

2020

# Madres cultivadoras ¿autónomas o vulnerables? : el cultivo de cannabis como derecho humano desde una bioética social: el caso de la ONG “Mamá Cultiva” del partido de General Pueyrredón

Noblia, María Solange

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

---

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/223>

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*



**Universidad Nacional de Mar del Plata**

**Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social**

**Carrera: Licenciatura en Trabajo Social**

**PLAN DE TESIS**

**TÍTULO:** Madres cultivadoras: ¿Autónomas o vulnerables?

**SUBTÍTULO:** El cultivo de cannabis como derecho humano desde una Bioética social: el caso de la ONG “Mamá Cultiva” del partido de General Pueyrredón

**ESTUDIANTES**

- Pavón, Santiago. Matrícula: 11515/11. DNI: 35332670. Mail: [sant.pavon@gmail.com](mailto:sant.pavon@gmail.com) Cel.: 223-5947603.
- Noblia, María Solange. Matrícula: 11990/12. DNI 34509165. Mail: [solcimdp0@gmail.com](mailto:solcimdp0@gmail.com) Cel.: 2314-470937

**DIRECTORA**

Mainetti, María Marta.

**CO-DIRECTORA**

Lic. Sosa, Tamara.

**AÑO 2020**

## ÍNDICE

RESUMEN .....	3
HISTORIA DE MAMÁ CULTIVA MAR DEL PLATA Y ZONA.....	4
INTRODUCCIÓN.....	7
INTERVENCIÓN DESDE Y POR LA DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS. LOS PRINCIPIOS DE AUTONOMÍA Y VULNERABILIDAD.....	11
HACIA UNA CONSTRUCCIÓN DEL CAMPO DE LA SALUD.....	20
Concepción sobre Campo .....	20
Modelo Médico en el campo de la salud.....	26
El comercio en el campo de la salud.....	28
ORIGEN Y ANTECEDENTES DE LA PLANTA DE CANNABIS.....	31
Descripción de la planta.....	31
Historia del cannabis.....	33
LA CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE LA DROGA.....	37
La construcción del problema de la droga desde EEUU.....	37
La construcción de la problemática de drogas desde Argentina.....	45
USO MEDICINAL DEL CANNABIS.....	54
MARCO METODOLÓGICO.....	58
ANÁLISIS.....	63
Factores que generan vulnerabilidad y Factores que propician autonomía.....	63
Mamá Cultiva, red latinoamericana.....	63
Colectivo Cannábico Feminista.....	67
Mamá Cultiva Mar del Plata y Zona. Madres de usuaries medicinales de cannabis expuestas a la ilegalidad.....	73
Importación de aceite de cannabis según lo dispuesto por la ley 27.350.....	76
Una alternativa al modelo médico hegemónico, el uso medicinal del cannabis.....	77
La Red cannábica como campo de intervención para el Trabajo Social.....	80
CONCLUSIÓN.....	87
REFLEXIONES FINALES.....	89
ANEXOS.....	92
BIBLIOGRAFÍA.....	95

## RESUMEN

Dentro del sistema capitalista en Argentina, podemos observar la persistencia de un modelo de salud sostenido por diferentes instituciones que avalan un discurso dominante y que obstaculiza cualquier práctica considerada “alternativa”. Por consiguiente, nos proponemos explorar acerca de este campo<sup>1</sup> y de una de las prácticas alternativas en salud que se contrapone a este modelo, el uso medicinal de aceite de cannabis mediado por el auto cultivo. El cannabis con fines de investigación médica se legalizó en Argentina en marzo de 2017. Sin embargo, el acceso al aceite importado previsto en la ley es exclusivo, además de dejar por fuera el autocultivo, aunque esta actividad genere calidad de vida, autonomía y alivio de los síntomas a personas con distintas patologías y a su entorno familiar.

Es por esto, que nuestro principal objetivo es conocer la relación entre los principios bioéticos de autonomía y vulnerabilidad en la ONG “mamá cultiva”-asociación de madres cultivadoras de cannabis dentro del partido de General Pueyrredón-. Desde un posicionamiento bioético, entendemos que la autonomía de las madres cultivadoras -y por lo tanto la de sus hijos-, que recurren a su propia experiencia ante la imposibilidad de obtener información fundada desde otros saberes, puede quedar limitada por distintos factores, sociales, económicos, legales, de género, que generan vulnerabilidad.

Expuesto esto, desde nuestra profesión, es de suma importancia problematizar dentro del campo de la salud qué lugar ocupan las terapias alternativas y sus usuaries, ya que es objetivo primordial del Trabajador Social velar por el ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas. De esta manera, se trata de favorecer la autonomía como un principio fundamental y colectivo en salud opuesto al paternalismo médico, facilitando la dignidad de estas personas.

### **Palabras Claves:**

---

<sup>1</sup> "Espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias" (Bourdieu,p.,1988b: 108).

Bioética – Vulnerabilidad – Autonomía – Salud – Cannabis –Autocultivo.

## HISTORIA DE MAMÁ CULTIVA MAR DEL PLATA Y ZONA

*“Todos tenemos una historia interesante y con inquietudes válidas para contar y de las cuales otros podrán aprender” (Fabiola Loaiza Robles. 2008: 9).*

“Mama Cultiva” nace en Chile, y hoy hay varias sedes en el país conformando la Red Latinoamericana, entre ellas Mar del Plata y Zona, que agrupa a madres con niños que padecen patologías como epilepsia, autismo, cáncer y otras encefalopatías que no encuentran alivio en la mal denominada “medicina tradicional”<sup>2</sup>. Este dispositivo local, cuenta con un equipo de familias que poseen niños con diferentes patologías, las cuales encuentran calidad de vida y alivio en las sintomatologías de sus hijos en el aceite de cannabis.

De esta manera, los objetivos de la Red se basan en: asesoramiento y apoyo a familias con hijos con patologías para las que sirve el cannabis, y a todo aquel que necesite conocer del tema; generar mecanismos de provisión colectiva y social; promover leyes a favor del cultivo personal, solidario y colectivo; difundir información sobre los usos medicinales del cannabis y el autocultivo.

En este sentido, las mamás cuentan,

“allá, por mayo del 2016 todas nos fuimos encontrando en el mismo lugar, presas de la desesperación, en la agrupación marplatense de cannabicultores<sup>3</sup>, quienes solidariamente nos brindaron la información q no teníamos acerca del cannabis y su cultivo, como así también los primeros aceites que nuestros hijos tomaron, luego seguimos nuestro camino uniendo fuerzas y hermanadas logrando ser más fuertes aún. La vida de nuestros niños y su entorno cambio

---

<sup>2</sup> Entendemos que a lo que hoy llamamos “medicina tradicional” no es una ciencia autóctona dentro de los pueblos Latinoamericanos, sino impuesta por un sistema de producción capitalista como mercado.

<sup>3</sup>ONG orientada a la información sobre los distintos usos de la Cannabis.

radicalmente para mejor desde el primer momento, y eso nos impulsó a seguir juntas, trabajando en equipo, caminando a la par. Entendimos y tenemos evidencia q lo más seguro para nuestros hijos y familiares era cultivar de manera colectiva y solidaria; y realizar nosotras mismas nuestros aceites, que recurrir al mercado paralelo a conseguir flores y aceites. Dado que, muchos seres inescrupulosos venden aceites de mala calidad, sin cannabis, alterados que pueden ser muy peligrosos. ¡NO QUEREMOS ESO PARA NUESTROS HIJOS! Nos juntamos, nos hicimos fuertes, nos contuvimos, y salimos a exigir una respuesta q hasta hoy sigue sin ser escuchada, marchamos y conseguimos una ley de cannabis medicinal, que, si bien celebramos la investigación de la planta y de sus usos, entendemos q nos sigue dejando afuera y sigue persiguiendo a los cultivadores de cannabis. SOMOS MAMAS QUE CULTIVAMOS CANNABIS POR NUESTROS HIJOS. Hoy, ya después de dos años de un largo camino transitado y con muchos logros en nuestras espaldas, nuestros hijos están felices disfrutando de la vida, con grandes cambios positivos y sobre todo con una mejor calidad de vida, de ellos y de todo su entorno familiar. Contamos con la personería jurídica y una sede para atender a las personas q requieran información sobre el cannabis medicinal, contenemos a las familias q se acercan por primera vez (sin olvidarnos q estuvimos en ese lugar hace un tiempo atrás), asesoramos en cultivo, hacemos reuniones y talleres para la comunidad”<sup>4</sup>.

Expuesto esto, si bien desde 2017 en Argentina estas madres cultivadoras cuentan con una ley de investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados, no encuentran acceso inclusivo al aceite de cannabis. Por ende, cultivan de forma ilegal para acceder al producto, dado que la ley habilita sólo el acceso a personas con epilepsia refractaria, excluyendo demás patologías que encuentran alivio y calidad de vida en este aceite. Sin contar que solo está contemplada la importación de una única variedad de aceite estándar, con

---

<sup>4</sup><https://www.facebook.com/mamacultivamdp/> : Extraído el día 15/10/2018

la diversidad de aceites que se podrían generar para palear las diferentes patologías en la singularidad de cada organismo, a través del autocultivo. De esta manera, desde el Trabajo Social entendemos que la situación de desprotección a la que están expuestas estas familias vulnera derechos y principalmente el acceso inclusivo a la salud.

## INTRODUCCIÓN

### Intervención desde y por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos en el Uso Medicinal del Cannabis.

Es posible realizar este trabajo de investigación, como estudiantes avanzados de la Licenciatura de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, gracias al ejercicio de la Ley Federal de Trabajo Social 27.072 (12/2014). La misma, habilita la investigación como campo de intervención, estableciendo un marco general y regulatorio para el ejercicio profesional en el territorio nacional argentino. En este sentido, enumera dentro de las incumbencias para esta labor el desempeño en el ámbito de la investigación de las unidades académicas en Trabajo Social, en Ciencias Sociales y en diferentes niveles del sistema educativo formal y no formal en áreas afines.

De esta manera, la ley expone:

Siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, los/as Licenciados/as en Trabajo Social están habilitados para las siguientes actividades profesionales dentro de la especificidad profesional que les aporta el título habilitante: 8. Dirección y desempeño de funciones de docencia de grado y posgrado, extensión e investigación en el ámbito de las unidades académicas de formación profesional en trabajo social y en ciencias sociales; 9. Desempeño de tareas de docencia, capacitación, investigación, supervisión e integración de equipos técnicos en diferentes niveles del sistema educativo formal y del campo educativo no formal, en áreas afines a las ciencias sociales”; 10. Dirección, integración de equipos y desarrollo de líneas y proyectos de investigación en el campo social, que contribuyan a: a) La producción de conocimientos en trabajo social y la profundización sobre



la especificidad profesional y la teoría social; b) La producción de conocimientos teórico-metodológicos para aportar a la intervención profesional en los diferentes campos de acción; c) La producción de conocimiento que posibilite la identificación de factores que inciden en la generación y reproducción de las problemáticas sociales y posibles estrategias de modificación o superación (Ley Federal de Trabajo Social. Art. 9).

Por ende, y gracias a la operatividad de esta ley por parte de la Catedra Supervisión de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, les alumnos que llevamos a cabo esta labor nos insertamos en el Equipo de Investigación "Ética, Lenguaje y Epistemología" de la Facultad de Psicología de la misma Universidad. En base a esta integración podemos nutrir este proyecto, a la vez que aportamos conocimiento/experiencias al grupo y a la profesión.

El proyecto del equipo de trabajo se titula: "La relación entre autonomía y vulnerabilidad en el ámbito de la salud pública a partir de los cambios legales y culturales producidos en la Argentina en el siglo XXI" (15/H257) desde el 02/07/2018 hasta el 31/12/2019. Facultad de Psicología – Universidad Nacional Mar del Plata. Esta investigación contribuirá de manera general a la profundización de la perspectiva teórica del proyecto de tesis, enfocado desde la Bioética y los Derechos humanos, y de manera específica aportando a la relación entre los principios bioéticos de autonomía y vulnerabilidad en el contexto de las madres cultivadoras de cannabis del Partido de Gral. Pueyrredón. Se considera, asimismo, que este trabajo puede aportar fundamentos éticos y sociales para la legalización y legitimación del cannabis, propiciando la investigación científica de distintas profesiones en base a la temática con el fin de promover la inclusión y el derecho a la salud de las madres cultivadoras y demás ciudadanos.

Aportará, además, al conocimiento acerca del uso medicinal del cannabis por parte de las madres cultivadoras, como así también, las dificultades y obstáculos que se presentan en la realización de esta práctica. Creemos de esta manera, que los resultados tendrán impacto para el tratamiento legal del uso de cannabis y los

avances en las investigaciones acerca el mismo. Además aporta a pensar nuevas intervenciones sociales situadas y no coloniales.

Expuesto esto, nos proponemos los siguientes *objetivos generales* para realizar esta labor:

- Conocer la relación entre los principios bioéticos de autonomía y vulnerabilidad en las madres cultivadoras de cannabis dentro del partido de General Pueyrredón.
- Analizar los factores legales, culturales y económicos que inciden en el uso medicinal de aceite de cannabis mediado por el autocultivo.

Entre nuestros *objetivos específicos* se encuentran:

- Estudiar los factores que propician la autonomía de las madres cultivadoras.
- Investigar cuales son los factores que generan vulnerabilidad de derechos *en las madres cultivadoras*.
- Indagar acerca del uso medicinal de aceite de cannabis mediado por el autocultivo.
- Conocer la intersección de vulnerabilidades en la relación de las madres cultivadoras para con el modelo hegemónico.
- Indagar acerca de las posibles intervenciones del Trabajo Social en la ONG Mamá Cultiva.

En el siguiente desarrollo, se expone en el capítulo primero un acercamiento conceptual a la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, como a los principios de autonomía y vulnerabilidad. Prosiguiendo por el capítulo segundo, donde se presenta una breve construcción del campo de la salud desde nuestra singularidad. Luego, en el capítulo tercero, se exhiben los orígenes y antecedentes de la planta de cannabis. En el capítulo cuarto, en cambio, se problematiza la construcción del problema de la droga. En éste nos proponemos analizar los factores

legales, culturales y económicos que inciden hoy en el uso medicinal del cannabis. En el quinto capítulo, se expone el tema en consideración: “el uso medicinal del cannabis”. En el capítulo sexto, se vislumbra el marco metodológico utilizado para esta investigación. En el séptimo, en cambio, se lleva a cabo el análisis de este trabajo. Y, en el capítulo octavo, se detalla la conclusión final del proyecto; para luego exponer las reflexiones finales en el último capítulo.

Cabe agregar que, para la redacción de esta tesis, adherimos desde nuestra posición ético-política al lenguaje inclusivo. Quedando sujeta a su modificación de acuerdo con lo que establezca el consejo superior cuando apruebe el Proyecto de Lenguaje de Género en la Universidad Nacional Mar del Plata (UNMdP), que está próximo a presentarse por el Programa Integral de Políticas de Género.

## CAPITULO 1

### INTERVENCIÓN DESDE Y POR LA DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS. LOS PRINCIPIOS DE AUTONOMÍA Y VULNERABILIDAD.

En 2017 se legisla la Ley 27.350<sup>5</sup> en Argentina. La misma, cede un marco normativo para la investigación y regulación del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados, también autoriza el cultivo de cannabis por parte del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) con fines de investigación médica y/o científica, así como la importación de la sustancia para el tratamiento que suministrará el programa.

Sin embargo, el 05/04/18 se publicó la Resolución 258/2018 mediante la cual el Ministerio de Seguridad “aprueba las condiciones de habilitación ordenadas en el artículo 6 punto 4 del Decreto N° 738/2017”. De acuerdo a esto, los organismos citados no poseen las muestras de cannabis necesarias para la realización de los estudios científicos. Esta situación obstaculiza los procesos de investigación impidiendo el conocimiento acerca de los posibles daños y/o beneficios que pudieran surgir del uso de la planta del cannabis y sus derivados. Tal como expresa un comunicado de la Red Bioética del Sur Bonaerense de junio de 2018, *“esta circunstancia que impide el conocimiento necesario y la atención de una realidad existente conlleva un dilema bioético en la medida en que no es posible ser benéfico a través de un posible saber fundado y si ser maleficiente a través de esa omisión.”*

Expuesto esto, y dado que entendemos la demanda de uso medicinal del cannabis como un problema de salud pública, este trabajo se encuentra fuertemente

---

<sup>5</sup>El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley: INVESTIGACIÓN MÉDICA Y CIENTÍFICA DEL USO MEDICINAL DE LA PLANTA DE CANNABIS Y SUS DERIVADOS. Artículo 1°. La presente ley tiene por objeto establecer un marco regulatorio para la investigación médica y científica del uso medicinal, terapéutico y/o paliativo del dolor de la planta de cannabis y sus derivados, garantizando y promoviendo el cuidado integral de la salud.

orientado y atravesado desde y por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005)<sup>6</sup>. Comprendiendo que,

a partir de la segunda mitad del siglo XX e inicio del siglo XXI, el mundo pasó a convivir con avances extraordinarios en los campos científico y tecnológico, acompañados de una velocidad jamás experimentada hasta entonces en la historia de la humanidad. El conocimiento científico dejó progresivamente de constituir un saber preferencialmente teórico y de lenta aplicación práctica, para alcanzar soluciones concretas y factibles en diferentes áreas del conocimiento. Todo este desarrollo resultó en surgimiento de nuevas preocupaciones y desafíos de orden ético con repercusiones en los más diferentes sectores y ángulos de la vida humana, animal y ambiental (Garrafa Volnei Declaración universal sobre bioética y derechos humanos DUBDH. ONU, 2005).

En consecuencia, surge la necesidad social de pensar valores éticos universales que logren regular y orientar el uso del progreso técnico-científico en pos de la salud y del no detrimento de la autonomía de los ciudadanos. En este sentido, la Declaración establece (entre otros) los siguientes objetivos:

a) proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética; b) orientar la acción de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas; c) promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos; d) reconocer la importancia de la libertad de investigación

---

<sup>6</sup> DBDDHH (2005). Artículo 1. 1. La Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales; 2. La declaración va dirigida a los Estados. Imparte también orientación, cuando procede, para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas.

científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, destacando al mismo tiempo la necesidad de que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta Declaración y respeten la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales (DBDDHH. Art. 2).

De este modo, entendemos a la Bioética como un saber interdisciplinario, secular y plural, que ha ido demandando nuevos aportes y posicionamientos con respecto al principio de autonomía, especialmente en el contexto latinoamericano, caracterizado por el atravesamiento de grandes desigualdades en el ámbito de la salud. Este principio no puede aislarse del principio de vulnerabilidad, considerado uno de los fundamentales en la Declaración de Bioética y Derechos Humanos (2005), que en su artículo 8 establece:

Al aplicar y profundizar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías asociadas, debería tenerse en cuenta la vulnerabilidad humana. Debe protegerse a las personas y grupos especialmente vulnerables y respetarse su integridad (Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005).

La vulnerabilidad de los individuos y las poblaciones requiere una concepción de autonomía que implique en sí misma inclusión, dado que la vulnerabilidad se agudiza en algunas personas-niños, ancianos, mujeres, enfermos, discapacitados, pobres, ilegales-pero se inserta directamente en la constitución dinámica, evolutiva e inacabada de todos los seres humanos<sup>7</sup>. Por eso, *“el respeto a la vulnerabilidad comienza a consolidarse no sólo como el reconocimiento al principio más esencial de la bioética sino como la base de toda la ética” (Rendtorff, 2002: 237).*

De esta manera, es imprescindible para este proyecto de tesis: “Madres cultivadoras: ¿Autónomas o Vulnerables?, explicitar el posicionamiento tomado en

---

<sup>7</sup>DBDDHH (2005). Artículo 3 – Dignidad humana y derechos humanos. 1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. 2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

cuanto al concepto de Vulnerabilidad, ya que el mismo posee concepciones múltiples, ambiguas y contradictorias. Dado que,

el concepto de vulnerabilidad ha sido utilizado en ética de la investigación desde sus comienzos. Aparece en los principales códigos de ética de la investigación y es usado para identificar ciertas clases de poblaciones que parecen necesitar una protección especial (Luna, F. 2009: p1).

Entonces, frente al rótulo de que una población es vulnerable, Luna (filósofa Argentina especialista en bioética) propone “deconstruir” la situación e identificar cada capa de vulnerabilidad. De esta manera, exige que se mire más allá del rótulo y se perciban las diferentes capas de vulnerabilidad que operan y oprimen a determinadas personas. Para luego, poder diseñar salvaguardas adecuadas para evitar o minimizar cada capa encontrada, protegiendo en profundidad y de forma exhaustiva cada uno de los aspectos que puedan presentar.

La propuesta de la autora evita cualquier rótulo y descarta el “tradicional” de subgrupos vulnerables, dado que estereotipan y no necesariamente protegen. Tampoco acepta la noción existencial como la relevante para la ética de la investigación porque, que “todes” seamos vulnerables, seres frágiles y finitos, expresa una condición humana general según visiones filosóficas continentales. Según Luna, lo relevante al nivel de análisis de una investigación con seres humanos es que las personas que participan expresan su fragilidad y finitud existencial de formas complejas en situaciones particulares; y es a estas formas concretas de vulnerabilidad a las que le resulta necesario brindar una respuesta. Por eso,

el peligro que entraña sostener la noción existencial y esencialista de la vulnerabilidad es el riesgo de naturalizar la vulnerabilidad e ignorar la vulnerabilidad que se da en la situación de investigación. Así, por ejemplo, Levine et al dicen: `Si todos son vulnerables, el concepto se hace tan nebuloso que carece de sentido´ (Luna, f. 2011:p86).

De esta manera, expone que necesitamos salirnos de los rótulos y evaluar críticamente cada situación en particular y las vulnerabilidades que ésta entraña. Por ello, la concepción estratificada expuesta por Luna es dinámica, operativa, inclusiva y abarcadora. Además, se opone a la posición esencialista en general dado que no necesita establecer categorías que introduzcan rigidez porque la realidad es muy compleja. La autora dice, que el impulso de los teóricos es tratar de explicar, ordenar, ya sea mediante categorías, criterios, niveles o teorías que, con frecuencia, simplifican y terminan deformando el concepto en función de sus propios intereses. Y expone que piensan la realidad como esos modelos renacentistas, exuberantes y rollizas, pintadas por la paleta de Rubens (imágenes, metáforas); y a las teorías como esos corsets que intentaban poner orden en tanta abundancia, pero a los cuales se les escapaban inevitablemente algunos cuantos rollitos que se negaban a dejarse dominar. Lamentablemente la realidad no se asemeja a aquellas renacentistas y no es tan regulable ni tan simple y se resiste a los encorsetamientos intelectuales. Por ello, su teoría evita el corset teórico y busca pensar a la vulnerabilidad como herramienta que permita identificar toda la exuberancia que presenta la realidad y exhiba todas las diferencias y variaciones que ella ofrece. Sin dejar de mencionar la importancia de las circunstancias y contextos específicos en las que acontece la investigación a nivel micro y macro.

En consecuencia, entendemos que es de suma importancia deconstruir en esta investigación las capas de vulnerabilidad hacia el interior de cada caso, de cada madre. Como también ser críticos ante los rótulos impuestos por la sociedad y la cultura hegemónica hacia este colectivo cannábico de madres, debido a que son discriminadas en los barrios y colegios de sus hijos. Esto denota la falta de información y conocimiento del tema en la comunidad.

Entonces, este proyecto comprenderá a la vulnerabilidad mediante la idea de *capas* porque presenta mayor “flexibilidad”, algo que puede ser múltiple y diferente, y que puede ser removido de uno en uno, capa por capa. Por ende, se concibe que no hay una “sólida y única vulnerabilidad” que agote la categoría sino diferentes vulnerabilidades, diferentes capas operando que pueden superponerse y algunas



pueden estar relacionadas con problemas del consentimiento informado, mientras que otras lo estarán con las circunstancias sociales. De esta manera, dentro de la misma ONG Mamá Cultiva Mar del Plata y zona, no es lo mismo una madre (de un hijo con determinada patología, usuaria de cannabis) de nacionalidad argentina, con una familia consolidada que apoya el autocultivo, de clase media, trabajo digno, profesional; que una madre (de un hijo con determinada patología, usuaria de cannabis), inmigrante, soltera, en busca de trabajo digno.

En esta investigación entendemos a la vulnerabilidad no como una condición permanente y categórica, sino que puede alterarse o modificarse. Y que cada capa de vulnerabilidad que se identifica desprotege a los individuos, los deja cada vez más expuestos, por lo tanto, cada capa tiene una connotación negativa.

Por otro lado, también cabe explicitar el posicionamiento de este trabajo ante el principio de autonomía, dado que ambos principios trabajan de forma complementaria. En este sentido, la Declaración de Bioética expone:

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses (Declaración de Bioética y Derechos Humanos 2005. Art. 5).

Por esto, entendemos como autonomía: “...*el derecho que tiene todo ser humano a decidir acerca de las acciones que se realicen sobre su propio cuerpo, sobre la base de sus valores*” (Subcomisión de Ética Clínica, 2016, p: 1). De esta manera, “*para ejercer este derecho, es necesario haber alcanzado el grado de madurez suficiente para tomar decisiones por sí mismo, sin estar bajo ningún tipo de coerción y contando con la información adecuada*” (Subcomisión de Ética Clínica, 2016, p:1).

Entonces, adhiriendo a Jorge Luis Manzini, comprendemos que en bioética las limitaciones de la autonomía son bien conocidas desde sus orígenes e incluye:

- 1• La limitación que todos tenemos como seres humanos situados y condicionados, que es más o menos decir que hacemos lo que

podemos, lo que nos dejan hacer y lo que nos han enseñado, y es como siempre debe entenderse la libertad humana. En este apartado podrían agregarse las limitaciones de la medicina, con sus verdades científicas siempre provisorias y su lógica probabilística, lo que implica, según los juristas, sólo un compromiso de medios y nunca de resultados;<sup>2</sup> • En el caso que nos ocupa, la limitación causada por el estado de enfermedad, la “principal ladrona de autonomía” según Dworkin; <sup>3</sup> • La causada por incompetencia, falta de información o de libertad externa, que es la que la bioética trata de remontar, oponiendo la autonomía del paciente al paternalismo médico y, en general, a la asimetría de la relación (Manzini, J. L. 2003. P: 47).

En este sentido, Gianella en su texto “Los derechos humanos y el consentimiento informado en la práctica clínica: más allá del derecho a la salud”, explicita:

Los médicos realizan sus acciones, al mismo tiempo que racionalizan si lo que hacen es moralmente correcto. Este juicio moral, si bien puede contener elementos relacionados a la doctrina de DD. HH., será también el resultado de lo que podría llamarse la cultura médica, con el adicional de que los médicos no podrán evitar la influencia de la sociedad en la que nos desenvolvemos (Gianella, G. 2013, p: 316)

Por ende, es un aspecto fundamental al respeto de la autonomía garantizar el consentimiento informado en un proceso continuo y apropiado de servicios de la atención de salud solicitados de forma voluntaria. De esta manera, *“la salvaguardia de la capacidad de la persona para ejercer el consentimiento informado en las cuestiones relacionadas con la salud y su protección contra los abusos (incluidos los que se relacionan con prácticas tradicionales) son fundamentales para la protección de estos derechos”* (Gianella, G. 2013, p: 316). En consecuencia, para un ejercicio pleno del derecho a la salud, las acciones de los médicos deben darse respetando la autonomía, la libre determinación y el respeto a la dignidad humana.

Adicionalmente, Gianella sostiene que, implícitamente la declaración expresa que “...no existe un grupo humano que pueda considerarse inmune a producir injusticia, sufrimiento, dolor y muerte en otros seres humanos, por ello el entendimiento de lograr el respeto universal de ciertos principios” (Gianella, G. 2013, p: 318). Por ello:

Si entendemos que los médicos son seres humanos, ciudadanos de sociedades particulares, que cargan bagajes culturales determinados, las exigencias sobre el respeto al proceso de CI<sup>8</sup> deberían ser enmarcadas más allá de enfoques “positivistas”. Así, además del ejercicio del derecho a la salud y del respeto a la autonomía, los médicos deben respetar el proceso de CI porque es una forma (la más consensuada que la humanidad conoce) de evitar la arbitrariedad en sus acciones, en una situación en la que además los médicos tienen una gran hegemonía de poder y conocimiento. El CI se erige entonces como un principio a seguir, que intenta evitar el sesgo que el médico pueda tener, por ejemplo, al recomendar un medicamento en particular (debido por ejemplo a la influencia de terceros), pero también tiene el rol de racionalizar que este sesgo puede ocurrir. Así se constituye como uno de los más claros reconocimientos de la naturaleza humana del acto médico, con toda su complejidad y todos sus defectos (Gianella, G. 2013, p: 318).

---

<sup>8</sup>DBDDHH (2005). Artículo 6 - 1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno; 2. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. Las excepciones a este principio deberían hacerse únicamente de conformidad con las normas éticas y jurídicas aprobadas por los Estados, de forma compatible con los principios y disposiciones enunciados en la presente Declaración, en particular en el Artículo 27, y con el derecho internacional relativo a los derechos humanos; 3. En los casos correspondientes a investigaciones llevadas a cabo en un grupo de personas o una comunidad, se podrá pedir además el acuerdo de los representantes legales del grupo o la comunidad en cuestión. El acuerdo colectivo de una comunidad o el consentimiento de un dirigente comunitario u otra autoridad no deberían sustituir en caso alguno el consentimiento informado de una persona.

Consideramos, que lo anteriormente mencionado denota nuestra concepción y posicionamiento ante los conceptos de autonomía y vulnerabilidad para realizar esta investigación. Dado que, uno de nuestros objetivos principales es conocer la relación entre los principios bioéticos de autonomía y vulnerabilidad en la ONG “mamá cultiva”.

Desde un posicionamiento bioético, entendemos que la autonomía de las madres cultivadoras, que recurren a su propia experiencia ante la imposibilidad de obtener información fundada desde otros saberes, puede quedar limitada por distintos factores, sociales, económicos, legales, de género, que generan vulnerabilidad. Por ende, es de suma importancia problematizar este campo de salud alternativa desde nuestra disciplina, ya que es objetivo primordial del Trabajador Social velar por el ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas. De esta manera, se trata de favorecer la autonomía como un principio fundamental y colectivo en salud opuesto al paternalismo médico, facilitando la dignidad de estas personas.

## CAPITULO 2

### HACIA UNA CONSTRUCCIÓN DEL CAMPO DE LA SALUD

#### Concepción sobre Campo

Dentro del sistema capitalista en Argentina, se puede observar la persistencia de un modelo de salud sostenido por diferentes instituciones que avalan un discurso dominante y que pone obstáculos a cualquier práctica considerada “alternativa”. Por consiguiente, nos proponemos explorar acerca de este campo<sup>9</sup> y de una de las prácticas alternativas de salud, el uso terapéutico de aceite de cannabis mediado por el auto cultivo.

De esta manera, es de suma relevancia para esta investigación explicitar el concepto de “Campo” desde Pierre Bourdieu antes de ingresar en el Campo de la Salud específicamente. Para ello, es preciso ubicar el horizonte epistemológico del autor, al cual adherimos, señalando algunos ejes claves de su pensamiento con el fin de contextualizar sus concepciones:

*Quando se habla de conceptos dentro de esta perspectiva teórica, se hace referencia a conceptos contruidos, a construcciones operadas por el investigador sobre la realidad social. Esto significa el reconocimiento de que “los hechos no hablan por sí mismos”, es decir, que no tienen un sentido independiente de la grilla de lectura que cada uno le aplique (Bourdieu, P.; Chamboredon, JC.; Passeron, JC., 1975).*

Por ende, objeto real y objeto construido son categorías epistemológicas diferentes para esta investigación, dado que la realidad es compleja y presenta múltiples aspectos que pueden aprehenderse de modo distinto según el marco teórico a partir del cual se la aborda. Así, “según la perspectiva de análisis del investigador, ciertas facetas de lo real serán percibidas como más importantes, otras secundarias

---

<sup>9</sup> "Espacios de juego históricamente contruidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias" (Bourdieu, p., 1988b: 108).

*o accesorias, mientras que otras podrán no ser tenidas en cuenta*” (Gutierrez, A. 1995. P 14). Por ello, es necesario al construir este proyecto y enunciar determinados contenidos o verdades, ir explicitando en nuestro marco teórico la perspectiva de las diferentes terminologías. Exponiendo así, los lentes desde los cuales se observa la realidad.

También, dado que en las ciencias de los sujetos es más imprecisa la separación entre la opinión común y el discurso científico, entre el objeto real preconstruido por la percepción, y el objeto científico, se llevará a cabo una actitud de constante vigilancia epistemológica y de rigor metodológico. Por ello, cuando se habla de conceptos, se refiere a conceptos construidos mutuamente interrelacionados en un contexto estructural, de modo que su utilización refiere al sistema total de las relaciones en el cual están insertos.

En este sentido, en su texto: “Pierre Bourdieu. Las Prácticas Sociales”, Alicia Gutiérrez explicita que para explicar las acciones sociales es determinante la convicción de que meramente lo objetivo no logra describir plenamente las prácticas. Es necesario, también rescatar al agente social que las produce. Pero se trata de rescatarlo como agente socializado, es decir, de aprehenderlo a través de aquellos elementos objetivos que son producto de lo social. De esta forma, lograríamos sustituir la relación ingenua entre los individuos y la sociedad por la relación construida entre los dos modos de existencia de lo social: las estructuras sociales externas, lo social hecho cosas, plasmado en condiciones objetivas, y las estructuras sociales internalizadas, lo social hecho cuerpo; incorporado al agente. De esta manera, las estructuras sociales poseen una doble existencia: lo social conformado por relaciones objetivas (Campo) y el conocimiento práctico que los individuos poseen de esas relaciones (Habitus)<sup>10</sup>.

Expuesto esto, es relevante para esta investigación analizar no solo la realidad social en cuanto al modelo médico hegemónico y al uso medicinal del cannabis como terapia alternativa, sino también el posicionamiento de Mamá cultiva dentro

---

<sup>10</sup>Este último se centra en maneras de percibir, incorporar, sentir, vivir, evaluar la realidad y posicionarse según la trayectoria del agente social por los distintos campos.

de este campo y demás instituciones. Dado que, la representación de los agentes varía según su posición (y los intereses asociados) y según su habitus, como sistema de esquemas de percepción y apreciación, como estructuras cognitivas y evaluativas que adquieren a través de su trayectoria.

En consecuencia, resulta importante el enfoque teórico de Pierre Bourdieu, dado que nos concentraremos en sus dos conceptos centrales (campo y habitus), que constituyen nudos de relaciones. Es decir:

“...un campo consiste en un conjunto de relaciones objetivas entre posiciones históricamente definidas, mientras que el habitus toma la forma de un conjunto de relaciones históricas incorporadas a los agentes sociales. Ambos conceptos son igualmente relacionales, en el sentido en que se comprenden uno en relación con el otro: un campo no es una estructura muerta, es un espacio de juego que existe en cuanto tal, en la medida en que hay jugadores dispuestos a jugar el juego, que creen en las inversiones y recompensas, que están dotados de un conjunto de disposiciones que implican a la vez la propensión y la capacidad de entrar en el juego y de luchar por las apuestas y compromisos que allí se juegan”. (Gutierrez, A. p 23).

Es relevante remarcar, por un lado, que no solo hay que tener en cuenta los diferentes sistemas de relaciones objetivas tal como se presentan en el momento del análisis en cuestión del campo salud y del uso medicinal del cannabis, sino también como se han ido conformando y reestructurando esos sistemas en términos de campos de posiciones sociales relativamente autónomos.

Dentro de esta lógica de análisis, puede hablarse de diversas economías orientadas hacia fines no estrictamente económicos. Si bien Pierre Bourdieu recupera a Marx, extiende su lógica económica hacia otros campos para poder deconstruir las prácticas sociales sin reducirlas exclusivamente a lo económico. Bourdieu la llama “economía de los bienes simbólicos”, como la lógica de aquellos universos sociales que tienen en común crear condiciones objetivas para que los agentes que juegan ese juego, tengan allí ‘interés por el desinterés’ (y, por lo tanto, estén interesados).

Entonces, definiendo los intereses específicos de un campo y lo que está en juego, es que se define el mismo. En cambio, el capital que ha sido acumulado históricamente en la lógica de ese mercado en juego define la estructura, la cual orienta las estrategias de los agentes e instituye el campo relacional. Dice el autor que, en las sociedades como las nuestras, el capital económico constituye la especie dominante, en relación con las otras variedades de capital. Y por ello, el campo económico tiende a imponer su estructura sobre otros campos. Como veremos más adelante, la política de drogas reproduce una lógica del sistema económico-productivo capitalista. Esto significa que el campo económico va a estructurar en su beneficio el campo de la salud y el abordaje por parte del Estado hacia el problema de las drogas.

Por otro lado, la posición, marca el lugar ocupado en cada campo en relación con el capital específico que allí está en juego. Cada una de las posiciones se define en relación a las demás posiciones que constituyen un campo específico y, por lo tanto, el hacer referencia a una determinada posición implica siempre la referencia al sistema de relaciones en el cual está inserta. Expuesto esto, y en cuanto al campo de la salud, vemos como la terapia tradicional y la industria farmacéutica poseen hegemonía en este campo y por ende la definición del juego. Sin dejar de mencionar en cuestiones de política de drogas, la intervención y posición en la Argentina de los médicos higienistas, el poder policial y legislativo. Posiciones que construyen saberes y verdades, pero que a la vez construyen otras posiciones en otros sujetos estereotipados y estigmatizados que van cambiando (según a quienes haya que perseguir y posteriormente criminalizar) a lo largo de la historia como lo son los usuarios.

En esta misma línea, Bourdieu especifica también criterios de distribución del capital específico:

- La posesión o no, posibilidad de poseer o no el capital que está en juego en cada campo, sea éste de cualquier especie (económico, cultural, social, etc.); o de poseer el poder de administrar un capital (como puede ser el poder de administrar los medicamentos en el caso del



campo de la salud, por ejemplo; o con la Ley Harrison (en el siglo XX) el poder de los médicos para administrar opio, coca y sus derivados).

- Posesión mayor o menor. Es importante el volumen de ese capital (mayor o menor) -o del poder de administrarlo- que se ha ido acumulando en el curso de las luchas desarrolladas en determinado campo.
- Carácter legítimo o no legítimo de la posesión del capital – o del poder para administrarlo-. Se relaciona con el reconocimiento social (y por ello legitimación social) que se tiene del capital acumulado o del poder de administrarlo.

Cabe destacar que el primer criterio de diferenciación: relación entre posiciones dominantes (aquellas ocupadas por quienes poseen el capital acumulado) y posesiones dominadas (ocupadas por quienes no poseen ese capital), denota por sí solo en la relación/vínculo Médico-Paciente la hegemonía de los primeros. Esas relaciones de fuerzas se establecen entre posiciones sociales, y no entre individuos, por lo cual las propiedades ligadas a cada una de esas posiciones pueden ser analizadas independientemente de las características de quienes las ocupan. Por ende, un primer principio de estructuración de prácticas sociales está constituido por la posición ocupada. Puede decirse entonces, que la toma de posición depende de la posición que se ocupa y que los puntos de vista son vistas tomadas a partir de un punto.

Dicho esto, a la hora de intervenir en cada caso particular, de recabar información, de acercarnos a los distintos actores, es imprescindible hacer esta lectura del juego que menciona Bourdieu en cuanto a posiciones de esos actores, posesión o no del capital, legitimidad del mismo.

Además, es importante remarcar, que no todo bien constituye un campo. El mismo tiene que ser apreciado, buscado, escaso. De esta forma se genera un interés por su monopolización y acumulación, creándose un mercado en torno a él e

instituyéndose un campo. En consecuencia, un campo específico se va conformando en torno a un capital<sup>11</sup> específico, y en la medida en que alrededor de ese capital que está en juego se va constituyendo un mercado específico. Ello supone la existencia y diferenciación primera entre productores del bien y consumidores del bien en cuestión y la aparición progresiva de los intermediarios: distribuidores del bien e instancias de consagración y de legitimación específicas del campo. Se produce así una situación de mercado en la cual se distinguen oferentes y demandantes del mismo bien, y en la cual comienza a diversificarse tanto la producción como el consumo de dicho bien. Es decir, comienza a haber competencia entre los agentes productores que entran en concurrencia tratando de ganar para sí al público consumidor, a la vez que dicho público se diversifica también. Cabe remarcar, que esto mismo comenzó a ocurrir hoy día con el aceite de cannabis y dentro de un mercado ilegítimo y no regulado.

Entonces, en esta tesis nos proponemos la deconstrucción de las prácticas sociales y el análisis del objeto doblegado. Comprendiendo la construcción, definición y administración del campo de salud y del uso medicinal del cannabis como terapia alternativa; como también los distintos actores/instituciones políticamente posicionados y la trayectoria de cada uno de ellos que denota en la redefinición del campo o construcción del problema de forma heterogénea u homogénea.

---

<sup>11</sup>“Existen distintas variedades de capital no meramente el económico: El capital cultural puede existir bajo 3 formas: en estado incorporado, es decir, bajo la forma de habitus, relacionado con determinado tipo de conocimientos, ideas, valores, habilidades, etc; en estado objetivado bajo la forma de bienes culturales, cuadros, libros, diccionarios, instrumentos, etc.; y en estado institucionalizado, que constituye una forma de objetivación, como lo son los diferentes títulos escolares” (Bourdieu. P.1979). El capital social está ligado a un círculo de relaciones estables, y se define como: “... conjunto de los recursos actuales o potenciales que están ligados a la posesión de una red durable de relaciones más o menos institucionalizados de inter-conocimiento y de Inter-reconocimiento : o, en otros términos, a la pertenencia a un grupo, como conjunto de agentes que no sólo están dotados de propiedades comunes (susceptibles de ser percibidas por el observador, por los otros o por ellos mismos) sino también unidos por lazos permanentes y útiles. El capital simbólico: formas que revisten las diferentes especies de capital cuando son percibidas y reconocidas como legítimas” (Bourdieu. P., 1988b:131). Se trataría entonces de una especie de capital que juega como sobreañadido de prestigio, legitimidad, autoridad, reconocimiento, a los otros capitales.

## Modelo Médico en el campo de la salud.

Es relevante para este trabajo explicitar qué entendemos por Modelo Médico Hegemónico<sup>12</sup>, dado que concebimos al mismo como actor principal de posesión de bienes en el campo de la salud y administrador legítimo de los mismos. Por ello, es importante remarcar que:

El Modelo Médico Hegemónico se constituye y se instituye en los países capitalistas centrales, continuamente con el proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía, y cuando la relación de clases fundamentales en dichas sociedades se establece a través de las relaciones burguesía-proletariado (Menéndez. E. Año: p1).

En esta línea, Eduardo Menéndez, en su texto “Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud”, expone que en la medida que las sociedades modernas e industriales evolucionan, los trabajadores urbanos demandan la denominada medicina “científica” para sus principales problemas de salud en detrimento de la medicina de tipo “tradicional”. De hecho, las prácticas científicas van emergiendo como más eficaces, como técnicas que pueden curar más rápidamente que las prácticas tradicionales. Al mismo tiempo, los padecimientos de los trabajadores son principalmente los accidentes laborales y para ello la práctica quirúrgica está en condiciones de dar respuestas más satisfactorias que las de la medicina tradicional.

En este sentido, expresa como en un modelo económico-productivo como es el capitalismo es imprescindible un sujeto productivo, por lo tanto, en mejores condiciones de salud para insertarse al mercado productivo. Dicho esto, el autor agrega:

---

<sup>12</sup>“...capacidad de unificar a través de la ideología y de mantener unido un bloque social que, sin embargo, no es homogéneo, sino marcado por profundas contradicciones de clases. Una clase es hegemónica, dirigente y dominante, mientras su acción política, ideológica, cultural, logra mantener así un grupo de fuerzas heterogéneas e impide que la contradicción existente entre estas fuerzas estalle, produciendo una crisis en la ideología dominante y conduciendo a su rechazo, el que coincide con la crisis política que está en el poder” (Gramsci, A. 1981: p 46).

*Además, como sabemos, la salud de los "ciudadanos" aparece ponderada desde fines del siglo XVIII como necesaria para el desarrollo del Estado. Este proyecto funcionó inicialmente a nivel ideológico, pero ulteriormente operó en un nivel estructural relacionado con los cambios generados a partir de fines del siglo XIX en el proceso productivo, lo cual implicó la reducción del tiempo de trabajo, pero el incremento de los ritmos de producción. Las nuevas exigencias laborales, implicaron el máximo rendimiento durante el menor tiempo; y en función de ello la necesidad de un trabajador en las mejores condiciones de salud posible. El obrero debe estar sano durante el período laboral, y debe por otra parte no "desviarse" durante el período de "descanso"; no sólo para así reparar su fuerza de trabajo, sino sobre todo para no generar ausentismo laboral (Menéndez, E. 1978.P:2).*

Según Menéndez, dicho modelo presenta caracteres dominantes como el biologicismo, la ahistoricidad, la asociabilidad, el pragmatismo, la individualidad, el participacionismo subordinado, etc.; determinando una práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona. De esta manera, los procesos colectivos que determinan la enfermedad son secundarios y los sujetos cumplen un rol pasivo. De esta manera, se va estableciendo en el campo un vínculo entre médique y paciente: verticalista, dependiente y asimétrico.

Es así, que la práctica médica radica su mirada de forma específica en la enfermedad, eliminando una red de relaciones sociales, productivas e ideológicas que hacen a la salud colectiva de los trabajadores y de la población en sí. Además, el énfasis en la atención primaria exclusivamente curativa, tiende más a la legitimación que a la acción modificadora de las condiciones de salud/enfermedad.

En consecuencia, para la elaboración de este proyecto, se entiende que *"las enfermedades, los padecimientos y la atención pueden ser espías de las contradicciones de un sistema"*(Giovanni Berlinguer). Dado que, a través de los procesos de salud se pueden observar procesos en la realidad que a veces se ocultan y a veces aparecen muy racionalizados, naturalizados y no se ven. Se entiende entonces, que

la enfermedad da cuenta de una intersección de problemas que pueden ser económicos, políticos e ideológicos.

Además, de los distintos factores y actores que van instituyéndose e instituyendo el campo de la salud, vemos como un sistema económico productivo demanda determinado método curativo, determinadas prácticas. También, cómo el poder médico hegemónico se posiciona como administrador de esos bienes demandados, y cómo se van insertando los sujetos que demandan la atención de forma pasiva. Entendemos que es en este marco dónde denota la construcción del campo, dónde se construye un mercado (negocio) en torno a la salud, dónde se instituyen productores, consumidores e intermediarios de los bienes-recursos.

### El comercio en el campo de la salud.

Para adentrarnos en el tema de la mercantilización en el campo de la salud y ver como son utilizados los bienes o recursos como método de curación, es importante exhibir algunas compilaciones de Enrique Carpintero:

Medicar es un acto médico. Aquí el fármaco se transforma en un instrumento del equipo interdisciplinario -a veces, necesario para trabajar con el padecimiento subjetivo-. En cambio, la medicalización alude a los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica. La medicalización es un término que se viene usando desde hace muchos años para demostrar los efectos en la medicina de la mundialización capitalista donde lo único que importa es la ganancia. Es así como las grandes industrias redefinen la salud humana acorde a una subjetividad sometida a los valores de la cultura dominante. Su resultado es que el sujeto atrapado en las “pasiones tristes encuentra en una pastilla la ilusión de una felicidad transitoria. (Carpintero E. 2011. P 6).

De esta manera, la medicalización se fomenta a partir de la hegemonía que ha adquirido la perspectiva neopositivista, convirtiendo a la enfermedad en una falla que hay que suprimir y no un problema a entender, donde hay que dar cuenta de

una etiología. Todo este modelo enfatiza una metodología de abordaje a la salud configurada desde la curación, la medicalización y la comercialización. Lo cual ubica y construye un/una “paciente” y “cliente” de esta nueva industria. Por ende, se vislumbra una corriente positivista-conservadora en la construcción hegemónica del campo de la salud, más otra corriente económica capitalista que mercantiliza sus bienes. En consecuencia, estos fundamentos se instituyen desde principios del siglo pasado para regular los bienes y recursos del campo de forma “ordenada”, “progresista” en base a concepciones sociales conservadoras.

Expuesto esto, es interesante mostrar una concepción acerca de este método alternativo al modelo médico hegemónico, que es el uso medicinal del cannabis. Para esto, citamos a una madre cultivadora de cannabis, Valeria Salech, que en su texto “Mamá Cultiva” dice:

¿Sabías cuáles son los efectos adversos que enfrentamos a largo plazo con el aceite de cannabis?? Conocemos a la perfección los efectos adversos a largo plazo que tiene la medicación alopática tradicional, la que nos recetan nuestros médicos: farmacodermia, alteración de la flora intestinal, problemas hepáticos recurrentes, desnutrición, hipo continuo, ataxia, caída de pelo, irritabilidad, cambios bruscos en la personalidad, babeo, somnolencia, impulsividad, insomnio, constipación... ¿sigo? Nada de todo lo que acabo de decir lo produce el aceite de cannabis medicinal. Nada. y frena las convulsiones, y saca el dolor. ¿Usted qué haría? (Salech V., 2018, P.74).

Consideramos, sin cuestionar el uso de fármacos y su eficacia, que la sociedad debe liberarse de ciertos prejuicios culturales y desinformación acerca de la planta de cannabis, para poder legalizar tal práctica. También es importante aclarar que el aceite de cannabis no va en detrimento de los fármacos habituales, sino más bien en complemento. Pero para que estos métodos puedan complementarse e ir a favor del derecho a la salud de los ciudadanos es necesaria la investigación, que prime la bioética, la autonomía y libertad de los sujetos a decidir acerca de su me-

dicina. Por ende, el Estado debe comprender la práctica autogestiva del uso medicinal del cannabis como un tema de salud colectiva y bienestar de la sociedad, por esto debería regular esta demanda. Es de suma relevancia también mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha expresado en este sentido, por tanto, ha sugerido retirar al cannabis de la lista de drogas peligrosas y ha reconocido su efecto terapéutico.

## CAPITULO 3

### ORIGEN Y ANTECEDENTES DE LA PLANTA DE CANNABIS.

En este capítulo nos proponemos analizar los factores legales, culturales y económicos que inciden en el uso terapéutico de aceite de cannabis mediado por el autocultivo.

#### Descripción de la planta.

*Cannabis sativa* es una planta milenaria cuyas propiedades han sido ampliamente aprovechadas por el hombre; los datos arqueológicos e históricos demuestran su uso como alimento, como fuente de fibras, para usos recreativos y espirituales, así como también para paliar diversas enfermedades (de la Fuente, 2015).

La planta de cannabis se utiliza desde hace más de 5.000 años por distintas culturas y alrededor del mundo para distintos fines, que van desde el uso lúdico y recreativo, pasando por un medio de relajación y meditación, hasta su uso en el tratamiento de varias enfermedades o el alivio de procesos vinculados a cierto tipo de malestares. Por ello, resulta imprescindible para este trabajo comenzar con una breve descripción de la planta y de su historia a lo largo del mundo.

Desde el punto de vista taxonómico, *Cannabis sativa* L. pertenece a la clase de las dicotiledóneas, orden 4°, urticales, familia Cannabaceae, género *Cannabis* y la especie más conocida es *sativa*. Se han descrito tres subespecies: *Cannabis sativa sativa*, *Cannabis sativa indica* y *Cannabis sativa rudelaris*, las cuales se distinguen por su anatomía, hábitos de crecimiento, variación de la fisonomía de las hojas y tipo de semillas (de la Fuente, 2015). Desde el punto de vista botánico, es una planta herbácea, anual y dioica. Es propia de las regiones templadas y subtropicales, y para su desarrollo requiere condiciones ambientales de 20-25°C de temperatura, 60-70% de humedad y fotoperiodo de 16/8 horas de luz/oscuridad (Cervantes, 2011).



En cuanto a la composición química de *Cannabis sativa* es muy compleja, dado que contiene más de 400 compuestos químicos, dentro de los cuales, más de 60 son fitocannabinoides, siendo el delta-9-tetrahidrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC) el más abundante y biológicamente más poderoso.

Se han identificado varias subclases de fitocannabinoides, las cuales se dividen en 11 familias, cada una de ellas con un número variable de miembros: THC, cannabidiol (CBD), cannabinol (CBN), cannabicromeno (CBC), cannabiciol (CBL), cannabigerol (CBG), los cuales aparecen en diferentes cantidades según la variedad de *Cannabis* valorada (Fisar, 2005). La concentración de estos compuestos activos varía ampliamente entre plantas de distinto origen, además depende de la subespecie y de los diferentes tipos de cultivo: natural o en huerta, cultivo en maceta con luz natural o artificial, hasta el cultivo hidropónico (Leung, 2011).

En los últimos 30 años, el cultivo sofisticado de la planta y las técnicas de hibridación han aumentado considerablemente la concentración de cannabinoides así como también, han logrado modificar la concentración de algunos cannabinoides con respecto a otros, por ejemplo, aumentar la proporción de CBD con respecto a la de THC.

En mamíferos, los efectos farmacológicos del cannabis se producen y explican por la presencia de receptores específicos distribuidos en todo el organismo:

Los receptores cannabinoides mejor caracterizados son el CB1 R y CB2 R, los cuales se encuentran ubicados en la membrana celular principalmente de neuronas presinápticas, tienen siete dominios transmembrana y forman parte de la familia de receptores acoplados a proteína G. El THC, así como los ligandos endógenos presentes en todos los mamíferos, anandamida y 2-araquidonoilglicerol (2-AG), producen sus efectos farmacológicos porque se unen y activan dichos receptores cannabinoides (Pacher *et al.*, 2006).

De esta manera, a través de estos receptores, los cannabinoides actúan como un medio de comunicación intercelular entre las neuronas a nivel del sistema

nervioso central y también en otros sistemas, como el inmune y el reproductor. Por otro lado, el sistema participa en la respuesta al estrés y tiene un papel muy importante en órganos y sistemas que controlan el metabolismo y el balance energético del organismo.

Debido a sus múltiples acciones, los cannabinoides han sido aplicados fundamentalmente en las siguientes condiciones clínicas: dolor crónico, náuseas y vómitos debido a quimioterapia, estimulación del apetito en infección HIV / SIDA, espasticidad debido a esclerosis múltiple o paraplejía, síndrome de Tourette y epilepsia refractaria a los tratamientos convencionales. Asimismo, han sido estudiados para otras entidades clínicas tales como glaucoma, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño y psicosis (*Boletín informativo UNR, 2016*).

A pesar de que el uso de extractos de Cannabis con fines terapéuticos ha ido incrementando en los últimos años, no se ajusta al paradigma convencional de diseño, desarrollo y evaluación de medicamentos; más aún, su uso ha sido promovido por pacientes y familiares a partir de recetas caseras, en lugar de prescripciones de médicos o de información proveniente de investigaciones científicas. De esta manera el uso terapéutico de derivados de Cannabis, principalmente en forma de aceite, ocurre en ausencia de un control de calidad, producción estandarizada e información del perfil de compuestos activos (cannabinoides, terpenos y flavonoides) lo cual, como se mencionó previamente depende de la genética de la planta, sus condiciones de cultivo, así como también, del método de extracción utilizado.

### Historia del cannabis

El cannabis proviene de Asia central, la historia de esta planta ha sido producto de diferentes contextos e intereses en muchos países. Por ejemplo,

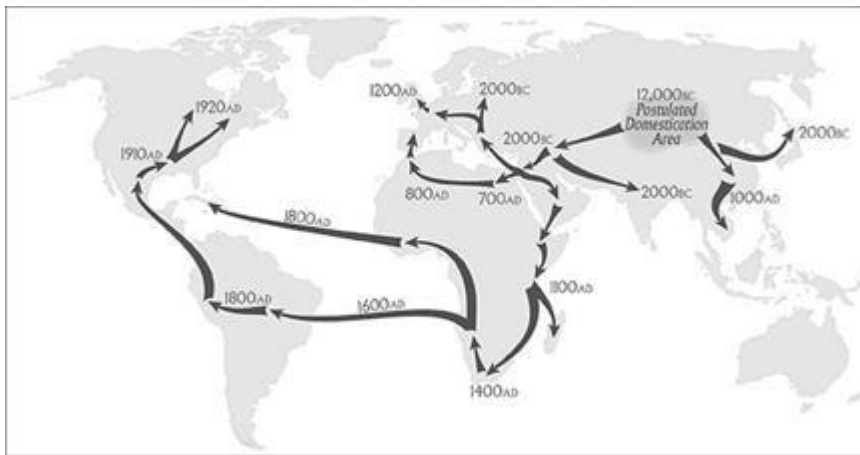
el empleo del cáñamo para la elaboración de prendas de vestir, cuerdas y papel, para hacer aceites y alimentos tiene más de 5.000 años; así lo constatan vestigios de tela hecha de fibras de cannabis

encontrados en China y Turkestán. (Leal Galicia - Betancourt Ocampo, D - González, A - Parra, H.: 1)

También, la aplicación del uso medicinal del cannabis se puede observar en códices de la antigua China (2727 a. de C.) o en plantas de marihuana encontradas en tumbas de las regiones sur de Siberia y noroeste de China. Tras extenderse por China, la marihuana llegó a Corea (2000 a. de C.) y a la India (1000 a. de C.), donde se usó para textiles, como fuente de alimentos y medicinalmente. De este modo, en el 1400 a. de C. se extendió el cultivo a Oriente Medio, propagándose por toda Europa, Asia y África (Fig. 1)

El largo recorrido que realizó la planta de cannabis y sus usos en distintas épocas son producto de una gran importancia cultural. Tanto su cultivo como su consumo eran prácticas comunes entre las culturas, por lo que pasaban de una a otra sin ninguna restricción.

Figura 1. Propagación del cultivo y consumo de cannabis a lo largo del tiempo (I Dr. Barney Warf, University of Kansas).



El primer contacto de América con el cannabis fue a través de Cristóbal Colón, dado que la planta de cáñamo era un elemento de suma importancia para la navegación. Las velas y las cuerdas de sus tres naves, por ejemplo, estaban hechas de fibras de cáñamo y los huecos entre las tablas del casco del navío se rellenaban

con las mismas para hacerlo impermeable. El cannabis no solo servía como comida rica en proteínas para la tripulación, sino que también la llevó consigo para el cultivo de cáñamo en tierras lejanas. Las lámparas usaban aceite de cáñamo para que Colón pudiera leer su Biblia, impresa en papel de cáñamo.

Debido a la importancia de la planta, se dice que el monumento al explorador Cristóbal Colón, ubicado en la ciudad de Barcelona, y diseñado por Gaieta Buigas, con motivo a la Exploración Universal de 1888 incluye las hojas de cáñamo; dos ramas de cáñamo brotan del centro de la columna de 60 metros de altura y crecen hacia los pies de Colón (FIGURA 2).

---

Figura 2: Monumento a Colón, imagen extraída (URL) <https://hashmuseum.com/es/coleccion/colon-y-el-cannabis>



Juan Pablo Garcia Vallejo, director de la gaceta cannábica, en su libro “La disipada historia de la marihuana en México” (2010), nos relata que durante el período de la conquista (1521), Hernán Cortés importó diversas plantas de Europa y Asia, entre ellas *C. sativa* y *C. indica*, para levantar la economía de la Nueva España y posteriormente fue Pedro Cuadrado de Alcalá quien, con la idea de producir textiles, importó las primeras semillas de cáñamo y el método de cultivo. Ante el rápido crecimiento de la agricultura de la marihuana, en 1532, la Segunda Real Audiencia

autorizó oficialmente, a través del gobernador don Sebastián Ramírez de Fuenleal, la siembra del cáñamo para fines textiles. Posteriormente, el rey Carlos V extendió la autorización a todo el territorio, ordenando que se enseñara a los indígenas a hilarlo y tejerlo. Así, fue como los indígenas americanos comenzaron con el cultivo y el procesamiento de la marihuana. Por otro lado, los esclavos originarios de África, al traer sus cultos y medicina ritual a América, introdujeron a los indígenas en el uso del cannabis; así, la marihuana se incorporó como medicina espiritual de los chamanes. De esta manera, *“alrededor del siglo XIX, la medicina popular se realizaba a través de curanderas a las que se les llamaba ‘Marías’ o ‘Juanas’, de donde se cree que surge la mixtura lingüística ‘marijuana’”* (García Vallejo JP, 306).

Más tarde, en 1851, se introdujo la planta por primera vez en la tercera edición de la farmacopea de Estados Unidos y en México, ya que a los diversos usos medicinales se reconocía que poseía efectos analgésicos y de inducción del sueño. Por esto,

Durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, en Estados Unidos y en México, el cannabis estaba disponible sin receta y se usaba para una amplia gama de dolencias, incluyendo la migraña y las úlceras (Astoga L. 121).

Esto marca un antecedente histórico a nivel mundial, reconociendo los distintos usos del cannabis para mejorar la calidad de vida de las personas. Teniendo las mismas el derecho a acceder a este recurso y el poder de aliviar los padecimientos en base a las propiedades que el mismo contiene. Luego, a finales del siglo XIX, el uso del cannabis disminuyó debido a diferentes factores; uno de ellos fue que, tras el desarrollo de la jeringa, *“se notó que el aceite del cáñamo no era soluble en agua, lo que abrió las puertas a los opiáceos”*. (Escohotado, A. 321).

## CAPITULO 4

## LA CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE LA DROGA.

### La construcción del problema de la droga desde EEUU.

En esta misma línea, y para comprender la temática de las drogas a nivel internacional nos compete citar a Agustín Noblia, que en su texto “El régimen internacional de drogas. Influencia en la conformación de la política pública de drogas en Argentina durante el siglo XX” expone:

A comienzos del siglo XX, todas las drogas conocidas por el hombre se encontraban disponibles en farmacias y droguerías a nivel planetario (indistintamente en América, Asia y Europa). Durante el siglo anterior, los opiáceos y otras sustancias se vendieron en un mercado médico no regulado. Los médicos los prescribieron para una amplia gama de indicaciones y los farmacéuticos los vendieron a personas que se las medicaban para una variedad de molestias físicas y mentales (Noblia A. 2019. P 28).

Es de suma importancia rescatar el rol de los médicos en este contexto. Dado que, lucharon contra farmacéuticos y curanderos, con el objetivo de lograr un impacto significativo en la futura legislación federal, con el fin de tomar el control sobre la distribución de los medicamentos. En este contexto, se legisla la Ley Harrison de impuestos sobre Narcóticos (1914). La misma, aplicaba leyes penales para el uso no médico de ciertas sustancias e introducía el concepto de estupefaciente a las mismas. Permitía la regulación y aplicaba impuestos a la producción, importación y distribución de opiáceos y productos de coca. Los médicos, podían prescribir narcóticos a los pacientes en el curso de un tratamiento. De esta manera, debían estar inscriptos en un registro para fabricar, dispensar, poseer opio, morfina y cocaína. Cabe mencionar que, la marihuana quedaba por fuera de esta ley, ya que los médicos no la consideraban adictiva. Esta ley, otorgó casi un monopolio para los médicos en el suministro de opiáceos hasta 1922, donde los narcóticos ya no podían prescribirse incluso como cura. Dado que se etiquetó al consumo de drogas como una actitud criminal y el uso de las mismas llegó a ser sinónimo de desviación,

falta de control, violencia y deterioro moral. Ante tal situación, hubo resistencia de los médicos que comenzaban a perder su monopolio.

Anterior a la Ley Harrison de impuestos sobre Narcóticos (1914), se había llevado a cabo la Convención Internacional del opio (1912). Con ella, el consumo de estupefacientes dejaba de ser una cuestión de Estados para convertirse en una preocupación internacional. Por ende, delinea los principios básicos del control internacional de estupefacientes, limitando el consumo, la fabricación y distribución de la oferta de opio, sus derivados y la cocaína. En este marco entonces, se legisla en los EEUU la Ley Harrison delineando un marco de regulación nacional para la aplicación de esta Convención.

Como explicita Noblia, es interesante la exposición y deconstrucción de la historia de las “drogas”, dado que anterior al marco conservador y prohibicionista que comienza a gestarse en los EEUU a principios del siglo XX no estaban catalogadas como ilegales estas sustancias. Más aún, el cannabis era prescripto por médicos, los cuales reconocían sus dotes curativos, llegando a estar disponible en las distintas farmacias a comienzos del siglo pasado. Por ende, en el siglo XX cuando comienza a germinar esta serie de leyes estadounidenses, se abre paso a un sesgo prohibicionista que luego se esparcirá por otros países, como es el caso de Argentina.

Otra de las leyes de este marco normativo que se estaba gestando, es la Ley Seca y en consonancia el autor antes mencionado expone:

Otra legislación importante que surgió bajo este contexto fue la llamada ley seca o Volstead Act. La décimo octava enmienda prohibía la venta, distribución, fabricación, importación y transporte de bebidas alcohólicas (salvo el vino para la santa misa), entrando en vigor a comienzos de 1920. Con el expreso objetivo de crear una nueva nación, como afirmaría el senador Andrew Volstead “El demonio de la bebida hace testamento. Se inicia una era de ideas claras y limpios modales. Los barrios bajos serán pronto cosa del pasado. Las cárceles y correccionales quedarán vacíos; los transformaremos en

graneros y fábricas. Todos los hombres volverán a caminar erguidos, sonreirán todas las mujeres y reirán todos los niños. Se cerraron para siempre las puertas del infierno” (Noblia, A. 2019: p 32).

En 1932, a los 12 años de su vigencia, ni los hombres habían comenzado a caminar erguidos, ni las mujeres sonreían, ni los barrios bajos habían desaparecido, más bien, la prohibición del alcohol había producido nuevos delincuentes, un mercado paralelo, violencia civil, corrupción, muerte, envenenamiento, etc. Por ende, estaba próxima a su derogación. Aunque, como prosigue Noblia,

Ante la crisis capitalista internacional de la década del 30, Estados Unidos, a través del New Deal del recientemente electo presidente Franklin D. Roosevelt, buscó conseguir nuevos ingresos federales a través de impuestos y terminar con la desocupación galopante. De esta manera, derogaría las leyes de la prohibición, ya que veía a la industria del alcohol como un sector dinamizador de la economía (Noblia, A. 2019: p 32).

Años más tarde, derogada la Ley Seca, los migrantes mexicanos introdujeron la marihuana a Norteamérica, como una droga que se hizo popular entre los músicos de jazz de Nueva Orleans y de ahí se extendió a otras grandes ciudades. El gobierno estadounidense, preocupado por la vertiginosa comercialización del cannabis, inició una campaña conocida como “*reefermadness*” (“locura por el porro”) para desacreditar el consumo de dicha hierba (Fig. 3). Así se originó la prohibición y con ella el mercado no regulado y, en conjunto, la corrupción; como había ocurrido anteriormente con el alcohol.

En esta línea, como dice Noblia,

Cabe destacar la importancia del contexto internacional en dicha reacción social, ya que Estados Unidos se encontraba inmerso en un proceso de expansión capitalista imperialista, caracterizado por el desarrollo de la industria pesada, la utilización de nuevas fuentes de energía y una revolución en los sistemas de transporte y comunicaciones (Revolución Industrial), que requerirán de grandes cantidades de mano de obra inmigrante para su industria, provocando un



crecimiento demográfico gigante sobre todo en su población urbana, dando comienzos a las grandes urbes o metrópolis. Estas nuevas masas serían miradas con desconfianza y temor por parte de la elite tradicional norteamericana, la población campesina y los grupos conservadores. Consecuentemente, las distintas drogas se comenzaron a vincular con grupos definidos por clase social, confesión, religión o raza. Así, se vincularía al opio con los chinos, la cocaína a los negros, la marihuana a mexicanos y el alcohol como un vicio de las comunidades judía e irlandesa, a la vez catalogados por una inferioridad tanto moral como económica (Noblia A. 2019, p29).

Por consiguiente, EEUU comienza a delinear la problemática de la droga en los sujetos inmigrantes, construyendo el rol de consumidores problemáticos que más tarde serán perseguidos y penalizados. Pero cabe remarcar que “el foco infeccioso” para ellos estaba fuera de sus fronteras y temían ser contagiados. El orden y progreso no podían ser corrompidos. De esta manera, hacia 1930, se asocia el consumo de marihuana con sujetos capaces de cometer actos de delincuencia, y se creó la idea del envenenamiento de las juventudes por su introducción en los colegios norteamericanos. Esto provocó un impacto negativo en la sociedad por el consumo de la planta en sus múltiples usos, generando una estigmatización ante la población consumidora, reproduciendo significados cargados de valoraciones negativas tratando a los consumidores como delincuentes y relacionando al cannabis con los estratos más bajos de las clases sociales y extranjeros.

Figura 3. Publicidad de la década de los treinta haciendo referencia a 'reefermadness' (tomado de URL: <http://mashable.com/2016/>)



En 1937, el Congreso estadounidense, en contra del consejo de la Asociación Médica Americana, aprobó la Ley del Impuesto sobre la Marihuana, haciéndola costosa y difícil de obtener. Así, por presión norteamericana, también se implementó en México.

En este sentido, durante el siglo XX, surge la institucionalización del estereotipo negativo de “lesmarihuanes” (cultivadores / consumidor de marihuana) provocando la asociación entre marihuana y criminalidad. De esta manera, el cerco prohibicionista estaba cerrado. En consecuencia,

La conjunción de estos factores se cristalizó en leyes debido a la iniciativa y coordinación internacional que llevó Estados Unidos en un contexto de expansión y consolidación como potencia. Además de ser el mayor consumidor, fue quien estableció una estrategia internacional para responder al uso ilícito de drogas tanto en áreas de la interdicción (destinadas a detener el tráfico) como en los esfuerzos de prevención y tratamiento. Los representantes de este

grupo decisorio fueron adquiriendo poder, aportaron su diagnóstico de la problemática y sugirieron una vía concreta basada en dos principios, que iban a sentar las bases del régimen internacional de control de drogas que estaba a punto de forjarse: a) inmoralidad del consumo y la responsabilidad del Estado de proteger a sus ciudadanos de sus propios actos, y b) la reducción del suministro de estupefacientes (Noblia A. 2019. P30).

Es importante explicitar que, a medida que el consumo franqueó los límites de las minorías y se extendió a la clase media-alta, el consumo de drogas dejó de ser un vicio castigable porque se consideraba que era un solucionable conflicto generacional. Por ende, el discurso que circulaba concebía a la droga como una sustancia que creaba dependencia y ocasionaba una enfermedad psicológica y, o física que exigía solución médica. Por lo tanto, en este contexto se debía castigar a quienes obtenían ganancias de ese consumo. Entonces, se distinguió al consumo del tráfico. Así, se diseñó una política que eliminara las drogas y había que dirigir la atención al extranjero.

En este sentido, en 1961, se lleva a cabo la Convención Única de Estupefacientes, tratado que integra los tratados anteriores, creando nuevas instituciones internacionales de regulación y una fiscalización (regular la producción de estupefacientes) mundial de las sustancias decididas a controlar. La misma poseía los siguientes objetivos:

- Reducir la disponibilidad de sustancias para prevenir el abuso y la adicción. Por ende, se originan acciones destinadas a controlar la producción, suministro y tráfico de sustancias ilícitas.
- Asegurar la adecuada disponibilidad de las sustancias controladas para fines médicos y científicos, ya que queda reconocida la indispensabilidad de los mismos en el alivio del dolor y el sufrimiento.

Se denominó estupefaciente a la marihuana, a la hoja de coca, a la cocaína y al opio. Así:

Finalmente, la Convención de 1961 no se convirtió en única y experimentó modificaciones en 1971, 1972 y 1988. Se añadieron dos nuevos tratados negociados bajo circunstancias históricas distintas; por ende, arrojaron resultados distintos, llevando nuevamente a contradicciones (Noblia A., 2019. P: 59).

En cuanto al consumo de sustancias, se verificó un incremento en los países desarrollados occidentales.

Por otro lado, se visualizaron cambios dentro de la variable oferta: a) La producción ilícita de opio/heroína y coca/cocaína aumentó durante toda la década de 1980, y los estimulantes de tipo anfetamínico comenzaron a fabricarse en laboratorios clandestinos en América del Norte, Europa y Asia sudoriental. b) El surgimiento de grupos delictivos organizados transnacionales, los cuales se vieron fortalecidos por las ganancias millonarias del tráfico, afectando gravemente el desempeño de las instituciones de los Estados a través de casos de corrupción. “El problema se vio exacerbado por el mayor grado de violencia y complejidad de los grupos delictivos organizados transnacionales que facilitaban el tránsito y la comercialización de esas drogas”. Estos dos factores fueron los principales motivos para firmar una nueva Convención, la cual debía proporcionar las herramientas necesarias para combatir este nuevo actor que surgió dentro del sistema internacional y que específicamente, en el caso del continente americano, mostraría tempranamente un fuerte grado de violencia. Para lograr una exitosa lucha contra las drogas era necesario y fundamental coordinar internacionalmente las legislaciones de los Estados y crear mecanismos de cooperación para combatir el tráfico ilícito de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y las sustancias que se emplean en su síntesis, producción, fabricación, etc. (Noblia, A. 2019. P: 60).

En este sentido, la Convención de 1988 define “estupefaciente” como cualquiera de las sustancias naturales o sintéticas de la Lista I o II de la Convención Única; “sustancia psicotrópica” cualquier sustancia natural o sintética, o cualquier

material natural que figure en la Lista I, II, III o IV de la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas. Por otro lado, se define “tráfico” como los delitos enunciados en los párrafos 1 y 2 del artículo 3 de la presente Convención<sup>13</sup>.

La Convención dejó en claro los peligros que tiene el narcotráfico para la seguridad de los Estados y de la sociedad internacional. Esto decanta en la maximización del enfoque punitivo y prohibicionista, fortaleciendo marcadamente la obligación de las Partes, aparecida en el artículo 36 de la Convención Única, de tipificar como delitos y de establecer sanciones penales a todos los aspectos relacionados con la producción y tráfico de drogas (Noblía, A. 2019. P: 62).

En este contexto internacional y nacional de los EEUU, es que, en 1986 se declara a los narcóticos como una preocupación de Seguridad Nacional. Y en este marco, las fuerzas armadas deben jugar un papel importante en los programas antinarcóticos en América Latina, preparando la intervención en el extranjero. Aquí, el narcotráfico adquiere dimensiones de una empresa económica y los consumidores el rol de clientes. Cabe remarcar cómo la problemática de la droga pasa del vicio a un conflicto generacional, para luego convertirse en una empresa económica con clientes y oferentes.

EEUU, califica al narcotráfico como un delito de lesa humanidad y considera al narcotráfico como enemigo que incluye les campesinos, cultivadores, a los gobiernos y a las guerrillas latinoamericanas. Denomina a la droga como un problema externo de los países productores y distribuidores. Por tanto, genera políticas externas e internas. Entre las primeras: militarización de la política criminal, intervención de las rutas del contrabando, atacar el tráfico de cocaína, erradicar el cultivo y sustituirlo por uno legal, operar con fuerzas antinarcóticos en el hemisferio sur. Todas ellas, financiadas por Washington. Entre las segundas: educar a las juventudes; incrementar la seguridad de los ciudadanos; proteger las fronteras; quebrar la oferta, etc. En ningún momento menciona la intervención de las FFAA en su territorio.

---

<sup>13</sup>Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, 1988, art. 1.

Es evidente, la función moral que adquiere EEUU con respecto a la temática, usando su poder diplomático y económico para presionar a los países del hemisferio sur. También, es indiscutible que convierte los remotos campesinos peruanos, cultivadores ancestrales de coca, en parte de un problema de seguridad interna y de supervivencia del sistema político estadounidense. De esta manera, el vicio interno sería asfixiado en la medida en que la erradicación e interdicción tuvieran éxito. Es relevante, comprender que para gran parte de Latinoamérica el cultivo de muchas plantas concebidas hoy como ilegales poseen sentido y una construcción totalmente diferente. La imposición de la política de sustitución de cultivos conlleva a desvincular al cultivador ancestral de estas plantas de sus raíces, cultura, emociones; no solo de su economía rentable.

#### [La construcción de la problemática de drogas desde Argentina.](#)

Resulta importante citar a Florencia Corbelle, que en su texto “el activismo político de los usuarios de droga” relata la construcción social del problema de la droga en Argentina. El mismo explicita lo siguiente:

“La construcción social del “problema de la droga” en Argentina se inició a principios del siglo XX y fue fruto, principalmente, del esfuerzo mancomunado de la institución policial y médicos higienistas que respondieron a las preocupaciones de una elite moral obsesionada con el desorden y la “insalubridad criminalidad”. Por aquellos años, las teorías de raigambre positivista en boga entendían el problema de la delincuencia y la trasgresión como un problema de anormalidad patológica y, por ende, conformaban el castigo en torno a tipos humanos portadores de diversas patologías antes que a tipos de conductas consideradas delito. El interés era determinar el tipo de condicionamientos sociales, biológicos, psicológicos, raciales y hereditarios que convertían a determinados grupos en peligrosos, por lo que los asilos psiquiátricos y depósitos de contraventores devinieron especies de “laboratorios vivos” destinados a contener y

segregar pero, sobre todo, a observar, examinar y vigilar a las poblaciones consideradas peligrosas para el orden social (Salessi, 1995; Tiscornia, 2000)” (Corbelle, F. 2018).

Se expone aquí, un sesgo positivista en la construcción de la problemática, como se viene explicitando anteriormente. El mismo, instituye un orden social y armónico como “natural”, permitiendo un progreso “ordenado” de la sociedad, valga la redundancia. Por ende, a partir del siglo XX, todo consumidor fue estigmatizado, apartado y encerrado por su peligrosidad de irrumpir el pacto social. Corbelle prosigue,

La forma de lidiar con el “peligro de la toxicomanía”, no fue una excepción. Compartida como campo de estudio por la psiquiatría y la criminología, esta novedosa patología se nutrió de las concepciones francesas sobre enfermedad mental y de los estudios italianos y belgas sobre criminología y medicina legal. De ahí que culminara siendo caracterizada como una enfermedad mental, degenerativa (hereditaria o adquirida), propia de caracteres débiles con déficit de voluntad que, al mismo tiempo, era fuente de desorden social y criminalidad (Weissmann, 2001). Así definida, como una aflicción con propensiones delictivas, la suerte de los “toxicómanos” y “narcotizantes” no fue muy diferente a la de los “vagos”, “mendigos”, “alcohólicos” y “homosexuales”. Considerados portadores de una especie de “estado de peligrosidad”, se trataba de personas, que estuviesen o no cometiendo un delito, era preciso encerrar y aislar para evitar el contagio por imitación o sugestión y, de este modo, neutralizar la amenaza que suponían para la sociedad (Tiscornia, 2007) (Corbelle, F. 2018).

En este contexto, se generó en una primera instancia una ordenanza (1919). La misma limitaba la importación y prohibía la venta libre de medicamentos que contuvieran opiáceos, cáñamo indiano o cocaína. En una segunda instancia (1921), el Código Penal, se limitó a sancionar a quienes estando autorizados para la venta de sustancias médicas lo hiciesen en cantidad o calidad no correspondiente o sin receta médica. Más tarde (1926), el Código Penal dispuso penalizar a aquellos que

no estuviesen autorizados para la venta, tuviesen en su poder drogas y no pudiesen justificar legítimamente su tenencia. Ambas disposiciones del Código Penal denotan un tinte moralista represivo.

Ahora bien, una vez descrito el comienzo de la construcción del problema de la droga en Argentina y en comparación a las políticas estadounidenses antes mencionadas, cabe remarcar que la conquista de las toxicomanías como campo de intervención de la alianza médica-policial estuvo inspirada en “recomendaciones” estadounidenses y nutrida por concepciones europeas.

Más tarde,

En la década de los sesenta, la construcción del “problema de la droga” se reactualizó. La dictadura de Juan Carlos Onganía introdujo mediante dos reformas legislativas un “modelo represivo-terapéutico” que perduró hasta principios de los setenta. La reforma penal, que resultó de la aprobación de la Ley 17567, condenó el tráfico y la producción de estupefacientes, pero en consonancia con la ratificación nacional de la Convención Única de Estupefacientes de 1961, no consideró delito la tenencia para uso personal de estupefacientes o materias primas destinadas a su preparación. No obstante, ser considerado un “adicto” no carecía de consecuencias legales. La reforma del Código Civil, sancionada meses más tarde, permitió la declaración de inhabilitación y la internación compulsiva de los “toxicómanos” aun cuando no hubiesen cometido un delito. Es más, le otorgaba a la policía la posibilidad de detener “adictos” y derivarlos a un centro de tratamiento sin necesidad de tener orden judicial previa o contar con la presencia in situ de un médico para que evaluase el estado del supuesto intoxicado (corbelle, F. 2018).

En este sentido, se visibiliza cómo no sólo se va construyendo una problemática social en torno al problema de la droga, sino también estereotipos de los distintos actores, consumidores de estas sustancias. La construcción es contextual y temporal (situada), por ende, va variando a lo largo de las décadas el sujeto es-



tigmatizado. Cabe remarcar, que las problemáticas muchas veces también son copiadas e importadas de otros países que construyen el problema y luego lo imponen hegemonícamente de forma unilateral. El error denota aquí en incorporar construcciones y políticas de abordaje a las mismas, de forma acrítica o por distintos intereses (mayoritariamente económicos).

Siguiendo a la autora, se vislumbra como los sujetos consumidores de estupefacientes (construidos, estigmatizados, perseguidos y criminalizados) va cambiando su identidad a lo largo del siglo XX en la Argentina. Precisamente en los sesenta, los mismos, dejan de ser catalogados como bohemio y marginales para convertirse en foco de desorden sexual y político. Aquellos nuevos sujetos eran jóvenes, hippies, usuaries de anfetaminas y marihuana.

De esta manera:

...aumentaron las detenciones —en especial, los “detenidos en prevención [...] por estar frecuentando compañía de adictos o traficantes” (PFA, 1973)—, lo que a su vez avaló la creación de nuevas divisiones policiales e instituciones específicas de tratamiento de “toxicómanos” poniendo en funcionamiento los ansiados “laboratorios vivos” de principios de siglo (Beltrán, 1932; Carratalá, 1939; Obarrio, 1924). Allí, un público cautivo era objeto de investigaciones epidemiológicas destinadas a desentrañar las causas de la toxicomanía ya que, si bien en estas entidades se hablaba de terapias novedosas y se pregonaba el trabajo grupal y la horizontalidad, en la práctica recibían personas derivadas por las fuerzas de seguridad y el sistema judicial en contra de su voluntad (CENARESO, 1973 y 1978; Servicio 30 Bis, s/d)” (Corbelle, f: 2018).

Entendemos entonces, que los sujetos son un constructo social producto de la interacción con los otros en sociedad. En este caso, construidos por el poder policial y el poder médico higienista. De esta manera, los mismos devienen en sujetos estigmatizados posteriormente perseguidos y criminalizados. Podemos decir, que el discurso hegemónico punitivo de esta época construye un estereotipo criminal, con lo cual, produce en un principio un sujeto “demonizado”, depositario de todos

los males sociales. De este modo, con el afán de garantizar el orden se atribuyen formas de ser, pensar y sentir; y quienes no acatan esta normalización se convierten en receptores de violencia institucional.

Por lo tanto, este proceso, denota violencia implícita mediante el cual los que ejercen el poder, imponen en el otro un rol vulnerando su autonomía. Como resultado de este proceso, los sujetos asumen los roles que el poder les asigne, lo naturalizan. Por esto, devienen en sujetos enemigos y serán perseguidos por las instituciones, vías prácticas mediante las cuales actúa el poder.

De esta manera, y como afirma Garabedian en su texto “El Estado moderno”, resulta imprescindible remarcar que,

La legitimidad guarda un lugar fundamental en la empresa destinada a la dominación política. La legitimidad es efectiva sólo cuando quien obedece la norma, la ley, lo hace entendiendo que ésta es parte de su convencimiento y de su acción. El individuo no experimenta esta dominación como una imposición no deseada, sino que por el contrario adhiere al ordenamiento político porque lo considera un acto voluntario interno, hasta el extremo de “naturalizar” una situación que es en realidad histórica, social y política como lo es la empresa de la dominación<sup>14</sup> (Garabedian, M. p:10).

Ahora bien, todas estas formas de problematizar una de las instituciones que legitima el poder hegemónico, el poder punitivo, no siempre estuvieron tan a mano. Comienzan con el surgimiento de la criminología crítica, de la mano de los teóricos de la reacción social. Son ellos los que, en contraposición a la lógica reduccionista, detectan que el poder punitivo responde más al poder que al delito. Por ende, dan cuenta que quienes redactan las leyes tienen el poder de decidir (selectividad) quienes van a ser los sujetos estigmatizados y posteriormente criminalizados. Es en este

---

<sup>14</sup>“Una asociación de tipo institucional, que en el interior de un territorio ha tratado con éxito de monopolizar la coacción física legítima como instrumento de dominio, y reúne a dicho objeto los medios materiales de explotación en manos de sus directores pero habiendo expropiado para ello a todos los funcionarios de clase autónoma, que anteriormente dependían de aquellos por derecho propio, y colocándose a sí mismo, en el lugar de ellos, en la cima suprema” (Weber, M., Economía y Sociedad, México, Fondo de Cultura Económica, varias ediciones).

sentido que, la criminología crítica pretende problematizar la realidad y deconstruir las tramas discursivas de poder que oprimen a los sujetos, complejizando el análisis. Contemplando los problemas estructurales que el simplismo punitivo dejó de lado. Dado que, por ejemplo:

... los médicos toxicólogos que fundaron estos centros eran presidentes de asociaciones médicas, médicos forenses de la justicia nacional, docentes universitarios, hábiles políticos y prolíficos escritores, por lo que no encontraron demasiadas trabas para imponer su discurso sobre el “toxicómano” como enfermo susceptible de cometer delitos que requiere atención obligada e impostergable en los medios de comunicación, en el sistema judicial, en el Poder Legislativo y en el Ejecutivo nacional (Manzano, 2014; Weissmann, 2005).

En este sentido, se logra exponer cómo determinadas instituciones y diversos profesionales de la época instauran un discurso hegemónico que converge en norma. Es por esto que, muchas veces, los que la irrumpen se convierten en sujetos “desviados” para la sociedad, naturalizando y asumiendo un rol estigmatizante. Por todo ello, resulta imprescindible situar cada una de las leyes de la sociedad que se pretenda acatar, como también indagar su historia, los actores que formaron parte de su construcción, su contexto, normalización, etc.

Más tarde, a finales de los sesenta, el problema de la droga vuelve a formularse:

Nuevamente, la policía y la corporación médica, encarnada esta vez en la figura de los toxicólogos junto a políticos conservadores, eran ideólogos e intérpretes de un modelo terapéutico-represivo que, al despuntar los setenta, fue adquiriendo ribetes, en línea con el discurso de la “seguridad nacional”, de “campana antisubversiva” (Corbelle 2018).

Por ende, en mayo de 1974, el Convenio de Cooperación Binacional renovado entre Estados Unidos y Argentina, se especuló sería un recuerdo al país de

las obligaciones contraídas para controlar el tráfico y la producción de materias primas. Aunque en realidad, el acuerdo estuvo centrado en el consumo que ciertos grupos supuestamente hacían de sustancias psicoactivas ilegales. En palabras del embajador norteamericano: *“Las guerrillas son los principales consumidores de drogas en la Argentina, por lo tanto, la campaña antidrogas será automáticamente una campaña antisubversiva”* (Weissmann, 2005:154).

Ello así porque, el estereotipo “adicto-subversivo” no solo contribuía a legitimar la persecución de sus enemigos políticos, sino también a encubrir un modelo de acción política que utilizaba el dinero del narcotráfico para financiar las actividades parapoliciales de la organización terrorista que coordinaba el entonces ministro, la Alianza Anticomunista Argentina. Dinero que —otros dicen— obtenía de sus acuerdos con Estados Unidos y que, además, utilizó para financiar la División de Toxicomanías y el CENARESO. Así, pocos meses después cuando se modificó la ley penal, fue la conveniente imagen del “adicto” como enemigo político la que cristalizó en el proyecto presentado por el Poder Ejecutivo. El comunicado que acompañó el proyecto dejó en claro que para el gobierno el control del tráfico y consumo de drogas era un asunto de seguridad y defensa nacional (Corbelle 2018).

En este contexto, la Ley 20771 (primera ley especial de estupefacientes) impuso penas severas e introdujo nuevos agravantes, por ejemplo,

se sancionó al que tuviere drogas aun cuando fuese para uso personal y se determinó que cuando el condenado dependiera física o psíquicamente de estupefacientes, amén de la pena, debía imponérsele una “medida de seguridad curativa” que consistía en un tratamiento de desintoxicación y cuidado terapéutico que no podía exceder el término de la pena. De este modo, se incorporaron por primera vez al derecho penal, luego de reiterados intentos fallidos de 1924, 1926 y 1928, “medidas” destinadas a combatir la “peligrosidad del adicto”, ya no con el fin de castigar un delito sino con el fin de

“neutralizar” potenciales peligros en defensa de la sociedad (Corbelle 2018)

Les usuaries, por ser propensos a delinquir, colaborar con el narcotráfico,

...difundir su “vicio” y ser un permanente “foco de contagio”, el consumidor así imaginado confirmaba tautológicamente la acción penal represiva/curativa que le era aplicada (Aureano, 1998). Pero además esta definición circular del “adicto”, ratificada por la Corte Suprema de Justicia en los fallos “Colavini” (1978) y “Valerio” (1981), reforzaba los datos que la legitimaban pues se basaba en las descripciones e investigaciones epidemiológicas que los toxicólogos, médicos legistas y psiquiatras realizaban sobre una población que ingresaba a los centros de rehabilitación en manos de la policía o por derivación de los juzgados. Así, aunque los discursos y estereotipos habían cambiado, estos profesionales como venían haciendo desde antaño respaldaron una vez más con sus credenciales científicas las decisiones de los magistrados (Corbelle 2018)

Finalmente, el 21 de septiembre de 1989 la Ley 23737 penalizó la “tenencia para comercialización”, “simple” y “para uso personal”; también previó la aplicación de “medidas de seguridad” curativas y educativas como complemento o sustituto de la pena, siempre factible de ser reimpuesta si no se cumplía con lo dispuesto.

Será reprimido con reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de dos millones doscientos cincuenta mil a ciento ochenta y siete millones quinientos mil australes el que sin autorización o con destino ilegítimo:a) Siembre o cultive plantas o guarde semillas utilizables para producir estupefacientes, o materias primas, o elementos destinados a su producción o fabricación;b) Produzca, fabrique, extraiga o prepare estupefacientes;c) Comercie con estupefacientes o materias primas para su producción o fabricación o los tenga con fines de comercialización, o los distribuya, o dé en pago, o almacene o transporte;d) Comercie con plantas o sus semillas, utilizables para producir estupefacientes, o las tenga con fines de comercialización, o las distribuya, o las dé en pago, o las almacene o transporte;e)

Entregue, suministre, aplique o facilite a otro estupefacientes a título oneroso. Si lo fuese a título gratuito, se aplicará reclusión o prisión de tres a doce años y multa de tres mil a ciento veinte mil australes (Código Penal de la Nación Argentina, Ley 23737, 1989. Art. 5).

En este contexto,

Los grupos favorables al prohibicionismo —apoyándose en la expansión del consumo y reactualizando viejos estereotipos que pesaban sobre la juventud, principalmente, de los sectores populares— habían logrado generar una ola de pánico que terminó cristalizando en la ecuación drogas-pobreza-juventud-delincuencia otorgando renovada legitimidad a la persecución penal de los usuarios (Corbelle 2018).

Luego, en 1995, la sanción de la Ley 24424 instauró medidas de protección para testigos e imputados, incorporó la denuncia anónima, penó el delito de con-fabulación (que no requiere que las acciones se hayan consumado) y previó las figuras de agente encubierto, entrega vigilada y delación a cambio de reducción de pena. Más tarde en 2005, la Ley 26052 permitió a cada provincia juzgar los casos de drogas de menor cuantía a nivel provincial. La misma ocasionó mayor persecución en cuestiones de narcomenudeo y represión.

En conclusión, la construcción del problema de la droga y su posterior política en la Argentina deviene de un sesgo conservador-prohibicionista importado desde los Estados Unidos y nutrido de concepciones europeas, e instaurado a nivel nacional por el poder médico higienista y el poder policial. Los diferentes estereotipos de los consumidores fueron construidos por profesionales de una línea positivista, los mismos sentaron las bases de imaginarios sociales equívocos que más tarde en nombre de la ciencia la sociedad naturalizó.

## CAPÍTULO 5.

### USO MEDICINAL DEL CANNABIS<sup>15</sup>.

Desde 1961, con la Convención Única de Estupefacientes (a nivel internacional), se aseguró la adecuada disponibilidad de las sustancias destinadas a controlar (marihuana, coca, opio y derivados de las mismas) para fines médicos y científicos, ya que se reconoció la indispensabilidad de estas en el alivio del dolor y el sufrimiento. Cincuenta años más tarde, la Argentina crea una Ley acerca del uso medicinal del cannabis que permite a científicos investigar, pero solo bajo las estrictas condiciones del Programa Nacional. Sin embargo, más allá de este marco normativo de regulación nacional, al día de hoy, múltiples trabas burocráticas e institucionales impiden su cumplimiento efectivo en el país. Existen hoy 20 proyectos en estado parlamentario para ser tratadas en el Congreso Nacional, sin ser tratamiento actual. Queda claro que se necesita la efectividad de esta ley y la implementación del acceso a los usos medicinales y científicos que los tratados prevén, cómo también respetar el artículo 19 de la Constitución Nacional<sup>16</sup>.

A su vez la ley permite, a través de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la importación de aceite de cannabis y sus derivados, cuando sea requerida por pacientes que presenten las patologías

---

<sup>15</sup> Consideramos explicitar que en los comienzos de esta tesis hablábamos erróneamente sobre “cannabis medicinal”, hoy luego de dos años de investigación participativa, de deconstrucción y descolonización de nuestro conocimiento, hablamos sobre “Uso Medicinal del Cannabis”. “En realidad el cannabis es uno solo, habrá distintas variedades, pero es siempre cannabis, con más THC, con menos. Y de hecho, muchos extractos de uso medicinal son producidos por plantas que muchos usuarios consumen de manera uso adulto. Tampoco me gusta hablar de uso recreativo, es muy lúdico, apologético, no me parece que sea un buen mensaje para los adolescentes, es muy festivo. Nadie habla de vino recreativo ni tabaco recreativo, no sé por qué tenemos que hablar de cannabis recreativo. Son esos inventos que surgieron en los Estados Unidos y que los Latinoamericanos estamos repitiendo sin visión crítica. El uso define la cuestión y no la planta. Uso adulto o uso medicinal, pero las mismas variedades pueden ser usadas para ambos usos. Entonces lo correcto es hablar de cannabis de uso medicinal, de cannabis de uso adulto, de cannabis de uso industrial. (Peyraube, R. 2019) <https://www.facebook.com/MiradasAsociacionCivil/videos/918583115269798/>

<sup>16</sup>Artículo 19.- Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe.

contempladas en el programa y cuenten con la indicación médica pertinente<sup>17</sup>. La provisión será gratuita para quienes se encuentren incorporados al programa. Aunque, cabe remarcar que la única patología contemplada en el programa es la epilepsia refractaria, dejando por fuera más de 50 patologías que podrían encontrar alivio en el cannabis. Además, de que el acceso a este producto importado (en dólares), ya sea gestado por una cobertura social o el Estado, tiene un costo muy elevado. Fácilmente organismos nacionales podrían producir esta medicina o mejor aún regularizarse el autocultivo.

Pensar en cambiar un fármaco por un gotero de aceite de cannabis es una solución parcial para los síntomas que necesitamos modular. Desde la implementación de la ley 27.350, se llevó a asociar cannabis con gotero, lo que facilita la divulgación y uso del gotero como producto, pero de esta manera no tiene lugar la planta y se pierde parte del tratamiento. Es imprescindible entonces, remarcar el autocultivo como determinante en el proceso, donde les usuarios aprendan a conocerse evaluando el dolor o problema que transita, desarrollando una Fitoterapia, poniendo como objetivo modular un síntoma teniendo el control sobre todos los procesos de cultivo y producción de derivados Fitoterapéuticos (Tinturas, resinas, RSO, QWET, Rosin, flores, Oleatos, Cremas). Eligiendo de esta manera, las formas de administración para cada etapa en la evolución del síntoma, (inhalatoria, oral, tópica). Sólo de esta manera se lograría una terapia integral haciendo uso de la planta de cannabis y sus derivados, mediante la incorporación de fitocannabinoides en conjunto o sinergia (Efecto Séquito) obteniendo una terapéutica superior a los fármacos de monomoléculas sintéticas.

Debemos considerar también que, en un tratamiento crónico, al cabo de algunos meses los cuerpos generan tolerancia porque los receptores celulares se saturan de fitocannabinoides, la terapéutica deja de hacer su efecto deseado. Frente

---

<sup>17</sup>Artículo 7°- La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) permitirá la importación de aceite de cannabis y sus derivados, cuando sea requerida por pacientes que presenten las patologías contempladas en el programa y cuenten con la indicación médica pertinente. La provisión será gratuita para quienes se encuentren incorporados al programa.



a esta saturación habiendo cultivado diferentes cepas podemos cambiar el fitoterápico buscando reactivar el sistema endocannabinoide y restablecer el valor terapéutico. Esto se denomina rotación de variedades. El Autocultivo trasciende como ejercicio terapéutico, tiene un valor social y solidario frente a otras prácticas sociales, es transversal, construye redes interpersonales, genera empatía entre los usuarios, desconecta a las personas del sistema médico hegemónico de consumo y hace a la gente Feliz.

La ley 27.350 también habilita la creación de un Consejo Consultivo Honorario, que está integrado por instituciones, asociaciones, organizaciones no gubernamentales y profesionales del sector público y privado que intervengan y articulen acciones en el marco de la presente ley. Institución fundamental para la regulación a nivel provincial y local, pero además para la accesibilidad de los ciudadanos a la temática. En realidad, en estos 3 años posteriores a la ley, acciones nacionales y estatales destinadas a cumplir estos objetivos no se han hecho presente. Más bien, han sido acciones de la sociedad civil pujando y luchando para generar ordenanzas a nivel local. Para luego co-gestionar una política pública. Entonces, son usuaries, cultivadores, ONG's, y hoy se suman profesionales, sembrando educación, cultivando derechos y cosechando libertad.

Consideramos necesario planificar en co-gestión entre los organismos competentes del Estado y las organizaciones cannábicas de la sociedad civil para generar información, brindar Programas de Abordaje Integral del Uso Medicinal del Cannabis (como llevaron a cabo los compañeros de Trabajo social y comunidad de San Vicente de la Provincia de Bs. As.). El cual prevé acciones de prevención, promoción, evaluación y asistencia (médica y psico social), orientadas a garantizar el derecho a la salud desde la estrategia de APS<sup>18</sup>. Con los objetivos de promover el acceso a la salud; generar un registro de datos de usuaries medicinales de cannabis con carácter confidencial y de uso exclusivo para las acciones de salud que surjan

---

<sup>18</sup> Se define la Estrategia de acción Primaria de la Salud como el conjunto de acciones en el campo de la salud que abordan de manera global una problemática sanitaria con independencia del nivel de atención en el cual se desarrolle.

del programa; generar un registro de cultivos solidarios; determinar perfiles epidemiológicos de la población usuaria; articular acciones de investigación científica con el Cultivo Comunitarios local de la UNLP/CONICET.

Por tanto, para todo ello precisamos la despenalización<sup>19</sup> del consumo, la legalización<sup>20</sup> y posterior regulación<sup>21</sup> de la planta de cannabis. Dado que la Ley 23.737<sup>22</sup> penaliza aún las conductas que llevan a cabo estas madres como es el caso del autocultivo.

---

<sup>19</sup> Eliminación del carácter prohibido de una conducta determinada. Por ejemplo, se despenaliza la tenencia para el consumo, el autocultivo, etc. (Giacoponello, M.; Fusero, M.; Guevara, G. Algunas zonceras argentinas sobre la despenalización y legalización en materia de drogas. 2019).

<sup>20</sup> Eliminación del carácter prohibido de toda la cadena de valor de una sustancia (producción, distribución, comercio y consumo). Por ejemplo, se legaliza el cannabis. (Giacoponello, M.; Fusero, M.; Guevara, G. Algunas zonceras argentinas sobre la despenalización y legalización en materia de drogas. 2019).

<sup>21</sup> Establecimiento de controles. Por ejemplo, la prohibición de venta a menores de edad, la proscripción de manejar bajo efectos de sustancias, la prohibición de publicitarla, etc. (Giacoponello, M.; Fusero, M.; Guevara, G. Algunas zonceras argentinas sobre la despenalización y legalización en materia de drogas. 2019).

<sup>22</sup> Será reprimido con reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de dos millones doscientos cincuenta mil a ciento ochenta y siete millones quinientos mil australes el que sin autorización o con destino ilegítimo: a) Siembre o cultive plantas o guarde semillas utilizables para producir estupefacientes, o materias primas, o elementos destinados a su producción o fabricación; b) Produzca, fabrique, extraiga o prepare estupefacientes; c) Comercie con estupefacientes o materias primas para su producción o fabricación o los tenga con fines de comercialización, o los distribuya, o dé en pago, o almacene o transporte; d) Comercie con plantas o sus semillas, utilizables para producir estupefacientes, o las tenga con fines de comercialización, o las distribuya, o las dé en pago, o las almacene o transporte; e) Entregue, suministre, aplique o facilite a otro estupefacientes a título oneroso. Si lo fuese a título gratuito, se aplicará reclusión o prisión de tres a doce años y multa de tres mil a ciento veinte mil australes (Código Penal de la Nación Argentina, Ley 23737, 1989. Art. 5).

## CAPÍTULO 6

### MARCO METODOLÓGICO

Se realizarán entrevistas<sup>23</sup> en profundidad y semiestructuradas a las integrantes de la ONG “Mamá cultiva” del partido de Gral. Pueyrredón, a fin de conocer la relación entre los principios bioéticos de autonomía y vulnerabilidad que las atraviesan. Cabe destacar, que la estrategia metodológica es la investigación de tipo cualitativa. La cual, por ser flexible, permite la interrelación de las teorías elegidas, y el trabajo en terreno, donde se conjuga lo macro y lo micro en las intersubjetividades de los sujetos.

La metodología propuesta por Hill Collin's, en el trabajo de una *epistemología alternativa, se concreta en el proyecto*. Dado que la misma, al igual que esta investigación, se inicia con un *conocimiento situado* [relacionado con lo concreto] propio de aquellos que conocen desde su experiencia personal. Por ende, todas las construcciones sociales se realizarán en co-gestión con “les otros” de acuerdo a la situación concreta en que se encuentran, tomando las circunstancias sociales, económicas, políticas, culturales que les atraviesan en tiempo y espacio.

También, utilizando el diálogo en lugar de debate contradictorio, lo cual implica la presencia de al menos dos sujetos. Por lo tanto, el conocimiento no se considera que tenga una existencia objetiva aparte de las experiencias vivenciales, sino que emerge en el desarrollo del diálogo. La historia es contada y preservada en forma narrativa y no "dividida en un análisis". De esta manera, el diálogo es el lugar donde los participantes se instituyen y constituyen como sujetos constructores de conocimiento. Es así, que este conocimiento se construye alrededor de la ética del cuidado.

---

<sup>23</sup> “La entrevista es una estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree (Spradley, 1979: 9), una situación en la cual (el investigador-entrevistador) obtiene información sobre algo interrogando a otra persona (entrevistado, respondente, informante). Esta información suele referirse a la biografía, al sentido de los hechos, a sentimientos, opiniones y emociones, a las normas o standards de acción, y a los valores o conductas ideales”. Guber, Rosana, La etnografía. Método, campo y reflexividad. Capítulo 4.

Collins, sostiene que todo conocimiento está intrínsecamente cargado de valores y por lo tanto debe ser probado por la presencia de la empatía y la compasión; ve en este principio una forma de sanar la ruptura binaria entre el intelecto y la emoción que el conocimiento Eurocéntrico valora. Por ende, en circunstancias actuales donde el aceite de cannabis es ilegal y no está abalado por el conocimiento científico en la Argentina, es la emoción y empatía quienes prueban que usuarias, familias y médicas caminan hacia la validación de una medicina certera desde la experiencia de sus cuerpos, ya conquistada por otros países. La Epistemología alternativa es, pues, holística; ella no requiere la separación del investigador de su o sus propias experiencias ni se requiere, o asumir que es posible, separar nuestros pensamientos de nuestros sentimientos. Además, Collins sostiene que la presencia de la emoción valida el argumento: *"La emoción indica que el que habla cree en la validez de un argumento"* (p. 263).

Por último, esta epistemología requiere responsabilidad personal, porque al estar el conocimiento construido sobre la experiencia vivencial, la evaluación de este conocimiento es simultánea con la evaluación del carácter, los valores y la ética del individuo que conoce. Este enfoque estima que todo el conocimiento está basado sobre opiniones/creencias, cosas asumidas como verdaderas. Y la opinión/creencia implica responsabilidad personal. Dadas tales circunstancias, existirá tal responsabilidad profesional que no irá en detrimento de la autonomía juzgando a estos actores sino en pos de potenciarla.

Esta intervención<sup>24</sup> presenta un proceso de investigación- acción participativa<sup>25</sup>, que se convierte en un medio para la autoformación permanente que enriquece el saber pedagógico en el ambiente de una educación emancipadora que opta por los sectores desfavorecidos de la comunidad. En este sentido, las madres han liderado el proceso.

De esta manera,

En la investigación-acción es fundamental conocer y apreciar el papel que juega la sabiduría popular, el sentido común y la cultura del pueblo, para obtener y crear conocimientos científicos, por una parte; y reconocer el papel de los partidos y otros organismos políticos o gremiales, como contralores y receptores del trabajo investigativo y como protagonistas históricos, por otra (Fals Borda. 2009. P: 279).

Este proceso de investigación- acción participativo, se convierte en un medio para la autoformación permanente que enriquece el saber pedagógico en el ambiente de una educación emancipadora que opta por sectores desfavorecidos de la comunidad. La investigación comprende, en un primero momento, la observación de la realidad para generar una reflexión participativa problematizando la práctica: propiciando la observación, la entrevista, el análisis de producciones, los relatos

---

<sup>24</sup>“la intervención, dada su relación con lo micro social, con lo cotidiano, con estar allí donde lo macro social atraviesa lo subjetivo y deconstruye el padecimiento y la desigualdad, tal vez permita reconocer que estamos actuando en una América donde se es “lo otro”, lo innombrable para los dispositivos de dominación. En la medida que volvamos a hablar para nosotros mismos como americanos y podamos definir nuevamente nuestro lenguaje, el horizonte de la intervención desde nuestra historia de resistencias culturales, luchas y dominaciones podrá ser una guía posible hacia un camino a recorrer. Tal vez la intervención en lo social sirva para promover nuevas formas de subjetividad que se enfrenten y opongan al tipo de individualidad que nos ha sido impuesta durante muchos siglos, renovando de esta manera algunos mandatos fundacionales” (Carballeda).

<sup>25</sup> El otro es el eje de la acción, tal como lo indica Orlando Fals Borda cuando prefiere la sigla IAP, en lugar de IP (Investigación participativa), porque es “preferible... especificar el componente de la acción, puesto que deseamos hacer comprender que se trata de una investigación-acción que es participativa y una investigación que se funde con la acción (para transformar la realidad)” (Rahman y Fals Borda, 1989: 207). “Fundirse” con la acción supone un compromiso para aquellos que se embarcan en esta aventura en la que se va moldeando una “filosofía de la vida” desde un conocimiento vivencial. “Recordemos que la IAP, a la vez que hace hincapié en una rigurosa búsqueda de conocimientos, es un proceso abierto de vida y de trabajo, una vivencia, una progresiva evolución hacia una transformación total y estructural de la sociedad y de la cultura con objetivos sucesivos y parcialmente coincidentes (Rahman y Fals Borda, 1989: 213) (Ortiz y Borjas 2008).”

pedagógicos y los diálogos reflexivos; para un aporte profundo de la intervención. Segundo, la planificación y el desarrollo de acciones para mejorar la práctica. Y tercero, la sistematización de la experiencia, la reflexión en y sobre la acción para la producción de conocimiento.

El verdadero trabajo de observación consiste, para Clifford Geertz<sup>26</sup>, en interpretar significaciones a través de la comprensión de las “expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie”. La comprensión de las estructuras de significación implica que el/la investigador/a: *1. Las capte y las explique, aun cuando esté en los niveles más rutinarios de su trabajo (entrevistar informantes, observar ritos, dilucidar términos de parentesco, establecer límites de propiedad, hacer censo de casas, escribir su diario, etc.); 2. Las desentrañe y determine su campo social y su alcance; 3. Las lea en las conductas modeladas como si estas estuvieran “escritas”, como si fueran “un manuscrito extranjero”* (Boivin, M. Rosato, A. Arribas, V. 2011 p: 149).

Una vez que el que interviene logra comprender, pueden describirse modos de conducta, instituciones, procesos sociales, de manera inteligible. Para Geertz, al rescatarlo dicho por los actores, se está interpretando las “interpretaciones”. Aquello que nos dice el informante es una interpretación, es una verdad, pero no es la verdad. Es decir, podemos tener tantas interpretaciones como informantes, y cada una de ellas será verdadera. Además, las interpretaciones que hacemos a la hora de intervenir incluyen también los valores que imaginamos que las personas otorgan a las cosas. Es decir, que trabajamos con nuestras propias conjeturas sobre lo que los informantes son, piensan que son o los valores que supone les otorgan a las cosas (“atiende a los valores que imagina que ese colectivo, representado en sus informantes, asigna a las cosas”) pero, al mismo tiempo, atiende a las fórmulas que los informantes usan para definir lo que les sucede. Las interpretaciones hechas son parte de un sistema en desarrollo de análisis que más adelante se exponen. Esas descripciones presentan el doble carácter de lo “dicho por las madres cultiva-

---

<sup>26</sup> Antropólogo estadounidense (1926-2006).

doras” y lo “imaginado por nosotres”: De esta manera, hemos podido rescatar del tiempo y del olvido hechos irrepetibles, que existen sólo en un momento pero que, al ser fijado, puede relacionarse con otras descripciones y puede ser vuelto a consultar.

En este sentido y con lo anteriormente mencionado, hemos propiciado la observación, la entrevista, el análisis de producciones, relatos pedagógicos y diálogos reflexivos para un aporte profundo de la intervención. También logramos acercarnos a los talleres y charlas informativas de Mamá Cultiva quincenalmente. En cada reunión primero la escucha, la observación participante, la empatía. El espacio dónde dialogábamos, entre nosotres y demás personas que se acercaban a la ONG, se localiza en la misma Ciudad de Mar del Plata, sede CTA (9 de julio 3581). En este marco fuimos generando un vínculo de confianza que se transformó en amistad y también en militancia cannábica. Sin dejar de mencionar que compartimos muchas rondas informales de mates después de cada taller; el antes, el durante y el después de cada marcha; jornadas y conversatorios en la universidad y muchos otros espacios de sororidad, de contención y de lucha.

Cabe remarcar que se llevó a cabo en este estudio el uso del Consentimiento Informado. Además los nombres que se exponen son ficticios, dado que nuestro compromiso es con la protección de la identidad de estas madres y sus hijos.

## CAPÍTULO 7

### ANÁLISIS

#### Factores que generan vulnerabilidad y Factores que propician autonomía.

Para este análisis, reiteramos que, frente al rótulo de que una población es vulnerable, nos proponemos “deconstruir” la situación e identificar cada capa de vulnerabilidad. De esta manera, nos exigimos mirar más allá del rótulo y así, lograr percibir las diferentes capas de vulnerabilidad que operan y oprimen a determinadas personas. Para luego, poder diseñar salvaguardas adecuadas para evitar o minimizar cada capa encontrada, protegiendo en profundidad y de forma exhaustiva cada uno de los aspectos que puedan presentar. Además de facilitar márgenes de manobra más autónomos en las acciones de estas madres.

#### Mamá Cultiva, red latinoamericana.

Mamá Cultiva es una Organización No Gubernamental (ONG) que nace en Chile y hoy cuenta con varias sedes en Argentina, conformando una Red Latinoamericana que agrupa a madres con niños que padecen patologías como epilepsia, autismo, cáncer y otras encefalopatías que no encuentran alivio en la “medicina tradicional”. Por ende, en este análisis es necesario deconstruir el posicionamiento de este colectivo. Comprendiendo que estas mujeres se agrupan en y desde Latinoamérica, generando desde su territorio una resistencia ante la imposición norteamericana de la construcción del problema de la droga y del régimen de verdad. En base a ello, pretenden definirse y redefinir los usos del cannabis, reconstruir nuevas formas de pensar, ser y sentir estas cuestiones.

En este sentido, entendemos que,

lacolonialidad es la manera en la que está estructurado tanto el mundo como también las subjetividades que afectan todos los aspectos de la vida. Y en su centro esta una noción de raza, ósea la desigualdad de valor, de prestigio, de cuerpos que son racializadosa



partir del proceso de la conquista, paisajes que son también racializados y los saberes y productos de esos cuerpos. Entonces, cuando consideramos esto nos damos cuenta que el racismo está relacionado al cuerpo (Segato R. 2017).

En consecuencia,

los saberes y productos que están producidos por ciertos pueblos y en ciertos paisajes son expropiados de valor, y la colonialidad del saber se origina ahí, un saber producido por cuerpos blancos y en paisajes de cuerpos blancos (los países centrales). Tendrán automáticamente una puesta de valor, un capital de verdad, una confianza, se le será atribuida una autoridad automáticamente por su lugar de producción y por los cuerpos que lo producen. (Segato R. 2017).

En base a ello, nos parece sumamente relevante remarcar que esta producción de saberes esta gestada desde América Latina, precisamente Argentina. Donde nos ubicamos en el mundo global como “pueblo consumidor de teoría”, dado que nos conciben como paisaje no grato a los modelos legítimos de construcción de verdad en el marco internacional. Por ende, posicionarse desde Latinoamérica ante la agenda internacional, en la construcción del problema de la droga, es en determinado sentido un factor de vulnerabilidad. Dado que, estas madres luchan contra un poder hegemónico muy arraigado, naturalizado y racista.

Por ello, intervenimos (como investigadores de Trabajo Social) desde la concepción Foucaultiana del “cuidado de sí”, entendiendo que más allá de las limitaciones que condicionan a este colectivo y nuestra autonomía como “paisajes”, podemos generar mecanismos de resistencia y, por ende, de liberación, de cuidado de sí. Propiciando de esta manera grados de mayor autonomía en la construcción cotidiana de la realidad, como han gestado estas madres.

Entonces, si bien el pueblo latinoamericano es un constructo social de relaciones de poder, existen necesariamente posibilidades de resistencia, de romper

ese mecanismo coercitivo generando autodefinición, autocuidado; por ende, autonomía. Ocuparse de sí, involucra conocerse y conocer las conductas, los principios, las “verdades” y prescripciones, reglas de conducta que nos imponen comportamientos en sociedad. En este sentido, Foucault entiende a la ética como la parte reflexiva de la libertad y a la libertad como conciencia de uno mismo en cuanto práctica de ética. Por ello, entendemos que la libertad es en sí misma política, dado que ser libre significa no ser esclavo de sí mismo. Hacer acopio de estas verdades como pueblo, volverse a sí mismo, reconocerse, conocer su historia genera libertad individual, genera resistencia; produce el pleno ejercicio de la Ética en tanto práctica reflexiva de la libertad. Por ello, ejercer la ética desde y por el pueblo latinoamericano es gestionar un espacio de poder que está presente en toda relación, es decir, gestionarlo en el sentido de la no dominación. Lo cual se convierte en una manera de controlar y delimitar el poder. Conversión del poder.

Por ende, ejercer la ética *“representa hacer el esfuerzo de la razón por hallar fundamentos de la acción moral. Es la única instancia desde la cual se puede ofrecer criterios racionales para esa acción”* (Fernandez G. Ceccheto S. 2003 p: 24). Entonces, nuestra intervención sigue el lineamiento de, a través de este colectivo, buscar fundamentos para deconstruir el problema de la droga y buscar aplicaciones posibles en torno al uso medicinal del cannabis para promover la dignidad de estas madres a través de la salud colectiva. Abriendo así, debates, investigaciones, informándonos, buscado fundamentos para acercarlos a la sociedad en cogestión con la ONG Mamá Cultiva Mar del Plata y zona; y agrupándonos para libertar causas justas, dignas que amplíen derechos.

De esta forma, consideramos que *“tal vez la intervención en lo social sirva para promover nuevas formas de subjetividad que se enfrenten y opongan al tipo de individualidad que nos ha sido impuesta durante muchos siglos, renovando de esta manera algunos mandatos fundacionales”* (Carballeda).

Por todo ello, en este trabajo pretendemos visualizar, deconstruir y dejar entre ver las construcciones simbólicas unilaterales que Estados Unidos ha construido en torno al problema de la droga (precisamente cannabis) e impuesto sobre los

pueblos latinoamericanos. Así, como también, las percepciones de esta construcción que inspiraron operaciones asimétricas y violentas sobre estos pueblos, como, por ejemplo:

la ayuda policial e incluso militar y que tiende a "fusionar" lo político/militar con lo policíaco y a convertir los problemas de bandolerismo, guerrilla, delincuencia y resistencia campesina tradicional al control del Estado central, en problemas de seguridad nacional de los Estados Unidos. De esta manera, el discurso sobre "narcoterrorismo" hace del remoto campesino peruano, cultivador ancestral de coca, parte de un problema de seguridad interna y de supervivencia del sistema político estadounidense. En esta imagen el temor al comunismo se fusiona con los miedos ancestrales al "indígena", al "otro" de tez morena y a los peligros de salud pública que la "epidemia" de la droga insinúa sobre una sociedad tan fuertemente obsesionada con la higiene, el cuerpo y la medicina como es la norteamericana. Así, subversión, enfermedad y "otredad" antropológica se unen en un poderoso racimo simbólico que cataliza una vigorosa reacción defensiva y la búsqueda de políticas hacia América Latina que revisten simultáneamente características de lucha antidelictual, antisubversiva, cultural y epidemiológica, y hace de sus agentes un sujeto sincrético que combina al policía, al soldado, al misionero-educador y al médico salubrista (Bustamante).

En consecuencia, entendemos que la red Mamá Cultiva Latinoamérica juega un papel fundamental por la lucha por la redefinición del problema de la droga desde el pueblo Latinoamericano. Comprendiendo que el vínculo desde el Sur con las plantas es muy distinto al que posee EEUU. Nos cuestionamos por qué América del Norte impuso determinadas políticas para erradicar los cultivos autóctonos de estas tierras sin regulación alguna, sino desde la prohibición. Entendiendo que el hambre por estas drogas desde el norte, nunca se ha moderado y sus políticas internas han sido muy distintas y menos agresivas a las externas.

Es necesario remarcar que una de las políticas de erradicación de estos cultivos hacia Latinoamérica fue la fumigación desde aviones, provocando migraciones internas, contaminación, enfermedades y claramente, resistencias. Sin mencionar las bases militares que logro asentar en puntos geopolíticos de nuestros pueblos.

Entonces, queda claro que producir saberes desde paisajes Latinoamericanos nos ubica en un lugar subordinado, vulnerable. Pero consideramos la ética del cuidado de sí para generar mecanismos de resistencia y, por ende, de liberación, propiciando márgenes de autonomía. Para luego, poder recuperar la relación remota y ancestral de nuestros pueblos para con la planta de cannabis.

Colectivo Cannábico Feminista.

*“Aparte de muchos cultivadores no todos. A veces nos subestiman y obviamente es mucho más difícil llevar adelante la lucha. Cuando tenemos a cargo a nuestros hijos. Y en mi caso, sola además salir a trabajar y también estudiar. Y creo que a todas nos pasa. Es muy poco el tiempo que le podemos invertir a la lucha (Mamá Cultivadora).*

Encontramos aquí, otra condición que posiciona a estas madres en situación de vulnerabilidad, el género:

*“...categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado, un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que no distinguen los sexos, sino que constituye relaciones significantes de poder” (Scott, 1996).*

En este sentido, podemos decir que el género es un sistema de creencias, discursos, sentidos, prácticas sociales, y relaciones de poder que le da contenido específico al cuerpo sexuado. Por ello, es importante tener presente que esta serie de atributos, roles y responsabilidades diferenciadas, implican disparidad en el acceso a los recursos, a la toma de decisiones; por lo tanto, producen y reproducen desigualdades sociales, económicas y políticas entre varones y mujeres. De esta manera, vislumbramos como a base de una diferencia anatómica se establece una

desigualdad social y con ello situaciones de vulnerabilidad, estigmatización y subordinación respecto a los varones.

La jerarquía que define las relaciones de género y que coloca a las mujeres en un lugar subordinado respecto de los varones, se explica en la lógica patriarcal<sup>27</sup> que subyace a la organización social moderna. Es decir, que las sociedades actuales aún se encuentran organizadas sobre esquemas que consideran lo masculino sobre lo femenino. En consecuencia, las relaciones sociales se caracterizan por el poder y el control que ejercen los varones sobre las mujeres, los niños y todas las personas que no se ubiquen en este espacio social privilegiado.

Por ende, este grupo de mujeres (madres cultivadoras), habitan una condición de vulnerabilidad reducida al género. De esta manera, siguiendo a Dora Barrancos, es imprescindible remarcar que estas mujeres a pesar de aquello:

“...desarrollan acciones en la esfera pública. Algunas son líderes políticas, y otras tal vez no lo sean en el sentido limitado del término, pero el solo hecho de gestionar, agenciar, activar por transformaciones implica que están involucradas en la esfera pública, y esto equivale a decir que son membresía activa de la Política (con P mayúscula)”(Barrancos D. 2012 p:19).

Muchas de ellas “... *interactúan con poderes, con otras y otros, para transformar la realidad, y eso es “lo político”, denominación con la cual una vasta bibliografía estaría de acuerdo. No se trata de la política partidaria... (Barrancos D. 2012 p:19)*”, aunque algunas militen políticamente. Muchas de ellas, están abocadas a tareas con consecuencias públicas. *Y, por lo tanto, todas hacen y construyen sentidos políticos (Barrancos D. 2012 p: 19).*

Pero el problema radica también, en el tiempo que estas mujeres pueden dedicar a la esfera pública. Dado que ellas son “gerentas de tiempos”, expresa Ba-

---

<sup>27</sup> Manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños/as; y la ampliación de ese dominio en la sociedad en general.

rrancos, que parecen ilimitados y deben administrarse con sensatez. Porque la revolución doméstica aún no se ha llevado a cabo y, por ende, la esfera doméstica se convierte en ladrón de autonomías para estas madres. El tiempo, es un componente fundamental que diferencia a varones y a mujeres en la dedicación en esfera pública.

Dora hace hincapié en una característica femenina fundamental, exponiendo que la mujer es lo más plástico de la condición humana. En este sentido, reconocemos esta capacidad en las mamás cultivadoras, mujeres equilibristas, malabaristas de los que haceres de la vida (públicos y domésticos), de los cuidados, de la crianza, de la lucha. Son madres, pero además “enfermeras”, “terapistas”, “Estado”, “psicólogas”, “bioquímicas”, entre otros roles. Asimismo, cargan también por ser mujeres con cierta obligación por lo estético. Un sinfín de quehaceres impuestos, condicionantes culturales, patriarcales, capitalistas que pone al varón en el centro de la esfera pública desplazando aún en el siglo XXI a las mujeres hacia la esfera doméstica.

Y como dice barrancos,

cada vez aumentan más las responsabilidades que contraen las mujeres, que se suman a las dobles y triples jornadas, en este último caso, debido a las obligaciones contraídas con la esfera comunitaria, con lo público y lo político. Es que la guardia doméstica requiere mayores esfuerzos que medio siglo atrás, pues como ha sido señalado reiteradamente, a los 50 años una mujer se hace cargo de cuatro generaciones: los hijos, los padres, los nietos, y de sí misma. Es realmente una demanda de mucha labor para una sola franja de población. Debe pensarse que sin la energía, la inteligencia, la determinación y hasta las perplejidades de todas ustedes, esta sociedad todavía sería una democracia insolvente (Barrancos D. 2012 p: 24).

En consecuencia, entendemos que en esta lucha cannábica y a la hora de politizar esta causa, las madres se encuentran en una situación de vulnerabilidad

por su condición de género. Dado que estas madres están al cuidado no solo de sus hijos sino también de sus padres, de un hogar, de un trabajo. Además, cuidan de otras mujeres en la misma situación de vulnerabilidad y brindan servicios de contención y escucha a la comunidad. No podemos dejar de mencionar, que muchas de ellas se encuentran solas (aun estando en pareja).

Así mismo, Salech, de la ONG “Mamá Cultiva Argentina” agrega:

La mayoría de los adultos que acompañan a sus hijos e hijas en esta sala de espera son mujeres. Muchas de ellas están solas en la adversa aventura de tener un hijo con discapacidad, y la que no está sola está naturalmente asignada a la tarea ocuparse de los médicos, los estudios, los papeles para la obra social (si la tiene), completar fichas, instructivos, agendarse al próximo control, armar la “carpeta” clínica, pegar en la heladera los horarios con la medicación, llevar el stock de medicamentos, y un largo etcétera. Por años. Se parece un poco a cuando nace tu primer hijo y te ocupas de las vacunas, los controles y los tramites de nacimiento. Pero para siempre. Todos los años. Todos los días. Toda la vida. A veces añoramos tener una vida “normal”, pero la realidad es que estamos adaptadas. Es asombroso lo rápido que nos acostumbramos las mujeres a la incomodidad (Salech V. 2018. P: 19).

Por todo ello, consideramos que el género y la cultura capitalista patriarcal arraigada aún por nuestros pueblos, vulneran la autonomía de estas mamás acortando sus márgenes de acción y reduciéndolas constantemente a la esfera privada. Aun así, han seguido ampliando sus márgenes de autonomía desde la resistencia y, por tanto,

“Las organizaciones de mujeres se han instituido como actores políticos relevantes y contribuyen de manera activa al fortalecimiento de las instituciones de la democracia. Estos aportes pueden ser rastreados en la acción cotidiana y localizadas en los territorios en donde actúan las mujeres que participan en estas organizaciones.

Quienes las encabezan se constituyen de manera particular en líderes sociales, políticas y comunitarias. Estos liderazgos se construyen a través de las trayectorias vitales y participativas de estas mujeres, se entrelazan y toman formas en prácticas cotidianas” (Magariños, P.2012 p: 115).

La autora, nos aclara que la trayectoria de estas mujeres hasta poder convertirse en líderes locales, institucionales y comunitarias (como es el caso de muchas madres cultivadoras), comienza tempranamente con el surgimiento de un interés en las condiciones de su entorno, lo que las impulsa a la búsqueda de distintas maneras de influir sobre ese ambiente cercano. Estas madres, mientras que participan dentro de la organización van desarrollando su vida personal y profesional, averiguan, preguntan, se interesan y hallan los espacios que resultan apropiados para su desenvolvimiento.

Estas mujeres líderes, describen una trayectoria participativa donde sus inicios efectivos se presentan en dos modalidades: primero, se topan con una situación puntual que las impulsa a participar, a generar acciones convocantes para lograr una solución. Segundo, se acercan a organizaciones de la sociedad civil, partidos o movimientos políticos para sumarse a sus actividades. En este sentido, exponemos dos casos en los que se presentan estas modalidades (cabe remarcar que la gran mayoría de madres se acercan de esta manera):

*1. Me uní a lo que es cannabis medicinal en mayo de 2016, porque salió una nota en la televisión, de la mamá de Renata, hablando sobre el cannabis medicinal. Eso lo vi en diciembre de 2015, al principio descreí, no le di mucha importancia hasta que un día dije: me voy a sentar a ver qué hay de toda esta información en internet. Después de un tiempo, en mayo, me contacto con Mamá Cultiva Argentiny/o casualidad me responden al instante porque no solían responder. Les conté que iba a ir a la agrupación de cannabicultores en Mar del Plata y me alentaron a que lo haga, que me acerque porque ellos tenían contacto. Así fue, me acerco, empiezo a hablar con los chicos en especial con Federico que fue quien me atendió.*



*Esto fue un martes, estuvimos charlando y le dije que le iba a contar a Ricardo de mama cultiva y me contesto que ellos estaban en contacto. Luego hable con Ricardo y me dijo que Gabi le había comentado que se había acercado una mama. A la otra semana volví a ir a cannabicultores y me dieron la primera jeringa con resina y ahí empecé. Volví a ir a la otra semana, le conté como estaba Francisco. Una de las veces que fui, los chicos me ofrecieron quedarme con ellos porque se acercaban muchas mamás y de patologías ellos sabían poco. Me dispuse a darles una mano. Ahí comencé a ir y después de un tiempo, empecé a conformar Mamá Cultiva Mar del Plata y así fue” (Mamá Cultivadora).*

*2. En el 2016, mi mama conversa con una amiga que era del grupo de Mamá Cultiva, pero se fue retirando porque el neurólogo no la apoyo y mi mama me comenta. A la par vemos la noticia de la mama de Renata y la verdad no le preste atención porque yo pensé que era solamente para epilepsia. Mi mamá me decía que me fije, pero yo tenía mucho tabú. Pregunte la dirección a esta mamá y fui a cannabicultores, charle con Manuela, nos trajimos nuestra primera jeringa que no funciona que era thc y seguimos probando. Desde el punto uno supe que comprar no era la solución, que era cultivar. A la semana me traje las primeras plantitas, murieron, después traje más y me paso lo mismo; la tercera fue la vencida que sobrevivieron y de apoco fui aprendiendo. Nunca deje de ir a las charlas ni un solo día. Después me invitaron a unirme a Mamá cultiva y acepte. Poco a poco fui siendo parte, dejé de estar del lado de ir a preguntar a estar del lado de empezar a dar respuestas a las personas que iban, porque iba mucha gente a preguntar y a ver sobre el tema. Nicolas empezó a cambiar mucho porque él se mordía la mano por un tema de la hipertoniá que tiene en músculos que es en brazos, piernas, mandíbula y con el aceite el bajo muchísimo la rigidez de los músculos y fue mejorando poco a poco. Hoy por hoy, él no se muerde más, si bien toma una sola medicación (relajante muscular) nunca probamos otras medicaciones que ya sabíamos los efectos, por decirlo*

*así. Su neurólogo no esta tan de acuerdo, pero no nos dice no, tampoco nos dice sí. La pediatra está de acuerdo, la psicóloga no, las terapistas sí, pero el fisiatra más o menos. ¡¡Así que, seguimos!! Ya hace 2 años, casi 3 (Mamá Cultivadora. 2019).*

Mamá Cultiva Mar del Plata y Zona. Madres de usuaries medicinales de cannabis expuestas a la ilegalidad.

Específicamente en Argentina, precisamente en Mar del Plata, las madres se encontraron y agruparon previamente en la Agrupación Marplatense de Cannabicultores<sup>28</sup> (AMC) en el año 2016:

*“Entré en contacto a mediados o a fines del año 2016 con la agrupación de cannabicultores, que era originariamente donde funcionaba mamá cultiva” (Madre Cultivadora).*

Es importante remarcar el lugar donde se agrupan por primera vez estas madres buscando recursos, contención y calidad de vida para sus hijos. Mientras los profesionales e investigadores mirábamos hacia otras temáticas y el Estado se encontraba totalmente ausente, fue la agrupación marplatense de cannabicultores (AMC) quien brindo respuestas, acerco recursos y cedió un espacio de contención hacia ellas en su situación de extrema vulnerabilidad.

Aquí aprendieron a cultivar marihuana, a preparar el aceite terapéutico para sus hijos, pero creemos que lo más importante fue que se encontraron con otras madres que padecían similares situaciones de vulnerabilidad, similares problemáticas. De esta manera, empatizaron y se agruparon, para más tarde formar su propia ONG que integra solo a madres o familiares que utilizan cannabis con fines terapéuticos, específicamente para paliar la salud de sus hijos.

En este sentido, una mamá agrega:

*Y me arrimé al grupo, conocí a las chicas. Entre nosotras si bien cada una tiene su situación, venimos de estratos diferentes, las patologías de los niños son diferentes; lo que si logramos fue un grupo*

---

<sup>28</sup> ONG orientada a la información sobre los distintos usos del cannabis.

*muy solidario, de apoyo, en el cual originariamente nos apoyamos con el intercambio de materiales para el cultivo y de información. Después con el correr del tiempo, nos terminamos haciendo amigas y ayudándonos en otras cosas que por ahí van más allá del cultivo (Mamá Cultivadora)*

En consecuencia, y dado que este proyecto está atravesado por la propuesta de una epistemología feminista negra de Hill Collin's, comprendemos tanto a la ONG Mamá Cultiva Mar del Plata y zona como a la AMC, como un "espacio seguro": Los mismos son *"espacios sociales donde las mujeres negras hablan libremente"* (Collins, 2000, p. 100). Son espacios comunes en todos los grupos oprimidos donde sus miembros pueden expresarse por ellos mismos, aparte de la ideología hegemónica o dominante de cada cultura.

La importancia de estos espacios seguros es que proporcionan oportunidades para la autoestima / autodefinición; y la autoestima / autodefinición es el primer paso para el empoderamiento: si un grupo no se define a sí mismo, entonces este es definido por y para el uso de otros. Estos espacios seguros también permiten a las mujeres negras escapar y resistir "la objetivación como el Otro" (Collins, 2000, p. 101).

Entonces, estas ONG's actúan como espacios para propiciar la autonomía de estas mujeres. Forjando un lugar de contención, de sororidad, donde se agrupan para definirse, conocerse, empatizar, tejer redes, escucharse, recuperar recursos; además de preparar aceites de cannabis de uso medicinal para paliar el dolor de sus hijos.

Estas madres, dentro de la institución Mamá Cultiva Mar del Plata y zona, se reúnen al día de la fecha los días sábados cada 15 días, en un espacio que brinda la Central de Trabajadores de la Argentina (CTA). De esta manera, enseñan a distintas familias el cultivo solidario, la preparación de aceites de cannabis, entre otros conocimientos. Más allá de intervenir como grupo que brinda información acerca de

conocimientos cannábicos, actúan como colectivo de contención, facilitando distintas herramientas para madres (en su gran mayoría) y familiares que se encuentran quizás solos ante las necesidades de un niño con algún tipo de las patologías ya mencionadas.

Pero más allá de formar un colectivo de madres, con lo que eso significa, siguen transitando en la ilegalidad por ceder un recurso a sus hijos como es el aceite de cannabis, para palear las distintas enfermedades. Sabemos que la ley de Investigación Médica y Científica de Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados reglamentada en 2017, no generó márgenes de autonomías en la legalidad para estas madres, aunque sí puso la temática en la agenda pública.

Al día de la fecha, estas mujeres siguen sin poder cultivar y desprotegidas por el Estado y por la ley, con lo que ello implica. Expuestas a allanamientos, muchos con vulneración de derechos, irrumpiendo en sus casas la policía sin orden alguna, de forma brutal, con lo que implica el ruido y la sorpresa en los niños con autismo. También expuestas a los robos de plantas en época de cosecha, sin poder denunciar por la misma ilegalidad.

Tampoco han podido lograr un amparo colectivo para cultivar de forma segura y medicinal en la ciudad de Mar del Plata, ni se ha generado ordenanza alguna a nivel local que las ampare como sí lo hizo la ciudad de San Vicente o de Hurlingham, por ejemplo. El aceite importado no ha tenido buenos resultados para muchos niños con epilepsia, aunque también la ley deja por fuera las demás patologías de otros niños, generando exclusión.

Si bien estas madres utilizan la marihuana para palear las patologías de sus hijos, también muchas de ellas, la consumen de forma responsable en sus distintos usos para la relajación, conciliar el sueño (después de años sin descansar bien por las crisis de sus hijos); lo cual las aleja de tener que tomar algún ansiolítico.

## Importación de aceite de cannabis según lo dispuesto por la ley 27.350

Como ya se ha expuesto en el capítulo segundo de este trabajo, la ley 27.350 permite, a través de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la importación de aceite de cannabis y sus derivados, cuando sea requerida por pacientes que presenten las patologías contempladas en el programa y cuenten con la indicación médica pertinente. La provisión será gratuita para quienes se encuentren incorporados al programa.

Aunque, la única patología contemplada en el programa es la epilepsia refractaria, dejando por fuera más de 50 patologías que podrían encontrar alivio en el cannabis, el acceso a este producto importado (en dólares), ya sea gestado por una cobertura social o el Estado, tiene un costo muy elevado. Fácilmente organismos nacionales podrían producir esta medicina o mejor aún regularizarse el autocultivo.

Consideramos impertinente volver a debatir en este siglo sobre desarrollo y subdesarrollo como lo hace Aldo Ferrer en su texto “Raúl Prebisch y el dilema del desarrollo en el mundo global”. Son dilemas del siglo pasado, no podemos caer sobre lo mismo una y otra vez, siglo tras siglo. Comprendemos que el comercio internacional no solo perpetua la asimetría entre el centro y la periferia, sino que también la profundiza (CEPAL). No podemos dedicarnos a la mera exportación de marihuana e importar un producto caro, con conservantes quizás, estandarizado y rico sólo en CBD (como sucede al día de la fecha). Luchamos por la autonomía para cultivar y fabricar nuestros productos de forma segura y acorde a la singularidad de cada caso, por una medicina autogestiva de acceso seguro y acompañamiento por parte del Estado y profesionales de la salud.

Los estructuralistas criticaron el proceso de sustitución de importaciones como concentrador y excluyente, por cuanto los frutos del avance tecnológico traído por la industria se concentraban en las manos de los dueños del capital, excluyendo a la mayoría y exacerbando las desigualdades en la distribución del ingreso. Por ello, creemos en la regulación estatal de la marihuana también mediada por el au-

tocultivo. Si bien se podría favorecer la industria, crear empresas, abastecer un mercado interno-externo, generar puestos de empleo reconociendo que el cáñamo es una excelente fibra impermeable para la industria textil; también apostamos por el autocultivo como un derecho: la soberanía alimentaria.

El Estado podría asignar recursos para levantar una industria cannábica (post despenalización y legalización), favorecer a los pequeños cultivadores comprando cultivos seguros, brindando análisis y controles de calidad a los mismos. Para luego abastecer al mercado interno y a la exportación. Siempre y cuando se respete también las lógicas de las organizaciones civiles en cuanto a los cultivos solidarios, o las libertades singulares de consumo. Pero la importación de un aceite que podemos hacer en “con nuestras manos en casa” (nuestro país) no está en nuestras formas de senti-pensarnos latinoamericanos, ya no.

[Una alternativa al modelo médico hegemónico, el uso medicinal del cannabis.](#)

*“Desde que tuve el diagnóstico de mi hijo, investigue muchísimo sobre el tema, sobre su diagnóstico para poder buscar las mejores alternativas para él. Porque cuando te dan un diagnóstico te dicen tu hijo tiene esto y hay que hacer tal terapia, no te dan mayores explicaciones ni te dan contención, ni te dan las explicaciones que uno requiere. Después vas viendo que hay ofertas de productos milagrosos o hay gente que dice que va a mejorar la calidad de vida de tu hijo y en realidad lo que hay es un interés de lucro por detrás. Con lo cual, la única manera de saber o de creer que vas a tener la mejor opción para tu hijo es empoderándote de la situación y tratando de ser vos la que conoce del tema, porque si no cada uno hace la suya y te venden lo que quieren. Como parte de ese empoderamiento consiste la investigación tanto de la patología como de las diferentes alternativas de tratamiento o alguna posibilidad de cura que nunca se pierde la esperanza. Y en medio de toda esa vorágine de información aparece la posibilidad del cannabis” (Madre Cultivadora).*

Dentro del sistema de producción capitalista en Argentina, se observa la persistencia de un modelo de salud sostenido por diferentes instituciones que avalan un discurso dominante y que pone obstáculos a cualquier práctica considerada “alternativa”. Por ello, este proyecto se ha llevado a cabo a través de debates e intercambios de saberes entre distintos profesionales y sujetos de la sociedad civil acerca de este campo y de una de las prácticas alternativas de salud que se contraponen a este modelo, el uso medicinal de aceite de cannabis mediado por el autocultivo. El cannabis con fines de investigación médica se legalizó en Argentina en marzo de 2017. Sin embargo, el consumo de este aceite mediado por el autocultivo sigue estando prohibido, aunque esta actividad genere calidad de vida, autonomía y alivio de los síntomas a personas con distintas patologías y a su entorno familiar.

Dadas las condiciones de ilegalidad del cannabis y al no encontrar mejora en la calidad de vida de sus hijos por la “medicina tradicional”, estas madres recurren a los médicos con miedo a la hora de optar por el aceite de cannabis. Pero como estas mujeres ya han interpelado el sistema patriarcal, el sistema burocrático, el sistema público, etc.; el pánico no las detiene, las anima a ir por más. En una situación de extrema vulnerabilidad se acercan a los médicos para pedirle un acompañamiento profesional. La respuesta la mayoría de las veces es “no”, “eso no sirve”, entre otras frases que no valen la pena mencionar. Como a lo largo de esta tesis venimos exponiendo, muchos de los médicos no se mantienen al margen de “lo moral”, “lo natural”; son sujetos reproductores de un sistema antes descrito. Por ende, muchos actúan acorde a esa cultura imponiendo un modelo y con ello su poder. Vulnerando la autonomía de las madres, la capacidad de decisión y con ello el respeto a su moral.

Necesitamos médicos que no castiguen, sino que acompañen. Es urgente escuchar esta demanda y en base a ello capacitarse para acompañar a la persona en su padecimiento hasta reinsertarse en la sociedad con mejor calidad de vida. Muchos médicos en el siglo XXI ignoran el sistema endocannabinoide. Por ello, necesitamos un sistema de salud que deje de imponer roles de pasividad en las

personas que requieren su compañía. Un modelo que no sea solo “depositar información y fármacos en un recipiente”. Necesitamos humanizar el sistema de salud y para ello necesitamos profesionales que escuchen, que acompañen, que dejen el papel protagónico al usuario de su servicio.

Ni pacientes, ni clientes, necesitamos personas empoderadas autogestionando su salud, aprendiendo, construyendo conocimiento con distintos profesionales capacitados para acompañar hasta que la persona pueda disminuir o culminar su padecimiento.

En este sentido, Menéndez expone:

“Los padecimientos y las enfermedades son muchas cosas, pero una de las que nosotros tratamos de rescatar es que, a través de los procesos de salud, de enfermedad, de atención pueden observarse procesos en la realidad que a veces se ocultan, que a veces aparecen muy racionalizados y a veces no se ven. Entonces como dice Giovanni Berlinguer, entonces las enfermedades, los padecimientos, la atención pueden ser espías de la contradicción de un sistema. Por dar un ejemplo, en la década de 1960 se descubre que EEUU es el país más desarrollado en términos económicos, políticos, pero es el país que dentro de los países más desarrollados tiene la tasa de mortalidad infantil más alta y altísimos niveles de desnutrición. Y, a partir de eso, se descubre que hay enormes bolsones de pobreza, lo que luego lleva a las políticas contra la pobreza del presidente Kennedy. Es decir, a través de encontrar esta enfermedad que se convierte en mortalidad, justamente se redescubre algo que estaba totalmente opacado en una sociedad que ponía el acento en otros aspectos. La enfermedad no solo es enfermedad, da de toda una serie de problemas que pueden ser económicos, políticos, ideológicos y a veces lo delata mientras los especialistas en ese problema no lo suelen ver” (Menéndez, E. 2015).

Por ello, creemos que, a la hora de intervenir les distintos profesionales de la salud deberían ser críticos ante la realidad que se presenta y con alto sentido de la



escucha. Sin olvidarnos también, de otro aspecto fundamental al respeto de la autonomía como es garantizar el consentimiento informado en un proceso continuo y apropiado de servicios de la atención de salud solicitados de forma voluntaria. De esta manera,

“la salvaguardia de la capacidad de la persona para ejercer el consentimiento informado en las cuestiones relacionadas con la salud y su protección contra los abusos (incluidos los que se relacionan con prácticas tradicionales) son fundamentales para la protección de estos derechos” (Gianella, G. 2013, p: 316).

En consecuencia, para un ejercicio pleno del derecho a la salud, las acciones de los médicos deben darse respetando la autonomía, la libre determinación, el respeto a la dignidad humana y la salud del usuario que reclama el servicio. Por ello, se necesita acompañamiento por parte de estos profesionales sin imposición de su moral.

### La Red cannábica como campo de intervención para el Trabajo Social

Tal vez la intervención en lo social sirva para promover nuevas formas de subjetividad que se enfrenten y opongan al tipo de individualidad que nos ha sido impuesta durante muchos siglos, renovando de esta manera algunos mandatos fundacionales (Carballada).

Luego de una trayectoria de dos años en esta investigación participativa y siendo actores activos en la militancia por la despenalización, legalización y regulación del cannabis, entendemos como fundamental la intervención del Trabajo Social en la temática. En un principio, porque esta lucha se fue tejiendo desde y por la sociedad civil. Los primeros implicados en levantar la bandera fueron los usuarios de cannabis de uso recreativo y cultivadores, más tarde se sumaron las madres y familiares de usuarios de aceite de cannabis. En su devenir y militancia fueron creando ONG's para brindar información a la comunidad y acceso seguro a la marihuana. Dado que las personas acudían a consumir aceites de cannabis en el mer-

cado no regulado, donde el lucro dominaba el mercado y quizás el aceite se encontraba muy diluido, no se sabía que cannabinoides contenía, ni concentraciones, etc. Aquí nos parece indicado exponer que el mercado no regulado no es un “mercado negro”, porque hace alusión a la raza negra por la mala calidad del aceite. Es nuestro deber fundamentar esta concepción y quitar el estigma racista del mercado no regulado. Y como nos mencionaron irónicamente en la Pcia. De Santiago del Estero: *este mercadoes más blanco que negro...*

Luego tienen un lugar primordial también aquellos profesionales que se abocaron a la causa y levantaron la bandera, ya sea por empatía o porque muchos han tenido un familiar que ha necesitado del cannabis y de esa forma han deconstruido sus prejuicios apasionándose luego por la planta. Estudiantes y profesionales tejieron las redes entre estas asociaciones civiles y la Universidad. Y aquí decanto por sí sola la riqueza de la transdisciplina entre ONG's y les distintas profesionales de las diversas facultades.

Resultó imprescindible a la hora de intervenir, interpelar y preguntarnos:

“¿Quiénes son los que quedan afuera? en el peor lugar de los afueras posibles, que son los afueras que no se ven, que damos por supuesto, que damos por obvio, que ocupan un lugar merecido, que ocupan un lugar legitimado por el saber, por la política, por la ética, por las naturalezas; esas sombras "naturalmente" justificadas, porque si hay luz, hay sombras; si hay normalidad hay anormalidad; si hay cuerdos y sanos hay locos y enfermos, esas sombras son necesarias; si hay lo legal, hay lo ilegal” (Foucault).

Como primer acercamiento, además de la observación y la escucha, fue imprescindible interpelar lo legal, lo ilegal; interpelarnos, deconstruir nuestros prejuicios y comenzar a investigar sobre la historia de las drogas. Comenzó a suceder algo apasionante y transformador. Encontramos aquí, significativa la labor del Trabajador Social dentro de esta investigación, citando a Agamben:

“contemporáneo es aquel que al mismo tiempo puede estar viendo las luces y las sombras del presente, porque el presente está iluminado, pero si está iluminado arroja sombras. El problema es que permanentemente solo podemos visualizar las luces y las sombras se nos escapan. Entonces la capacidad de ir hacia las sombras y evidenciarlas, dejarlas entrever hace a un pensador crítico contemporáneo”.

En este caso a un trabajador social crítico que se descubre sujeto a una cultura, moral, economía, vínculos, entre otras cosas. Pero que a la hora de intervenir se encuentra expectante a que su historia de vida no intente convencer, moralizar a los sujetos. Dado que el Trabajador Social, como otros profesionales, están condenados a enajenar el cuidado de sí en el cuidado del otro que su práctica ejerce. Sin embargo, se debe reconocer que la intervención con los sujetos transita en esa delicada cornisa y por lo tanto puede caer en el robo de la autonomía. Por esta razón es que los profesionales deben sostener y defender el cuidado de sí y el cuidado de los otros, en tal forma de ser crítico en la trama de relaciones de poder que vulneran a los sujetos y brindarles las herramientas para que reflexionen de forma autónoma. Dado que, la reflexión sobre la autoconstitución impide la enajenación.

Además, fue necesario investigar para tener una lectura situada y conocer no sólo el territorio local, sino también cuestiones internacionales desde un abordaje económico, social y cultural. Con este fin comprendemos que, junto con los procesos de privatización, desregulación que comenzamos a vivir en la Argentina en los años noventa con la redefinición del poder neoliberal, existe un pasaje desde un principio estatal al del mercado, del predominio de la comunidad al de los individuos y a la ciudadanía del consumidor, porque todos evalúan localmente lo que se les ofrece, no solo en los productos sino también en los servicios. El ciudadano se revela como usuario, cliente, interesado en la libertad de realización y sus posibilidades en el mercado y aspira al disfrute de los bienes y servicios de la sociedad de consumo, siendo el acceso a esos bienes parte de su identificación ciudadana. Los consumidores empiezan a ocupar los lugares de los trabajadores.

Pero ante una redefinición del poder hegemónico y sus instituciones, también logran redefinirse las resistencias y apostar a la construcción de redes de solidaridad con una lógica anti-neoliberal. Se percibe como una tendencia a la reapropiación comunitaria del espacio, tanto a las formas de lucha y organización basadas en la ocupación del territorio cuanto, a la expansión de las experiencias de autogestión productiva como la resolución colectiva de necesidades sociales y de formas autónomas de gestión de los asuntos públicos. La discursividad de la mayoría de los movimientos sociales aparece atravesada por una intensa experimentación democrática que implica tanto la reinención como revalorización de mecanismos de participación y decisión directos o semidirectos y que orientan tanto los modelos organizativos de matriz asamblearia como las programáticas, demandas y cuestionamientos al estado-nación y al régimen de democracia representativa de baja intensidad.

También, denotan estos movimientos, la emergencia de un nuevo internacionalismo que los ha teñido a nivel continental y mundial. El carácter eminentemente social de los actores involucrados, su heterogeneidad y amplitud, la extensión internacional de las convergencias, las formas organizativas y características que asumen señalan la novedad de este internacionalismo. En la experiencia, la lucha por la tierra aparece transformada en la concepción de territorio bajo su ocupación y defensa. La tierra significa como la madre, no solamente como la fuente de trabajo sino la tierra como fuente de vida (el neoliberalismo cosifica a la tierra).

En este contexto, se evidencia la necesidad de organizaciones sociales más flexibles, una de ellas son las redes que se muestran como nuevas construcciones que se vienen dando en la organización de distintos movimientos sociales urbanos. Las mismas se insertan en la trama de poder capitalista como formas de presión sobre la sociedad política, sobre la primacía de lo económico y ejercen desverticalización, nuevos tipos de reivindicación conformando espacios de pertenencia y afiliación en torno a los nuevos valores.

Estas Redes se brindan como espacios de sostén, desde el pie, de procesos de elaboración de estrategias de trabajo que articulan, reconstruyen el tejido social

lesionado. Permitiendo formas más flexibles, abiertas y con mayor horizontalidad que rescate la solidaridad como valor social. Aquí la forma de organización fija y estereotipada cede su dominio a procesos de creatividad e innovación. Por ello, como profesionales debemos apoyar en dotar a las mismas de métodos capaces de asegurar su misión y funcionamiento. Estas redes, utilizan metodologías pertinentes que combinan procesos de planificación participativa con mecanismos de gestión compartida entre los más diversos actores. Entonces, las redes se dan en torno a procesos co-gestivos, gestionar con otros, donde es necesario el actor estatal, saliéndose de la autogestión y verticalidad.

Estas redes, propician la formalización de escenarios participativos de planificación-gestión. Los actores se van capacitando y transformando en construcciones colectivas, talleres, congresos, seminarios, plenarios de gestión y cursos. Las redes adquieren dentro de este proceso metodológico cierta sustentabilidad en su funcionamiento. En las redes importa más la densidad (espesor y volumen de colectivos que relaciona) que el límite territorial. Es más compleja cuando aumenta su densidad y es rica en colectivos tanto territorial como horizontalmente.

Dentro de la red cannábica encontramos distintas organizaciones de la sociedad civil del país y de Latinoamérica, también universidades que se insertan desde grupos de extensión e investigación con sus distintos estudiantes y profesionales, como otras instituciones estatales. En cuanto a la extensión universitaria, para importante para construir en co-gestión con los demás actores de esta red, resulta interesante poder apelar a la nominación “universidad participante” como propone Fals Borda:

“La educación debe hacerse no pensando en la academia sino en el mundo, en la vida, en el contexto. Es educar en los problemas reales, lo cual obliga a transformar las facultades y departamentos y a hacer estructuras con base en problemas sociales y contextos culturales y no con base en problemas formales de la institución” (Cendales, Torres y Torres. 2004:19).

En este sentido, nos gustaría compartir que en este proceso de construcción de redes y en el devenir de gestionar recursos con la ONG Mamá Cultiva Mar del Plata y Zona y la universidad, para luego brindar mejores servicios a la comunidad, surgieron dos proyectos de extensión:

- Proyecto de Extensión: “Sembrando educación, cultivando derechos, cosechando libertad”. Programa para la Promoción de la Salud Colectiva, Secretaría de Extensión, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social (UNMdP). Sede de la Fundación Mamá Cultiva Mar del Plata y la Zona. (2018).
- Proyecto de Extensión (U.N.M.D.P) denominado “Cannabis medicinal: construyendo en comunidad herramientas para avanzar en un uso efectivo, seguro y regulado”. Área temática principal: Salud. Salud colectiva y promoción de la salud. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Sede de la fundación Mamá Cultiva y Agrupación Marplatense de Canabicultores Asociación Civil. (2020-2021).

Ambos proyectos interdisciplinarios en co-gestión con las organizaciones de la sociedad civil. Aquí denota una gestión concertada entre Estado y Sociedad, acuerdos, negociaciones o concertaciones, diseño de propuestas, distintas visiones e intereses. Se trata de la explicitación concreta y clara de un pacto de resolución conjunta. Este escenario se replica hacia el exterior a través de jornadas, trabajos en conjunto, conversatorios con las demás organizaciones de otras ciudades, provincias y países.

La gestión de las decisiones es asociada, lo que significa que aun cuando ciertos órganos tengan la responsabilidad de tomar las decisiones, la preparación de esa decisión tiene que ser articulada, participativa e integrada. Representa un tipo de construcción político-técnico-comunitaria con un sentido de poder compartido. La relación entre Estado y Redes requiere de la democratización de la gestión tanto del Estado como de la cultura de la sociedad.

La intervención que hemos tenido nosotros en la red, como estudiantes de Trabajo Social fue la de unión, acercar a los actores en co-gestión, planificación y actuación en conjunto; por tanto, en sinergia. Quizás este proceso nos haya servido para acercar a la misma lucha y generar un poco más de solidez, estabilidad en la red. Desde la profesión somos expertos para articular, acercar, tejer en horizontalidad a la heterogeneidad de actores. Y algo fundamental, sabemos brindarles la voz a los actores de este lio, entendemos que mucho se puede hablar de la planta, pero les usuariesvulnerades son prioridad.

## CONCLUSIÓN

A partir de este proceso de investigación participativa, logramos cumplir los objetivos generales y específicos propuestos al inicio. Conocimos la relación que hay entre los principios bioéticos de autonomía y vulnerabilidad en las madres cultivadoras de cannabis dentro del partido de General Pueyrredón (los cuales se exponen en el trabajo). Como también, conseguimos analizar los diferentes factores legales, culturales y económicos que inciden en el uso medicinal del cannabis mediado por el autocultivo. Para llegar a todo ello, estudiamos tanto los factores que propician autonomía, como los que generan vulnerabilidad de derechos en las madres cultivadoras. Además logramos deconstruir la intersección de vulnerabilidades que oprimen a estas madres desde un modelo hegemónico que se construye en torno a la guerra contra las drogas. Por último, conseguimos indagar acerca del uso medicinal del aceite de cannabis mediado por autocultivo y las posibles intervenciones del trabajo social en la ONG mamá cultiva.

Consideramos que este estudio resultó transformador, tanto para las madres como para nosotros. Deconstruir las capas de vulnerabilidad en la que se encuentran estas madres cultivadoras, que representan a una gran franja de nuestra población que está inmersa en una intersección de opresiones (económicas, ilegales, culturales, entre otras), resultó enriquecedor. Descubrimos que existen familias enteras oprimidas y en situación de vulnerabilidad que luchan día a día por la despenalización, legalización y regulación del consumo de cannabis, mediado por el autocultivo para la salud de sus hijos y la calidad de vida de una familia entera.

Por esto, urge comprender que cada capa de vulnerabilidad que se identifica en estas familias, desprotege a cada madre dejándola cada vez más expuesta. Frente al rótulo de que una población es vulnerable, este proyecto propuso deconstruir de forma crítica la situación e identificar cada capa de vulnerabilidad del colectivo Mamá Cultiva Mar del Plata y Zona. De esta manera, nos exigimos mirar más allá del rótulo y percibir las diferentes capas que operan y oprimen a estas mujeres. Para luego, poder diseñar salvaguardas adecuadas para evitar o minimizar cada



capa encontrada, protegiendo en profundidad y de forma exhaustiva cada uno de los aspectos que puedan presentar.

Cabe mencionar, que las vulnerabilidades expuestas y analizadas atraviesan al común denominador de madres de esta ONG, ahora bien, hacia el interior de cada caso se agravan o se mantienen solo las vulnerabilidades mencionadas en el análisis. Si bien a la hora de acompañar este proceso supimos leer las singularidades de cada caso y estar alertas al respecto, nos pareció apropiado no exponer un caso particular para resguardar a las mamás.

También, creemos que los objetivos propuestos por este proyecto comprenden una sinergia de conocimientos para socializar en la agenda pública, problematizando la temática. Esperamos que las distintas investigaciones de estos colectivos poco a poco puedan posicionarse en la escena científica, social, económica, política y cultural de este país para correr una a una las capas y opresiones que vulneran a los ciudadanos arrojándoles lejos de su pleno ejercicio del derecho a la salud y de una medicina autogestiva.

Entendemos, que el Estado elige regular el cannabis desde la prohibición, en esta circunstancia por lo pronto, impidiendo el conocimiento necesario y la atención de una realidad existente que conlleva a un dilema bioético en la medida en que no es posible ser benéfico a través de un posible saber fundado y si ser maleficio a través de esa omisión. En este sentido no promueve el respeto de la dignidad humana y la protección de los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

Y como menciona la DUBDDHH, *“al aplicar y profundizar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías asociadas, debería tenerse en cuenta la vulnerabilidad humana. Debe protegerse a las personas y grupos especialmente vulnerables y respetarse su integridad”* (Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005).

## REFLEXIONES FINALES

Nos resulta importante explicitar que en los talleres quincenales de Mamá Cultiva hacia la comunidad, conocimos una inmensidad de casos de familiares que se acercaban para aprender a cultivar cannabis para sus niños. Vimos casos de abueles que hacía años no pasaban fiestas con sus hijos ni sus nietos, dada la gravedad de la patología de alguno de los últimos como casos de autismo. Dado que, la socialización resulta imposible. Pero luego de días del consumo de aceite de marihuana de esos niños, esos abueles recuperaron los lazos y el volver a disfrutar juntos en familia distintas reuniones. Vimos también que, en esta patología específica, muchos niños comenzaron a reconocer su cuerpo, a hablar, a nombrarse en primera persona, a sentir (porque estaban tan adormecidos por la medicina alo-pática que no sentían dolor cuando se golpeaban, por ejemplo).

Este recorrido, nos llevó a comprender que:

Por ende, “la ciencia, lejos de ser aquel monstruo agente de ciencia ficción, no es sino un producto cultural del intelecto humano, producto que responde a necesidades colectivas concretas incluyendo -las consideraciones artísticas, sobrenaturales y extra científicas- y también a objetivos determinados por clases sociales que aparecen como dominantes en ciertos periodos históricos. Se constituye así la ciencia, mediante la aplicación de reglas, métodos, técnicas que obedecen a un tipo de racionalidad convencionalmente aceptada por una comunidad minoritaria constituida por personas humanas llamadas científicos, que, por ser humanas, quedan precisamente sujetas a las motivaciones, intereses, creencias y supersticiones, emociones e interpretaciones de su desarrollo específico (Fals Borda, 1979: 89).

Nos sobran palabras de agradecimientos para esta Madres Cultivadoras, aquellas que nos enseñaron a luchar, a encontrar significados en lo colectivo, a marchar. Agradecemos a ellas y a todas esas madres abatidas, pero que jamás fueron silenciosas, a aquellas que interpelan lo natural, lo dado, lo obvio, el poder,

la burocracia. Agradecemos que aún tienen fuerzas para seguir marchando en las calles para luchar por sus derechos, los de sus hijos y de toda la comunidad. Sin dejar de lado, la responsabilidad política que poseen en llevar adelante una ONG como es Mamá Cultiva Mar del Plata y Zona, como las demás organizaciones de la red.

Agradecemos también, a nuestras madres por su lucha en esta sociedad machista. Y hoy levantamos la voz y la cabeza por todas esas veces que ustedes tuvieron que callarse o mirar el piso. Ya no más, somos estudiantes empoderados, gracias a ustedes que nos han enseñado a luchar. Ahora la militancia es cotidiana, ardua, pero seguiremos conquistando corazones como estas mamás conquistaron el nuestro.

Les acercamos algunas palabras de estas mujeres del antes y el después de formar parte de la Organización Mamá Cultiva:

“Yo creo que me hizo ser más mujer, estar más plantada y sacarme ese miedo de enfrentarme a la gente y poder hablar. A parte de aprender a ser solidaria, me ayudo a ser más compañera, más comprensiva, escuchar a la otra persona. Y luchar por una causa también, que no sea sólo para tu hijo sino también para el mundo, y luchar que salga una ley” (Mamá Cultivadora).

“Antes de formar parte de Mamá Cultiva era muy cerrada, luego tome más valor, me cambió el carácter, me hice más fuerte, confié más en mí. Encontré más fundamentos para luchar por los derechos de mi hijo, dado que me encuentro en un país que no es el mío y las chicas me orientaron un montón, también en cuestiones de trámites porque yo no entendía. Crecí como persona y me hice más fuerte para poder enfrentar muchas cosas” (Mamá Cultivadora).

A modo de cierre, cabe agregar que esta investigación-acción nos hizo incursionar en un devenir de procesos que nos han transformado, deconstruido y empoderado. Hay una larga trayectoria detrás de este trabajo, experiencias inéditas. Hemos transcurrido por la sede de Mamá Cultiva Mar del Plata y Zona en sus diferentes charlas, encuentros, cierre de año; recorrido las calles marchando en el día internacional de la marihuana con el colectivo de madres; hemos viajado a jornadas, talleres, charlas, conversatorios de esta gran red cannábica, lo que nos llevó a conocer más agrupaciones, actores, cultivadores, profesionales, usuaries. Sin dejar de mencionar que visitamos la sede de Mamá Cultiva Argentina y lugares como San Vicente, La Plata, Tandil, Buenos Aires, Santiago del Estero. Un sinfín de lugares, instituciones y personas que han marcado un hito en nuestra trayectoria como personas y profesionales. En base a todo ello, y con la amistad que hoy nos une con la agrupación de madres, es que somos militantes empoderades y actives en la causa por la despenalización, legalización y regulación del cannabis. Dado que, la primera contribuiría a dejar de criminalizar y perseguir a les distintos consumidores; la segunda en cambio quitaría al cannabis de las manos del narcotráfico.

\*Se anexan a continuación distintos casos de niños con patologías diversas que consumen aceite de cannabis.

## ANEXOS

### **Historias de Casos Cannábicos**

“Francisco tiene síndrome de west, un tipo de epilepsia refractaria (resistente a la medicación). La primera cepa q probó fue “skukhaze” y con ella no solo bajaron las crisis, sino que durante 3 años no tuvieron q aumentar ninguna medicación de las 4 q toma. A Fran el Cannabis también lo ayudó con su espasticidad, a incrementar sus balbuceos, entre otras cosas. ¡El Cannabis lo Revivió un poco! Pero a todos nuestros chicos, aparte de las crisis, los despertó más. En la parte emocional x así decirlo” (Mamá Cultivadora. 2019).

“Nicolas tiene 6 años, nació en Paraguay con una disgenesia cerebral, acompañada de una microencefalia. Comenzó estimulación temprana a los 30 días de haber nacido. Luego, a los 6 meses de tratamiento en su país, vino a la Argentina, junto a su mamá, en busca de un mejor tratamiento. El diagnóstico certero aquí, por el Dr. Magdalena, fue una holoprosencefalia lobar. Nico ha superado todas las expectativas de acuerdo con esta patología. Después de un año y medio de radicarse su mamá en la ciudad de Mar del Plata, conoció el cannabis. El primer aceite no funcionó, después del segundo se notaron cambios en su espasticidad, ayudo en los nervios, dejó de morderse (lo cual hacía constantemente). Nico tiene 6 años y medio, con un diagnóstico que no se supera el año de vida. Pero él vive con una calidad de vida muy linda a pesar de algunas dificultades. Hace 3 años que toma aceite y ha cambiado como 6 Cepas. Cada 2 meses cambia la cepa, su mamá las va rotando porque se acostumbra muy rápido su cuerpo a la medicación. La cepa que hoy consume Nicolas es la Nordlecbd, pero la que mejor le hizo fue la Bubbakush. Toma el cannabis en jeringa, con aceite de coco. Toma 1,5 cm. A su vez toma Baclofeno como medicación de cabecera” (Mamá Cultivadora. 2019). Cabe remarcar que a la Mamá de Nico la ayudo la Agrupación Marplatense de Cannabicultores, en una primera instancia y luego Mamá Cultiva Mar del Plata y zona. También que el primer aceite se lo donaron, pero hoy aprendió a cultivar”

“Lucia nació en junio del 2008. ¡Al año y medio le diagnosticaron Autismo! Sus papás veían que el grado era bastante severo, siguieron haciendo interconsultas y se le sumo a su diagnóstico un retardo mental. A los 4 años de Lucia le dió la primera convulsión, ahí sus papás comenzaron a ver médicos. Obviamente la medicaron hasta que, a los 7 años y medio de Lucia, hasta que su familia conoció el cannabis. Tomaba 4 medicaciones, se estuvo por agregar una quinta, pero sus papás luego de comprarla y leer el prospecto que una de las contraindicaciones podía ser la muerte súbita, dijeron ¡no! y se metieron de lleno en el cannabis. Lucia hoy tiene 11 años, mira los dibujitos, se ríe con sentido. Antes miraba la pared y se reía, miraba sin sentido las cosas, no tenía sentido del juego. No tenía cosquillas, hoy si las tiene. Hoy siente, le duele cuando se golpea; antes estaba tan medicada que se golpeaba y resistía a todo. Hace 4 años que Lucia toma Cannabis y no toma ningún fármaco, solo con cannabis mejoró un montón de cosas: dormía solo 2, 3 horas por día; hoy duerme 8, 9 horas por día, está mucho más atenta, más conectada. Lucia no miraba, no miraba a la cara, no miraba a los ojos, no miraba una cámara. De 100 fotos, tal vez la enganchaban en una de casualidad mirando. Hoy mira el celular, se ve en la cámara y se ríe ¡Lu se descubrió! La cepa que toma es Purple, Alta en thc, secada al sol. 40 % cbn, 23 % thcA” (Mamá Cultivadora. 2019).

“Ana tiene 10 años. Desde el 2014 sonrío. Desde entonces, siente nuestras caricias, desde entonces, siente y puede expresar cuando algo le duele. Desde entonces, se enoja, llora, grita, se hace escuchar. Porque antes del cannabis Emma no tenía un mínimo de calidad de vida. Desde los 3 meses, 12 convulsiones diarias promedio de 10 minutos de duración cada una. Vivíamos tan solo porque respirábamos. Nunca ninguna medicación detuvo las convulsiones. Y ella, mi bebé se escapaba entre mis manos, con una mirada perdida, sin poder manifestar absolutamente nada. Recuerdo como si fuese hoy ese 14/10/2014 cuando le di por primera vez cannabis. Tanta esperanza en esa planta. 10 días después, mi hija, mi bebé, me miró a los ojos por primera vez. Ahí, en ese mismo instante supe que defendería esta planta con mi vida. Ese día Ana volvió a nacer. Y con ella mi esperanza, la esperanza de una mamá que lucha por qué un hijo deje de sufrir. Anatomía una cepa

que se llama afgana. Tiene mayor porcentaje de thc. Probamos con mayor cbd pero no funcionaba hasta que llegamos a esta” (Mamá Cultivadora. 2019).

“Juan nació en EEUU en el 2003. A los 4 meses llegó a la Argentina y a los 6 meses ingreso al Hospital Materno Infantil (Mar del Plata) por convulsiones de fiebre. Le descubrieron síndrome de West. Juan posee Esclerosis tuberosa, quistes en los riñones, en el cerebro, retrasó madurativo y autismo. Él era un nene muy hiperactivo, lloraba mucho. En el 2016 empezó con el cannabis y cambio totalmente. Desde ese año no llora más, está más activo, más conectado, pide las cosas: por ejemplo si quiere ir a la escuela le abre la puerta del baño a la madre para que lo lave para ir. El cannabis conecta, despierta, sana. Juan toma Dinamed” (Mamá Cultivadora. 2019).

## BIBLIOGRAFÍA

- Astorga, L. (2015). Drogas sin fronteras. Debolsillo.
- Boletín Informativo Centro de Información de Medicamentos. Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas. Universidad Nacional de Rosario. Año: 34 - Nº: 225 septiembre - octubre 2016.
- Barrancos, D.; Magariños, P. et. Al. (2012). LIDERA: participación en democracia. Experiencias de mujeres en el ámbito social y político en la Argentina. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género – ELA.
- Boivin, M. Rosato, A. Arribas, V. (2011). Constructores de Otriedad. Una introducción a la Antropología Social y Cultural. Capítulo 4. Antropofagia.
- Boscán Leal, A (2015). La Bioética Feminista y la construcción actual del género. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Opción, año 31 n° especial 5 162-188.
- Bustamante, F. (1990). La política de estados unidos contra el narcotráfico y su impacto en América Latina. Instituto de Estudios Internacionales universidad de Chile.
- Carballada. A (2010). La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. TRABAJO SOCIAL UNAM VI Época • Número 1 diciembre Ciudad de México [p. 46 - 59].
- Carballada, A. (2014). Escenarios sociales, intervención y acontecimiento. UNM Editora.
- Carpintero, E. (2011). La subjetividad asediada. Medicalización para medicar al sujeto. Topía.
- Cervantes, J. (2007). Marihuana: horticultura del cannabis. Vancouver, Editorial: Van Patten, 518 pp.
- Corbelle, F. El activismo político de los usuarios de drogas. De la clandestinidad al Congreso Nacional. Editorial Teseo.
- Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005).
- De la Fuente, J. R. (2015). Marihuana y salud. México, Academia Nacional de Medicina. 456 pp. ISBN 978-607-16-3021-6.



- Escohotado, A. (2009). Historia general de las drogas. Editorial Espasa Clape.
- Fals Borda, O. (1979) El problema de cómo investigar la realidad para transformarla por la praxis. Siglo del Hombre Editores CLACSO.
- Fals Borda, O; Bonilla, V; Castillo, G y Libreros, A. (1972). Causa popular, ciencia popular: una metodología del conocimiento científico a través de la acción. Bogotá Rosca de Investigación y Acción Social.
- Ferrer, A. (2010). Raúl Prebisch y el dilema del desarrollo en el mundo global. Revista CEPAL N° 101.
- Foucault, M. (1982). La hermenéutica del sujeto. Ediciones Akal.
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental. Lugar Editorial S.A.
- Garabedian, M. El Estado moderno. Breve recorrido por su desarrollo teórico.
- García Vallejo, J. P. (2010). La disipada historia de la marihuana en México 1942-2010. Eterno Femenino Ediciones.
- Giacomponello, M.; Fusero, M.; Guevara, G. (2019). Algunas zonceras Argentinas sobre la despenalización y legalización en materia de drogas. RESET- Política de drogas. <http://resetdrogas.com.ar/index.php/category/historieta-zonceras-argentinas/>
- Gianella G. (2013). Los derechos humanos y el consentimiento informado en la práctica clínica: más allá del derecho a la salud. RevPeruMedExp Salud Publica.
- Guber, R. (2001). La etnografía. Método, campo y reflexividad. Grupo Editorial, Norma.
- Gutiérrez Alicia. (2005). Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu. Ferreyra Editor.
- Hari, J. (2015). Tras el grito. Editorial Planeta.
- Hill Collin's, P. (1990) Pensamiento feminista negro.
- Hari, J. (2015). Tras el grito. Editorial Planeta.
- Kottow, M. (2011). Anotaciones sobre vulnerabilidad. Revista Red bio-ética/UNESCO, Año 2, 2(4), 91- 95.

- Leal-Galicia, P. Betancourt, D. González-González, A. Romo-Parra, H. (2018). Breve historia sobre la marihuana en Occidente. *Revista de Neurología*.
- Leung L. (2011) Cannabis and its derivatives: review of medical use. *J. Am. Board Fam. Med.* 24 (4): 452-62.
- Ley 27.350. (2017). Investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados.
- Ley 23.737. (1989). Ley de drogas.
- Ley 27.072. (2014). Federal de Trabajo Social.
- Luna, F (2011). Vulnerabilidad: un concepto muy útil. abandonando los “corsets teóricos”: Respuesta a “vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria?”. CONICET/FLACSO.
- Luna, F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. CONICET/FLACSO.
- Maglio, P. (2012). La dignidad del otro. Editorial libros del Zorzal.
- Manzini, J. L. (2003). Los límites de la autonomía en la relación terapéutica. *Revista Marplatense de Filosofía*.
- Menéndez E. L. (1985). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos médico sociales* nº 33.
- Noblia, A. I. (2019). El régimen internacional de control de droga. Influencia en la conformación de la política pública de drogas en argentina, durante el siglo XX. UNICEN - Facultad de Ciencias Humanas.
- Ortiz, M; Borjas, B. (2008). La Investigación Acción Participativa: aporte de Fals Borda a la educación popular. *Espacio abierto*, Vol. 17, Núm. 4, pp. 615-627.
- Pacher P., Batkai S., Kunos G. (2006) The endocannabinoid system as an emerging target of pharmacotherapy. *Pharmacological Review* 58 (3): 389-462.
- Quintar, E. Didáctica no parametral: sendero hacia la descolonización. (2009). *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 31 (1).
- Salech V. (2018). *Mamá Cultiva argentina. El camino del cannabis terapéutico*. Ediciones B.

- Sztajnszrajber, d; Foucault, M. (2015). Rizzoma, Facultad Libre Virtual, <https://www.youtube.com/watch?v=03aGHnsSzh0&t=8549s>.