

Acceso a la salud y cannabis

Las instituciones en pugna, las realidades en disputa. Autogestión y solidaridad versus monopolio y represión

Access to health and cannabis. The institutions in conflict, the realities in dispute. Self-management and solidarity vs monopoly and repression

Federico Pellagatti y Clara Weber Suardiaz

Fecha de presentación: 02/12/2017
Fecha de aceptación: 09/02/2018

Resumen

El presente artículo aborda el tema del cannabis terapéutico desde una perspectiva de salud colectiva, analizando el posicionamiento y la organización de familiares de personas que tienen algún tipo de enfermedad y lo utilizan como tratamiento, y los posibles aportes del Trabajo Social. Si bien el tema ha sido poco profundizado por las ciencias sociales, entendemos que hoy se instala con fuerza a partir de la sanción de la ley nacional 27.350. La temática contiene prácticas sociales de carácter solidario y autogestivo que involucran lógicas instituyentes y de enfrentamiento al modelo médico hegemónico. Pero lo fundamental es que muestra un pasaje de las/os sujetos a actores políticos en la lucha por el acceso a sus derechos, identificando también la dimensión de género presente donde se logra salir al espacio público y, en el mismo movimiento, se refuerza el lugar de madre-cuidadora.

Abstract

This article deals with the topic of therapeutic cannabis from a collective health perspective, analyzing the positioning and organization of family members of people who have some type of illness and resort for their treatment to the use of therapeutic cannabis and the contribution that Social Work can make. do to this topic. Although the subject has been little studied by the social sciences, we understand that today it is installed with force, as of the sanction of the national law 27,350. The theme contains social practices of solidarity and self-management that involve instituting logic and confrontation with the hegemonic medical model. But the fundamental thing is that it shows a passage of the subjects to political actors in the struggle for the access to their rights, also identifying the dimension of present gender where it is possible to go out into the public space and, in the same movement, the place of mother-carer. Instituting processes, which require a rigorous analysis of Social Work to contribute to the struggle for

146

Procesos instituyentes que requieren del análisis riguroso del Trabajo Social para aportar a la lucha por el acceso al derecho a la salud de manera integral.

access to the right to health in an integral manner.

Palabras clave

Salud; cannabis; prácticas solidarias; derechos.

Keywords

Health; cannabis; solidarity practices; rights.

Introducción

El mercado, la academia, los gobiernos, las leyes y las organizaciones se trenzan, se mezclan y se enfrentan con una aparente sintonía en común: la salud y la calidad de vida de las personas. En este escenario, el tema del cannabis para uso terapéutico se viene instalando con inusitada fuerza y plantea en torno al eje derecho y acceso a la salud una situación tan interesante como inédita en nuestro país, lo que hace necesario abordarla desde distintas aristas para comprender las prácticas reales que se instalan y multiplican permanentemente.

Una fuerza que se expresa en simple iniciativa por cubrir un vacío y garantizar un derecho y que tensa a quienes podrían ser potenciales aliados. Que no termina de homogeneizar un largo plazo sostenible y vertebrador de las prácticas que suceden hoy en distintos campos e interpela a quienes se niegan, porque no comprenden el parámetro en que se instala una práctica que se pretende institucional. Cuesta comprender cómo es que se conforman grupos de distintas características en torno a una planta que es considerada, según la ley nacional 23 737, como estupefaciente, y a su semilla como un precursor químico.

Si bien existe la prohibición y el castigo, elementos que ante otros emergentes ilegales suelen resultar eficaces, estas prácticas alternativas no detienen su marcha creciente como en el ámbito de la salud. Lo ilegal y el prohibicionismo¹ no son determinantes en el caso de esta práctica terapéutica, vía autocultivo u otra forma de acceso a la materia vegetal.

Existen profesionales de la salud atentos a esta cuestión. Pero básicamente es un asunto que pone en jaque lo aprendido en su formación profesional. La medicina no puede aún superar la fetichización del medicamento; tiene un límite epistemológico para pensar y conocer algo nuevo, algo novedoso, que excede los límites de su universo, estatus y reconocimiento.

¹ El 11 de agosto de 1930 se creó en Estados Unidos el Federal Bureau of Narcotics (FBN), lo que años después se convertirá en la Drug Enforcement Administration (DEA). Con una impronta claramente antidrogas, pero con especial énfasis en el cannabis, el organismo puso en pie un paradigma sólido, dando origen a un gigantesco aparato multimediático para demonizar al cannabis, incluyendo películas y artículos científicos en sintonía con la estigmatización y prohibición de la planta. En nuestro país, la primera ley penal de drogas data de 1924 ; si bien no es abiertamente prohibicionista, constituye el precedente de un largo camino que comienza otorgando ciertas atribuciones a la policía para garantizar el control de sustancias, como el cannabis, que hasta esa época se conseguía libremente en las farmacias. Recién en 1974 el gobierno de Isabel Martínez de Perón promulga una ley antidroga, en sintonía con la doctrina Arslinger de Estados Unidos, dotando a la policía de mayor infraestructura que la que había otorgado el gobierno de Alvear. Entendemos que el prohibicionismo enmarca y determina un conjunto de conductas sociales que se suponen encuadradas en lo que la prohibición determina como legal.

Los sorprendentes resultados en muchas patologías (donde la medicina alopática fracasa en mayor o menor medida, y en muchos casos con efectos secundarios peligrosos y nocivos para el organismo), no logran ser estandarizados en dosis, composición y genética de la materia vegetal en uso. Lo cual representa una auténtica paradoja, porque ante los ojos clínicos, el irrefutable buen resultado no tiene cobijo racional posible para ser explicado cualitativa y cuantitativamente. Es decir, que se sabe que funciona, pero se lo niega por desconocer a ciencia cierta los detalles cómo y por qué.

El autocultivo como metodología, como vertebrador de una nueva institucionalidad, plantea un sinfín de interrogantes a las partes involucradas. Interrogantes incómodos, porque nadie acepta ceder sin más privilegios y hegemonía en relación al control sobre otras/os, puesto que el campo de la salud implica una disputa de intereses de orden económico, comercial y geopolítico. Difícilmente haya disposición a ceder ante la novedad, aunque ésta implique una respuesta satisfactoria a una población, con alta tasa de resolución positiva en sus tratamientos.

Las/os profesionales de la salud históricamente se inscriben en una práctica unilateral y unívoca con respecto a las/os sujetos. Frente a la experiencia del cannabis –en la cual los cuerpos alojan un cúmulo de pruebas y errores- el saber médico no encuentra qué decir, y por tanto se dificulta la incorporación a sus tratamientos.

Es importante señalar que estas prácticas tienen un margen casi nulo de toxicidad y dosis mortal, y permite que las personas tomen decisiones sobre sus cuerpos; así esta experiencia sienta precedentes para una lógica instituyente de nuevas características. El declive del programa institucional en el campo de la salud expresa su caída, no su fin, cuando las/os sujetos deciden poner nuevos parámetros a las prácticas médicas e innovar. Un ejercicio de autonomía y soberanía que no entra en las concepciones viables del modelo médico hegemónico en todas y cada una de sus instancias de reproducción.

No es tan solo una decisión personal, sino más bien un posicionamiento contrahegemónico, que en un plano de derechos debe ser colectivo, porque ése es el piso para darle contenido efectivo a la legalidad, para volverla además legítima en tanto política de Estado.

El autocultivo y el uso del cannabis atenta contra el sentido común institucional e incluso contra el reflejo de las distintas expresiones que se ordenan en la figura de Asociación Civil, ONG, etc., con todo lo que eso conlleva.

La prohibición interpela el mecanismo binario de “**él sabe - yo no sé**” y propone un paradigma para la acción general, que no está contemplado en la matriz subjetiva que desde que nacemos nos norma, y que es el experimentar en primera persona un proceso terapéutico que incluye valoraciones, apreciaciones y afirmaciones. Un conjunto de verbos conjugados que siempre estaban en otra/o y ahora están en un nosotras/os colectivo, valga la redundancia. Si bien no estamos ante una ruptura y fin de un paradigma, estamos ante un interrogante sustantivo.

En este contexto, se pueden observar dos tendencias opuestas que en la disputa por el sentido del uso del cannabis se internan en zonas grises e intentan ordenar sus respectivas correlaciones de fuerza: una, dirigida a sostener el orden dado por el modelo médico hegemónico (teniendo en

cuenta que dicho modelo tiene una matriz económica especulativa y de acumulación, lo que equivale a sostener que no es sólo competencia del mundo médico) y, por el otro lado, la experiencia que se viene dando con respecto al uso del cannabis terapéutico con una matriz horizontal, solidaria y autogestiva de características instituyentes. Esta última tendencia se encuentra más dispersa, con matices movimientistas, pero con una impronta instituyente fundada en la fuerza que otorga el poner los sentidos en juego.

Así, el modelo médico hegemónico y quienes lo encarnan, es más homogéneo y abroquelado en sus prácticas por tener un horizonte claro en cuanto a la lógica de dominación y acumulación. Mientras que su “contrincante”, las/os usuarias/os que tratan de acceder al cannabis como recurso terapéutico tienen no sólo variadas procedencias y antecedentes, sino también dificultades para la construcción de una concepción colectiva de ejercicio de derecho, reivindicación o satisfacción de demanda, es decir, carecen de un horizonte en común, de un modo unificado de proceder, que trascienda la coyuntura en la que están inmersos y que las/os transforme en potenciales actores.

Sin ánimo de trazar una línea divisoria absoluta entre estas tendencias, lo que sí resulta clara es la profunda desigualdad en la capacidad de iniciativa de cada una de ellas, ya sea para definir escenarios de puja o para definir objetivos en común.

Sin embargo, las/os usuarias/os en tanto sujetos/actores², que no son homogéneos ni abroquelados en sus intereses de clase ni de pertenencia social, llevan mucho en sí del modelo médico hegemónico por el que han transitado la mayor parte de sus vidas. Logran poner en pie argumentos para la experiencia que desarrollan para sí y para terceros (amigas/os, padres, hijas/os, abuelas/os, vecinas/os etc.), pero aún no logran explicitar, ni hacer el ejercicio de proyectar su práctica en el largo plazo como una construcción estratégica.

Familias y formatos de organización: capacidad de respuesta y acción

*“Levanta la voz si te dicen qué hacer y qué no hacer.
Cuanto más grande es la pena, más ruido va a hacer al caer.
No te voy a sacar de mis planes solo porque digan aquí no vale”.*
[Aquí no podemos hacerlo] –Los Rodríguez, 1995

Los familiares, frente a determinadas problemáticas de salud de una/o de sus integrantes y al no encontrar respuestas en las distintas terapéuticas del repertorio de la medicina tradicional, han recurrido a terapias complementarias centradas en el cannabis, conjugándose tres situaciones simultáneas: la ilegalidad en las que quedan ubicadas dichas familias, la falta de respuesta

² No usamos sujetos y actores de manera indistinta. Entendemos que la relación entre estas categorías es de transición y reciprocidad. El pasaje de sujeto(s) a actor(es) está dada por la puesta en acción de la dimensión política que sitúa y atraviesa al sujeto. La iniciativa sobre la dimensión política a los fines de este artículo y para poder comprender el escenario de nuestro tema, nos permite diferenciar analíticamente, sujeto de actor. Para más datos ver: Pereyra (2008) y Schuster (2006).

adecuada por parte del Estado y el crecimiento cada vez mayor en nuestro país de estas organizaciones³.

En el proceso de organización para reclamar por sus derechos no sólo se transforma la relación con el sistema de salud, sino también las familias, que devienen actores políticos. En este punto, el Trabajo Social tiene un terreno para analizar y debatir con miras a aportar a la construcción de una política pública que contemple la problemática de los grupos de familiares con derechos vulnerados, y al reconocimiento de la validez de sus prácticas de salud.

La dinámica que adquiere esta temática está estrechamente vinculada con la estructura y orientación que adoptan las políticas sociales en relación a cuestiones de seguridad, de políticas “contra las drogas” y de salud. Las mismas resultan insuficientes o inadecuadas para abarcar la complejidad de la cuestión y se constituyen en el puntapié inicial para que las familias se posicionen en un lugar diferente y comiencen con trayectorias de lucha y reclamo que las constituyen como actores políticos. Irrumpen en la escena y pretenden ser un parámetro, aunque no excluyente, a tener en cuenta al momento del diseño de una política pública.

Estamos frente a un contexto de crecimiento cada vez mayor de distintas organizaciones de familiares de personas que hacen uso del cannabis terapéutico las que se abocan a discutir en profundidad esta temática. Algunas referencias importantes en este sentido son: Mamá Cultiva Chile, Mamá Cultiva Argentina; Cameda; Fundación Daya Chile; Cultivo en Familia, entre otras.

- **CAMEDA** (Cannabis Medicinal Argentina): nucléa a familias afectadas por problemáticas de salud como epilepsia refractaria de sus hijas/os, buscando generar espacios de acompañamiento ante el vacío jurídico, político y social respecto del uso terapéutico del cannabis como alternativa en los tratamientos de salud. Reclaman la necesidad de contar con un Estado presente a través de distintos organismos, como el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), las Universidades, el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), la Agencia Nacional de Medicamentos (ANMAT), entre otros; para garantizar el derecho a la salud, la producción de lineamientos, el asesoramiento y capacitación de las/os profesionales.

-**Mamá Cultiva Argentina**: esta organización pretende instalar el tema en los ámbitos legislativos, y reclama el desarrollo de acciones de formación en torno a la problemática de salud, a la experiencia del uso de cannabis y a la difusión del mejoramiento en la calidad de vida que dicho uso implica. Se propone llevar adelante prácticas que rompan con las estructuras y mandatos culturales en torno de la prohibición.

- **Mamá Cultiva y Fundación Daya en Chile**: son las dos organizaciones pioneras en Latinoamérica en la temática. El surgimiento de estas asociaciones civiles se produce en el proceso de búsqueda de acompañamiento de las problemáticas de salud y del mejoramiento de

³ En febrero de 2017 se constituyó el Frente de Organizaciones Cannabicas Argentinas (FOCA) con 33 asociaciones del país. Recuperado de: <https://www.facebook.com/frentefoca/notes/> Fecha de consulta: 11/12/2017.

la calidad de vida, con evidencias clínicas en la utilización del cannabis terapéutico para la producción de bienestar tanto en niñas/os como en adultas/os con diversas patologías. Ponen en discusión el paradigma prohibicionista, centrando la mirada en el autocultivo, en la regulación futura de la industria, en la democratización en el acceso a la salud y en la calidad de vida.

Si bien el cannabis terapéutico se viene trabajando en distintos países del mundo, sólo en Latinoamérica se origina un proceso de organización de familiares centrado en las madres. Particularmente en Argentina, dichas organizaciones participan en el debate, articulan y disputan en el campo de la legislación y reglamentación respecto del uso de cannabis.

“Nos dimos cuenta que debíamos capacitar, enseñar,...y descubrimos la maravilla del sostén comunitario. Nos dimos cuenta que teníamos un imperativo ético. Si sabemos que hay algo que puede aliviar el sufrimiento, es nuestro deber es llevarlo a los cuatro vientos, promulgarlo, llevando a todos aquellos que lo necesitan. Y eso se transformó en la razón de vivir, en la razón de ser”⁴

Si bien la sanción y respectiva reglamentación de la ley nacional 27.350 están lejos de estos postulados, no dejan de ser un leitmotiv para el crecimiento y promoción del cannabis como recurso terapéutico para una calidad de vida digna.

Aspectos principales del cannabis terapéutico

*“It's good for the flu. Good for asthma.
Good for tuberculosis. Even numara thrombosis.
Go to legalize it”
[Legalize it] –Peter Tosh, 1976*

El tema del cannabis terapéutico involucra distintas dimensiones, situadas desde la interdisciplina y los intersaberes, que es necesario profundizar para la comprensión de un fenómeno complejo. La cannabis sativa como remedio herbolario ha sido utilizada desde hace decenas de siglos para tratar diversas enfermedades y sintomatologías. Por ello, se asegura que su consumo tiene efectos positivos frente a enfermedades como depresión, diabetes, esclerosis múltiple, glaucoma, asma, enfermedades autoinmunes y cáncer; también se señala para el manejo del dolor, insomnio, falta de apetito, náuseas, vómitos, VIH; epilepsia e isquemia cerebral, entre otras (De la Fuente, 2015).

⁴ Comunicación verbal proveniente del panel “Uso del cannabis y organizaciones sociales. Primer Congreso argentino de Cannabis y Salud. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. 22/06/2017.

La forma más habitual de consumo es inhalada o en el formato de aceite. Las reacciones adversas son mínimas, transitorias y de baja toxicidad, y está comprobado su uso como tratamiento complementario y/o alternativo a la medicina tradicional de las enfermedades mencionadas (Room: 2013)⁵.

No obstante, el uso terapéutico del cannabis es aún considerado ilegal en una amplia cantidad de países, lo que trae aparejado la carencia de estadísticas certeras en relación a la cantidad de usuarias/os, limitando asimismo las tareas de investigación sanitaria. La ilegalidad y su penalización dificulta, por un lado, el acceso a la salud y potencia, por otro, los procesos de organización a los que haremos mención en este trabajo. El cannabis es considerado por la legislación como una droga ilegal y asociada únicamente a su uso recreativo y psicoactivo.

Los países en los cuales el uso terapéutico se encuentra reconocido, en mayor o menor medida, son Estados Unidos, Alemania, Austria, Canadá, Finlandia, Israel, Portugal, Chile y Uruguay. La primera ley fue sancionada por el Estado de California en 1996. En general, las leyes sobre "cannabis medicinal" estipulan que las personas reciban la prescripción de una/un médica/o para el consumo con fines terapéuticos, para cultivar, poseer y consumir cantidades limitadas de la misma; algunas protegen a determinados "cuidadores" que colaboran con las actividades mencionadas y a las/os médicas/os que prescriben. También se define una lista de enfermedades especificadas y un registro de usuarias/os autorizadas/os (Room: 2013).

En nuestro país, luego de un largo debate se sancionó el 29 de marzo de 2017 la ley nacional 27350 de "Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados" y el 22 de septiembre se reglamentó parcialmente, incluyendo la discusión de los puntos mencionados en el apartado anterior de manera conflictiva y frente a la disputa de distintos intereses. Varios de sus artículos quedaron sin reglamentar y no se prevé una autorización del autocultivo, ni un mecanismo de cobertura ante eventuales allanamientos de las fuerzas policiales.

La ley plantea que el Ministerio de Salud de la Nación deberá garantizar el suministro de los insumos necesarios a aquellas/os pacientes que lo requieran, permitiendo la importación y la producción de la planta y el aceite por parte del Estado, autorizándose para cultivar a la Comisión Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y al Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA). Además, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) podrá importar el aceite de cannabis (solo en su variedad Charlotte's web)⁶. La ley no reconoce el autocultivo, cultivo colectivo ni solidario, práctica generalizada por las distintas asociaciones, pacientes y usuarias/os, dejándolas en la ilegalidad y obstaculizando el acceso al derecho a la salud.

Luego de tantos años de dificultad para poder abordar el tema del cannabis desde sus distintas aristas, la discusión se restringió a una cuestión de seguridad ligada al consumo y a la guerra

⁵ Existen ensayos clínicos incipientes y escasa bibliografía médica respecto a estos procesos, y una gran cantidad de evidencia empírica ofrecida por las personas y familiares que padecen determinadas dolencias, que son socializadas en congresos y encuentros a tales fines.

⁶ Variedad que sólo sirve para la epilepsia refractaria con un resultado dispar.

contra las drogas. Asimismo, los intereses encontrados entre la industria farmacéutica y la posibilidad de que mediante el uso del cannabis se obtengan los mismos resultados que con algunas drogas sintéticas, fue uno de los obstáculos para el desarrollo de una legislación adecuada⁷. “Hace unos pocos años atrás, cuando los médicos que uno les exponía el tema se reían en la cara, porque eso pasaba. Un gran desconocimiento, un gran ignorancia, un gran rechazo. Ni siquiera interesarse a empezar a investigar.”⁸.

Organización de familiares y derechos a la salud: tensiones entre bienestar y cuidado

*Desde ahora pa' alante lo que hay es crecer.
Esa guerra antidrogas es un juego 'e poder
letal la DEA y el cartel. A más dinero, más armamento.
El crimen simplemente sigue en aumento.
Muy bien comprendo cómo es que muere el pez,
pero lejos del miedo te lo digo otra vez:
¡Me cansé, me cansé de comprar me cansé!
[Saca, prende y sorprende] –Cultura profética, 2014⁹.*

Los sistemas de provisión y regulación social estatal moldean las formas de organización y de valoración del cuidado en determinados momentos históricos. Frente a las vacancias e insuficiencias de las políticas de salud, el Estado asigna un máximo de obligaciones de bienestar a la unidad familiar, pudiéndose hablar de familiarización y su consecuente feminización de las actividades de cuidados. Es decir:

“(…) allí donde el mercado ni el Estado de Bienestar ofrecen una alternativa asequible o suficiente, las familias se ven obligadas a producir su bienestar personal y social” (De Ieso, 2011:284). “Para nosotros ha sido un camino muy difícil, vuelvo a reiterar, como para la mayoría de las familias que buscan una alternativa real, una alternativa eficaz para parar de sufrir, porque fuimos abandonadas por un sistema injusto de salud”¹⁰.

Numerosos desarrollos dan cuenta de que la distribución de la responsabilidad de cuidar entre hombres y mujeres, entre familia y Estado, constituye un debate fundamental de la salud pública (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). No obstante, la solidaridad familiar sigue siendo el soporte principal

⁷ Comunicación verbal proveniente del panel citado.

⁸ Comunicación verbal proveniente del panel citado.

⁹ Banda de [reggae](#) originaria de [Puerto Rico](#).

¹⁰ Comunicación verbal proveniente del panel citado.

en las tareas de cuidar. Respecto a esta cuestión, la fundadora de Mamá Cultiva, Paulina Bobadilla, menciona:

“Muchas familias en Chile no están protegidas. Tenemos un sistema de salud nefasto. Nefasto, y hay que luchar una y otra vez. Muchas familias de nuestro país perdieron su casa. Tuvieron que volver a vivir con sus padres porque los médicos, las sociedades científicas, -¿Qué es lo que te dan como opción? - Opérenlo, saquémosle la parte del cerebro, póngale un estimulador, venda su casa, venda su auto y vaya a vivir con la mamá”¹¹

No sólo se trata de la desprotección en la cobertura de salud sino también respecto al vacío legal, ya que, para alcanzar una mejor calidad de vida, recurren a diversas estrategias que son calificadas de ilegales. En una entrevista¹² con Valeria Salech, perteneciente a la organización Mamá Cultiva Argentina, expresa que:

“Hoy por hoy para la ley somos iguales, estamos en las mismas condiciones que una persona que tiene pastillas de éxtasis, cocaína, un laboratorio en la casa para hacer precursores químicos, estamos en el mismo nivel...así que estamos muy desamparadas por el Estado, y creemos que deben cambiarse las leyes para que esto deje de ser así, por lo cual estamos permanentemente reclamando reuniones en el congreso, y también en el Ministerio de Seguridad donde no hemos sido escuchadas”.

Mujer, madre, mandato y acción política transformadora

Las organizaciones exhiben como denominador común la centralidad de la figura de “mujer-madre” como protagonista inicial de la lucha reivindicativa, en correspondencia con su papel de sostén y responsable de las actividades de cuidado familiar.

La condición de mujer y madre es definitoria para la fundación de las organizaciones en estudio, persistiendo una significación fuerte de que son las madres quienes deben luchar por sus hijas/os. Ello genera un movimiento interesante, debido a que abre la posibilidad de una identificación o empatía más fuerte con esta figura de madre luchadora por parte de la sociedad que escucha sus reclamos (Fuentes *et al*, 2016).

En relación al rol de las mujeres en las organizaciones, Andujar (2014) señala que suelen constituirse en garantes de la recolección y distribución de los recursos comunitarios (como una derivación de la responsabilidad socialmente asignada de dar y conservar vida); ese papel desempeñado en la vida familiar conlleva obligaciones de cuidado y derechos relacionados con el acceso a recursos. *“Cuando se ponen en riesgo esos derechos y por lo tanto la supervivencia de su*

¹¹ Comunicación verbal, proveniente del panel citado.

¹² Realizada el 17 de noviembre de 2016.

familia o de su propia comunidad, ellas pueden activar sus redes para enfrentar en forma colectiva a quien obstaculiza el ejercicio del cuidado” (p.54)

En este proceso se politizan las relaciones de la vida cotidiana al someter a debate las razones y hasta a quién dirigir el reclamo público, con qué herramientas, qué acciones planificar y llevar adelante. Así lo plantea una integrante de Mamá Cultiva Chile:

“Y esto empezó a dar resultado a la semana y queríamos gritarle al mundo. Queríamos decirle, saben qué, mamá... [no se va a morir]... Hay una esperanza por fin para su hijo. Luchemos juntas. Y ahí empezamos nueve familias y ahora ¡cuántas familias hay en la fundación!”¹³

Constituirse en sujetos políticos implica un cambio sustancial en la vida cotidiana de las entrevistadas, así como en sus concepciones ideológicas y políticas, producto del proceso por el cual se produce el pasaje desde la percepción del problema como un hecho individual hasta la colectivización que se plasma en las asociaciones a las que pertenecen. Es decir, deja de ser un problema centrado en la enfermedad de sus hijas/os para construirse en un interés colectivo, solidario y que pretende incidir en la política pública.

“Tenemos mucho trabajo, un trabajo interno que tiene que ver con contener y agrupar madres en todo el país con la finalidad de armar cultivos comunitarios y cultivos colectivos; para sus hijos ya que nosotras necesitamos muchas plantas y sobre todo muchas variedades de plantas, y con la ley de drogas actual, corremos el riesgo de ser allanadas con lo cual todas tenemos que tener todas las variedades posibles, para que en el caso que alguna pierda sus cultivos, otra pueda reemplazárselos..., damos información a los padres, damos información a los médicos; enseñamos a cultivar ...eso es un trabajo como interno. Y externo es militar la causa, estar en el Congreso, meternos en todos los ámbitos políticos posibles, tratar de instalar el tema en los medios”¹⁴

Nos encontramos frente a un fenómeno particular donde las mujeres pasaron de ser cuidadoras de tiempo completo de sus hijas/os a encontrar un remedio que mejore su calidad de vida y, en la mayoría de los casos, hecho por ellas mismas o con la ayuda de otras madres o cultivadoras/es solidarias/os. Ello cambió la vida de las mujeres madres y las dinámicas familiares. A su vez, en el proceso de organizarse y fundamentalmente hacerse portavoces de esta temática, asumen un lugar dentro de una red más amplia de militancia, solidaridad y colectividad, imprimiendo un nuevo impulso al movimiento cannábico que existe desde hace años. Es importante resaltar que las/os cultivadores solidarias/os que enseñan y/o proporcionan la planta afirman que ellas/os también salieron de una posición individualista y centrada en el uso recreativo, para conformar y

¹³ Comunicación verbal, proveniente del panel citado.

¹⁴ Comunicación verbal, proveniente del panel citado.

aportar a una lucha colectiva por el acceso a la salud. Es decir, son los procesos de lucha los que permiten consolidar a las/os sujetos como actores políticos.

Si bien la sanción de la ley nacional –fruto de la presión de las asociaciones de familiares– constituye un avance, la batalla continúa para que la reglamentación –que es excluyente en relación a la experiencia que venimos describiendo– incluya a quienes cultivan su propio cannabis con fines medicinales, ya que la normativa habilita a una sola variedad de aceite que no sirve en todos los casos. Queda por definir cuáles serán las patologías que se incluyan para los tratamientos y de qué manera proteger el autocultivo, lo cual representa la solución para la mayoría de las familias. A pesar de la ley y su reglamentación, la mayor parte de la experiencia queda en la ilegalidad, aunque cada vez más legítima.

Algunos elementos para pensar la política pública en salud desde prácticas no tradicionales

*“Cuando me aumenten las penas, las flores de mi jardín
han de ser mis enfermeras. Y si acaso yo me ausento
antes que tu te arrepientas, heredarás estas flores.
Ven a curarte con ellas”
[La jardinera] – Violeta Parra, 1954.*

La práctica del uso del cannabis terapéutico es un muy buen contenido para pensar una política pública no sólo de salud, sino también de educación, formación laboral y empleo, de formación universitaria, entre otras. Las distintas grupalidades¹⁵ u organizaciones no tienen una posición saldada a largo plazo, y tampoco una práctica de discusión acerca de la salud pública. Lo cual se explica en parte por lo novedoso de la experiencia actual, en términos históricos, razón por la cual entendemos que se constituye en un eje vital de intervención para el Trabajo Social y para la perspectiva institucional.

En clave de análisis institucional podemos identificar algunos elementos centrales para pensar esta temática. Queremos resaltar que lo institucional es lo aprehendido en el proceso de sujetación y normatización de la persona que se inscribe, en el caso de la salud, dentro de las coordenadas del modelo médico hegemónico. Si bien este proceso opera como una matriz subjetiva para ordenar la conducta de las/os sujetos, también establece los parámetros para la autonomía del mismo. Los grupos de usuarios/os a medida que se van organizando avanzan en su estabilidad organizacional. Y no es que no repitan modelos institucionales tradicionales de lo que se conoce en salud, pero el mismo hecho de promover el autocultivo, que es ilegal, obliga a repensar relaciones internas, formas de acción y de protección de las/os integrantes,

¹⁵ Desde la perspectiva del Trabajo Social, tenemos un campo de inserción e intervención de variadas dimensiones y de distintos tipos para aportar a los procesos existentes.

mecanismos de colaboración y cooperación ante el faltante de materia vegetal o aceites procesados. Son experiencias de salud que ponen en tensión lo aprendido, dado que la condición de involucramiento, autopercepción como actor político, la acción del cultivo, entre otras, hacen que sea excluyente para que los agrupamientos se sostengan y expandan. Quizás en su imaginario se vean como pacientes, pero sus acciones se ubican lejos de esta categoría.

Por otro lado, el dolor, la desgracia y la agonía son con frecuencia circunstancias democratizantes, y quizás se genere algún tipo de empatía en relación a un “nosotras/os”, no construido ni gremial, ni institucional ni programáticamente, pero sí fundado en la comprensión de las similares circunstancias de quienes atraviesan el proceso de una enfermedad terminal o crónica.

Por lo tanto, es un camino de doble recorrido pero en una sola dirección: al tiempo que se debe avanzar en conquistas legales y legítimas (dado que hay un vacío y una prohibición en relación a la temática amplia del cannabis), se debe desandar la subjetividad donde no sólo hay un mandato médico que obedecer sino la imposibilidad (y aquí un sustancial conflicto para que el Trabajo Social desarrolle su intervención) de que las/os usuarias/os se piensen como hacedores del destino propio en términos del proceso salud-enfermedad y de la política pública.

Analizando las distintas tensiones de la temática podemos decir que convergen de manera dilemática pensamiento y acción. La experiencia existente hasta el momento en relación al cannabis no sólo puede pensarse como una fuerza instituyente que se consolida en un espacio marginal del sistema de salud, sino también como la acción concreta que puede poner en jaque el modelo médico hegemónico. Dicho modelo está presente en el imaginario de las personas que se organizan por su derecho a la salud, pero estas personas a su vez habilitan acciones antagónicas a la tradicional promoción de la pasividad ante la enfermedad o la agonía. Allí se ubica un importante campo de intervención para el Trabajo Social, dado que es una fuente significativa de reflexión teórica, pero también se constituye en una demanda concreta de creación de dispositivos y acciones profesionales para apuntalar la experiencia existente.

Usuaris/os, cultivadores y Estado

Las asociaciones civiles y los grupos de cannabicultores que demandan, explícita e implícitamente, la presencia del Estado corren el riesgo –sobre todo en la actual coyuntura– de que dicha presencia termine por obturar los procesos iniciados, depositando en las personas toda la responsabilidad en nombre de una lógica liberal de “autogestión”, desentendiéndose de la salud de la población, y culpabilizando a las/os usuarias/os ante un potencial fracaso en la construcción de un esquema colectivo de salud. Lo que, en definitiva, podría dar lugar a una nueva impronta privatista y a sus respectivos negocios con la salud.

Se trata de un riesgo, pero también de una posibilidad. Por eso, entendemos como fundamental el análisis que el Trabajo Social puede aportar a dichos procesos o, por lo menos, poner en tensión y discusión este tema con los grupos que se consolidan en torno al cannabis terapéutico.

La posibilidad de imaginar el ejercicio del derecho a la salud sin las/os médicas/os es mérito de las prácticas instituyentes y del trabajo con las/os otras/os; pero es una contradicción de las mismas prácticas al quedar desligadas de las lógicas estatales en términos de salud, quizás a costas de su declive, donde las/os sujetos se permitan otros tipos de cuidados con el agregado de que lo que utilizan para sus dolores, dolencias, tratamientos, etc., es ilegal.

Violar la ley a sabiendas de lo que significa es una prueba de lo instituyente, pero no resulta suficiente dado que la impronta normativa del modelo médico hegemónico expresada en la vida cotidiana no permite profundizar rupturas en las/os usuarias/os; y se ve cómo establecen los límites para la acción y uso del cannabis, como opción estratégica para la salud, como experiencia autogestiva instituyente, pero aún la consideran como una salvedad individual.

Este es, en líneas generales, el escenario donde se desarrolla el tema del cannabis y salud. En estos parámetros podemos ver la importancia del análisis desde el Trabajo Social, dado que desde el mismo concepto de terapéutico o medicinal existe una fuerte pulseada entre las partes involucradas en el proceso amplio de instalar al cannabis como un elemento para la salud de nuestro pueblo.

Una práctica profesional desde una perspectiva clínica tiene un sentido y un parámetro menos autónomo porque la institucionalidad, el instituido modelo médico hegemónico, opera no sólo sobre la disputa por la dominación, sino sobre el sentido común médico que intenta incorporar el cannabis como un elemento más al vademécum, como un recurso inerte de la práctica médica profesional. Aquí radica la centralidad de la disputa por el sentido no sólo de una práctica, sino también de conceptos, palabras, etc., que construyen realidades.

Se trata de un proceso donde todas/os tienen los mismos puntos de partida: el conocimiento existente en el tema es homogéneo, tanto en cannabicultores como en médicos y científicos, usuarias/os y familiares. A su vez, es un tema que carece de institucionalidad y por eso la disputa para encajarlo en la práctica médica tradicional y que sea el conglomerado farmacéutico el responsable de desarrollar toda iniciativa en relación a la temática. La demanda crece, las/os usuarias/os se multiplican y la temática se instala. Podríamos decir que es un tema que se metió en la agenda general, sin que se sepa bien cómo ni quién lo instala, sin saber cómo contener y evitar que trascienda una práctica concreta que se resiste a los encasillamientos.

Por eso el esfuerzo de ordenarlo dentro de lo dado; y quienes desean masificarlo y democratizarlo en su uso y acceso, se encuentran con elementos naturalizados de las prácticas en salud, de modo que si no se logra generar las herramientas aptas para las rupturas mínimas indispensables, se corre el riesgo de caer en la derrota: es decir, en la continuidad de una historia prohibicionista, al tiempo que las empresas farmacéuticas se apoderan de nuestros cuerpos como botín, otro más, en su carrera por la acumulación sin fin.

De allí la importancia de analizar las tensiones y emergentes en el marco de las instituciones del campo de la salud. Hay mucho por trabajar, hay mucho en juego y sin caer en dogmatismos puede ser el inicio de una fuerza instituyente que ordene, como ejemplo a escala, la vida desde un paradigma de dignidad y no de acumulación.

Por eso es que el Trabajo Social, en su naturaleza interventiva, tiene todos los elementos para aportar, construir y formar parte de una experiencia trascendente o, por lo menos, aceptar el desafío. No se trata de ganar o de perder, sino de hacer la experiencia con quienes ya vienen haciéndola.

Desafíos frente al debate del uso del cannabis terapéutico y el espacio del Trabajo Social

*“Lega, legalización (cannabis)
De calidad y barato. Lega, legalización (cannabis)
[Basta de prohibición] –SKa-P, 1996.*

¿Por qué entendemos que la discusión del cannabis terapéutico y sobre una práctica no hegemónica en salud reviste una importancia analítica para el Trabajo Social? El proceso permite pensar en lo instituyente, cuestión no menor en la actualidad, caracterizada por una tendencia marcada hacia el individualismo. Como profesionales de lo social, entendemos que es sustancial reflexionar acerca del papel de los sectores sociales que no resignan su lucha por conquistar derechos, en un contexto de profundas transformaciones que vulneran los mismos. De este modo, podemos visualizar las potencialidades que tienen las/os sujetos políticas/os en las transformaciones societales.

Si nos situamos en el terreno de la salud, más precisamente de la salud colectiva¹⁶, vemos que estamos en la antesala de procesos instituyentes que no se amoldan al modelo médico hegemónico y que no quedan subsumidos en lo patológico, sino que apuntan a generar salud y mejores condiciones de vida. Y es en este escenario donde nos ubicamos las/os trabajadoras/es sociales como potenciales actoras/es.

Como profesionales de la salud, insertas/os en hospitales, centros de salud, programas sanitarios, diseños de políticas públicas, entre otros espacios, podemos contribuir a:

- Desestigmatizar la temática; proponiendo análisis complejos que excedan el tema del consumo problemático y que recuperen las estrategias llevadas adelante por los distintos grupos sociales
- Asesorar a familiares y usuarias/os respecto de los caminos posibles a seguir.
- Brindar información rigurosa y adecuada.
- Contribuir a la consolidación y contacto de redes.
- Proponer la inclusión de estos procesos en el diseño de la política sanitaria

¹⁶ La salud colectiva es una forma distinta de pensar la salud y la enfermedad, no situada en el modelo médico hegemónico, sino reconociendo a todas/os las/os actores en el proceso, la interdisciplina y los intersaberes en su análisis.

- Generar articulaciones entre usuarias/os, organizaciones y el registro nacional (RECANN)¹⁷
- Promover la capacitación y formación de las/os distintas/os actoras/es en la temática.

El Estado debe asumir un rol activo que no se centre en lo punitivo. Abocándose al desarrollo de la investigación pública y al diseño de una política sanitaria que contemple todas las complejidades del tema y que reconozca el camino transitado en las distintas intervenciones de las/os actoras/es. No se trata de empezar de cero, hay varios países que ya han desarrollado políticas accesibles y las organizaciones sociales también tienen mucho desarrollo en este sentido.

“Lo ideal para Mamá Cultiva es tener casas para la integración de las madres y sus familias para cada uno de los países en que estamos presentes, lo ideal es tener psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales en un lugar y que tengamos talleres para las madres, y que su hijo mientras está en terapia, la madre pueda tener un oficio, porque la mayoría le hemos dedicado la vida a nuestros hijos y dejamos de lado nuestra vida como mujer”¹⁸

La organización de las/os distintas/os actoras/es políticas/os surge a partir de la ausencia o ineficacia del Estado que no ha podido dar respuestas a las demandas asistenciales y/o de acceso a los derechos. El fortalecimiento de las organizaciones de familiares también refuerza de manera contradictoria el lugar de las mujeres (madre/autonomía), consolidado por una tendencia a la refamiliarización de la asistencia de las políticas de cuidado.

Los estudios desde las ciencias sociales acerca de procesos organizativos sobre cannabis y acceso a la salud deben profundizarse, ya que presentan una oportunidad estratégica para reflexionar y analizar la vulneración de derechos y la precariedad de las políticas sociales. A su vez, los estudios brindarán herramientas para terminar con las visiones prohibicionistas y prejuiciosas que no poseen sustento científico y se arraigan en creencias y prácticas institucionales que sólo incrementan el daño que pretenden solucionar. En este sentido, la política social deberá abordar el cannabis como un tema de salud y no de seguridad, vinculado a los Derechos Humanos. En particular, deberá promover el conocimiento del dolor y la enfermedad, el derecho a vivir una vida digna, a la autodeterminación de las personas y el acceso a todo tipo de prácticas que mejore la calidad de vida.

¹⁷ En octubre de 2017 se crea el RECANN, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, inserto en el Programa Nacional para el estudio y la investigación del uso medicinal de la planta de cannabis, sus derivados y tratamientos no convencionales.

¹⁸ Comunicación verbal proveniente del panel citado.

Bibliografía

Andujar, Andrea (2014): *Rutas argentinas hasta el fin. Mujeres, política y piquetes, 1996-2001*. Ed. Luxemburg. Buenos Aires.

Bergman, Marcelo (2016): *Drogas, narcotráfico y poder en América Latina*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

De Ieso Lia (2011): *Protección social, familias y redes de reciprocidad. Sobre presencias y significados en los cuidados familiares*. En Idoyaga Molina, Anitilde (edit.): *Estado, política social y cultura: Reflexión sobre los servicios sociales y de salud*. Miño y Dávila Editores. Buenos Aires.

De la Fuente Juan Ramón (coord.) (2015): *Marihuana y Salud*. UNAM, Fondo de Cultura Económica, México.

Esquivel, Valeria, Faur Eleonor y Jelin Elizabeth (Ed.) (2012): *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. IDES. Buenos Aires.

Fuentes Pilar et al (2016): *Familias como sujetos políticos: de la vulneración de derechos a la acción política*. Ponencia presentada en el XVIII Congreso Nacional de Trabajo Social. FAAPS. Octubre. San Juan.

Frente de Organizaciones Cannabicas Argentinas (FOCA). Recuperado de: <https://www.facebook.com/frentefoca/notes/>. Fecha de consulta: 11/12/2017.

Pellagatti, Federico (2017): *Entrevista a Paulina Bobadilla. "La sociedad se ha sacado la venda de los ojos en relación al cannabis medicinal"*, en *Entre dichos Intervenciones y Debates en Trabajo Social*. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de: <http://entredichos.trabajosocial.unlp.edu.ar/2017/06/29/paulina-bobadilla-la-sociedad-se-ha-sacado-la-venda-de-los-ojos-en-relacion-al-cannabis-medicinal/>. Fecha de consulta: 21/07/2017.

Pereyra, Sebastián (2008): *¿La lucha es una sola? La movilización social entre la democratización y el neoliberalismo. Propuesta de 25 libros a los 25 años de la democracia en el país*. Convenio entre Biblioteca Nacional y Universidad Nacional de General Sarmiento. Buenos Aires.

Rodríguez Enríquez, Corina (2005): *"La economía del cuidado: un aporte conceptual para el estudio de políticas públicas"*. Documento de trabajo N° 44, mayo. CIEPP. Bs.As. Recuperado de: <http://elcuidadoenagenda.org.ar/wp-content/uploads/2013/04/La-econom%C3%ADa-del-cuidado-un-aporte-conceptual-para-el-estudio-de-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas1.pdf>.

Fecha de consulta: 15/10/2017

Room, Robin et al (2013): *Políticas sobre el cannabis*. Fondo de Cultura Económica. México.

Schuster, Federico (2006): *Familia y política. Apuntes para una dialéctica de lo posible*. En Eroles, Carlos *Familia(s), estallido, puente y diversidad: una mirada transdisciplinaria de derechos humanos*. Espacio Editorial, Buenos Aires.

Cita recomendada

Pellagatti, F. y Weber Suardiaz, C. (2018): « Acceso a la salud y cannabis: Las instituciones en pugna, las realidades en disputa. Autogestión y solidaridad versus monopolio y represión» [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1, Nro. 2. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 146-162. [Fecha de consulta: dd/mm/aa]

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19945>

ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre los autores

Federico Pellagatti

Argentino. Licenciado en Trabajo Social. Docente-Extensionista de la Universidad Nacional de La Plata. Docente de la materia Trabajo Social y Análisis Institucional (FTS/UNLP). Correo electrónico: federicopellagatti@yahoo.com.ar

Clara Weber Suardiaz

Argentina. Licenciada y Magíster en Trabajo Social. Docente Investigadora de la Universidad Nacional de La Plata / Universidad Nacional de Luján. Profesora de la materia Trabajo Social IV (FTS/UNLP). Correo electrónico: clarawebers@yahoo.com.ar