



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE FILOSOFÍA “SAMUEL RAMOS”
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FILOSÓFICAS “LUIS VILLORO”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

*LEGITIMIDAD DEL CONSUMO NO MÉDICO DE CANNABIS EN
TIEMPOS DEL FIN DE LA PROHIBICIÓN*

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN FILOSOFÍA DE LA CULTURA

SUSTENTA:

TLÁLOC HUMBERTO MATA ZAMORA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. FEDERICO MARULANDA REY

MORELIA, MICHOACÁN, AGOSTO DE 2017

ÍNDICE

Introducción	6
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA DESDE LA MEDICINA: PATOLOGIZACIÓN, MARIGUANA MEDICINAL Y TEORÍAS DE LA SALUD.....	30
Adicción y patología en el consumo de cannabis	30
La cuestión de la marihuana medicinal	38
Saber médico, contexto histórico-social y patologización.....	47
Salud y enfermedad, lo normal y lo patológico	55
Boorse: Teoría Bioestadística de la Salud (TBS).....	57
George Canguilhem: salud y normatividad	62
Nordenfelt: salud, capacidad y acción	68
Consumo no médico de cannabis: individuo y patología	72
CAPÍTULO II	
MARIGUANA, LA CANNABIS MEXICANA: MORALIDAD, ESTIGMA Y PATOLOGÍA	87
Consumo no médico de cannabis, derecho a la salud y libre desarrollo de la personalidad.....	88
La marihuana en la época colonial	92
Siglo XIX: nacimiento de la condena moral	94
Revolución y posrevolución: condena social y prohibición formal	100
La sensatez cannábica del médico Salazar Viniegra	109
Siglo XX-XXI: entre el cambio y la continuidad del estigma	114
CAPÍTULO III	
PARAPATOLOGÍA PROHIBICIONISTA: ENTRE EL SABER Y EL PODER	120
Relaciones de poder en el consumo no médico de cannabis	122
Marihuana, saber médico y parapatología	126
Consumo no médico de cannabis: disciplina y biopoder	131
Más allá de la parapatología prohibicionista	137

CONCLUSIONES	145
FUENTES CITADAS	150

RESUMEN

La investigación cuestiona el principio que da legitimidad únicamente a los usos médicos y científicos de la cannabis, dicho principio es la base de la política internacional de control de drogas y de la más reciente reforma mexicana en materia de marihuana medicinal. Sin menospreciar los usos que pueda tener la planta en esos campos, lo que se busca es mostrar los límites de esa idea para establecer otras relaciones con la planta más allá del *ethos* prohibicionista. Lo anterior por medio de un análisis en tres niveles: desde la medicina, desde el plano socio-cultural y desde la analítica del poder foucaultiana. El primer capítulo analiza la patologización del concepto de adicción, la medicina como una disciplina con influencia histórica, la cuestión de la marihuana medicinal y examina las teorías de la salud de Boorse, Canguilhem y Nordenfelt con miras a tener una referencia analítica para argumentar a favor del individuo como juez de su propia salud. El segundo capítulo cuestiona la patologización socio-cultural que se ha gestado históricamente en México y que actualmente dificulta el debate y el fin de las políticas prohibitivas con respecto al cannabis. Finalmente el tercer capítulo, retomando aspectos médicos y sociales analizados bajo la óptica de Foucault, argumenta que la patologización de los usos no médicos o científicos es una parapatología, frente a la cual es necesario avanzar hacia un concepto de ebriedad sobria, hacia una relación de normalización con la cannabis.

PALABRAS CLAVE: MARIHUANA, TEORÍAS DE LA SALUD, LO NORMAL, LO PATOLÓGICO, PARAPATOLOGÍA.

ABSTRACT

The research debates the principle that only gives legitimacy to the medical and scientific use of cannabis, said principle is the base of the International drug control policy and the most recent Mexican reform on medical marijuana. Without belittling the uses of the plant on those fields, I would like to prove the limits of that idea in order to establish another relationship with the plant beyond the prohibitionist *ethos*. In order to achieve the last objective it would be necessary to perform an analysis on three levels: in terms of the medicine, in terms of the sphere socio-cultural and in terms of the Foucault's analytical theory of power. The first chapter analyzes the concept of pathological addiction, medicine as an historical discipline, the medical marijuana issue and considers the health theories of Boorse, Canguilhem and Nordenfelt in order to have an analytical reference to argue in favor of the individual as a judge of his own health. The second chapter debates the socio-cultural pathologization that has been forming historically in Mexico and nowadays it hinders the debate and the end of the cannabis prohibitionist policies. Finally the third chapter, retaking the medical and social aspects under Foucault's sight, argues that the pathologization of non-medical or scientific use constitutes a parapatology, against which is necessary moving towards a concept of sober inebriety, towards a normal relation with the cannabis plant.

“No se trata de ‘legalizar’ algo de potencial desconocido, sino de admitir un error histórico y de reparar una injusticia hecha a una planta que ha acompañado a los seres humanos durante milenios”

Anthony Henman¹

INTRODUCCIÓN

El presente texto tiene como objetivo demostrar la legitimidad del consumo no médico² de cannabis cuya acción y regulación no debería depender del estamento médico ni las prohibiciones estatales, sino de la relación particular del consumidor con la planta psicoactiva en cuestión. La legitimidad del uso no debe de partir de la finalidad médica o científica. Al considerar que sólo esos usos tienen legitimidad se continúa con un *ethos* en materia de drogas que ignora, patologiza y estigmatiza a los usuarios no médicos de cannabis y que a final de cuentas da continuidad a la política global de prohibición de la planta.

La política global de prohibición de consumo y producción de marihuana y otros psicoactivos ha fracasado en todos sus objetivos. No sólo no se ha reducido el consumo, ni la producción. Sus fracasos se han traducido en violencia, corrupción y segregación socio-cultural de los usuarios. Entre muchas otras cosas como el control geopolítico, la discriminación racial, el incremento de los aparatos punitivos, sin contar su costo social y económico. A lo que se suma la perversión de los organismos de seguridad y el socavamiento de algunas estructuras del saber médico.

¹ Cfr. Hernández J., *et al.* (2015) p. 24 La cita refiere al arbusto de coca, pero como mencionan los autores el error histórico para con un planta milenaria se extiende sin problemas a la planta de cannabis y al resto de las plantas maestras.

² A lo largo del texto se hará referencia a los consumos no médicos, consumos no supervisados, consumos psicoactivos y consumo habitual, términos que en sentido estricto no son sinónimos pero que de manera general son usados para dar la idea de aquellos usos que no precisan de la prescripción y supervisión de un profesional de la disciplina médica.

Pese a la situación de crisis político-social provocada por las operaciones internacionales del narcotráfico, apenas se considera que la raíz del problema es la prohibición del uso y producción de ciertos vegetales y cuerpos químicos. Resulta muy difícil pensar en la regulación de las sustancias alteradoras del ánimo, porque existe una conciencia social de las drogas ilegales permeada por una condena de los usos terapéuticos, rituales o recreativos, debido a la distorsión cultural causada por la prohibición³.

Frente a esa distorsión y esa crisis político-social, se olvida que la actual política prohibicionista parte de un paternalismo, donde el Estado excede sus funciones al exigir que las personas se conduzcan con determinado modelo de virtud⁴. En ese modelo de virtud que presupone la prohibición, se parte de un marco ético que en teoría busca proteger a la población de hábitos peligrosos⁵, es decir, protegerlos de tomar sus propias decisiones en nombre de su salud.

La prohibición o aceptación legal de una sustancia está basada en un paradigma ético que remite a símbolos y valores específicos⁶. En ese sentido la prohibición internacional de ciertos cuerpos químicos y vegetales enarbola la sobriedad en nombre de la salud social e individual. El paradigma normativo de la prohibición se basa en la idea de que las drogas provocan adicción individual que se traduce en delincuencia, en un coexistir casi natural entre esos dos fenómenos⁷.

³ Cfr. Pérez Montfort, R. (2016) pp. 11, 19

⁴ Cfr. Zaldívar Lelo de Larrea, A. (4 de noviembre de 2014) p. 44

⁵ Cfr. Gutiérrez Ramos, A. (diciembre de 2003) p. 49

⁶ Cfr. García-Robles, J. (2016) p. 10

⁷ Cfr. García Venegas, I. (diciembre de 2003) p. 4

Antes de llegar al punto de la delincuencia cabe resaltar la cuestión de la patologización de la adicción, puesto que se parte de la idea, incluso en posiciones progresistas en el tema, de que las drogas son un problema de salud pública en tanto que provocan dependencia⁸.

La *Special Session of the United Nations on the drug problem* (UNGASS 2016) que se realizó en abril de 2016, buscaba re-pensar las políticas internacionales de control de drogas, pero continuó con la idea de la patologización de los usuarios. El presidente Enrique Peña Nieto ejemplificó esa situación cuando en su discurso en la UNGASS 2016 habló de revisar la estrategia internacional de drogas pero el punto siete de su discurso remite a la idea del consumo como un problema de salud pública: “Séptimo.- El consumo de drogas debe atenderse como un problema de salud pública, toda vez que constituye una amenaza para el desarrollo pleno de las personas, especialmente de nuestros niños y jóvenes.”⁹

Sin embargo como se pretende demostrar a largo de las siguientes líneas, el asunto del consumo de sustancias psicoactivas no tendría que corresponder a un problema de salud pública, mucho menos a uno de seguridad, puesto que remite a relaciones particulares entre la sustancia y el consumidor. El partir de la idea del consumo como problema de salud pública es regresar a la idea base de la prohibición, que como se verá en las siguientes líneas nació como una forma de enfrentar el supuesto problema sanitario del consumo de sustancias psicoactivas.

⁸ Zaldívar Lelo de Larrea, A. *Op., cit.* p. 45

⁹ Cfr. Peña Nieto, E. (2016, abril 19)

Una relación más madura con las sustancias hoy prohibidas tiene que remitir al sujeto consumidor, incluso como una forma de reducir los peligros en el consumo. Todo uso de drogas debería de partir de determinada estrategia personal de consumo, conocimiento de la propia fisiología (algo que sólo se logra con la práctica) y teniendo conciencia del tipo de sustancia y potencia¹⁰.

También a nivel social es necesario modificar la conciencia social de condena de consumo de psicoactivos. Esa modificación está en curso, como el fin de la prohibición y queda expresada muy bien en las palabras de la Dra. Haydee Rosovsky:

La droga es una manera de relacionarse con los otros, es una forma de inclusión en la vida social y de generar formas de identidad social y que ya no pertenece a guetos aislados sino que tiene una presencia constante en toda la sociedad. No hay en ese sentido otra alternativa que convivir con estas drogas, lícitas e ilícitas¹¹.

Sin embargo para poder alcanzar el cambio en la conciencia social del consumo de drogas es necesario cuestionar el principio de deslegitimación de los usos no médicos de psicoactivos, principio base de la prohibición y eje rector de la presente investigación.

El cuestionamiento a dicho principio se desarrollará tomando en consideración el caso de la marihuana por tres motivos principales: el primero es abonar en la diferenciación de las sustancias psicoactivas, el segundo es que permite centrar mejor las ideas generales con respecto a la política y la orientación médica del uso de psicoactivos al tener una sustancia concreta y el tercer motivo es por la vigencia e inmediatez del debate, tanto a nivel nacional como internacional.

¹⁰ García-Robles, J. *Op., cit.* p. 9

¹¹ Cfr. García Vallejo, J. P. (2014) p.11

Sin embargo es importante resaltar que si bien la discusión tendrá como pretexto la marihuana, la crítica al principio de legitimidad de usos médicos y científicos se puede ampliar a todos los fármacos hoy prohibidos. Con la salvedad de que cada psicoactivo tiene sus propias particularidades, que van desde el ámbito químico hasta el histórico-social, por lo que cada uno precisa de un análisis diferente, aunque todos tengan como base la crítica a la concepción patológica de los usos no médicos o científicos.

La planta de *Cannabis* tiene un historial bien documentado de uso espiritual y medicinal milenario. Además del extenso uso recreativo que se le dio durante la segunda mitad del siglo XX. Esos usos han puesto de manifiesto su escasa toxicidad y su insignificante riesgo de sobredosis constituyéndose como uno de los fármacos más seguros que conoce la humanidad¹².

Esa experiencia histórica es la que ha fundamentado la exigencia y las propuestas para normalizar y regular las distintas formas de consumo de cannabis que han sido constantes desde el inicio de la política prohibicionista internacional en la década de 1960¹³. Sin embargo a pesar de las evidencias a favor de la normalización del consumo frente a la continuidad de la política actual, existe una gran renuencia para comenzar a corregir el error histórico de la prohibición de la cannabis y de otros fármacos alteradores del ánimo. Renuencia que hunde sus raíces en el supuesto de salud de la política prohibicionista y en el prejuicio social contra los usuarios no médicos de cannabis.

¹² Cfr. Room, R., *et al* (2013) p.12

¹³ *Ibid.* p. 9

Cabe recordar que la prohibición tiene una de sus más fuertes raíces en el suelo de la discusión sobre los usos no médicos de ciertas sustancias¹⁴. Su posterior justificación tenía un fondo médico¹⁵ y ahora en tiempos del fin de la prohibición, los discursos médicos acerca del uso recreativo de las sustancias hoy prohibidas en general y en particular sobre la marihuana, corren el peligro de heredar concepciones infiltradas de los prejuicios de la prohibición al establecer la continuidad de la tutela del médico para cualquier uso legítimo de sustancias psicoactivas. A lo que podemos sumar la intolerancia social, que basa su condena en supuestos morales contra el consumo de cannabis en general.

A pesar de la condena médica y social con respecto a esa planta, no hay un argumento serio que justifique la prohibición de su consumo y producción. Por ejemplo, en un país como Marruecos existe una producción masiva, que en ningún caso ha conducido a un consumo generalizado, ni a un predominio del abuso¹⁶. Aunado a este ejemplo en las conclusiones del informe elaborado, a finales del siglo XIX, por la *Indian Hemp Drugs Commission*, patrocinado y después sancionado por el Gobierno británico, se puede leer la siguiente conclusión:

La comisión ha examinado ahora todos los testimonios presentados sobre los efectos atribuidos a las drogas del cáñamo.[...] Con respecto a los efectos físicos, la Comisión ha llegado a la conclusión de que el uso moderado de las drogas de cáñamo no produce prácticamente ningún resultado nocivo.[...] El uso excesivo sí causa daño, pues tiende a poner al consumidor en una situación más propensa a la enfermedad.[...] Con respecto a los alegados efectos mentales de estas drogas, la Comisión ha llegado a la conclusión de que su uso moderado no produce ningún efecto perjudicial en la mente.[...] Es distinto el caso del uso excesivo, que estimula la inestabilidad mental.[...] Con respecto a los

¹⁴ Cfr. Szasz, T. (1992) pp.83-85

¹⁵ Cfr. Escotado, A. (2008) pp. 1136-1138

¹⁶ Escotado, A. (1998) p. 18

efectos morales de estas drogas, la Comisión es del parecer que su uso moderado no produce lesión moral de ninguna especie. No hay base adecuada para suponer que afecta peligrosamente el carácter de su consumidor. Por el contrario, un consumo excesivo conduce a la pérdida de la propia estima y, con ello, a la degradación moral. En lo que se refiere a las relaciones con la sociedad, sin embargo, incluso el consumidor excesivo de drogas del cáñamo es normalmente inofensivo¹⁷.

Uno de los factores que podrían explicar el mantenimiento del *statu quo* de la política internacional de control de cannabis, es la rigidez legal en la que ésta se enmarca y la propaganda que no ha cesado en establecer como un mal el consumo de drogas psicoactivas. Es esa rigidez, apoyada por los supuestos de bienestar y salud en las convenciones y tratados internacionales en la materia, la que obstaculiza el caminar hacia una política más racional con respecto al cannabis¹⁸.

El principio básico, manifiesto en el espíritu y la letra de las Convenciones y Tratados, desde el primer acuerdo internacional de 1961, es que el único uso legítimo es el médico y científico de ciertos fármacos¹⁹ y ese principio es lo que constituye el bloqueo a los cambios en las políticas tanto a nivel nacional como internacional y es el que enmarca el estatuto actual de la mariguana. De ahí la importancia de cuestionar esa idea raíz de la prohibición, de cuestionar la ilegitimidad de los usos no médicos o científicos de esa milenaria planta.

En la Convención de 1961 en el artículo 4º inciso C se establece la legitimidad de los usos médicos y científicos: “limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la

¹⁷ *Ibid.* pp. 43,44

¹⁸ Room, R., *et al. Op., cit.* p.10

¹⁹ *Ibid.* p. 239

exportación, la importación, la distribución y el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos”²⁰.

Desde ese marco internacional se considera que cualquier uso no supervisado por el médico es un uso indebido y se hace necesaria la intervención de éste, lo que le da el carácter de patología. Esta idea es la base del sistema internacional de prohibición de drogas. Quedó plasmada en el artículo 38º de la Convención única de estupefacientes de 1961:

Las partes prestarán especial atención a la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas, adoptarán todas las medidas posibles al efecto y coordinarán sus esfuerzos en ese sentido²¹.

Al tener como objetivo velar por el uso médico y científico de los psicoactivos²² se presupone que todo uso no médico es un uso indebido y todo usuario que no tenga como objetivo la terapia es un toxicómano y es necesario remitirlo a rehabilitación. Lo que a su vez alimenta el prejuicio y la condena social de los usuarios que no tienen por objeto el uso médico y científico de la cannabis.

Las Convenciones estaban tan despegadas de la realidad que en 1971 se habla en los siguientes términos: “f) El uso de la cannabis para fines que no sean médicos y científicos deberá cesar lo antes posible, pero en todo caso dentro de un plazo de 25 años a partir de

²⁰ *Ibid.* p. 198

²¹ Cfr. ONU. (1961) p.41

²² *Ibid.* p. 4

la entrada en vigor de la presente Convención conforme a lo dispuesto en el inciso 1 del artículo 41.”²³

Hoy, casi medio siglo después de esas “buenas intenciones”, hay zonas geográficamente determinadas donde se logró una política más racional como el caso de Uruguay, Jamaica, Portugal, Holanda y algunos estados de los Estados Unidos, pero a nivel internacional el discurso prohibitivo cuyo objetivo es salvaguardar “la salud y el bienestar de la población” sigue sin modificaciones. Los cambios en las distintas legislaciones nacionales responden a otro hecho innegable de la prohibición: los controles policiales de la cannabis estrictos o laxos no tienen incidencia sobre el consumo²⁴. Los usuarios no dejan de consumir sin importar el estatuto legal o ilegal de la planta.

Por lo tanto se puede establecer que la política de control de producción y consumo de cannabis es un total fracaso. Después de más de 50 años de prohibición cannábica, este psicoactivo representa el 80 % del mercado de drogas ilegales que se consumen a nivel mundial, un estimado de 166 millones de personas. En 2005 el consumo de cannabis era 10% mayor al de 1991 y curiosamente antes de la prohibición era consumido por pequeños círculos en determinadas zonas del globo. Se popularizó en los años 60 (justo con su prohibición) y durante las siguientes dos décadas, el consumo se extendió por todos los Estados Unidos y Europa Occidental, hasta convertirse en la droga ilegal más consumida en todo el mundo²⁵.

²³ Cfr. ONU. (1971, enero 11) p. 48

²⁴ Room, R., *et al. Op., cit.* p.12

²⁵ *Ibid.* pp. 11, 19, 20

Si la cannabis fuese legal, el total de consumidores de drogas ilegales no superarían los 40 millones en toda la orbe²⁶. Si de esos 40 millones solo una fracción tiene problemas de abuso ¿Se justificarían los costos materiales y humanos de una política prohibicionista?

De ahí la importancia de plantear otras relaciones con respecto al cannabis que puedan servir de fundamento para una regulación de todos los fármacos hoy prohibidos. El problema es que por un lado no se acepta un cambio en las políticas de control del cannabis en particular y por el otro se le relega del debate de las políticas generales de drogas, donde la atención se da con respecto a las llamadas drogas duras²⁷.

Sin embargo sigue existiendo resistencia, sobre todo en el plano internacional, donde la justificación de la continuidad de la política se basa en los supuestos de “salud y bienestar” que serían trastocados si no existiera el control actual. Por ejemplo, cuando Uruguay estaba en vías legislativas para regular el consumo no médico de cannabis, el presidente de la International Narcotics Control Board, instó a las autoridades uruguayas a dar marcha atrás al proyecto regulatorio. Alegando que se aprobarían usos no médicos y científicos, lo que se traduciría en “serious consequences for the health and welfare of the population”²⁸. Es necesario poner en duda esos supuestos de “salud y bienestar” para superar el error histórico de la prohibición de ciertas sustancias alteradoras del ánimo.

La Asamblea General de las Naciones Unidas puede modificar las disposiciones con respecto al cannabis, pero no hay voluntad política para hacerlo. El sistema de control de drogas internacional es rígido e impermeable al cambio. Se parte de la idea de que

²⁶ *Ibid.* p.11

²⁷ *Ibid.* p.13

²⁸ Cfr. International Narcotics Control Board. (2013, agosto 1)

cualquier cambio “enviará un mensaje equivocado acerca de las drogas”²⁹, puesto que los tratados existen debido al “mal social e individual” que supuestamente ocasionan ciertas drogas. Aparece en esa afirmación la circularidad de la prohibición: usar ciertos fármacos está mal porque así lo establecen las convenciones y los tratados internacionales y estos fármacos entraron en esas convenciones porque su uso implica un mal al individuo y la sociedad.

Si bien es cierto que el apoyo popular a la prohibición de la marihuana es sorprendentemente fuerte, es igualmente cierto que en 2007, 134 países cultivaban marihuana para su consumo interno³⁰. No importa la condena social o jurídica, la prohibición de una sustancia deseable crea mercados negros, como los que existen en esos 134 países. La legalidad va de la mano con la regulación estatal, es imposible regular algo que no se enmarca dentro de lo aceptable jurídicamente³¹.

Existe un consumo internacional no médico de cannabis y una condena social alimentada por años de propaganda prohibicionista. Como se podría esperar, la última reunión en la materia (UNGASS 2016), sólo modificó la forma del discurso, pero dejó intacto el fondo basado en la necesidad de seguir teniendo los usos médicos y científicos como la piedra de toque que regula la producción y consumo de cannabis.

La sesión fue propuesta por un grupo de países latinoamericanos, incluido México en diciembre de 2013 y su realización generó mucha expectativa, aunque al final, al igual que la UNGASS 2008 o la de 1998 solo se trató de una negociación política, acordada

²⁹ Room, R., *et al. Op., cit.* pp. 199, 218

³⁰ *Ibid.* pp. 100, 117

³¹ *Ibid.* p. 157

con meses de anticipación, cuyo único objetivo palpable es el mantenimiento del *statu quo*³².

Meses antes de la UNGASS 2016 una comisión de expertos en materia de psicoactivos y políticas prohibicionistas agrupados en *The Johns Hopkins-Lancet Commission on Drug Policy and Health* presentaron un informe titulado *Public Health and international drug policy*, donde manifiestan la necesidad de un cambio en el enfoque con respecto a las políticas internacionales de control de drogas³³.

Por un lado el informe de la Comisión hace hincapié en la necesidad de adoptar una política de drogas acorde con las “Metas de Desarrollo Sustentable para el año 2030” de la ONU, puesto que consideran que la actual política no tiene un enfoque de derechos humanos que asegure la salud y el bienestar de todas las personas³⁴, aspecto a todas luces evidente. Por el otro, en la declaración final de la UNGASS 2016, se sigue haciendo énfasis en la idea de una “sociedad libre de drogas”. Una sociedad libre de drogas es entendida como aquella sociedad que aspira a la salud, igualdad, paz, seguridad y prosperidad³⁵, curiosamente todos los aspectos que trastoca la prohibición, pero que en la retórica de las instituciones prohibicionistas, son trastocados por los usos no médicos o científicos de psicoactivos como la marihuana.

La prohibición es una política que trastoca la salud, la igualdad, la paz y la seguridad y que es completamente incompatible con un enfoque de respeto de usos culturales y derechos humanos. En países como China, Camboya, Vietnam, Laos, Malasia, Tailandia

³² Cfr. Revista Cañamo. (2016, mayo 30)

³³ Cfr. The Lancet Commission. (2016, marzo 24)

³⁴ *Ibid.* p. 1

³⁵ Cfr. UNGASS 2016. (2016, abril 19)

e Indonesia, regiones donde históricamente han existido diferentes usos de la planta de cannabis³⁶, existen políticas represivas en materia de cannabis y todos los fármacos controlados por la política prohibicionista.

Hay por ejemplo tratamientos forzosos para los consumidores que se basan en trabajo forzado y castigos físicos, donde no hay una distinción entre uso y abuso, cualquier persona que sea sorprendida en posesión de cualquier fármaco ilícito enfrenta esas penas³⁷.

La declaración final de la UNGASS 2016 habla de basar el análisis y la política en los desarrollos científicos, sin embargo ignoran informes como el de la *Lancet Commission*. Como ya se mencionó, la Comisión plantea la evidente contradicción de la política prohibicionista y las Metas para el 2030, mientras que el documento de la UNGASS habla de su complementariedad y de su reforzamiento mutuo³⁸. Es posible distinguir cómo en el discurso oficial de la prohibición se sigue partiendo de la idea de que cualquier consumo no médico o con fines científicos es patológico por lo que la prohibición al buscar conjurar ese “peligro” es compatible con una sociedad más sana, segura y sostenible.

Ya sea el documento de la UNGASS de 1998 o el de 2016, el uso de cannabis para fines no médicos es concebido como una amenaza para la salud y el bienestar de la humanidad³⁹. El slogan de la reunión de 1998 fue “*A drug-free world, we can do it*” parece repetirse implícitamente en la UNGASS 2016. Esa idea de “un mundo sin drogas”

³⁶ Cfr. Hofmann, A., & Schultes, R. E. (2000) pp. 92-101 y Escobedo, A. (1998) *Op., cit.* p. 9

³⁷ The Lancet Commission. *Op., cit.* p. 28

³⁸ *Ibid.* p. 3

³⁹ *Ibid.* p.1

no incluye la distinción entre uso y abuso, además de representar una idea demagógica, sin sustento científico y que implica una enorme falta de perspectiva histórica con respecto al uso inmemorial de sustancias alteradoras del ánimo. Sin olvidar los consumos masivos de drogas psicoactivas reguladas como el café, el azúcar, el alcohol y tabaco que dichas declaraciones parecen ignorar.

Asimismo se refuerza la presuposición de que el uso de drogas es malo y peligroso⁴⁰, amenaza de tipo infantil, que justifica una política real cuyas consecuencias nefastas ya hemos mencionado y que al final de cuentas resulta más dañina socialmente que las sustancias que busca inútilmente prohibir para inhibir el consumo.

No hay que olvidar que México es uno de los países más afectados por dicha política nefasta y obsoleta. En este país han sido tantas las muertes por asesinatos, desde que el ex presidente Calderón lanzó su “Guerra contra el narcotráfico”, que algunas zonas del país la esperanza de vida ha disminuido debido a esa variable⁴¹. Es menester acabar con la idea de que la prohibición preserva la salud y la seguridad de la población, tal y cómo se sigue sosteniendo a nivel institucional, como se puede observar en la redacción inicial de la UNGASS 2016:

Reafirmamos nuestro compromiso con las metas y los objetivos de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas[...] [nuestra] preocupación por la salud y el bienestar, la salud personal y pública, problemas sociales y de seguridad derivados del uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.⁴²

⁴⁰ *Ídem.*

⁴¹ *Ibid.* pp. 1, 7

⁴² UNGASS 2016. *Op., cit.* p. 1

El documento sigue la misma retórica de hace 50 años: hay que prevenir y combatir el cultivo, la producción, fabricación y tráfico de esas sustancias ilícitas, puesto que las drogas siguen “representando” peligros para la salud, la seguridad y el bienestar de la humanidad⁴³. El documento final de la UNGASS 2016 es la prueba del cinismo institucional a nivel internacional. La ONU y los discursos que adopta en materia de derechos humanos y control de psicoactivos cumplen en la realidad política objetivos distintos a los que promulgan.

Pese al fracaso en todos los frentes, la cerrazón continúa. Con las políticas actuales hay más niños y jóvenes en todo el mundo consumidores no sólo de marihuana, sino de todo el catálogo farmacológico que ofrece el mercado negro. La violencia asociada a dicho mercado se alimenta de la misma política, sin contar su incompatibilidad con un enfoque de derechos humanos y libertades políticas⁴⁴. La prohibición no es salud y bienestar, es muerte, corrupción e ignorancia. Mientras que el documento de la UNGASS reafirma su compromiso con los tratados y convenciones internacionales, la Comisión de expertos hace el cuestionamiento con respecto a que dichos instrumentos jurídicos niegan los usos sociales, culturales y recreativos, al legitimar solo los usos medicinales y científicos⁴⁵.

En una conclusión más cercana a la realidad de los psicoactivos ilegales *The Lancet* concluye que la prohibición representa una política cuyos resultados son violencia letal, enfermedades, discriminación, injusticia y que al final de cuentas ha ido minando el derecho a la salud que se propuso defender en un principio. Concluyen también que el flagelo de las drogas y los daños sociales que éstas ocasionan, se han exagerado para

⁴³ *Ibid.* p. 2

⁴⁴ The Lancet Commission. *Op., cit.* pp. 42, 43, 44

⁴⁵ *Ibid.* p. 6

sostener la política y la burocracia prohibicionista, que históricamente ha demostrado su fracaso en sus objetivos originales y se ha traducido en un elemento desestabilizador de las sociedades democráticas⁴⁶.

Pese a toda la evidencia en contra, el documento de la UNGASS sigue recomendando un enfoque basado en la fuerza, al seguir promoviendo la cooperación entre autoridades de salud y las fuerzas del orden⁴⁷. Se siguen dando recomendaciones para reducir la delincuencia organizada⁴⁸ que justamente se organiza alrededor de las sustancias que siguen prohibiendo los documentos que ratificaron los Estados firmantes del documento final en abril de 2016.

La declaración final de la UNGASS 2016 sigue planteando el objetivo de luchar principalmente con tres plantas: la cannabis, el arbusto de coca y la adormidera⁴⁹. No se hace una distinción importante entre los diferentes tipos de uso, puesto que se sigue partiendo de la idea de que todo uso que no tenga fines médicos o científicos es un abuso que se tiene que combatir con la predicación de la abstinencia⁵⁰. Lo que alimenta la ignorancia farmacológica en tres niveles. A nivel empírico puesto que se continúa con la idea maniquea de drogas malas y drogas buenas. A nivel histórico puesto que se ignora la historia de los distintos consumos y del fracaso que ha demostrado la prohibición en más de medio siglo de existencia como política internacional y a nivel de la práctica médica, puesto que no se cuestiona el principio de prohibir los usos no médicos o científicos de la marihuana y de los otros psicoactivos hoy prohibidos.

⁴⁶ The Lancet Commission. *Op., cit.* p. 41

⁴⁷ UNGASS 2016. *Op., cit.* p. 5

⁴⁸ *Ibid.* p. 10

⁴⁹ *Ídem.*

⁵⁰ The Lancet Commission. *Op., cit.* p. 42

La declaración final de la UNGASS 2016 se resume en un compilado de páginas llenas de recomendaciones para seguir llevando a cabo una política destinada al fracaso, que ignora los pobres resultados y la inestabilidad social que provoca la política internacional de control de droga. Reitera su compromiso de respeto, protección y promoción de los derechos humanos, las libertades y la dignidad humana, pero se niega que la política prohibicionista no es compatible con los derechos humanos, las libertades civiles o la dignidad de las personas.

La política prohibicionista se sigue justificando puesto que se parte del supuesto de que el uso no médico de las drogas ilegales, incluida la marihuana, tiene graves consecuencias para la salud pública⁵¹. Pero no se mencionan cuáles son esas consecuencias, como se leía líneas atrás, el consumo de cannabis no representa una variable que ponga en cuestión la salud pública, ni se mencionan tampoco las graves consecuencias para la salud pública y para la vida social en general que provoca la política prohibicionista: muertes por “sobredosis”, infecciones virales, adulteración, corrupción, inestabilidad política, etc.

La ideología prohibicionista está tan encarnada que cualquier intento sensato por introducir cambios que busquen regular drogas como la marihuana es criticado en el nivel internacional por constituir medidas contrarias al espíritu de la prohibición, ya que constituyen “obstáculos” en la lucha internacional contra las drogas⁵².

En ese sentido es menester aclarar que el término de “uso médico” no remite a aquello que crean conveniente los especialistas, sino que remite a la valoración sobre el uso de unos determinados compuestos químicos frente a otros. Tómese por ejemplo el caso de la

⁵¹ Cfr. Comisión de Estupefacientes. (2016, marzo 31) p. 14

⁵² *Ibid.* p. 15

metadona para tratar la heroíomanía. La metadona es una sustancia igual o más peligrosa que la heroína, pero la diferencia de valor se da porque el uso de la metadona es un uso médico legítimo contra el uso ilegítimo que hace el *junkie* con la heroína⁵³.

Volviendo al cannabis, se reafirma la imposibilidad de mantener prohibidos sus usos no médicos. Un uso moderado no presenta inconvenientes e incluso un uso problemático que es la excepción y no la regla, produce menos daños individuales y sociales que el uso problemático de fármacos legales como el tabaco, el alcohol o el azúcar. Particularmente el alcohol produce violencia, adicción, psicosis, malformaciones fetales y descoordinación que puede resultar fatal, pero así mismo le reconocemos el bien de la cordialidad, la relajación y la franqueza, bienes que compensan los aspectos negativos de este psicoactivo. En lugar de prohibir, preconizamos el buen beber e incluso algunas personas hacen de su ebriedad alcohólica una forma de arte⁵⁴.

A la idea de que ciertas ebriedades son malas por definición ya que remiten a la evasión de la realidad, al crimen o al suicidio lento, que representa una idea perniciosa⁵⁵ para las sociedades democráticas, habrá que contraponer la meta clásica de “elevar la ebriedad al estatuto de las demás bellas artes”⁵⁶, con miras a atacar el falso dilema de un mundo con o sin drogas.

De ahí la necesidad de dirigir el análisis a uno de los supuestos básicos de la política prohibicionista: únicamente los usos médicos y científicos de los fármacos representan los usos legítimos. Como se pretende demostrar, no hay un fundamento desde la

⁵³ Escohotado, A. (1998) *Op., cit.* p. 69

⁵⁴ *Ibid.* pp. 76, 77

⁵⁵ *Ibid.* p. 89

⁵⁶ *Ibid.* p. 77

medicina para sostener el principio de que los usos médicos y científicos de la marihuana o de cualquier otro fármaco son legítimos; frente a los usos ilegítimos y patológicos. Dicha distinción corresponde más a la condena de lo que se considera un defecto moral que a una enfermedad propiamente dicha.

Es importante mencionar también la cuestión de la marihuana medicinal, cuestión que como se verá en el primer apartado, se encuentra con un pie en la prohibición y con el otro en su fin. Se reconocen las potencialidades médicas del cannabis, pero se sigue partiendo de la idea de un tutor, especialista en medicina, para poder justificar su uso, dejando en la clandestinidad a los usuarios no médicos o aquellos que no precisan de un especialista, perpetuando el orden farmacológico actual.

El problema es que al parecer, en la actualidad, los discursos médicos y las políticas de regulación de la marihuana tienden a quedarse en el plano de esos usos medicinales, negando o al menos ignorando otro tipo de usos⁵⁷ que existen de hecho. Los médicos tendrían el poder de mandar sobre los apetitos farmacológicos de la población, pero cómo se pretende mostrar, no hay una justificación desde la propia medicina para poder ser la nueva policía farmacológica. Si los médicos son la nueva autoridad en materia de consumo de drogas habría un obstáculo para lograr el fin de las políticas prohibicionistas, ya que se seguiría negando la realidad y la legitimidad de los usos no médicos o científicos de la *yerba*.

⁵⁷ Eso con el caso de la marihuana, pero si se sigue negando la realidad del consumo no médico ¿Cómo esperar regulaciones de sustancias como la heroína o la cocaína, por mencionar algunas de las más satanizadas?

En las recientes reformas a la Ley General de Salud en México⁵⁸, se regularizaron los usos médicos y científicos de ciertos preparados de cannabis, regulación que si bien es un paso para tener acceso a la cannabis como medicamento, no es un cambio que esté fuera del espíritu de la prohibición de la marihuana. Como se leía líneas atrás, los Tratados Internacionales en la materia nunca prohibieron los usos médicos y científicos, estos se prohibieron en nuestro país desde una condena moral que se gestó en el siglo XIX⁵⁹.

Así la más reciente legislación mexicana no significa ningún avance con respecto a las políticas internacionales de prohibición de cannabis. El regular únicamente los preparados de cannabidiol (CBD) que contengan menos de 1% de tetrahidrocannabinol (THC), como propone la ley actualmente en México, es seguir con las ideas de la prohibición, puesto que si bien se acepta el uso medicinal del CBD, ningún preparado podrá llevar THC, que es el compuesto psicoactivo, puesto que “constituyen un problema grave para la salud pública.”⁶⁰ Patologizando de entrada la psicoactividad y dando legitimidad a la intervención del médico para conjurar ese supuesto peligro a la salud pública.

Si se sigue partiendo de la intervención por parte del estamento médico para dar legitimidad al usuario se filtra la categoría de consumidor como enfermo. Y si se considera la definición de criminal como objeto de transformación por parte de un saber y de ciertas prácticas⁶¹, no se logra un avance sustancial, puesto que el usuario tendría la categoría de objeto de transformación por parte del saber y de la práctica médica. Los

⁵⁸ Cfr. Peña Nieto, E. (2017, junio 19)

⁵⁹ Ver capítulo II

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ Cfr. Foucault, M. (2005) *Curso de 1973-1974* p. 78

consumidores, incluso los consumidores habituales no pueden ser considerados ni enfermos, ni criminales.

No se trataría entonces de negar el papel que deben jugar los médicos en las políticas de drogas pos-prohibicionistas, sino de ubicar ciertas relaciones de poder y ciertas concepciones que dificulte la transición y el fin de las políticas prohibitivas del consumo y producción de drogas para usos no médicos. Se trata de buscar separar la identidad *consumo/enfermedad* para abonar a la idea de que el consumo de marihuana en primer lugar, pero esto se puede extender al conjunto de sustancias psicoactivas bajo control, no representa un problema de salud o al menos no uno que justifique una política como la que padecemos actualmente.

Se trata a fin de cuentas de argumentar contra la idea, muy difundida en la actualidad, de que las drogas son un problema de salud pública y no uno de seguridad. Ni una cosa ni la otra. Esa patologización tanto policial, como médica y social impide el desarrollo de una política sensata en materia de dietas farmacológicas. La problemática es poder superar esa concepción para poder establecer el consumo de marihuana como una práctica cultural válida que no necesita elementos externos ya sean penales, médicos o morales que la limiten o prohíban.

Tomando en consideración esos puntos se sostiene que ante el innegable fracaso de la prohibición y ante la necesidad de pasar a la normalización y regulación de la planta de cannabis, es menester cuestionar la ilegitimidad conferida a los consumos no médicos por parte del estamento médico-judicial, para poder establecer otro tipo de relaciones con la marihuana que partan de la esfera autónoma del individuo. Es necesario demostrar el

fracaso y la imposibilidad del sostenimiento de dicha política, atacando de raíz el principio que establece usos legítimos e ilegítimos de drogas con base en los fines del consumo (uso médico y legítimo / uso no médico ilegítimo y patológico).

Se sostiene entonces que no es posible categorizar un consumo como patológico sólo porque no hay una tutela médica o porque no se busque la terapia. Esa idea presente en la base de los Tratados Internacionales de control de drogas y en la reciente reforma nacional en la materia, no tiene un sustento teórico desde la medicina. Además de que actualmente representa un obstáculo para lograr políticas de dietas farmacológicas más maduras. Es difícil luchar contra una política que se viste de ciencia y bienestar, pero que como se pretende demostrar, se basa en la ignorancia y la estigmatización social.

Para demostrar la hipótesis anterior, el primer capítulo tratará el problema muy de cerca de sus relaciones con el saber médico, partiendo de la relación entre adicción y patología. El segundo apartado abordará la cuestión de la marihuana medicinal, haciendo un recuento histórico general del concepto, buscando apuntar sus límites y sus ventajas en la construcción de una nueva relación con la cannabis. El tercer apartado discutirá la relación entre los conceptos médicos y su formación en determinados valores culturales, relacionados con la categorización de ciertos hábitos como patológicos. Para pasar, al final de este capítulo, a las discusiones teóricas de la salud para poder tener una referencia analítica con respecto a la frontera entre estado normal y estado patológico de la mano de Canguilhem, Boorse y Nordenfelt. Buscando hacer énfasis en la importancia de hablar de salud individual en materia de consumos no médicos de cannabis.

El segundo capítulo, más cerca de la cuestión moral del problema, partirá de las discusiones políticas actuales en México con respecto al uso médico y no médico de cannabis, buscando explicar la renuencia al cambio y la lentitud del debate contemporáneo por medio de un análisis de la configuración del estigma social contra el consumo de cannabis en México, que como se verá poco tenía que ver con medicina y mucho con ideas racistas y prejuicios sociales contra los consumidores.

El tercer capítulo, condensando toda la información expuesta, cuestionará la patologización de los consumos no médicos desde la noción de parapatología propuesta por Michel Foucault. Entendiendo parapatología como defecto moral que se trata en la práctica y en el saber como enfermedad⁶². Y si se considera una enfermedad se activan ciertos mecanismos de poder, puesto que la enfermedad es entendida como un fenómeno de población que afecta directamente las fuerzas de producción económica⁶³. Analizando la condena del consumo de cannabis más allá de las relaciones de poder de la medicina, es decir, en el plano moral de la patologización, buscando armonizar el análisis foucaultiano con lo expuesto hasta ese punto.

La concepción de que todo uso no médico es abuso y por lo tanto enfermedad instaaura ciertos procesos de subjetivación con relaciones de poder específicas que se traducen en el verdadero problema de las drogas: mercado negro, adulteraciones, corrupción, extorsión de los usuarios, segregación social y conductas autodestructivas.

Finalmente frente a esa visión se explorará otro polo de la embriaguez, pero donde ésta no es vista como enfermedad sino al contrario como una forma cultural válida que, como

⁶² Cfr. Foucault, M. (2000). *Curso de 1974-1975* p.32

⁶³ Cfr. Foucault, M. (2000). *Curso de 1975-1976* p. 221

ya se mencionaba, es preciso elevar a la categoría de las bellas artes, para poder alcanzar otro tipo de relaciones con la milenaria planta de la cannabis. Relaciones que como se pretende demostrar pueden estar basadas en un ethos de consumo desde el individuo y su experiencia espiritual con la cannabis, como lo es de la sobriedad ebria, que cambie en última instancia la representación social de los consumidores.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DESDE LA MEDICINA:
PATOLOGIZACIÓN,
MARIGUANA MEDICINAL Y TEORÍAS DE LA SALUD

La ilegitimidad del consumo de cannabis sin fines médicos y científicos está influida por varios factores relacionados con el saber médico y la distorsión cultural de la prohibición. Con el objetivo de hacer explícitos dichos factores en el primer apartado de este capítulo se buscará poner en cuestión la identidad entre adicción y patología, el segundo abordará la cuestión de la mariguana medicinal y su relación con la ilegitimidad del consumo. Aclarados esos puntos se revisarán la relación entre los conceptos médicos y su formación en el espesor de la historia. Además de manera general se revisarán tres teorías de la salud para al final de capítulo indagar la relación entre consumos no médicos, su patologización y la necesidad de remitir al individuo para hablar de usos legítimos o ilegítimos.

Adicción y patología en el consumo de cannabis

La justificación sobre el control médico o jurídico del consumo de cannabis tiene una fuerte raíz en la patologización de la adicción. Como ya se mencionaba líneas atrás, formalmente solo se reconoce como legítimo el uso con fines médicos y científicos, cualquier otro uso se considera abuso, abuso que finalmente tiende a la adicción, a la patología. Este reconocimiento formal de la patología en la adicción no distingue entre fármacos, contextos socio-culturales, ni mucho menos acepta la idea de la libertad de

consumo, sea cual que sea su fin. Lo anterior resulta problemático puesto que esa falta de distinción y ese miedo al consumo habitual fueron dos factores que influyeron en la difusión internacional del control de cannabis y son esos factores parte de los obstáculos en el camino a la legitimidad de los distintos consumos.

Para poder abonar a la superación de la patologización del consumo no supervisado será necesario revisar la noción de *desorden de consumo de sustancias* y el de *adicción* en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition* (DSM-V). Para en un segundo momento cuestionar algunos aspectos problemáticos de esos conceptos y finalmente buscar entender el fenómeno del consumo habitual más allá de la adicción patológica apelando a su relación con el consumidor concreto.

Es importante mencionar que el concepto mismo de *adicción* esta comenzando a perder fuerza dentro de los discursos sobre usos sin fines médicos o científicos de los psicoactivos. Así por ejemplo el DSM-V no utiliza dicho término, utilizando en su lugar el concepto de *desorden en el uso de sustancias*. Lo anterior debido a que no hay una definición clara de adicción, además de que la palabra tiene una carga negativa fuerte⁶⁴.

La carga negativa a la que refiere el DSM-V está alimentada por un entendimiento pre-teórico del problema del consumo de sustancias psicoactivas. Ese entendimiento pre-teórico identifica a la persona adicta como un ser compulsivo, mecánico e insensible a cualquier recompensa o castigo, olvidando elementos importantes que condicionan los comportamientos humanos como la autoconciencia, la propia cultura y la capacidad de

⁶⁴ Cfr. American Psychiatric Association. (2013) p. 485

elección⁶⁵. Lo anterior se traduce en una patologización social y médica. Social puesto que ya no puede ser un miembro activo al basar su comportamiento en una compulsión casi mecánica por consumir, insensible a su entorno, y a nivel médico puesto que necesita de la intervención médica, la pida o no, para poder intentar salir de su problema. Lo anterior sin distinguir si se consume una u otra droga o si se consumen habitualmente varias, cuál es la tolerancia del uso, la frecuencia, las cantidades y sí el usuario se reconoce como enfermo, es decir, todo lo referente al consumo concreto de psicoactivos.

El DSM-V intenta evitar esa valoración pre-teórica, categorizando y dividiendo los distintos desórdenes de uso de acuerdo a fármacos específicos y llevando el problema a la esfera de la persona, del usuario particular y no de la categoría genérica de adicto. Aunque sí admite una esfera general de evaluación del “desorden” puesto que el *Manual* remite a cuatro criterios que definen como patológicos determinados comportamientos relacionados con el uso de psicoactivos: incapacidad de control del consumo, problemas en el entorno social del consumidor, riesgo por uso y los criterios farmacológicos de tolerancia y síndrome de abstinencia⁶⁶.

Si bien el tratamiento del tema en el DSM-V muestra avances con respecto a una concepción pre-teórica de la adicción, al final, al retomar los cuatro criterios que confirman que la persona sufre un “desorden de sustancias”, por encima de la experiencia del usuario, vuelve a un punto muy cercano de la categorización de un individuo compulsivo, sin voluntad e indiferente a castigos y recompensas. Aspectos que difícilmente remiten a un consumidor de cannabis, puesto que en los consumos de hecho

⁶⁵ Cfr. Elster, J. (1999) p. X

⁶⁶ American Psychiatric Association. *Op., cit.* p.483

sólo una pequeña fracción de usuarios reporta problemas con el uso⁶⁷, los riesgos sociales y del propio consumo están más emparentados con la prohibición, exclusión y estigma social a los usuarios, mercado negro y el presupuesto de que por el simple hecho de usar cannabis eres un delincuente o un enfermo.

El DSM-V utiliza el criterio de tolerancia para hablar de problemas de consumo y patologización de los usuarios, pero como el mismo manual documenta, así como experimentos realizados en usuarios habituales al volante, el criterio farmacológico de la tolerancia no tiene que ser de entrada patológico. El manual describe a un usuario habituado cuya intoxicación ya no resulta evidente por su tolerancia⁶⁸ y en lugar de partir de la idea de la tolerancia tal como era entendida en la antigüedad como una forma de familiaridad con la sustancia⁶⁹ y por ende una forma de reducir daños en el consumo, se parte de la patologización al ser uno de los factores para diagnosticar un *desorden en el uso de sustancias*. En el caso concreto de la cannabis, la tolerancia por ejemplo hace que no sea tan peligrosa la conducción de un vehículo como en el caso de la intoxicación alcohólica⁷⁰. Haciendo de la marihuana un fármaco más seguro a nivel social.

En el DSM-V, partiendo de los criterios de diagnóstico no remite a la experiencia concreta del usuario. Reconoce que los únicos problemas para la salud física son ocasionados por el humo y no por el consumo en sí, no establece con claridad cuáles son los problemas psicológicos que se pueden exacerbar por el uso continuo de la planta. Además reconoce que el síndrome de abstinencia ocasionado por la cannabis, no es tan

⁶⁷ Room, R., *et al. Op., cit.* p. 53

⁶⁸ American Psychiatric Association. *Op., cit.* p. 512

⁶⁹ Escohotado, A. (2008) *Op., cit.* p. 133

⁷⁰ Cfr. Anderson, D. M., & Rees, I. D. (2014) p. 7

severo con el de otros fármacos, por lo que la intervención médica no es necesaria en la gran mayoría de los casos⁷¹. Pero finalmente no parte del individuo sino de una instancia externa que lo patologiza.

Sin embargo la patologización del uso habitual de cannabis está presente desde el momento en que se incluye dentro de los “desordenes en el uso de sustancias”. Ya sea llamado “desorden” o “adicción” es posible vislumbrar el carácter patológico del comportamiento que se busca etiquetar. El problema parece desbordar el orden biológico-cerebral puesto que hay elementos socio-culturales que hay que considerar.

El partir de una concepción puramente biológica puede conllevar a la categorización de cualquier hábito como un punto fijo que marca una adicción patológica, olvidando dos cosas importantes. La primera es que la adicción no es un punto fijo, sino el extremo de una gama de comportamientos⁷², gama donde se puede incluir un hábito de consumo sin caer en patologización. La segunda que tiene que ver con que a la fecha no se han identificado un sustrato biológico diferente entre los adictos y los no adictos. Aunque la idea de la adicción como una enfermedad del cerebro es atractiva, como menciona el neurocientífico Carl Hart, es una idea vacía, puesto que la adicción no tiene la misma naturaleza que el Parkinson o la enfermedad de Huntingtons⁷³, enfermedades reales del cerebro.

La afirmación anterior resulta problemática porque choca con la concepción de que la adicción es una enfermedad, una enfermedad del cerebro (aspecto dominante en la

⁷¹ *Ibid.* pp. 511, 515, 516, 518

⁷² Cfr. Waal, H., & Mørland, J. (1999) p.122

⁷³ Cfr. Hart, C. L. (17 de febrero de 2017) p.1

cultura de las drogas actual) y que la solución al problema se encuentra dentro de los circuitos cerebrales⁷⁴. Si bien es cierto que el sistema de recompensa dopamínico juega un rol dentro del proceso de adicción, ésta no puede ser reducida al funcionamiento del cerebro. Lo anterior ha sido corroborado en pruebas con animales donde a pesar de no contar con un sistema de recompensa de dopamina, su consumo no se reduce⁷⁵.

El adquirir un hábito es una forma de desarrollar un apetito, que a nivel personal se puede configurar como *dependencia existencial*, es decir, desplegar una identidad donde el hábito es crucial y que no necesariamente se puede considerar como una patología. En principio se puede establecer que el control como continencia es compatible con la adicción (*sobria ebrietas*⁷⁶), puesto que el considerar la adicción como una forma de esclavitud está influenciado por un lado de las normas que valoran las dependencias y por el otro por las propias medidas de autocontrol⁷⁷, remitiendo a un plano social y a uno individual.

La referencia al autocontrol resalta en la medida en que parte de que las personas habituadas al cannabis, por ejemplo, no pierden toda su voluntad. Si bien se puede establecer que el hábito de consumo reduce la voluntad, es decir, la capacidad de transformar decisiones normativas en acciones, no significa que el consumidor sea un ser sin ésta, puesto que teniendo un hábito de consumo es posible tener voluntad de dirigirlo y controlarlo⁷⁸.

⁷⁴ Cfr. Gardner, E. (1999) p.90. En dicho texto se expone la idea de la adicción como una enfermedad del cerebro, cuya solución recae en el estudio de los circuitos de dopamina en el cerebro.

⁷⁵ Waal, H., & Mørland, J. *Op., cit.* p. 124

⁷⁶ Cfr. Escotado, A. (1999) p. 83

⁷⁷ Cfr. Watson, G. (1999) pp. 13,16,17,18

⁷⁸ Cfr. Gjelsvik, O. (1999) pp. 33, 37, 49

Cuando se habla de hábitos o de adicción no se puede partir de una concepción patológica basada en la química y la biología que convierte a los usuarios en seres sin voluntad sin más, donde lo social no tenga ninguna inferencia. Algunos efectos de la adicción son causados y agravados por las actitudes restrictivas y punitivas de la sociedad más que por los efectos del consumo⁷⁹.

Si se parte de que la adicción es un comportamiento destructivo, su condena social será mayor y los problemas relacionados con ésta también se agravarán. En todas las sociedades humanas a lo largo de la historia han existido consumos de psicoactivos pero eso no se ha materializado en una concepción universal de la adicción. Históricamente se pueden identificar tres tipos de uso: uso no adictivo, uso habitual no visto desde una cultura particular como algo negativo y el uso considerado adictivo por determinada cultura⁸⁰.

El alcohol constituye un ejemplo paradigmático, puesto que las normas sociales relacionadas con su consumo van desde la prohibición total hasta la regulación cultural, donde se puede incluir la condena a los excesos, o a la abstinencia como en el caso de los mapuches o de los franceses⁸¹. El alcohol, siendo una droga dura, por sus efectos y las consecuencias de un consumo extendido, puede ser controlada culturalmente, pero es necesaria una cultura de consumo que funcione a manera de regulación.

Si se parte de la idea de que el consumo habitual de psicoactivos deviene necesariamente en un desorden patológico, donde, por las características químicas de determinada

⁷⁹ *Ibid.* p. 145

⁸⁰ Cfr. Elster, J. (1999) p. 251

⁸¹ *Ibid.* pp. 253-254

sustancia el usuario es un esclavo sin voluntad, es imposible desarrollar una relación más madura con los psicoactivos hoy prohibidos.

El saber que una sustancia tiene potencial de desorden de uso, modifica la propia percepción y los efectos del hábito sobre la voluntad. A lo que se suma que la autoconciencia de la adicción patológica refuerza dicha adicción. Cabe recordar que el concepto de adicción, concomitante con la idea de un ansia de consumo es relativamente moderno. Antes del siglo XIX el alcoholismo y el consumo habitual de otras sustancias recreativas eran vistos como un defecto moral y no como una especie de patología. Patologización donde el adicto cumple un rol, asignado más por la cultura que por la fisiología⁸².

La cultura provee la etiqueta cognitiva de la adicción, que arrastra consigo los valores y las normas que condicionan el comportamiento adictivo, de manera negativa se parte de la idea de que es casi imposible salir de una adicción. No hay que olvidar que las creencias y conceptos previos influyen en la etiología de los estados adictivos⁸³. Considerando lo anterior, se vislumbra la importancia del cambio de paradigma ético con respecto a la cannabis. Donde no se parta de una prohibición basada en una patologización social o médica, sino de una libertad de consumo sin estigma desde la experiencia del usuario y no desde una instancia exterior a él.

El miedo a la adicción y su patologización parten del supuesto prohibicionista de que la intervención médica conjura o al menos dificulta el desarrollo de la patología. Lo anterior no sólo ilegitimiza a los usuarios no médicos, sino que genera confusión pues la

⁸² *Ibid.* pp. 258, 259

⁸³ *Ibid.* pp. 268, 270

mariguana medicinal no se concibe como una prescripción para los usuarios habitados, sino como medicamento para el tratamiento de distintas enfermedades. En ese sentido van las propuestas de mariguana medicinal, donde el consumo tiene como fin la terapia y lo más importante es supervisado por un profesional de la medicina.

Como se podrá ver en el próximo apartado la cuestión de la mariguana medicinal no abona a la superación de las políticas prohibitivas relacionadas con el consumo de cannabis.

La cuestión de la mariguana medicinal.

Durante los últimos años del siglo XX y los primeros del XXI, la cuestión de la mariguana medicinal ha sido la vanguardia en la lucha por terminar con las políticas prohibitivas de la cannabis. Al ser considerada un medicamento útil contra ciertos malestares, cuestiona de tajo su prohibición basada en su supuesta inutilidad médica y potencial de abuso⁸⁴.

Sin embargo surge un problema: la legitimación del uso de cannabis para tratar ciertas enfermedades, de cualquier manera, continuaría categorizando el uso sin fines médicos como un uso ilegítimo, abriendo la puerta a la patologización y segregación de los usuarios. Resurge la cuestión de los usos legítimos e ilegítimos, que no puede ser superada puesto que se sigue partiendo de la legitimidad basada en la prescripción de un especialista en medicina. Antes de llegar a la tensión entre los usos de la cannabis, es

⁸⁴ Cfr. Lee, A. M. (2013) Capítulo VI *From blunts to ballots*

conveniente revisar un poco de la historia de la marihuana medicinal o de la cannabis como medicamento.

La planta en cuestión ha acompañado al ser humano desde hace al menos 10 000 años, es decir, desde el perfeccionamiento de la agricultura. No se sabe cual fue el primer uso que se le dio, pero posiblemente haya sido como fibra puesto que se han encontrado fibras muy antiguas en China⁸⁵.

La primer referencia del cannabis como medicina la da el emperador y herbario Shen Nung quien hace 5 000 años recomendaba la cannabis contra diversas enfermedades como el paludismo, los dolores reumáticos y los padecimientos femeninos. Pero fue en la India donde encontró un exhaustivo uso en la medicina popular, donde cubría desde el control de la caspa hasta la tuberculosis. En distintas partes de África era valorada por aliviar la disentería, el ántrax y la fiebre⁸⁶.

Diversos textos musulmanes mencionan el uso del cannabis como diurético, digestivo, antiflatulante, para “aclarar la mente” y combatir el dolor de oídos. En 1464, el médico Ibn al-Badri reportó que el hijo epiléptico del califa fue tratado con resina de cannabis (*hachisch*) y que quedó curado por completo, pero se habituó a la sustancia y no podía estar en ningún momento sin la droga⁸⁷.

Si bien su uso medicinal estaba muy bien documentado en la antigüedad en diversas partes de mundo, el mundo occidental estaba familiarizado más con su uso como fibra, aunque no faltan las referencias que hicieron los médicos clásicos Galeno y Dioscórides o

⁸⁵ Hofmann, A. ; Schultes, R. *Op., cit.* p.94

⁸⁶ *Ibid.* pp. 96, 97

⁸⁷ Cfr. Zuardi, A. (2006) p.155

los médicos medievales⁸⁸. No es sino hasta el siglo XIX cuando la disciplina médica no sólo redescubre el potencial curativo de la marihuana, también comienza a diferenciar el cáñamo de la planta con flores y resina psicoactiva^{89*90}.

En 1839 el médico irlandés William B. O'Shaughnessy publica *On the preparations on Indian Hemp or gunjah*, obra donde documenta el uso tanto estimulante como medicinal en Sudáfrica, Sudamérica, Turquía, Egipto, medio oriente, Asia e India y donde establece lo siguiente: “but in western Europe its use either as stimulant or as a remedy is equally unknown”⁹¹. La investigación de O'Shaughnessy sirvió de punta de lanza para introducir el cannabis en la farmacopea de la disciplina médica y para documentar que occidente aprendió el uso médico y psicoactivo de la cannabis de sus colonias⁹².

En 1854 la marihuana aparece en las listas de medicamentos oficiales en los Estados Unidos, con la única precaución de considerar la variabilidad de los efectos. Para finales del siglo XIX, se habían escrito más de 100 artículos médicos para documentar los beneficios de esa “nueva droga maravillosa”⁹³.

Cómo se mencionaba en los primeros apartados, con el fin del siglo XIX se da en los Estados Unidos, un movimiento moralista de prohibición, apoyado por médicos y farmacéuticos, mismos que de manera activa participaron en la instauración de las

⁸⁸ Hofmann, A. ; Schultes, R. *Op., cit.* p. 97

⁸⁹ Es común aún hoy confundir las plantas de cáñamo, utilizadas para sacar fibra, con las plantas de marihuana, utilizadas para la marihuana y todos los preparados psicoactivos. Incluso la ley mexicana no hace la distinción.

⁹⁰ J. Moreau escribe en 1845 que el hachisch proviene de la vieja planta conocida como cáñamo. Cfr Moreau, J. (1845) p. 5

⁹¹ Zuardi, A. *Op., cit.* p. 155

⁹² Lee, A. M. *Op., cit.* p. 75

⁹³ *Ibid.* pp.71, 72

primeras medidas restrictivas en materia de drogas⁹⁴. Medidas donde se incluyó el uso medicinal de la cannabis.

El naciente paradigma prohibicionista y la incompatibilidad de la mariguana con la farmacología de la disciplina médica, que se basa en preparados de sustancias puras y no vegetales completos, hicieron que el uso de cannabis como medicina decreciera durante los primeros años del siglo XX⁹⁵.

Hay que considerar además la particularidad del efecto del cannabis, puesto que sus potencialidades curativas frecuentemente son difíciles de distinguir de sus potencialidades psicoactivas⁹⁶. En este punto surge la tensión entre usos medicinales y no medicinales, ya que si bien se conocieron los efectos curativos, al no estar familiarizados con la química de la planta⁹⁷ y al tener presentes sus efectos psicoactivos, los médicos comenzaron a pensar en su inutilidad médica y por lo tanto en su inutilidad social.

Es también a finales del siglo XIX que se da la transición de los preparados de cannabis para ingerir (mayormente utilizados en medicina) hacia la costumbre de fumar, sobre todo porque los preparados médicos eran muy fuertes y el consumir la sustancia por medio de la combustión provocaba una ebriedad más suave y manejable⁹⁸.

El fumar *hachisch* era costumbre excéntrica y elegante en la Francia de la segunda mitad del siglo XIX, que en México fue imitada por ciertos sectores de la burguesía⁹⁹. En

⁹⁴ Pérez Montfort, R. *Op., cit.* p.50

⁹⁵ Zuardi, A. *Op., cit.* p. 1

⁹⁶ Hofmann, A. ; Schultes, R. *Op., cit.* p.96

⁹⁷ El Tetrahidrocannabinol (THC) principal componente psicoactivo de la cannabis no fue sintetizado hasta 1964 por el Dr. Raphael Mechoulam en la Universidad de Jerusalem.

⁹⁸ Lee, A. M. *Op., cit.* p. 75

⁹⁹ *Ibid.* p. 103

cambio el fumar marihuana era visto con cierto desprecio puesto que ese hábito pertenecía al mundo indígena y popular, considerado como un vicio de “pobres, de presos y soldados”¹⁰⁰.

Para finales del siglo XIX y principios del XX la marihuana era ampliamente utilizada como medicamento y como embriagante en las capas más desfavorecidas de la sociedad mexicana, lo que la convirtió en el chivo expiatorio para explicar las desigualdades sociales, ya que comenzó a gestarse la idea de que los pobres eran pobres porque fumaban marihuana¹⁰¹. Lo anterior ejemplifica el carácter xenófobo de las políticas de control de drogas, que no se basa en un análisis de su utilidad médica, individual o social, sino en las características del grupo social que las utiliza para establecer legitimidad en los usos.

Así la cannabis pasó de la “nueva droga maravilla” en la segunda mitad del siglo XIX a la amenaza social en la primera mitad del XX. Curiosamente es en los Estados Unidos donde inicia una fuerte campaña internacional contra la cannabis y en esa misma geografía es donde comienza la reivindicación de la marihuana como medicamento y como psicoactivo más allá de las restricciones del prohibicionismo internacional.

En 1976 Robert Randall es detenido en los Estados Unidos por cultivar marihuana en su propiedad, cannabis que era utilizada para combatir su glaucoma. Randall inicia un juicio que termina ganando, por lo que el gobierno federal por medio del Investigational New

¹⁰⁰ Pérez Montfort, R. *Op., cit.* p.64

¹⁰¹ Lee, A. M. *Op., cit.* pp. 103,104

Drug program (IND) le suministró desde 1978 cigarrillos de cannabis cultivada en la Universidad de Missisipi¹⁰².

El programa fue cancelado en 1992, hasta esa fecha, sólo 15 pacientes tuvieron acceso a la mariguana cultivada por el gobierno. La administración de Bush padre justificó la cancelación argumentando la existencia de fármacos que trataban mejor los padecimientos para los que se utilizaba la cannabis. Aunque se puede establecer que el argumento real era que el programa cuestionaba de raíz la categorización de la mariguana como una sustancia sin utilidad médica y con propensión al abuso¹⁰³.

Es posible hablar de una primera tensión entre la prohibición y el uso medicinal de la cannabis, donde las personas que la necesitaban como medicamento, la utilizaron a pesar de las prohibiciones y a pesar de que la disciplina médica no reconocía un vegetal como un medicamento válido, esa primera tensión tuvo su primera chispa con la inclusión del cannabis al IND en los años de 1970 y concluyó con la legalización de la mariguana medicinal en California en 1996.

A finales de los años 80 del siglo XX, la investigación científica sobre la cannabis era muy escasa y se enfocaba en probar los daños a la salud que provocaba su consumo. Sin embargo también durante esa década comienzan a gestarse movimientos desde la sociedad civil que abogaban por el fin de las políticas restrictivas con respecto al uso medicinal o no de la mariguana. Dentro de esas demandas, la exigencia por el respeto a los derechos de los pacientes para utilizar mariguana se hizo cada vez más fuerte en California. Concretamente en San Francisco, debido a la epidemia de SIDA, muchos

¹⁰² Cfr. Medical Cannabis. (2016)

¹⁰³ Lee, A. M. *Op., cit.* pp. 572, 573

enfermos exigían poder utilizar la “yerba” para aliviar los dolores provocados por el Síndrome¹⁰⁴.

Después de casi 20 años de cabildeo, el 6 de noviembre de 1996, el estado de California se convierte en el primer estado de la Unión Americana en legalizar el uso medicinal de la marihuana. La campaña tuvo éxito en gran parte porque es muy difícil considerar como una buena política pública el criminalizar a personas enfermas¹⁰⁵. Surge aquí la tensión que interesa a la presente investigación: por un lado es nuevamente legítimo el uso medicinal, pero cualquier uso no supervisado por un médico sigue siendo ilegítimo, lo que genera una serie de problemas que se revisará en los siguientes párrafos.

La tensión que se mencionaba en las líneas anteriores tiene su raíz en la política internacional de drogas, donde se sigue considerando al cannabis dentro de la Lista I de sustancias controladas. Es decir se sigue considerando a la marihuana como un psicoactivo con alto porcentaje de abuso, sin utilidad médica y aun bajo supervisión médica se considera inseguro¹⁰⁶.

Sin embargo, aunque la cuestión de la marihuana medicinal critica ese principio de inutilidad social o médica, se sigue pensando en la necesidad de la supervisión médica en cualquier uso de cannabis, mientras no cambie la legislación. Lo que resulta paradójico puesto que al menos en California, el movimiento de la marihuana medicinal llevó a los

¹⁰⁴ *Ibid.* pp. 512, 513, 557, 558

¹⁰⁵ *Ibid.* pp. 605, 606

¹⁰⁶ Cfr. California Medical Association. (2011, octubre 25) p.6

médicos al lugar inapropiado, al convertirlos en guardianes del acceso público a la planta¹⁰⁷.

Los médicos al convertirse en los *gatekeepers* se convierten en los *dealers* de los usuarios no medicinales, quienes aprovechan el sistema de marihuana medicinal para abastecerse de *yerba* de calidad y no arriesgarse en el mercado negro¹⁰⁸. Hay entonces una dificultad para el control de la marihuana medicinal, que de una u otra forma termina consumiéndose de manera no medicinal. Al legislar solamente los usos supervisados por el médico se sigue dejando en la clandestinidad a los usuarios no supervisados¹⁰⁹.

De esta situación se desprenden dos problemas: resurge el debate de la categorización de la marihuana como medicamento, puesto que es una planta que contiene más de 400 sustancias, y el problema de la legitimidad e ilegitimidad de los usos de la cannabis.

La marihuana al ser una hierba no encaja en el modelo de la medicina científica, puesto que no hay un control sobre la dosis, las concentraciones y los efectos psicoactivos que varían de persona a persona¹¹⁰.

Con esto se podría pensar en el la síntesis de diversos medicamentos de cannabis y la autorización de su uso¹¹¹. Si bien es cierto que es una posibilidad para controlar mejor la eficacia, pureza y potencia del medicamento, también es cierto que utilizar medicamentos de laboratorio encarece el precio del tratamiento, de una medicina que bien se podría producir de manera casera. Además de que se pasaría por alto el cuestionamiento, que

¹⁰⁷ *Ibid.* pp. 1, 11

¹⁰⁸ Cfr. Committee on Medical Marijuana. (2010, septiembre) p.9

¹⁰⁹ Anderson, D. M., & Rees, I. D. *Op., cit.*, p. 223

¹¹⁰ Committee on Medical Marijuana. *Op., cit.* p. 19.

¹¹¹ Ejemplo de este caso en la más reciente legislación mexicana en la materia

desde la experiencia individual con la cannabis hacen los pacientes, al reconocer en la totalidad de la planta una medicina, a pesar de las restricciones formales que se hacen desde el saber médico.

Sin olvidar que el reducir la discusión al plano de los usos medicinales se sigue traduciendo en falta de reconocimiento a los usos no médicos, en su criminalización, patologización, continuidad del mercado negro y sus nefastas consecuencias para la vida pública. A lo que se suma el abuso del sistema medicinal en los lugares donde se ha legalizado para este fin.

El debate que se queda en el plano medicinal sigue siendo parte de un discurso prohibicionista y aporta muy poco en la consolidación de los derechos psicoactivos de la población. Conviene recordar que la base de la prohibición es el criterio de la utilidad médica. Si bien es cierto que el utilizar la cannabis medicinal, ya sea en su forma vegetal o en medicamentos de laboratorio, cuestiona su inclusión en las listas de sustancias controladas, no cuestiona el principio mismo de la prohibición: la legitimidad o ilegitimidad del uso de psicoactivos dependiendo de la utilidad médica y/o de la supervisión del profesional de la medicina.

Por último es importante recuperar un punto histórico de la cannabis como medicina, la dificultad para distinguir los efectos psicoactivos de los medicinales. Lo anterior resalta puesto que la frontera entre un uso medicinal y uno que no lo es, no tiene que porque venir desde el estamento médico. Un usuario no medicinal en el sentido estricto, pudiera utilizar la marihuana para contrarrestar o sobrellevar ciertos estados de ánimo, donde la

yerba serviría para determinada terapia física o mental, sin importar si fue prescrita por un profesional de la medicina.

Se comienza a vislumbrar la importancia del sujeto que consume para poder hablar de legitimidad de usos. Importancia que se ha visto afectada desde el *ethos* prohibicionista que desde el exterior del individuo categoriza como patológico cualquier consumo habitual por no tener fines médicos o científicos. Tomando en consideración el punto anterior, en el siguiente apartado se analizará de manera general la relación entre la medicina y la historia, en la construcción de conceptos médicos, para abordar después tres teorías de salud, con miras a poder argumentar a favor de la importancia del individuo consumidor para hablar de legitimidad de consumo.

Saber médico, contexto histórico-social y patologización

Como ya se mencionaba este apartado discutirá la relación entre el saber de la disciplina médica y la influencia del contexto social en general para cuestionar la patologización de los consumos no médicos de cannabis. En la ilegitimidad de los usos no supervisados de cannabis entran en juego valoraciones que identifican al consumidor con la enfermedad, la violencia y la delincuencia. Valoraciones que en México se han ido gestando en el espesor la historia desde el siglo XIX, como se verá en el capítulo II.

La medicina desde ciertas concepciones de la enfermedad, de lo normal y de lo patológico, ha influido en la difusión de ideas, concepciones y relaciones sociales imperantes con las drogas. La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 recoge esa influencia desde el preámbulo:

Las partes, preocupadas por la salud física y moral de la humanidad, reconociendo que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin, reconociendo que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad [...]¹¹²

Hay una preocupación por la salud física y moral de la humanidad justificada en el principio de que cualquier uso no médico es fruto o conduce a la adicción, lo que innegablemente es un “mal” para el individuo y por ende para la sociedad. Esa ideas, influidas y muchas veces justificadas por el saber médico han acompañado a la prohibición, trayendo consigo una reducción de la significación de las drogas a la determinación ideológica de simples cuerpos químicos, útiles, nocivos o inofensivos según lo establezca el estamento médico y las leyes que éste influye. Aspecto que no se pone en cuestión puesto que se parte de la idea de que la medicina es un conocimiento neutro y objetivo, olvidando la influencia externa en las valorizaciones médicas de ambos niveles. Cuando justo aquí está el punto importante: hay que entender a las sustancias psicoactivas desde su determinación ideológica y sus condiciones de acceso al consumo¹¹³.

No se da la misma valoración moral y social de un consumidor habitual de café y/o azúcar, que de un consumidor habitual de cannabis. Una de las razones es que la determinación ideológica de esas sustancias ha llevado a identificarlas con la categoría de alimento y de ahí sus condiciones de acceso tan fáciles para sus usuarios, mismos que difícilmente se podrán categorizar como criminales o enfermos. Caso contrario de la cannabis que ideológicamente es identificada, desde el nivel médico y jurídico, como una

¹¹² ONU. (1961) *Op., cit.* p.13

¹¹³ Escotado, (2008) *Op. cit.* p.1138

droga peligrosa al mismo nivel que la cocaína o la heroína y más peligrosa que la metanfetamina¹¹⁴ y cuyo acceso, al menos en México, es solamente por medio de un mercado ilegal.

De ahí la importancia de modificar las determinaciones ideológicas acerca de la cannabis en los discursos médicos, literarios, psiquiátricos y filosóficos y las condiciones de acceso y de consumo para modificar las concepciones sociales y médicas de las sustancias alteradoras del ánimo hoy prohibidas. Se trata en resumidas cuentas de no establecer de entrada el consumo no médico de cannabis como una patología que necesita la intervención de la disciplina médica, puesto que en dicha categorización se filtran valoraciones no científicas de los usuarios.

Lo anterior ejemplifica un punto general con respecto a la científicidad de la medicina. La medicina no apunta a un conocimiento neutro y objetivo, en su saber y su práctica también influyen valores y estigmatizaciones que se han gestado en la historia. Sin embargo este aspecto no cuestiona la totalidad de la medicina.

La disciplina médica es uno de los pilares de las sociedades contemporáneas. Su importancia es innegable y cómo institución política ejerce un gran poder. Importancia y poder que están emparentados con el proyecto de cientifización de la medicina que se inició en el siglo XVII. El carácter formal y científico de este saber es lo que la ha habilitado para alzarse como juez en las dietas farmacológicas de la población. Pero es menester mencionar que aun con todas sus relaciones con las diferentes ciencias formales, la medicina es un cruce de varias ciencias más que una ciencia propiamente

¹¹⁴ ONU. (1971, enero 11) *Op., cit.*, pp. 31-37

dicha¹¹⁵, un cruce donde los conceptos se ven influidos por el espesor histórico, social y cultural donde se desarrollan.

La categoría de disciplina médica no debe remitir a la idea de una ciencia médica totalmente formalizada, a la manera de la física, sino a la diferenciación entre la medicina que se auxilia de diferentes ciencias y de la que no lo hace, no olvidando que aunque se auxilie de las ciencias su saber no deja de estar influido por un contexto socio-cultural.

La disciplina médica es por tanto un cruce porque toma ciertos elementos de las ciencias que atraviesan los procesos de salud y enfermedad que interesan a la medicina. La medicina sigue siendo “*an empty discourse about practices often not very different from magic*”¹¹⁶. Esta particularidad epistemológica de la medicina se olvida cuando se busca justificar el juicio de los médicos, como una verdad incuestionable, por su posición como científicos en la legitimación del uso de cannabis por ejemplo. El problema de la relación entre medicina y contexto social es recuperado por el médico y filósofo de la ciencia George Canguilhem (1904-1995) profesor del *Collège de France*, quien a lo largo de toda su obra reflexionó sobre los problemas epistemológicos de las ciencias de la vida, en especial la relación entre lo normal y lo patológico en medicina.

Canguilhem recupera una idea de Sigerist¹¹⁷⁻¹¹⁸ con respecto a la existencia de una relación entre las concepciones médicas y las ideas que imperan en una sociedad. Decía el historiador de la medicina que toda transformación en las concepciones médicas está condicionada por las transformaciones de las ideas de la época. Justo es lo que se necesita

¹¹⁵ Cfr. Canguilhem, G. (1971) p. 11

¹¹⁶ Cfr. Canguilhem, G. (1994) p.131

¹¹⁷ Henry Ernest Sigerist (París, Francia, 1891–Pura, Suiza, 1957)

¹¹⁸ Canguilhem, G. (1971) *Op. cit.* p.73

en materia de drogas, que las ideas sobre la patologización del consumo de cannabis se transformen de la mano de la transformación de las concepciones médicas en materia de consumos legítimos e ilegítimos.

No hay que ser extremistas e interpretar las ideas de Canguilhem como una negación total de los avances de la disciplina médica. Lo que busca resaltar Canguilhem es que nuestra confianza ciega y absoluta en el carácter científico y objetivo de la medicina no tiene un sustento epistemológico, puesto que la medicina trabaja con conceptos cambiantes a través del tiempo y del contexto social. El concepto mismo de enfermedad es problemático como se verá en la discusión sobre éste y su relación con el consumo de cannabis. Como se mencionaba líneas atrás, la prohibición de las sustancias alteradoras del ánimo se basó en la confianza de una cruzada que se vistió con batas blancas, ciencia y objetividad y que por lo mismo fue muy difundida¹¹⁹. Hoy con el fracaso y la caída de la simulación científica, queda la confusión sobre las relaciones y los límites que deben existir entre usuarios de drogas y el estamento médico.

Históricamente la medicina se ha caracterizando como una disciplina que se alza como ciencia pero que también es entendida como técnica, como arte. Ese dualismo afecta nuestras expectativas epistemológicas sobre ella, puesto que si se considera que es una ciencia se apela a un conocimiento objetivo, frente al conocimiento subjetivo del médico y del paciente a nivel clínico. Dicha distinción no tiene un fundamento real, además de

¹¹⁹ Para profundizar en la historia de la relación entre prohibición y estamento médico: Szasz, T. (1992) *Op., cit.*, Cap. II *La ambivalencia americana: libertad versus utopía.*, donde se analiza la relación entre la moral americana, la medicina, la prohibición y su incompatibilidad con la idea de libertad norteamericana. Cap. III *El miedo que favorecemos: las drogas como chivos expiatorios.* Cap. IV *La educación contra las drogas: el culto a la desinformación sobre drogas.* También la sección IV de *Historia general de las drogas.* Escohotado, A. (2008) *La cruzada en su génesis.* pp. 603-788

que fomenta la idea de que al ser un conocimiento objetivo es un conocimiento neutral¹²⁰, olvidando la configuración histórico-social de dicha disciplina.

Mantener el dualismo epistemológico de la medicina es hacer oídos sordos a los debates actuales en filosofía de la ciencia, donde no se parte de una distinción entre una disciplina que apunta a la pura objetividad o a una que al contrario apunte a la pura subjetividad. Aunado a esto es importante considerar que el significado de objetividad no puede ser reducido al argumento de estar libre de valores¹²¹ o condicionamientos sociales.

En ciencia se puede hablar de tipos y grados de objetividad, partir de diferentes formas de explicación, donde los valores siempre estarán presentes, lo que es importante es cuestionar y entender el rol que juegan en la investigación y su grado de justificación¹²². En este punto resaltan los dos argumentos que interesan a la presente discusión, el primero que identifica a la medicina como una disciplina influida por valores y que dichas valorizaciones se forman y cambian en el desarrollo histórico de las sociedades y de la misma disciplina médica.

Aquí es importante recuperar la idea de que si bien la medicina no es una ciencia totalmente formalizada, no por ello pierde el carácter de científica y nuevamente cabe introducir los dos niveles de arte y ciencia. No para distinguir si apunta a una cosa o a la otra, sino para distinguir el nivel clínico cuando se concibe como arte y nivel teórico donde apunta a generalizaciones epistemológicas.

¹²⁰ Cfr. Cunningham, T. V. (2015) pp.1, 2

¹²¹ *Ibid.* pp. 8, 10

¹²² *Ibid.* p. 10

El médico opera en un nivel teórico donde busca generar ciertos conocimientos relacionados con los procesos de la salud y la enfermedad en general y en un nivel clínico donde examina y diagnostica un paciente en particular. El nivel clínico no genera, usualmente, un conocimiento generalizable, sino que está orientado a la atención del paciente. Es decir a la experiencia de la enfermedad de un determinado individuo.

La medicina no es sólo ciencia, porque no sólo busca el conocimiento, sino que busca el conocimiento para utilizarlo en otro nivel, es decir, el nivel de los objetivos de la medicina en general, que a final de cuentas tienen que ver con personas particulares (médicos y pacientes) en un contexto dado y con determinados valores¹²³.

La discusión entre los dos niveles no refiere a una discusión sobre el estatuto epistemológico de la medicina, sino a la distorsión que se da entre el nivel teórico y el nivel clínico en la patologización del consumo no médico de cannabis. En este caso, la interrelación entre el nivel clínico y el teórico se encuentra sesgada, debido a que no hay una claridad en la teoría sobre la justificación de la patologización que se practica en la clínica y que es parte del espíritu y la letra de la política de control de psicoactivos.

Aunque no exista claridad entre la interrelación del nivel clínico y teórico en las discusiones sobre dietas farmacológicas, se da por supuesta la patologización de todo consumo no médico. Esa patologización se da en el nivel clínico cuando se categoriza y se relaciona el consumo con enfermedades concretas sin que se ponga en cuestión la legitimidad teórica de esa patologización.

¹²³ *Ibid.* p.3

Un ejemplo de la distorsión de niveles en medicina, patologización y cannabis se rescata de las declaraciones del neumólogo y profesor de la Universidad Nacional Autónoma de México, Fernando Cano Valle. El médico manifestó, en octubre de 2015, días antes de la resolución del amparo para consumo personal de marihuana, su preocupación sobre la falta de infraestructura para tratar a los enfermos que surgirían por la regulación de la marihuana. Si bien el médico reconoce que los usuarios no siempre son criminales, argumenta lo siguiente: “Lo que no es justo es que se deje de tratar a un enfermo, porque eso es, un enfermo, la persona adicta que consume marihuana requiere de un tratamiento médico [...]”¹²⁴.

El neumólogo en cuestión se mueve en un plano clínico que patologiza sin considerar que la patologización, cargada de preconcepciones morales, que él aplica en el nivel clínico no tiene un sustento desde el nivel teórico. El consumidor que no busca la terapia tradicional al usar cannabis no es un paciente, ni puede ser objeto de la práctica médica si este no reconoce una patología en sus hábitos farmacológicos. En materia de dietas farmacológicas es menester remitir al individuo, al sujeto que consume y que desde su propia sensibilidad puede reconocer una patologización de su estado.

La referencia al individuo es importante también porque abona al abandono de la idea de universalidad de efectos de los psicoactivos. Es decir, avanzar en el reconocimiento de un hecho innegable en consumo de sustancias alteradoras del ánimo: una misma sustancia, en personas con características físicas similares y en un mismo ambiente tienen reacciones diferentes.

¹²⁴ Cfr. Redacción Revolución. (2015, octubre 19)

Otro de los principales problemas con la postura que sólo acepta la legitimidad de los usos médicos y científicos de cannabis es que a nivel teórico constituye un juicio sobre la enfermedad (*Disease judgment*), es decir, se queda en el plano de la categorización como enfermedad, sin pasar a la explicación de la enfermedad (*Disease explanation*)¹²⁵ que tendría que ser el modelo causal para explicar lo que acontece en la condición específica y que autoriza la nomenclatura de enfermedad.

Así se debería partir de un cuestionamiento a la categorización del usuario sin fines médicos y científicos como enfermo. Cuestionar una categoría que se ha gestado bajo la influencia del estigma y la segregación de los usuarios de mariguana y que puede influir en la práctica médica. La discusión tendrá que centrarse en la distinción de lo que se podría llamar enfermedad y salud. Distinción importante en medicina como paso previo para establecer la patologización de una conducta, en otras palabras, pasar del juicio a la explicación del por qué o por qué no categorizar el consumo de cannabis sin fines médicos como patología.

Salud y enfermedad, lo normal y lo patológico

Toda la labor operativa de la medicina tiene que partir de una distinción clara entre lo normal y lo patológico. Distinción que se ha modificado a lo largo de los desarrollos históricos de la disciplina médica. Modificaciones que se han traducido en transformaciones de las concepciones médicas de salud y enfermedad.

¹²⁵ Cfr. Lemoine, M. (2015) p. 20

Además el análisis de la categoría de “patológico” aporta elementos para delimitar su uso indiscriminado, en otras palabras, es utilizar la teoría para evitar la aplicación de dicho concepto a estados, comportamientos o procesos cuya inclusión en esta categoría es controvertido¹²⁶, como, según sostengo, son los usos no médicos de cannabis.

Caracterizar un estado como patológico tiene importantes consecuencias sociales, éticas y políticas, además de las consecuencias en el plano de las inversiones, elecciones y orientaciones de la investigación médica. Aunado a esto, dentro del mundo de la práctica médica, la categorización como patología parte de una demarcación que se supone *natural* entre lo normal y lo patológico¹²⁷ que no se cuestiona con frecuencia, mucho menos en materia de drogas.

Sin embargo las enfermedades son de diversa índole por lo que casarse con una sola teoría no solo es problemático, sino hasta ingenuo. Es necesario remitirse a teorías de la salud particulares y sus consecuencias en la delimitación de lo normal y lo patológico, para generar una referencia analítica que permita fundamentar la crítica, en este caso, a la idea de la patologización del consumo de cannabis.

Una teoría de la salud “debe permitir precisar las fronteras de lo normal y lo patológico a nivel general y así ayudar a la resolución de cierto número de controversias”¹²⁸. Como lo es la controversia de la patologización del consumo de marihuana no supervisado por un médico. Considerando el punto anterior, en el siguiente apartado se expondrán de manera

¹²⁶ *Ibid.* p. 677

¹²⁷ Cfr. Giroux, É. (2010) p.18

¹²⁸ *Ibid.* p. 162

general los problemas de la teoría de la salud relacionados con la investigación, siguiendo los pasos de C. Boorse, George Canguilhem y Lennart Nordenfelt.

Boorse: Teoría Bioestadística de la salud (TBS).

La teoría de Boorse sobre la salud es una de la más discutidas a nivel mundial. Se reconoce como una de las teorías naturalistas de salud¹²⁹, que busca desarrollar un concepto teórico libre de valoraciones, donde la salud es entendida como normalidad al estar libre de condiciones patológicas¹³⁰. A diferencia de la teoría de Canguilhem, que se expondrá en el siguiente apartado, la teoría de Boorse no remite a valores biológicos y culturales, sino a rasgos físicos de un sistema teleológico de un organismo vivo particular, es decir, remite a funciones biológicas con metas fisiológicas determinadas¹³¹.

Boorse argumenta por la posibilidad de un concepto teórico y objetivo de salud, que nacería de la Teoría Bioestadística de la Salud (TBS)¹³². El nombre se da porque la teoría descansa sobre el concepto de normalidad estadística de las funciones biológicas¹³³.

Así pues dentro de la teoría de Boorse el concepto de *función* es central. La noción básica de *función* en esta teoría es la de la contribución a una meta dentro de un organismo. La estructura de un organismo muestra una jerarquía de medios y fines con metas dirigidas

¹²⁹ Cfr. Boorse, C. (2011) p. 26

¹³⁰ Cfr. Boorse, C. (2014) pp. 683, 684

¹³¹ Cfr. Boorse, C. (1977) p. 682

¹³² Boorse, C. (2014) *Op., cit.*, p. 684

¹³³ Boorse, C. (2011) *Op., cit.*, p. 26 y Boorse, C. (1977) *Op., cit.*, p. 542

desde las células individuales hasta la consecución de la supervivencia y la reproducción, las dos metas mayores que identifica este filósofo¹³⁴.

Con base en el concepto de función y de meta tomados de la biología y de la fisiología, la teoría de Boorse argumenta que el estado de las funciones no incluye juicios de valor, puesto que la contribución causal a una meta biológica es un hecho empírico¹³⁵. Esa identificación de lo normal con determinada función teleológica empírica, resulta problemática para abordar fenómenos culturales como el consumo de cannabis sin prescripción médica o las distintas manifestaciones de la sexualidad humana.

Como respuesta a la cuestión de los juicios de valor en medicina, Boorse escribe que su concepto de enfermedad es un concepto puramente teórico, libre de valores, pero que es consciente de que en la práctica médica no hay esa neutralidad¹³⁶. No habría una teoría general de la salud desde esta perspectiva, la salud en sentido teórico sería la ausencia total de condiciones patológicas, es decir a condiciones subnormales de determinadas funciones tomando en consideración el sexo y la edad¹³⁷.

De manera más precisa es posible definir su concepción teórica de salud de la siguiente manera: la salud en un miembro de la clase de referencia se da si éste tiene la capacidad de la función normal, es decir, la capacidad de realizar su contribución estadística con una eficiencia típica. Siendo la clase de referencia la clase de organismos con diseño funcional uniforme, es decir, un grupo con determinada edad y sexo dentro de una especie y las condiciones patológicas remiten a un estado interno que reduce una o más

¹³⁴ Boorse, C. (1977) *Op., cit.*, pp. 555, 556

¹³⁵ *Ibid.* p. 556

¹³⁶ Boorse, C. (2011) *Op., cit.*, p. 28

¹³⁷ Boorse, C. (2014) *Op., cit.*, pp. 683, 684

funciones debajo de su eficiencia típica¹³⁸. Aquí se encuentra otra diferencia con Canguilhem, puesto que Boorse busca la generalidad de la especie y no la especificidad del individuo, aspecto que como se verá trae muchas complicaciones para analizar casos particulares como el consumo de cannabis sin fines médicos.

No remite al individuo puesto que se concentra en lo que denomina *species design*. Un tipo ideal, que no representa exactamente a ningún miembro de la especie, sino que constituye una referencia pedagógica. En este punto es importante rescatar que el *species design* es una referencia analítica y no un organismo empírico, puesto que dentro de las mismas especies se dan diferencias, lo que señalaría Boorse es que hay diferencias normales y diferencias patológicas¹³⁹.

Así pues el estado de las funciones que le interesa a la BST describe especies o poblaciones características y no individuales, en ese sentido el *species design* es un tipo ideal de poblaciones y no de individuos. Boorse se apoya en los análisis de la fisiología comparada donde se toman en cuenta series de tipos ideales de organismo. Tipos que remiten a un ideal estadístico, no moral, estético o normativo y que son la base para establecer juicios sobre la salud¹⁴⁰

Para la TBS El reconocimiento de un estado patológico, como ya se mencionaba, es el reconocimiento de un estado interno que interfiere con las funciones típicas del *species design*¹⁴¹. Esas funciones típicas no deben ser entendidas como funciones estáticas, sino

¹³⁸ *Ibid.* p. 684

¹³⁹ *Ibid.* p. 699, 700

¹⁴⁰ Boorse, C. (1971) *Op., cit.*, p. 557

¹⁴¹ *Ibid.* p. 558

como funciones dinámicas, puesto que las funciones de un organismo varían con su actividad y por su medio ambiente¹⁴².

Para Boorse la valoración de lo sano y lo patológico es una cuestión objetiva que es posible resolver desde hechos biológicos, pero eso no significa que la pura anormalidad estadística no puede definir una patología, es necesaria una subnormalidad sustancial de una función fisiológica. No hay controversia médica, dice Boorse, en nombrar una función patológica como disfunción si hay una diferencia sustancial debajo del promedio de eficiencia típica y en esto no puede haber valoraciones políticas¹⁴³.

En este sentido vale la pena mencionar una importante limitación de la teoría de Boorse, referida al exceso de confianza en un concepto como el de funcionamiento típico de un organismo, aspecto base de su TBS. El problema surge puesto que la homosexualidad podría ser concebida como enfermedad desde la perspectiva de la TBS ya que dicha conducta sexual impide la contribución estadísticamente típica del funcionamiento del organismo en la reproducción¹⁴⁴.

En el caso de la patologización del consumo de marihuana también se abre la puerta de la categoría enfermedad si se parte de la idea de que el consumo de cannabis tiene un efecto en el funcionamiento estadísticamente típico del sistema endocannabinoide. El sistema endocannabinoide está constituido por deferentes receptores cannabinoides distribuidos por todo el cuerpo. Están los receptores CB1R ubicados en la membrana celular del cerebro de los mamíferos y es el responsable de mediar la psicoactividad de la planta y

¹⁴² Boorse, C. (2014) *Op., cit.*, p. 685

¹⁴³ *Ibid.* pp. 685, 686, 687

¹⁴⁴ Giroux, É. (2010) *Op., cit.*, p. 114

los receptores CB2R, distribuidos en el sistema inmune y hematopoyético y en diversos tejidos del miocardio, el páncreas, los huesos y los órganos reproductivos¹⁴⁵. Desde la perspectiva de la TBS el usar cannabis es una forma de alterar el funcionamiento típico del sistema.

Lo anterior sin contar la dificultad de hablar de un hecho biológico sin juicios de valor, cuando se busca cuestionar estados donde claramente hay una valoración social en su categorización como enfermedades: el caso de la homosexualidad hace solo unas décadas y hoy la patologización del consumo de cannabis. Revelando la dificultad, desde la TBS, de plantear una teoría de la salud que no categorice patologías a conductas o hábitos que de entrada no lo son, partiendo de una función biológica específica.

En otras palabras, desde la TBS, el consumo de cannabis, o de cualquier sustancia activa o psicoactiva que altere las funciones biológicas fuera de su rango “demográficamente normal” es por definición patológico. Lo que descalifica a la TBS y a las teorías naturalistas de la salud similares para ayudar a determinar si el consumo de marihuana (o de café) con o sin fines médicos, debería ser lícito.

Esto no quiere decir que las teorías naturalistas sean inservibles. Tienen su utilidad para establecer puntos de comparación y hacer observaciones empíricas de utilidad para la ciencia médica. Pero por su propia admisión, no son útiles para tomar decisiones que involucren juicios de valor. El declarar cierto uso de una sustancia como ilegítimo, indebido o ilegal, involucra evidentemente juicios de valor.

¹⁴⁵ De la Fuente, J. R., *et al.* (2015) *Op., cit.*, p.41

George Canguilhem: salud y normatividad.

Frente a las teorías naturalistas de la salud, están las teorías holísticas como la de Canguilhem. Antes de entrar al planteamiento concreto con respecto al consumo no supervisado de cannabis es necesario definir de manera general tres conceptos vitales en su teoría de la salud: normal, norma y normatividad.

¿Qué se puede entender por normal? La medicina entiende lo normal en general como aquello conforme a una regla, algo que es regular. Fuera de la medicina también está la idea de lo normal como aquello que se mantiene en su justo medio y esto en dos sentidos, siendo aquello que es tal como debe ser o lo que se encuentra en la mayoría de los casos, un promedio o un carácter mesurable¹⁴⁶.

Lo normal aparece como un concepto equívoco al poder ubicarse al mismo tiempo como un hecho y un valor que se atribuye desde la apreciación de un sujeto que enuncia el valor de lo normal. Canguilhem expone cómo se alimenta este equívoco al considerar toda generalidad como signo de una esencia y a la perfección como la realización de dicha esencia. De esa manera una generalidad observable adquiere el valor de una perfección realizada¹⁴⁷.

La práctica médica al tener como objeto la restauración del estado habitual del cuerpo, difícilmente puede hacer la distinción entre el estado normal, el estado habitual y el estado ideal. Existen casos donde es importante la distinción, como en la concepción médica del consumo de marihuana, puesto que por definición las sustancias psicoactivas

¹⁴⁶ Definiciones del *Dictionnaire de médecine* de Littré y Robin y del *Vocabulario técnico y crítico de la filosofía* retomadas por Canguilhem, G. (1971) *Op., cit.*, p.91

¹⁴⁷ *Ibid.* p.93.

modifican el estado habitual del organismo, de ahí la fascinación que han provocado a lo largo de toda la historia humana, pero también de ahí la preocupación en los últimos cien años desde el estamento médico.

Frente a esa precaución médica conviene recordar que para Canguilhem la medicina existe porque el ser vivo humano identifica como patológicos ciertos estados o comportamientos aprehendidos en forma de valor negativo¹⁴⁸, hay entonces un individuo que identifica la patología porque la padece y no un saber que identifica a un individuo que padece una enfermedad, aspecto que hay que tener en cuenta en la configuración de un nuevo paradigma de legitimidad e ilegitimidad del consumo de marihuana.

El padecimiento de una patología, en términos de Canguilhem, se traduce en una pérdida de la normatividad del organismo frente al medio. Por normatividad se entiende todo juicio que aprecia un hecho con relación a una norma, aquello que instituye normas y la norma es entendida como la actividad propia de un organismo. Toda herida sería mortal si los tejidos no fuesen capaces de cicatrización y la sangre de coagulación, en ese sentido habla Canguilhem de normatividad biológica para definir lo normal y lo patológico¹⁴⁹.

El enfermo está normalizado en condiciones de existencia definidas. Tiene norma pero solo una norma patológica que define e impone al sujeto condiciones de existencia. El enfermo no es anormal por ausencia de norma, sino por la incapacidad de ser normativo. El ser vivo enfermo ha perdido la capacidad normativa, la capacidad de instruir diferentes normas en situaciones diferentes, según la teoría de la salud de Canguilhem¹⁵⁰. La

¹⁴⁸ *Ibid.* p. 92

¹⁴⁹ *Ibid.* pp. 92,93, 94, 96

¹⁵⁰ *Ibid.* pp. 139, 140

determinación de un estado patológico considerado como anormal depende de la relación con una situación determinada. La enfermedad aparece cuando hay una modificación tal que se traduce en reacciones catastróficas del organismo en un ambiente que le es propio¹⁵¹.

Desde la perspectiva de G. Canguilhem no hay una patología objetiva, objetivamente solo se puede hablar de variedades o diferencias sin un valor vital positivo o negativo, puesto que no se pueden dictar científicamente normas a la vida. Lo patológico remite al individuo enfermo y a la intermediación de la clínica¹⁵². Intermediación que, por lo general, el individuo enfermo solicita.

En resumidas cuentas, lo normal y lo patológico para Canguilhem, no remite a una relación objetiva entre dos estados absolutos. Lo normal no remite a la rigidez de un hecho de obligación colectiva, sino a la flexibilidad de una norma que se transforma en sus relaciones con condiciones individuales. La frontera entre lo normal y lo patológico se hace imprecisa cuando se busca fuera del caso individual¹⁵³. Como cuando se busca universalizar el juicio de patologización frente a los distintos hábitos de consumo y se crea una frontera de este tipo.

El estado patológico por su parte no se constituye por la ausencia de toda norma. Hay una norma pero se constituye por modificaciones estructurales del estado normal, dicha norma no permite que se establezcan nuevas formas normativas, es decir, el individuo

¹⁵¹ *Ibid.* pp. 140, 149

¹⁵² *Ibid.* pp. 174, 176, 177

¹⁵³ *Ibid.* p. 138

pierde su capacidad de ser normativo. “Comprender al fenómeno patológico como algo que revela una estructura individual modificada”¹⁵⁴.

El estado normal sería entonces un comportamiento privilegiado, las reacciones privilegiadas por un organismo para responder a las exigencias ambientales. Las constantes fisiológicas son la expresión de una estabilidad ordenada. Los síntomas patológicos son la expresión del cambio en la relación entre un organismo y su ambiente. De esa manera la noción de enfermedad requiere como punto de partida la noción de ser individual¹⁵⁵.

Pero justo esta referencia al individuo, a lo finito y limitado de la existencia junto con la incapacidad normativa del organismo constituyen los aspectos generales para hablar de enfermedad. A nivel empírico las enfermedades no son iguales, éstas pueden remitir a crisis internas momentáneas o permanentes o con repercusiones que van desde una nueva capacidad normativa frente al medio hasta la muerte¹⁵⁶.

El propio ser vivo, considerado en su polaridad dinámica puede establecer su estado. Es decir, está dentro de sus capacidades distinguir entre donde comienza la enfermedad¹⁵⁷, en dado caso de que no exista esa conciencia o esa voluntad de buscar el cambio, no se puede intervenir a la fuerza. Evitando así no valorizar la enfermedad en abstracto y olvidarse de la conciencia concreta del dolor que significa padecer una enfermedad. Si bien existen enfermedades asintomáticas, donde es necesaria la intervención técnica para conocer la naturaleza del mal, hay otras donde es absolutamente necesario remitir a la

¹⁵⁴ *Ibid.* p. 139

¹⁵⁵ *Ibid.* p. 140

¹⁵⁶ *Ibid.* p.45, 46

¹⁵⁷ *Ibid.* p.137

experiencia del sujeto, como en el caso de la calificación problemática del consumo de cannabis sin supervisión médica.

Las categorías de salud y enfermedad sólo se reconocen en el plano de la experiencia¹⁵⁸, a nivel general remiten a la capacidad o incapacidad normativa en una situación concreta. La definición tiene que ser amplia no solo porque existen diferentes formas de enfermedad, sino también porque no hay un elemento de identidad fisiológica. La especie humana, al inventar modos de vida, inventa modos de andar fisiológicos¹⁵⁹, modos que pueden ser patológicos para algunos individuos pero normales para otros.

Recuerda Canguilhem¹⁶⁰ que durante el siglo XIX existió la noción de identidad entre el estado normal y el estado patológico. Dicha identidad fue planteada por personajes que influyeron mucho en la historia de las ideas: Claude Bernard y Augusto Comte. Su origen se puede rastrear hasta Broussais¹⁶¹, quien pensaba que los fenómenos de la enfermedad coinciden con los de la salud y que lo patológico resalta por la intensidad que en el estado normal no se da de la misma manera. Este principio nosológico fue investido con autoridad universal incluso para utilizarse en el plano político¹⁶².

Sin embargo el concepto de identidad normal/patológico del siglo XIX se abandonó a pesar de estar relacionado con unos de los nombres más influyentes de la historia de la medicina. El concepto planteaba una serie de problemas: si la diferencia es de orden cuantitativo y hay una continuidad de los estados ¿cómo se puede hablar de salud, si de

¹⁵⁸ Canguilhem, G. (1971) *Op., cit.*, p. 151

¹⁵⁹ *Ibid.* p. 132

¹⁶⁰ Canguilhem, G. (1971) *Op., cit.*, p. 21,22

¹⁶¹ François-Joseph-Victor Broussais (1772-1838) médico francés.

¹⁶² *Ibid.* p.27

alguna manera estamos todos enfermos o cómo se puede hablar de enfermedad si todos estamos normales? ¿Qué pasa con las enfermedades infecciosas, donde claramente hay una diferencia entre el estado normal y el patológico?¹⁶³.

El principio de identidad entre lo normal y lo patológico no pudo operar mucho tiempo, ya que demostró sus límites para abarcar los fenómenos vitales que se identifican como enfermedades y cuyo estado patológico no puede identificarse con un estado de normalidad. El ejemplo ilustra las relaciones entre conceptos médicos y el contexto intelectual y los cambios a los que están expuestas esas concepciones.

El equívoco en la concepción de lo normal tiene sus consecuencias en la operatividad de la medicina, puesto que se parte de una confusión análoga donde el estado normal es al mismo tiempo el estado habitual de los órganos y su estado ideal, por lo que el objetivo de la terapéutica es el restablecimiento de ese estado habitual¹⁶⁴.

Hay entonces una preponderancia de la conciencia subjetiva en la identificación de un problema que necesita la intervención médica porque significa un obstáculo, molestia o nocividad orgánica y ese sentimiento es normativo en el sentido de que hace referencia a la plenitud de ejercicio de un impulso vital o una función¹⁶⁵. En materia de consumo de cannabis psicoactivo es importante recordar esa referencia al individuo y no partir de generalizaciones. No todos los usos son abusos, ni todos los hábitos de consumo se traducen en una patología para el consumidor.

¹⁶³ *Ibid.* pp. 50, 59

¹⁶⁴ *Ibid.* pp.91,92

¹⁶⁵ *Ibid.* p.100

Nordenfelt: salud, capacidad y acción.

En la misma línea que Canguilhem se encuentra el planteamiento del filósofo sueco Lennart Nordenfelt, quien desarrolla una teoría de la acción de la salud y la enfermedad que él categoriza dentro de las teorías holísticas de la salud, la contraparte de las teorías objetivistas¹⁶⁶.

Así pues mientras en las teorías objetivistas se parte de la idea de que la descripción de la enfermedad es independiente de cualquier evaluación o juicio, puesto que remiten a hechos biológicos comprobables, en las teorías holísticas como la de Nordenfelt, la cuestión de la salud no es una cuestión teórico-académica, sino que al ser parte de la práctica médica, es parte de una cuestión ética¹⁶⁷.

El planteamiento de Nordenfelt parte de la noción de capacidad¹⁶⁸ y no, como el caso de Canguilhem, del *pathos*, del sentimiento subjetivo de enfermedad. Pero también busca distanciarse de planteamientos cercanos a la función biológica como Boorse, puesto que para Nordenfelt el concepto de función biológica restringe la vida humana a la sobrevivencia y a la reproducción¹⁶⁹.

Para este filósofo cuando se trata de definir la enfermedad, es posible distinguir un vínculo estrecho entre capacidad y sufrimiento, pero hay que matizar. Si bien todo sufrimiento conlleva una incapacidad, no toda incapacidad conlleva sufrimiento como el estado de coma o la enfermedad virtual. De ahí que el concepto de capacidad se

¹⁶⁶ Cfr. Nordenfelt, L. (2007). *Understanding the concept of health* p. 10

¹⁶⁷ Cfr. Nordenfelt, L. (2007). *The concepts of health and illness revisited* p. 5

¹⁶⁸ *Ibid.* p. 7

¹⁶⁹ *Ibid.* p. 6

reconozca como más universal y más fundamental en la caracterización de la mala salud que el concepto de sufrimiento¹⁷⁰.

Nordenfelt distingue entre enfermedad (*disease*) y mala salud (*ill health/ illness*), donde la enfermedad es entendida como la base psico-fisiológica de una incapacidad, entendida como mala salud. Es decir, hay un sujeto concreto que percibe su mala salud al estar incapacitado para vivir como lo hace ordinariamente. Las causas de su mala salud corresponden a lo que se denomina enfermedad. La mala salud es objeto de la práctica médica y la enfermedad objeto del saber teórico de la medicina¹⁷¹.

Su teoría de la salud remite a las acciones humanas, las metas y las circunstancias donde el agente las desarrolla. Dentro de su teoría se puede establecer que “A” está completamente sano sí, y sólo sí, “A” está en un estado corporal y mental, dadas unas circunstancias estándar, donde “A” tiene la capacidad de segundo orden para alcanzar sus metas vitales, es decir, el estado de cosas necesario y suficiente para una felicidad mínima de “A” en el largo plazo¹⁷². Es necesario explicar los tres elementos a los que remite la definición de salud de Nordenfelt: las circunstancias estándar, las metas vitales y las capacidades de segundo orden para llevar a cabo esas metas.

Cuando se habla de circunstancias estándar no se está remitiendo al concepto de circunstancias estadísticas normales, como en la teoría de Boorse, sino a las circunstancias que tienen que ver con la norma cultural donde se desarrolla el agente¹⁷³.

De igual manera, las metas vitales no tienen que ver con metas biológicas y fisiológicas,

¹⁷⁰ Nordenfelt, L. (2007) *Op., cit., Understanding the concept of health* p. 11, 12

¹⁷¹ Nordenfelt, L. (2007) *Op., cit., The concepts of health and illness revisited* p. 7

¹⁷² Nordenfelt, L. (2007) *Op., cit., Understanding the concept of health* p. 10

¹⁷³ Nordenfelt, L. (2007) *Op., cit., The concepts of health and illness revisited* p. 7

sino con metas humanas, con acciones intencionales esenciales para un bienestar mínimo. En la práctica médica el concepto de salud se relaciona con las metas vitales ya que el paciente acude al médico para recuperar sus capacidades de segundo orden¹⁷⁴.

Hay que aclarar que la noción de capacidad no se refiere a toda posibilidad de acción, ni a la posibilidad práctica de adaptarse a todo ambiente, Nordenfelt no está hablando de adaptabilidad. La capacidad como posibilidad de acción en materia de salud se entiende como el tipo de posibilidad que está determinada por factores internos del cuerpo o del espíritu del agente. Se refiere a la capacidad como potencia y no como actualidad, es decir, una cuasi-capacidad. Por ejemplo se tiene una capacidad de segundo orden para manejar, si se tienen los recursos físicos y mentales para aprender a manejar¹⁷⁵.

Hay entonces una distinción entre capacidad de primer orden (capacidad actual) y capacidad de segundo orden (capacidad potencial). Estar enfermo es perder las capacidades de primer y segundo orden, pero para este pensador es más esencial en la definición de enfermedad la categoría de capacidad de segundo orden. Para entender esta primacía es menester no confundir los siguiente pares conceptuales: capacidades de primer orden/ capacidades de segundo orden y poder de ejecución de una competencia básica/tener una competencia básica. “A” tiene una competencia básica, sí “A” sabe como realizar una acción. Aunque el concepto de competencia básica es compatible con las capacidades de primer y de segundo orden, es importante distinguir la relación en la

¹⁷⁴ Nordenfelt, L. (2007) *Op., cit., Understanding the concept of health* pp. 10, 17 y Nordenfelt, L. (2007) *Op., cit., The concepts of health and illness revisited* p. 7

¹⁷⁵ Cfr. Nordenfelt, L. (2001) p. 95

teoría del filósofo sueco. Una persona que tiene una competencia básica para realizar la acción “F”, no necesita tener una capacidad virtual relacionada con la acción “F”¹⁷⁶.

En otras palabras, decir que “A” tiene las competencias básicas para hacer “F” es decir que “A” tiene los elementos corporales y mentales necesarios para hacer “F”. Decir que “A” tiene capacidad de segundo orden para realizar “F” es decir que “A” puede iniciar un proceso donde tiene la capacidad de primer orden o el poder de ejecutar “F”¹⁷⁷.

Considerando los puntos expuestos anteriormente el consumo no médico de marihuana podría ser parte de la salud de un individuo, independientemente de la prescripción médica. Si no conlleva una pérdida de las capacidades de segundo orden no hay entrada para la categoría de enfermedad. En ese sentido, el consumo de cannabis aunque no sea prescrito o supervisado por un médico puede ser parte de la salud de individuo al participar en los objetivos vitales y el desarrollo de la personalidad del mismo, por no conllevar necesariamente una incapacidad sino al contrario como una herramienta para equilibrar las relaciones del sujeto con el mundo que no supone una distorsión de las metas vitales del sujeto consumidor.

Hay que retomar la cuestión de las circunstancias aceptadas ya que en este punto radica la importancia de modificar la conciencia y representación social de los consumidores sin fines médicos y científicos, buscando evitar una incapacidad de segundo orden que se de desde el consumidor influido por la dimensión cultural que le da el prohibicionismo al consumo no médico de la cannabis. La relación salud, enfermedad y consumo de marihuana ha sido definida en un nivel institucional que distorsiona la representación

¹⁷⁶ Cfr. Nordenfelt, L. (2000) p. 82

¹⁷⁷ Nordenfelt, L. (2001) *Op., cit.*, p. 96

social de los consumidores, no solo desde un ámbito externo, sino desde la representación que se dan a sí mismos los consumidores.

La situación de infelicidad y de dificultad para cumplir ciertos objetivos vitales puede estar relacionada con la exclusión social que se puede sufrir y no en una incapacidad basada en una patología. En materia de consumos no prescritos de cannabis la infelicidad y la incapacidad de algunos usuarios pudiera estar relacionada con las condiciones de exclusión social y no con el consumo en sí.

Con los elementos teóricos descritos en este capítulo se buscará clarificar, en el siguiente apartado, la discusión del consumo de cannabis sin fines médicos o científicos como patología, tomando en consideración la cuestión de la marihuana medicinal, el principio prohibicionista de usos legítimos y las teorías de la salud, buscando condensar lo expuesto hasta este punto.

Consumo no médico de cannabis, individuo y patología

Para el caso de la presente investigación hay que rescatar los elementos importantes de las teorías de la salud descritas para poder establecer la legitimidad de los usos no médicos de cannabis.

De la teoría de G. Canguilhem se rescata la noción de estado patológico que se reconoce como enfermedad cuando remite al individuo. Para hablar de enfermedad en consumo no médico de cannabis es necesario remitir a la persona concreta, quien a final de cuentas es quien sufre la enfermedad, ya que no hay la enfermedad en abstracto, sino un cuerpo que la padece. En materia de consumo de cannabis con fines puramente psicoactivos el

pathos condiciona al *logos*¹⁷⁸. El consumidor desde su propia corporalidad es el único capacitado para categorizarse como enfermo y no la categoría de adicto que se establece desde el ámbito médico, judicial o moral.

La discusión sobre la salud y la enfermedad en el plano de consumos no médicos de marihuana necesita remitir al plano de la experiencia, ya que es difícil hablar de patología general. Existen estados que son patológicos para unos individuos pero que no lo son para otros. Por supuesto que hay consumos problemáticos de cannabis que terminan por definir una existencia de acuerdo a una norma patológica que se traduce en la necesidad de un consumo compulsivo para poder seguir viviendo. Pero la totalidad de los tipos de consumos sin fines médicos no puede agotarse en esos casos, por lo que no está justificada la idea de categorizar como toxicomanía cualquier consumo no médico. Incluso cuando la categoría de toxicómano esté plenamente justificada por lo compulsivo del consumo, es el usuario el que finalmente tiene que reconocerse dentro de un estado patológico.

Es necesaria la conciencia subjetiva de la patología, al menos en cuanto a consumos no médicos de cannabis. La noción de consumo patológico debe partir del individuo, no porque no haya una esfera objetiva, de hecho hay consumos patológicos, sino porque es necesaria la conciencia del individuo para buscar la terapia adecuada a su condición. Aplicado al campo de la cannabis, no se puede partir de la realidad actual de los usuarios para hablar objetivamente de la patologización que provoca su consumo. No se puede

¹⁷⁸ Canguilhem, G. (1971) *Op., cit.*, pp. 68, 160

hablar de dicha patologización para todo uso no médico, sino de una patologización determinada por las condiciones de acceso y consumo propias de la prohibición.

Canguilhem al concentrarse en la experiencia vital individual aporta elementos interesantes para la presente discusión. No así la teoría de Boorse, que si bien es cierto funciona para distinguir los usos teóricos y prácticos de las nociones de salud y enfermedad, al ser la función biológica la piedra angular de su teoría, sus herramientas de análisis no resultan muy funcionales, valga la redundancia, ya que se corre el peligro de seguir pensando las relaciones de consumo no médico de cannabis bajo la idea de la patologización debido a la nebulosidad que aún hoy persiste en cuanto a las relaciones entre las funciones biológicas del sistema endocannabinoide y el consumo de cannabis psicoactiva. Falta de claridad que también responde a una política que no permite del todo investigar dichas relaciones de manera abierta.

Además de centrarse en el concepto de función biológica, Boorse establece que no está interesado en las fronteras individuales de la salud y la enfermedad, distanciándose de Canguilhem y de los propósitos del presente texto. Hay que recordar que para Boorse el reconocimiento de un estado como patológico recae sobre el reconocimiento de un estado interno que altera la salud por medio de la reducción de una o más de las funciones habituales del organismo.

La cuestión de la salud desde la teoría TBS se puede reducir a hechos biológicos comprobables, pero en el caso de los consumos no médicos el juicio sobre la salud y la enfermedad no puede descansar en dichos hechos biológicos comprobables, al menos no de entrada. Cuando se consume cualquier sustancia psicoactiva, por definición se da un

cambio en los procesos orgánicos y de sus funciones biológicas habituales. Bajo la teoría de Boorse esta situación se considera patológica por la alteración a las funciones biológicas “normales”, como podría ser la alteración de la memoria a corto plazo en la ebriedad cannábica. Señalar este aspecto sirve para no partir de esa relación simplista entre el discurso médico y consumo no médico de sustancias psicoactivas. Los cambios que producen los psicoactivos a nivel orgánico, al menos los que suceden bajo sus efectos, no son de entrada dañinos. Estos cambios están relacionados con lo que define magistralmente Ernst Jünger:

Cuando se compenetran ciertos jugos de origen vegetal y animal, nacen nuevas moléculas, se forman cadenas y anillos de muy diversa índole[...] La cuestión de si esos efectos se desencadenan o “sobrevienen” supera la competencia de psicólogos y químicos. Si reconocemos a las plantas como poder autónomo que sobreviven para arraigar y florecer en nuestro interior, nos alejamos sobremanera de la falsa perspectiva según la cuál el espíritu es monopolio del ser humano y, por consiguiente, algo que no existe fuera de éste [...] Así como la planta forma órganos sexuales para desposarse con las abejas, celebra también sus nupcias con el ser humano; y este roce le regala el acceso a mundos, sin el cual permanecerían cerrados. Aquí se oculta también el misterio de todas las adicciones; quien quiera curarlas ha de ofrecer un equivalente espiritual¹⁷⁹.

Si no hay claridad en las relaciones de las funciones biológicas y las sustancias psicoactivas, más allá de conocer la alteración que provocan estas últimas, no se puede partir de una teoría donde la noción de función biológica juega un rol tan importante. Nuevamente surge la importancia de la cuestión del individuo sobre la mera función biológica, es un individuo concreto el que forma parte de la danza de sustancias a la que refiere Jünger, es un individuo el que tiene que buscar auxilio cuando la danza le resulta problemática.

¹⁷⁹ Cfr. Jünger, E. (2008) pp. 33,36

La teoría de Nordenfelt en cambio ofrece elementos interesantes para la diferenciación entre usos patológicos y usos normales de cannabis. Un primer elemento es la utilización del concepto de *capacidad*. Puesto que dicha noción busca distinguir entre los juicios sobre la salud y los juicios morales y jurídicos que muchas veces se encuentran intrincados como el en caso del consumo no médico de marihuana.

Como se mencionaba en el apartado sobre la teoría de Nordenfelt, los juicios morales conciernen a acciones y comportamientos, que no son sinónimos de capacidad, concepto que es más útil para hablar de patologías. Lo que resulta útil para distanciarse de la descalificación moral del consumo, que como se verá más adelante, fue un factor muy importante en la deslegitimación de los consumos sin fines médicos o científicos.

Un segundo elemento es la referencia a las capacidades de segundo orden. Al referirse a las capacidades virtuales, se hace posible la distinción entre las capacidades actuales de los sujetos bajo el influjo del cannabis y sus capacidades virtuales para poder seguir desarrollando su vida cotidiana. El consumo no médico de marihuana no puede ser entendido como enfermedad porque no tiene consecuencias palpables en las capacidades de segundo orden de los consumidores, incluso de los habituales.

Un tercer elemento importante en la teoría de la salud de Nordenfelt es la importancia que le concede a la exclusión social en la determinación de un estado como enfermedad. No es que ciertos hábitos sean de entrada patológicos por afectar las condiciones de vida y la consecución de los objetivos vitales, sino que las condiciones de vida y los problemas para llevar a cabo los objetivos vitales responden a la exclusión social debido

a que no se cuestiona la categoría de enfermedad, misma que en algunos casos no tiene justificación.

Siguiendo los planteamientos de Canguilhem y de Nordenfelt es posible distinguir la relatividad histórica y social de los juicios que presiden la categorización de lo normal y de lo patológico. Relatividad que revela la dimensión cultural y social de los conceptos sobre la salud y la enfermedad¹⁸⁰. Relatividad histórica que se puede constatar en la categorización de consumos no médicos de cannabis que están pasando de la patologización a la normalización.

Dentro de esa dimensión socio-cultural también se reconoce la influencia de la ley, del dominio jurídico para poder establecer lo normal y lo patológico. La ley es una forma rigurosa y complicada de formalización de los valores de una sociedad¹⁸¹, dentro de esa formalización se corre el peligro de traducir en jerga científica ciertos prejuicios contra algo que amenaza su moralidad. En el caso del consumo de cannabis categorizado como anormal y patológico por no tener un fin médico, es clara la influencia de la categorización debido a ciertos prejuicios morales.

Siguiendo a Tristán Engelhardt se puede establecer que en la calificación de un estado como sano o como patológico, influyen primordialmente los intereses humanos como el conocimiento científico, las instituciones de salud pública y las posibilidades de tratamiento¹⁸².

¹⁸⁰ Giroux, É. (2010) *Op., cit.*, p.20

¹⁸¹ Singy, P. (2015) p. 132

¹⁸² Giroux, É. (2013) p. 681

En el caso de la calificación como patología del consumo no médico de cannabis es posible vislumbrar la distorsión en el conocimiento científico, puesto que se apela a éste solo de manera superficial, donde también existe una distorsión entre el nivel teórico y clínico como se mencionaba líneas atrás. En las instituciones de salud pública debido a que se mueven bajo el supuesto de la patologización de los usuarios, en campañas de prevención con poco sustento. Por último la cuestión del tratamiento, aspecto que no es necesario ni suficiente para poder calificar un estado como patológico pero que sin embargo puedo ayudar a la categorización como tal, puesto que se parte de la idea de que la existencia de tratamientos y clínicas para los usuarios son elementos que justifican la patologización.

Sin embargo, aún con toda esa falta de sustento se sigue calificando a nivel institucional todo consumo no médico de marihuana o de otros psicoactivos prohibidos como patológico. Por ejemplo el presidente de México, presentó un decálogo en la UNGASS 2016 donde en el punto diez establece que se debe asegurar el acceso a sustancias controladas para fines médicos y científicos; evitando al mismo tiempo, su desviación, uso indebido y tráfico¹⁸³.

Aspecto que se relaciona con la situación que generó el movimiento antipsiquiatría, es decir, con la patologización de problemas simples de la vida cotidiana. Con las prohibición de ciertos consumos de cannabis se continua con la idea de buscar resolver cualquier problema social y moral tratándolo dentro del paradigma médico. La homosexualidad, por ejemplo, fue considerada una psicopatología en el *Diagnostic and*

¹⁸³ Cfr. Senado de la República. (2016, mayo 16)

Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de 1967 a 1973, aún cuando se eliminó, no había consenso entre los psiquiatras de la *American Psychiatric Association*. Se revela la esfera histórica y moral de la diferenciación entre lo normal y lo patológico. Esa tendencia continúa actualmente con la patologización de las múltiples formas de dependencia (psicoactivos, sexo, Internet)¹⁸⁴ y de ahí surge la cuestión, si el consumo de marihuana no es de entrada patológico ¿es posible patologizar la dependencia?

Para contrarrestar esa tendencia de patologización de hábitos y formas culturales es necesario remitir a la experiencia del individuo, puesto que es el que se encuentra inmerso en la experiencia que se califica como patológica desde una mirada exterior.

Aquí se vislumbra una de las muchas formas en que se relaciona el saber médico con los sujetos y que debe ser la base de una nueva relación entre los médicos y los usuarios de las sustancias hoy prohibidas. La intervención médica en ciertos consumos de drogas en general es necesaria, pero también es necesario invertir los términos de la relación, desde esa cercanía descriptiva/normativa del sujeto que padece. Invertir la cadena, no es el médico quién califica un consumo como patológico, es el usuario quien desde su cuerpo reconoce cierta anormalidad. El reconocer la importancia del sujeto que no se reduce a mero objeto de transformación, es el reconocer la implicación de un *pathos*, cuando se habla de patología médica. Es el reconocimiento de un sentimiento concreto y directo de sufrimiento e impotencia, el sentimiento de una vida contrariada, la experiencia directa de la sensibilidad orgánica, previa a una calificación desde un saber médico¹⁸⁵. Justo ese

¹⁸⁴ Giroux, É. (2013) *Op., cit.*, p. 676 y Demazeux, S. (2015) *Op., cit.*, p. 65

¹⁸⁵ Canguilhem, G. (1971) *Op., cit.*, pp 62, 101

reconocimiento es el punto de arranque para las relaciones entre médicos y usuarios problemáticos de drogas.

De esa manera la terapéutica en materia de consumo problemático apunta a un estado normal, considerado como tal por el interesado, es decir, por el usuario¹⁸⁶. Esta idea retoma un punto clave: es el usuario quién debe anunciar la patologización de su condición.

La importancia del sujeto experiencial, se da puesto que es él quien ve disminuidas sus capacidades para relacionarse exitosamente con el medio en el que vive, es él quien tiene ese *pathos*, que a fin de cuentas afecta gravemente su vida cuando se ven afectadas sus capacidades de segundo orden.

En cuestión del consumo de cannabis, al plantear la frontera entre lo normal y lo patológico por intervención del especialista, se crea una frontera imprecisa ya que no se puede establecer de entrada la objetividad de la patología sólo porque el consumo no tiene un fin médico.

Así en materia de consumo no médico de marihuana no hay una verdad objetiva que justifique la patologización. Es necesario remitir a elementos como las ideas alrededor de determinados cuerpos químicos, las condiciones de acceso y consumo y las variables fisiológicas individuales para poder hablar de una verdad subjetiva y parcial en las dietas farmacológicas y en los juicios que realiza el estamento médico.

¹⁸⁶ *Ibid.* p. 92

Históricamente han existido enfermedades que desvalorizan más que otras como fue la lepra o la peste en el pasado, el sida en años recientes y con la expansión de los discursos prohibicionistas los consumidores de drogas con fines no médicos se consideran enfermos perjudiciales para el conjunto de la población. Es decir la categoría de enfermo además de no estar plenamente justificada, se traduce en discriminación y segregación de los usuarios.

El médico parte de la ambición de reestablecer al enfermo algo que no puede obtener por sus propios medios, lo que transforma al sujeto en un objeto pasivo sometido a manipulaciones externas. Se parte de un cuerpo inerte y de una medicina activa, cuando habría que partir del reconocimiento de la propia actividad del organismo¹⁸⁷.

En consumos no médicos, el especialista de la medicina tiene la ambición de recuperar la salud de un enfermo que ni siquiera sabe que padece una enfermedad. Cuerpo inerte y objeto de transformación por parte de un saber. Pero al operar de esa manera el remedio se convierte en la enfermedad. Muchos usuarios que desde su propia corporalidad no reconocen el padecimiento de una enfermedad, encuentran este *pathos* cuando son obligados a suspender un consumo que se considera problemático desde el halo ideológico que rodea al consumo no médico de sustancias psicoactivas.

La medicina debe actuar cuando la enfermedad sobrepasa los límites del cuerpo, es decir, cuando el cuerpo pierde su capacidad normativa¹⁸⁸. Hay un punto previo a la intervención médica y que tiene que ver con el conocimiento del propio cuerpo y sus padecimientos. En la antigüedad se reconocía un precepto llamado el *Decreto de Tiberio*: “pasada la edad

¹⁸⁷ Canguilhem, G. (2004) pp. 17, 18

¹⁸⁸ *Ibid.* pp. 23, 24

de 30 años, todo hombre debe poder ser su propio médico”¹⁸⁹. Pero la disciplina médica desconfía en ese criterio, puesto que el enfermo no puede confiar en su propio criterio, tiene que recurrir al médico, quién es capaz de saber lo que el enfermo ignora¹⁹⁰. No se trata de una crítica al principio en sí, sino a su ampliación a toda práctica médica, incluido el juicio sobre consumos no médicos, donde los médicos sabrían lo que los usuarios ignoran, aunque no tengan experiencia con los efectos que buscan juzgar.

Con la tecnificación y la correlación ciencia-medicina se afianzó la idea del enfermo como objeto a modificar en donde sus situaciones vividas no tienen importancia para la medicina y se creó la idea de la higiene como aquella práctica que busca el ajuste de la vida de los individuos¹⁹¹. Esta idea se puede filtrar cuando se habla de atacar el problema de las drogas como un problema de salud e higiene pública. El problema de las drogas no es un problema hasta que el usuario lo reconozca como tal, es decir, es problema a nivel particular y no general.

La identificación de la enfermedad y la posterior búsqueda de la curación no puede partir de la idea de un paciente-objeto, sino del reconocimiento del paciente como un sujeto que padece y que al ser conciente de su dolor concreto puede ayudar al terapeuta a entender y atacar mejor la enfermedad. En los procesos de curación se tiene que reconocer un proceso complejo donde influye la relación médico-paciente pero también los efectos

¹⁸⁹ *Ibid.* p. 26

¹⁹⁰ *Ibid.* p.30

¹⁹¹ *Ibid.* pp. 39, 58, 59

psicosomáticos del sujeto, además del reconocimiento de la capacidad de un sujeto para juzgar su propio estado orgánico¹⁹².

Una distinción de la importancia del sujeto, en este caso, del consumidor para reconocer cierto problema que se puede traducir en patología es necesaria para poder avanzar en la distinción de juicios sobre la salud y juicios morales, aspectos que se confunden cuando se discute la regulación del cannabis. Hay que confrontar la idea que reduce la totalidad de la existencia de una persona a un aspecto de su estilo de vida. El patologizar el consumo no médico de cannabis o de cualquiera de las sustancias hoy prohibidas hace más daño que las sustancias mismas puesto que, al partir de una categorización de “enfermo” entran en juego diferentes relaciones de poder que influyen en la construcción subjetiva de las personas. Los consumidores asumen de facto la totalidad de su existencia desde la categoría de enfermos y desde la exclusión social que provoca sus hábitos farmacológicos.

Las normas humanas se determinan como posibilidad de un organismo en situación social-cultural para actuar, antes que en la búsqueda de acoplamiento al medio físico. Hay una relación entre las normas fisiológicas con la diversidad de modos de reacción y comportamiento que dependen de las normas culturales¹⁹³. De ahí la importancia de las concepciones culturales de las drogas, en una sociedad donde el consumo es visto como anormal, la patologización por parte de los médicos o incluso por parte de los mismos usuarios tiende a ser mayor. Para algunos consumidores, los psicoactivos son vistos como una forma de autodestrucción y de justificación de ciertos comportamientos

¹⁹² *Ibid.* pp. 70, 80

¹⁹³ Canguilhem, G. (1971) *Op., cit.*, pp. 217, 218

ilegales o inmorales, pero esa situación, clave en el problema actual de los fármacos ilegales, es producto de la prohibición, puesto que sus supuestos e ideas han permeado las normas culturales relacionadas con las dietas farmacológicas de la población.

Antonio Escohotado recoge un ejemplo muy interesante y clarificador acerca de la distorsión que pueden provocar ciertos condicionamientos sociales en materia de consumo de drogas. El ejemplo es acerca de los usuarios con fines no médicos de morfina en los Estados Unidos, antes de la existencia de la compleja maquinaria prohibicionista. En 1928 el director adjunto del Health Service federal, L. Kolb y en 1929 un estudio patrocinado por la Asociación Médica Americana y dirigido por el médico A. B. Light¹⁹⁴, corroboraron la falta de sustento desde el estamento médico del control de los usos no médicos de sustancias como la morfina. El equipo de Light concluía lo siguiente:

La adicción a la morfina no se caracteriza por deterioro físico o lesión de la capacidad mental [Las dos grandes justificaciones del control de la dieta farmacológica]. No hay pruebas de cambios en funciones circulatorias, hepáticas, renales o endócrinas. Si se considera que estos sujetos llevan por lo menos cinco años y algunos más de veinte adictados a esa droga, estas observaciones adquieren gran significación¹⁹⁵.

En la actualidad difícilmente es posible encontrar algún “adicto” tan funcional ¿Es que cambió la química de la morfina? No cambió la química, más bien la pureza. La gente en las calles se inyecta cualquier cosa que les es vendida como opiáceo. También cambiaron las concepciones, antes de la puesta en marcha de la prohibición no existía esa satanización a priori en contra de ciertas sustancias. Lo que hacía más difícil la autoconciencia del usuario como un enfermo, condenado por sus hábitos farmacológicos

¹⁹⁴ Escohotado, A. (2008) *Op., cit.*, p.663

¹⁹⁵ Light, A. B. *ET AL.*, *Opium addiction*, American Medical Association, Chicago, 1929, citado por Escohotado, A. (2008) *Op., cit.*, p.663

a ser un paria. La prohibición es un proceso histórico y hay usuarios que a partir de las ideas de la maquinaria prohibicionista toman la excusa, conciente o inconcientemente, de la enfermedad de la toxicomanía para poder vivir una vida nihilista y reactiva. Como menciona también Escohotado, con respecto al ejemplo de los adictos a la morfina de los años 20 del siglo pasado, sesenta años después, es decir en los años 80 habrá cien veces más agentes dedicados a la represión farmacológica, cien veces más usuarios de drogas prohibidas y en las mismas ciudades donde Kolb y otros médicos hicieron su estudio epidemiológico el adicto ya no es funcional:

La mayoría de los adictos son adolescentes, todos ellos laboralmente nulos y casi el 90 por 100, autores de otros delitos, que por precios astronómicos se inyectan soluciones diez o veinte veces menores en pureza, cuya alta frecuencia de muertes por envenenamiento se denomina eufemísticamente sobredosis. La evidencia de aquellos “adictos estabilizados”, longevos y sin problemas de socialización, contrasta con la vida breve y la destructividad de los pseudoadictos contemporáneos, consumidores de sucedáneos como parte de un ritual draculino que compra irresponsabilidad[...]¹⁹⁶

Si bien el ejemplo que recoge Escohotado no toca lo referente a la mariguana, es importante puesto que actualmente los opiáceos y los opiodes son considerados psicoactivos duros, cuya regulación y normalización es casi impensable, pero cuya prohibición es más dañina. Además de señalar el aspecto de las relaciones sociales y políticas en las que se inserta el consumo de cualquier sustancia psicoactiva.

Frente al fin de la política prohibicionista del consumo no médico de cannabis es necesario plantear la autonomía del individuo en el consumo sin fines médicos o científicos, autonomía que debe actualizarse en dos planos: el plano de la salud y el plano moral.

¹⁹⁶ Escohotado, A. (2008) *Op., cit.*, p. 664

El primero relacionado con lo que se ha expuesto a lo largo de este capítulo con respecto a la salud y el individuo. Aunque el consumo no esté supervisado por un médico, no significa que éste no pueda identificar su consumo como una forma de equilibrar sus relaciones con el mundo a nivel personal, espiritual o lúdico y esta libertad no puede cuestionarse desde fuera del individuo. De acuerdo a lo que se ha expuesto hasta este punto no hay entonces razones de peso del lado de las teorías de la salud o en dentro de la historia psicoactiva de la humanidad que justifique la patologización de los consumos no médicos de cannabis. Se trata más bien de una parapatología, puesto que se refiere más a un juicio moral sobre el consumo de marihuana que a un juicio sobre la salud. Lo que nos conduce al segundo plano de autonomía de sujeto relacionado con la valoración moral del consumo.

Existe una renuencia a aceptar la autonomía del individuo en consumo de marihuana como una libertad válida porque hay una fuerte condena moral hacia el consumo de cannabis que si bien se ve influenciada por las políticas prohibicionistas, su genealogía va mucho más lejos y que tiene un fuerte matiz moral que desde el siglo XIX se confundirá con la protección de la salud pública desde el estamento médico. Hasta este punto la investigación se ha desarrollado estrechamente con las cuestiones de la salud y la enfermedad, pero ha quedado pendiente la cuestión moral.

En el siguiente capítulo, desde un análisis histórico del consumo de cannabis en México, se abordará lo relativo a los prejuicios y condenas morales, aspectos que completan la imagen de la deslegitimación de los consumos no médicos de marihuana.

CAPÍTULO II

MARIGUANA, LA CANNABIS MEXICANA: MORALIDAD, ESTIGMA Y PATOLOGÍA

Como en la mayor parte del globo, en México existe una fuerte estigmatización de los usuarios de cannabis que se da desde una condena moral. Condena que se ha ido forjando a lo largo de los casi 500 años de historia de la mariguana en México. Actualmente existe un incipiente debate que incluso a inicios del siglo XXI parecía impensable¹⁹⁷, que como se verá en las siguientes líneas, fue alimentado desde una decisión de la Suprema Corte. Aunque fuera de la decisión del máximo tribunal nacional de justicia, los debates parecen seguir centrándose en los supuestos daños a la salud y a la sociedad. Supuestos que siguen actualizando la idea de que no hay legitimidad en los usos que no tengan fines médicos o científicos¹⁹⁸.

En otras palabras, la discusión con respecto a la posible regulación de la mariguana en México está secuestrada dentro del falso debate de la cannabis medicinal, que sigue teniendo como epicentro el supuesto de los usos médicos y científicos como los únicos usos legítimos de la planta, alimentando a fin de cuentas la estigmatización y la patologización de los usuarios de cannabis y obstruyendo la posibilidad de un cambio en la conciencia y la representación social de los consumidores.

¹⁹⁷ Cfr. Romero, J. J. (2016) p. 21

¹⁹⁸ Peña Nieto, E. (2017, junio 19) *Op., cit.*

Tomando en consideración esos aspectos, el primer apartado analizará la propuesta del ministro Zaldívar Lelo de Larrea que desembocó en el fallo histórico de la Suprema Corte y las tibias propuestas de los otros poderes de las Unión. En el segundo apartado se iniciará el recuento histórico de la condena moral desde la época colonial para poder pasar, en un tercer apartado, a la gestación de dicha condena durante el siglo XIX mexicano. En el cuarto apartado se analizará la prohibición formal y su relación con la condena moral del consumo de cannabis en la revolución y los primeros gobiernos posrevolucionarios. El quinto se centrará en el paréntesis de sensatez con respecto a la prohibición durante el gobierno de Lázaro Cárdenas para cerrar el capítulo con un apartado sobre la historia reciente de la cannabis en México y su relación con la prohibición, la condena médico-moral y la guerra contra el narcotráfico.

Consumo no médico de cannabis, derecho a la salud y libre desarrollo de la personalidad

Considerando el contexto histórico, político y social de la marihuana en México resulta histórico el fallo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en noviembre de 2015. En dicho fallo se concedió autorización a cuatro personas para poder producir y consumir cannabis de manera libre¹⁹⁹. La decisión se sustentó en una abierta crítica, con base en principios jurídicos, a la prohibición.

En su análisis, el ministro Zaldívar argumenta que el Estado no puede imponer modelos de vida a sus ciudadanos, ya que esto conlleva una indebida restricción a los derechos

¹⁹⁹ Zaldívar Lelo de Larrea, A. (4 de noviembre de 2014). *Op., cit.*,

fundamentales de salud y de libre desarrollo de la personalidad²⁰⁰. Si bien la prohibición del consumo de cannabis se sustenta en la protección estatal de la salud, el ministro Zaldívar concluye que aunque sea tarea estatal el garantizar la salud pública, no hay justificación para intervenir en la salud particular y el cuerpo de los individuos. Aunado a que la prohibición de hecho violenta la salud de la población al generar violencia, restricciones en tratamientos médicos y falta de regulaciones en la venta de cannabis²⁰¹, lo que en sentido estricto daña más la salud pública que el consumo de marihuana sin fines médicos o científicos.

El ministro justifica su decisión con base en una observación general que realizó el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas con respecto al derecho a la salud: “El derecho a la salud implica el control de la salud y el cuerpo, prohibiendo tratamientos e injerencias no consensuados”²⁰². La prohibición del consumo de cannabis y los tratamientos forzados a los usuarios constituyen violaciones al derecho a la salud y no la protección del mismo.

Por otro lado el ministro Zaldívar discute la violación al libre desarrollo de la personalidad de las personas. Cuando se interviene determinado espacio vital desde el Estado, es posible hablar de una violación al libre desarrollo de la personalidad, derecho que no queda amparado en las libertades públicas clásicas y que se alza como un rechazo

²⁰⁰ *Ibid.* pp. 3, 4

²⁰¹ *Ibid.* pp. 5, 15

²⁰² *Ibid.* p. 12

radical al paternalismo de Estado²⁰³. Paternalismo que se ejemplifica muy bien con las políticas de control de las dietas farmacológicas.

El derecho al libre desarrollo de la personalidad supone “la proclamación constitucional de que, siempre que se respeten los derechos de los demás, *cada ser humano es el mejor juez de sus propios intereses*”²⁰⁴. El derecho al libre desarrollo de la personalidad constituye lo que se denomina una libertad indefinida que complementa la libertad de expresión y la libertad de conciencia, buscando salvaguardar la esfera personal de los seres humanos. Al ser una libertad indefinida, su delimitación se da basándose en casos concretos²⁰⁵, como el derecho a consumir cannabis. Este tipo de derechos son importantes frente al autoritarismo que vive el mundo en la actualidad, pero también como una forma de ir conceptualizando y forjando los derechos psicoactivos de la población obstaculizados por la prohibición.

El fallo de la Corte es histórico porque sentó las bases de la inconstitucionalidad de las leyes mexicanas que prohíben la producción y consumo de mariguana²⁰⁶. Sin embargo el fallo es insuficiente puesto que para poder generar jurisprudencia son necesarios otros cuatro fallos similares.

En el plano político, el fallo forzó el inicio de la discusión por parte del ejecutivo y del legislativo, pero sin que hasta la fecha se haya cristalizado una reforma que retome lo expuesto por el ministro Zaldívar, puesto que no se abandona el principio que sólo da legitimidad a los usos médicos y científicos. Las propuestas de los otros poderes de la

²⁰³ *Ibid.* p. 31

²⁰⁴ *Ídem.* *Cursivas en el original.*

²⁰⁵ *Ibid.* pp. 33, 34

²⁰⁶ *Ibid.* 80

Unión no consideraron lo estipulado por la Suprema Corte, relacionado con los usos personales de cannabis, por lo que siguen pecando de ingenuas, prejuiciosas. Así el dictamen del Senado, en el que se fundamentó la reforma la Ley General de Salud y al Código Penal de junio de 2017, apuntaba lo siguiente: “ A pesar de su valor terapéutico, dicha sustancia es susceptible de constituir un problema de salud pública”²⁰⁷. Se mencionan evidencias científicas pero no de una manera exacta y se sigue partiendo de un derecho a la salud paternalista que condena y patologiza a los usuarios de mariguana.

Otro ejemplo es la Iniciativa del presidente Peña Nieto que lanzó en abril de 2016, aprobada en junio de 2017²⁰⁸ y que si bien en la forma retoma las violaciones a los derechos humanos, el enfoque de la salud y la no criminalización de los usuarios, en el fondo no lleva la discusión hasta sus últimas consecuencias como lo hace el ministro Zaldívar. La propuesta se reduce a permitir el uso de medicamentos con base en cannabis, permitir la investigación y subir el gramaje para posesión personal²⁰⁹. El decreto de reforma a la ley general de salud y a código penal que nació de la propuesta del ejecutivo no toca el tema de los usos personales, dejando intactas las violaciones al derecho a la salud y al libre desarrollo de la personalidad que señaló el ministro Zaldívar al seguir prohibiendo cualquier uso que no tenga fines médicos o científicos.

Si bien el fallo de la Corte parecía abrir un camino corto en el terreno judicial y político para legitimar los usos de cannabis más allá de los fines médicos y científicos, no significó un avance sustancial, debido a la renuencia social y política que puede ser explicada por la formación, en el espesor de la historia, de una condena moral que

²⁰⁷ Cfr. Senado. (2016, junio 15) p. 68

²⁰⁸ Peña Nieto, E. (2017, junio 19) *Op., cit.*

²⁰⁹ Cfr. Presidencia, (2016, abril 21)

relaciona el consumo de mariguana con la delincuencia, la violencia y el delito²¹⁰. Espesor histórico que será presentado de manera general en los siguientes apartados.

La mariguana en la época colonial

En un sentido amplio la prohibición farmacológica en México puede rastrearse hasta la época colonial. Aunque su base era religiosa y no médica o moral como la cruzada actual, sí se puede hablar de un control heterónimo de los hábitos farmacológicos de la población. Los pueblos originarios poseían un amplio arsenal de plantas alteradoras del ánimo, cuyo uso tan extendido no pudo ser suprimido a pesar de los esfuerzos para tal fin²¹¹.

Sin embargo entre ese arsenal psicoactivo no se contaba la cannabis, puesto que ésta es una planta originaria de Asia, a diferencia de lo que pensaban los miembros del Sindicato de Pintores, Escultores y Grabadores Revolucionarios, quienes de la mano de Diego Rivera aseguraban que la cannabis era una planta precolombina²¹². Si bien la mariguana no era una planta originaria de América, sí fue asimilada por los pueblos originarios y por la cultura mexicana en general. Esta última situación se comprueba con la palabra misma de “mariguana”, el nombre más popular de la planta en occidente cuyo origen es totalmente mexicano²¹³. Si bien se sabe que el nombre es mexicano no se conoce su origen etimológico, al parecer como escribe Jorge García-Robles al final de su *Antología*

²¹⁰ Cfr. De la Fuente, J. R., *et al.* (2015) p. 268

²¹¹ Cfr. Enciso, F. (2015) p.21

²¹² Cfr. García Vallejo, J. P. (2010) pp. 99,100

²¹³ *Ibid.* p. 13

del vicio, “la planta desea conservar este secreto, por no desear que sepamos todo acerca de ella”²¹⁴.

Antes de ser nombrada como *mariguana*, la cannabis llegó a México con los conquistadores españoles como cáñamo. Es decir, los fines con los que Pedro Cuadrado de Alcalá trajo las primeras semillas en 1530, eran los de obtener fibras necesarias para la navegación y no para utilizar sus propiedades psicoactivas²¹⁵.

El 13 de junio de 1545, el rey Carlos V expide una Cédula Real para fomentar la siembra de cannabis en todas las Indias occidentales. Pero para 1550 el virrey Antonio de Mendoza, recomienda a Pedro Cuadrado no sembrar mucho cáñamo porque los indígenas le estaban dando otro uso que no era textil²¹⁶. Un testimonio similar es recuperado en Atilxco en el siglo XVII, donde el Alcalde relata la existencia de campos dedicados a la siembra de cannabis para la obtención de fibras y de las plantas que siembran los indígenas en sus hogares para “remedio”²¹⁷.

Los españoles no se habían interesado en darle otros usos a la planta de cannabis, quizás influidos por la condena que hizo el Papa Inocencio VIII contra el uso psicoactivo del cáñamo en 1484, considerándolo como satánico. La condena se basaba en que la cannabis era consumida por musulmanes en “el impío sacramento de la misa satánica”²¹⁸. En este punto de la historia hay que rescatar estos dos antecedentes de la condena moral posterior: el uso por parte de los indígenas y la condena desde la iglesia.

²¹⁴ García-Robles, J. *Op., cit.*, p. 286

²¹⁵ García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, p. 27

²¹⁶ *Ibid.* pp. 29, 30

²¹⁷ Hernández, J., *et al. Op., cit.*, pp. 325-330, 349-354

²¹⁸ García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, p. 32

Durante todo el siglo XVIII se buscó fomentar el cultivo de cáñamo para fines textiles sin mucho éxito. Sin embargo el uso ritual-medicinal por parte de los indígenas parece prosperar puesto que en 1769 se prohíbe el uso de la cannabis en la herbolaria indígena por considerarlo parte de sus costumbres supersticiosas²¹⁹. Aun con la prohibición para usarla en la herbolaria, la cannabis encontró y afianzó su lugar como elemento ritual y medicinal y no así en sus usos industriales que no sobrevivieron a la independencia²²⁰.

Siglo XIX: nacimiento de la condena moral

La primera política de control de consumo data de 1833, donde se buscaba controlar su venta, puesto que se consideraba un veneno fuera de las manos de los profesionales de la medicina²²¹. Lo que constituye también el primer antecedente del principio que ilegítimiza el consumo no supervisado por un médico.

El consumo de cannabis había comenzado a ser visible en la Ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX, donde era usada sobre todo en los barrios pobres por los personajes conocidos como los “léperos”, personas alejadas de las costumbres y la moral del naciente México. Los sectores que más la consumían eran los ya mencionados léperos, los presos y los soldados. Su consumo era considerado una mala costumbre, por estar relacionado con esos ambientes. Consideración que durante todo ese siglo

²¹⁹ *Ibíd.* pp. 34, 36, 42

²²⁰ Hernández, J., *et al. Op., cit.*, pp. 325-330

²²¹ *Ibíd.* p. 481

configurará la asociación de la pobreza, la delincuencia y la violencia con el consumidor de marihuana²²².

El siglo XIX marcará el inicio de la implantación de ideas sobre hábitos farmacológicos no apegadas a la realidad social y a las tradiciones que existían en México. Las élites sociales y políticas pensaban que el país no alcanzaría el progreso hasta erradicar las *patologías sociales* que llevaban a los sectores populares al vicio y a la perdición. La “gente de bien, decente e industriosa” se sentía con todo el derecho de avasallar a los mexicanos que de entrada se consideraban viciosos, degenerados, criminales e imbéciles²²³. México fue pionero en la estigmatización y patologización de los usuarios de cannabis²²⁴, ya que las ideas falsas sobre el consumo que se propagaron en el siglo XIX, influyeron en la imagen social del consumidor de cannabis en el mundo durante el siglo XX.

El rechazo al consumo se daba por provocar supuestamente conductas antisociales y delictivas. Comenzaba a surgir la mítica relación entre la pobreza, el consumo de marihuana y la delincuencia. Mito que fue alimentado por las historias sensacionalistas de las notas rojas de los periódicos²²⁵. La primera nota periodística que condenaba el consumo es del periódico “El republicano” del 5 de abril de 1846, donde se relaciona la marihuana con mala salud y violencia entre los soldados federales²²⁶.

²²² García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, pp. 47, 48, 49, 50

²²³ Pérez Montfort, R. *Op., cit.*, pp. 29, 59, 60, 61

²²⁴ García-Robles, J. *Op., cit.*, p. 48

²²⁵ García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, p. 56 y Pérez Montfort, R. *Op., cit.*, p. 72

²²⁶ García-Robles, J. *Op., cit.*, pp. 60, 61

En la segunda mitad del siglo XIX los mitos y la mala fama de la cannabis estaban más que aceptados. En 1864 el escritor Manuel M. Flores consumió cannabis pero no volvió a repetir la experiencia puesto que al siguiente día sintió “languidez en el cerebro” y temió terminar como un enajenado mental, víctima de las ideas que patologizaban el consumo de la planta. Por esos años en el libro de *Farmacopea mexicana (1874)* no se mencionan efectos patológicos, solo se le reconoce como un narcótico poco usado en la medicina mexicana²²⁷.

El único uso medicinal registrado es mencionado por el médico Crescencio García, quien en 1859 menciona el uso por parte de las parteras en los alumbramientos difíciles, sin hacer mención de patologías relacionadas a su uso²²⁸. Como se puede constatar la popularidad de la patologización del cannabis no tenía una base desde la incipiente medicina mexicana de la época, sino desde determinado paradigma moral que identificaba al *mariguano* como un delincuente violento e inmoral.

No fue desde la medicina desde donde se gestó el discurso moralizante y patologizante del consumo de cannabis. El uso de la planta fue prohibido y demonizado en el siglo XIX desde un discurso político-cultural que identificó a la mariguana como una enemiga de la cultura mexicana. Comenzó a circular la idea de que su consumo significaba una amenaza para la salud, la moral y el equilibrio mental del mexicano, lo que selló su condena histórica. El México mestizo comenzó su condena a la cannabis como una forma

²²⁷ *Ibid.* pp. 70, 71, 73, 74

²²⁸ Hernández, J., *et al. Op., cit.*, pp. 97-102

de demostrar su filiación cultural con occidente, al considerar que la única droga psicoactiva con un uso social válido era el alcohol²²⁹.

El proceso civilizatorio no podía incluir prácticas irracionales como el consumo de mariguana, pero detrás de esa idea se puede rastrear un principio xenófobo. El consumo de mariguana estaba relacionado, como ya se mencionaba, con las clases populares e indígenas, de ahí su condena. Pero no es que se condenara el consumo en sí, puesto que durante el Porfiriato convivieron la moda de fumar *haschish* francés y el repudio a la mariguana indígena²³⁰.

Es también durante el Porfiriato donde se tolera el consumo de cannabis dentro de las tropas del ejército federal, pero se da una condena y estigmatización en el consumo ciudadano, al considerar que era una costumbre peligrosa socialmente. Así por ejemplo en 1869 se prohíbe la venta libre de mariguana en la Ciudad de México, con penas de hasta un mes de prisión²³¹. Cabe vez son más populares las ideas que relacionan al consumo de cannabis con crímenes, asesinatos, robos y demencia, alimentados desde la prensa y la literatura porfiriana²³².

En 1896 Federico Gamboa publica “Suprema ley” donde se ejemplifica su consumo en el ejército y de paso se estigmatiza: “dicen que lo vuelve a uno loco y que por eso la prohíben”²³³.

²²⁹ *Ibid.* pp. 12, 17, 18, 19, 20, 21

²³⁰ Pérez Montfort, R. *Op., cit.*, pp. 64, 65, 109, 110

²³¹ García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, pp. 52, 64

²³² García-Robles, J. *Op., cit., Antología del vicio.* p. 25

²³³ *Ibid.* p. 83

La condena y estigmatización de los consumidores de psicoactivos de finales del XIX ya comenzaba a mostrar su influencia desde el estamento médico. En 1880 un médico mexicano escribía lo siguiente acerca del hábito de usar morfina: “ No hay lugar a discusión de que el morfinismo crónico es una especie de locura, si se considera que está caracterizado por alternativas repetidas diariamente de languidez y excitación cerebral, por actos irregulares y afecciones trastornadas que hacen a los morfinómanos conducirse de una manera enteramente anormal e inconveniente”²³⁴. Desde esa descripción se puede leer una patologización del hábito de consumo, que no proviene de un riguroso análisis médico, sino de una opinión moralizante.

Cabe resaltar que en 1885 apareció un periódico llamado “La moralidad”. El diario estaba “dedicado exclusivamente al mejoramiento de las costumbres y a la extirpación de los vicios”²³⁵. Tanto médicos, como curas y legisladores comenzaron a sentirse con autoridad sobre los cuerpos para establecer patrones de convivencia y normalidad²³⁶ que no congeniaban con el consumo popular de cannabis. Nace la condena moral del hábito de uso de drogas como una forma de control del cuerpo.

El rechazo a la embriaguez que se consolidó a finales del Porfiriato forjó el discurso moralizante y hegemónico en materia de dietas farmacológicas²³⁷ que por un lado condenó a los usuarios a la patologización y a la clandestinidad y por el otro permitió el

²³⁴ Pérez Montfort, R. (2016). *Op.,cit., Tolerancia y prohibición*. p.47

²³⁵ *Ídem*.

²³⁶ *Ídem*.

²³⁷ *Ibid.* p. 108

desarrollo de la corrupción institucional. Así para el último tercio del siglo XIX en la cárcel de Belem las mismas autoridades eran las encargadas de la venta de mariguana²³⁸.

Bajo la influencia del rechazo a la embriaguez la sociedad mexicana emergente del siglo XIX condenaba la supuesta pérdida del control individual que merecía la intervención de las autoridades²³⁹, preparando de esa manera el terreno político y social para las políticas prohibitivas del siglo XX. En 1901 aparece el libro “Plantas que producen locura” donde la mariguana se compara con el *Toloache*, aunque desde una completa ignorancia puesto que se habla de las semillas, cuyos efectos provocaban “manía, estupidez y tendencia al homicidio”²⁴⁰.

Es también a finales del siglo XIX y principios del XX cuando el consumo de mariguana y de otras drogas se extiende a la escena literaria mexicana, tanto a temática de obra como a consumo entre los autores. Lo que de alguna manera también ayudó a reforzar el tabú social con respecto a las drogas por los excesos de los poetas y escritores. Por ejemplo, en 1895 J. J. Tablada es internado en el Hospital “San Hipólito” para desintoxicarse²⁴¹. Años después publicará “Las misas negras de la mariguana” (1908) donde denuncia la escalada social de la “envilecedora yerba” cuyo consumo ya no se reduce a las estratos más bajos. Sus testimonios resultan curiosos puesto que dan cuenta del estigma con que Tablada trataba el tema de la cannabis:

La manera con que se comportaban, la firmeza de la voz y la seguridad de los movimientos, alejaban toda sospecha de que fuese el alcohol la causa de aquellos

²³⁸ García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, p. 54

²³⁹ *Idem.*

²⁴⁰ García-Robles, J. *Op., cit.*, p. 90

²⁴¹ García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, pp. 65, 66

extravíos del sentido y de aquellas risas sin causas [...] Había caído, en efecto, en medio de un cónclave de “grifos”²⁴².

Tablada reconoce los efectos de la mariguana y a pesar de reconocer poca toxicidad de éstos, los patologiza por encima del consumo del alcohol desde una abierta condena moral.

Cuando se tocaba el tema en la literatura de finales del Porfiriato e inicios de la revolución, se relacionaba el consumo de mariguana con el crimen y con lo demoníaco²⁴³. Aunado a lo anterior y particularmente con respecto a la mariguana, la prensa nacional continuó la difusión de historias que documentaban los supuestos instintos sangrientos que provocaba la mariguana. Ya en el siglo XX, en 1910, existían “estampas” en las notas rojas de los periódicos que siguieron estigmatizando a sus consumidores²⁴⁴.

Revolución y posrevolución: condena social y prohibición formal

A pesar de la continua condena en los medios impresos de la época, el consumo se extendió durante el movimiento armado revolucionario, debido al consumo que hacían los soldados de todas las fracciones²⁴⁵. Sin embargo el estigma continuó alimentándose en el imaginario popular, no sólo desde la prensa, también por la influencia del consumo de cannabis por parte de personajes oscuros de la historia mexicana como Victoriano

²⁴² García-Robles, J. *Op., cit.*, p. 110

²⁴³ Pérez Montfort, R. (2016). *Op.,cit.*, p. 132-139

²⁴⁴ *Ibid.* pp. 73, 74, 83, 84

²⁴⁵ García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, p. 84

Huerta. El traidor de Madero y posterior dictador era un conocido consumidor de cannabis, lo que ayudó a configurar la relación entre marihuana, la violencia y el mal social²⁴⁶.

En el terreno político la prohibición tenía ya bases suficientes para convertirse en política pública. Así el 20 de diciembre de 1915 Venustiano Carranza declara la prohibición de las “drogas heroicas” en todo el país²⁴⁷. Con esas disposiciones se buscaba prohibir el consumo, venta y producción de opio, cocaína y marihuana por ser sustancias que supuestamente provocaban degeneración de la raza, dificultaban la labor de higiene social y significaban envenenamiento para la sociedad.

En la realidad las disposiciones de Carranza no se llevaron a cabo. Pero dan cuenta de la influencia política de los Estados Unidos donde la moral y la prohibición comenzaban tomar una fuerza sin precedentes que se materializó primero con la prohibición del alcohol y la posterior internacionalización de las políticas prohibitivas²⁴⁸. Esa influencia norteamericana encontró eco en la condena moral del consumo de marihuana que se había gestado durante el siglo XIX en México.

Con el fin del conflicto armado y ya dentro de las discusiones del Constituyente de 1917, el diputado José María Rodríguez introduce el tema de las drogas argumentado su importancia debido a que éstas “son sustancias nocivas o peligrosas que envenenan al individuo y degeneran la raza”²⁴⁹ ideas acordes con las concepciones pseudo-científicas

²⁴⁶ García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, p. 88 y Pérez Montfort, R. *Op.,cit.*, p. 128

²⁴⁷ García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, p. 89

²⁴⁸ Pérez Montfort, R. *Op.,cit.*, pp. 120,121, 122

²⁴⁹ *Ibid.* p. 158, 159

de la eugenesia imperantes en la medicina mexicana de la época. Por lo que es necesaria la intervención estatal sobre la higiene del individuo, prohibiendo su venta²⁵⁰.

J. M. Rodríguez partía de una condena moralista que sobredimensionó el problema de las drogas, que argumentó una catástrofe que no coincidía con la realidad social del consumo de psicoactivos. Además de pensar que existía una supuesta sobriedad de la cultura mexicana, ignorando el pasado cultural psicoactivo de los pueblos originarios²⁵¹ y las múltiples ebriedades de los partícipes de la revolución.

Los primeros afanes políticos de prohibición olvidaron que la marihuana estuvo presente en todos los bandos de la revolución²⁵². Como bien apunta Froylán Enciso, la Revolución mexicana y sus incipientes instituciones adoptaron un discurso antialcohólico y de pureza moral frente al consumo de sustancias alteradoras del ánimo, bajo la influencia de las ideas prohibicionistas de los Estados Unidos, olvidando que “la Revolución se hizo entre mota, tequila y pulque”²⁵³.

El médico y general J. M. Rodríguez fue el Jefe del Consejo de Salubridad que emitió una prohibición oficial el 15 de marzo de 1920 bajo el nombre de “Disposiciones sobre el cultivo y consumo de productos que degeneran la raza”. Toda importación de opiáceos y cocaína tendría que ser autorizada por el Departamento de Salubridad y donde quedaba prohibido el cultivo de marihuana y adormidera en territorio nacional²⁵⁴.

²⁵⁰ Enciso, F. *Op., cit.*, pp. 45, 46

²⁵¹ García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, pp. 93, 94, 95

²⁵² *Ibid.* p. 96

²⁵³ Enciso, F. *Op., cit.*, p. 70

²⁵⁴ Pérez Montfort, R. *Op.,cit.*, pp. 32, 160, 161

Todas esas medidas corresponden al concepto de “medicina social” de finales del siglo XIX y principios del XX, donde se entendía como tarea del Estado la higiene social de la población y el evitar la degeneración de la raza. Dicha tarea se cumplía vigilando desde la higiene del trabajador hasta el control moral del tiempo libre²⁵⁵, control que de entrada suponía la prohibición del consumo de plantas psicoactivas como la marihuana.

Los primeros gobiernos posrevolucionarios generaron códigos sanitarios y penales con un fuerte control de los cuerpos por medio del control de los apetitos farmacológicos²⁵⁶. Lo que ayudó a consolidar un discurso que desde la medicina, la higiene social y la bandera de la salud pública justificó la primeras leyes federales de control de producción y consumo de marihuana, por considerar que el consumo de dicha planta devenía en “degeneración de la raza”²⁵⁷. El México posrevolucionario convirtió la condena moral de la marihuana del siglo XIX en una condena judicial²⁵⁸, ayudando a generar de esa manera los problemas de corrupción y violencia que enfrenta México en la actualidad.

Por otro lado también en 1920, el antropólogo Gómez Maillfert publica un estudio etnográfico de los usuarios de marihuana en México en la revista “Ethnos”. En dicho texto se constata el uso extendido de la cannabis en todo México y en todos los estratos sociales. El texto concluye invitando a investigar seriamente sobre el tema antes de descalificar el consumo²⁵⁹.

²⁵⁵ Cfr. Fischer, T. (diciembre de 2003) p. 21

²⁵⁶ Pérez Montfort, R. *Op., cit.*, pp. 17, 18

²⁵⁷ Hernández, J., *et al. Op., cit.*, p. 497

²⁵⁸ García-Robles, J. *Op., cit.*, p. 40

²⁵⁹ García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, p. 96 y Pérez Montfort, R. *Op., cit.*, pp. 148, 149, 150

Sin embargo para este punto de la historia la relación mariguana-pobreza-delincuencia estaba muy difundido en la sociedad mexicana. El periodista oaxaqueño Fernando Ramírez de Aguilar realizó un reportaje sobre los “Clubs de cannabis” de la Ciudad de México de los años 20 del siglo pasado, donde jóvenes de las clases altas se juntaban a “darse un toque”. El periodista refería que su interés surgió porque de niño fue testigo de la brutal golpiza que unos policías dieron a un soldado consumidor de cannabis²⁶⁰. El hecho fue tan conocido que se tuvieron que organizar charlas en las escuelas y hasta los sacerdotes alertaron a la población de la terrible plaga de la mariguana. Según sus propias palabras, la cuestión de la mariguana lo intrigaba porque desde el incidente en su niñez “mariguano, poseído por el espíritu del mal, loco furioso, energúmeno, tenían [...] significado idéntico”²⁶¹.

Las políticas de control de drogas fueron planteadas como políticas eugenésicas que fomentaron la representación social del consumidor de cannabis como un delincuente e incluso como un asesino, pero además sirvieron de suelo fértil para la corrupción institucional y la creación del problema del tráfico ilegal de sustancias. En 1919 un funcionario del Consejo de Salud se vio envuelto en un escándalo de corrupción por la venta de dos toneladas de opio decomisado y después vendido a un particular. Otro funcionario de Hacienda fue consignado por la exportación de opio hacia los Estados Unidos. Si bien en estos casos se demuestra la corrupción de las autoridades, oficialmente

²⁶⁰ García-Robles, J. *Op., cit.*, p. 147

²⁶¹ Enciso, F. *Op., cit.*, p. 58

lo que se condenó fue el consumo de opio por parte de los chinos, ya que se consideraba que esa era la raíz del problema²⁶².

Por esos años se dan también las primeras tensiones y manifestaciones de violencia relacionadas con la prohibición. Se tiene registro de un enfrentamiento que tuvo lugar en 1921 en Ciudad Juárez, cuando un grupo de contrabandistas se enfrentó con agentes estadounidenses quienes buscaban evitar el contrabando de opio, tequila y otros licores²⁶³. En un análisis de expedientes de inspectores de drogas que trabajaron entre 1923 y 1929, 40% presentaban irregularidades relacionadas con corrupción y abuso²⁶⁴. A casi 100 años de esos eventos, queda claro que la prohibición, el contrabando, la violencia y el estigma hacia los usuarios son parte de la misma fórmula.

En 1925 un Decreto presidencial prohíbe la importación de marihuana, pero no su producción local, ni su consumo, que estaba extendido por todo México. En ese año tampoco en los Estados Unidos había una condena penal contra el uso de marihuana²⁶⁵. El 10 de marzo de ese mismo año se publica un acuerdo presidencial en el Diario Oficial donde se facultaba al Departamento de Salubridad para ejercer acciones de policía antinarcóticos. También en 1925 México firma el primer acuerdo diplomático prohibicionista²⁶⁶

A partir de ese momento la complicidad entre delegados sanitarios y traficantes se intensificó, al grado de que en 1931 uno de esos delegados, enviado al puerto de

²⁶² Pérez Montfort, R. *Op.,cit.*, pp. 151, 152, 153

²⁶³ *Ibid.* p. 163

²⁶⁴ *Ibid.* p. 185

²⁶⁵ *Ibid.* pp. 182, 183

²⁶⁶ García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, p. 101

Mazatlán, denunciaba el contubernio entre autoridades políticas, militares, delegados sanitarios y traficantes que había propiciado que el tráfico de drogas se realizara impunemente en todo Sinaloa²⁶⁷.

En 1929 se incluye en el Código Penal la categoría de “Delitos contra la salud” condensando dos propuestas prohibicionistas: la criminalización y la patologización del consumo de psicoactivos, al considerarlos “estupefacientes, somníferos y degeneradores de la raza”²⁶⁸. De ahí también otra objeción al consumo en el plano económico, puesto que el consumo de drogas implicaría la disminución de la productividad, haciéndolo que el consumo sea poco útil al capital.

De la mano de esas legislaciones, comienza a germinar el problema del narcotráfico, puesto que el primer acuerdo bilateral entre México y los Estados Unidos se dio en 1930. Ese mismo año por orden del Departamento de Salubridad Pública se incluye al peyote en la categoría de “drogas enervantes”²⁶⁹ y al año siguiente se lanza la primera campaña antidroga a nivel nacional, basada en un rechazo a la población china que vivía aquí en México²⁷⁰. Estas tres situaciones ejemplifican muy bien la política prohibicionista al referir a la compleja red internacional del tráfico de drogas, la ignorancia al considerar cualquier psicoactivo bajo la misma categoría y la xenofobia detrás de esas políticas de control del cuerpo.

En el año de 1931 se publica el “Reglamento Federal de Toxicómanos” donde se repite la ambigüedad de considerar al consumidor algo entre criminal y enfermo. Se instaura

²⁶⁷ Pérez Montfort, R. *Op., cit.*, p. 253

²⁶⁸ *Ibid.* pp. 195, 196, 197, 198

²⁶⁹ *Ibid.* pp. 200, 201

²⁷⁰ García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, p. 101

una campaña antidrogas permanente y se pide dar aviso a las autoridades de casos confirmados o sospechosos de toxicomanía, ya que se consideraba que eran agentes peligrosos contra la moral y la salud social²⁷¹. La representación social era tan negativa que un juez en esos años proponía las siguientes soluciones al problema de la toxicomanía:

- a) Los que cometan por primera vez el delito de toxicomanía deberán ser internados, para su tratamiento de deshabitación, en un Hospital de toxicómanos.
- b) Los reincidentes en el delito deberán ser relegados perpetuamente en islas deshabitadas.
- c) Los toxicómanos declarados incurables, serán condenados a la esterilización de sus órganos genitales.
- d) A los que cometan el delito contra la salud les deberán ser aplicadas penas cuyos términos medios exceda de cinco años.
- e) Tanto a los viciosos como a los traficantes de drogas se les incapacitará para el desempeño de cargos públicos [...] ²⁷²

Esas medidas nunca se llevaron a cabo, pero dan cuenta del peligro social en que se habían convertido las drogas por los mitos y las políticas prohibicionistas que no tenían conocimiento de las realidades de los consumos. Así por ejemplo, en piezas de teatro popular el consumo de marihuana seguía apareciendo. Su presencia no estaba condicionada por los rechazos y prohibiciones morales o políticas. Incluso fuera de las representaciones artísticas, el consumo popular de marihuana “tenía la familiaridad de un culto”²⁷³.

²⁷¹ Pérez Montfort, R. *Op.,cit.*, pp. 204, 205

²⁷² García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, p. 111

²⁷³ Pérez Montfort, R. *Op.,cit.*, pp. 224, 225

De la misma manera, las prohibiciones sólo sirvieron para acrecentar la complicidad de autoridades y traficantes que para los años 30 del siglo pasado ya era un lugar común en Tijuana, Mexicali, Nogales, Ciudad Juárez²⁷⁴, Laredo y Matamoros. En la novela *La luciérnaga* (1932) Azuela da cuenta en uno de los pasajes del lucrativo negocio de la venta de marihuana a pequeña y mediana escala y de la corrupción oficial²⁷⁵ que ya para esos años se había consolidado de la mano de las políticas prohibicionistas.

En abril de 1935 el presidente Lázaro Cárdenas deja sin efectos las disposiciones de 1925 relativas a la policía sanitaria debido a todas las irregularidades denunciadas por parte de personas víctimas de la violencia y corrupción de los delegados sanitarios²⁷⁶. Lo que poco sirvió para atacar la corrupción institucional. Desde 1936 operaba una red internacional de tráfico de drogas en México, donde las autoridades eran parte. En 1938 se reportan irregularidades en los decomisos de drogas y ese mismo año la prensa internacional habla de México como un centro neurálgico en la producción y comercio de drogas ilegales²⁷⁷.

A pesar de esa situación, que no era desconocida por las autoridades, en esos años se forjó una postura conservadora en gran parte de las autoridades relacionadas con el tema de las drogas. Así se fue creando la idea de criminalizar todo aquello que no tuviera que ver con el uso no médico de psicoactivos, postura que congeniaba muy bien con las ideas norteamericanas con respecto al consumo de marihuana y de otras drogas²⁷⁸.

²⁷⁴ *Ibid.* p. 254

²⁷⁵ García-Robles, J. *Op., cit.*, pp. 119-122

²⁷⁶ Pérez Montfort, R. *Op., cit.*, p. 257

²⁷⁷ *Ibid.* pp. 272, 278, 280

²⁷⁸ *Ibid.* p. 262

Un ejemplo de esa postura conservadora era la del médico Gregorio Oneto Barenque quien escribió un artículo titulado “La marihuana ante la psiquiatría y el código penal” en la revista *Criminalia*. Los lineamientos sobre el consumo de marihuana y otras drogas que se venían dibujando desde el Porfiriato y que habían encontrado eco en las autoridades revolucionarias y posrevolucionarias, encontraron eco también en la postura de Oneto, para quien el consumo de psicoactivos se traducían en degeneración de la raza, violencia y decadencia social. Incluso en primer Congreso Panamericano de 1931 expuso que la categoría de “delitos contra la salud” debería equipararse a la de “homicidio calificado” en el Código Penal, algo que sustentaba, según él, con sus propias investigaciones con los consumidores de cannabis²⁷⁹. Cabe resaltar que los experimentos en los que basaba sus conclusiones habían utilizado hojas y no flores hembras de cannabis²⁸⁰, lo que pone en duda la legitimidad y reproductibilidad de sus conclusiones.

La sensatez cannábica del médico Salazar Viniegra

A pesar de ese ambiente de condena e ignorancia no todas las posturas se reducían a dichas ideas. Durante esos años el médico Leopoldo Salazar Viniegra, pensaba que no se debía criminalizar el consumo, sea médico o no, postura muy avanzada incluso para la actualidad y que inevitablemente cuestionaba las posturas prohibicionistas. Surgió así una polémica entre Salazar Viniegra y Oneto que llegó hasta la Academia Nacional de Medicina en 1934. Para Salazar ya se tenían conocimientos suficientes para establecer, no

²⁷⁹ *Ibid.* 261

²⁸⁰ García-Robles, J. *Op., cit.*, p. 181

sin cierto sarcasmo que “el zapote prieto es más nocivo que la marihuana”²⁸¹. Mientras que Oneto planteaba la necesidad de más observación clínica y la seguridad de que sin la prohibición de las drogas la sociedad se caería a pedazos. A lo que Salazar apuntaba que dichas políticas de represión sólo beneficiaban a los traficantes y a las autoridades corruptas²⁸². Los argumentos de Salazar Viniegra se sustentaban en sus diez años de trabajo en el hospital psiquiátrico *La Castañeda* y en los experimentos que realizó.

En el hospital llegó a conocer 5 casos de personas, supuestamente enloquecidas por marihuana; hurgando un poco en su historial médico y personal se descubría que la raíz del problema mental no era el consumo de cannabis. Su trabajo también incluyó experimentos donde él y su equipo también consumían para darse una idea de los efectos psicoactivos de la planta. En todos sus experimentos no pudo concluir que la marihuana provocara alucinaciones, propensión a la violencia o locura, ni en los usuarios ocasionales, ni en los consumidores con más de treinta años de uso habitual²⁸³.

En los años en que el médico realizó sus experimentos, tuvo la visita de una periodista francesa que de la mano de Salazar Viniegra comprobó, incluso ella misma fumó, que los efectos de la cannabis poco tenían que ver locura, violencia y crimen. Sin embargo al publicar el artículo en Francia cambió sus conclusiones y difundió historias sensacionalistas de supuestos “enajenados” por la marihuana recluidos en el hospital de “La Castañeda”, donde incluía fotos de los pacientes del hospital, supuestos enajenados

²⁸¹ Pérez Montfort, R. *Op.,cit.*, p. 262

²⁸² *Ibid.* 263

²⁸³ García-Robles, J. *Op., cit.*, pp. 173, 174, 180, 181, 190, 191, 193, 203

mentales por el consumo de marihuana, pero que en realidad padecían psicopatologías cuyo origen era independiente del uso de cannabis²⁸⁴.

El caso de la periodista francesa ejemplifica como, después de un siglo, la prensa seguía alimentando mitos sobre los efectos del cannabis. Incluso Leopoldo Salazar Viniegra decía que: “Los trastornos mentales [...] determinados por marihuana solo existen en las crónicas periodísticas”²⁸⁵.

Los problemas asociados al consumo no tenían que ver con el uso psicoactivo de la planta sino con el contexto de consumo²⁸⁶, puesto que dentro del contexto del consumo había una representación social del *mariguano* que lo sugestionaba a actuar de acuerdo al comportamiento criminal que se esperaba de él²⁸⁷.

En 1938 el médico Salazar Viniegra publicó también en *Criminalia* el artículo titulado “El mito de la marihuana”, donde condensa toda su investigación y que concluye de la siguiente manera:

Frente a nuestro real y formidable problema de alcoholismo, la cuestión de la marihuana no merece la importancia de problema social o humano [...] La instrucción, la cultura y la orientación de nuestro pueblo, permitirá que el calumniado y hermoso arbusto no sea en el futuro más de lo que debe ser: una rica fuente de abastecimiento de fibras textiles²⁸⁸.

Para el médico Salazar Viniegra, el supuesto problema de la toxicomanía era totalmente artificial, cuyo origen ubicaba en la ignorancia con respecto a las drogas, la falta de comprensión de la realidad social de consumo, la torpeza legislativa y la falta de

²⁸⁴ *Ibid.* p. 204

²⁸⁵ *Ídem.*

²⁸⁶ Hernández, J., *et al. Op., cit.*, p. 538

²⁸⁷ García-Robles, J. *Op., cit.*, p. 211

²⁸⁸ Enciso, F. *Op., cit.*, p. 78

honestidad de las autoridades que lo único que ocasiona es proporcionar beneficios a los traficantes y a las autoridades corruptas²⁸⁹.

La solución que proponía era la de regular desde el Estado la producción y venta de psicoactivos, estableciendo al médico como el intermediario entre el consumidor las drogas. Lo que se buscaba era sacar de las garras de los traficantes y de los policías a los consumidores. La medicina al encargarse de la higiene mental y social, podía acercarse al toxicómano para buscar darle alivio a su condición²⁹⁰. La postura de Salazar acierta al cuestionar la creación de mercados negros por la prohibición, pero se queda corta al establecer al médico como el intermediario válido, porque como se verá en el siguiente apartado y como se argumentó en el capítulo I, la medicina se alzaría como la disciplina que establece qué consumos son legítimos y cuáles no lo son.

Al parecer la postura de Salazar tuvo mayor repercusión, puesto que en 1938 es él quien lanza el nuevo Reglamento Federal de Toxicomanías donde se buscaba atacar el problema con medidas más tolerantes. Las ideas de Salazar llegaron hasta la Sociedad de Naciones, donde México, en 1939, presentó una postura antiprohibicionista que fue censurada por las delegaciones de los Estados Unidos y Canadá²⁹¹. Hoy en día estos países están en camino de la regulación de la cannabis, para consumos no únicamente médicos sino también personales y recreativos, mientras en México se vive una escalada de violencia, corrupción y vulneración del estado de derecho por una guerra absurda provocada por los criterios prohibicionistas.

²⁸⁹ *Ibid.* p. 79

²⁹⁰ *Ibid.* pp. 80, 81

²⁹¹ Pérez Montfort, R. *Op.cit.*, pp. 284, 287, 290

Si bien a nivel internacional no tuvo eco, sí lo tuvo en el contexto nacional. Bajo las ideas de Salazar Viniegra, el 17 de febrero de 1940 se publica un nuevo Reglamento Federal de Toxicomanía²⁹². Donde se incluía la necesidad de llevar un registro nacional de los toxicómanos, se establecía que el médico, a partir de su juicio, podía decir si el consumidor necesitaba ser internado o podía seguir acudiendo solo por sus dosis²⁹³.

El 9 de marzo de 1940 se abrió el primer dispensario para toxicómanos en la Ciudad de México con resultados positivos²⁹⁴. Aun con la salvedad de que la política otorgaba mucho poder al médico, dicha política pública partía de un supuesto muy sensato que explicaba el médico José Quevedo, encargado de uno de los dispensarios. Para él, la importancia de los dispensarios recaía en que eran lugares de abastecimiento públicos, con precios por debajo de los del mercado negro, que permitía a los toxicómanos obtener sus dosis sin mayores complicaciones lo que les permitía cumplir con sus obligaciones. Lo que consideraba un mal necesario, que estaba mejor en un marco de legalidad que en uno de prohibición²⁹⁵. Es decir, en 1940 estaban básicamente en el mismo punto que hoy, 75 años después del fracaso de la prohibición.

La nueva política de drogas del gobierno de Lázaro Cárdenas no gustó nada a los estadounidenses, por lo que el gobierno norteamericano vetó la exportación de todo tipo de medicamentos hacia México. Para esos años México dependía totalmente de la industria farmacéutica de los Estados Unidos debido a que Europa estaba sumida en la

²⁹² Enciso, F. *Op., cit.*, p. 85

²⁹³ Pérez Montfort, R. *Op., cit.*, p. 296

²⁹⁴ *Ibid.* p. 296

²⁹⁵ Enciso, F. *Op., cit.*, p. 88

segunda guerra mundial. Así finalizó el programa de legalización llevado a cabo sólo por cuatro meses²⁹⁶.

Siglos XX y XXI: entre el cambio y la continuidad del estigma

Entre la década de 1930 y 1940 se alimentó la idea, sin fundamento, de que las drogas eran responsables de calamidades sociales, con propensión al crimen y a la locura. Específicamente con la mariguana, en los años siguientes, el imaginario popular se alimentó con la idea del criminal *mariguano*. Por ejemplo en la famosa película de “Pepe el toro” el villano, Don Pilar, es un *mariguano* enloquecido²⁹⁷. Para 1952 la “Ley cinematográfica” prohibió la aparición de drogas en el cine²⁹⁸.

Toda esa “mala fama” que circuló por los medios de comunicación de México y el mundo se tradujo paradójicamente en un consumo masivo por parte de los jóvenes en occidente en la década de 1960. La segregación socio-cultural, la ilegalidad (internacional a partir de 1961) y los ritos asociados al consumo, la convirtieron en un emblema de la contracultura y de la rebelión social²⁹⁹. El potencial político de la cannabis ya había sido prefigurado por el Dr. François Lallemand en el siglo XIX, quien veía en el cannabis un catalizador para la revolución, o por Walter Benjamin quien también veía

²⁹⁶ Enciso, F. *Op., cit.*, p. 89 y Pérez Montfort, R. *Op.,cit.*, p. 304

²⁹⁷ Pérez Montfort, R. *Op.,cit.*, pp. 333, 336, 337

²⁹⁸ *Ibid.* p.338

²⁹⁹ García-Robles, J. *Op., cit.*, p. 44, 257 y Hernández, J., *et al. Op., cit.*, p. 548

esperanzas revolucionarias en el consumo de hachís, considerándolo una medicina social contra la “fiebre del capitalismo”³⁰⁰.

Al parecer los millones de jóvenes que se introdujeron al consumo de cannabis en los años 60 del siglo pasado concordaban con las ideas de Benjamin y de Lallemand. Desde los poderes públicos esta situación fue vista con recelo. En los Estados Unidos Richard Nixon incluso llega a cerrar la frontera con México para evitar el tráfico de marihuana³⁰¹ y en México las autoridades se dedican a utilizar la prohibición de la cannabis para extorsionar y censurar a los jóvenes, fueran consumidores o no, ya que los policías se encargaban de “sembrar” la mota a las personas que detenían³⁰².

Contrastando esa realidad urbana de los usos de la cannabis, estaban los usos rituales que realizaban tepehuanes, tepecanos y otomíes. Uso que fue documentado por el antropólogo Timothy Knab en su estudio “Uso ritual de la cannabis en México” y donde resalta que los indígenas ignoraban que su “Santa Rosa” era la terrible marihuana de la que oían hablar continuamente en las campañas del gobierno³⁰³.

Pese a la prohibición oficial, en la denominada “Literatura de la onda” de la mano de Parménides García Saldaña y de José Agustín y previamente con los relatos del escritor *Beat* Jack Kerouac, se da una reivindicación de los usuarios de cannabis³⁰⁴. Las referencias a la *yerba* dejan de tener tonos fantásticos y desapegados a las realidades de

³⁰⁰ Lee, A. M. *Op., cit.*, p. 83, 84, 124

³⁰¹ Enciso, F. *Op., cit.*, p. 101

³⁰² García Vallejo, J. P. (2010) *Op., cit.*, p. 123.

³⁰³ *Ibid.* p. 130

³⁰⁴ García-Robles, J. *Op., cit.*, pp. 244-268

consumo, que habían predominado en la literatura mexicana del siglo XIX y la primera mitad del XX.

Para 1996 el problema del tráfico de drogas, la corrupción y la violencia ya eran resultados incuestionables de la política prohibicionista. 10 años antes de la guerra de Calderón un grupo de intelectuales mexicanos firmó el “Manifiesto a favor de la legalización de la marihuana” donde se cuestionaba la política prohibicionista y la patologización de los consumidores. Dicho manifiesto buscaba comenzar a “debatir sin falsos moralismos y con seriedad el problema de las drogas”³⁰⁵.

Es también a finales del siglo XX y los primeros años del XXI que aparecen en la escena pública los usuarios (colectivos, organizaciones, individuos consumidores y exconsumidores) como agentes activos en la discusión política sobre la cannabis, contribuyendo al proceso de la desestigmatización de la planta y sus usuarios³⁰⁶.

Sin embargo la propaganda en contra y estigmatización del consumo de marihuana no ha cesado. Como bien apunta Jorge García-Robles:

Resulta increíble ver –entre 1970 y 2015– películas mexicanas, telenovelas, spots publicitarios, noticiarios o escuchar discursos oficiales, algunos del sector salud o de instituciones de rehabilitación médica, o leer algunos best sellers (sic) dedicados a cultivar las buenas costumbres de la juventud, como los de Cuauhtémoc Sánchez, para constatar que la condena –a veces disfrazada de civilidad, a veces abiertamente amarillista– con que fue embestida la marihuana desde el siglo antepasado sigue viva³⁰⁷.

³⁰⁵ *Ibid.* pp. 274, 275

³⁰⁶ García Vallejo, J. P. *Op., cit.*, p. 158 y Hernández, J. *et al. Op., cit.*, pp. 648-653

³⁰⁷ García-Robles, J. *Op., cit.*, p. 47

A partir de los hechos presentados a lo largo de todo este apartado es posible sostener que la condena social de la marihuana en particular y de las drogas en general, siguió aquí en México un camino vertical, de las élites político-económicas y que pretendió imponerse en los sectores populares donde el consumo estaba extendido³⁰⁸.

La justificación fue el intentar evitar patologías médicas y sociales atacando la producción y consumo. Lo único que se ha logrado con éxito con este tipo de políticas es la corrupción endémica entre autoridades y traficantes y, bien visto, el desprestigio del saber médico. La prohibición formal nació en México como producto de una lectura eugenésica y racista, ya que el consumo y producción de psicoactivos eran actividades relacionadas con los sectores populares indígenas, las cuales no podían ser eliminadas por decreto. Dichos decretos fueron el caldo de cultivo para el mercado negro y la corrupción institucional³⁰⁹.

No se puede dejar de mencionar que esas ideas prohibicionistas de las élites mexicanas tenían una fuerte influencia del prohibicionismo estadounidense fundamentalista y cristiano. Esa postura tenía dos principios que fueron heredados casi transparentemente al contexto nacional: cualquier uso no médico de drogas es inmoral y está relacionado con razas inferiores o con degeneración de las razas³¹⁰.

Desde esta perspectiva histórica se entiende mejor la postura social conservadora y condenatoria que existe en México con respecto al uso de drogas y de marihuana particularmente que se traduce en una representación social de la planta y de los

³⁰⁸ Pérez Montfort, R. *Op.,cit.*, p. 227

³⁰⁹ *Ibid.* pp. 157-207 Capítulo IV *Intolerancia, persecución y conciencia*

³¹⁰ *Ibid.* p. 166

consumidores, incluso bajo supervisión médica³¹¹, cercana a la violencia, la locura y la delincuencia. Representación social que dificulta la concepción autónoma de los consumos psicoactivos de cannabis.

A finales del siglo XX y comienzos del XXI, aun frente a la pérdida de gobernabilidad, violencia y corrupción, la regularización de los consumos en México se vislumbra complicada porque se sigue pensando al consumidor habitual de cannabis bajo la estigmatización social, la reprobación moral y la criminalización; influenciados también por la absurda “Guerra contra el narcotráfico” que lanzó Felipe Calderón en 2006. Guerra que estaba perdida desde el inicio por ignorar las condiciones históricas, políticas y sociales de las drogas en México, pero que además hizo que el afán prohibicionista y criminalizador se estacionara y empantanara la mayoría de los asuntos relativos a las drogas y su posible regulación³¹².

La condena moral del consumo habitual de cannabis sin fines médicos es una de las bases de la política prohibicionista y de la distorsión que ésta provoca en la representación social de los usuarios como enfermos o delincuentes, desde el mismo usuario o desde determinado estamento de saber-poder como la medicina, cancelando de hecho y de derecho la autonomía de los individuos para construir consumos bajo el paradigma de la *sobria ebrietas*.

Justo en este punto surge la importancia de utilizar las herramientas foucaultianas para clarificar esa clasificación del consumo psicoactivo de cannabis como patológico.

³¹¹ La propuestas de marihuana medicinal en México se reducen a la regulación de la importación de medicamentos elaborados a partir de la cannabis, lo que habla de la reservas que existen con respecto del uso de la planta y no de un preparado farmacéutico. Cfr. Senado. (2016, junio 15). *Op., cit.*

³¹² *Ibid.* pp. 17, 18, 21

Clasificación que desde el pensamiento de Foucault, se puede incluir en la categoría de parapatología, con determinados efectos de saber-poder sobre el individuo, mismos que serán analizados en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III

PARAPATOLOGÍA PROHIBICIONISTA: ENTRE EL SABER Y EL PODER

Considerando el vínculo entre la patologización de los usos no médicos y científicos de cannabis y la condena moral de los consumidores, se puede ubicar el punto que imposibilita la transición hacia otras relaciones con la milenaria planta de cannabis. Dicho vínculo será analizado desde la analítica del poder foucaultiana. Partiendo de la noción de parapatología, entendida como un defecto moral que se trata en la práctica y en el saber como enfermedad³¹³ con consecuencias en los planos individual y social de aquellos que caen dentro de dicha categoría.

La analítica de Foucault resulta conveniente al desarrollarse como una problematización de los modos en que los seres humanos nos convertimos en sujetos. El filósofo francés recuperaba la división entre el loco y el cuerdo, el enfermo y el sano, los criminales y los buenos muchachos³¹⁴, pero como se pretende demostrar, sus ideas también son útiles en la discusión de la situación actual de la cannabis, donde se plantea la división entre sus usos legítimos e ilegítimos. División que se basa en la condena moral al uso psicoactivo de la *mota* y en la patologización del hábito de consumo desde el estamento médico por no perseguir fines médicos o científicos.

La lucha contra esa división farmacológica entraría en el tipo de lucha política contra lo que liga al individuo a determinada identidad (en este caso el *mariguano* como enfermo o

³¹³ Foucault, M. *Op., cit., Curso de 1974-1975* p.32

³¹⁴ Cfr. Foucault, M. (2001) *Por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto* p. 241

delincuente) y lo somete a otros de esa forma³¹⁵. No se puede partir de una instancia externa que determine la identidad de un individuo desde determinado estamento de saber-poder, puesto que esa determinación se traduce en estigma, segregación, tratamientos forzados, etc.

El que un individuo desde su propia libertad decida consumir cannabis no tendría por qué conllevar una condena moral, una categorización patológica o un sometimiento forzado para modificar lo que desde su propia corporalidad no reconoce como perjudicioso. La reticencia a dicha idea se basa en las relaciones de fuerza en las que se mueve la representación social de los usuarios de cannabis como se vislumbrará en los siguientes párrafos.

La situación actual de la prohibición de los usos de cannabis está en un punto límite. Si bien en el plano internacional hay poca movilidad, en diversas geografías hay un cambio hacia la regulación, pero no se ha alcanzado a materializar el fin de las políticas prohibicionistas de mariguana. Los debates, al menos aquí en México (dejando de lado la decisión de la Suprema Corte), se concentran en los juicios de valor acerca de los diferentes tipos de consumos (médicos o no) y por lo tanto no hay un verdadero avance en la libertad del consumo no supervisado de cannabis.

En ese sentido, la cuestión de la mariguana medicinal tampoco significa un avance sustancial. Se sigue pensando al médico como el intermediario “científico” que permite que el consumo psicoactivo se convierta en legítimo o ilegítimo³¹⁶. Estableciendo

³¹⁵ *Ibid.* p. 245

³¹⁶ Los términos se relacionan con la distinción de usos de plantas durante la edad media: se podían utilizar plantas, siempre y cuando los fines fueran cristianos. Ahora se diría “se permite el uso de cannabis

relaciones de saber/poder que en primera instancia podrían parecer neutras, pero que al negar la realidad de los consumos no médicos, al categorizarlos como patológicos, ponen en juego las relaciones que constituyen una distorsión y un obstáculo en el establecimiento de una relación con la marihuana cuya legitimidad no se base en sus fines médicos y científicos, sino en la autonomía del sujeto.

Se establece entonces que existen relaciones de poder muy precisas que obstaculizan el proceso del fin de la prohibición e ilegitimidad de los usos no médicos de marihuana. Por lo que es necesario señalarlas con miras a sortear los obstáculos y las reminiscencias de la prohibición e iniciar una etapa de mayor madurez en nuestras relaciones con la cannabis.

Considerando lo anterior el primer apartado se centrará en el análisis general de las relaciones de poder y el consumo no médico de marihuana, para pasar de manera más particular a las relaciones con el saber médico. En el tercer apartado la cuestión del consumo no médico será analizada a la luz de los conceptos de disciplina, biopoder y su interrelación. Para finalmente apuntar a ciertas líneas de fuga que ayuden a configurar otra relación con la planta de cannabis.

Relaciones de poder en el consumo no médico de cannabis

Michel Foucault piensa que la pregunta por el poder parte de un cómo y no de un qué. El concepto señala una multiplicidad de relaciones y no tanto una unidad de fuerza. Se

psicoactivo si tiene como fin la terapéutica y si es guiado por un médico”. Cfr. Escohotado, A. (2008) *Op., cit.*, pp. 276-282

desecha la idea de un poder fundamental³¹⁷. En el caso del cannabis el análisis no se centrará en la idea de una conspiración política detrás del proceso de internacionalización de su prohibición, lo que se buscará serán ciertas relaciones de fuerza entre el saber médico, la condena moral y la representación social de los usuarios de marihuana sin fines médicos como enfermos o delincuentes.

Se busca cuestionar el papel de la medicina como juez que establece determinados tipos de consumo como patológicos. El concepto de poder foucaultiano no remite a un agente omnipotente, ni omnisciente, más bien remite a una heterogeneidad de relaciones. En ese sentido no es que se aplique un poder que se tiene, sino que se aprovecha la posición en el campo de relaciones de fuerza. Aprovechamiento que es conciente e inconciente³¹⁸, la inteligibilidad del campo de fuerzas nunca puede ser total, puesto que la posición del sujeto está comprometida dentro de las relaciones de fuerza que quiere explicitar. Conciente porque el médico se sabe como el profesional capacitado para catalogar una patología e inconciente porque su posición, en el caso que nos ocupa, no es decidida por él, sino que la prohibición, al tener una justificación médica, lo ubica como el intermediario válido entre legitimidad e ilegitimidad de usos, donde el usuario no tiene palabra si se le considera de entrada un enfermo.

Las relaciones de poder penetran en el espesor de los cuerpos y este proceso no se identifica con una interiorización conciente de las mismas por parte de los sujetos³¹⁹. De ahí que el proceso de subjetivación del *mariguano* como delincuente o enfermo responda

³¹⁷ Cfr. Foucault, M. (2001) *¿Cómo se ejerce el poder?* p. 252

³¹⁸ Cfr. Foucault, M. (2012) *Precisiones sobre el poder: respuesta a algunas críticas* pp. 117, 119 y Foucault, M. (2012) *El poder, una bestia magnífica* p.42

³¹⁹ Cfr. Foucault, M. (1980) *Las relaciones de poder penetran los cuerpos* p. 156

a determinadas relaciones de fuerza que vienen desde una condena moral y desde una idea de patologización desde el estamento médico, relaciones que atraviesan el cuerpo de los usuarios.

El ejercicio del poder no se reduce a la violencia o al consenso, desde la óptica foucaultiana lo importante es analizar el poder como una estructura total de acciones dispuestas para producir otro tipo de acciones, es decir, estructuras que actúan sobre las acciones de los sujetos³²⁰. Como ya se mencionaba no se busca eliminar las relaciones entre el estamento médico y el consumo de cannabis, sino de establecer sus límites, de ubicar las relaciones entre el saber médico y los usuarios más allá del paradigma prohibicionista.

Las relaciones de poder pueden ser entendidas como dirección de los sujetos y en ese sentido se relacionan con la palabra “gobierno”. Gobernar es estructurar un campo posible de acción sobre los otros³²¹. Recuperando esa idea es importante aclarar que la apuesta de la presente investigación no es por la total liberación de los consumos, sino proponer que desde la regulación de todos los usos del cannabis se puede estructurar un campo de acción para la libertad y la autonomía del individuo en cuanto a consumo no supervisado, con rendimientos sociales mejores que los de la prohibición.

Dentro de las relaciones de fuerza y sus constantes luchas, hay un aspecto productivo y de reticulación de los sujetos³²². El poder no es un decir prohibitivo, puede formar saber y verdad e influir en la conformación de subjetividades. En el caso particular de la relación

³²⁰ Foucault, *Op., cit.*, *¿Cómo se ejerce el poder?* p. 253

³²¹ *Ibid.* pp. 253, 254

³²² *Ibid.* pp. 92, 110

entre el saber médico y los usuarios no médicos de cannabis, la reticulación y conformación de subjetividades no puede partir de la relación pasiva que instala el prohibicionismo, cuyos elementos se reducen a una condena moral y a la categoría de enfermo o delincuente impuesta desde el exterior. Es necesario que el consumidor adquiriera conciencia y responsabilidad de su propio consumo con miras a modificar las relaciones de fuerza y para producir otro tipo de sujeto-consumidor bajo un paradigma ético no prohibicionista.

Las relaciones de poder poseen capilaridad, su ejercicio es local y como punto local de fuerza es conveniente analizarlo más que como unidad global de dominación³²³. Las relaciones de poder son específicas, tienen su configuración propia³²⁴. Este punto resalta en el análisis ya que justo de lo que se trata es de modificar las relaciones de poder actuales, mismas que se expresan en la relación del discurso médico, la condena moral y los consumidores no médicos de marihuana y cómo esa confusión de la labor médica, sobre todo en el aspecto ideológico, sigue obstaculizando políticas que permitieran una regulación sensata de la cannabis.

Cabe recordar que las relaciones de fuerza producen realidad, producen campos de objetos y rituales de verdad³²⁵. La separación entre usos legítimos e ilegítimos de cannabis con una justificación en el saber médico no parte de la supuesta neutralidad científica. Las actuales relaciones de poder relacionadas con el consumo de cannabis han producido todo un andamiaje conceptual y de valoración moral donde el consumo se condena por conllevar o al menos ser factor de riesgo de una patología basada en el uso

³²³ Cfr. Foucault, M. (2000). *Curso de 1975-1976 Defender la sociedad* pp. 36, 37

³²⁴ Foucault, M. *Op., cit., Las relaciones de poder penetran los cuerpos*. p.157

³²⁵ Foucault, M. *Op., cit., Vigilar y Castigar*. p. 198

habitual, lo que convierte a los usuarios en objetos de transformación de sus hábitos desde la disciplina médica.

Hay relaciones de poder dentro de la constitución del saber médico, la condena del hábito de consumo y su relación con los consumidores que vale la pena analizar y que serán el objeto del siguiente apartado.

Mariguana, saber médico y parapatología

El dominio de la política no puede ser reducido a la cuestión jurídica, las relaciones de poder se encuentran en diferentes dominios dentro de las sociedades dadas³²⁶. Es por esto que la presente investigación no busca reducir el análisis prohibitivo desde el nivel jurídico. Como ya se mencionaba, es importante considerar la configuración del nivel jurídico con la cuestión de la normalidad, la patología y la condena moral, piezas claves de las normas que prohíben la producción y consumo de cannabis sin fines médicos.

El ejercicio del poder en sus mecanismos más finos no puede ejercerse sin la formación y la circulación de un saber. De ahí la importancia de orientar todo el análisis del poder hacia los dispositivos del saber, para calcular las consecuencias de determinadas relaciones de fuerza en un orden de saber específico³²⁷. Si es tan difícil modificar las relaciones de fuerza que patologizan y estigmatizan al usuario no médico de cannabis es porque ese principio de legitimidad se basa en la formación y circulación de cierto saber médico que se erige como autoridad definitiva, desconociendo sus propios límites, por ejemplo la no neutralidad y la historicidad del saber médico identificadas en el capítulo I

³²⁶ Foucault, M. *Op., cit., Las relaciones de poder penetran los cuerpos.* p. 158

³²⁷ Foucault, M. *Op., cit., Curso de 1975-1976 Defender la sociedad.* p. 41, 42 y Foucault, M. *Op., cit., Seguridad, territorio y población.* p. 17

o la susceptibilidad de las valoraciones médicas de ser influidas por consideraciones morales, como se discutió sobre la base de ejemplos históricos en el capítulo II.

No es la actividad del sujeto la que produce saber que puede ser útil o que puede luchar con determinado poder. Las relaciones de poder/saber determinan la forma y los dominios posibles de conocimiento. El saber tiene una función de prolongación y reforzamiento de los efectos del poder³²⁸.

Para validar dicha afirmación es posible ver la relación del saber médico con la historia de la prohibición de las drogas. Ya desde finales del siglo XVIII el médico Benjamin Rush³²⁹, firmante de la *Declaración de Independencia* de los Estados Unidos, concebía a su saber cómo la nueva guía de la conciencia de la humanidad y concretamente al médico como aquel capaz de erradicar vicios. Su labor sería necesaria y por supuesto que tendría resistencias, mismas que el médico podría superar. Esta idea se hereda hasta principios del siglo XX cuando en los mismos Estados Unidos se inicia una campaña contra toda ebriedad, puesto que se considera antinatural. Queda libre el uso médico ya que bajo la tutela del médico la sustancia pierde su peligrosidad³³⁰.

La condena del consumo de marihuana se presentó como un esfuerzo sustentado en la ciencia, aunque ya existía desde el siglo XIX una condena moral, prolongando efectos de poder que no se agotaron en la prohibición del consumo, puesto que en su carácter productivo devino en el proceso de subjetivación del *mariguano* como enfermo o delincuente, y en otros procesos como la institucionalización e internacionalización de la

³²⁸ Foucault, M. *Op., cit., Vigilar y Castigar*. pp. 34, 36

³²⁹ Escobedo, A. (2008) *Op., cit.*, p. 497

³³⁰ *Ibid.* p. 606, 607

campaña antidrogas, la figura de los narcotraficantes y la escalada de violencia que padecemos producto de una política que buscaba el “bienestar” de la población mundial. El saber no es neutral, está inserto en variadas relaciones de fuerza.

Los efectos del poder no se reducen a la opresión y a la dominación, pueden cristalizarse en campos de verdad. La verdad no con mayúsculas, sino la verdad como procedimiento que permite depurar y emitir ciertos enunciados considerados como válidos³³¹. El conjunto de reglas con que se discrimina lo verdadero y lo falso y que liga efectos de poder³³². Es decir el proceso de verdad que se da al interior de las ciencias y las instituciones que las sostienen: universidades, bibliotecas, centros de investigación y financiación etc. La ilegitimidad del uso de marihuana sin fines médicos o científicos es parte de un campo de verdad que encuentra en la prohibición una solución válida para cuidar la salud individual y pública.

El estamento médico parte de cierta idea de verdad neutral que no considera las relaciones de poder detrás de su saber en el establecimiento de consumos legítimos o ilegítimos de cannabis. Ese aspecto fue capital en la constitución y fundamentación del discurso prohibicionista. Actualmente cuando se empieza a cobrar conciencia del error de la política, vuelven a aparecer ciertos discursos donde se piensa al médico como el árbitro que da o quita legitimidad a las distintas formas e intencionalidades del uso de cannabis. Dejando de lado el principio de autonomía y referencia al sujeto, principio que podría modificar las relaciones de fuerza insertas en los consumos no médicos de marihuana.

³³¹ Cfr. Foucault, M. (2012) *Poder y saber* p. 77

³³² Cfr. Foucault, M. (1980) *Verdad y poder* p. 187

El objeto de las luchas debe centrarse en los efectos de poder³³³. No se busca una esfera de independencia total entre médicos y usuarios de drogas, sino desembrollar las relaciones de fuerza que plantean un control excesivo de los cuerpos, su salud, su vida y su muerte. También se debe luchar contra los privilegios del saber que nace de los efectos del poder que en el caso de la cannabis se materializa en la clasificación de enfermo por consumir marihuana sin fines médicos. Se trata en ese sentido de rechazar las abstracciones de la violencia ideológica que nos ignora como individuos, pero también de rechazar la determinación científica de lo que es cada uno. Atacar esa forma de poder que funciona en la vida cotidiana y que hace asignarnos cierta identidad, cierta individualidad³³⁴ que en el caso del usuario es la del consumidor como enfermo, categoría que responden más a un hábito que se considera un defecto moral que a un juicio sobre la salud de los individuos, es decir, una parapatología.

Con lo anterior comienza a cobrar sentido la posibilidad de hacer inteligibles ciertas relaciones de saber/poder/verdad que a primera vista parecen inexistentes al enfocarse en formas de saber al parecer neutras. Saber, técnicas y discursos científicos se pueden entrelazar para formar un dispositivo de castigo. Castigo que no es pura opresión, sino que busca una transformación de ciertas prácticas³³⁵, producción mediante corrección de otro tipo de subjetividad, a partir de la relación saber/poder. Producción subjetiva que en el caso concreto de la marihuana busca exaltar la figura del hombre sobrio y racional, sobre el enfermo consumidor de drogas, escondiendo aspectos importantes como la imposibilidad de hablar de una sobriedad total que se viene a sumar a la falta de

³³³ Foucault, M. *Op., cit., Por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto*. p. 244

³³⁴ *Ibid.* p.245

³³⁵ Foucault, M. *Op., cit., Vigilar y Castigar*. p. 29

justificación de una división entre usos legítimos o ilegítimos de cannabis desde el saber médico.

El saber, tal y como lo entiende Foucault, se constituye al interior de ciertas positividades. Positividad es el suelo previo, el juego de relaciones donde determinados elementos se forman al interior de una práctica discursiva (conceptos, objetos, estrategias, sujetos válidos de enunciación)³³⁶. El saber es entonces: “Conjunto de elementos formados de manera regular por una práctica discursiva que son indispensables para constituir una ciencia, pero no destinados a darle su lugar”³³⁷. El saber es aquello de lo que se puede hablar en una práctica discursiva. El espacio en el que el sujeto puede tomar posición para hablar de los objetos de su discurso³³⁸. Actualmente las relaciones de poder en materia de consumo de cannabis sólo remiten al saber disciplinado de los médicos, ignorando la constitución de un saber desde la propia experiencia del individuo con la cannabis que permita hacer circular y producir otro tipo de usuarios.

La historia de la disciplina médica parte de la positividad de la salud y la enfermedad, pero desde el siglo XVII cuando comienza su disciplinarización, buscando separarse de las medicinas “tradicionales”. Esta separación se fundamenta en las relaciones que mantiene con distintas ciencias formales, donde se incluyen enunciados de éstas en su campo de acción y de veridicción, lo que se ha traducido en el dispositivo saber/poder de la medicina, donde se incluye la problemática de los consumos ilegítimos de cannabis si no son supervisados por los licenciados en dicha materia.

³³⁶ Cfr. Foucault, M. (2010). *La arqueología del saber* pp. 234, 235, 236

³³⁷ *Ibid.* 237

³³⁸ *Ídem*

De manera más específica en el siguiente apartado se analizarán las relaciones entre consumos no médicos de cannabis, la disciplina y el biopoder.

Consumo no médico de cannabis: disciplina y biopoder

Con un dispositivo de saber/poder normalizado es posible aplicar técnicas disciplinarias sobre el cuerpo para organizar todo un campo de visibilidad. A diferencia de la ley que prohíbe, la disciplina se cristaliza en prescripciones³³⁹, de ahí también su profunda relación con el dispositivo de saber/poder médico. En cuanto al consumo no médico de mariguana, durante toda la prohibición los cuerpos fueron objeto de vigilancia y de una prescripción jurídico-médica. Con el fin de la prohibición el campo de vigilancia puede quedar solo en manos de los médicos, si se parte de la idea de la intermediación del médico como forma legitimadora del uso de las sustancias alteradoras del ánimo. El uso se convierte en legítimo si y sólo si es parte de una prescripción de un profesional de la medicina.

Originalmente la prohibición de ciertos psicoactivos se presentó como una cruzada a favor del “progreso social y económico de todos los pueblos”³⁴⁰ progreso que presuponía la sobriedad como un aspecto necesario para la producción, es decir, entran en juego los elementos de utilidad y docilidad.

En materia de mariguana psicoactiva, el mecanismo disciplinario precede a la represión. Si bien se busca reprimir una conducta, esta represión del consumo de algunas sustancias

³³⁹ Foucault, M. *Op., cit., Curso de 1975-1976* p. 219

³⁴⁰ ONU (1961) p.1

se sustentó en la producción de “verdades” acerca de los psicoactivos, verdades apodícticas puesto que no era necesario partir de cierta experiencia. El consumo, sin hacer diferencia de cantidades, contextos o historial del usuario remitiría a una toxicomanía, un problema social y económico que justificaría la política internacional sobre el control de la producción y el consumo de marihuana³⁴¹.

El poder disciplinario no es exactamente un poder represivo, lo que busca es crear conjuntos y comparaciones que logren diferenciar a los individuos. Buscando trazar la frontera externa con lo anormal, es un poder que busca generar normas que distingan entre lo normal y lo anormal³⁴². En el artículo 38° de la Convención de 1961 se traza esa frontera desde el exterior, desde el emplazamiento del médico cuando establece que lo que se busca es atacar el consumo indebido, donde todo uso indebido es todo uso no médico y todo usuario que no busque la terapéutica, es un toxicómano y es necesario remitirlo a rehabilitación³⁴³. Actualmente con los cambios en la política prohibicionista el mecanismo disciplinario de diferenciación entre usos legítimos e ilegítimos seguiría operando si se sigue partiendo del principio de normación médica para legitimar el uso.

Otra noción foucaultiana de mecanismo de poder es la referente al biopoder. Hay que recordar que las relaciones de poder no son globales ni responden a cierta unidad, son inmanentes a un dominio y tienen distintos procedimientos que las diferencia entre sí. Partiendo de este punto es posible distinguir el biopoder de los mecanismos disciplinarios.

³⁴¹ *Ibid.* pp. 11, 13

³⁴² Foucault, M. *Op., cit., Vigilar y Castigar.* pp. 187-193

³⁴³ ONU, (1961) *Op., cit.*, p. 41

Si en los mecanismos disciplinarios hay un enfoque al cuerpo, constituyen una anatomopolítica, existen otro tipo de relaciones donde lo importante no es el hombre/cuerpo, sino el hombre/especie. En este tipo de poder el elemento de aplicación no es el cuerpo, más bien el conjunto de la población constituirá el objeto del mecanismo de poder³⁴⁴. Aquí se reconoce la otra cara de la prohibición como política de salud que se justificaba como ya se mencionó, en una cruzada médico-científica con miras a lograr el progreso social y económico de los pueblos, es decir, del conjunto de la población.

En los discursos acerca de la legitimidad o ilegitimidad de consumo relacionados con los mecanismos de biopoder se reconoce una curva de normalidad en cuanto al consumo de ciertos psicoactivos (principalmente azúcar y café, y en menor medida con respecto al tabaco y alcohol), estableciendo la norma que diferencia entre fármacos legales e ilegales, entre fármacos seguros y fármacos inseguros. Curva que no tendría que partir de la idea de normalidad de acuerdo a la política prohibicionista, sino que tendría que apuntar a contextos, usos y consumidores particulares.

El biopoder se cristaliza en dispositivos de seguridad y población. Hay que recordar que el punto nodal del biopoder es una determinada población humana. El dispositivo de seguridad no adopta la forma de la represión, en cambio busca circunscribir el fenómeno dentro de los límites aceptables dentro de la curva de normalidad, dentro de un campo seguro. Sin imponer la voluntad de unos sobre otros³⁴⁵.

Dentro de la curva de normalidad, que es parte del paradigma ético de las drogas en la todas las sociedades, los fármacos legales responden a un régimen de consumo que los

³⁴⁴ Foucault, M. *Op., cit., Curso de 1975-1976* p. 220 y Foucault, M. *Op., cit., Curso de 1977-1978* p.63

³⁴⁵ *Ibid.* pp. 86, 87

mantiene en márgenes de aceptabilidad: fumar tabaco en ciertos espacios privados o consumir alcohol sólo los fines de semana, pero también el consumo de cannabis busca este estándar de aceptabilidad, buscando superar la ilegitimidad del consumo por considerarse patológico, un defecto moral o ambos.

El biopoder al contrario de los mecanismos disciplinarios es inherente a una política de drogas, no porque ciertas relaciones de biopoder existan en los regímenes prohibitivos. No se puede negar la necesidad de plantear parámetros de seguridad de población en cuanto a consumos, pero estos parámetros deben congeniar con la libertad de los individuos. En otras palabras, el biopoder dentro de los consumos no supervisados de cannabis tiene que apuntar a una regulación de la producción y consumo de mariguana desde el plano estatal pero cuya puesta en marcha apunte a la gestión de la vida del individuo desde su propia autonomía.

La población tiene la posibilidad de ser un elemento activo en los mecanismos de biopoder, en este sentido, algunas políticas de reducción de daños, constituyen un ejemplo de mecanismo de biopoder que no comulga con la pura prohibición o con el mero ejercicio de la soberanía.

El control y cobertura de las actividades de los seres humanos se da porque esas actividades pueden afectar el desarrollo de las fuerzas de un Estado, de ahí la preocupación por la salud cotidiana de la población y de su buen vivir³⁴⁶. De ahí también la importancia de una política sobre consumos de cannabis posprohibicionista que reconozca el consumo sin fines médicos como una actividad que necesita ser

³⁴⁶ *Ibid.* pp. 370-373

normalizada, puesto que la prohibición ha dañado seriamente las fuerzas de varios Estados, sin duda el Estado mexicano es prueba de esa descomposición política.

Durante la prohibición se ha explotado el miedo con relación al consumo de marihuana, al categorizarlo como una enfermedad, limitando la libertad en pos de la seguridad. Lo que se debe buscar ahora es producir libertad en materia de consumo de psicoactivos, no basada en el miedo, pero sí buscando un cálculo sobre la seguridad que parta de la idea de que no todo consumo no médico es problemático.

Las relaciones de fuerza del biopoder y de la disciplina pueden estar articuladas unas sobre otras, sin que haya un proceso de exclusión o de fusión³⁴⁷. Hay ciertos saberes donde se puede comprobar esa relación. Foucault expone el saber sobre la sexualidad como punto de articulación entre lo disciplinario y lo regularizador³⁴⁸. La presente investigación busca demostrar esa articulación en materia de consumo de cannabis sin fines médicos y su relación con ciertos saberes formales.

Este juego de relaciones de poder se da al interior de la medicina: “La medicina es un saber/ poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y los procesos biológicos; que va a tener en consecuencia efectos disciplinarios y regularizadores”³⁴⁹. En el caso del control del consumo de cannabis se vislumbran ambos procesos: el control disciplinario del cuerpo y la justificación de la necesidad de la intervención de ciertos sujetos que ejercen un saber/poder en el consumo

³⁴⁷ Foucault, M. *Op., cit., Curso de 1975-1976* p.226

³⁴⁸ *Ibid.* p. 228

³⁴⁹ *Ídem.*

de psicoactivos para evitar un “supuesto” desastre a nivel de población, dejando sin voz ni voto al usuario, quien es el que debería tener la última palabra.

Existen otro tipo de relaciones de fuerza donde quedan articulados los mecanismos disciplinarios y la regularización del biopoder como es el poder pastoral. Si bien su objeto no es la población, ni el cuerpo, sino las almas, es posible distinguir en esa preocupación ciertos cuidados dirigidos al alma, materializados en el cuerpo y que tienen por objetivo determinado bien común³⁵⁰. Este tipo de poder nace de la tradición judeo-cristiana, con sus obvios matices y se hereda al saber contemporáneo por medio de la medicina. La medicina, pero también la psiquiatría hereda el poder sobre las almas, poder que se vuelve excesivo cuando busca controlar el consumo de cannabis de la población desde la “superioridad” de su saber.

El poder pastoral se ocupa del alma de los individuos en la medida en que la dirección del alma implica una dirección permanente en la vida cotidiana. En ese sentido el médico y el psiquiatra pueden ser pastores también³⁵¹. De hecho ese sería su papel exclusivo, si se sigue identificando el uso indebido de psicoactivos con cualquier uso que no sea médico, lo que significaría un aumento del poder médico, en las sociedades hiper-medicalizadas de hoy.

Nuevamente es posible distinguir las relaciones de poder, del concepto jurídico del poder. Ni el pastor, ni el médico son hombres de ley, sin embargo son hombres de poder³⁵². En ese sentido, si no se reconoce el derecho legítimo al uso de cannabis y se trata de ejercer

³⁵⁰ Foucault, M. *Op., cit., Curso de 1977-1978* pp.155-158

³⁵¹ *Ibid.* pp. 171, 172, 185

³⁵² *Ibid.* p. 206

un control excesivo por parte del estamento médico en los consumos no médicos se seguirá abriendo la puerta a la ilegalidad, a los mercados negros, a las adulteraciones y a la escalada de criminalidad y violencia que caracteriza a este tipo de mercado, sin contar que se seguirá partiendo de la pasividad de los consumidores. Es necesario apostar por la superación de la parapatología y la consolidación de la autonomía del consumidor.

Más allá de la parapatología prohibicionista

El apostar por una superación de la parapatología relacionada con el consumo no médico de cannabis constituye un proceso que es parte de la insurrección de los saberes sometidos contra los efectos de saber y poder del discurso médico que justifica la política prohibitiva. La pregunta en relación con la medicina es qué sujeto de experiencia y saber quieren aminorar desde el momento en que dicen “yo que emito ese discurso, emito un discurso científico y soy un sabio”³⁵³. En el caso del consumo sin fines médicos de la marihuana, lo que se aminora es el discurso del usuario al considerarlo un enfermo y un incapaz que tiene el juicio nublado por los “venenos de la cannabis”, olvidando que se está juzgando un hábito desde determinados supuestos morales y no una patología desde el saber médico formal.

Mientras más regulado es un saber, se abren mayores posibilidades de que los sujetos discursivos se distribuyan en líneas rigurosas de enfrentamiento³⁵⁴. Cuando se habla de consumo de cannabis, los usuarios no alcanzan la categoría de sujetos discursivos

³⁵³ *Ibid.* pp. 23-26

³⁵⁴ *Ibid.* p. 192

válidos, frente a la regularidad del discurso médico. La misma investigación para producir saber sobre la cannabis está controlada por normas que no responden a criterios científicos.

Hay entonces dos problemas con los controles actuales de drogas que están íntimamente relacionados. Por un lado el usuario es invalidado como sujeto discursivo en materia de psicoactivos y por otro esta situación no se puede modificar ya que el discurso médico no puede apostar a un cambio radical por la rigurosidad del control político internacional en el que se enmarca la prohibición de los usos no médicos de marihuana.

El discurso médico tiene un estatus científico y es pronunciado por sujetos calificados, cuyos enunciados tienen efectos de verdad y de poder. No se está frente a un poder jurídico, sino frente a un corpus de técnicas meditadas de transformación de los individuos³⁵⁵. El poder es más sutil, de cualquier forma sigue estableciendo jerarquías de enunciación. Esto es más visible en la psiquiatría en particular, puesto que este saber se constituyó históricamente como herramienta de higiene social³⁵⁶. Con el paso de la psiquiatría alienista a la desalienización psiquiátrica, cualquier conducta humana es proclive a la jurisdicción del médico³⁵⁷. Actualmente el consumo de cannabis es una actividad que para muchas personas necesitaría de la jurisdicción del médico, su intervención daría legitimidad al consumo.

³⁵⁵ Foucault, M. *Op., cit., Curso de 1974-1975* pp. 24, 25, 31

³⁵⁶ *Ibid.* p. 115

³⁵⁷ *Ibid.* pp. 152, 153

En otros términos, el discurso médico-psiquiátrico funciona como principio de depuración y de discriminación de determinados sujetos³⁵⁸ si no de manera general, al menos a nivel discursivo. Se alzan como jueces de la normalidad³⁵⁹. Concretamente de la normalidad en el consumo de sustancias psicoactivas.

Con relación al poder, la medicina cumple las siguientes funciones. Prolongar las diferencias y exclusiones en materia de edad y de medio, convertir el pecado en enfermedad y por ende convertir a la medicina en garante de la moral. Y no solo diferenciar entre lo normal y lo anormal, también lo que es lícito y no lícito, criminal o no criminal, lo que es desenfreno o práctica nociva³⁶⁰, consumo legítimo o ilegítimo.

El consumo no médico de cannabis no constituye un problema de salud en general, sino particular en determinados consumos y sujetos. La pregunta por las relaciones entre los médicos y los usuarios de mariguana en general es importante para ir pensando otros tipos de vínculos con las sustancias alteradoras del ánimo. Vínculos que se dan tanto en los usos médicos como en los usos no médicos. Durante toda la prohibición el saber médico dejó un vacío que se sintió en ambos frentes. Por un lado no se desarrolló investigación para el uso de sustancias con poder curativo pero prohibidas y por el otro se partió de la idea de cualquier consumo no médico como toxicomanía. Es necesario replantear las relaciones entre médicos y usuarios de psicoactivos. Donde sea el consumidor el que pueda acceder y enjuiciar su consumo desde su propia libertad.

³⁵⁸ *Ibid.* pp. 147, 148

³⁵⁹ Foucault, M. *Op., cit., Vigilar y Castigar*. p. 311

³⁶⁰ Cfr. Foucault, M. (2012) *Las grandes funciones de la medicina en nuestra sociedad* pp. 269, 270

En la obra de Michel Foucault hay una preocupación por inteligir las relaciones de fuerza de las instituciones que influyen directamente sobre las actividades y los pensamientos de los seres humanos³⁶¹. Tomando en consideración ese aspecto, la institución médica y su discurso, adquieren una importancia capital en una reflexión sobre la cannabis más allá de la parapatología .

Profundizando en la historia de la medicina, la cannabis y las relaciones de poder en dicho dominio, se vislumbra que éstas están lejos de reducirse a las políticas farmacológicas prohibitivas del siglo XX. Desde el siglo XIX es posible distinguir una confiscación psiquiátrica de los efectos de las drogas a la enfermedad mental³⁶². Y esta herencia histórica se está filtrando al discurso posprohibicionista cuando se busca mantener la categoría de enfermo con respecto de los usuarios de drogas con fines no médicos.

La relación de los efectos del cannabis con la enfermedad mental también ha afectado a los usuarios con fines médicos ¿Cuántas personas no se han podido beneficiar de la marihuana medicinal a lo largo de casi un siglo de prohibición de la planta y sin embargo fueron medicados con fármacos sintéticos con efectos perjudiciales? ¿Cuántos se pudieron beneficiar de los efectos analgésicos de los opiáceos, pero por la ignorancia se prefiere medicar con opioides sintéticos, solo por la psicoactividad de los primeros? Hay que derrotar ese miedo a la psicoactividad de las sustancias para poder relacionarnos de una forma más madura con ellas.

³⁶¹ Cfr. Foucault, M. (2012). *M. Foucault. Conversación sin complejos con el filósofo que analiza las "estructuras de poder"* p. 125

³⁶² Foucault, M. *Op., cit., Curso de 1973-1974* p. 321

El pensamiento médico tiene una manera particular de percibir las cosas, misma que se organiza alrededor de una norma que sirve para deslindar lo normal y lo anormal³⁶³. En ese sentido el usuario de cannabis sería señalado como anormal. Si se rescatan las características de lo que la psiquiatría consideraba el sujeto degenerado, es decir, aquel anormal portador de peligro, sin posibilidad de castigo judicial y con una “enfermedad” incurable³⁶⁴, sin problemas se puede confrontar a la imagen del *mariguano* desde la óptica prohibicionista.

Con la figura del consumidor de cannabis como enfermo, aunque ya no existiera un castigo judicial, se seguiría pensando en la normalización de los usuarios, en su corrección mediante la adecuación de su vida a cierta norma³⁶⁵ de supuesta sobriedad. Se sigue en el terreno de la parapatología.

Si bien es cierto que Michel Foucault no analiza el problema de las drogas y el discurso médico, sí aporta ejemplos históricos de cómo ese saber, con técnicas y relaciones de fuerza poseen efectos de verdad y de constitución de subjetividades. Para ilustrar lo anterior se puede tomar el ejemplo de la masturbación como parapatología y hacer la analogía de los usuarios de marihuana con fines no médicos como enfermos.

La masturbación fue considerada una enfermedad por el discurso religioso cristiano y después por el saber y la técnica médica. Fue una patología que necesitaba de la intervención médica. El masturbador sería un enfermo siempre, por lo que necesitaría del control de su cuerpo, puesto que los efectos sobre la población serían devastadores:

³⁶³ Foucault, M. *Op., cit., El poder, una bestia magnífica* p. 35

³⁶⁴ Foucault, M. *Op., cit., Curso de 1974-1975* p. 295

³⁶⁵ Foucault, M. *Op., cit., Curso de 1974-1975* pp. 54, 63

inseguridad, violencia, degeneración, inmoralidad y sustracción de la fuerza³⁶⁶. Si se cambia la palabra “masturbador” por “usuario de cannabis”, queda manifiesta la analogía y los miedos heredados de la prohibición en materia farmacológica.

Como se mencionaba en párrafos anteriores, lo interesante son los efectos de somatización que pueden tener esos discursos al ser emitidos por un sujeto enunciativo con estatus científico. Cuando se buscaba erradicar la masturbación se emitía un discurso donde la práctica autoerótica era considerada no solo una enfermedad, sino la raíz de varias patologías. Así el masturbador somatizaba los supuestos efectos de su práctica en sensaciones y dolencias de su propio cuerpo. El discurso ambiguo y proliferante del pecado se reduce a un peligro físico y a todas las precauciones para conjurarlo³⁶⁷. Hoy no se puede hablar en esos términos de la masturbación, pero sí del uso de cannabis y de otras sustancias psicoactivas.

El plantear el análisis con relación al discurso médico, sus relaciones de poder y los consumidores de cannabis no busca establecer que el estamento médico ejerce un poder prohibitivo, si ya se tiene el resultado no valdría de nada la investigación. Lo que se busca es aplicar la analítica del poder de Foucault en estos nuevos discursos médicos en materia de dieta farmacológica.

El fin de la política prohibicionista a nivel de letra, no significa que se anulen ciertos efectos de poder-saber que se pueden filtrar al discurso médico sobre las drogas. Un ejemplo es la categoría de delito contra la salud, misma que seguiría siendo válida, si bien ya no en el orden jurídico, sí en el orden médico. El discurso médico y los médicos como

³⁶⁶ Foucault, M. *Op., cit.*, pp. 219, 220 y Foucault, M. *Op., cit.*, *Curso de 1973* p. 228

³⁶⁷ *Ibid.* pp. 223-227, 246

sujetos enunciativos de ese discurso en materia de juicio de consumos legítimos e ilegítimos , corren el peligro de alzarse como la nueva policía. Una que no actuará con los mismos medios. Ya no cateos, revisiones, confiscaciones. Todo se puede reducir al saber que poseen como científicos y a su fin: buscar establecer como la nueva verdad en materia farmacológica su discurso del usuario como enfermo y constituirse como la policía moral de sustancias alteradoras del ánimo y la conciencia.

Ya en tiempos de prohibición, el discurso médico había buscado la dirección de conciencia de los usuarios. Debido a la importancia que tienen en las sociedades occidentales los discursos médicos, pueden provocar efectos de verdad y subjetivación que no tienen un sustento experiencial. En la posprohibición, el señalamiento de los usuarios de cannabis como enfermos, sería una forma de reticulación del biopoder, para poder ubicar y modificar a dichos sujetos desde el dispositivo del saber-poder médico.

Bajo ningún esquema concebible, el saber médico podrá justificarse como herramienta para la limitación de la libertad individual de tener ciertas experiencias mentales que no causan daños físicos ni directos a terceros. Ese fue su papel durante la era prohibicionista, ese debe ser el papel que hay que conjurar cuando se plantean nuevas relaciones con los fármacos hoy prohibidos. Es el sujeto experiencial el que desde su propia autonomía debe aspirar a la *sobria ebrietas* como superación de la patologización prohibicionista.

Es necesario volver a relacionar el consumo de drogas con la dignidad humana desde la recuperación del concepto clásico de la *sobria ebrietas*, la ebriedad sobria, la temperancia en el hábito de consumo. En principio se puede practicar la ebriedad sobria con todos los psicoactivos si se parte de un consumo informado para poder desarrollar un criterio de

sobriedad y con un trabajo de formación sobre sí mismo para poder forjar guías que permitan disfrutar y enfrentar mejor las experiencias psicoactivas³⁶⁸.

La *sobria ebrietas* es la propuesta de paradigma ético que tendría que sustituir el paradigma patologizante de la prohibición. Es un concepto que está más allá de ésta puesto que bajo la prohibición la propuesta de la ebriedad sobria es un asunto judicial al hacer apología al consumo de sustancias psicoactivas³⁶⁹.

La *sobria ebrietas* se alza como un valor relacionado con la dignidad y las drogas, donde es importante recordar la mesura en el exceso, una actitud de amor propio (no de autodestrucción, como en la prohibición). La ebriedad como un vehículo de comprensión y reflexión, incluso como una forma de conocimiento, es posible si se piensa en esos términos. La ebriedad, como dice el maestro Escotado, nos proporciona arrojo, decisión, nos saca de nuestra pusilanimidad, en esa medida la ebriedad es digna³⁷⁰.

³⁶⁸ Cfr. Escotado, A. (1999) p. 83, 85

³⁶⁹ *Ibid.* p. 85

³⁷⁰ *Ibid.* pp. 89, 90

CONCLUSIONES

Ante el fracaso del paradigma ético de la prohibición es necesario comenzar a vislumbrar otras formas de relación entre los individuos, las sociedades y la milenaria planta de la cannabis. Para poder seguir caminando hacia el fin de la prohibición es necesario desmontar sus fundamentos médicos y morales, mismos que categorizan el consumo de marihuana como legítimo de acuerdo a si los fines persiguen la terapia o la investigación científica.

Esa ilegitimidad del consumo no médico está influida por una concepción médica que patologiza el hábito de consumo bajo el término de *adicción* y que caracteriza también a las propuestas de marihuana medicinal, puesto que se parte de la idea de que la intervención del profesional de la medicina conjura los peligros de la adicción. Cuando la ilegitimidad o legitimidad del consumo no tendría que partir de la mediación del médico, ni de la identificación, desde un instancia exterior, de un hábito con determinada patología.

Además el mantener la legitimidad de los usos médicos y científicos se traduce en una problemática para la práctica y el saber de los médicos. En la cuestión teórica, como se veía en el análisis general de tres teorías de la salud, hay una dificultad para poder categorizar el consumo sin fines médicos como patología, incluso desde la BST, puesto que no se conoce bien cómo es el funcionamiento típico del sistema endocannabinoide. Pero además de esa falta de claridad teórica, el mantener en la clandestinidad cualquier uso no supervisado influye de manera negativa en la práctica médica, porque el médico se convierte en la puerta de acceso a la cannabis, en un mediador entre la planta y el

consumidor, papel que no le corresponde, puesto que hay legitimidad de uso más allá de su intervención.

Lo anterior no significa que se descalifiquen los usos medicinales o científicos, lo que hay que resaltar es que esos usos no pueden ser los únicos legítimos. Una nueva relación la cannabis debe incluir una comprensión amplia a los diferentes tipos de consumo. Es desde la experiencia del usuario que un uso puede considerarse médico, lúdico o espiritual, recuperando la autonomía con respecto a los consumos que existía en la antigüedad clásica.

La idea, tan difundida en la actualidad, que identifica como patología el hábito de consumo de cannabis, se ha ido construyendo en la medicina desde hace al menos cien años. Construcción que como se mencionaba en el segundo capítulo se vio influenciada por valoraciones morales sobre los usuarios de la planta, teñidas de clasismo y xenofobia, que los identificaba como seres violentos, enfermos o delincuentes. Esa relación entre los juicios médicos y las valoraciones morales se olvida cuando se parte de la intervención del médico para hablar de consumos legítimos o ilegítimos.

La patologización de los consumos no médicos y científicos opaca la esfera autónoma del individuo para decidir sobre su salud y sobre su cuerpo. Es por eso que una nueva relación con la cannabis tendría que partir de un reconocimiento de la experiencia del sujeto. Tendría que ser el consumidor, desde su experiencia vital y de consumo el que en el caso extremo, de que quiera y no pueda dejar de consumir, pida auxilio al profesional de la medicina y no el profesional de la medicina, desde su saber, le diga al usuario que es necesaria la terapia.

El consumo de cannabis sin supervisión médica no está excluido de la esfera de la salud del individuo. El consumo puede ser parte de la estrategia vital para equilibrar sus relaciones con el mundo. En ese sentido la cannabis puede ser benéfica para la salud entendida en términos amplios. Incluso como una forma de mejorar la capacidad normativa del propio organismo en términos de Canguilhem.

El uso de marihuana que no busque los fines médicos y científicos, sea habitual o no, está amparado en la libertad que tenemos los seres humanos para desarrollar nuestra personalidad sin coacciones exteriores, sean médicas o jurídicas. Siendo más específicos se tendría que hablar de derechos psicoactivos de la población, aunque la construcción de tales derechos tendrá que hacerse desde otras investigaciones y sobre los escombros de la prohibición.

Es importante recordar que a finales del siglo XX y comienzos del XXI se han acercado cambios que en distintos grados han modificado la prohibición del consumo de cannabis. Dentro de esos cambios el principio de legitimidad de usos de acuerdo a los fines médicos se ha modificado de distintas maneras, aunque como se leía desde la introducción, en el nivel internacional y en el caso particular de México el principio sigue operando.

Considerando lo anterior, se necesita retomar la construcción histórica de la ilegitimidad del uso de cannabis y como en el caso mexicano se vio influida por los juicios morales que identificaban el consumo de marihuana con la violencia, la delincuencia y la enfermedad y que significan un obstáculo ideológico para crear otras relaciones con la marihuana. El aceptar la legitimidad del consumo de cannabis sin fines médicos no

significa que la sociedad se vendrá abajo en una avalancha de locura, violencia y delincuencia. No hay que olvidar también que al menos la violencia y la delincuencia son dos de los resultados de la política prohibicionista.

La ilegitimidad del consumo no supervisado de mariguana no solo parte de una patologización sin fundamento, al ser considerado dentro del saber médico y dentro de determinados valores que lo menosprecian moralmente, influye de manera negativa en la producción de subjetividades. Así los consumidores se ven insertos en la producción médica-moral de lo que un *mariguano* debería ser.

De ahí la necesidad de apelar al individuo. Por un lado es necesario que el consumidor adquiera conciencia de su consumo, de sus motivaciones y de la relación que quiere llevar con la mariguana, con miras a crear una esfera autónoma desde dónde regular y categorizar el uso. Que alcance a final de cuentas el principio de la ebriedad sobria.

Pero justo aquí es donde la investigación muestra sus límites puesto que ya no fue posible explorar hasta sus últimas consecuencias el principio de la *sobria ebrietas*. Queda pendiente para futuras indagaciones las relaciones entre ese principio y la valoración que han dado distintos filósofos a lo largo de la historia a la ebriedad, su relación con otros fármacos, también la relación de ese principio y los ordenamientos jurídicos, nacionales e internacionales una vez que la prohibición haya llegado a su fin y finalmente la relación de ese principio y el cuidado de sí

Considerando los puntos anteriores solo basta decir que la presente investigación constituye un ejercicio por buscar pensar nuestra relación con la cannabis más allá de las ideas médicas y morales que la han rodeado desde hace por lo menos 200 años. Un

ejercicio para buscar demostrar que hay legitimidad en todos los usos de la planta amiga conocida popularmente en México y en el mundo como mariguana.

Fuentes citadas

American Psychiatric Association. (2013). Substance use disorders. En A. P. Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (pp. 481-519). Arlington: American Psychiatric Association.

Anderson, D. M., & Rees, I. D. (2014). The Legalization of Recreational Marijuana: How Likely is the Worst-Case Scenario? *Journal of Policy Analysis and Management* , 221-232.

Boorse, C. (2011). Concepts of health and disease. En F. Gifford, *Philosophy of medicine* (Vol. 12, pp. 13-64). Londres: North Holland.

Boorse, C. (2014). A Second Rebuttal on Health. *Journal of Medicine and Philosophy* , 683-724.

Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* , 542-573.

California Medical Association. (2011, Octubre 25). *Cannabis and the regulatory void*. Recuperado el 12 de mayo de 2016, del California Medical Association Net.: www.cmanet.org/files/pdf/news/cma-cannabis-tac-white-paper-101411.pdf

Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Canguilhem, G. (1994). Epistemology of medicine. En F. Delaporte, *A vital rationalist. Selected writings from George Canguilhem* (pp. 129-160). New York: Zone books.

Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.

Comisión de Estupefacientes. (2016, marzo 31). *UNGASS 2016*. Recuperado el 27 de julio de 2016, del Informe de la Comisión de Estupefacientes sobre su labor preparatoria: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/V16/018/67/PDF/V1601867.pdf?OpenElement>

Committee on Medical Marijuana. (2010, septiembre). *The role of the physician in "medical" marijuana*. Recuperado el 4 de noviembre de 2016, del American Society of addiction medicine: http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwidthb2Xi-vRAhVHx2MKHSegB6MQFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.asam.org%2Fdocs%2Fpublicy-policy-statements%2F1role_of_phys_in_med_mj_9-10.pdf%3Fsfvrsn%3D0&usg=AFQjCNFsm1hEf-zDD0TITqyemzQX29uC2g

Cunningham, T. V. (2015). Objectivity, scientificity and the dualist epistemology of medicine. En P. Huneman, G. Lambert, & M. Silberstein, *Classification, disease and evidence. New essays in the philosophy of medicine* (pp. 1-18). Nueva York: Springer.

- De la Fuente, J. R., *et al.* (2015). *Marihuana y salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Demazeux, S. (2015). The function debate and the concept of mental disorder. En P. Huneman, G. Lambert, & M. Silberstein, *Classification, disease and evidence. New essays in the philosophy of medicine* (pp. 63-92). Nueva York: Springer.
- Elster, J. (1999). Emotion and addiction: neurobiology, culture and choice. En J. Elster, *Addiction: entries and exits* (pp. 239-276). Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Elster, J. (1999). Introduction. En J. Elster, *Addiction: entries and exits* (pp. IX-XX). Nueva York: Russel Sage Foundation.
- Enciso, F. (2015). *Nuestra historia narcótica. Pasajes para (re)legalizar las drogas en México*. México: Debate.
- Escohotado, A. (1998). *La cuestión del cáñamo*. Barcelona: Anagrama.
- Escohotado, A. (1999). Drogas y dignidad humana. En J. M. Fericgla, *Los enteógenos y la ciencia. Nuevas aportaciones científicas al estudio de las drogas* (pp. 81-90). Barcelona: Los libros de la liebre de marzo.
- Escohotado, A. (2008). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Calpe.
- Foucault, M. (2010). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2012). Las grandes funciones de la medicina en nuestra sociedad. En M. Foucault, *El poder, una bestia magnífica* (pp. 269-272). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1980). Las relaciones de poder penetran los cuerpos. En M. Foucault, *Microfísica del poder* (pp. 153-162). Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (2005). *Curso de 1973-1974 El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2000). *Curso de 1974-1975 Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2000). *Curso de 1975-1976 Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2012). M. Foucault. Conversación sin complejos con el filósofo que analiza las "estructuras de poder". En M. Foucault, *El poder, una bestiamagnífica* (pp. 125-138). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- Foucault, M. (2001). ¿Cómo se ejerce el poder? En H. L. Dreyfus, *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica* (pp. 249-258). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Foucault, M. (2012). Poder y saber. En M. Foucault, *El poder, una bestia magnífica* (pp. 67-86). Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2001). Por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto. En H. L. Dreyfus, & P. Rabinow, *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica* (pp. 241-249). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Foucault, M. (2012). Precisiones sobre el poder: respuesta a algunas críticas. En M. Foucault, *El poder, una bestia magnífica* (pp. 113-124). Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.

García Vallejo, J. P. (2010). *La disipada historia de la marihuana en México: 1492-2010*. México: Eterno Femenino Ediciones.

García Vallejo, J. P. (2014). *La invención de la marihuana: encuentro entre Procusto, Prometeo y los Doppelgangers*. México: Eterno femenino ediciones.

García Venegas, I. (2003, diciembre). En favor de la legalización de las drogas. *En el margen de las drogas (Nueva época. Revista de la UNAM)* , 4-7.

García-Robles, J. (2016). *Antología del vicio. Aventuras y desventuras de la marihuana en México*. México: Laberinto ediciones.

Gardner, E. (1999). The neurobiology and genetics of addiction. En J. Elster, *Addiction: entries and exits* (pp. 57-119). Nueva York: Russell Sage Foundation.

Giroux, É. (2010). *Después de Canguilhem: definir la salud y la enfermedad*. Bogotá: Universidad del Bosque.

Giroux, É. (2013). Philosopher sur les concepts de santé: de l'Essai de George Canguilhem au débat anglo-américain. *Dialogue* , 673-693.

Gjelsvik, O. (1999). Freedom of the will and addiction. En J. Elster, *Addiction: entries and exits* (pp. 29-54). Nueva York: Russell Sage Foundation.

Gutiérrez Ramos, A. (2003, diciembre). Drogas: la historia que hace falta. *En el margen de las drogas (Nueva época. Revista de la UNAM)* , 45-53.

Hart, C. L. (2017, febrero 17). Viewing addiction as a brain disease promotes social injustice. *Nature Human Behaviour* , 1.

Hernández, J., et al. (2015). *La mota. Compendio actualizado de la marihuana en México (Edición para Kindle)*. México: Reservoir Books Mondadori.

Hofmann, A., & Schultes, R. E. (2000). *Plantas de los dioses. Origen del uso de los alucinógenos*. México DF: FCE.

International Narcotics Control Board. (2013, agosto 1). *INCB President urges Uruguay to remain within the international drug control treaties, noting draft cannabis legislation*. Recuperado el 10 de febrero, de 2017, del United Nations Office on Drugs and Crime:

<http://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2013/incb-president-urges-uruguay-to-remain-within-the-international-drug-control-treaties-noting-draft-cannabis-legislation.html>

Jünger, E. (2008). *Acercamientos: drogas y ebriedad*. Barcelona: Tusquets.

Lee, A. M. (2013). *Smoke signals. A social history of marijuana- Medical, recreational and scientific*. Nueva York: Scribner Macmillan.

Lemoine, M. (2015). The naturalization of the concept of disease. En P. Huneman, G. Lambert, & M. Silberstein, *Classification, disease and evidence. New essays in the philosophy of medicine* (pp. 19-42). Nueva York: Springer.

Medical Cannabis. (2016). *Federal IND Patients*. Recuperado el 25 de enero, 2017, del Medical Cannabis: <http://www.medicalcannabis.com/patients-care-givers/federal-ind-patients/>

Moreau, J. (1845). *Du hachisch et de l'aliénation mentale*. Paris: Librairie de fortin.

Nordenfelt, L. (2000). *Action, Ability and Health: Essays in the Philosophy of Action and Welfare*. Dordrecht: Kluwer.

Nordenfelt, L. (2001). *Health, Science and Ordinary Language*. Amsterdam: Rodopi.

Nordenfelt, L. (2007). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health care and Philosophy* , 5-10.

Nordenfelt, L. (2007). *Understanding the concept of health*. Recuperado el 5 de julio de 2017, del Filosofiska institutionen: www.fil.lu.se/hommageawlodek/site/papper/NordenfeltLennart.pdf

ONU. (1961). *CONVENCIÓN ÚNICA DE 1961 SOBRE ESTUPEFACIENTES enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes*. Recuperado el 17 de julio de 2015, del International Narcotics Control Board: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961.../convention_1961_es.pdf

ONU. (1971, enero 11). *Convenio sobre sustancias sicotrópicas 1971*. Recuperado el 12 de julio de 2015, del International Narcotics Control Board: https://www.incb.org/documents/Psychotropics/conventions/convention_1971_es.pdf

Peña Nieto, E. (2017, junio 19). *Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal*. Recuperado el 9 de julio de 2017, del Diario Oficial de la Federación: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5487335&fecha=19/06/2017

Peña Nieto, E. (2016, abril 19). *Discurso del Presidente Enrique Peña Nieto en la UNGASS 2016*. Recuperado el 10 de mayo de 2017, del Centro de información de las Naciones Unidas: <http://www.cinu.mx/comunicados/2016/04/el-problema-mundial-de-las-dro/>

Pérez Montfort, R. (2016). *Tolerancia y prohibición. Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México 1840-1940*. México: Debate.

Presidencia, d. l. (2016, abril 21). *Iniciativa de reforma a la Ley General de Salud y al Código Penal Federal*. Recuperado el 6 de marzo de 2017, de: <http://www.gob.mx/presidencia/articulos/iniciativa-de-reforma-a-la-ley-general-de-salud-y-al-codigo-penal-federal>

Redacción Revolución. (2015, octubre 19). *Aprobación de marihuana generaría “boom de consumo”, debe existir estrategia de “control de daños”*: neumólogo. Recuperado el 30 de junio de 2017, de Revolución tres punto cero: <http://revoluciontrespuntocero.mx/aprobacion-de-marihuana-generaria-boom-de-consumo-debe-existir-estrategia-de-control-de-danos-neumologo/>

Revista Cábano. (2016, mayo 30). *UNGASS 2016*. Recuperado el 29 de julio de 2016, de Revista Cábano: <http://canamo.net/actualidad/editorial-revista-junio-222>

Romero, J. J. (2016). Prohibicionismo y mercado negro. En A. Barra, *La regulación de la marihuana en México: la reforma inevitable* (pp. 21-30). Zapopan: Sindicato de Trabajadores Académicos de la Universidad de Guadalajara.

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

Senado de la República. (2016, mayo 16). *Dictamen de las comisiones unidas de Salud, Justicia, Gobernación, Derechos Humanos y de Estudios Legislativos*. Recuperado el 14 de febrero de 2017, del Senado: www.senado.gob.mx/comisiones/justicia/reu/docs/dictamen_150616.pdf

Senado. (2016, junio 15). *DICTAMEN DE LAS COMISIONES UNIDAS DE SALUD, JUSTICIA, GOBERNACIÓN, SEGURIDAD PÚBLICA, DERECHOS HUMANOS Y DE ESTUDIOS LEGISLATIVOS, SEGUNDA, DE LA INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN, ADICIONAN Y DEROGAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y SE REFORMA EL ARTÍCULO 195 DEL CÓDIGO PENAL FEDERAL*. Recuperado del Senado de la república: www.senado.gob.mx/comisiones/justicia/reu/docs/dictamen_150616.pdf

Singy, P. (2015). Power, knowledge and laughter: forensic psychiatry and the misuse of the DSM. En P. Huneman, & G. S. Lambert, *Classification, disease and evidence. New essays of the philosophy of medicine* (pp. 131-146). Nueva York: Springer.

Szasz, T. (1992). *Nuestro derecho a las drogas*. Madrid: Anagrama.

The Lancet Commissions. (2016, marzo 24). *Public health and international drug policy*. Recuperado el 26 de julio de 2016, de México unido contra la delincuencia: <http://mucd.org.mx/recursos/Contenidos/Otraspublicaciones/documentos2/DrugsCOM.pdf>

UNGASS 2016. (2016, abril 19). *Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas*. Recuperado el 27 de julio de 2016, de UNGASS 2016: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/110/28/PDF/N1611028.pdf?OpenElement>

Waal, H., & Mørland, J. (1999). Addictions and impeded rationality. En J. Elster, *Addiction: entries and exits* (pp. 120-148). Nueva York: Russell Sage Foundation.

Watson, G. (1999). Disordered appetites: addiction, compulsion and dependence. En J. Elster, *Addiction: entries and exits* (pp. 3-28). Nueva York: Russell Sage Foundation.

Zaldívar Lelo de Larrea, A. (2014, noviembre 4). *Amparo en revisión 237/2014*. Recueprado el 18 de marzo de 2017, de la Sociedad Mexicana de Autoconsumo Responsable y Tolerable: www.smartclub.mx/uploads/8/7/2/7/8727772/ar237_smart.pdf

Zuardi, A. (2006). History of cannabis as a medicine: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* , 153-157.