

SURGIMIENTO DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES POR EL CANNABIS MEDICINAL EN CHILE: DELIMITACIÓN DEL CAMPO CIENTÍFICO, MONOPOLIO DE LA ENUNCIACIÓN E INJUSTICIA EPISTÉMICA

Mauricio Becerra Rebolledo¹

RESUMEN: La conformación de asociaciones de pacientes que usan el cannabis medicinal y su articulación política en la segunda década del siglo XXI generó una controversia sobre las propiedades terapéuticas de dicha planta que tiene como contraparte al estamento médico chileno. Este artículo describe la emergencia de las organizaciones de pacientes y sus familiares agrupados en torno de la terapéutica en base de cannabis y analiza la respuesta del corporativismo médico. Se revisará la preocupación de parte de los agentes sanitarios por delimitar el campo científico (boundary-work) sobre el objeto-cannabis produciendo estudios de Medicina Basada en la Evidencia y, a través de esta metodología, instalarse como autoridades en la materia, monopolizando así la discusión. Considero que dicha comprensión de las relaciones terapéuticas, en la que la experiencia de los pacientes es minimizada, es una forma de injusticia epistémica. Sugiero además que más allá de la disputa sobre las propiedades de un fármaco, la controversia en torno del cannabis medicinal implica tensiones de fondo respecto de las relaciones médico-pacientes y las epistemias médicas.

PALABRAS CLAVES: Cannabis medicinal. Organizaciones de pacientes. Ciudadanía biológica. Tarea delimitación. Injusticia epistémica.

¹ Doctorando en Historia de la Ciencia, CEHIC/Universitat Autònoma de Barcelona. La producción de este artículo ha sido posible gracias al financiamiento otorgado por el Programa de Formación de Capital Humano Avanzado Avanzado de CONICYT Chile. E-mail: vervigracia@gmail.com

SURGIMENTO DE ORGANIZAÇÕES DE PACIENTES PARA CANNABIS MEDICINAL NO CHILE: DELIMITAÇÃO DO CAMPO CIENTÍFICO, MONOPÓLIO DA ENUNCIÇÃO E INJUSTIÇA EPISTÊMICA

RESUMO: A conformação de associações de pacientes que usam cannabis medicinal e sua articulação política na segunda década do século XXI gerou uma controvérsia sobre as propriedades terapêuticas desta planta que tem como contraparte o corpo médico chileno. Este artigo descreve o surgimento das organizações de pacientes e a suas famílias agrupadas em torno da terapêutica à base de cannabis e analisa a resposta da corporação médica. Analisa-se a preocupação por parte dos agentes sanitários para delimitar o campo científico (boundary-work) do objeto-cannabis utilizando a produção de estudos de Medicina Baseada em Evidências e, através dessa metodologia, estabelecerem-se como autoridades na matéria e assim monopolizar a discussão. Considero que a compreensão das relações terapêuticas, em que a experiência dos pacientes é minimizada, é uma forma de injustiça epistêmica. Sugiro ainda que, além da disputa sobre as qualidades terapêuticas de um fármaco, a controvérsia em torno da maconha medicinal implica tensões que dizem respeito das relações médico-paciente e as epistemias médicas.

PALAVRAS-CHAVE: Cannabis medicinal. Organizações de pacientes. Cidadania biológica. Tarefa de delimitação. Injustiça epistêmica.

EMERGENCE OF PATIENT ORGANIZATIONS FOR MEDICAL CANNABIS IN CHILE: BOUNDARY-WORK OF FIELD, MONOPOLY OF ENUNCIATION AND EPISTEMIC INJUSTICE

ABSTRACT: The formation of patient associations that use medical cannabis and its political articulation in the second decade of the 21st Century generated a controversy over the therapeutic properties of this plant that has as its counterpart the Chilean medical establishment. This article describe the emergence of patient organizations and their families grouped around cannabis-based therapeutics and analyze the response of the medical associations. I will revise the concern of the health agents to delimit the scientific field (boundary-work) on the object-cannabis from studies of Evidence-Based

Medicine and, through this methodology, settle in as authorities in the field, monopolizing the discussion. I regard that this understanding of therapeutic relationships, in which the experience of patients is minimized, is a form of epistemic injustice. I further suggest that beyond the dispute over the therapeutic qualities of a medications, the controversy surrounding medical cannabis implies background tensions regarding doctor-patient relationships and medical epistemes.

KEYWORDS: Medical cannabis. Patient organizations. Biological citizenship. Boundary-work. Epistemic injustice.

La sociedad chilena asiste desde fines de la segunda década del siglo XXI a una controversia científica sobre el cannabis. La discusión parlamentaria de la Ley de Cultivo Seguro, que regularía su posesión con fines terapéuticos ha generado un intenso debate, cuyos contornos atraviesan cuestiones de orden legal, moral y científico². El proyecto de ley es promovido por la Fundación Daya y organizaciones conformadas por pacientes y sus familiares, quienes se han aglutinado en función de compartir experiencias y formas de uso de marihuana medicinal. De contraparte aparece un cerrado rechazo del estamento médico chileno a la iniciativa legal, manifestado en la publicación de estudios e informes públicos. El debate plantea importantes cuestiones para el análisis respecto de los contornos del proceso de medicalización y la emergencia de activismos que disputan conocimientos y procedimientos terapéuticos en el campo de la biomedicina.

La hipótesis que trabajaré es que la discusión sobre el cannabis medicinal que ocurre en Chile no se circunscribe sólo a una disputa por la evidencia científica en torno de un fármaco, sino que por sobre todo acaba

² Si bien la actual ley de drogas chilena permite el uso de cannabis en situaciones muy restrictas, en los últimos años han sido constantes los decomisos de las plantas cultivadas para su uso por parte de la policía bajo el argumento de investigarse tráfico de drogas. Para regular la situación fue presentado un proyecto de ley en julio de 2017 por la diputada Karol Cariola. Éste modifica el Código Sanitario para permitir el uso medicinal de cannabis mediado por una receta dada por un médico, la que debe especificar dosis, enfermedad y duración del tratamiento. La iniciativa legal fue discutida y aprobada por la Cámara de Diputados entre los meses de marzo y mayo de 2018, con un respaldo transversal de un 88 por ciento de los votos (CÁMARA DE DIPUTADOS, 2018). El debate para el primer semestre de 2020 se encontraba en discusión en la Comisión de Salud del Senado.

ensionando las prácticas biomédicas y sus sustentos epistemológicos. Sugiero que el desenlace de la controversia podría implicar un reordenamiento del campo biomédico. La irrupción de los pacientes como actores legitimados que exigen mayor poder en las decisiones sanitarias colocan en discusión los procedimientos de producción de saber, los modelos de enfermedad y las relaciones terapéuticas establecidas en el modelo médico hegemónico (MMH en adelante). Una definición esquemática de esta noción es dada por Menéndez, quien lo concibe como

“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (1988, p. 451).

La emergencia del movimiento de pacientes por el cannabis medicinal ha provocado que el estamento médico se afane en una tarea delimitación de las fronteras del campo de conocimiento sobre dicha especie vegetal para sentar autoridad epistémica y asegurar el monopolio del saber terapéutico. Los objetivos de este trabajo serán describir la mirada médica sobre el cannabis predominante en el gremio sanitario chileno; luego se revisará el proceso de irrupción de los pacientes y sus familiares como actores legítimos en el debate sobre la despenalización de la marihuana. Finalmente se analizará la estrategia de respuesta de las asociaciones médicas chilenas basada en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) para hacer frente a la aparición de nuevos actores en el campo biomédico. Las fuentes a utilizar serán el material publicado en los portales de internet de las organizaciones de pacientes y sus familiares, sus declaraciones públicas y apariciones en medios de comunicación masiva entre los años 2014 y 2019. Respecto de los discursos del estamento médico, me centraré en los informes científicos emitidos por sus organizaciones gremiales y los discursos sostenidos por sus integrantes

en medios masivos. Analizaré en particular los informes de la Fundación Epistemonikos (2018) y el Informe del Colegio Médico de Chile (2019). Iniciaré el artículo describiendo el cannabis como un objeto en disputa, cuyos sentidos atribuidos tensionan el campo científico. Luego realizaré un análisis histórico que revisará la estabilización de los alcaloides como principales compuestos terapéuticos en la biomedicina contemporánea y el exilio del cannabis de las farmacopeas desde las primeras décadas del siglo XX, debido fundamentalmente a la incapacidad de determinar un compuesto activo. El reemplazo de una terapéutica basada en plantas y sus derivados simples fue acompañado por la instrumentalización de las prácticas médicas. Además, en forma paralela, se fue construyendo una particular mirada médica respecto del cannabis como droga peligrosa y sin ninguna utilidad terapéutica. A continuación revisaré el surgimiento de agrupaciones de pacientes cannábicos desde comienzos del siglo XXI y la respuesta del estamento médico chileno sustentada en la MBE y la exigencia de fármacos de dosis estandarizadas producidos por laboratorios. Considero que dicha línea argumentativa persigue instalar una autoridad epistémica respecto del objeto cannabis, asegurando de esta forma el monopolio de la enunciación científica, acciones que contribuyen a afianzar el rol tutelar del médico y la verticalidad en las relaciones terapéuticas. Finalizaré el artículo argumentando que dicho enfoque implica una forma de injusticia epistémica y la negación de los pacientes y sus cercanos como actores legítimos en el campo de saberes y prácticas biomédicas.

LA DISPUTA POR EL OBJETO-CANNABIS Y LA DELIMITACIÓN DEL CAMPO CIENTÍFICO

El cannabis según Duff (2017) no se le puede considerar una entidad estable y singular, sino que ha devenido en objeto discursivo, de conocimiento y prácticas. De esta forma, el sentido atribuido a dicha especie está atravesado por una diversidad de relaciones, prácticas y registros semióticos como una maraña de relaciones materiales. Duff considera que tres discursos se disputan la ‘verdad del cannabis’: uno referido a sus propiedades medicinales, hecho principalmente por

asociaciones de enfermos; otro que lo sitúa como no-droga, facturado fundamentalmente por el activismo cannábico; y el discurso biomédico que lo sigue considerando como una droga. La expansión radical de los discursos referidos al cannabis en las últimas décadas es capaz de transformar el análisis de los aspectos sociales, sus usos terapéuticos, así como también sus beneficios y daños (DUFF, 2017, p. 682, 687).

La discusión actual en Chile respecto del uso medicinal del cannabis es posible analizarla dentro del campo de luchas que ocurren al interior de un campo científico. Bourdieu (2003, p. 11,13) describe dicho campo como generador de productos sociales reconocidos como verdades científicas. Sostiene que se trata así de un sistema de relaciones entre posiciones adquiridas en el mismo campo en donde ocurre una lucha competitiva que tiene por desafío el monopolio de la autoridad científica, la que determina capacidad técnica y el poder intervenir de manera autorizada en la sociedad, presentándose a sí misma como pura razón técnica. De esta forma, quien monopoliza la autoridad científica, ya sea a nivel institucional o epistémico, impone la delimitación del mismo campo y los objetos legítimos de discusión, es decir, tiene capacidad de determinar lo científico de lo no científico. Esto implica al mismo tiempo, la definición de los problemas de la especialidad, las metodologías y las teorías que pueden considerarse científicas (BOURDIEU, 2003, p. 16, 20). La posesión del monopolio de la autoridad científica les da la posibilidad de intervenir legítimamente, dando con ello eficacia simbólica a sus prácticas (BOURDIEU, 1976, p. 91). Considerar esta formulación, implica suspender la pretensión de científicidad que se arrogan los discursos cuando se dicen científicos y comprender su emergencia al interior de un sistema de relaciones sociales. En la disputa sobre las propiedades terapéuticas del cannabis en Chile los pacientes y familiares resultan ser nuevos actores en el campo, quienes a partir de su experiencia y las redes que establecen construyen saber. Su contraparte es el estamento médico, que en función de preservar su poder social en el campo de la terapéutica, lleva adelante estrategias de conservación del dominio del campo y con ello perpetuar el orden científico establecido y que los mantiene en una posición dominante.

La estrategia desplegada por el gremio médico para mantener sus esferas de poder amenazado por la emergencia de las organizaciones pro cannabis, ha sido abocarse a un trabajo de delimitación del campo científico (*boundary-work*). Gieryn sostiene que dicha tarea se basa en el establecimiento de fronteras de demarcación profesional por parte de los investigadores que reclaman autoridad sobre un campo de saber determinado. Se trata de un esfuerzo ideológico y un estilo retórico de parte de éstos para establecer los límites del campo en disputa y distinguir sus trabajos y productos de las actividades intelectuales no científicas (GIERYN, 1983, p. 782). González de Pablo (2016: p. 163-164) comenta que la tarea de delimitación se produce recurriendo a diversas estrategias y herramientas, ya sean publicaciones, seminarios, artículos de prensa o reglamentos y buscan purgar el campo de ‘contaminaciones no científicas’. Añade que se trata de una estrategia de exclusión construida socialmente y en la que intervienen los intereses de los participantes. Su análisis permite comprender como se crean, perfilan y aseguran una serie de fronteras que demarcan un campo de conocimiento.

A lo largo de este artículo la tarea de delimitación (*boundary-work*) servirá para describir el proceso mediante el cual el estamento médico chileno intenta asegurar la autoridad epistémica sobre el cannabis, evitando con ello que los activismos pro marihuana medicinal invadan el campo. Se examinará cómo se producen y divulgan investigaciones tendientes a mantener el monopolio biomédico sobre el objeto-cannabis, probar su legitimidad científico-médica y distanciarse así de los pacientes. La disputa respecto de las propiedades terapéuticas de una especie vegetal en Chile permite así analizar la manera en que se delimitan, disputan y aseguran las fronteras en un campo de conocimiento.

EL EXILIO DEL CANNABIS DE LAS FARMACOPEAS Y LA INSTRUMENTALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS MÉDICAS

El cannabis es una de las plantas no alimenticias de cultivo más antiguo, proporcionando una fuente de fibra, alimentos, aceite, medicinas y psicoestimulante desde tiempos del neolítico (GARCÍA & CAIRABÚ,

2012, p. 213). Su uso terapéutico aparece en la farmacopea de diferentes civilizaciones. Así fue utilizado en las tradiciones médicas de China, India, Egipto, Persia y Mesopotamia. El cáñamo tuvo una gran importancia en la civilización islámica, llegando a través de ésta a Occidente. En dicha tradición tuvo usos medicinales, recreativos y alimenticios (CLARKE & MERLIN, 2013; LOZANO, 2017). Las prácticas curativas recurrían a diferentes formas de preparación de la farmacopea conocida, como la preparación de tisanas, emplastos o extracciones. Este tipo de terapéutica médica fue profundamente transformado por la estabilización de los alcaloides desde comienzos del siglo XIX. Desde que fuera estabilizada la morfina a partir del opio, los farmacólogos se abocaron a aislar el principio activo que concentra los efectos de las especies vegetales descritas en las farmacopeas, las que fueron sometidas a series de procedimientos para obtener un compuesto activo, apareciendo así sustancias como la estricnina (1817), la quinina (1820), la atropina (1831), la codeína (1832) o la cocaína (1859). Dichos alcaloides prontamente comenzaron a ser utilizados en los gabinetes médicos, transformando completamente campos como la anestesia y las prácticas quirúrgicas.

Pese a los intentos de diversos farmacólogos para obtener un alcaloide específico, el cannabis fue obstinado en mantener sus secretos. Russo (2017) destaca que la falta de estandarización, problemas de biodisponibilidad y, en última instancia, la prohibición fueron factores que impidieron desde fines del siglo XIX las investigaciones en cannabinoides, algo que recién se reanudó en la década de 1970 con trabajos de laboratorio y clínicos

La ausencia de un compuesto activo aislable y medible según los parámetros de la farmacología implicaron que ya en la década de 1930 el cannabis desapareciera de las farmacopeas. Así ocurre en 1932 con su salida de la Farmacopea Británica; en 1942 de la de Estados Unidos y en 1966 de la India (GARCÍA & CAIRABÚ, 2012, p. 214). A lo anterior se sumó la escalada contra la marihuana impulsada por el gobierno de Estados Unidos desde mediados de la misma década cuando impone en su territorio la *Marihuana Tax Act*, y promueve a nivel internacional el combate a los narcóticos (ESCOHOTADO, 1999, P. 692).

La criminalización del cannabis profundizó más la distancia entre dicha especie y su consideración terapéutica. Ambos factores incidieron en el retiro de las propiedades medicinales del cannabis. Por un lado tenemos un prejuicio respecto de vehículos de ebriedad que se acabó por consolidar en el período de entre guerras; en tanto que al mismo tiempo los criterios farmacológicos empujados por la estabilización de los alcaloides y sus usos clínicos, acabó privilegiando en las prácticas clínicas los producidos por procedimientos laboratoriales.

El uso de alcaloides también empujó la creación de instrumentos, como la jeringa hipodérmica, cuyo uso le imprimió una nueva performatividad a las prácticas clínicas. Hasta ese momento la consulta a un yerbatero o una médica tradicional no implicaba grandes diferencias en la práctica en comparación con el chequeo realizado por un médico de formación universitaria. En ambos casos se establecía un diálogo para la producción de una anamnesis del paciente y, posteriormente, la determinación del tratamiento a seguir. También los dos tipos de medicina compartían en su arsenal terapéutico compuestos a base de plantas con similares formas de administración, por lo que la apropiación de estas nuevas tecnologías biomédicas, ya sean soluciones inyectables, pastillas o tónicos, contribuyó al estamento médico profesional a distanciarse de sus competidores de la medicina tradicional, en un momento en que los primeros construían una imagen para sí como profesionales sanitarios autorizados por su conocimiento científico.

Si bien la formación de médicos profesionales en Chile se inició con la creación de los cursos de Medicina y Farmacia en 1833 en Santiago, su consolidación como gremio profesional fue un proceso lento que se extendió durante varias décadas del siglo XIX, teniendo como hitos la creación de la Sociedad Médica de Santiago en 1869 y la edición de la Revista Médica de Chile a partir de 1872. Dichos espacios de articulación profesional promovieron el reconocimiento de la medicina como una profesión científica y buscaron conseguir el monopolio de las prácticas curativas, disputadas con médicos extranjeros, yerbateros, curanderos, meicas o parteras. A través de sucesivos reglamentos dictados a partir de 1844 se fue limitando la apertura de boticas a farmaceuticos y el ejercicio

de la medicina a médicos titulados. La promulgación en 1918 del Código Sanitario determinó la exclusividad de ejercicio a ambas profesiones, consolidando así dichos estamentos profesionales el monopolio de las prácticas terapéuticas (SERRANO, 1993; GUZMÁN, 2002).

Los eventos anteriores podemos circunscribirlos en el proceso de medicalización social. Romaní (1991, p. 39) destaca que se trata de un fenómeno complejo que implica procesos históricos de largo alcance y diversas facetas que acabó generando que ámbitos cada vez más amplios de la vida personal y social de las multitudes comenzaron a ser objeto de preocupación, estudio, orientación y control por parte de la corporación terapéutica. En el interior de este mismo proceso, la instrumentalización de las prácticas médicas a mediados del siglo XX se profundiza. Ueyama (2006, p. 137) observa que desde la década de 1950 no se puede entender el desarrollo de la medicina sin el concurso de la industria farmacéutica ni de equipamientos biomédicos, las que producen herramientas indispensables en la actualidad para el diagnóstico y el tratamiento hospitalario. Considera que la introducción de máquinas en biomedicina ha distanciado a los galenos de los pacientes, provocando al mismo tiempo que la experiencia clínica haya sido superada por la información derivada de instrumentos de diagnóstico. Ueyama agrega que la instrumentalización de los hospitales además está asociado con el aumento del costo de los cuidados terapéuticos y una creciente colaboración entre la investigación médica y la industria (Ibídem).

LA MIRADA MÉDICA SOBRE EL CANNABIS Y LA GUBERNAMENTALIDAD SOBRE LAS DROGAS

La mirada médica sobre el uso de marihuana está encuadrada en términos de patología a intervenir y curar por parte de la ciencia psiquiátrica. La construcción de la categoría diagnóstica de la toxicomanía a fines del siglo XIX en el discurso psiquiátrico se basó en la figura del alcoholismo y su narrativa descriptiva se constituyó primero sobre la base de los usuarios de morfina y cocaína. En tiempos posteriores bajo el rótulo de ‘toxicómano’ se vienen agregando otros consumos de vehículos

de ebriedad que también son patologizados. Ocurre así con el cannabis a fines de la década de 1930. El encuadramiento del toxicómano como categoría diagnóstica contribuyó además para la institucionalización de la ciencia psiquiátrica (BECERRA, 2009; 2013).

En la posdictadura chilena, en la década de 1990, cobró fuerza la narrativa respecto del uso de drogas como una patología que conlleva riesgos a la sociedad³. A comienzos de esa década es creada una agencia pública de gobierno dedicada a la temática de las drogas. Su principal tarea ha sido producir encuestas para medir el consumo de sustancias declaradas ilícitas en la población desde una perspectiva epidemiológica. Sepúlveda y Drove (2015, p. 1709) observan que la racionalidad política y técnica que ha predominado en la implementación de las políticas de drogas en Chile fue construida a partir de la noción del riesgo en relación al uso de sustancias declaradas ilícitas, encuadramiento que al ser divulgado como una alarma social acabó articulando un amplio consenso político y social en la sociedad chilena a partir de la década de 1990.

Duff (2003, p. 285) discute que las políticas de drogas han estado dominadas por discursos de ‘expertos’ producidos por reducidos grupos, quienes omiten el saber de los ‘no expertos’, fundamentalmente los usuarios, cuyos saberes son considerados no científicos. En forma paralela, se fue conformando un campo emergente que denomina como ‘la ciencia de la prevención’, sustentada en información de diversos campos, fundamentalmente neurociencia y farmacología, los que acabaron por identificar una serie de ‘riesgos’ posibles de cuantificar en el consumo de psicoactivos en relación con la salud corporal y el bienestar psicológico. En este tipo de discursos el uso de drogas es caracterizado generalmente

³ La noción de riesgo comenzó a ser utilizada desde comienzos del siglo XX en el lenguaje epidemiológico británico. Su aplicación en el campo médico se relaciona con el pasaje de las enfermedades infecciosas, en el que las relaciones de causalidad están dadas por los criterios de Henle-Koch, a las dolencias crónico-degenerativas y en las que las relaciones de causa efecto atribuidas a un agente etiológico microbiano no necesariamente eran aplicables. El riesgo en el campo de la epidemiología se difunde con mayor fuerza en la segunda mitad del siglo XX y equivale a determinar en una población específica la probabilidad de ocurrencia de una patología. Este se expresa a través de un indicador paradigmático de incidencia (ALMEIDA et. al., 2009).

como una práctica de alto riesgo, por lo que se relaciona con un espectro variados de daños individuales y sociales (DUFF, 2003; SEPÚLVEDA & DROVE, 2015). La ciencia de la prevención se ha construido sobre la base de estudios de Medicina Basada en la Evidencia (MBE), la que ha dependido durante mucho tiempo de la supuesta infalibilidad del método científico, lo que presupone una observación objetiva y racional para la cual no tienen importancia las experiencias individuales. Se trata de un saber que se divorcia de los contextos y las experiencias sociales en las que el uso de drogas emerge y adquiere sentido (DUFF, 2003, p. 296). La construcción del riesgo es así realizada por un grupo de ‘expertos’ profesionales y científicos, quienes acabaron por hegemonizar la producción de conocimiento sobre drogas y su gestión política (SEPÚLVEDA & DROVE, 2015, p. 1712).

LA CONFORMACIÓN DE AGRUPACIONES DE PACIENTES CANNÁBICOS

A partir de la década de 1980, fundamentalmente en Inglaterra y Estados Unidos, ha emergido lo que Rose (2012, p. 272) denomina una ciudadanía biológica. Se trata de un proceso de subjetivación devenido del proceso medicalizador en el que las relaciones que establece el sujeto consigo mismo están en función del conocimiento de su individualidad somática, configurándose un individuo prudente pero emprendedor, que define su curso de vida de manera activa mediante actos de elección. A diferencia de la figura del paciente de comienzos del siglo XX, cuya pasividad lo hace el interlocutor ideal de los tratados médicos, con el ciudadano biológico que surge en este proceso de subjetivación, asistimos a la emergencia de un sujeto activo en el saber y despliegue de prácticas de salud en torno de su cuerpo, capaz también de agruparse políticamente. Mayrhofer y Cuevas (2010) sugieren respecto del surgimiento de agrupaciones de pacientes, que se trata de identidades colectivas politizadas que se constituyen al compartir un marcador biológico. Destacan que cuando la enfermedad es experimentada y representada como fuente de queja u ofensa colectiva, acaba transformando un problema personal en un tema social y político,

lo que gatilla demandas al sistema en que están insertos. Esta emergencia es compleja y está cruzada por tensiones entre el discurso médico y las prácticas de las mismas organizaciones (Ibídem, p. 86).

La emergencia de los pacientes como actores en los procesos de salud en Chile se inició a fines del siglo XX. Los primeros movimientos se organizan fundamentalmente en torno de la demanda al Estado por acceso a tratamientos, como los colectivos de personas viviendo con VIH, que son los pioneros en la década de 1990 (DONOSO & ROBLES, 2018), organizaciones transgénero⁴ y víctimas de la talidomida⁵; y otro tipo de agrupaciones que se articulan para discutir los dispositivos y prácticas institucionales en torno de sí, como el colectivo Palos de Ciego, que representa a personas con diferencias funcionales (BECERRA, 2012); y el activismo antimanicomial que se aglutina a partir de encuentros, organizaciones y la realización de marchas antipsiquiátricas desde el año 2015 (CEA, 2019).

Si bien en Chile hay activismo cannábico desde 2005, expresado en publicaciones y caminatas masivas, la creación de la Fundación Daya (FD) en 2013 dinamizó la divulgación de sus usos terapéuticos. Las patologías sobre las que hay mayor consenso respecto de la efectividad del cannabis son la espasticidad y dolor en la esclerosis múltiple, náuseas y vómitos asociados con quimioterapia y retrovirales en personas con VIH, dolor crónico por cáncer, neuropatía por VIH y en epilepsia refractaria (GARCÍA & CAIRABÚ, 2012; MURNION, 2015). FD calculó en julio de 2019 la existencia de 40 mil pacientes que usan cannabis medicinal en Chile (RAMOS, 2019). La FD declara como misión “la investigación, promoción e implementación de terapias orientadas a aliviar el sufrimiento humano” (FUNDACIÓN DAYA). Su estrategia ha sido fundar centros médicos en los cuales se dispensa medicación en base de marihuana, la

⁴ En Chile no hubo acceso en el sistema de salud pública a los retrovirales hasta 2003. En relación a las demandas transgénero, se relacionan con el reconocimiento legal al cambio de sexo y la reconversión corporal. Desde el año 2012 las cirugías de genitoplastía están estipuladas en las guías clínicas del Ministerio de Salud.

⁵ La organización de pacientes Víctimas de la Talidomida (Vitachi) surge en 2008. Tres años después agrupaba a unas 50 personas. En 2011 consiguieron que la Cámara de Diputados los reconociera como víctimas, lo que implica una pensión de gracia (CORNEJO, 2012).

producción de un fitofármaco denominado *Cannabiol* y la organización de encuentros y seminarios científicos. Bajo su alero y estímulo surgieron las primeras organizaciones de pacientes, algunas de corta existencia como Cultiva Medicina, que alcanzó a tener 50 participantes; y posteriormente Mamá Cultiva, iniciada en 2014 y principal núcleo de activismo de los usuarios médicos de cannabis, sus familiares y redes de apoyo. Mama Cultiva explicita como objetivo “agrupar a madres de niños con epilepsia refractaria, cáncer y otras patologías que no han encontrado una mejoría con la medicina tradicional” (MAMA CULTIVA). Dicen impulsar el uso de cannabis como medicamento debido a los efectivos resultados con dicha terapéutica, siendo sus pilares fundamentales el autocultivo, la promoción de cultivos comunitarios y producción de fitofármacos de bajo costo. Núñez et al. (2019, p. 9) consideran a Mama Cultiva como una ocupación colectiva organizada en el ámbito del derecho a la salud y que se enfrenta a la ausencia de una medicación efectiva que les permita un bienestar psicosocial a sus hijos dentro del MMH. Se puede agregar que en dicho modelo impera una mirada reduccionista que considera carentes de rigor científico la experiencia subjetiva de los pacientes y de sus próximos.

En 2015 también es constituida la Fundación Fibromialgia en Acción, en la que participan pacientes y sus familiares. A diferencia de Mamá Cultiva, la necesidad de agrupamiento como colectivo surgió por la demanda de que los servicios públicos de salud reconocieran dicha patología, cuya inteligibilización ha sido compleja debido a la inexistencia de un diagnóstico biológico preciso que establezca con precisión la enfermedad. Sus esfuerzos se han concentrado en participar en la elaboración de estudios e investigaciones en torno de la dolencia; generar empatía de parte de los profesionales de la salud y de las autoridades hacia las personas con fibromialgia; el reconocimiento de ésta como enfermedad invalidante y la creación de políticas de salud públicas que aseguren “especialistas y tratamientos multidisciplinarios adecuados” (FUNDACIÓN FIBROMIALGIA EN ACCIÓN).

La figura elusiva del paciente en la historiografía y en las relaciones biomédicas adquiere protagonismo en el debate en Chile por ley de cultivo medicinal de cannabis. Asistimos a un proceso de fuga del encuadramiento

dado por las prácticas biomédicas como sujetos pasivos abiertos a la intervención terapéutica. Entre las actividades realizadas por los usuarios de marihuana como medicamento está la difusión de recetas para la producción de remedios y el intercambio de experiencias y conocimientos, los que comienzan a constituir un saber. Para los mismos integrantes de dichos colectivos, su participación implica un proceso de comprensión de las enfermedades y de sus procesos de cura. Si bien están acompañados por médicos, se manifiestan desconfiados de la mera experiencia clínica y sus juegos de poder. En este sentido, las organizaciones que defienden el uso medicinal del cannabis están construyendo una narrativa de la enfermedad ‘desde abajo’. Además de la riqueza en la producción de nuevos saberes, en este nuevo agenciamiento el paciente o sus próximos pueden negociar las posibilidades terapéuticas. Rose (2012, p. 287) destaca que estas nuevas narrativas pluralizan la verdad biológica y biomédica, introduciendo dudas y controversias que acaban reubicando a la ciencia en los campos tanto de la experiencia, como de la política y el capitalismo.

También se detecta en las organizaciones de pacientes cannábicos un protagonismo importante de sus familiares o personas próximas unidas por una relación filial con los enfermos. Ambos son actores no considerado en los estudios biomédicos y poco abordados en la historiografía sobre la medicalización en América latina⁶. Armus plantea una zona de tensión en las relaciones terapéuticas entre el enfermo, el terapeuta y los familiares o sus próximos. Considera que si bien todos son actores en el proceso de la enfermedad, ha habido un ensombrecimiento historiográfico de los familiares. En el proceso de medicalización su participación en el proceso de cura se ha superpuesto con el de los agentes sanitarios (ARMUS, 2007, p. 325). Pese a que el rol de los cercanos se diferencia al del paciente al experimentar en forma indirecta la enfermedad, ambos comparten agendas y perspectivas en torno de la biomedicina, además del emprendimiento en conjunto de procesos propios de alfabetización científica. Además, por su relación filial, tiene mayor influencia en el enfermo, ejerciendo muchas

⁶ En la historiografía de la psiquiatría en América latina se han producido recientemente trabajos que destacan el rol de los familiares y cercanos en la configuración de los espacios asilares. Ver Pita (2012), Ríos (2016) y Ribeiro (2016).

veces un rol tutelar. Los familiares se distinguen de los agentes sanitarios por su no filiación institucional, lo que implica mayores ámbitos de decisión en las elecciones terapéuticas. En el caso particular del cannabis se observa también alta presencia femenina en las organizaciones activistas, compromiso muchas veces dado por el rol parental y una tradición cultural de feminización del cuidado de enfermos.

El proceso de alfabetización científica entre pares que ocurre en estas organizaciones también conlleva la posibilidad de desarrollar narrativas propias sobre la enfermedad. Esto implica interesantes mudanzas en las relaciones terapéuticas que permiten trascender el antagonismo cerrado que pareciera darse desde un examen superficial en la disputa sobre las propiedades medicamentosas del cannabis dada en Chile. En las prácticas clínicas en las que interviene FD y Mama Cultiva se está dando un rico intercambio de experiencias entre el saber biomédico y el construido por familiares. Núñez *et al.* (2019, p. 11) cuentan que la apropiación del conocimiento de cura realizado por Mama Cultiva además de ser un proceso de alfabetización científica realizado entre pares, también ha producido una inversión en el esquema tradicional de la relación terapéutica, dándose casos de enseñanza dada por madres de niños con epilepsia refractaria a profesionales médicos sobre las formas de administración del fármaco hecho en base de cannabis. La producción de estos espacios de relacionamiento ha generado que el cuerpo médico, pese al rechazo que dicen tener sus estamentos gremiales, sea permeado por este saber ‘desde abajo’, lo que promueve la capacidad de empatía de parte de los profesionales sanitarios (Ibídem, p. 14).

Frente a los discursos científicos, la estrategia desplegada por los movimientos de pacientes y la FD se sitúa en un discreto campo de acción en el que estimulan y consideran los aportes del saber biomédico, no discuten la autoridad científica y favorecen la publicación de resultados favorables al uso de cannabis medicinal en los marcos de la evidencia científica aceptada convencionalmente. Núñez *et al.* (2019, p. 12) detectaron que Mama Cultiva instrumentaliza el saber médico, usando la estrategia de sumergirse en las racionalidades argumentativas propias del MMH, para que, en ese mismo espacio, se valide científicamente el

uso del cannabis con propósitos medicinales. Se trata así de legitimar una evidencia basada en la práctica. La FD, por su parte, ha realizado estudios de efectividad del *Cannabiol*. Uno de estos se dedicó a examinar los efectos de los extractos orales de dicha especie en los síntomas centrales del trastorno del espectro autista (KUESTER *et. al.*, 2017). Lo anterior implica la apropiación de la mirada objetivante de la ciencia y sus marcos epistémicos para producir saberes. Además, el proyecto de ley de cultivo medicinal promovido por estas organizaciones incorpora el rol del médico como agente encargado de determinar las dosis y dispensar los permisos. Esto permite comprender que pese a ampliar los ámbitos de disputa con el estamento biomédico al campo de la terapéutica, las organizaciones que defienden el cannabis como remedio, de igual forma incluyen el saber y la presencia médica. Sus objetivos, por lo que hemos reseñado, no dejan de estar insertos en una perspectiva reguladora.

LA DELIMITACIÓN DEL CAMPO BIOMÉDICO Y LA REPRODUCCIÓN DEL RIESGO

El proyecto de ley que permite el cultivo de cannabis con fines medicinales y la emergencia de organizaciones de pacientes generaron en el estamento terapéutico chileno una reacción de defensa del monopolio de la enunciación científica argumentando su autoridad epistémica en el debate. La principal estrategia desarrollada ha sido delimitar el campo biomédico (boundary-work) a través de la publicación de un estudio basado en Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y de un Informe del Colegio Médico de Chile (CMCh)⁷. Ambos coinciden en el rechazo a la posibilidad de que personas puedan cultivar cannabis con fines medicinales, argumentando la imposibilidad para estandarizar una dosis y la ausencia de evidencia respecto de las propiedades terapéuticas de dicha especie vegetal.

⁷ También se publicó en medios masivos referencias a estudios realizados en Chile en 2013 utilizando NeuroSPECT, los cuales aseguran haber encontrado daños en la estructura cerebral de adolescentes usuarios de cannabis (MENA *et al.* 2013). Si bien dicho estudio ha sido utilizado como munición en la controversia científica que se describe, el campo de las neuronarrativas y sus usos políticos desborda los objetivos de este trabajo.

La primera parte de la ofensiva médica se inició con la publicación en abril de 2018 de un estudio de la Fundación Epistemonikos⁸. La investigación dice haber aplicado la MBE sustentada en estudios de metaanálisis sobre una base de datos propia creada en 2012 y que definen como “la mayor base de datos de evidencia relevante para la toma de decisiones en salud” (EPISTEMONIKOS, 2018). Señalan haber identificado más de 21.061 publicaciones referidas a la marihuana, de todas las cuales se seleccionaron 777 artículos relevantes. Aseguran que “esta es la mayor recopilación existente, superando con creces a reportes internacionales previos, e incluye tanto los estudios publicados como aquellos no publicados” (Ibídem, 2018). Las conclusiones del estudio son tajantes en contra de los usos terapéuticos del cannabis. Epistemonikos dice que tras haber revisado la literatura científica seleccionada para 80 enfermedades para cuyo tratamiento es recomendado, concluyen que “no existe ninguna condición en la cual los beneficios del uso de cannabis o productos derivados sean superiores a sus efectos adversos y riesgos” (Ibídem, 2018).

La ofensiva continuó en junio de 2019, cuando el Colegio Médico de Chile (CMCh) publicó un Informe oficial para marcar su posición respecto a la Ley de Cultivo Seguro⁹. El documento sostiene que el cannabis provoca daño para la salud; la ausencia de evidencia científica respecto de su uso terapéutico y resalta la dificultad en estabilizar una dosis (CMCh, 2019). Argumentaron su posición contraria al proyecto discutido en el Parlamento y advirtieron que no estaban

⁸ Se trata de una organización fundada por Gabriel Rada Giacaman, médico del Programa de Salud Basada en Evidencia de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile; y el ingeniero en Informática, Daniel Pérez Rada. Epistemonikos se define como una organización biomédica que difunde los modelos de evidencia de la Fundación Cochrane, con la cual colaboran. En su portal web definen como su principal objetivo es recopilar evidencia científica “que pueda ser relevante para la toma de decisiones en salud, y proveer un acceso rápido y confiable a la mejor evidencia disponible para las preguntas que surgen en contextos reales” (EPISTEMONIKOS, 2018).

⁹ El informe fue realizado por un grupo técnico integrado por Nicolás Zamorano Maldonado, psiquiatra integrante de la Comisión de Salud del gremio; Cristóbal Cuadrado Nahum, médico salubrista y profesor asistente en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile; y Josefina Huneeus, psiquiatra infantil integrante de la Comisión de Infancia de la misma orden profesional.

“dispuestos a indicar sustancias cuyos potenciales efectos negativos sobre la salud son conocidos, sin el respaldo de pruebas de eficacia, seguridad y calidad necesario para hacerlo de manera responsable y respetando los principios éticos básicos que nos exige nuestro quehacer profesional, como tampoco estamos dispuestos a ser un medio para la legalización de facto de una sustancia sabidamente nociva para la salud de la población” (CMCh, 2019, p.7).

El gremio médico reproduce, al igual que Epistemonikos, el encuadramiento del cannabis desde la noción del riesgo articulado desde la racionalidad gubernamental predominante respecto de las drogas declaradas ilícitas. Se reproduce en ambos estudios la perspectiva patologizadora respecto del uso de marihuana, cumpliendo así una función de reactualizar los argumentos científicos contrarios al uso de dicha planta que sustentan el actual prohibicionismo. Entre los ‘riesgos advertidos’ sobre el uso de cannabis el Informe del CMCh sostiene la ocurrencia de daños por adicción, efectos cerebrales estructurales y en las funciones cognitivas, riesgo de gatillamiento de trastornos de salud mental y psicosis. En este último campo la estela de asociaciones es fructífera e hiperbólica, presentándose el uso de marihuana inserto en una narrativa de una gran enfermedad, comprometiendo el cuerpo del usuario de drogas en varios órganos y sistemas. Destacan así los médicos daño en funciones cognitivas (aprendizaje verbal, memoria y atención), riesgo de cáncer testicular, enfermedades pulmonares, infarto agudo o efectos neurológicos paradójicos asociados al uso de cannabis (CMCh, 2019, p. 5).

LA MBE Y LA PRETENSIÓN DE AUTORIDAD EPISTÉMICA

En esta narrativa la operación inicial de Epistemonikos es apropiarse de la palabra ‘evidencia’. Desde la publicación del estudio han hecho énfasis en que su investigación la posee, a diferencia de los relatos de los pacientes, debido a que sus enunciados se sustentan en la MBE, metodología de

análisis basada en ensayos controlados aleatorizados¹⁰. Dicho método es promovido por el Centro Cochrane, localizado en Oxford, y persigue la producción de bases de datos de revisiones sistemáticas (COCHRANE, 1972). Se argumenta que la MBE es la metodología más acabada para tomar decisiones en medicina. Sus promotores lo erigen como el único método válido en el proceso de producción de saberes biomédicos, en tanto que otros sistemas o epistemias terapéuticas son descartados como no científicos. Marín *et al* (2009) observó hace ya más de una década que la MBE se ha ido consolidando en las ciencias de la salud, ofreciéndose a los profesionales sanitarios como la forma de obtener la decisión más informada en las decisiones clínicas.

En los procesos de enfermedad es de perogrullo que las personas que demandan atención por un problema de salud esperan que los tratamientos que emprenderán sean basados en la mayor evidencia científica disponible. Sobre ese supuesto la MBE se atribuye la capacidad para determinar donde hay evidencia científica y donde no la hay. En su lógica, una experiencia individual de cura o alivio de un malestar con un fármaco no autoriza a definir sus cualidades. Esta sólo es determinada por una autoridad dueña de una metodología capaz de verificar esa evidencia. La disputa así se traslada desde el fármaco a la determinación de quién se coloca en posición de autoridad para decidir que terapéutica es respaldada en la evidencia y cual no. Gupta (2014, p. 36) en su análisis de la MBE en psiquiatría, detalla que en dicho campo se produce una operación similar a la que realiza Epistemonikos respecto del cannabis: se resume a que tienes un grupo de personas que toman el control de un área profesional, reclaman la propiedad de la misma y también se apropian de la terminología persuasiva en esa área.

¹⁰ La MBE ha potenciado una práctica médica fundamentada en los resultados de estudios clínicos y de metaanálisis como un procedimiento de comprobación ideal para nuevos fármacos y terapéuticas. Este método exige ensayos clínicos randomizados, es decir con selección aleatoria de los pacientes; que sean doble ciego y multicéntrico. Argumentan que así es posible realizar revisiones sistemáticas de los diversos estudios empíricos realizados respecto de un tema sanitario sin tener problemas de sesgo (MARÍN *et. al.*, 2009).

La estrategia de Epistemonikos persigue conferir la pretensión de neutralidad a sus enunciados argumentando que se trata de estudios científicos. Haraway (2004, p. 14) desnuda esta pretensión de transparencia del científico como si fuera un testigo modesto, es decir, como si ocupara un lugar no marcado, construido en la convención de la auto-invisibilidad, una forma específicamente moderna de posicionamiento que tendría la virtud que “garantiza que el testigo modesto sea el ventrílocuo legítimo y autorizado del mundo de los objetos” (Ibídem). Agrega que dicha posición enunciativa le permite determinar estándares de credibilidad y objetividad, es decir, el poder distinguir y separar el conocimiento experto de la mera opinión. De esta forma, los científicos imbuidos de este estilo de pensamiento se consideran a sí mismo portavoces transparentes de los objetos. Añade que se trata de un movimiento epistemológico crucial en la fundación de lo hoy se considera como conocimiento verdadero (Ibídem, p. 24). Los investigadores de Epistemonikos enuncian sus discursos asumiendo la posición de testigo modesto. En sus presentaciones públicas se han preocupado de descartar explícitamente cualquier nexo con la industria farmacéutica. En la introducción a su estudio sobre el cannabis cuentan que “la motivación para hacer disponible esta información no es otra que contribuir a una toma de decisiones informada por la mejor evidencia científica” (EPISTEMONIKOS, 2018).

Con Martínez (2011, p. 48) podemos argumentar que el discurso científico ha mostrado una especial opacidad al análisis cultural como consecuencia de su propia presentación como sistema desideologizado e universal, fuera de toda controversia política y extramoral. Considera que este envase en que se presentan las prácticas científicas responde más bien a una estrategia de ocultación de su dimensión socio-política que invisibiliza las relaciones sociales de producción del conocimiento y su relación con la praxis biomédica (Ibídem, p. 49).

LA ESTANDARIZACIÓN DE UNA DOSIS

Como el elemento central de disputa en esta controversia son las propiedades terapéuticas de un fármaco, un punto central de la estrategia

emprendida por el estamento biomédico chileno se ha enfocado en deslegitimar la posibilidad de producción de un remedio por fuera de los circuitos de la industria farmacéutica. Es así como un principal argumento esgrimido refiere a la imposibilidad de conocer con exactitud la dosis exacta de los preparados de cannabis, en comparación con otros productos terapéuticos. El Informe del CMCh argumenta que esta indeterminación impide a los galenos recetar ‘la planta de marihuana’, en una narrativa que resalta atribuciones como su producción ‘artesanal’. Establecen así un principio de diferenciación entre un producto estabilizado por la industria farmacéutica y un producto casero. Sostienen:

“Dado que no se conocen con exactitud las concentraciones de los componentes dentro de la planta producida artesanalmente, resultaría imposible que un médico cirujano pueda recetar de manera responsable a la planta de marihuana con fines medicinales mediante autocultivo. Esto porque los preparados caseros no permiten dosificar adecuadamente un tratamiento. En términos prácticos, sería como recetar una cantidad de hojas de adormidera en vez de una dosis conocida de morfina” (CMCh, 2019, p. 24).

Similar encuadramiento es realizado por Rada, quien en una columna publicada en un medio masivo para argumentar que no hay terapéutica respecto del uso de cannabis, efectúa una comparación entre el uso de opio y los productos derivados de éste por procedimientos de síntesis. Rada sostiene que

“Si bien el efecto analgésico del opio fumado es innegable, sus efectos adversos (incluyendo su potencial adictivo), sumado a la dificultad para lograr una sustancia estandarizada, ha determinado que la medicina contemporánea lo haya desechado por esta vía y que haya concentrado sus esfuerzos en el desarrollo de medicamentos derivados del opio, tales como la morfina, codeína o fentanilo, que hoy son parte fundamental del manejo de numerosas condiciones médicas” (RADA, 2019).

La línea argumentativa es que si bien hay reportes históricos del uso del cáñamo como medicamento, el desarrollo de drogas posibles de administrar en dosis estandarizadas, hace a estos fármacos más certeros en las prácticas clínicas. La exigencia así no se concentra sobre la especie en sí, a diferencia de la medicina de comienzos del siglo XX que definió la especie como ausente de cualidades terapéuticas. Argumentan esta vez que el padrón que sería capaz de distinguir entre una medicina cuya eficiencia es comprobada y la que no sería la posibilidad de una dosificación milimétrica, es decir, según el modelo de cálculo estimulado con la estabilización de los alcaloides.

Estos parámetros de exigencia impiden considerar como remedio una planta cultivada por fuera de los circuitos de producción de productos biomédicos. Además del positivismo extremo de la mirada que distingue sus prácticas como científicas, a diferencia de los ‘preparados artesanales’, la argumentación no asume la existencia de culturas terapéuticas distintas, cuyos procedimientos farmacológicos y regímenes de comprobación son diferenciados. Es decir, las exigencias de sobredosis respecto de productos como la morfina o la codeína, no guardan relación a los límites de uso de productos fitocannabinoides. Si por un lado tenemos productos de la química de síntesis, cuyas propiedades farmacológicas han sido concentradas; en la medicación con productos naturales o sus derivados tenemos productos que si bien recogen un compuesto de la planta (CBD), su concentración y rangos de uso no requieren de la precisión milimétrica dada a los alcaloides, como tampoco su administración produce efectos secundarios que limiten con el fin de la vida, como ocurre con varios productos de la química de síntesis. El problema para el CMCh no es la especie vegetal, sino sus procesos de manufacturación y su conversión en productos biomédicos dosificables según el modelo de los alcaloides. De esta forma, sólo los procedimientos realizados en laboratorios son posibles de considerar medicina, excluyendo así formas de procesamiento propias de otras epistemias médicas, como el uso de aceites, tisanas, infusiones o decocciones.

ASEGURANDO EL MONOPOLIO DE LA ENUNCIACIÓN CIENTÍFICA SOBRE EL CANNABIS

El objetivo de la Fundación Epistemonikos es monopolizar las enunciaciones científicas en torno del cannabis, reclamando para sí una autoridad exclusiva sustentada en la posesión de un conocimiento. En el Informe del CMCh, en el estudio de Epistemonikos y en las declaraciones de diversos médicos en medios masivos se hace hincapié en reclamar una autoridad exclusiva para hablar sobre la especie vegetal basada en su experticia científica. La demanda es realizada en el contexto de la discusión del proyecto legal sobre cultivo medicinal, proceso en que en los últimos años han venido cobrando fuerza los pacientes¹¹. Reclamar el monopolio discursivo sobre el cannabis implica, además de legitimar su saber como experto, omitir a estos actores.

Si en la primera mitad del siglo XX la discusión que acabó incluyendo dicha especie entre las drogas prohibidas se limitó a médicos y juristas, en el debate actual los pacientes y sus familiares emergen como nuevos actores, motivados por la experiencia adquirida en el tratamiento de sus enfermedades. Esta emergencia provocó que el estamento médico corporativo se esforzara por establecer una demarcación de las fronteras profesionales. Tanto el estudio de Epistemonikos y el Informe del CMCh son parte de esta estrategia de delimitación de dicho espacio profesional. De esta forma apuntan a asegurar la autoridad epistémica sobre el campo de la evidencia científica sobre el cannabis, preocupándose de apartar otros discursos que puedan quitarle hegemonía en dicho territorio. Lo anterior demarca las fronteras de enunciación sobre el objeto-cannabis que acaban siendo consideradas verdaderas y se delimita también a quienes tienen autoridad científica para emitir enunciados al respecto.

¹¹ Si bien el régimen de ilegalidad del cannabis está determinado por la Convención sobre Drogas de Naciones Unidas realizada en 1961, en la que se incluyó dicha especie en la Lista IV de sustancias prohibidas, la regulación del uso medicinal se apoya en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de enero de 2019, las que aconsejaban sacar la marihuana de dicha lista.

El recurso a la MBE en la discusión sobre las propiedades médicas del cannabis en Chile da cuenta de las posibilidades de utilización de dicha metodología en la construcción de una verdad científica respecto de un objeto en disputa. Se aprecia así una dimensión de la MBE como tecnología de producción de discursos verosímiles tendientes a establecer una jerarquización epistémica basada en la determinación de una evidencia objetiva, establecida unilateralmente, la que se diferenciaría de los saberes producidos por la experiencia de los propios pacientes, los que son descartados al ser considerados carentes de certificación y rigor metodológico. De esta forma, la MBE proporciona al estamento biomédico exclusiva legitimidad científica a sus postulados, distanciándose así de otros discursos considerados como legos.

EL ROL TUTELAR DEL MÉDICO Y LA VERTICALIDAD EN LAS RELACIONES TERAPÉUTICAS

La estrategia desplegada por el estamento médico se trata de un esfuerzo por asegurar su rol tutelar en las relaciones terapéuticas. Dicha pretensión ha sido expuesta en la discusión por Carlos Ibáñez, director de la Sociedad Chilena de Neurocirugía, Psiquiatría y Neurología (Sonepsyn), quien en una columna de opinión en un medio electrónico sostuvo que

“el rol de los médicos a nivel individual es educar a sus pacientes respecto de la real evidencia disponible sobre los efectos de la marihuana, de los riesgos a los que se exponen al ocupar marihuana con fines terapéuticos e informar sobre los mejores tratamientos disponibles para el malestar que los aqueja” (IBÁÑEZ, 2019).

La posición enunciativa refuerza el rol vertical de la relación médico-paciente. Además de un tácito papel terapéutico, el profesional sanitario en dicha narrativa tiene una función formativa sobre el paciente respecto de la ‘evidencia científica’ y de información sobre los ‘mejores tratamientos disponibles’. La función educativa, que justifica todo el esquema tutelar de la relación ideal establecida por Ibáñez, se sustenta en el saber y en

el conocimiento de las posibilidades terapéuticas. En dicho registro la omisión es total respecto de un agenciamiento posible del paciente o de una retroalimentación a partir de sus experiencias. Su posición, dada la autoridad enunciativa del biomédico, debe ser absolutamente pasiva ante dicho saber y sus posibilidades de tratamiento están limitadas a seguir las instrucciones emanadas por éste. Lo anterior dibuja una relación médico-paciente fundada en la desigualdad dada por la posesión de un saber.

El conocimiento que está siendo producido por las organizaciones por el cannabis medicinal también tensiona el saber médico considerado como verdadero. La producción de narrativas respecto de la enfermedad llevada a cabo por pacientes y sus familiares ha sido fundamentalmente en relación a la experiencia terapéutica, un campo cuyo régimen de verdad actual está hegemonizado por el estamento biomédico. Dicho gremio se enfrenta a que la difusión de la experiencia de los pacientes y el desarrollo de formas de aprendizaje entre pares respecto de manufacturación de remedios y formas de dosificación, implican una disminución de su presencia en los procesos de salud-enfermedad.

El estamento médico se enfrenta en una discusión pública respecto de las propiedades terapéuticas de un fármaco ante personas cuya experiencia corporal –considerada como subjetiva por los biomédicos - contradice sus postulados. En vez de aceptar dichas experiencias como verdaderas e iniciar un proceso de diálogo, la respuesta es minimizarlas, etiquetándolas como anecdóticas y no interrogarse respecto de si los parámetros de medición utilizados para producir sus saberes son falibles o, siendo más optimistas, llegar a cuestionar el reduccionismo del enfoque biomédico respecto del uso de cannabis en términos de riesgo y patología. Ibáñez lo expresa de esta forma:

“los médicos y científicos no descalifican la experiencia personal de alivio de algunas personas al consumir marihuana. Sin embargo, hacen hincapié en que esas experiencias individuales no constituyen sustento suficiente para definir una política pública sanitaria, ni para que los médicos comiencen a prescribir marihuana a sus pacientes cuando la ciencia lo desaconseja” (IBÁÑEZ, 2019).

La posición enunciativa asumida por Ibáñez es ser árbitro final en una controversia científica. El vocero de la Sonepsyn se asume como interlocutor de una verdad dada por un método científico, la que los obligaría a decir ante la sociedad que la marihuana no tiene ninguna propiedad medicamentosa comprobada. Los discursos de los pacientes, en cambio, ni siquiera son considerados para el diseño de futuras investigaciones respecto del cannabis y tampoco cuentan como estadísticamente relevantes. Dicho lugar enunciativo no sólo niega las experiencias de éstos, expropiándoles su capacidad de producir un saber, sino que además persigue importantes efectos políticos en términos de la mantención del monopolio de los medicamentos y la verticalidad de las prácticas clínicas.

Este modelo relación médico-paciente desconsidera las experiencias reseñadas por estos últimos en las definiciones terapéuticas. Alienta así un rol de paciente pasivo y dócil, que no tiene la capacidad de problematizar las intervenciones realizadas en su propio cuerpo, como tampoco cuestionar las narrativas científicas. Esta perspectiva epistémica, que privilegia el saber producido en estudios de MBE, niega conocimientos aprendidos en la experiencia cotidiana de la enfermedad. En esta forma de concebir la medicina el proceso de medicalización acaba restando a los pacientes toda posibilidad de protagonismo, estando obligados a someterse a los protocolos biomédicos vigentes. Se les omite así su capacidad de conformación de saberes, de producción de remedios y de ser sujetos capaces de negociación respecto de las posibilidades terapéuticas.

En este esquema de relaciones el paciente no es del todo silenciado, sino que es una valiosa fuente de información para los estudios clínicos y el ensayo de fármacos. El proceso de producción de los saberes biomédicos no deja de utilizar el cuerpo de los pacientes, una forma de producción que si bien considera sus experiencias biofarmacológicas, los restringe a desempeñar un rol pasivo, con acotados espacios de decisión sobre el proceso curativo, ocupando así una posición objetual en las prácticas científicas, no siendo considerado como productor de saberes legítimos. La discusión respecto de las cualidades terapéuticas del cannabis contornea de este modo la discusión respecto del cuerpo como un espacio en el que

se producen disputas de saberes. En consecuencia tenemos como actores un estamento biomédico tendiente a mantener el control de los saberes sobre una terapéutica que se enfrenta a pacientes y familiares organizados que disputan los términos, el acceso y la utilización de dicho saber. Se vislumbra así una dimensión opaca del proceso de medicalización, cuyo horizonte acaba siendo en parte la mantención de una relación terapéutica desigual basada en la imposibilidad de los pacientes por acceder y desarrollar saberes en torno de su autocuidado.

INJUSTICIA EPISTÉMICA Y NUEVOS ACTORES DEL CAMPO

Los términos en los que los informes de Epistemonikos y del CMCh encuadran el posible uso médico del cannabis constituyen una forma de injusticia epistémica que afecta a los pacientes. Dicha noción fue desarrollada por Fricker (2017) para describir cuando determinados sujetos en los discursos sufren injusticia testimonial, esto es que se les otorga menos credibilidad a sus juicios. Así ocurre cuando se utiliza la estrategia de exigir que todos los discursos verdaderos sobre el cannabis sean sustentados por estudios de MBE. Esto conlleva un régimen de verdad en el que Epistemonikos despliega un relato con ‘exceso de credibilidad’, en tanto que la experiencia y el testimonio de los pacientes es disminuida a algo ‘anecdótico’ o no son considerados como verdaderos. Esto implica un silenciamiento de sus voces, se les excluye de la posibilidad de emitir un discurso autorizado. Fricker considera que toda injusticia epistémica lesiona a alguien en su condición de sujeto de conocimiento. Al lesionar a estos sujetos de conocimiento se afecta su capacidad de hablante en un contexto social capaz de producir o portar conocimiento (Ibídem, p. 23).

El discurso esbozado por Rada e Ibáñez se fundamenta en la negación a las prácticas de autogestión terapéuticas. En su modelo ideal no habría posibilidad de una gestión de la medicina por fuera de los circuitos biomédicos y el recurso a expertos es la tónica. Se manifiesta así en dichos interlocutores un interés por mantener el monopolio de la producción de conocimiento y gestión medicamentosa en poder de determinados

grupos corporativos; de contraparte, la sociedad es despojada de producir experiencias de saber terapéuticas.

La emergencia de los pacientes y sus familiares como actores legítimos en el campo de la biomedicina tensiona directamente la autoridad científica. Se produce, así, una disputa respecto de los discursos de verdad en el campo. La respuesta del estamento médico al avance de otros actores en el campo ha sido un cierre cognitivo basado en el monopolio de la enunciación científica dada por su autoridad epistémica. En este caso particular el trabajo de frontera y la delimitación del campo no se realizan frente a un competidor en el mercado de servicios médicos, sino que ese otro que amenaza el monopolio de las actuales prácticas terapéuticas son los mismos pacientes que comienzan a gestionar sus propios medicamentos.

Una salida dentro de los esquemas del MMH a la controversia que se produce en Chile es planteada por Juurlink (2014, p. 897), quien llama a valorar la experiencia de los pacientes que usan marihuana como un tipo de medicina personalizada. Sostiene que es difícil elaborar un argumento lógico sobre por qué deberíamos descartar las anécdotas sobre la mejora sintomática del cannabis al tiempo que las aceptamos por otras sustancias, como las de origen opiáceo. Si bien algunos pueden criticar esto como una medicina basada en anécdotas, Juurlink recomienda ser pragmáticos y prescribir de igual forma medicamentos a base de dicha planta dada la respuesta positiva de los pacientes y de que sus efectos farmacológicos dañinos son reducidos (Ibídem, p. 898).

Más allá del pragmatismo necesario para resolver problemas de salud planteado por Juurlink, la disputa respecto del cannabis implica la consolidación de un nuevo actor que tiende a incidir en las políticas públicas. Los individuos integrantes de las agrupaciones por su uso medicinal han dejado su rol de pacientes como sujetos pasivos dentro del MMH y se han constituido en agentes importantes de un proceso cuya motivación inicial fue resolver y gestionar problemas de salud no resueltos bajo dicho modelo. Un camino a recorrer posible es su potencial transformación en sujetos generadores de políticas públicas. Este proceso de afianzamiento como actores permite inferir que los contornos de la discusión respecto de las propiedades del cannabis observada en Chile

exceden el ámbito de las atribuciones de dicha especie vegetal en tanto medicamento efectivo. No se trata sólo de una disputa respecto de las propiedades terapéuticas de un fármaco, sino que también están implicadas prácticas y formas de producción de saber científico. El epicentro de la discusión conlleva cuestiones más profundas detectadas en los discursos gremiales revisados, los que pueden implicar un reordenamiento de las prácticas y epistemologías biomédicas. Entre un cuerpo profesional aferrado a un ejercicio de la medicina profundamente jerárquico y que se sustenta discursivamente en el positivismo de la MBE; y las agrupaciones de pacientes pro cannabis que han constituido un circuito de producción de fármacos entre pares, hay una profunda brecha epistemológica. Tenemos una mirada médica asentada en una formación profesional y rutinas procedimentales extremadamente positivistas; en tanto la aparición de los colectivos que promueven el cannabis como remedio con su emergencia amplían —no siempre de manera consciente— el campo de debates biomédicos a temáticas como el pluralismo terapéutico, la multiplicidad de saberes y la autoproducción de medicamentos. Estas variables implican serios reordenamientos de la biomedicina contemporánea en relación a la gestión del propio cuerpo y los agentes legitimados socialmente para la producción de saberes.

CONCLUSIONES

La discusión sobre las propiedades medicinales del cannabis que se produce en Chile implica además de una controversia respecto de las propiedades de un fármaco, un tensionamiento de las prácticas y mecanismos de saber biomédicos. La aparición de colectivos de pacientes que reivindican el uso medicamentoso de la marihuana además resitúa dicha especie como objeto de disputa y las narrativas sobre la enfermedad y la experiencia terapéutica. De esta forma tensiona la hegemonía médica en el proceso de producción de saberes. Es interesante observar además que el régimen de prohibición del cannabis y el desinterés por parte de los profesionales sanitarios por aprender y aplicar formas de administración de remedios diferentes a la dosificación de compuestos activos, ha generado

que los pacientes y sus cercanos comiencen a producir un saber sobre el uso terapéutico de la especie vegetal. Se trata de un proceso de alfabetización científica y construcción de conocimiento por fuera de los circuitos biomédicos. Al mismo tiempo, la posibilidad de fabricar en casa un producto medicinal constituye un factor clave en la reafirmación y renovación del enfermo y de sus próximos como actores activos dentro del proceso terapéutico. En este sentido, sus prácticas más que ir en contra del proceso de medicalización, se apropian de dicho proceso como actores con mayor protagonismo. La presencia del médico es relegada - nunca omitida - a un rol consultivo y de recurso en eventos específicos. La consolidación de colectivos de pacientes se puede considerar así como un ejercicio político. Los activistas pro cannabis como medicamento democratizan el acceso a un fármaco. De esta forma, según advierte Armus (2007, p. 393) las relaciones en torno a la salud y enfermedad adquieren presencia en el complejo proceso de ampliación de la ciudadanía social.

La estrategia de respuesta del estamento biomédico se ha concentrado en un esfuerzo por delimitar el campo de discusión (boundary-work). La publicación de estudios de parte de sus instituciones gremiales y centros de pensamiento cumple así la tarea de refuerzo y aseguramiento del campo científico (GIERYN, 1983), con el propósito de establecer un límite social que distinga sus actividades y les permita mantener el monopolio del fármaco. Se trata de un trabajo ideológico que coloca su propio régimen de verdad, asentado en la objetividad científica supuestamente proporcionada por la MBE, presentada como pura razón técnica, y utilizada como principio de demarcación del campo. Dicha estrategia acaba negando la posibilidad de que las narrativas de los pacientes sean consideradas como verdaderas, lo que constituye una forma de injusticia epistémica.

Lo que el estamento médico plantea como una discusión posible de abordar sólo desde dispositivos de fabricación de evidencia, acaba siendo en el fondo una contienda política, que implica modificaciones en el campo de las relaciones terapeutas-pacientes. El saber médico y sus prácticas se transforman así en un territorio de disputa. El curso de la controversia puede producir modificaciones en la estructura del campo biomédico. Esto puede implicar tanto el reaseguramiento del rol tutelar

del profesional sanitario o conllevar un efecto redistributivo del poder en las relaciones establecidas. Si bien las mudanzas implican cambios en el modelo de relaciones enfermo-médico, la capacidad de conocimiento y de desarrollo de tratamientos por parte de familiares y pacientes más que disminuir el poder biomédico, lo reconfiguran. Ante esto, la estrategia desarrollada por el gremio sanitario ha sido sobre el supuesto de que la incorporación del saber producido por los pacientes implica pérdida de control sobre las prácticas terapéuticas. En este cierre cognitivo se observa un desinterés por atravesar los límites establecidos por el MMH y el apego a una práctica científica incapaz de dialogar más allá de su disciplina, aceptar el conocimiento de los pacientes -sujetos quienes encarnan más profundamente la experiencia de la enfermedad- como legítimo, y abrirse con ello a enriquecer el saber de la biomedicina. La mantención de una posición cerrada contribuye además al distanciamiento de las personas de las prácticas médicas institucionalizadas.

En la resolución de la controversia se necesita una mayor cooperación entre la percepción científica y los colectivos de pacientes. Pese a las declaraciones del Colegio Médico, esto ya se está produciendo en un nivel 'por abajo', en el marco del diálogo que se desarrolla en las prácticas clínicas entre pacientes y sus familiares con médicos y otros agentes sanitarios verificado por Núñez *et. al.* (2019). Esto demuestra que la postura gremial no es cerrada y que la estrategia desplegada por organizaciones como Mama Cultiva, enfocada a producir empatía entre los profesionales biomédicos a través del compartir conocimiento de forma abierta, ha resultado fructífera. Dichas instancias de encuentro acaban siendo así lugares históricos en la transformación de las prácticas clínicas, un punto de fuga orientado a crear relaciones terapéuticas cimentadas sobre el principio de la simetría. En consecuencia asistimos, después de todo, a la emergencia de un conocimiento cuya evidencia se basa en la práctica y en el intercambio mutuo de saberes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA Filho, Naomar; CASTIEL, Luis; AYRES, José Ricardo. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, v. 5 (3), p. 323-344, 2009.
- ARMUS, Diego. *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires, Edhasa, 2007.
- BECERRA, Mauricio. De psicosis tóxica a predisposición mórbida: Emergencia de la figura del toxicómano en Chile: 1872 – 1954. Red de Investigación en Biopolítica, 2009. Disponible em: <https://www.academia.edu/9231970/De_psicosis_t%C3%B3xica_a_predisposici%C3%B3n_m%C3%B3rbida_Emergencia_de_la_figura_del_toxic%C3%B3mano_en_Chile_1872_-_1954> Acceso em: 18 jul. 2019.
- BECERRA, Mauricio. Luis Vera, del Colectivo Palos de Ciego: “La discapacidad es una relación social”. El Ciudadano. 5 de noviembre de 2012. Disponible em: <<https://www.elciudadano.com/organizacion-social/luis-vera-del-colectivo-palos-de-ciego-%E2%80%9CLa-discapacidad-es-una-relacion-social%E2%80%9D/12/05/>> Acceso em: 18 jul. 2019.
- BECERRA, Mauricio. Ruina, degeneración y contagio: Toxicomanía y peligrosidad social en Chile. *Revista Sociedad Hoy*, n° 25, p. 145-162, 2013.
- BOURDIEU, Pierre. Le champ scientifique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, París, v. 2, p. 88-104, 1976.
- BOURDIEU, Pierre. *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires, Nueva Visión, 2003.
- CÁMARA DE DIPUTADOS. Legislatura 366ª, Sesión 6ª, de 4 de abril de 2018. Análisis de Licitación de Transporte Público Urbano en Área Metropolitana de Santiago. Diario de Sesiones del Senado, Chile, 4 abr. 2018.

- CEA, Juan (coord.) *Por el derecho a la locura. La reinención de la salud mental en América Latina*. Santiago, Locooperativa, 2019.
- CLARKE, Robert & MERLIN, Mark. *Cannabis: Evolution and Ethnobotany*. Berkeley, University of California Press, 2013.
- COCHRANE, Archie. *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Londres, British Medical Journal, 1972.
- COLEGIO MÉDICO CHILE. Documento de posición del Colegio Médico de Chile sobre el Proyecto de Ley que Modifica el Código Sanitario para incorporar y regular el uso medicinal de productos derivados de cannabis. Santiago, Colegio Médico Chile, 2019. Disponible em: <<http://www.colegiomedico.cl/colegio-medico-presenta-documento-de-posicion-sobre-el-proyecto-de-ley-de-cultivo-seguro/>> Acceso em: 10 ago. 2019.
- CORNEJO, Cristobal. Víctimas de la Talidomida: Otro crimen de la industria farmacéutica que el Estado chileno no reconoce. El Ciudadano, 14 de agosto de 2012. Disponible em: <<https://www.elciudadano.com/organizacion-social/victimas-de-la-talidomida-otro-crimen-de-la-industria-farmaceutica-que-el-estado-chileno-no-reconoce/08/14/>> Acceso em: 10 ago. 2019.
- DONOSO, Amelia & ROBLES, Víctor Hugo. *SIDA en Chile, historias fragmentadas*. Santiago, Fundación SAVIA, 2018.
- DUFF, Cameron. The importance of culture and context: Rethinking risk and risk management in young drug using populations. *Health, Risk & Society*, v.5 (3), p. 285-299, 2003.
- DUFF, Cameron. Natures, Cultures and Bodies of Cannabis. In: WOLFF, Kim ; WHITE, Jason; KARCH, Steven (eds.) *The SAGE Handbook of Drug & Alcohol Studies Biological Approaches*. Vol. 1. Los Angeles, SAGE Publications, 2017.
- EPISTEMONIKOS. Información relevante del proyecto de Fundación Epistemonikos sobre evaluación del uso terapéutico de cannabis

- y productos derivados. Santiago, Fundación Epistemonikos, 2018. Disponible em: <<https://es.epistemonikos.cl/2018/05/25/informacion-relevante-del-proyecto-de-fundacion-epistemonikos-sobre-evaluacion-del-uso-terapeutico-de-cannabis-y-productos-derivados/>>. Acceso em: 12 ago. 2019.
- ESCOHOTADO, Antonio. *Historia General de las Drogas*. Madrid, Editorial Espasa-Calpe, 1999.
- FRICKER, Miranda. *Injusticia epistémica*. Barcelona, Editorial Herder, 2017.
- FUNDACIÓN DAYA. Quienes Somos. Disponible em: <<http://www.fundaciondaya.org/quienes-somos/>>. Acceso em: 3 jan. 2020.
- FUNDACIÓN FIBROMIALGIA EN ACCIÓN. Acerca de la Fundación. Disponible em: <<https://fibromialgiaenaccion.wordpress.com/acerca-de/>>. Acceso em: 3 jan. 2020.
- GARCÍA, Carlos; CAIRABÚ, Selva: Aspectos farmacognósticos del cannabis. In *Aporte universitario al debate nacional sobre drogas* (varios autores). Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), Montevideo, Universidad de la República, 2012.
- GIERYN, Thomas F. Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. *American Sociological Review*. v.48 (6), p. 781-795, 1983.
- GONZÁLEZ DE PABLO, Ángel. Consolidar, colonizar, excluir: estrategias de legitimación de la hipnosis médica. In: MÜLBERGER, Annette. *Los límites de la ciencia: espiritismo, hipnotismo y el estudio de los fenómenos paranormales (1850-1930)*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2016.
- GUPTA, Mona. *Is evidence-based psychiatry ethical?*. Oxford, Oxford University Press, 2014.
- GUZMÁN Riveros, Eduardo. Historia de una profesión. Colegio Químico Farmacéutico y Bioquímico de Chile A.G. 1942-2002. Santiago, 2002.

- HARAWAY, Donna. *Testigo-Modesto@Segundo_Milenio.HombreHembra©_Conoce_ Oncorratón®: feminismo y tecnociencia*. Barcelona, UOC (Colección Nuevas Tecnologías y Sociedad), 2004.
- IBÁÑEZ, Carlos: Marihuana medicinal: respuesta de un médico a la columna de la Fundación Daya. Santiago, Ciper Chile, 3 de Abril de 2019. Disponible em: <<https://ciperchile.cl/2019/04/03/marihuana-medicinal-respuesta-de-un-medico-a-la-columna-de-la-fundacion-daya/>>. Acceso em: 12 ago. 2019.
- JUURLINK, David N. Medicinal cannabis: Time to lighten up?. *Canadian Medical Association Journal*, v. 186 (12), p. 897-898, 2014.
- KUESTER G., VERGARA K., AHUMADA A., GAZMURI A. M. Oral cannabis extracts as a promising treatment for the core symptoms of autism spectrum disorder: preliminary experience in chilean patients. *Journal of the Neurological Sciences*. v. 381, p. 932–933, 2017.
- LOZANO, Indalecio. Cultivo y usos etnobotánicos del cañamo (*Cannabis Sativa* L.) en la ciencia árabe (siglos VIII-XVII). *Asclepio*, v. 69 (2), p. 197, 2017.
- MAMÁ CULTIVA. Nosotras. Disponible em <<http://www.mamacultiva.org/>>. Acceso em: 3 jan. 2020.
- MARÍN, F; SÁNCHEZ, J.; LÓPEZ, J.A. El metaanálisis en el ámbito de las Ciencias de la Salud: una metodología imprescindible para la eficiente acumulación del conocimiento. *Fisioterapia*, v. 31 (3), p. 107-114, 2009.
- MARTÍNEZ, Angel. La copia de los hechos. La biomedicina, el poder y sus encubrimientos. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, v. 27, 2011.
- MAYRHOFER, Michaela & CUEVAS, Hernán. Una nueva configuración del poder/saber en el campo del biopoder y las organizaciones de 'pacientes'. In: LEMM, Vanessa (edit.). *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica*. Santiago, Ediciones Universidad Diego Portales, 2010.

- MENA, Ismael; DÖRR, Anneliese; VIANI, Sandra; NEUBAUER, Sonia; GOROSTEGUI, María; DÖRR, María; ULLOA, Diana. Efectos del consumo de marihuana en escolares sobre funciones cerebrales demostrados mediante pruebas neuropsicológicas e imágenes de neuro-SPECT. *Salud mental*, v. 36 (5), p. 367-374, 2013.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Modelo médico hegemónico y atención primaria. Buenos Aires: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 1988. p. 451-464.
- MURNION, Bridin. Medicinal cannabis. *Australian Prescriber*, v. 38 (6), p. 212-215, 2015.
- NÚÑEZ, Cristian Mauricio Valderrama et al. . Ocupación colectiva como medio de superación del Apartheid Ocupacional: el caso de la lucha por el derecho a la salud de la Agrupación Mama Cultiva. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, v. 27 (1), p. 4-16, 2019.
- PITA, Valeria Silvina. *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes. Buenos Aires 1852-1890*, Rosario, Prohistoria, 2012.
- RADA, Gabriel: Supuesto uso medicinal de cannabis: las razones por las que cada vez más científicos y médicos lo rechazan. Ciper Chile, 19 de Marzo de 2019. <<https://ciperchile.cl/2019/03/19/supuesto-uso-medicinal-de-cannabis-las-razones-por-las-que-cada-vez-mas-cientificos-y-medicos-lo-rechazan/>>. Acceso em: 10 jul. de 2019.
- RAMOS, Natalia. La condena al uso medicinal de cannabis. Revista Viernes N°23, La Segunda, 12 de abril de 2019. P. 8-13. <<https://digital.lasegunda.com/2019/04/12/V/RVSV-A-20190412-008>>. Acceso em: 1 jul. 2019.
- RIBEIRO, Daniele Corrêa. Ciência, caridade e redes de sociabilidade: o Hospício de Pedro II em outras perspectivas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23 (4), p.1153-1167, 2016.
- RÍOS, Andrés. *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e Higiene Mental en México, 1934-1950*. Ciudad de México, Siglo XXI Editores, 2016.

- ROMANÍ, Oriol. *Las drogas, sueños y razones*. Barcelona, Editorial Ariel, 1991.
- ROSE, Nikolas. *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata, Editorial Universitaria Unipe, 2012.
- RUSSO, Ethan. Cannabis and epilepsy: An ancient treatment returns to the fore. *Epilepsy Behav.* 70, p. 292-297, 2017.
- SEPÚLVEDA, M. A. & DROVE, T. A. Gubernamentalidad y riesgo en el campo de las drogas: análisis de las prácticas de gobierno en torno al problema drogas en Chile posdictatorial. *Universitas Psychologica*, v. 14(5), p. 1707-1722, 2015.
- SERRANO, Sol. Universidad y Nación. Santiago, Editorial Universitaria, 1993.
- UEYAMA, Takahiro. Building Science-based Medicine at Stanford: Henry Kaplan and the Medical Linear Accelerator, 1948–1975. In: TIMMERMMAN, Carsten; ANDERSON, Julie. *Devices and designs. Medical technologies in historical perspective*. New York, Palgrave Macmillan, 2006.

Recebido em 01/09/2019, reapresentado em 04/02/2020, aprovado em 14/02/2020.