

El cannabis como contrahegemonía: rupturas y apuestas estratégicas en la vida cotidiana

Pellagatti, F. y Weber Suardiaz, C. (2021).
El cannabis como contrahegemonía: rupturas
y apuestas estratégicas en la vida cotidiana.
Revista Cultura y Droga, 26(31), 171-191.
<https://doi.org/10.17151/culdr.2021.26.31.9>

Federico Pellagatti*
Clara Weber Suardiaz**

Recibido: 19 de junio de 2020
Aprobado: 24 de noviembre de 2020

Resumen

El objetivo del presente trabajo es realizar una reflexión acerca de las prácticas que conlleva el cannabis terapéutico en el campo de la salud. Se realiza una revisión bibliográfica que apunte a reforzar esta discusión, así como la descripción de las prácticas de las usuarias/os identificadas a partir de nuestro trabajo profesional en el campo de la salud. Los resultados aquí presentados emergen del trabajo investigativo y profesional de los autores, donde se plantean el uso del cannabis terapéutico como una práctica de autonomía y constructora de salud por fuera de los estándares científicos tradicionales. Se concluye que esta temática es de inminente actualidad y requiere que tanto los Estados como el mundo científico reconfiguren sus parámetros para darle tratamiento.

Palabras clave: prohibición, cannabis, vida cotidiana, contrahegemonía.

* Lic. En Trabajo Social. Docente de la Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Argentina. E-mail: fpellagatti@exactas.unlp.edu.ar, federicopellagatti@gmail.com.  orcid.org/0000-0002-9515-1113. **Google Scholar**

** Magíster en Trabajo Social. Docente e investigadora de la Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Docente Investigadora en la Universidad Nacional de Luján. Argentina. E-mail: cweber@trabajosocial.unlp.edu.ar, clarawebers@yahoo.com.ar.  orcid.org/0000-0003-1716-3810. **Google Scholar**



Cannabis as counterhegemony: breaks and strategic bets in daily life

Abstract

The objective of this work is to reflect on the practices that therapeutic cannabis entails in the field of health. A bibliographic review is carried out that aims to reinforce this discussion as well as the description of the practices of the users identified from the professional work of the authors. The results presented here emerge from the research and professional work of the authors, where the use of therapeutic cannabis is considered as a practice of autonomy and health builder outside of traditional scientific standards. It is concluded that this issue is imminently topical and requires that both the States and the scientific world reconfigure their parameters to treat it.

Key words: prohibition, cannabis, everyday life, counterhegemony.

Introducción

La prohibición se ha establecido como paradigma hegemónico en los últimos 90 años en relación a las drogas denominadas ilegales. Sostenemos que situarse desde este paradigma para analizar las complejidades de los sujetos que padecen alguna enfermedad o dolencia restringe las posibles estrategias y soluciones a estas problemáticas. Nos centraremos en la temática del llamado cannabis terapéutico¹ a fin de plantear que existen epistemológicamente otras formas de pensar dichas situaciones. Tanto la prohibición como la perspectiva bio-médica -como modelo médico hegemónico- coinciden en su estructura al considerar a los sujetos como pasivos, al tener una concentración del poder-saber en lo biológico y en una necesidad de suprimir/cooptar lo alternativo.

¹ Nos referimos al cannabis terapéutico y no al cannabis medicinal, por considerar que el uso del cannabis - incluso para el llamado “uso recreativo”- representa una terapéutica, un auto tratamiento para el sujeto que lo utiliza. El uso en cualquiera de sus formas implica una búsqueda de bienestar. La palabra medicinal vuelve a situar el cannabis en el campo médico, sin reconocer prácticas milenarias que exceden dicho campo.

Realizamos una apuesta ensayística a partir de nuestra experiencia profesional y relación con organizaciones sociales específicas de la temática, lo cual nos ha permitido desarrollar proyectos de extensión desde la Universidad, capacitaciones y asesoramientos. Los mismos han estado enmarcados en la ley argentina No. 27.350 que regula la investigación médica y científica del uso medicinal, terapéutico y/o paliativo del dolor de la planta de Cannabis y sus derivados. La misma resulta acotada y restrictiva para abarcar dichas prácticas y comparte con la mayoría de los países latinoamericanos situar al cannabis como droga ilegal y estructurar su legislación con base en la prohibición de las drogas.

Incorporamos una breve revisión teórica y documental para describir las discusiones acerca del cannabis terapéutico, introduciendo la salvedad de que se trata de una práctica ilegal, por lo cual el acceso a datos fehacientes y públicos son escasos. A partir de participar en organizaciones civiles abocadas a la temática y trabajar profesionalmente en el campo de la salud, fuimos realizando un registro y observación de prácticas cotidianas de las/os usuarias/os de cannabis terapéutico en la Argentina. Este proceso nos permitió problematizar la concepción de tratamientos biomédicos tradicionales y rescatar las prácticas alternativas que permiten que el cannabis sea una apuesta estratégica.

Atendiendo a la complejidad social, cultural y política que implican los procesos de enfermedad, padecimiento y/o dolor, se requieren nuevas formas de interpretar los procesos que involucren una escucha atenta a las/os usuarias/os, se recuperen las trayectorias y se reconozca que el paradigma biomédico no alcanza para dar respuesta a cualquier situación de salud.

El modelo biomédico se ha asentado en las últimas décadas en procedimientos mediante los cuales se diagnostican y se comprueban en forma objetiva las enfermedades por medio de pruebas de laboratorio, estudios y diagnósticos por imágenes. Se trata de una mirada detallada desde el punto de vista biológico y de la hiper-especialización.

Esta perspectiva se sitúa sobre los sujetos enfermos considerados pasivos y los observa con detalle para así intervenir en los procesos que alteran el cuerpo, generalmente, mediante fármacos, estudios clínicos e intervenciones quirúrgicas. No se trata de cuestionar los beneficios de este tipo de prácticas, sino de reflexionar cómo esto tiene sus límites: por ejemplo, cuando las enfermedades se vuelven

crónicas, cuando se relacionan con las condiciones de vida, o cuando los malestares se muestran por medio de síntomas, pero “orgánicamente todo está en orden”. Este tipo de padecimientos, que no encuentran una explicación inmediata y certera, están aumentando en la actualidad y constituyen un desafío para los profesionales de la salud.

A su vez la prohibición a nivel mundial², en este caso del cannabis, no sólo invisibiliza prácticas de resistencia, ubicándolas como delito, sino que contribuye a la criminalización de los sectores más pobres de la población y refuerza los prejuicios y desprecio hacia prácticas milenarias y alternativas.

Compartimos esta reflexión con aquellos profesionales de la salud que, si bien no tienen la obligación de acordar con esta perspectiva, sí tenemos la responsabilidad de contar con la mayoría de elementos analíticos, teóricos y fácticos que nos permitan asesorar, acompañar y orientar a las personas con las que trabajamos, rescatando lo que cada uno puede hacer con su padecimiento.

Prohibición y vida cotidiana

“Esto es muy fácil no hay más vueltas, no.
Tenés los dos caminos, depende de vos:
grupo, padrino, programa,
servicio o cárcel, hospital o muerte”
(Bersuit Vergarabat)

En lo que respecta a prácticas terapéuticas, el concepto de prohibición es una categoría que se expresa de formas múltiples excediendo así la noción formal y legal. En tanto paradigma, tiene su arraigo en las representaciones, en los imaginarios, en las formas sociales, en las íntimas reflexiones por las cuales filtramos la noción de mundo. La persistencia del mismo a lo largo de las décadas ha permitido forjar un sentido común acerca de lo que significa el cannabis como droga ilegal, produciendo faltas de revisión, análisis acríticos y consolidando una visión policial sobre la temática (Muñoz y Rojas, 2019). Es decir, se consolida sin mayores cuestionamientos un

² Si bien es verdad que muchos países han establecido legislaciones de avanzada y legalización del cannabis, en la mayoría se trata de legislaciones incompletas; o como en el caso de Estados Unidos, donde la legalización corresponde a distintos Estados y sigue siendo ilegal a nivel federal (Feilding, 2013).

sentido común respecto del cannabis como droga ilegal que permite “la entrada” a otras drogas ilegales “más potentes y adictivas” como ser la cocaína, heroína, pasta base entre otras.

El prohibicionismo no comienza a operar a partir de un tipo de legislación. Los aparatos ideológicos desarrollan un gran despliegue en torno a una práctica, disputan o ejercen un sentido sobre determinadas categorías (en este caso sustancias) y la nombran de determinada manera. La capacidad de instalar sentido por parte del sistema, modulado por un tipo específico de interés, hace que el ciclo se repita insistentemente por todos los medios posibles hasta que termina por invisibilizarse, de tan cotidiana que se nos presenta la prohibición cuesta tratarlo como un constructo socio-histórico.

Nuestra conciencia para actuar diariamente, en los múltiples roles y campos en los que nos desempeñamos, no reflexiona, no indaga. Actúa espontáneamente porque así lo exige la dinámica de la cotidianidad. Caso contrario, es decir, si reflexionara sobre cada fenómeno o actividad, no podría desarrollar su cotidianidad. La heterogeneidad y la jerarquía de la vida cotidiana son elementos constitutivos de la producción y la reproducción social. La heterogeneidad es imprescindible para conseguir ese despliegue y también hace falta el funcionamiento rutinario de la jerarquía para que las esferas sociales se mantengan alineadas (Heller, 1987), cohesionadas a base de la hegemonía que la prohibición toma como categoría central. El sentido común del prohibicionismo construye un concepto de natural en torno al significado que le da una planta y, en tanto significante y representación, busca ser incorporada como un elemento con determinadas características naturales, históricas, fundantes. Busca condicionar, paradójicamente, todas las formas de imaginación inherentes al ser humano como sujeto social (Castoriadis, 1975). Por eso es que si ante la reflexión se producen rupturas en los sentidos vinculados al “cannabis”, al paradigma prohibicionista aún le queda una retaguardia, que es de orden legal y físico. Es simultáneo y recíproco, el consenso y la represión funcionan como un continuum.

En tanto paradigma tiene una lógica de autocerteza. Ya que ningún paradigma funciona a base de interrogantes. De ahí una de las principales dificultades para reflexionar acerca del prohibicionismo por fuera de los parámetros del prohibicionismo. En tanto paradigma, se genera a sí mismo las coordenadas sobre las cuales reflexionar, abstraerse, imaginar, etc.

La prohibición, al igual que otros paradigmas, opera en el desarrollo de los sujetos. Por eso nos parece que, si bien la prohibición se basa a un conjunto de leyes, reglamentos y normas, su fortaleza no se encuentra necesariamente allí. Porque, de hecho, si por alguna razón las leyes prohibicionistas quedaran abolidas, el prohibicionismo como dinámica institucional podría seguir con perfecta vigencia. El prohibicionismo puede ser abordado como un paradigma, pero también puede ser pensado como un proceso complejo, de dimensiones históricas, de amplitud societal y proactivo sobre las coyunturas que opera.

Los marcos regulatorios son la retaguardia de la prohibición, el reaseguro para que en una hipótesis de conflicto (entendiendo al conflicto como acciones que pudieran poner en tensión tal paradigma), aquellos sectores que salen beneficiados con la prohibición tengan de dónde agarrarse y construir aliados. En nuestra América existen abundantes ejemplos de la historia contemporánea de cómo este paradigma sirvió de excusa para desarrollar política intervencionista hacia otros países, a partir de todo tipo de incursiones, pero centralmente en la regulación interna de las políticas acerca de las drogas de cada país, redundando comparativamente en la regulación política en general de esos países (Bergman, 2016).

No es motivo de este artículo, pero si pensáramos en la inversión que destinan los países a desarrollar guerras contra las drogas, políticas contra la droga, combates a la droga, burocracia e institucionalidad vinculado a ello, etc.³, comprenderíamos la dimensión de lo que significa el paradigma prohibicionista en términos de negocios, de capacidad de control económico y sobre todo de las condiciones de acumulación de poder y dinero en una geopolítica históricamente evidenciable. Las estadísticas vinculadas a todas estas iniciativas antidrogas demuestran su déficit. Se gasta cada vez más en combatirlas y se produce cada año más droga. Es equivocado pensar que son políticas que fallan. Es un objetivo fallar para seguir justificando, siempre que se tengan los aparatos ideológicos para garantizar el ciclo de la instalación del paradigma, que el enemigo es cada vez más fuerte y se lo sobredimensiona (Suárez Salazar, 2003). De ese mismo fracaso, paradójicamente, surgen las condiciones para legitimar ante la sociedad, en defensa de la salud y en contra de un supuesto flagelo instalado en el imaginario social, prácticas punitivistas, encierros, castigos, legislaciones, instituciones, dispositivos organizacionales para maximizar la capacidad de control y sumisión de una población.

³ Para más desarrollo del tema consultar Tokatlian et al. (2018).

La principal fortaleza de la prohibición es la invisibilidad que tiene su parcialidad y la naturaleza con la que se la asume. No decimos nada nuevo si nos referimos a la importancia de las leyes en las distintas sociedades. En todo caso aquí lo que nos interesa reflexionar es sobre la forma que se fetichiza la ley para sostener una práctica social punitivista, que se expresa con castigo y control físico, pero también con una manipulación de las representaciones e imaginarios, y habilita la culpa como mecanismo regulatorio. Tienen un carácter de ficción verdadera⁴ (Lewkowicz, 2004) las grandes entidades discursivas en torno a la prohibición, funcionando como una verdadera dicotomía cuando no es otra cosa que un absurdo tautológico. Lo importante no es discutir su condición de real, sino que se operacionaliza como verdad. Las prácticas contrahegemónicas plantean un piso de tensión entre concepto y sentido en torno a prohibición, drogas, salud, enfermedad, legalidad, legitimidad etc.

La prohibición plantea una relación forzada entre sustancia, delito (o sea violar las leyes de droga) y salud. La prohibición tiene un argumento transversal a la salud. Y la salud es un concepto que tiene mucha fuerza en sí mismo, mucho sentido común, y mucha legitimidad. La trilogía vida, muerte y salud es un gran constructo discursivo que esconde el trasfondo histórico y concreto, tanto de la prohibición como de la enfermedad, en tanto un estado mucho más amplio que lo físico/biológico. Esta suerte de reduccionismo epistemológico no se circunscribe a la enumeración de las partes, se centra intencionadamente en convertir una parte como el todo. Es el principal insumo para convertir una idea compleja en simple y de eso modo recortarla de posibles múltiples lecturas.

Pareciera existir una relación directa entre endurecer el punitivismo, como gimnasia reguladora de las conductas, y un diagnóstico improbable sobre la relación que existe entre las sustancias y las personas. La prohibición es un relato construido sobre ideas conservadoras, sobre ingenuidades perentorias, acomodadas con una retórica cientificista. Una compleja relación entre diversos status, disciplinas, intereses económicos, construcciones culturales y dispositivos conformados por discursos, disposiciones, reglamentos, leyes, enunciados y proposiciones filosóficas y morales (Carballeda, 2010) que, en la socialización de la norma en las personas, las sujeta a la prohibición como forma de percibir el mundo y como concepto de base para

⁴ Según Lewkowicz, se llama ficciones a las entidades discursivas que organizan y dan consistencia al lazo social. Entonces, el medio en que transcurre la vida está hecho de ficciones. Ficciones verdaderas se refiere a las ficciones activas y ficticias en situación a las ficciones agotadas (2004).

desarrollar la imaginación tanto para la práctica social, como para la práctica política y, en nuestro caso, con las prácticas profesionales.

La prohibición es una categoría construida histórica, social, cultural y subjetivamente. El concepto de prohibición es un dispositivo inmanente al control, el castigo, el señalamiento y la construcción de estigma como mecanismos de control. En tanto paradigma, tienen múltiples niveles de inserción y comprensión. El miedo como mecanismo regulador tiene su acepción en distintas expresiones. Miedo al encierro, miedo al señalamiento, miedo a la estigmatización, etc. Pero existen otros tipos de miedo que también desarrollan orgánicamente su hacer, su experticia, en torno a la consolidación del paradigma.

Entre los principales marcos argumentativos, el científico es el de mayor relevancia. El dato aislado, numérico, cuantitativo, recortado de todo tipo de impureza, representa para el paradigma prohibicionista el principal aliado en términos de legitimación. Si lo dice la ciencia, entonces es incuestionable. En este punto no nos interesa desarrollar lo que dice la ciencia, sino la prepotencia argumentativa que impone la ciencia como único dador de validez y coherencia a todo tipo de práctica vinculada a salud.

En el caso del cannabis esto es muy gráfico y de fácil reflexión para aquellos profesionales que no se mueven con marcos epistémicos rígidos y que incorporan perspectivas de conocimiento y acción, como por ejemplo para la perspectiva que considerada ante todo al sujeto como un sujeto de derecho. En el caso del saber científico opera un tipo de miedo que es el de perder el status. Esto no es afirmar que el conocimiento científico no sirve. Si sirve. Lo que no es correcto es fetichizarlo, darle un carácter ontológico de verdad. Cuando decimos que el prohibicionismo busca encuadrar además de prácticas, pensamientos, nos referíamos a esto. En el caso del uso terapéutico del cannabis y el autocultivo⁵, si bien se refieren a prácticas milenarias, la temática como debate científico se puede ubicar con fuerza en los últimos 10 años. De este proceso se pueden identificar algunos elementos históricos que ponen en cuestión el paradigma prohibicionista.

⁵ Cuando hablamos de autocultivo, nos referimos a la persona, o grupo familiar que, de manera doméstica y artesanal, siembra y cosecha una planta de cannabis para su uso personal sin fines de comercialización. Por ende, no recurre al mercado legal y/o ilegal para conseguir la materia vegetal.

Las prácticas terapéuticas con cannabis se inscriben en el campo de la salud y en el de la vida cotidiana de las usuarias/os. A partir de recorridos vinculados a determinadas y variadas patologías, las/os usuarias/os de cannabis se salen del ciclo del conocimiento científico tradicional, y ejercen una práctica ilegal trasvasando conscientemente los parámetros de la prohibición.

Primer elemento en cuestión: el modelo médico hegemónico busca centrar el cúmulo de interrogantes que podamos contener desde nuestras prácticas particulares en su universo posible de saber, con organización conceptual y como espacio de negación necesaria de autonomía de los sujetos. Dicho modelo necesita de pacientes, no de actores, tal paradigma no se puede permitir interrogantes, reflexiones, acciones y saberes por fuera de sus estándares, su propia delimitación de “legitimidad”.

Segundo, dichas prácticas están vinculadas al cannabis como usina de legitimidad que promueve y genera nuevos posicionamientos, relaciones e interrogantes, entre otras cosas. A la vez que interpela las posiciones de poder en servicios hospitalarios, profesionales de la salud, equipos sanitarios y abre el camino a distintas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y Asociaciones Civiles, que reclaman básicamente a los Estados por los derechos a la salud de la/os usuaria/os⁶.

Tercero, estas prácticas, que tienen la potencia de interpelar fuertemente lo instituido, consolidan su potencia al surgir de la vida cotidiana de aquella/os que tienen algún padecimiento que no han podido resolver de manera tradicional. La categoría de vida cotidiana es pensada desde la esfera de la producción y reproducción social de un modelo determinado en salud. Y parte de esta tensión entre instituido e instituyente, entre paradigma y perspectiva, se resuelve sobre la idea de futuro que nos hacemos (Lourau, 2000); los elementos de la práctica terapéutica con cannabis, de un lado, y las representaciones y dispositivos de la prohibición, por otro, comienzan a sintetizarse en torno a los buenos resultados en la búsqueda de calidad de vida. La transformación del instituido significa poder proyectar la práctica instituyente, en este caso el autocultivo, como un futuro cierto, viable, posible.

⁶ Podemos ver el crecimiento de organizaciones a lo largo toda América Latina, Mamá Cultiva nace en Chile, extendiéndose a países como Argentina, Paraguay, Brasil, Ecuador, España y Perú. La fundación Daya en Chile también es una referencia. El crecimiento de estas organizaciones se da mayoritariamente en los países donde la prohibición es más fuerte y en general están integradas por mujeres que preferencialmente son las encargadas de los cuidados de salud de sus familiares.

La transformación en la vida cotidiana de los sujetos

“Vuelve a amanecer y entre diario
y mates se pregunta
¿Cuánto más?”
(Viejas Locas)

A nivel mundial, después de la industria de las armas, el mayor poderío económico es del conglomerado fármaco industrial representando el 1,3% del PBI mundial (Bergman, 2016)⁷. A nuestro entender, la capacidad de acumulación financiera no está centrada en la obtención de una patente o un medicamento a base de cannabis. De hecho, existen algunas drogas en circulación (Nabiximol, Epidiolex, Nabilona, Dronabinol, entre otras) que no se caracterizan por la masividad ni popularidad de sus usos, y esto quizás tenga que ver con la eficacia y accesibilidad a dichos medicamentos.

Lo que nos interesa poner de manifiesto es lo accesible que resulta para las personas, en todo sentido, el cultivo de cannabis, la producción de resinas, flores, ungüentos, etc. y la efectividad en los tratamientos. Es barato, accesible y eficaz. En nuestro recorrido profesional podemos corroborar cómo muchas/os usuarias/os de cannabis con fines terapéuticos van reduciendo dosis de medicamentos alopáticos, con o sin consentimiento de sus médicos de cabecera. Y esta es la principal cuestión económica a considerar: miles y miles de consumidores crónicos de medicina industrial comienzan a incursionar en el cannabis con mejores resultados y con costos económicos irrisorios.

Existen evidencias concretas que son plasmadas en recursos de amparo que se elevan a la justicia con fines de lograr permisos para el autocultivo y en esos amparos van las historias clínicas, los cuadernos de campo con la firma del médico/a acompañante de esa usuaria/o. De hecho, en Argentina hubo al menos tres casos donde a partir de esta evidencia, la justicia habilitó el autocultivo como forma de acceso a la terapéutica cannábica, basados en la evidencia que representa una historia clínica⁸.

⁷ La mayoría de los sistemas de salud de los distintos países se han desvirtuado en sistemas restringidos de salud, donde la misma se vuelve una mercancía y la Salud Pública no es un derecho para todos los ciudadanos, sino que quedan focalizados para sectores de la población.

⁸ Los fallos se encuentran disponibles en la siguiente página: <http://www.sajj.gob.ar/buscador/jurisprudencia-nacional>

Este fenómeno está creciendo de manera exponencial ya que los testimonios de usuarios/os que dicen haber mejorado al incorporar el cannabis a sus terapias son cada vez más abundantes⁹, y tienen una difusión a través de redes sociales y medios de comunicación asociados a las nuevas tecnologías. En la mayor parte de los casos estos preparados son de calidad y composición desconocida, pero la necesidad urgente de tratar patologías severas en las que la medicina tradicional no ha dado respuestas, ha hecho que el uso terapéutico haya crecido y se haya instalado el tema de discusión en las agendas públicas sanitarias.

La mayoría de los textos e investigaciones médicas no son concluyentes con la seguridad y efectividad del uso del cannabis terapéutico. Ramos Atance (2017) menciona en su compilación de papers académicos como conclusión que ni los médicos, ni los pacientes, ni los investigadores básicos creen que las preparaciones no controladas sean la mejor solución para tratar enfermedades crónicas y graves, pero que hasta que las investigaciones no avancen tampoco puede negarse esa posibilidad a los pacientes. Asimismo, se reconoce el éxito del cannabis en determinadas patologías en la experimentación con animales, sobre todo en relación al tratamiento para el dolor y como terapia alternativa al cáncer, pero advierten que la evidencia científica en humanos requerirá de varios años más de validación. La mayoría de los papers científicos publicados en reconocidas revistas de investigación, marcan esta tendencia. Pero a pesar de esto, proliferan la/os usuaria/os debido a que el uso brinda una solución real a sus padecimientos.

También queremos subrayar que muchas investigaciones e incluso políticas sanitarias se centran en el CBD, excluyendo el THC, con distintos argumentos. En este punto entendemos que se trata de una postura conservadora que intenta desarmar la idea del cannabis en su conjunto. Diversas investigaciones puntualizan que el CBD no sólo potencia los efectos beneficiosos del THC, sino que disminuye sus efectos adversos. Esto se debe en parte a su potente actividad ansiolítica y antipsicótica, y en parte a su capacidad de inhibir el procesamiento metabólico del THC (McPartland et al., 2014). Esto se llama: efecto séquito, el cual surge de la interacción funcional entre cannabinoides y componentes no cannabinoides de la planta (Russo, 2011).

⁹Para más información ver Morante y Morante (2017); Saleh (2019) y Fundación Daya (2018).

En este punto, queremos retomar el prólogo del libro de la Historia de Mamá Cultiva en la Argentina, ya que entendemos que identifica los puntos que venimos mencionando:

Jamás pensé que lo que imaginaba como el último período de mi ejercicio activo profesional lo marcaría la marihuana medicinal. Las familias y las madres me llevaron a audiencias públicas para dar testimonio ante diputados, legisladores, autoridades, en su lucha por la Ley de Cannabis Medicinal. Lucha que pasó a ser mi lucha también. Fue entonces cuando conocí un mundo desconocido de colectivos, organizaciones sociales identificadas con el cannabis y de familiares en su dura batalla cotidiana por mejorar la calidad de sus vidas, y la de los suyos. Conocí organizaciones que desde hace muchos años bregan por el reconocimiento de las propiedades terapéuticas de la marihuana. (Dr. Magdalena en Salech, 2019, p. 6)

Este testimonio, entre tantos otros, ejemplifica qué es lo que ocurre cuando uno se descentra del paradigma prohibicionista, el paradigma científico y puede pensar en términos de salud pública y colectiva. Esto permite no solo mejorías en los cuadros de padecimientos, sino transformaciones en los sujetos que forman parte de esos procesos: profesionales de la salud, madres, familiares y usuarias/os, ya no vuelven a ser los mismos luego de internalizar que ellos también tienen poder y decisión en los aspectos de su salud.

La vida cotidiana es el conjunto de actividades que realizamos en situaciones concretas para satisfacer nuestras necesidades y, en consecuencia, para seguir viviendo. Es lo común, lo habitual, lo que hacemos todos los días, y por hacerlo todos los días no lo registramos como algo que hayamos hecho. Para reproducir la sociedad es necesario que los hombres y mujeres particulares se reproduzcan a sí mismos, como hombres y mujeres particulares. La vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres y mujeres particulares; a su vez, crean la posibilidad de la reproducción socialmente (Lukács, 2003). La prohibición, como tantas otras ideas, es transversal y subyace en esta dinámica de reproducción.

La vida cotidiana es el ámbito de la vida del humano y, por ende, es una determinación insuprimible de la vida social. Es decir, sin cotidiano no hay posibilidades de existencia y desarrollo del humano y la sociedad y, al mismo tiempo, el hombre, la mujer y la sociedad —y por ende el cotidiano— adoptan formas particulares según el momento histórico y la clase social a la que pertenezcan. En esta conjunción de

condicionamientos materiales, subjetivos, simbólicos y representacionales, que implica la vida cotidiana, irrumpe la enfermedad acomodándose para formar parte de la misma. Cualquier enfermedad y/o padecimiento implica un trastocamiento de lo cotidiano, no solo para la persona sino para sus referencias vinculares.

En esa irrupción, el primer reflejo para adquirir respuestas se basa en transcurrir el modelo hegemónico en salud. Y ante la falla, la desesperanza, la no solución y transformación de una materialidad por parte de dicho paradigma, muchos sujetos encuentran en el cannabis una forma concreta de recuperar ese cotidiano, de mejorar las condiciones de abordaje de distintas patologías, donde lo habitual está signado por la calidad de vida como un parámetro inexorablemente inscripto en una perspectiva de derecho.

Lo mismo sucede en el caso del autocultivo. Las personas que deciden incursionar en la práctica terapéutica del cannabis vía autocultivo no dejan de reproducir la sociedad que la contiene, pero la interrupción que significa no solo romper la prohibición sino también el mandato hegemónico en salud, lo ponen en una situación distinta, cualitativamente superior. Porque el resultado de su vida cotidiana generó interrogantes para lo que antes le parecía incuestionable. La persona que cultiva cannabis en su casa para uso terapéutico sabe que existe un andamiaje legal y jurisprudencial al acecho, conoce las valoraciones y representaciones que existen en torno al concepto “marihuana”.

Con todas estas contingencias en torno a la persona, de igual modo decide cultivar cannabis para él o para su familiar. Esto es una ruptura, esto es lo que se llama un paréntesis de la vida cotidiana, aunque siga la vida cotidiana. En un orden de valoraciones se produce un reacomodamiento y jerarquización de las percepciones, ya sea en torno a la salud (*ahora soy yo quien la garantiza y no un tercero*), en torno a lo legal porque paradójicamente la empatía que propicia el campo de la salud es generadora de legitimidad que habilita nuevas, más profundas y extendidas prácticas, legitimidad que demuestra la incompetencia de lo legal, y podríamos referirnos a un tercer elemento que es el de la autopercepción.

Decíamos que la vida cotidiana se va reproduciendo naturalmente, de manera invisibilizada. Es con estos interrogantes que genera el cannabis que un sujeto se comienza a dimensionar sobre sí mismo. Le toca considerar y valorar su propia práctica como ilegal o como legítima. Esta reflexión básicamente corre de eje las

premisas del prohibicionismo, que se centra sus argumentos en elementos ajenos, desconocidos y que no están bajo dominio de las personas, y pone la centralidad de la reflexión en una acción concreta del día a día. El prohibicionismo no tiene como antagonista el autocultivo. El antagonismo de la prohibición es la autonomía. La autonomía consiste en poder decidir sobre las propias leyes que rigen las vidas, a partir de cuestionar lo que parece incuestionable, de imaginar lo que no podía ser imaginado, consiste en ser partícipe de las decisiones, no en una forma liberal de que cada uno hace lo que quiere, sino enlazado a formas colectivas de cuestionamiento y luchas (Castoriadis, 2008). De esta forma la autonomía es la posibilidad de cuestionar los instituidos.

La prohibición genera los propios anticuerpos para la evitar la erosión del instituido. Y la autonomía, la misma que invita al sujeto a incursionar en el autocultivo, es la que desbarata los entramados repetitivos y absurdos de la prohibición. Este es el momento inicial donde la hegemonía, es decir el consenso, que tiene el prohibicionismo comienza a crujiir.

Particularmente las prácticas del autocultivo vinculadas a los fines terapéuticos son prácticas generadas desde una empatía y una solidaridad como matriz autogestiva, no en un sentido liberal, sino con la intención de abordar un vacío que precisa de acciones conjuntas para dar respuestas efectivas a una problemática en salud.

Si bien los escenarios de intervención profesional se pueden caracterizar como expresión a escala de la sociedad en general, porque cada sujeto es la sociedad, podemos intervenir cuestionando los consensos en el campo de la salud impuestos por el prohibicionismo, y pensar prácticas contrahegemónicas. No es que consideremos que un proceso de ruptura comienza con nuestra práctica. Nos parece relevante el escenario que genera el autocultivo en torno a poder producir estas rupturas que son posibles dada la legitimidad y extensión de la práctica, entendida como práctica social, de los sujetos que hacen uso del cannabis con fines terapéuticos. Y aunque la intervención profesional en este eje sea temporal y/o discontinua, el cúmulo de rupturas y suspensiones provisorias de la vida cotidiana es lo que cuenta.

Esto es porque la dimensión tiempo, al momento de ordenar un conjunto de rupturas con el orden cotidiano, tiene un lapso total de lo que dura un encuentro en un proceso de intervención. Lo que sucede un día es lo que sucede todos los días. Ahí reside su cualidad de certeza. Y ese es precisamente el potencial. Esto significa

que la suspensión de la vida cotidiana, si bien es efímera (porque es breve y no se conduce inmediata y automáticamente a un nivel ascendente) en tiempos históricos, es sustancial en términos de cultura política y subjetividad que esté en condiciones de procesar rupturas. Esto es evidente en los tipos de rupturas que representan las personas usuarias. Pasan de ser sujetos a actores de un escenario y de una agenda (Pellagatti y Weber Suardiaz, 2018). Están en condiciones de ejercer la disputa contra los aparatos ideológicos del prohibicionismo, pero ahora en primera persona.

Las personas que incursionan en el autocultivo no ponen en jaque al modelo médico hegemónico, pero están en condiciones de posicionarse en relación a la política prohibicionista y a las políticas en salud de una manera diferencial. Podríamos pensar por ejemplo lo que implica, en relación a la pandemia actual del Covid 19, el requerimiento por parte de los Estados que convocan a la cuarentena. Es un ejercicio que el Estado pide a los sujetos, un ejercicio de autocontrol y autorregulación en cuanto a las relaciones interpersonales. El éxito de esta política está estrechamente vinculada a la responsabilidad que puedan desplegar los sujetos. Y en ese sentido los sujetos que practican el autocultivo como forma de acceso a la salud tienen un sentido de autorresponsabilidad que subjetivamente pueden comprender la diferencia entre ser “paciente” y ser protagonista. O al menos la práctica terapéutica lo pone en condiciones de poder captar esta diferencia.

Reconocemos cómo el modelo hegemónico en salud incluye en su dinámica el control físico y subjetivo expresado en la lógica del castigo a partir del estigma y la culpabilización. Y la forma contrapuesta al modelo hegemónico de salud es una práctica social, política y sanitaria que tiene su principal fortaleza en el funcionamiento horizontal y autogestivo. No tomarlas como dicotómicas porque sí, sino como las características de los actores centrales de este tema: el modelo hegemónico en salud y las/os usuarias/os que ya existen. Producción y reproducción como categorías que coexisten en una misma práctica en los actores que a nosotros nos interesa jerarquizar como objetivo de explicitar y enunciar ordenadamente prácticas contrahegemónicas en salud. O la contracara del prohibicionismo.

Son prácticas disruptivas que tienen parte de pura creación y ejercicio de poder, y tiene una parte de reproducción basado en la naturalización de las formas del saber científico como efectores de verdad. La palabra hegemónica, el nombrar hegemónico. Aunque debemos decir que ahí está, en la palabra y el saber hegemónico, uno de los principales contrapuntos y la principal evidencia de esta

tensión dinámica de las prácticas instituyentes en el marco de la prohibición como lógica epistémica y social.

Hay una idea que podemos desarrollar para consolidar nuestra posición: el pasaje diferencial que existe en términos de percepción y autopercepción. La singularidad de que la autopercepción en sí misma ya es un acto de autonomía, que llamativamente se termina por consolidar como rasgo distintivo de lo que llamamos prácticas de uso del cannabis. Estas prácticas son redes cada vez más extensas, más efectivas y diversificadas de funcionamientos. Ejercer la autopercepción como reflexión es quitarle efectividad a la prohibición como dispositivo de control. En términos de análisis institucional, el “autocultivo” podría funcionar como un analizador que nos permitirá develar opacidades y silencios de la institución “Salud” (Lourau, 2000). A partir de un analizador, hacer hablar al paradigma prohibicionista y hacer hablar al modelo contrahegemónico expresado como un fenomenal andamiaje de múltiples órdenes es el punto de comienzo de desnaturalizar los últimos 90 años de prohibicionismo.

Prohibición, subjetividad y epistemología

En términos epistemológicos existe una diferencia para comprender a un sujeto como: a) epistemología clásica: paciente a ser normado por el sistema; o b) comprender a un sujeto de derecho en determinada situación, desde un pensamiento situado. Adoptar esta última implica trabajar desde una perspectiva de derecho que sustente el abordaje de una serie de dimensiones por parte del profesional, para que el abordaje no se quede en una enunciación superficial. Implica rupturas y comprender lo inconveniente de construir a conciencia una práctica que pone en tela de juicio todo aquello que tomamos como normal. Cuando ya no resulte normal asociar cannabis con drogadicción, el prohibicionismo habrá fallado.

Los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, que ya dijimos que afectan la vida cotidiana sustancialmente, son procesos sociales de complejidad e integralidad constitutiva, aprehensible sólo en la colectividad y que implica una concepción de lo social diferente a la sumatoria de individuos aislados (Bertolotto, 2014). Se trata entonces de comprender a los fenómenos relacionados a la salud desde otro punto de vista epistemológico que permita ampliar las miradas, diversificar estrategias, e incorporar a los sujetos involucrados en ellos.

Veíamos como desde una epistemología clásica las enfermedades y/o padecimientos son pensadas como entidades estáticas que pueden generalizarse. El uso del cannabis permite hacer un proceso que consiste, justamente, en una ruptura de esta epistemología. Una ruptura que reconoce la relación dialéctica que ocurre entre los determinantes de la salud y los fenómenos singulares, desde una perspectiva integral y dinámica. La existencia de una epistemología tradicional y un paradigma de la prohibición respecto al cannabis, no solo ilustran posiciones individuales, sino que moldea la enseñanza de profesionales en las universidades, condiciona el quehacer de los trabajadores sanitarios, la visión de la asistencia, moldea los sistemas sanitarios, la investigación bio-médica, etc.

Las/os usuarias/os de cannabis terapéutico a través de sus luchas y testimonios nos abren una puerta a dicha complejidad y requiere que la atención e investigación sanitaria se reinventen. A su vez, resulta necesario que los Estados revisen sus políticas públicas respecto de la prohibición del cannabis y accesibilidad al cannabis terapéutico. Entendemos que la clave está en recuperar aquellos sujetos situados como portadores de su autodeterminación y no cómo sujetos enfermos. En palabras de Bertolotto:

Es decir que las prácticas y los dispositivos de salud puedan adecuarse a las diferentes situaciones de las personas y las familias, sus restricciones y posibilidades, para crear instrumentos y diseñar herramientas de intervención más acordes con las realidades de la población que se busca atender. (2014, p. 166)

Reflexiones finales

“El dolor no puede esperar”¹⁰
(Mamá Cultiva)

Nos interesa de sobremanera que nuestra conclusión sea una especie de síntesis y puntos de partida para la reflexión de los colectivos profesionales, de los responsables en diseñar políticas públicas vinculadas al tema, y que funcione como coordinadas para desarrollar una perspectiva de derecho en tanto superación de las prácticas

¹⁰ Frase de las campañas utilizada por las organizaciones de Mamá Cultiva.

punitivistas conocidas hasta ahora en torno al cannabis específicamente, y al mundo de la salud como universal.

Las prácticas terapéuticas con cannabis vía autocultivo llegaron para quedarse y por lo tanto los Estados deben trabajar para abolir la prohibición y elaborar políticas públicas que consideren e incluyan a estas/os usuarias/os en sus diseños e implementación.

Las/os pacientes con padecimientos crónicos consultan a las/os profesionales respecto al uso del cannabis como forma complementaria al tratamiento y habitualmente, por desconocimiento, se lo desestima, se lo ignora o se lo prohíbe. Existe un saber autodidacta que es sólido y efectivo. Es necesaria la formación transdisciplinar de profesionales de la salud que den algún tipo de respuesta ante estas demandas, incorporando la evidencia social como un parámetro de salud. En los espacios de primeras consultas, de primeros encuentros entre profesionales y usuaria/os, pueden ser momentos fundamentales para las personas y su tratamiento y sobre todo para que los profesionales podamos hacernos preguntas sobre nuestros conocimientos arraigados y pensemos otras posibilidades.

Algunos elementos a tener en cuenta en el ámbito sanitario se corresponden con suspender nuestros roles tradicionales por un momento. Cuando las personas consultan por cannabis terapéutico en el ámbito sanitario se puede generar un marco de confianza en las entrevistas/consultas para que no se sientan juzgadas. Se puede reconocer que no se sabe sobre el tema y comprometerse a indagar sobre la cuestión, a obtener información. Informar un hecho probado científicamente que constata que todas las personas tenemos un sistema endocannabinoide, el cual juega un papel crucial en la regulación de nuestra fisiología, estado de ánimo y experiencia cotidiana (Ramos Atance, 2017); lo cual permite a la persona familiarizarse con la temática desde otro lugar, que no solo represente un agente externo o una droga ilegal. Es fundamental que, aunque el agente sanitario no esté de acuerdo, las/os usuarias/os tienen derecho a que se consigne el uso del cannabis en su historia clínica.

Siempre es interesante que se pueda referenciar a las/os pacientes a algunas de las organizaciones existentes de la zona para que se asesoren, compartan experiencias y testimonios. Más allá de las leyes sancionadas últimamente, en general en América Latina el uso y autocultivo no es legal, con lo cual hay que advertir a las personas que tome los recaudos necesarios para no quedar expuestas. Sugerimos desalentar

la compra de cannabis y/o aceite o derivados tanto por ser ilegal, como por la baja calidad que podría tener el producto y en todo caso se puede remitir a las personas a las organizaciones expertas. El cannabis es una sustancia segura (no es citotóxico, ni letal, ni genera sobredosis) pero posee efectos secundarios que varían según las dosis y las personas; recomendamos insistir sobre su carácter complementario con otros tratamientos.

Otro punto crucial sobre el cual queremos reflexionar es esta simbiosis entre salud y mercado, que ya mencionamos. Podemos ver como el cannabis terapéutico se ha convertido en un negocio ampliamente desarrollado en algunos países. Un ejemplo paradigmático son los Estados Unidos, que han desarrollado una industrial legal del cannabis en varios Estados, que implica la adquisición de licencias de cultivo, producción y distribución en grandes empresas y que limitan el acceso a quienes puedan pagarlo. No se trata de las prácticas instituyentes que indicábamos anteriormente, sino de la capacidad del capitalismo para volver hegemónico aquello que justamente lo amenaza en su lógica. Como plantea Alemán (2020): “Si algo ha demostrado está mundialización del capitalismo que llamamos Neoliberalismo es la destrucción de cualquier institución reguladora que se proponga no estar dominada por los intereses del mercado y las corporaciones” (p. 210).

Nuestra preocupación es que una práctica innovadora y que permite trazar rasgos de autonomía en los procesos de salud quede subsumida a la lógica del biopoder, desarticulando la potencia comunitaria y solidaria que contienen las prácticas de autocultivo y las prácticas de cuidado en común que no se pueden reducir a una lógica totalitaria.

Siguiendo al autor citado anteriormente, retomamos la idea de que las experiencias de autocuidado de la salud, la producción propia de una “medicina” que mejora mis condiciones de vida, la certeza de que mis decisiones transforman mi vida cotidiana, son un acto de creación, es decir, de resistencia. Lo cual permite abrirse paso introduciendo algo nuevo en los instituidos sociales y nos hablan de nuevos posibles. Sólo podremos asegurar este camino si los Estados protegen estos procesos desde políticas públicas inclusivas y no punitivas. Si se trabaja públicamente para desarmar el andamiaje de la prohibición como paradigma único de análisis y comenzamos un proceso de regulación del cannabis que contemple las particularidades de las personas que lo utilizan para su salud. Desde este punto de vista, comenzamos a poner entre paréntesis algunas certezas del modo de producción científico e invitamos a revisar

la formación académica, las formas de hacer investigación y las formas de escuchar e intervenir con aquellos que transitan procesos de salud–enfermedad.

Referencias

- Alemán, J. (2020). Interrogantes y conjeturas sobre la pandemia del siglo XXI. En A. Grimson (coord.), *El futuro después del Covid-19* (pp. 200-218). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_futuro_despues_del_covid-19_0.pdf
- Bertolotto, A. (2014). *Madres descuidadas. ¿Por quienes?*. El Ágora Editorial.
- Bergman, M. (2016). *Drogas, Narcotráfico y poder en América Latina*. Fondo de Cultura Económica.
- Carballeda, A. (2010). La intervención social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. *Revista de Trabajo Social UNAM*, VI(1), 46–59.
- Castoriadis, C. (1975). *La institución imaginaria de la Sociedad I*. Barcelona. Tusquets Editores.
- Castoriadis, C. (2008). Poder Política y Autonomía. En C. Castoriadis, *El mundo fragmentado* (pp. 13- 25). Editorial Terramar.
- Feilding, A. (coord.). (2013). *Políticas sobre el cannabis*. Fondo de cultura Económica.
- Fundación Daya (2018). *Relatos de pacientes usuarios de Cannabis Medicinal*. Editorial Fundación Daya.
- Heller, A. (1987). *Sociología de la vida cotidiana*. Editorial Península.
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado: la subjetividad en la era de la fluidez*. Editorial Paidós.
- Lourau, R. (2000). Instituido, instituyente, contrainstitucional. En C. Ferrer (comp), *El lenguaje libertario. Antología del Pensamiento Anarquista* (pp. 123-136). Editorial Altamira.
- Lukacs, G.(2003). Las bases ontológicas de la actividad humana. En E. Borgianni et al., *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional* (pp. 62-85). Cortéz Editora.
- McPartland, J. M. y Russo, E. B. (2014). Non-phytocannabinoid constituents of cannabis and herbal synergy. En R. G. Pertwee, *Handbook of Cannabis* (pp 280-295). Oxford University Press.
- Morante, M. y Morante, M. (2017). *Sin Dolor. Historias íntimas del cannabis medicinal*. Editorial Paidós.

- Muñoz, M. y Rojas, C. (2019). (Trans)formación del habitus y revolución científica: una superación del paradigma prohibicionista en el campo de las drogas. *Revista Cultura y Droga*, 24(28), 43-61. [http://190.15.17.25/culturaydroga/downloads/Culturaydroga24\(28\)_03.pdf](http://190.15.17.25/culturaydroga/downloads/Culturaydroga24(28)_03.pdf)
- Pellagatti, F. y Weber Suardiaz, C. (2018). Acceso a la salud y cannabis: Las instituciones en pugna, las realidades en disputa. Autogestión y solidaridad versus monopolio y represión [artículo en línea]. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 1(2), 146-162. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19945>
- Ramos Atance, J. M. (coord.). (2017). *Efectos terapéuticos de los cannabinoides*. Instituto universitario de Investigación en Neuroquímica de la Universidad Complutense de Madrid.
- Russo, E. B. (2011). Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *Br. J. Pharmacol.* 163, 1344–1364. <https://doi.org/10.1111/j.1476-5381.2011.01238.x>
- Salech, V. (2019). *La historia de Mamá Cultiva Argentina*. Editorial B.
- Suárez Salazar, L. (2003). Geopolíticas y drogas en el hemisferio occidental: Apuntes para una actualización. *Mamacoca*. http://www.mamacoca.org/FSMT_sept_2003/es/doc/suarez_geopolitica_drogas_es.htm
- Tokatlian, J. G., Sain, M. F. y Montenegro, G. (2018). *De militares a policías. La guerra contra las drogas y la militarización de la Argentina*. Editorial Capital Intelectual.