

Tensiones y diferencias entre un saber-hacer popular y el modo de producción de conocimiento biomédico: el caso de los usos terapéuticos del cannabis

Luis Ernesto Acosta¹ (Orcid: 0000-0002-5088-1411) (luisacosta79@gmail.com)

Nicolás José Lavagnino² (Orcid: 0000-0001-9737-3820) (nlavagnino@gmail.com)

Anahí Sy³ (Orcid: 0000-0002-1281-5333) (anahisy@gmail.com)

Federico di Pasquo² (Orcid: 0000-0001-5907-2437) (dipasquof@yahoo.com.ar)

¹ Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

² Grupo de Filosofía de la Biología, FFyL-FCEyN, UBA, CONICET, Buenos Aires, Argentina.

³ Departamento de Salud Comunitaria. Instituto de Justicia y Derechos Humanos, CONICET, UNLa, Buenos Aires, Argentina.

Resumen: Aproximadamente a partir del año 2010, los usos terapéuticos del cannabis se han extendido en nuestras sociedades latinoamericanas. Dichas terapias se construyen mayormente en el ámbito doméstico y en redes por fuera de instituciones oficiales de salud. Así, la biomedicina tiende a subalternatizar cualquier saber-hacer alternativo al modelo médico hegemónico. Nuestro objetivo es describir cómo se produce saber-hacer popular en torno a los usos terapéuticos del cannabis, identificando las tensiones y diferencias con la biomedicina. Metodológicamente nos basamos en experiencias documentadas en investigaciones propias y de otros, para construir una descripción sobre ese saber-hacer popular en contraste con el biomédico. Nuestros resultados dan cuenta de las singularidades epistémicas, metodológicas y valorativas en la construcción de los usos terapéuticos del cannabis, acompañada de una negación autoridad epistémica y marginalización en la producción, circulación y reconocimiento sobre su valor terapéutico. Recurrimos al concepto de violencia epistémica como analizador para comprender dicho proceso violencia que en ocasiones puede abonar a una violencia institucional. Consideramos necesario visibilizar la violencia epistémica que impide el desarrollo de saberes, conocimientos y terapias alternativos que vienen a complementar y (re)crear, y no a reemplazar, formas de pensar e intervenir en el ámbito salud.

► **Palabras clave:** Usos terapéuticos del cannabis. Sabe-hacer popular. Biomedicina. Violencia epistémica.

Recibido: 20/07/2023

Revisado: 13/01/2024

Aprobado: 19/01/2024

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434068es>

Editor: Rogerio Azize

Revisores: Florencia Corbelle y María Díaz

Introducción

Aproximadamente, a partir del año 2010 los usos terapéuticos del cannabis (UTC) se han extendido en nuestras sociedades latinoamericanas. En Argentina, esto queda evidenciado, por ejemplo, en los resultados de dos encuestas diferentes sobre UTC (Corbelle *et al.*, 2021; Flores, 2022). También en los registros de pedido de autorización para cultivo controlado o acceso a formulaciones magistrales de cannabis con fines medicinales y/o terapéuticos realizados al estado nacional Argentino mediante el Registro del Programa de Cannabis (REPROCANN) (a un año de la implementación del REPROCANN, de marzo de 2021 a febrero de 2022, la prensa reporta alrededor de 40000 autorizaciones) (Soriano, 2022). Aproximaciones recientes proponen que los UTC involucran el desarrollo de un saber-hacer singular, orientado a garantizar un tratamiento adecuado al padecimiento de cada persona. Dicho proceso conduce a la creación de experticia en la propia práctica en intercambio con otros. Los usuarios se convierten en conocedores capaces de distinguir cepas de la planta de cannabis (tipo de planta con una combinación específica de principios activos, principalmente cannabinoides y terpenos), y de realizar diferentes preparados, probar dosis, evaluar resultados de las terapias, etc. (Acosta; Lavagnino, 2022; Díaz, 2020a, 2020c). En ese contexto, se desarrolla un saber-hacer sobre el cultivo de la planta, que convierte a los usuarios (que también cultivan) en lo que Howard Becker ha llamado “emprendedores agrícolas” (Becker, 2016), quienes al mismo tiempo adquieren también el saber-hacer sobre los aspectos terapéuticos de cada cultivo. Habiendo además personas que desarrollan un saber-hacer pero no necesariamente como cultivadores, ya que hay otros usos muy difundidos de la planta. Se vuelve necesario, entonces, considerar en sus múltiples dimensiones la construcción de dicho saber-hacer sobre los UTC, que no es predominantemente profesional, ni científico, ni biomédico; ya que es en buena parte llevado adelante por las personas que aplican el cannabis al tratamiento de diversas problemáticas de salud que les son propias y/o vinculadas a sus hijos, familiares y/o allegados.

Siguiendo la caracterización de Eduardo Menéndez, en la mayoría de los países latinoamericanos, con el establecimiento de la biomedicina como modelo médico hegemónico (MMH) (Menéndez, 2020a, 2020b) se consolidó el abandono de buena parte de la fitomedicina, considerándola pseudo-científica y asignándole valoraciones negativas. A su vez, la ilegalidad del cultivo, comercialización y consumo

de cannabis que se instaló en estas sociedades en la segunda mitad del siglo XX, le otorgó un carácter *outsider*, y de peligrosidad, a cualquier posibilidad de explorar e investigar sobre el valor terapéutico de la planta (Mendiburo-Seguel *et al.*, 2017; Rivera Véez, 2019). Enmarcando más ampliamente este proceso de abandono de la fitomedicina por asignarle un vínculo con la brujería o el chamanismo, cabe señalar que la modernidad consagró al conocimiento científico y su método hipotético-deductivo como el modo privilegiado de producción de conocimiento (Klimovsky, 2005). Además, la experimentación controlada o investigación de tipo manipulativa deviene en el procedimiento legítimo y más extendido en la investigación de las ciencias naturales (Di Pasquo; Folguera, 2012; Klimovsky, 2005), y también en la biomedicina (Valles, 2016). Dicha metodología lleva adelante una separación en partes de su objeto de estudio, desarrollando experimentos controlados de variables que asignan causas a uno o dos factores aislados. Tal es la lógica en los ensayos clínicos y preclínicos que caracterizan a la investigación biomédica. Investigaciones como la de David Baker y colaboradores publicada en la revista científica internacional *The Lancet*, dan cuenta de este tipo de estudios a través de una extensa revisión sobre ensayos clínicos aleatorizados de cannabis medicinal (Baker, 2003). En el mismo sentido, Philip Robson publica un artículo basado en una revisión bibliográfica sobre uso médico del cannabis encargada y financiada en 1996 por agencias estatales de EE.UU como consecuencia de la presión pública (Robson, 2001).

A modo de síntesis se pueden mencionar algunos de los rasgos principales de la biomedicina hegemónica según Menéndez: biologismo; identificación ideológica con la racionalidad científica; relación médico-paciente asimétrica; relación de subordinación social y técnica del paciente; la concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; la inducción a la participación subordinada y pasiva de los “consumidores” de acciones de salud; en suma, la producción de acciones que tienden a excluir al “consumidor” del conocimiento médico (Menéndez, 2020a). El discurso científico de la biomedicina, al plantear “los hechos” como tales; es decir como fenómenos de un mundo que es independiente de los investigadores y del contexto socio-cultural, invisibiliza que su construcción de “hechos” es también un discurso social que instala una política-economía del cuidado y atención de la salud (Sy, 2018). En la actualidad si bien se promueve fuertemente el desarrollo de formación e investigaciones interdisciplinarias y transdisciplinarias, esto ocurre de forma paralela a la hiperespecialización que

se desarrolla al interior de cada disciplina. Es así que termina prevaleciendo la creciente especialización que hoy domina las profesiones, lo que tiende a producir un conocimiento fragmentario ante la complejidad inherente a cualquier fenómeno sea biológico o bien, social. La mayor parte de los estudios se desarrollan desde marcos de referencia de disciplinas diferenciadas: salud pública, medicina, filosofía, epidemiología, historia, antropología, ecología, etc. (Sy, 2016). Eso favorece que tienda a olvidarse, como señala Berger, que lo que se estudia ocurre/ocurrió en la vida de la gente, que las personas sufren padecimientos que luego serán clasificados en categorías diferenciadas (Berger, 2011). En definitiva, la práctica biomédica se ha basado en esas formas de construcción y validación del conocimiento, con olvidos y consecuencias claras; constituyéndose en el camino como MMH respecto de otros conocimientos, saberes y prácticas que son subalternizados.

En este escenario donde hay formas hegemónicas de generar conocimiento que subalternizan a otros modos de construcción de conocimientos y saberes, se puede plantear que acompañando a dicha subordinación puede ocurrir violencia epistémica. De hecho, cabe la pregunta si esto sucede en la construcción de un saber-hacer para los UTC que se desarrolla desde aproximadamente el año 2010 en nuestras sociedades latinoamericanas. En este respecto, cabe definir “a la violencia como una forma de relación social caracterizada por la negación del otro” (Martínez Pacheco, 2016). Asimismo, esa “negación del otro”, puede manifestarse mediante la negación de derechos, de conocimientos o bien de los propios cuerpos. Por tanto, “la negación del otro” es tomado aquí como el aspecto medular que permite comprender diferentes manifestaciones de la violencia, que bien pueden actuar de manera complementaria. En particular, según Moira Pérez, “[l]a noción de violencia epistémica se refiere a las distintas maneras en que la violencia es ejercida en relación con la producción, circulación y reconocimiento del conocimiento” (Pérez, 2019) (p. 82). Entonces, la violencia epistémica ocurre cuando desde un espacio de producción de conocimiento con características epistémicas e incluso ontológicas hegemónicas, en este caso el de las ciencias naturales y la biomedicina, se niega como válida la producción, circulación y reconocimiento de otras formas de conocimiento o saber. En nuestro caso de estudio, se inferioriza a quienes desarrollan UTC por fuera de la biomedicina. La noción de violencia epistémica ha sido aplicada previamente a la relación asimétrica que tiene el conocimiento ecológico respecto a otros conocimientos en las problemáticas ambientales (Di Pasquo *et al.*, 2021); y

en estudios de género, para referir a las voces autorizadas y aquellas que han sido históricamente acalladas (Pérez, 2019). En dichas caracterizaciones se plantea a la violencia epistémica como una violencia amplia, en oposición a otras nociones de violencia restringida. Así, la violencia entendida en sentido amplio, es difusa espacio-temporalmente, no deliberada y en este sentido deviene invisible o difícilmente detectable. Luego, la violencia restringida es puntual (espacial y temporalmente localizada) y deliberada (donde fácilmente puede reconocerse la intencionalidad de quien ejerce el acto violento). Esta violencia epistémica, en ciertos casos, puede ser complementaria a otras manifestaciones de la violencia, como puede ser la violencia institucional. Siendo dicha violencia institucional la violación de derechos por parte de funcionarios, o en general por parte del estado (Pita *et al.*, 2022), también una forma de negación del otro, pero restringida, puntual espacio-temporalmente, deliberada y por tanto, visible o fácilmente detectable.

Entonces, nuestro trabajo busca indagar en torno al modo en que se produce un saber-hacer sobre los UTC desde lo popular (con esta expresión referimos a la población en general), para analizarlo en comparación con el modo de producción de conocimiento biomédico, que habilitan las ciencias naturales. Proponemos la noción de violencia epistémica para entender el proceso de negación y subalternización de saberes populares que sucede con los UTC, y que en ciertos casos puede ser complementaria a las violencias institucionales. El recorrido del trabajo plantea en la próxima sección un breve apartado metodológico. Luego, en la tercera sección una descripción de las características epistémicas, metodológicas y valorativas singulares del saber-hacer del cannabis terapéutico, basada en evidencia documental reciente y en nuestras propias experiencias en el mundo del UTC. En la cuarta sección, se resaltan diferencias, similitudes, tensiones y acercamientos con la construcción de conocimiento biomédico hegemónico. En la sección cinco se indaga sobre cómo el caso de los UTC responde a situaciones de violencia epistémica que además puede ser complementaria la violencia institucional. Y por último, cerramos el artículo con algunas conclusiones que enmarca el análisis realizado en las propuestas de pluralidad epistémica y sus consecuencias en la práctica de la salud.

Metodología

Para elaborar nuestro trabajo, recurrimos a múltiples fuentes de evidencia documental sobre experiencias de UTC contemporáneos (2015-2022), en Argentina

y en otros países de Latinoamérica. Se tomaron diversas investigaciones recientemente publicadas en revistas académicas (ACOSTA; Lavagnino, 2022; Amanto *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2020; Díaz, 2020a, 2020b, 2020c; Gutiérrez; Veá, 2021; Oliveira, 2017; Pellegrini; Durruty, 2019; Rivera Vélez, 2019; Romero *et al.*, 2020), notas periodísticas (Revista THC, 2020) y las mencionadas encuestas sobre UTC (Corbelle *et al.*, 2021; Flores, 2022). También se siguió a lo largo de más de un año (de marzo de 2022 a julio de 2023) el grupo de Facebook “Familias Cultivando en Argentina”, de la Asociación Civil “Todos Unidos Cultivando en Familias”, que se presenta como asociación “dedicada a la enseñanza, el cultivo y elaboración de preparados medicinales a base de Cannabis” –con información de acceso público; ahí puede identificarse la evidencia de gran parte de lo descrito en este trabajo. Asimismo, nos basamos en nuestras propias experiencias con los UTC, pues, desde 2017 hemos participado como activistas, usuaries y personas que hacemos investigación académica en organizaciones de profesionales vinculadas a los UTC.

Los usos terapéuticos del cannabis se construyen como saber-hacer con características epistémicas, metodológicas y valorativas singulares

En términos generales, la caracterización que hacemos de los UTC puede ser resumida como una práctica empírico-popular, donde personas sin ser profesionales o expertas en salud, y a propósito de algún padecimiento personal de algún familiar o allegado, desarrollan habilidades y construyen conocimientos sobre el cultivo y procesamiento de la planta para ser usada con fines terapéuticos. Ello generalmente ocurre habiendo atravesado previamente experiencias que no fueron positivas con tratamientos biomédicos tradicionales. Las personas acceden a los preparados de cannabis (aceites, tinturas, etc.) a ser usados en la terapia facilitados por otros usuaries y/o luego de un proceso de autocultivo, extracción, preparación en el propio hogar. El proceso de administración terapéutica del preparado es en general singular para cada caso y conlleva una evaluación de los resultados y ajuste continuo. Si bien se trata de experiencias terapéuticas singulares se van conformando en el contexto de redes horizontales de intercambio de conocimientos, experiencias, prácticas, materiales, etc. Las terapias son a veces acompañadas por profesionales de la salud afines a los UTC, incluso hay experiencias minoritarias que fueron motorizadas por profesionales de la salud; mientras que en otros casos se han encontrado resistencias al nivel de profesionales individuales y de diferentes niveles institucionales.

La evidencia documental sugiere que en los últimos 10 años en Latinoamérica hubo participación de diversos sectores sociales en el desarrollo de los UTC en su forma empírico-popular, tales como: usuarias y madres individualmente y en organizaciones activistas, organizaciones activistas de cannabis, profesionales de la salud, sector de investigación tecnocientífica, abogados, diferentes estamentos estatales de regulación, legislación y producción y sectores privados de producción. Más allá de la multiplicidad de actores sociales involucrados, cabe destacar que en muchos casos las experiencias terapéuticas son protagonizadas por mujeres organizadas en redes.

A partir de esta caracterización general de los UTC, a continuación profundizamos en la construcción de este saber-hacer a partir de sus características epistémicas, metodológicas y valorativas singulares. En tal sentido, se indican las diferencias con la biomedicina hegemónica. Señalamos, entonces, cuatro características de la construcción de los UTC, y para ello retomamos la caracterización que hace Menéndez de las diferencias y similitudes entre el MMH y las medicinas tradicionales y/o alternativas (Menéndez, 1994, 2009, 2020a, 2020b).

Saber-hacer no profesional, autonomía y socialización horizontal

Los UTC ocurren principalmente en el ámbito del propio hogar, y muchas veces mediante el autocultivo y la autoadministración del preparado terapéutico. Esto implica que las usuarias no dependen fuertemente, ni tienen la necesidad, de recurrir a instituciones biomédicas para obtener y utilizar el cannabis terapéutico. Es decir, se observa algún grado de autonomía terapéutica respecto a las prácticas e instituciones de la biomedicina, que como discutiremos más adelante, no es total.

La práctica terapéutica se basa en “prueba y error”, en el sentido que se realiza mediante rondas sucesivas de preparación y administración de cannabis (diferentes cepas, preparados, dosis, secuencias de administración, etc.) y evaluación del efecto. El número de veces que se realizan estas rondas depende de cada caso. La evaluación del resultado se da en términos intersubjetivos, y a través de la remisión de síntomas mediante conductas claramente objetivables en términos observables, hasta un punto donde las usuarias reconozcan una mejoría. En algunos casos se presentan consultas a profesionales de la salud, pero ello no ocuparía un rol central. En este sentido, si bien las decisiones terapéuticas se basan en información previa como los saberes compartidos entre usuarias con experiencias similares, no se trata de un proceso

guiado de manera directa por teorías científicas e hipótesis enmarcadas en los límites de dichas teorías. Ni tampoco se sigue alguno de los métodos científicos asumidos por el conocimiento biomédico. Entonces, por ejemplo, en el procedimiento repetido de cultivo, elaboración de preparado, administración y posterior evaluación del efecto ("prueba y error") no se aplica el método hipotético-deductivo de manera explícita ni formalizada, ni en la experimentación controlada de los ensayos clínicos que, como señalamos, es el procedimiento más extendido en la investigación de las ciencias naturales y para la generación de terapias en la biomedicina. Por supuesto, dada la circulación general del conocimiento científico en nuestras sociedades, éste participa de manera indirecta del proceso de UTC; sin embargo no sería el conocimiento científico el que da el sustento teórico fundamental. Entonces, el proceso de construcción del saber-hacer es efectivamente diferente a la forma en que se desarrolla la producción de conocimiento y prácticas biomédicas. Se genera una marca distintiva en los UTC, que en principio se aleja de aquello que señala Menéndez donde "(...) la biomedicina sigue depositando sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica que da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas de los principales padecimientos y de soluciones basadas en la producción de fármacos específicos (...)" (Menéndez, 2020b, p. 193). Cabe señalar que en la práctica clínica que utiliza este tipo de medicamentos para tratar dolencias, también hay procesos de prueba y error, por ejemplo en el ajuste del medicamento específico de una familia de fármacos similares o en la dosis. Pero se trataría de otro tipo de prueba y error, no uno de sentido general que se ejecuta desde una "hoja en blanco" de teorías científicas como en los UTC, sino un procedimiento específico del momento de aplicación de tratamiento que en su construcción estuvo guiado por teorías científicas particulares.

Otro punto destacable en la caracterización del saber-hacer en torno a los UTC es que se construye por medio de una socialización horizontal con otros usuarios terapéuticos y cultivadores mediante el compartir de cepas, formas de cultivar, métodos de preparación, secuencias de administración, etc. Si bien no se puede descartar que haya algún tipo de verticalidad en los intercambios, no parece haber una situación de subordinación social y técnica fuerte de usuarios respecto a profesionales o instituciones de salud biomédicas. Esta característica, también contribuye a la autonomía, ya que se escapa de la concepción de la biomedicina hegemónica que subestima los saberes personales y colectivos no profesionales cuando se trata de lidiar con el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Historicidad situada, complejidad, narrativas compartidas

La producción de conocimiento, saber y prácticas se sitúa temporalmente, habrá contextos que habilitan o inhiben la posibilidad de producirlos, por ejemplo la legalidad o no de la planta. Pasando al plano del uso, la construcción de los UTC busca atender la complejidad de los diferentes casos particulares a abordar. Si bien puede haber recomendaciones útiles para determinadas dolencias o padeceres, en términos generales, se sabe que cada caso requiere ser abordado en toda su complejidad. No se piensa en un cuerpo solamente en su dimensión orgánico-biológica, sino que también se incluye su dimensión socio-afectiva, su cotidianidad y contexto socio-económico particular en que se encuentra, a eso referimos con complejidad. En cambio, estudios críticos de la biomedicina han mostrado cómo se ejerce lo que podríamos llamar un "abordaje descontextualizado" del fenómeno-objeto salud. Al respecto, se introduce la necesidad de abordajes complejos en la construcción de dicho fenómeno-objeto salud en contraposición a abordajes simplistas típicos de las ciencias naturales hegemónicas y su impacto en el campo salud (Almeida Filho, 2006; Diez-Roux, 1998). Por ejemplo, estas visiones críticas proponen abordar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado desde la conjunción de factores internos y externos a la propia persona con padecer, entendiendo a los factores externos como aquellos ambientales físico-químicos, sociales, productivos y culturales. En buena medida, esto permanece ausente en la producción de conocimiento y práctica biomédica, y se configura en el saber-hacer de los UTC.

Valores, intereses, necesidades y perspectivas compartidas entre usuaries orientadas a resolver problemas locales mediante intervenciones que funcionen

El resurgimiento de los UTC en los últimos años presenta particularidades también en cuanto a los colectivos sociales que motorizan el proceso. Quienes han llevado adelante el desarrollo e impulso de los UTC son principalmente madres de niños con alguna dolencia o padecer que no encontraban un alivio satisfactorio en las terapias biomédicas. Tal como señala María Cecilia Díaz (Díaz, 2020b), en las décadas de los 80s y 90s del siglo XX, fueron también colectivos de pacientes y profesionales en torno a enfermedades como VIH SIDA y cáncer quienes motorizaron el uso terapéutico del cannabis para morigerar los efectos adversos de tratamientos para dichas patologías. Luego, ya a partir del año 2010 entraron en escena los colectivos

de madres que se volvieron cultivadoras y utilizaban el cannabis para un universo mayor de padeceres con sus hijos. No solamente el origen de las terapias surge desde los propios colectivos de personas afectadas por problemáticas de salud sino que son también quienes llevan adelante gran parte del desarrollo. Asimismo, estos colectivos imprimen valores, intereses, necesidades y perspectivas propias al proceso.

Una característica fundamental en los UTC es la necesidad e interés por buscar una respuesta a una dolencia, padecer o problemática de salud que afecta de manera directa o indirecta a quien está desarrollando la terapia. Respuestas que muchas veces no se encuentran en los tratamientos biomédicos tradicionales. Entonces, aquí opera principalmente una racionalidad pragmática, y alejada de la racionalidad logocéntrica tradicional de las ciencias naturales, aquella cuyo objetivo es describir el mundo desde las teorías e hipótesis científicas y utilizando el método científico. Es cierto, que, tal como plantea Jorge Linares (Linares, 2008), desde un tiempo a esta parte lo que llama práctica tecnocientífica incorpora una racionalidad de tipo pragmático-utilitaria, siendo la biomedicina una expresión paradigmática de esa forma de generar conocimientos y tecnologías. Es decir, la biomedicina expresa ambas racionalidades, la logocéntrica y la pragmático-utilitaria. Sin embargo, en el marco de esta última racionalidad, el objetivo de la biomedicina tecnocientífica sería el de producir conocimientos para generar tecnologías médicas que funcionen eficientemente, y con la pretensión de generalizar (esto es, que funcione para la media de los casos), pretensión ausente en los UTC en su versión empírico-popular. Pero quizás la diferencia más profunda radica en el origen de la necesidad de intervención médica o terapéutica. En el caso de la tecnología biomédica se trata de problemáticas que la biomedicina apropia de colectivos y comunidades que padecen, o que directamente son inventadas por el propio complejo biomédico-industrial; siendo además el fin obtener un producto tecnológico eficiente y rentable (Echeverría, 2005; Folguera, 2020; Linares, 2008). Lo que se expresa no son los colectivos con problemas de salud, como sucede en gran parte de los UTC, lo que está en juego son los valores, intereses, necesidades y perspectivas de las instituciones de profesionales como universidades, centros de investigación, hospitales, etc.; tanto del sector público como también, tal como señala Dominique Pestre, del sector privado (Pestre, 2005).

Si tomamos algunas de las caracterizaciones de la ciencia hegemónica realizadas por diversas corrientes, se notarán las diferencias con lo que hemos señalado respecto a los UTC. Por ejemplo, desde una perspectiva crítica sobre el quehacer tecnocientífico

actual, Guillermo Folguera propone que los valores, intereses, necesidades y perspectivas de las ciencias se pueden resumir en que "[...] desde hace algunas décadas, las ciencias, junto con las tecnologías, han sido adoptadas y modificadas desde el poder institucional para incidir de una manera burocrática y publicitaria, centrada en la innovación y en la intensificación del control social, bajo la lógica dominante de la eficiencia" (Folguera, 2020, p. 23). Es claro que la caracterización general del proceso de construcción de los UTC, al menos en gran parte de su universo, no se inscribe totalmente en dicha lógica. Luego, quienes proponen la integración entre el conocimiento tecnocientífico y el popular, señalan que la tecnociencia se "recuesta" sobre un universo de productividad, objetividad, seguridad y competitividad. Donde predominan conceptos y teorías que utilizan símbolos numéricos, desde una lógica deductiva y experimental, con intereses y necesidades de hacer ciencia para generar más ciencia (Costa *et al.*, 2000). Mientras que el saber popular, en el que se pueden enmarcar la mayoría de los UTC, se basa en la práctica de vivencias sociales del día a día, en el trabajo, en la familia, etc. Prácticas que también hacen uso de las lógicas inductivas y deductivas, aunque no de manera no formalizada. Es decir, a partir de la acumulación de un número finito de experiencias sobre cierto fenómeno o práctica se llega a algún tipo de generalización que conlleva para las personas y colectivos involucrados cierta verosimilitud, que además funciona. En particular, siguiendo a Costa *et al.* (2000), se ha señalado sobre la lógica inductiva que aunque análoga, no es la lógica inductivista científica, que algunos epistemólogos como Rudolf Cranap señalaron como formas relevantes de hacer ciencias naturales (Kimovsky, 2005). Entonces, este saber-hacer popular desde las vivencias del día a día y con lógicas no formalizadas, genera saberes, conocimientos y prácticas que parten del interés y necesidad de sobrevivir en un mundo complejo. Saber-hacer que se transmite principalmente desde los lazos entre personas y no de forma escrita como la tecnociencia (Costa *et al.*, 2000). Así, otra característica de este saber popular es que está orientado a resolver problemas singulares y locales mediante intervenciones que funcionen, tal como sucede con el saber-hacer popular de los UTC.

Por último, según la caracterización acertada de Steve Wing, las ciencias naturales y la biomedicina hegemónica se muestran como ahistóricas (metodológicamente se eliminan contextos históricos y relaciones complejas), basadas en una objetividad simplista, en el análisis abstracto de partes de un sistema; y siendo un proceso liderado por sectores sociales dominantes de varones ricos y blancos en ausencia de

minorías (Wing, 2009, 2016). Este proceso de las ciencias naturales y la biomedicina que interacciona constantemente con el saber-hacer popular como el generado en los UTC, conlleva intenciones hegemónicas; y se expresa, tanto en los países centrales como en el caso estudiado a través de los valores e intereses de profesionales y sus instituciones, es decir universidades públicas y privadas, hospitales públicos y privados, empresas, etc. Por supuesto, hay interacciones y disputas por dichos valores e intereses, tanto dentro de esas instituciones como por fuera.

Generación de un saber-hacer que promueve una práctica terapéutica alejada de la mercantilización

La biomedicina ha mostrado, desde su instalación en nuestras sociedades como MMH un alto grado de mercantilización (Menéndez, 2020a, 2020b). Así, las prácticas médicas en nuestras sociedades latinoamericanas de capitalismo periférico están mayormente orientadas a producir bienes de consumo que circulan en el mercado con el objetivo de maximizar ganancias. Según un análisis reciente de Menéndez, el proceso de mercantilización avanza de forma sostenida (Menéndez, 2020b). Dicho proceso inició una fase de profundización en la década de los 90s del siglo XX en EE.UU, motorizado por el ingreso del capital financiero al sector salud que desencadenó a su vez una reacción con nuevas estrategias mercantiles del complejo médico industrial (Iriart *et al.*, 2000; Iriart; Merhy, 2017). Cabe entonces la pregunta sobre qué sucede con los UTC como práctica de salud realizada en dicho contexto de mercantilización profunda de las prácticas de salud. En principio, la dinámica del saber-hacer del cannabis terapéutico tal como se desarrolla y se practica en nuestras sociedades latinoamericanas implica una elaboración popular desde usuarios, con intercambio horizontales de material y saberes, que parece tener como objetivo principal mejorar los malestares, padeceres, trastornos y enfermedades de los usuarios y no un objetivo mercantil. Para ponerlo en un ejemplo, no parece ser el objetivo de las madres que cultivan, hacen preparados y acompañan tratamientos de sus hijos generar una tecnología médica dura como puede ser un dispositivo de tratamiento y un medicamento en la forma de pastilla o píldora de cannabis estandarizada para ser vendida en el mercado. De hecho, no es lo que sucede. Por supuesto, diferentes aristas o prácticas alrededor del cannabis terapéutico tienen que ver con la producción de versiones comercializables en la lógica mercantil antes mencionada. Por ejemplo, en Argentina se encuentran disponibles productos de

empresas transnacionales de la industria farmacéutica como comprimidos de THC sintético originados en EE.UU, una solución para pulverización bucal con THC y CBD de Gran Bretaña, un extracto oleoso de CBD y trazas de otros fitocannabinoides de una empresa de Uruguay, y el Convupidiol que es un extracto oleoso de CBD elaborado en un laboratorio argentino que vende soluciones del extracto de 35 y 75 ml a un valor prohibitivo de 1,3 y 1,7 veces el salario mínimo vital y móvil (a diciembre 2022) de Argentina. A ello se suman empresas público-privadas en las que participan estados provinciales de Argentina y capitales privados que se han lanzado a la producción de aceite de cannabis para uso medicinal, farmacéutico y veterinario. Como señalamos en un artículo previo, el autocultivo de la planta es el aspecto clave a sostener y ejercitar para evitar el avance de la mercantilización, o al menos habilitar resistencias y fugas a la misma (Acosta; Lavagnino, 2022).

Síntesis de la tensión e interacción entre el modo de producir un saber-hacer popular en torno al uso terapéutico de cannabis y el modo de producir conocimiento desde la ciencia biomédica

Los puntos desarrollados en la sección anterior sobre el saber-hacer popular en los UTC fueron elaborados teniendo en cuenta las diferencias epistémicas, metodológicas y valorativas respecto al desarrollo de conocimientos y prácticas de la biomedicina basado en las ciencias naturales hegemónicas. Presentamos en la tabla 1 una comparación esquemática al respecto.

Tabla 1. Comparación de características epistémicas, metodológicas y valorativas entre el saber-hacer popular del uso terapéutico de cannabis y el modo de producir conocimiento de la Biomedicina.

Usos terapéuticos del cannabis como saber-hacer popular	Biomedicina como modelo médico hegemónico
Saber-hacer popular (no profesional), autonomía, prueba y error en sentido amplio en el desarrollo de los UTC, y socialización horizontal	Método hipotético-deductivo, experimentación controlada o manipulativa, prueba y error estrecho en el uso clínico de fármacos, y socialización restringida a especialistas
Historicidad situada, complejidad, narrativas compartidas	Ahistoricidad, objetividad simplista, abordaje descontextualizado: análisis, reducción, simplificación

continúa...

Usos terapéuticos del cannabis como saber-hacer popular	Biomedicina como modelo médico hegemónico
Valores, intereses, necesidades y perspectivas compartidas entre usuarios orientadas a resolver problemas locales mediante intervenciones que funcionen	Valores e intereses de profesionales y sus instituciones (universidades públicas y privadas, hospitales públicos y privados, empresas, etc.), representando intereses de sectores dominantes y orientados a hacer ciencia para generar más ciencia
Saber-hacer terapéutico que, en principio, no se orienta a la mercantilización.	Conocimientos y tecnologías en lógica publicitaria y mercantil.

Fuente: Los autores.

Si bien hemos presentado los dos campos por separado en un contrapunto, lo cierto es que en la propia dinámica social de los sucesos en torno al uso de cannabis terapéutico no se trata de prácticas aisladas. Por el contrario, se dan interacciones, entrecruces, tensiones, encuentros y desencuentros de diferente índole, lo que Menéndez llama "sistema de transacciones sociales permanentes" entre lo que serían modelos médicos diferentes que coexisten (Menéndez, 1982, 2003). Es más, algunas de estas interacciones son motorizadas por quienes construyen y practican los UTC (Díaz, 2020a; Romero *et al.*, 2020). En este marco ocurren situaciones en las cuales profesionales de la salud, médicos o médicas, en particular, deciden acompañar el proceso terapéutico iniciado por sus pacientes, ante las mejorías observadas, claramente visibles tanto para pacientes como para terapeutas. Este acompañamiento no ocurre libre de conflictos, hay voces que señalan y estigmatizan el uso de cannabis por falta de evidencia o conocimiento científico. Conformando parte de lo que llamábamos al inicio de este trabajo "violencia epistémica". De esos procesos en torno a los UTC tratará la próxima sección.

Violencia epistémica y violencia institucional: el caso de usos terapéuticos del cannabis

Durante el recorrido que elaboramos sobre aspectos epistémicos, metodológicos y valorativos de los UTC hemos configurado un escenario en el que emerge como tema y problema la violencia epistémica. De manera general, repetimos la caracterización de Pérez (Pérez, 2019), en la que la violencia epistémica es ejercida como negación del otro en torno a producción, circulación y reconocimiento del conocimiento. Siendo un tipo particular de violencia que es amplia, difusa, no deliberada e invisible. A

diferencia de la violencia institucional que es puntual, deliberada y visible (retomaremos el vínculo entre ambas violencias luego). En forma analítica, para que suceda violencia epistémica tiene que haber dos espacios de producción de conocimiento y/o saberes con una relación asimétrica; en donde desde el espacio epistémico opresor, que puede tener características hegemónicas, se niega o subalterniza otro espacio epistémico. Negar entendido como dejar a la otredad sin posibilidad de hablar, mientras que subalternizar como poner al otro espacio en una relación de inferioridad donde puede enunciar pero lo que dice es desvalorizado epistémicamente.

Entonces, llevando el análisis a los UTC y su vínculo con la biomedicina: la biomedicina con las características epistémicas antes esbozadas se constituye como un nosotros respecto a una otredad subalterna o directamente negada, el espacio de personas, colectivos y organizaciones que desarrollan el saber-hacer popular de los UTC por fuera de la biomedicina. Existe una clara asimetría entre la biomedicina y otras formas de producción de conocimientos, saberes y prácticas en torno a la salud, a las que se le niega autoridad epistémica o se le asigna un rol marginal. Así, la biomedicina, mediante el ejercicio de esta violencia epistémica, satura la producción, circulación y reconocimiento de los conocimientos y saberes válidos. El ejercicio de dicha violencia contribuye a la configuración de la biomedicina como un modelo médico hegemónico. La biomedicina, apoyada en las ciencias naturales, construye su hegemonía a través de varios movimientos. En principio, por la centralidad que se le confiere al método científico al considerarlo como la vía primordial, o única, de producción de conocimientos válidos. Luego, sumando otras características no metodológicas, Folguera muestra como lo que llama "las ciencias, junto con las tecnologías" ejercen diferentes tipos de violencia, ya que inciden en el control social mediante estrategias burocráticas y publicitarias, y anclándose en lógicas dominantes de eficiencia e innovación (Folguera, 2020). Esta caracterización del quehacer (tecno) científico describe con bastante precisión lo dicho para el caso de la Biomedicina.

El siguiente paso que damos, entonces, fue reparar en otras características de este vínculo de negación o subordinación entre la biomedicina y los UTC. De nuevo, Pérez señala que la violencia epistémica, "[a] tratarse de una modalidad de la violencia tiene consecuencias éticas y políticas [...]" (Pérez, 2019, p. 82); particularmente señala que "[e]l desequilibrio que causan en el sistema social alimenta otros tipos de violencia y exclusión [...]" (Pérez, 2019, p. 82). Entonces, como señalamos antes, la violencia epistémica difusa, no deliberada e invisible, puede suceder de forma correlativa con

otras manifestaciones de violencia, por ejemplo la violencia institucional, entendida como la violación de derechos por parte de funcionarios, o en general por parte del estado (Pita *et al.*, 2022). En este respecto, se reconocen persecuciones, invisibilizaciones e incluso, judicializaciones, que involucran a estamentos de salud del estado y fuerzas de seguridad, sobre cultivadores y usuaries terapéuticos como a profesionales de la salud que impulsan y acompañan las terapias (ver por ejemplo: Baca Panuero, 2019; Fusero; Antonioni, 2019; Laino; Ordoñez, 2020). Cabe señalar que la persecución y criminalización de usuaries y cultivadores de cannabis es previa a los UTC (Corbelle, 2013). También, que fruto de la lucha de las organizaciones de usuaries de cannabis con fines terapéuticos en Argentina, desde hace varios años, se conquistaron resoluciones que despenalizan diferentes usos del cannabis; es decir hay una protección parcial ante la judicialización de cultivadores y usuaries de cannabis. Sin embargo, a la fecha, más allá de estos avances sigue habiendo detenciones y encarcelamientos. Ampliando el alcance de la noción, se debe considerar que la violencia institucional mencionada, parece ocurrir de manera similar, en instituciones privadas y público-privadas. También podrían ocurrir correlativamente con estas violencias otras acciones como la cooptación y modificación; donde el saber-hacer popular en torno a los UTC vaya adquiriendo progresivamente las características de la biomedicina, mientras pierde aquellos atributos que lo diferencian.

En contraste, si nos posicionamos en otro paradigma, consideramos relevante visualizar el potencial de los UTC en su versión empírico-popular para intervenir desde diferentes características: (1) el de su singularidad, el caso/problema que requiere atención; (2) el de su transversalidad, aquello que reúne modos de pensar la salud-enfermedad y la economía política de los cuerpos/pueblos de forma alternativa y (3) en sus implicancias sociales, como contrapunto de un modelo de salud que se expresa cada vez más patologizante, medicalizante y mercantilizado.

Conclusiones

En las sociedades actuales la hegemonía de la biomedicina pareciera incuestionable, incluso cuenta con gran autonomía respecto de la autoridad médica, al menos del/la profesional de la medicina clínica (Sy, 2018). Es de relevancia destacar que, en simultáneo al proceso de medicalización y farmacologización al que asistimos, sobre todo con el uso creciente de medicamentos psicotrópicos, donde no siempre media

la prescripción médica (Bianchi, 2019; Conrad, 2007; Sy, 2018), ocurren procesos contrahegemónicos que buscan atender a padecimientos y enfermedades que no han encontrado una respuesta satisfactoria desde el modelo médico hegemónico. En estos casos, las personas no son simplemente “objeto” pasivo de lo que se recomienda médicamente, sino que también buscan deliberadamente soluciones para sobrellevar dolencias, malestares y problemáticas de salud. En relación con este proceso, es interesante analizar cómo “paciente” se convierte en “actor social” activo en relación con su salud. Se trata de un actor social que, de alguna manera ha sido a la vez expropiado de su propio saber sobre su cuerpo y, cuando busca intervenir activamente sobre ello es violentado por un espacio opresor en su modo de producir una terapia (sea para sí u otros). Su necesidad orienta una búsqueda que elabora una respuesta a partir de experiencias compartidas intersubjetivamente, que a la vez repercuten en la construcción de su demanda de legalización de tratamientos cuyo método se valida, entre otras razones, en la eficacia.

Planteamos que los procedimientos biomédicos tienden a generalizar y estandarizar a través de diferentes estrategias, por ejemplo, los estudios de epidemiología clínica y otros métodos convencionales. Por el contrario, los saber-hacer que se muestran como alternativas remiten de inmediato a la consideración de epistemes no occidentales que, desde la teoría des-colonial serán designadas como “epistemes-otras”. Uno de sus principales representantes, Walter D. Mignolo, al concebir sus epistemologías fronterizas busca mostrar cómo es posible ubicar –al interior de un occidente diverso- formas “otras” de nombrar estas realidades, argumentando que se busca “la restitución de la diferencia colonial que la traducción colonial trató de naturalizar como orden universal” (Mignolo, 2005, p. 61). Esta perspectiva implica una valoración equitativa de epistemes-otras o formas de conocimiento y saberes –aprehensión, significación y acción- de sociedades con lógicas disímiles a la que sustenta la racionalidad occidental. En nuestro caso lo aplicamos a grupos, redes de personas, que con una lógica y racionalidad diferente a la de la biomedicina y la clínica médica han construido una terapéutica que resulta eficaz al tratamiento de ciertos padecimientos o problemas de salud.

Es a propósito de estos antecedentes que planteamos la necesidad de desarrollar epistemes, incluso ontologías, que permitan problematizar la atribución de un carácter “natural”, externo, objetivo e independiente de la acción humana, a las ciencias como única forma de construcción de conocimiento válido.

En este sentido, la producción de saberes alternativos al conocimiento científico, habilitaría concepciones y abordajes novedosos ante ciertos problemas de salud, con implicaciones epistémicas, ético-políticas, económicas y ambientales singulares. Su denegación o invalidación por su carácter “poco/no científico” se constituye en un acto de violencia epistémica. De aquí que en el ámbito de la salud se abre un dilema ético cuando, aludiendo a la protección de los pacientes, se estaría vulnerando su autonomía y, posiblemente el derecho a acceder al máximo nivel de salud posible.

Es importante señalar que no proponemos idealizar o "romantizar" una u otra forma de producción de saberes y conocimientos; tampoco proponemos que se trate de espacios inconmensurables en una pugna irresoluble; al contrario, consideramos que es necesario poner en evidencia la violencia epistémica que impide el desarrollo de alternativas, que no vienen a reemplazar las ya disponibles, sino que pueden actuar de modo complementario. Estos modos de producción de salud alternativa tienen el potencial de (re)crear formas alternativas de pensar la salud-enfermedad y economía política de los cuerpos/pueblos, que funcionan como resistencias, fugas y/o alternativas a la creciente patologización, medicalización y mercantilización del modelo de salud hegemónico.¹

Financiamiento

El trabajo se financió con los siguientes subsidios: Proyecto UBACyT 2018-2021 (20020170100097BA) de la Universidad de Buenos Aires (Argentina), y el proyecto PICT 2018-03290 de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Técnica (Argentina). Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

ACOSTA, L. E.; LAVAGNINO, N. J. Construcción de una terapia de cannabis, autocultivo y autoatención como camino para mejorar la calidad de vida: estudio de un caso-ejemplo en Argentina. *Scripta Ethnologica Nueva Epoca*, v. 44, n. 1, p. 31-52, 2022.

ALMEIDA-FILHO, N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la Salud Colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*, v. 2, n. 2, p. 123-146, 2006.

AMANTO, M.; CANCELLARO, G.; SALECH, V. Límites como puentes. Estrategias comunitarias para la circulación de saberes en el contexto de la prohibición. In: ALTMAN, J. M. S. et al. (org.). *Cannabis medicinal: una cuestión de derechos*. Buenos Aires: Defensoría General de la Nación, 2019. p. 91-106.

- BACA PANUERO, M. V. Consecuencias penales de la prohibición. In: ALTMAN, J. M. S. *et al.* (org.). *Cannabis medicinal: una cuestión de derechos*. Buenos Aires: Defensoría General de la Nación, 2019. p. 179-191.
- BAKER, D. *et al.* The therapeutic potential of cannabis. *Lancet Neurology*, v. 2, n. 5, p. 291-298, 2003.
- BECKER, H. *Cómo fumar marihuana y tener un buen viaje: Una mirada sociológica*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2016. 96 p.
- BERGER, J. *Con la esperanza entre los dientes*. Buenos Aires: Alfaguara, 2011. 164 p.
- BIANCHI, E. ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, v. 9, n. 1, p. e052, 2019.
- CORBELLE, F. Las causas por infracción a la ley de drogas. De la detención policial al procesamiento judicial. In: EPELE, M. (org.). *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia, 2013. p. 233-252.
- CORBELLE, F. *et al.* Informe de los resultados de la “Encuesta sobre usos terapéutico- medicinales del cannabis”. Argentina: Comisión de Sociales de la Red de cannabis y sus usos medicinales (RACME) CONICET, 2021. 34 p. Disponible: <https://racme.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/191/2022/10/Informe-Encuesta-sobre-usos-terapeutico-medicinales-del-Cannabis-Comision-Cs-Sociales-RACME.pdf>
- CONRAD, P. *The Medicalization of Society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007. 224 p.
- COSTA, J. C.; LÓPEZ, L.; TABERNER, J. Pluralismo epistemológico, ciencia participativa y diálogo de saberes como medios de renovación cultural. *Cultura y Educación*, v. 12, n. 1-2, p. 181-187, 2000.
- DI PASQUO, F. *et al.* La inserción de la ecología a las problemáticas ambientales: Teoría del conocimiento y obediencia. In: II Jornada de Fundamentos y Aplicaciones de la Interdisciplina, 2021, Buenos Aires. Disponible: <https://sites.google.com/view/jfai2020/programa>
- DÍAZ, M. Convertirse en especialista en cultivo y uso terapéutico de cannabis. Contextos, conocimientos y formas de asesoramiento entre activistas cannábicos en Argentina. *REDES*, v. 26, n. 50, p. 209-233, 2020a.
- DÍAZ, M. C. Impacientes: activistas por la regulación del uso terapéutico de cannabis. *Avá*, n. 36, p. 137-164, 2020b.
- DÍAZ, M. C. Redes y conocimientos acerca del uso terapéutico de cannabis en Argentina. *Question/Cuestión*, v. 1, n. 65, p. e255, 2020c.

- DIEZ-ROUX, A. V. On genes, individuals, society, and epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, v. 148, n. 11, p. 1027-1032, 1998.
- ECHEVERRÍA, J. La revolución tecnocientífica. *CONfines de relaciones internacionales y ciencia política*, v. 1, n. 2, p. 9-15, 2005.
- FLORES, E. *Cannabis y Sociedad*. Resultados de la 1ra Encuesta Nacional de personas que usan Cannabis. Buenos Aires, 2022. Disponible: <https://encuestacannabis.ar/resultados/>.
- FOLGUERA, G. *La ciencia sin freno*. De cómo el poder subordina el conocimiento y transforma nuestras vidas. Buenos Aires: CFP24 Ediciones, 2020.
- FUSERO, M.; ANTONINI, M. La ley de cannabis para uso medicinal, entre la criminalización y la salud Consideraciones básicas y jurisprudencia local. In: ALTMAN, J. M. S. *et al.* (org.). *Cannabis medicinal: una cuestión de derechos*. Buenos Aires: Defensoría General de la Nación, 2019. p. 39-49.
- GUTIÉRREZ, R.; VEGA, L. Self-medication with cannabidiol (CBD) and associated treatments in the self-care of anxiety in women from Mexico City: A qualitative study. *Salud mental*, v. 44, n. 6, p. 295-306, 2021.
- IRIART, C.; MERHY, E. E. Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 21, n. 63, p. 1005-1016, 2017.
- IRIART, C.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 95-105, 2000.
- KLIMOVSKY, G. *Las desventuras del conocimiento científico*. Una introducción a la epistemología. Buenos Aires: Editorial AZ, 2005.
- LAINO, N.; ORDÓÑEZ, P. Fabricando criminales. Acerca de los sinsentidos de la represión penal de usuarios medicinales de cannabis. *Nueva Crítica Penal*, v. 4, n. 2, p. 37-54, 2020.
- LINARES, J. E. *Ética y mundo tecnológico*. México: Fondo de Cultura Económica, 2008.
- MARTÍNEZ PACHECO, A. La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. *Política y Cultura*, n. 46, p. 7-31, 2016.
- MENDIBURO-SEGUEL, A. *et al.* Attitudes towards drug policies in Latin America: Results from a Latin-American Survey. *The International Journal on Drug Policy*, v. 41, p. 8-13, 2017.
- MENÉNDEZ, E. Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, v. 4, n. 7, p. 71-83, 1994.
- MENÉNDEZ, E. L. Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes. In: *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*. México: Casa Chata/CIESAS, 1982. p. 141-83.

- MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.
- MENÉNDEZ, E. L. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Editorial Lugar, 2009. 311 p.
- MENÉNDEZ, E. L. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. [s.l.] Nueva edición corregida y aumentada. Remedios de Escalada: EDUNLa Cooperativa, 2020a. 336 p.
- MENÉNDEZ, E. L. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, v. 16, p. e2615, 2020b.
- MIGNOLO, W. Cambiando las éticas y las políticas del conocimiento: lógica de la colonialidad y postcolonialidad imperial. *Tabula Rasa*, n. 3, p. 47-72, 2005.
- DI PASQUO, F.; FOLGUERA, G. La experimentación y su rol epistémico en la ecología: el caso de la ecología del paisaje. *Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia*, v. 12, n. 25, p. 99-119, 2012.
- OLIVEIRA, M. B. A regulamentação do canabidiol no Brasil: como nasce a expertise leiga. *Liinc En Revista*, v. 13, n. 1, p. 190-204, 2017.
- OLIVEIRA, M. B.; VIEIRA, M. S.; AKERMAN, M. O autocultivo de *Cannabis* e a tecnologia social. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 3, p. 1-14, 14 ago. 2020.
- PELLEGRINI, J.; DURRUTY G. Madres que se Plantan. Una experiencia de organización colectiva, autogestiva, interdisciplinaria e interinstitucional para el acceso a la salud y la consagración del derecho al autocultivo. In: ALTMAN, J. M. S. et al. (org.). *Cannabis medicinal: una cuestión de derechos*. Buenos Aires: Defensoría General de la Nación, 2019. p. 141-154.
- PÉREZ, M. Violencia epistémica: reflexiones entre lo invisible y lo ignorable. *El lugar sin límites. Revista de Estudios y Políticas de Género*, v. 1, n. 1, p. 81-98, 2019.
- PESTRE, D. *Ciencia, política y dinero*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2005.
- PITA, M. V.; CORBELLE, F.; COZZI, E. (org.). *Repertorios: perspectivas y debates en clave de Derechos Humanos. 2 Violencia institucional*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2022, p. 169. Disponible: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/09/violencia_inst_1611_web.pdf
- ROBSON, P. Therapeutic aspects of cannabis and cannabinoids. *The British Journal of Psychiatry*, v. 178, p. 107-115, 2001.
- ROMERO, L.; AGUILAR AVENDAÑO, O. Interacciones entre cultivadores, usuarios y académicos en torno al cannabis terapéutico en Argentina. *Redes. Revista de Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, v. 26, n. 50, p. 235-263, 2020.

SORIANO, F. Cannabis medicinal: ya hay 40 mil usuarios habilitados para consumir, cultivar y transportar. *Infobae*. Buenos Aires, 9 feb. 2022. Disponible: <https://www.infobae.com/sociedad/2022/02/09/cannabis-medicinal-ya-hay-40-mil-usuarios-habilitados-para-consumir-cultivar-y-transportar/>. Acceso en: 6 feb. 2023.

SY, A. ¿Lo piensa realmente? Al menos así lo escribe. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1161-1170, 2016.

SY, A. La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía Naturaleza/Cultura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 5, p. 1531-1539, 2018.

REVISTA THC. *Solidaria: una mujer cultiva 30 variedades y ya regaló mil esquejes*. Disponible: <https://revistathc.com/2020/04/25/solidaria-una-mujer-cultiva-30-variedades-y-ya-regalo-mil-esquejes/>. Acceso en: 7 feb. 2023.

VALLES, S. *Philosophy of Biomedicine*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Disponible: <https://plato.stanford.edu/entries/biomedicine/>.

RIVERA VÉLEZ, L. Mothers as Pot Legalizers: From Illegality to Morality in Medical Use of Cannabis in Latin America. In: *Governance Beyond the Law*. [s.l.] Palgrave Macmillan, 2019. p. 85-103.

WING, S. Justicia ambiental, ciencia y salud pública. *Ecología política*, n. 37, p. 35-46, 2009.

WING, S. Science for Reducing Health Inequalities Emerges from Social Justice Movements. *New solutions: a journal of environmental and occupational health policy*, v. 26, n. 1, p. 103-114, 2016.

Nota

¹ L. E. Acosta: revisión bibliográfica, escritura y discusión de las versiones preliminares, escritura del artículo definitivo. N. J. Lavagnino, A. Sy y F. di Pasquo: revisión bibliográfica, escritura y discusión de las versiones preliminares.

Resumo

Tensões e diferenças entre um saber-fazer popular e o modo de produzir conhecimento biomédico: o caso dos usos terapêuticos da cannabis

Aproximadamente a partir do ano de 2010, os usos terapêuticos da cannabis se difundiram em nossas sociedades latino-americanas. Essas terapias são construídas maioritariamente no âmbito doméstico e em redes fora das instituições oficiais de saúde. Assim, a biomedicina tende a subordinar qualquer saber-fazer alternativo ao modelo médico hegemônico. Nosso objetivo é descrever como se produz um saber-fazer popular sobre usos terapêuticos da cannabis, identificando as tensões e diferenças com a biomedicina. Metodologicamente, nos baseamos em experiências documentadas em pesquisas próprias e alheias, para construir uma descrição desse saber-fazer popular em contraste com o biomédico. Nossos resultados dão conta da singularidade das características epistêmicas, metodológicas e dos valores da construção de usos terapêuticos da cannabis, à qual é negada autoridade epistêmica e se atribui um papel marginal na produção, circulação e reconhecimento. Nesse sentido, recorreremos ao conceito de violência epistêmica para compreender esse processo. Essa violência, além disso, às vezes pode contribuir para a violência institucional. Consideramos necessário dar visibilidade à violência epistêmica que impede o desenvolvimento de saberes alternativos, saberes e terapias que complementem e (re)criem, e não substituam, modos de pensar e intervir no campo da saúde.

► **Palavras-chave:** Usos terapêuticos da cannabis. Saber-fazer popular. Biomedicina. Violência epistêmica.

Abstract

Tensions and differences between popular know-how and biomedical knowledge production: the case cannabis for therapeutic purposes

Approximately since the year 2010, the therapeutic uses of cannabis have spread in our Latin American societies. These therapies are mostly built in domestic contexts and in networks apart of official health institutions. In this sense, biomedicine tends to subordinate any alternative know-how to the hegemonic medical model. Our objective is to describe how the popular know-how around therapeutic uses of cannabis is produced, identifying the tensions and differences with biomedicine. Methodologically, we build a description of this popular know-how, in contrast to biomedicine, based on experiences documented in previous research. Our results account for the uniqueness of the epistemic, methodological, and values characteristics of the construction of therapeutic uses of cannabis, for which epistemic authority is denied and a marginal role in the production, circulation, and recognition of its therapeutic value is assigned. We appeal to the concept of epistemic violence to understand this process. Moreover, this violence can sometimes contribute to institutional violence. We consider it necessary to make visible the epistemic violence that prevents the development of alternative knowledge and therapies that complement and (re) create, but not replace, ways of thinking and intervening in health issues.

► **Keywords:** Therapeutic cannabis. Popular know-how. Biomedicine. Epistemic violence.

