechos

humanos, como la dignidad humana y los derechos lingüísticos y comunicacionales para el caso de una PcD auditiva.

La solución que se propone en este libro frente a las injusticias algorítmico-epistémicas desde una perspectiva fenomenológica tiene un alcance ético que no se subsume a una conducta del médico tratante dentro de los lineamientos deontológicos que demarcan el ejercicio de su profesión. Dichos lineamientos se quedan cortos cuando lo que está en juego es la reivindicación de derechos de PcD y el desmontaje de rezagos del paradigma médico-rehabilitador de la discapacidad. Toda vez que en el paradigma médico-rehabilitador, el papel del médico era muy activo al momento de descalificar la capacidad del PcD para tomar decisiones, en tanto que su dictamen médico sobre una PcD era tenido como el fundamento para que un juez despojara a una PcD de la posibilidad del ejercicio de sus derechos, subyugándola a la dependencia de otra persona.

Esto, tal como sucedía en los casos de interdicción, no era otra cosa que una muerte civil en el ejercicio de los propios derechos de la PcD, pues no podía celebrar por su propia cuenta actos jurídicos, no podía casarse, tener propiedades, recibir herencias e incluso no tenía la posibilidad de decidir sobre su propio cuerpo; pues todas las decisiones importantes de su vida dependían de otra persona en su calidad de tutor o tutora.

La solución al problema de la injusticia algorítmico-epistémica que se propone en esta monografía parte desde una perspectiva interdisciplinaria, en la que se acogen los aportes de la fenomenología naturalizada para la comprensión del dolor y la enfermedad, desde la experiencia de primera persona, en asocio con los aportes de la misma fenomenología naturalizada en materia de discapacidad, en la que el escenario en el cual se conjuga la posibilidad de apreciar la experiencia de la PcD auditiva es la entrevista médico-paciente, en la que el médico debe asumir una actitud de oyente virtuoso (Fricker, 2017).

De acuerdo con esto, la solución que se plantea en el presente libro frente al riesgo de la injusticia algorítmico-epistémica en la atención en salud para PcD auditiva implica el acercamiento del profesional de la salud a la fenomenología naturalizada aplicada al estudio del dolor,

la enfermedad y la discapacidad, así como también formación en IA. Sin embargo, tal como se ha precisado, no es suficiente con preparar al profesional de la salud frente al riesgo de injusticia algorítmico-epistémica en el caso del diagnóstico y tratamiento de enfermedades en el caso de PcD auditiva. También es necesario consolidar el compromiso de los profesionales de la salud, las instituciones prestadoras de salud y las empresas promotoras de salud en la implementación de ajustes razonables que realmente cumplan su propósito de facilitar los recursos lingüísticos y comunicacionales para las PcD auditiva.

Es indispensable profundizar en el mundo de la discapacidad auditiva a partir de los aportes de la fenomenología naturalizada, para poder comprender, desde la experiencia de primera persona de las PcD, cómo esta población en su vida cotidiana enfrenta grandes retos y desafíos hermenéuticos y epistémicos. Para esta población romper con los prejuicios sociales implica el compromiso de toda la sociedad frente al reconocimiento y la garantía de derechos de las PcD.

Lo anterior hace que se puedan desmontar concepciones equivocadas sobre la discapacidad auditiva, que han hecho que se perpetúen tratamientos inadecuados para las PcD auditiva. Para ello es fundamental que se fortalezcan las políticas de discapacidad e inclusión en el país, las cuales también tienen grandes implicaciones con el sector salud, pues es necesario seguir trabajando en el delineamiento de marcos de acción frente a la prestación del servicio de salud inclusivos para las PcD auditiva en Colombia.

Referencias

- Bastías, J., Alarcón, E., Spuler, A., Ruz, A., y Salazar, P. (2020). *La invisibilidad de las personas con discapacidad auditiva*. Universidad Autónoma de Chile. <https://repositorio.uaautonoma.cl/entities/publication/4dc678f1-c3b2-46e8-80d4-f360ebd48489/details>
- Blog de HLA. (2023). *El uso de la inteligencia artificial en el diagnóstico de enfermedades*. <https://www.blogdehla.es/el-uso-de-la-inteligencia-artificial-en-el-diagnostico-de-enfermedades/#:~:text=Una%20de%20las%20aplicaciones%20m%C3%A1s,y%20enfermedades%20en%20etapas%20tempranas>
- Byskov, M. F. (2021). What makes epistemic injustice an “injustice”? *Journal of Social Philosophy*, 52(1), 114-131. <https://doi.org/10.1111/josp.12348>
- Carel, H. (2016). *Phenomenology of Illness*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199669653.001.0001>
- Carel, H., y Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Medicine Health Care and Philosophy*, 17, 529-540. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2>
- Casacuberta, D. (2017, marzo 14). Injusticia algorítmica. *Investigación e innovación en cultura*. <https://lab.cccb.org/es/injusticia-algoritmica/>
- Castrillón García, E. D., y Gil Salcedo. N. O. (2020). *Módulo: acceso a la justicia a personas con discapacidad*. Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla-Rama Judicial. https://escuelajudicial.ramajudicial.gov.co/sites/default/files/biblioteca/18.%20ACCESO%20A%20LA%20JUSTICIA%20DE%20PERSONAS%20CON%20DISCAPACIDAD%20AUDITIVA_compressed.pdf
- Castro Guillén, P. V. (1998). Hermenéutica y posmodernidad. *Apuntes Filosóficos*, (13), 69-83. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9052406>
- Chacón Zota, M. A. (2018) *¿Cómo han sido Reconocidas las Realidades Sociales, Culturales y Jurídicas en la Historia de la Comunidad Sorda en Colombia?* [Universidad Santo Tomás]. Repositorio Usta. <http://hdl.handle.net/11634/15188>

- Ciuffardi, J., Sepúlveda, T., Bisso, C., Daners, P., y Barrios, C. (2021). Experiencia de las Personas Sordas en la Atención de Salud. *Revista Confluencia*, 4(2), 116-121. <https://doi.org/10.52611/confluencia.num2.2021.688>
- Congreso de la República de Colombia. (1996, octubre 11). *Ley 324 de 1996*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=349>
- Congreso de la República de Colombia. (2013, febrero 27). *Ley 1618 de 2013*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=52081>
- Congreso de la República de Colombia. (2019, agosto 26). *Ley 1996 de 2019*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=99712>
- Contreras, A. (2022a). *Fenomenología del Dolor (2/8): El método fenomenológico* [video]. Fenomenología y Hermenéutica. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=AdVhyH0jdP0>
- Contreras, A. (2022b). *Fenomenología del Dolor (4/8): El carácter aversivo del dolor y los síndromes de disociación*. [video]. Fenomenología y Hermenéutica. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=IRqoh_yicVk&t=23s
- Contreras, A. (2022c). *Fenomenología del Dolor (6/8): El cuerpo con dolor: Leib y Körper* [video]. Fenomenología y Hermenéutica. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=TEzMsO09jec&t=48s>
- Contreras, A. (2022d). *Fenomenología del Dolor (7/8): La persona como sujeto del dolor* [video]. Fenomenología y Hermenéutica. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=2sqA9k8mrbY&t=6917s>
- Departamento Nacional de Planeación. (2013). *CONPES 166. Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social*. Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia. <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/166.pdf>
- El Heraldo. (2023). *Nueva York prohíbe en las escuelas el Chat GPT para evitar su uso en exámenes*. <https://www.heraldo.es/noticias/sociedad/2023/01/06/nueva-york-prohíbe-en-las-escuelas-el-chat-gpt-para-evitar-su-uso-en-exámenes-1622988.html>
- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento* (R. García Pérez, trad.). Herder.

- Fundación Saldarriaga Concha. (2021, julio 29). *La familia y el desarrollo del lenguaje de las niñas y los niños sordos*. <https://www.saldarriagaconcha.org/familia-y-el-desarrollo-del-lenguaje-de-las-ninas-y-los-ninos-sordos/>
- Gadamer, H.-G. (1993). *El estado oculto de la salud*. Editorial Gedisa.
- Gamba, L. (2023, diciembre 6). Laura Velásquez y la inteligencia artificial que salva vidas. *El País*. <https://elpais.com/america-colombia/branded/los-lideres-de-colombia/2023-12-06/laura-velasquez-y-la-inteligencia-artificial-que-salva-vidas.html>
- García, E. A. (2018). ¿En qué sentido mi cuerpo es mío? El “cuerpo propio” en Ideen II y Phénoménologie de la perception. *Investigaciones Fenomenológicas*, (15), 21-43. <https://doi.org/10.5944/rif.15.2018.29652>
- Geniusas, S. (2020). *The Phenomenology of Pain*. Ohio University Press.
- Giraldo, M. (2020, septiembre 2). *Bogotá ya diagnostica enfermedades respiratorias usando inteligencia artificial*. Alcaldía de Bogotá. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/bogota-diagnostica-enfermedades-respiratorias-inteligencia-artificial>
- Hao, K. (2021). Una IA descubre racismo involuntario en una prueba médica estándar. *MIT Technology Review*. <https://technologyreview.es/article/una-ia-descubre-racismo-involuntario-en-una-prueba-medica-estandar/>
- Hospitecnia. (2021). *Puntodis. Accesible Solution in Sign – Writing S. L.* <https://hospitecnia.com/arquitectura/puntodis-accessible-solutions-in-sign-writing-sl/>
- ICPC. (2022) *Inteligencia artificial aplicada al diagnóstico de enfermedades reumáticas*. Instituto Tecnológico Pfizer Colombia. <https://www.icpc.com.co/news/inteligencia-artificial-aplicada-al-diagnostico-de-enfermedades-reumaticas>
- Berdejo, I. y Caballero, M. (2028) *Vivir con sordera*. Portal Clinic, Clinic Barcelona. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/sordera/vivir-con-la-enfermedad#:~:text=Las%20complicaciones%20psicol%C3%B3gicas%20m%C3%A1s%20habituales,autoestima/confianza%20en%20s%C3%AD%20mismo.>
- Fundación Saldarriaga Concha (2018) *Cuál es el panorama de la educación para personas con discapacidad en Colombia*. Centro de recursos.

- <https://www.saldarriagaconcha.org/cual-es-el-panorama-de-la-educacion-para-personas-con-discapacidad-en-colombia/>
- Kelsen, H. (1953). Teoría pura del derecho y teoría egológica. *Estudios de Derecho*, 15(45), 511-560. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2128995.pdf>
- Kidd, J., Medina, J., y Pohlhaus, G. (2017). *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. Taylor & Francis Group.
- López Masís, R. (2011). Evolución histórica y conceptual de la discapacidad y el respaldo jurídico-político internacional: el paradigma de los derechos humanos y al accesibilidad. *Alteridad, Revista de Educación*, 6(2), 102-108. <https://doi.org/10.17163/alt.v6n2.2011.01>
- Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia. (2022). *Capacidad legal de las personas con discapacidad*. <https://www.minjusticia.gov.co/Sala-de-prensa/PublicacionesMinJusticia/Capacidad%20legal%20DISCAPACIDADv3.0.pdf>
- Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia. (s. f.). *Guía de atención a las personas de discapacidad en el acceso a la Justicia*. Unidad para la atención integral a las víctimas, Minjusticia, Minsalud. <https://www.minjusticia.gov.co/Sala-de-prensa/PublicacionesMinJusticia/guiaatenciondiscapacidad.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2023a). *Glosario de Términos de la Salud en Lengua de Señas Colombianas*. <https://ciudadanos.sectorsalud.gov.co/ciudadanos/inclusion-social/Paginas/glosario-salud-lsc.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2023b). *Minsalud se suma a la estrategia “Reconozco la Lengua de Señas como un Derecho”*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/minsalud-se-suma-a-la-estrategia-Reconozco-la-Lengua-de-Se%C3%B1as-como-un-Derecho.aspx>
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Discapacidad*. <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
- Oviedo, A. (2006). La cultura sorda. Notas para abordar un concepto emergente. *Cultura-sorda.org*. <https://cultura-sorda.org/la-cultura-sorda%E2%80%A8notas-para-abordar-un-concepto-emergente/>

- Reisman, D. (2022, agosto 9). Cómo el gobierno se apoya en algoritmos para designar los beneficios de la atención médica y por qué estas fórmulas secretas amenazan los derechos fundamentales de los pacientes. *ACLU New Jersey*. <https://www.aclu-nj.org/es/news/como-el-gobierno-se-apoya-en-algoritmos-para-designar-los-beneficios-de-la-atencion-medica-y>
- Sánchez Caballero, M. (2018). *Nada sobre nosotros sin nosotros*. Publicación independiente.
- Sotaquirá, M. (2022) *Los diferentes algoritmos de Machine Learning* [video]. Codificando bits. <https://codificandobits.com/blog/algoritmos-machine-learning/#video>
- Stannah. (2023). *¿Por qué no deberíamos utilizar términos como “discapacitado” o “minusválido”?* <https://www.stannah.es/recursos/diferencia-discapacitado-minusvalido/>
- Svenaesus, F. (2018). *Phenomenological Bioethics. Medical Technologies, Human Suffering, and the Meaning of Being Alive*. Earthscan form Routledge.
- Toboso Marín, M., y Arnau Ripollés, M. S. (2008). La Discapacidad dentro del enfoque de capacidad y funcionamientos de Amartya Sen. *Araucaria*, 10(20). <https://revistascientificas.us.es/index.php/araucaria/article/view/1201>
- Toro, J., Kiverstein, J., y Rietveld, E. (2020). The ecological-enactive model of disability: Why disability does not entail pathological embodiment. *Frontiers in Psychology*, 11, 537925. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01162>
- Treviño, S. (2020) La interdicción: un acto prohibido por el artículo 22 constitucional. Centro de Estudios Constitucionales SCJN. <https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/blog-cec/la-interdicion-un-acto-prohibido-por-el-articulo-22-constitucional#:~:text=El%20estado%20de%20interdicci%C3%B3n%2C%20en%20s%C3%AD%20mismo%2C,que%20ser%20por%20medio%20de%20su%20tutor.>
- Velandia Mesa, M. A., y Nieto Grisales, J. C. (2015). *La subjetividad del intérprete de lengua de señas colombiana – español en el contexto educativo de Bogotá* [tesis de maestría, Universidad Pedagógica Nacional]. Repositorio Pedagógica. <http://repository.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/800/TO-18344.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Velarde Lizama, V. (2012). Los modelos de discapacidad: un recorrido histórico. *Empresa y Humanismo*, 15(1), 115-135. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/29153/1/REYH%2015-1-12Velarde%20Lizama.pdf>
- Velasquez, P. (2021, diciembre 3). Discapacidad en Colombia, una prioridad nacional. *Consultorsalud*. <https://consultorsalud.com/discapacidad-en-colombia-una-prioridad-nacional/?amp>
- Victoria Maldonado, J. A. (2007). El modelo de la discapacidad: hacia una nueva perspectiva basada en los derechos humanos. *Revista In Jure Anahuac Mayab*, 1(2), 143-158. <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/in-jure/article/download/36154/33079>
- Zahavi, D., y Gallagher, S. (2012). *The Phenomenological Mind* (2ª. ed.). Routledge.
- Zahavi, D., y Loidolt, S. (2022). Critical phenomenology and psychiatry. *Continental Philosophy Review*, 55(1), 55-75. <https://doi.org/10.1007/s11007-021-09553-w>

Reseña del autor

Eddison David Castrillón García. Filósofo, politólogo y especialista en Derecho Administrativo de la UdeA. Abogado, especialista en Derecho Laboral, doctor en Derecho Procesal Contemporáneo de la UdeM. Magíster en Filosofía de la UPB. Cofundador de la Red de Derecho Procesal. Docente UPB.



El concepto de injusticia ha sido abordado por múltiples disciplinas de las ciencias sociales y humanas, entre ellas el derecho, el cual estudia el sistema normativo que regula la conducta humana en interferencia intersubjetiva (Kelsen, 1953). Sin embargo, la conceptualización jurídica de la injusticia se nutre de los aportes de la filosofía, así como lo hace todo el desarrollo conceptual del derecho desde su concepción sustantiva y procesal. Es por ello que desde mi formación como abogado con experiencia en atención a personas con discapacidad (PcD), encuentro gran interés en el abordaje filosófico del fenómeno de la injusticia que padecen las PcD y en especial las PcD auditiva.

Las reflexiones abstractas de la filosofía sobre el concepto de justicia son la base para el desarrollo de la regulación jurídica de la conducta humana en la sociedad al interior de los Estados e internacionalmente, como se hace patente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos o en la Convención sobre los derechos de las PcD, las cuales constituyen tratados internacionales que parten del desarrollo de la dignidad humana como concepto filosófico y como pilar del derecho.