



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales Escuela de Trabajo Social

Trabajo Integrador Final

Modalidad Investigación

**“Cannabis como Política de Reducción de daños:
una aproximación al Dispositivo 7 de Abril”**

Estudiante: Barroso Agustina

(Agosbarroso@gmail.com) B-2323/1

Directora: Bovino Betina

(betinabovino@gmail.com@gmail.com)

Agradecimientos

Investigar es también un viaje, un camino trazado por quienes nos han inspirado y acompañado en cada paso.

A mi abuelo, quien con su ejemplo me mostró la senda de la justicia social, me enseñó a soñar con un mundo más justo, pero, por sobre todo, a creer siempre en mí.

A la Educación Pública, faro que iluminó todo mi recorrido, y a la Universidad Nacional de Rosario, que dejó en mí una huella imborrable, forjando no solo conocimiento, sino también compromiso y esperanza.

A mi tutora de TIF, por su apoyo incondicional, por su guía paciente y generosa, pero, sobre todo, por brindarme la libertad de expresarme, de cuestionar y de crear.

Agradezco profundamente al Centro de Salud 7 de Abril por su gran predisposición y disponibilidad durante todo el proceso de mi investigación. Su apertura, compromiso y apoyo constante fueron fundamentales para llevar adelante este proyecto. Cada miembro del equipo aportó desde su lugar, haciendo posible que la investigación se desarrolle en un ambiente de respeto y colaboración. Su dedicación a la salud y su involucramiento en la implementación del Dispositivo de cannabis medicinal son un reflejo de su compromiso con el bienestar de la comunidad.

A mi padre, por su incondicionalidad, por cada enseñanza que me ayudó a crecer y por ser un refugio en cada etapa de este camino.

A mi gran familia ensamblada y numerosa, gracias. A mi madre del corazón, a mis hermanos, por ser parte de mi historia y mi raíz. Simplemente, gracias.

A mi compañero de vida, por creer en mí incluso cuando el camino se vuelve difícil, por sostenerme con su amor y por recordarme, una y otra vez, que siempre vale la pena seguir adelante.

A mis amigas, esas mujeres que son mis referentes, por su fuerza, su luz y su ternura. A mis amigos, que esperaron tanto este momento con la misma emoción que yo. Gracias, amigues, por construir un vínculo respetuoso y amoroso, por caminar a mi lado en cada paso.

A la gran familia de 341 Rock, por darme la posibilidad de desarrollar mi militancia cannábica, por ser un espacio de resistencia y compromiso, pero, sobre todo, por ser ese medio de comunicación independiente y fiel a los valores que nos unen.

A mi militancia política, porque gracias a ella esta hija de obrero pudo abrirse camino en la universidad. Porque en cada lucha, en cada marcha, en cada bandera alzada y en cada voz colectiva, reafirmó que la educación no es un privilegio, sino un derecho conquistado con esfuerzo, organización y esperanza.

A mi gran amiga Celeste Lepratti, quien, con su convicción inquebrantable y su profundo amor por la justicia, fue siempre una fuente de inspiración. Su vida estuvo marcada por su dedicación al bienestar de los demás, y por su incansable lucha por transformar las realidades que consideraba injustas. Celeste me enseñó el verdadero significado de la empatía y la lucha por un mundo más equitativo, principios que también guían esta investigación. Su legado sigue vivo, recordándonos que la transformación social se logra desde el amor y la convicción, y que siempre es posible sembrar alternativas para un futuro mejor.

“Mucha gente pequeña, en lugares pequeños,
haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo.”

Eduardo Galeano

Índice

Introducción	07
Estrategia Metodológica	10
Enfoque y Diseño Metodológico	10
Instrumento de Recolección de Datos.....	10
Estrategia de Análisis	11
Consideraciones Éticas	12
Capítulo 1: “Reducción de Daños y Cannabis Medicinal:	
Camino de Resistencia y Transformación”	13
1.1. Origen y Evolución de la Reducción de Daños	13
1.2 La Reducción de Daños en el Diseño de Políticas Públicas: Debates y Tensiones	17
1.3 Cannabis Medicinal: Antecedentes y Perspectivas en Políticas Públicas	20
Capítulo 2: Impacto del Dispositivo en el Centro de Salud 7 de Abril	25
2.1. Sembrando Alternativas: Reducción de Daños en el Centro de Salud 7 de Abril	25
2.2. Contextualización del Dispositivo: Objetivos y Funcionamiento	28
2.3. Transformaciones de las Prácticas y Perspectivas de los Profesionales de la Salud	31
Capítulo 3: Reflexión Crítica sobre el Trabajo Social y la Reducción de Daños	34
3.1. El Rol del Trabajador Social en la Reducción de Daños: Análisis desde el Discurso	34
3.2. Discursos y Perspectivas Sobre la Inclusión del Trabajador Social:	
Análisis de los Actores Clave	37
3.3. Desafíos y Recomendaciones para la Integración del Trabajador Social en el Dispositivo	41
3.4. Recomendaciones para la Integración del Trabajo Social en el Dispositivo	44
Conclusión	48
Resumen de los Hallazgos	48
Organigrama	52
Anexos	56
Anexo 1. Entrevista al Médico Generalista Pablo Molina .Parte 1	56
Anexo 2. Entrevista al Director Area Salud Ricardo Nin	58

Anexo 3. Entrevista al Médico generalista Pablo Molina . Parte 2	61
Anexo 4. Entrevista a Personal Administrativo y Bioquímica	64
Referencias Bibliográficas	66

Introducción

A lo largo de la historia, las propiedades psicoactivas y curativas de plantas como el cannabis han jugado un papel central en diversas culturas, siendo reconocidas tanto en la medicina tradicional como en las prácticas terapéuticas modernas. Durante siglos, el cannabis fue utilizado con fines medicinales, hasta que su tránsito desde una herramienta terapéutica hacia su categorización como una sustancia ilícita, estuvo marcado por el impacto del prohibicionismo que transformó las políticas públicas globales. Este giro, consolidado con el paradigma de la “guerra contra las drogas”, instauró un discurso hegemónico que no solo condenó el consumo de ciertas sustancias, sino que también reforzó imaginarios sociales estigmatizantes, excluyendo a las personas que consumen de los marcos de salud, bienestar y derechos.

A pesar de este largo proceso de criminalización, en las últimas décadas, el cannabis medicinal ha comenzado a ser revalorizado, especialmente en el ámbito de la salud pública, a medida que se descubren sus potenciales beneficios terapéuticos. Este resurgimiento ha sido impulsado por un creciente cuerpo de investigaciones científicas. La Universidad Nacional de Rosario fue pionera en legitimar a la marihuana a través de diferentes áreas de investigación, lo que ha permitido que se rompa, al menos parcialmente, con la visión punitiva y restrictiva en torno a las sustancias psicoactivas. El cambio en la percepción pública y científica del cannabis ha dado paso a una nueva visión en la que la reducción de daños se presenta como una estrategia innovadora que desafía las políticas prohibicionistas, centrando su atención en la prevención, el tratamiento y el cuidado integral de los usuarios en lugar de su criminalización.

Este trabajo tiene como objetivo principal analizar cómo el cannabis medicinal, resignificado como una herramienta terapéutica, se integra en las políticas de salud universitarias las mismas están orientadas a la reducción de daños. En particular, se centrará en la implementación de estas políticas en el Centro de Salud 7 de Abril, dependiente de la Universidad Nacional de Rosario, que se configura como un caso representativo de las tensiones, potencialidades y limitaciones que surgen al aplicar estrategias contrahegemónicas en el contexto de la salud pública. Este Dispositivo no solo aborda el consumo de sustancias desde una perspectiva interdisciplinaria, sino que también promueve un enfoque integral de cuidado que desafía los imaginarios tradicionales asociados al consumo problemático de drogas. Al ofrecer alternativas de tratamiento y acompañamiento, el Dispositivo abre nuevas posibilidades para concepciones más inclusivas, humanas y respetuosas del derecho a la salud de los individuos.

En este sentido, el presente trabajo integrador final intenta analizar la política de reducción de daños mediante el uso del cannabis medicinal en el Centro de Salud 7 de Abril, poniendo especial énfasis en el rol del Trabajador Social, una figura aún no incorporada formalmente en este Dispositivo, pero cuya inclusión podría enriquecer las prácticas y fortalecer el enfoque integral de atención.

A lo largo del trabajo, se explorarán tres ejes fundamentales: primero, el origen y la evolución de la reducción de daños, en tanto enfoque emergente en la salud pública; segundo, la implementación de la reducción de daños en el diseño de políticas públicas, destacando los debates y tensiones que atraviesan su aplicación en contextos como el argentino; y tercero, los antecedentes y perspectivas del cannabis medicinal en las políticas públicas, con especial énfasis en su inclusión en la legislación argentina, la Ley 27.350 y el Reprocann. A través de un enfoque cualitativo y un análisis discursivo, se busca reflexionar sobre cómo estas prácticas cuestionan el modelo prohibicionista imperante, promoviendo una concepción renovada de la salud pública centrada en los derechos humanos y en el cuidado integral de las personas.

Los objetivos específicos de la investigación, se centrarán en:

1. Comprender la reducción de daños con la implementación del cannabis en la política pública
2. Analizar el impacto de la implementación del Dispositivo en el Centro de Salud 7 de Abril
3. Reflexionar sobre la importancia de la incorporación del trabajador social en dicho Dispositivo

En el primer capítulo, se desarrollan tres aspectos clave para entender la integración del cannabis medicinal en las políticas públicas de salud. En primer lugar, se abordará el origen y la evolución de la reducción de daños, destacando su surgimiento como una alternativa frente a las políticas prohibicionistas y su crecimiento como un enfoque de salud pública. A continuación, se explorará la reducción de daños en el diseño de políticas públicas, con especial énfasis en los debates y tensiones que surgen en su implementación, particularmente en el contexto argentino. Finalmente, se revisarán los antecedentes y perspectivas del cannabis medicinal en las políticas públicas, analizando su proceso de regulación en Argentina y las implicancias de su inclusión como una herramienta terapéutica dentro de un enfoque de reducción de daños. A través de este recorrido, se buscará reflexionar sobre cómo estos enfoques desafían los modelos tradicionales de salud, promoviendo una concepción más inclusiva y orientada al bienestar integral de las personas.

El segundo capítulo explora el impacto de la política de reducción de daños mediante el uso de cannabis medicinal en el Centro de Salud 7 de Abril, un espacio clave de la Universidad Nacional de

Rosario. En primer lugar, se aborda cómo este Dispositivo ha propuesto alternativas al modelo tradicional de salud, enfocándose en la implementación de una estrategia basada en la reducción de riesgos y daños, particularmente en los contextos de consumo problemático. A través de este Dispositivo, se busca ofrecer una respuesta innovadora y ética a las problemáticas derivadas del consumo de sustancias, destacando la importancia de integrar la política pública con las necesidades de la comunidad universitaria. En el segundo apartado, se realiza una contextualización del Dispositivo, analizando sus objetivos, estructura y funcionamiento en el marco de las políticas de salud pública, con especial atención a los mecanismos operativos y las intervenciones directas sobre los usuarios. La tercera sección profundiza en las transformaciones observadas en las prácticas de los profesionales de la salud que participan en este Dispositivo, evaluando cómo estas prácticas se han adaptado a la implementación del cannabis medicinal y cómo la intervención en este campo ha generado nuevas perspectivas y reflexiones en torno a la salud integral y la atención de personas en contextos de vulnerabilidad.

El tercer capítulo, en su parte final, se dedicará a una reflexión crítica sobre el rol del trabajador social en el marco de las políticas de reducción de daños, con especial énfasis en su posible incorporación en el Dispositivo de cannabis medicinal del Centro de Salud 7 de Abril. En primer lugar, se analizará el potencial aporte del trabajador social desde un enfoque discursivo, considerando cómo esta profesión podría enriquecer la mirada interdisciplinaria en salud. En segundo lugar, se explorarán las perspectivas de los actores clave sobre la inclusión del trabajador social en el Dispositivo, identificando imaginarios, tensiones y expectativas respecto de su rol y su contribución a la estrategia de reducción de daños. Finalmente, se plantearán los principales desafíos y se ofrecerán recomendaciones sobre cómo integrar de manera efectiva a los trabajadores sociales en este contexto institucional, destacando su capacidad para mediar entre las necesidades de los usuarios y las políticas públicas, promoviendo una atención más cercana, humanizada y adecuada a las realidades sociales de las personas que acceden al servicio.

En resumen, este trabajo busca contribuir al debate sobre la reducción de daños, el cannabis medicinal y el rol del trabajador social en el área de salud de la Universidad destacando la importancia de cuestionar las políticas restrictivas y punitivas a favor de enfoques más inclusivos y respetuosos de los Derechos Humanos. Al examinar los casos prácticos y las implicancias de la implementación del cannabis medicinal en el Centro de Salud 7 de Abril, se pretende aportar una reflexión crítica sobre cómo transformar las políticas públicas en un sentido más integrador y equitativo, haciendo de la salud un derecho para todos.

Estrategia Metodológica

1. Enfoque y Diseño Metodológico

La presente investigación adopta un enfoque cualitativo y exploratorio, adecuado para examinar percepciones, imaginarios y discursos sobre la política de reducción de daños mediante el uso del cannabis medicinal en el Centro de Salud 7 de Abril.

El diseño metodológico se fundamenta en el análisis del discurso, inspirado en la teoría de Irene Vasilachis de Gialdino. Esta perspectiva permite reconocer cómo el poder y el discurso configuran las prácticas en torno a esta política, posibilitando una comprensión profunda de las representaciones sociales y los posicionamientos de los actores involucrados. En este sentido, el análisis sociológico-lingüístico del discurso propuesto por Vasilachis de Gialdino resulta clave para interpretar los modelos de sentido que los actores construyen sobre la reducción de daños y el uso del cannabis en el ámbito de la salud pública.

“Las investigaciones cuyos resultados expongo en esta presentación han sido realizadas de acuerdo con los supuestos del que denomino análisis sociológico-lingüístico del discurso. Este análisis observa al vínculo entre discurso y sociedad ubicándose en el segundo de los términos de la conjunción y privilegiando el punto de vista de la sociología, es decir, el de los aportes epistemológicos, metodológicos y teóricos de esa disciplina”. (Vasilachis de Gialdino, 2007, p. 152)

Desde esta perspectiva, el discurso no es solo un reflejo del pensamiento de los actores, sino un espacio en el que se construyen significados, relaciones de poder y formas de legitimación. Por ello, el análisis discursivo permitirá comprender cómo los actores del Dispositivo 7 de Abril representan, tensionan o resignifican el uso del cannabis medicinal en la salud pública y en la política de reducción de daños.

La unidad de análisis del centro de salud 7 de Abril, comprende a los profesionales de la salud, al personal administrativo y los responsables de políticas de salud de la Universidad Nacional de Rosario, quienes participan directa o indirectamente en la implementación de la política de reducción de daños. Se considera que estos actores poseen discursos que configuran y legitiman las prácticas institucionales dentro del Dispositivo.

2. Instrumentos de Recolección de Datos

Se emplearán dos técnicas principales para la recolección de información:

- Entrevistas en profundidad: Se realizarán entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas y estructuradas, permitiendo captar las percepciones y experiencias de los actores clave sobre el uso de cannabis medicinal como estrategia de reducción de daños. Los participantes incluyen:
 - Profesionales de la salud y personal administrativo del Dispositivo.
 - Responsables de políticas de salud en la Universidad Nacional de Rosario.
- Observación participante: Se llevará a cabo en el Centro de Salud 7 de Abril, posibilitando la observación de interacciones y discursos en el contexto diario del Dispositivo. Esta técnica permitirá registrar dinámicas sociales y prácticas institucionales que contribuyen a la construcción de sentidos sobre la política de reducción de daños. La observación participante permitirá identificar cómo se reproducen, disputan o transforman las representaciones en el ámbito del Dispositivo de salud.

3. Estrategias de Análisis

El análisis de los datos obtenidos se llevará a cabo mediante un análisis del discurso estructurado en tres etapas:

1. Transcripción: Las entrevistas serán transcritas de manera completa, asegurando la captura fiel de las palabras y expresiones utilizadas por los participantes. Este proceso es esencial para preservar el contexto y el significado de las respuestas, facilitando un análisis profundo y detallado en etapas posteriores. Las transcripciones serán resguardadas bajo estrictas medidas de confidencialidad.
2. Análisis discursivo y temático: Se identificarán patrones de significado en los discursos, clasificando los datos en categorías emergentes y predefinidas. Se buscará reconocer los principales ejes discursivos y los imaginarios sociales presentes en los relatos de los participantes. Se analizarán las redes semánticas y estrategias de categorización, siguiendo la metodología de Vasilachis de Gialdino, para comprender cómo se estructuran los modelos interpretativos sobre la reducción de daños y el cannabis medicinal.
3. Interpretación crítica: A partir del análisis sociológico-lingüístico del discurso, se identificarán las estrategias discursivas utilizadas por los actores para construir, disputar o legitimar la implementación del Dispositivo. Se analizará cómo las narrativas sobre el cannabis medicinal y la reducción de daños reflejan relaciones de poder, resistencias y tensiones dentro de la institución.

Además, se examinarán los discursos en torno al rol del trabajador social, evaluando su posible inserción en la política de reducción de daños.

4. Consideraciones Éticas

Se garantizará el respeto a la confidencialidad y anonimato de los participantes. Todos los sujetos entrevistados serán informados del propósito de la investigación y su carácter voluntario. La información recopilada será utilizada exclusivamente con fines académicos y se asegurará su resguardo de acuerdo con las normativas éticas establecidas para la investigación en ciencias sociales. Asimismo, se tendrá en cuenta la ética del análisis del discurso, evitando interpretaciones sesgadas o descontextualizadas de las narrativas de los participantes.

Capítulo 1:

Reducción de Daños y Cannabis Medicinal: Caminos de Resistencia y Transformación

“El poder no es simplemente una fuerza represiva, sino que está presente en todas las relaciones sociales y actúa de forma productiva al generar saberes, discursos y prácticas”

M. Foucault, “La voluntad de saber” (1976)

1.1 Origen y evolución de la reducción de daños.

La atención al uso de drogas ha estado históricamente vinculada al ámbito de la salud, particularmente en el campo de la salud mental, o al ámbito jurídico, con un enfoque centrado en la prohibición de la producción, comercialización y consumo de sustancias consideradas ilegales. Sin embargo, los enfoques prohibicionistas, que han privilegiado la abstinencia como modelo de atención, han evidenciado limitaciones significativas para abordar la complejidad y magnitud de los problemas asociados al consumo de drogas.

En respuesta a estas limitaciones, la reducción de daños se presenta como una alternativa que prioriza la disminución de los efectos negativos asociados al consumo, sin exigir necesariamente su erradicación. Según Tatarsky (2002):

“La reducción de daños nace como un movimiento de justicia social, promoviendo los derechos humanos, como la orientación y otro acercamiento a las intervenciones terapéuticas para personas que en su mayoría provienen de historias de vida de marginación, exclusión y pobreza. La reducción de daños es un acercamiento compasivo y pragmático que ayuda a las personas a resolver sus problemas con las drogas”. (Pg4)

Este enfoque aboga por la libertad de las personas para decidir sobre su propio cuerpo, libre de sanciones punitivas, estigmas y sentimientos de vergüenza. Desde una perspectiva humanista, la reducción de daños se fundamenta en principios básicos de salud pública, colocando en el centro al consumidor y sus necesidades. Acepta el uso de sustancias como un hecho social y propone programas e intervenciones que

atiendan las dificultades individuales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir los riesgos asociados.

La reducción de daños como política estructurada comenzó a consolidarse en los años 70 en países como los Países Bajos, Alemania, Inglaterra, Australia y Canadá, marcando un giro hacia enfoques más pragmáticos. Estas naciones adoptaron estrategias orientadas a trabajar con personas usuarias de sustancias, entendiendo que los tratamientos exclusivamente basados en la abstinencia no eran efectivos y dejaban fuera a quienes no lograban cumplir este objetivo. Inspirados en los modelos de sustitución de heroína por metadona, los programas de reducción de daños se integraron al sistema de salud, con énfasis en la atención sanitaria y en la disminución de riesgos asociados al consumo.

En Estados Unidos, este enfoque comenzó a ser aceptado a finales de los años 80' e inicios de los 90', particularmente como respuesta a la crisis del VIH/SIDA. Estrategias pragmáticas como la distribución de agujas limpias, condones y programas de tratamiento asistido con metadona demostraron ser efectivas para reducir la propagación del VIH entre personas que consumían drogas por vía inyectable. Estas medidas sentaron las bases para una mayor aceptación de políticas de reducción de daños en el país. Según el doctor Andrew Tatarsky (2002),

“En los inicios de los tratamientos para el uso de sustancias, el terapeuta tenía la encomienda y propósito de ayudar a las personas a pesar de sí mismas y en contra de ellas, si fuese necesario. Los modelos basados en la abstinencia son útiles para las personas que acuden buscando servicios por su propia voluntad o la de su familia y cuya meta es dejar el consumo de las sustancias”. (p. 287)

En América Latina, el contexto de crisis económica e incertidumbre incrementó el consumo de sustancias, reflejando las complejas dinámicas socioeconómicas de la región. La transformación en la macroeconomía de la cocaína derivó en la proliferación de subproductos como la pasta base, conocida como “paco” o “basuco”. Este subproducto, de bajo costo y alto impacto destructivo, afectó principalmente a sectores vulnerables en países como Chile, Perú, Bolivia, Uruguay, Brasil y Argentina.

La reducción de daños emerge como una estrategia efectiva que desafía el enfoque penal-abstencionista, el cual tiende a encasillar a los usuarios de drogas dentro de la categoría de narcocriminalidad. Este enfoque, según Diana Rossi (2018) argumenta que la reducción de daños propone un abordaje integral y humanista que trasciende las respuestas punitivas, priorizando la salud pública y los derechos humanos de las personas usuarias. Según la autora, “uno de los desafíos en reducción de daños

consiste en desarrollar acciones no sólo con los usuarios de drogas, sino también con las instituciones que deben prestarles asistencia”. (p. 2)

En Argentina, organizaciones como Intercambios Asociación Civil y la Asociación de Reducción de Daños de Argentina (ARDA), fundada en 1999, desempeñaron un papel pionero en el desarrollo de políticas e intervenciones. Iniciativas como el Programa de Reducción de Daños para Personas que Consumen Pasta Base de Cocaína (Paco) brindaron atención integral a consumidores excluidos del sistema de salud tradicional. Entre sus acciones se incluyeron la distribución de kits con pipas seguras y folletos educativos, así como la articulación con centros de salud para facilitar el acceso a servicios médicos y psicológicos sin exigir abstinencia como condición previa.

El enfoque humanista de estas iniciativas permitió visibilizar el consumo desde una óptica de derechos humanos, alejándose de enfoques punitivos y estigmatizantes. Además, contribuyó al diseño de políticas públicas orientadas a la integración de los consumidores en la sociedad, promoviendo su acceso a servicios esenciales y fomentando intervenciones que respetaran su autonomía y dignidad. El enfoque en las políticas de reducción de daños y cannabis medicinal se basa en la reivindicación de la dignidad y autonomía del individuo, principios que han sido centrales en la filosofía humanista se plantea que la autorrealización y el bienestar son necesidades fundamentales para el desarrollo humano, y que las políticas de salud deben orientarse a garantizar estas condiciones en lugar de reprimirlas. Bajo esta perspectiva, la reducción de daños y la regulación del cannabis medicinal se inscriben en una lógica que reconoce a los consumidores como sujetos de derecho, promoviendo su acceso a tratamientos y evitando el estigma asociado al prohibicionismo.

El componente social se refiere a cómo las estructuras sociales, las políticas públicas y las condiciones socioeconómicas influyen en la vida de los consumidores, y cómo estas deben ser consideradas en las estrategias de reducción de daños y se relaciona con los mensajes socioculturales sobre el uso de sustancia y la influencia de los pares, así como la falta de acceso a servicios para desarrollar estrategias para manejar las diversas situaciones y circunstancias de la vida. Desde esta perspectiva, requiere tratamiento y acercamientos que integra tres componentes: biológico, psicológico y social. En este contexto de transformación y resistencia, la reducción de daños ha evolucionado como un enfoque que desafía las narrativas prohibicionistas y abre nuevas oportunidades para políticas públicas innovadoras. Un ejemplo paradigmático es la incorporación del cannabis medicinal como herramienta terapéutica. Este avance, que ha comenzado a consolidarse en distintas partes del mundo y en Argentina, refleja cómo las estrategias basadas

en la reducción de riesgos pueden integrarse en sistemas de atención más inclusivos y efectivos. No obstante, la adopción de estas estrategias en las políticas públicas no ha sido un proceso lineal ni exento de controversias. La incorporación del cannabis medicinal, como parte de un enfoque de reducción de daños, ha suscitado intensos debates sobre su regulación, legitimidad y alcance.

Estas tensiones reflejan los desafíos estructurales que aún persisten en la formulación e implementación de políticas que prioricen la salud y los derechos de los consumidores. A lo largo de los años, el enfoque tradicional centrado en la criminalización y el castigo ha dominado las políticas públicas sobre consumo de sustancias, creando barreras significativas para la adopción de enfoques alternativos que busquen reducir los daños sin recurrir al prohibicionismo. A pesar de los avances que ha tenido la política de reducción de daños en ciertos países y contextos, su plena integración en los sistemas de salud pública sigue enfrentando grandes obstáculos, tanto ideológicos como prácticos.

Estas tensiones no solo son el reflejo de una resistencia cultural y social al cambio de paradigma, sino también de la falta de consenso entre los diferentes actores involucrados en la formulación de políticas públicas. La reducción de daños se enfrenta, además, a desafíos relacionados con la falta de recursos, de capacitación en los profesionales de la salud y de infraestructura adecuada para su implementación efectiva. En muchos casos, la escasa asignación de fondos y el enfoque limitado de algunos gobiernos dificultan que los programas de reducción de daños lleguen a las poblaciones más vulnerables.

Por lo tanto, se hace necesario profundizar en los debates y desafíos que atraviesan la reducción de daños dentro del ámbito de las políticas públicas. Estos debates incluyen la legitimidad del enfoque, su efectividad a largo plazo y las dificultades en su integración con otras estrategias de salud pública. A continuación, se explorarán de manera detallada los principales desafíos y tensiones que enfrenta la reducción de daños, considerando tanto los aspectos teóricos como las barreras prácticas que aún deben superarse para lograr una implementación exitosa y coherente con los principios de salud pública y derechos humanos. Si bien el enfoque de reducción de daños ha demostrado ser efectivo en la promoción de la salud y el bienestar de los individuos, su implementación en diversas realidades sociales y políticas sigue siendo una tarea compleja. En primer lugar, persisten resistencias en torno a la legitimidad del enfoque, especialmente por parte de sectores conservadores que sostienen posturas abstencionistas o punitivas. Esta confrontación de ideologías ha generado tensiones dentro de las políticas públicas, donde la reducción de daños aún compite con estrategias más tradicionales que priorizan la criminalización del consumo. Además, a nivel práctico,

uno de los principales obstáculos es la falta de recursos adecuados, tanto financieros como humanos, para garantizar una cobertura efectiva de los programas de reducción de daños. La formación y sensibilización de los profesionales de la salud, así como la integración de la reducción de daños en los sistemas de atención convencionales, requieren esfuerzos coordinados y sostenibles. Finalmente, los aspectos culturales y sociopolíticos, como la estigmatización de los consumidores y la desigualdad en el acceso a servicios, también representan barreras significativas que deben ser superadas para que la reducción de daños sea verdaderamente inclusiva y respetuosa de los derechos humanos de todas las personas.

1.2 La Reducción de Daños en el Diseño de Políticas Públicas: Debates y Tensiones

La institucionalización de las prácticas de Reducción de Daños implica dotar de legitimidad y legalidad a Dispositivos y experiencias que buscan mitigar los riesgos asociados al consumo de sustancias. En América Latina y, en particular, en Argentina, este proceso se ha caracterizado por tensiones y debates, enmarcados en la resistencia del paradigma prohibicionista frente a la necesidad de generar respuestas sanitarias inclusivas y eficaces.

El debate sobre la Reducción de Daños ganó relevancia durante la década de 1990, cuando la propagación del VIH entre personas que usaban drogas inyectables evidenció la falta de acceso a servicios de salud, la criminalización del consumo y la fragmentación de las respuestas institucionales. Ante este escenario, surgieron estrategias orientadas a garantizar la atención sanitaria sin exigir la abstinencia.

Uno de los desafíos centrales fue el acceso a la atención médica: muchos evitaban acudir a centros especializados en VIH por el estigma y el temor a la criminalización, mientras que los profesionales de la salud enfrentan barreras para brindar asistencia adecuada. Además, la desconexión entre los servicios destinados a consumos problemáticos y aquellos orientados a enfermedades como el VIH o las hepatitis limitaba la posibilidad de intervenciones integrales.

La Reducción de Daños se constituyó, pues, en una estrategia que no solo busca reducir riesgos, sino también cuestionar la exclusión y desigualdad estructural. Un principio fundamental fue reconocer la capacidad de las personas que usan drogas para decidir sobre su propia salud, promoviendo su participación activa en el diseño e implementación de programas junto a profesionales de diversas disciplinas. Según Rossi (2016), “comprendimos que la pobreza, el aislamiento social, la criminalización y las diferentes formas de discriminación influían en la capacidad de las personas para organizarse y demandar derechos. Esta

comprensión fue el motor para ir cambiando nuestras prácticas de Reducción de Daños con el paso del tiempo.” (p. 9)

El psiquiatra Nery Filho (2016) desempeñó un rol pionero en la consolidación de este enfoque. En 1985, fundó en la Universidad Federal de Bahía un consultorio ambulatorio para atender a personas que usaban drogas, afirmando:

“Logramos abrir las puertas para un trabajo con fuertes restricciones por falta de recursos y en un contexto adverso. Iniciamos un trabajo junto a esas personas completamente destituidas de cualquier posibilidad y la Reducción de Daños nos encontró a nosotros”. (p. 10)

Esta experiencia demostró que, pese a los obstáculos estructurales, es posible desarrollar Dispositivos de salud inclusivos y efectivos, como lo evidencian los avances en Brasil, Argentina y otros países de la región.

A nivel institucional, uno de los mayores desafíos es la persistencia de un enfoque punitivo y moralizante, que dificulta la consolidación de estos Dispositivos en los sistemas de salud. Sin embargo, las experiencias en América Latina han evidenciado que la Reducción de Daños puede ser una herramienta eficaz para reducir riesgos sanitarios y promover el acceso a derechos y políticas públicas más equitativas.

En Argentina, algunas normativas han incorporado progresivamente este enfoque. Entre ellas destacan:

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: Sancionada en 2010, adopta un enfoque de derechos humanos en la atención de la salud mental, prohibiendo el encierro en instituciones psiquiátricas y promoviendo Dispositivos comunitarios. Organizaciones como Intercambios Asociación Civil destacan en su sitio web: “Trabajamos en el campo de las drogas y los cuidados desde un enfoque de derechos humanos, reducción de daños y género”. La Ley de Salud Mental fue un gran hito en los programas de reducción de riesgos y daños.
- El Programa Nacional de Reducción de Riesgos y Daños Asociados al Consumo de Drogas:
Impulsado por Sedronar en el año 2016 junto con el Ministerio de Salud de la Nación e
Implementado en diversas provincias, impulsa la entrega de material de prevención, la capacitación de agentes comunitarios y la articulación con centros de salud, aunque su desarrollo ha sido desigual.

Reducir la demanda de drogas no solo implica ampliar la cobertura de tratamientos sino también realizar acciones de prevención y mejoramiento de las condiciones de vida. Implica la inclusión de estrategias de intervención temprana, producto del consenso entre los diferentes niveles de gobierno y los actores competentes de la sociedad civil. (Sedronar, 2016, p. 3).

- El Programa Reprocann (Registro del Programa de Cannabis para Uso Medicinal):

Creado en el marco de la Ley 27.350, regula el acceso al cannabis con fines terapéuticos, permitiendo el cultivo personal y colectivo bajo supervisión médica. Su implementación ha sido impulsada por organizaciones como Mamá Cultiva Argentina. En una entrevista con el medio *La Brújula 24*, la presidenta de dicha organización, señaló:

Desde diciembre el Reprocann está congelado. Hay alrededor de 70.000 personas que realizaron el trámite, gestionaron la prescripción médica y completaron todos los requisitos, pero siguen a la espera de la aprobación cuando antes no demoraba más de tres o cuatro semanas (...) En la no aprobación de los trámites no solo se le está prohibiendo a los usuarios su medicina, sino que el mercado negro toma protagonismo (Salech, 2024).

Ley de Protección de los Derechos de las Personas con VIH (Ley 27.675): Aprobada en 2022, establece un enfoque integral de salud para personas con VIH y otras ITS, eliminando medidas punitivas y promoviendo el acceso a tratamientos gratuitos. La Red Argentina de Personas Viviendo con VIH ha destacado: “Garantizar el acceso a tratamientos y eliminar el estigma es una forma de reducción de daños que salva vidas. Aún falta mucho por hacer, pero esta ley es un paso clave en la protección de nuestros derechos”. (Red Argentina de Personas Viviendo con VIH, n.d.).

La institucionalización de la Reducción de Daños en Argentina ha enfrentado tensiones y resistencias, pero también ha logrado avances importantes en el reconocimiento y protección de los derechos de las personas que consumen sustancias. Su enfoque, centrado en la salud pública y la equidad, ha permitido desplazar gradualmente estrategias punitivas hacia modelos más inclusivos y humanitarios.

En este contexto, la regulación del cannabis medicinal impulsada por movimientos sociales como Mamá Cultiva se presenta como una respuesta coherente a la lógica de reducción de daños, avanzando hacia la legitimación del cannabis en el ámbito terapéutico. Mamá Cultiva es un colectivo social y feminista que surgió en Argentina con el objetivo de promover el uso del cannabis medicinal como una herramienta

terapéutica para tratar diversas enfermedades, especialmente aquellas que afectan a niños con condiciones graves como epilepsia refractaria. Este movimiento se ha destacado por su lucha no solo por el acceso al cannabis para fines medicinales, sino también por la defensa de los derechos de los pacientes y sus familias frente a las restricciones legales y sociales que existen en torno a la cannabis en muchos países.

Según la fundadora de dicha organización (2018):

La primera vez que le suministré cannabis escuché su risa. Emiliano tomaba entre tres y cuatro anticonvulsivantes y además le daban medicación psiquiátrica para contrarrestar esos efectos. Un día decidieron darle una gota de cannabis con una galletita: cuando fui a guardar la jeringa en la heladera escuché la risa de Emiliano. Fui a su habitación donde lo encontré mirando la Pantera Rosa en la tele. Yo empecé a reírme también, pero de la risa de él, que es parecida a la mía. ‘Voy a tener que cultivar muchas plantas’, pensé en ese momento. Valeria Slech, fundadora de Mamá Cultiva.

El colectivo Mamá Cultiva ha sido crucial en la visibilidad del uso del cannabis medicinal en Argentina, combatiendo el estigma asociado al consumo de esta sustancia y luchando por su legalización en el ámbito terapéutico. A través de su activismo, Mamá Cultiva ha puesto de manifiesto las necesidades de las personas que, ante la falta de alternativas eficaces en la medicina convencional, encuentran en el cannabis un tratamiento accesible y menos invasivo para enfermedades complejas.

Aunque persisten desafíos en su implementación, estos avances abren la puerta a repensar el control de sustancias en función de derechos y salud.

A medida que crecía la evidencia de sus beneficios en el tratamiento de enfermedades como la epilepsia, el dolor crónico y trastornos neurodegenerativos, el cannabis medicinal comenzó a ganar aceptación en algunos países. A pesar de estos avances, los retos siguen siendo significativos. La falta de un marco normativo claro y la persistencia de barreras socioculturales y políticas dificultan su integración plena en las políticas públicas de salud. El siguiente apartado explorará, por tanto, cómo las políticas sobre cannabis medicinal han evolucionado y los desafíos que enfrentan para su plena incorporación en los sistemas de salud de forma regulada y accesible para los pacientes.

1.3. Cannabis Medicinal: Antecedentes y Perspectivas en Políticas Públicas

A lo largo de la historia, las plantas psicoactivas han estado profundamente ligadas a la humanidad, no solo como herramientas terapéuticas, sino también como parte de prácticas espirituales y experimentales.

Este vínculo se remonta a tiempos prehistóricos, donde tanto humanos como animales interactúan con estas plantas, alterando su conciencia y explorando sus propiedades sin una noción cultural de toxicidad. Se observa cómo, incluso en la naturaleza, los animales consumen vegetales psicoactivos de forma recurrente, buscando un placer instintivo que, más tarde, sería interpretado y ritualizado por el ser humano.

En este contexto, el cannabis ocupa un lugar central como una planta preexistente al hombre, cuyo conocimiento y uso se han transmitido a través de diversas culturas. Según la tradición china (2017),

Chung Nung, considerado el precursor de la medicina tradicional en China, jugó un papel fundamental en la difusión de las propiedades curativas del cannabis. Nung introdujo prácticas como el consumo de té e instruyó a su pueblo sobre la siembra y valoración de las semillas de cannabis, convirtiéndose en una figura mítica de las artes curativas. (Soriano, p. 54)

El texto clásico Pen Ts'ao, atribuido a Nung y publicado hace más de 5.000 años, constituye la primera evidencia documentada del uso del cannabis como remedio medicinal. En este se destacan sus aplicaciones para:

Dolencias como debilidad femenina, gota, reumatismo, malaria, constipación y problemas de concentración. Nung también consideraba que las propiedades del cannabis estaban vinculadas a las energías opuestas del “yin” y el “yang”: la planta hembra representaba la energía yin, mientras que la planta macho encarnaba la energía yang. (Soriano, 2017, p. 54)

El cannabis medicinal era reconocido y aplicado en diferentes lugares del mundo antes de que el prohibicionismo ganara fuerza en el siglo XX. En Europa, durante los siglos XVI y XVII, con la expansión del comercio, el cannabis se introdujo en la medicina europea. Apareció en farmacopeas y herbolarios como tratamiento para dolores, convulsiones y afecciones reumáticas. A su vez, en América del Norte, el cannabis se incluyó en la Farmacopea de los Estados Unidos, siendo recomendado para neuralgias, insomnio y cólicos.

El cannabis llegó a América Latina a través de las rutas coloniales. Se presume que los colonizadores españoles y portugueses introdujeron la planta durante el siglo XVI, principalmente como fuente de fibra (cáñamo) para fabricar cuerdas, velas y textiles. En Argentina, durante el siglo XIX, el cannabis comenzó a aparecer en farmacopeas y prácticas médicas influenciadas por Europa. Los médicos utilizaban extractos de cannabis para tratar dolores, insomnio, cólicos y otras afecciones, como era común en esa época.

En nuestro país, el cannabis era conocido y utilizado antes del prohibicionismo, aunque su uso medicinal no estaba tan difundido ni documentado como en Europa o Asia. Su introducción estuvo influenciada por las corrientes médicas globales, y su legitimidad se fue desgastando con la llegada de políticas prohibicionistas. A pesar de este contexto histórico de legitimidad médica, el prohibicionismo, influenciado por los discursos moralizantes y de control social provenientes de Estados Unidos, marcó un punto de quiebre. En 1961, la Convención Única de Estupefacientes fue la piedra angular del sistema internacional de control de sustancias psicoactivas.

Podemos afirmar que la denominada “guerra contra las drogas” ha fracasado, ya que no solo se incrementó significativamente el consumo y la producción de sustancias, sino que también se amplió la brecha de acceso a los opiáceos con fines médicos entre las economías desarrolladas y los países en desarrollo. Suppa Altman (2014), en su libro *La prohibición*:

Un siglo de guerra a las drogas, sostiene que “la medicina latinoamericana logra personificar el pasaje de la primera época prohibicionista a la nueva etapa construida sobre el poder de EE. UU. y la Convención Única de Estupefacientes. La estructura internacional de fiscalización de las drogas estuvo más abocada a evitar el consumo de las sustancias prohibidas que a garantizar el acceso de los seres humanos a las medicinas que habían desarrollado a lo largo de siglos para paliar y anular el dolor” (p. 20)

En Argentina, la promulgación de la Ley 23.737 en 1989 consolidó la criminalización del cannabis, dificultando su uso en el ámbito médico. Se continuó persiguiendo la tenencia simple y la tenencia para consumo personal de cannabis. Desde finales del siglo XX, los enfoques prohibicionistas comenzaron a ser cuestionados debido a su ineficacia para reducir el consumo y su impacto negativo en los derechos humanos y la salud pública. Esto dio lugar a enfoques alternativos como la reducción de daños, que promueve la despenalización, la regulación y el acceso seguro a las sustancias.

En este contexto, el cannabis medicinal emerge como un símbolo de resistencia frente al prohibicionismo, reivindicando su valor terapéutico y cultural frente a décadas de estigmatización. Esto se materializa luego de una gran lucha encabezada por Mama Cultiva Argentina (madres de niños con epilepsia refractaria a quienes el aceite de cannabis reduce las convulsiones de 10 a 0). El Congreso de la Nación aprobó la Ley 27.350 en el año 2017, promulgada el 17/11/2020 donde regula el “uso medicinal de la planta

y sus derivados” como un marco para la investigación médica y científica. De esta ley emergieron nuevas normativas, tanto provinciales como nacionales, que contemplan disposiciones específicas. Entre las leyes de adhesión y leyes propias, provincias como Santa Fe han regulado el cannabis medicinal.

El Registro del Programa de Cannabis (Reprocann) es uno de los pilares actuales de las políticas públicas sobre cannabis medicinal en Argentina. Este instrumento regula el autocultivo con fines medicinales y permite que pacientes, cultivadores solidarios y asociaciones accedan legalmente al cultivo. Sin embargo, enfrenta limitaciones en su difusión y accesibilidad. El Reprocann también reconoce el rol de las asociaciones civiles y los cultivadores solidarios, visibilizando demandas sociales históricas en torno al acceso al cannabis medicinal.

Se puede afirmar que, en los países donde se legalizó el consumo de cannabis, el uso del llamado “paraguayo” (flores prensadas producto del narcotráfico) disminuyó drásticamente, lo que redujo el mercado negro asociado. La mayoría de los consumidores de cannabis medicinal optan por el autocultivo o por adquirirlo a pequeños productores, lo que evidencia un claro ejemplo de reducción de daños en política pública.

El programa depende del Ministerio de Salud de la Nación, que es el encargado de aprobar los permisos. Cada solicitud debe ir acompañada de una declaración jurada y una consulta previa con un médico. Desde la creación del Reprocann hasta la actualidad, se han inscrito aproximadamente 300.000 usuarios, de los cuales 200.000 aún están a la espera de la aprobación de sus permisos.

La revisión de los antecedentes y perspectivas del cannabis medicinal nos permite apreciar un recorrido histórico y cultural profundamente complejo, en el que la legitimación de la planta ha transitado desde sus orígenes milenarios hasta convertirse en un símbolo de resistencia frente al prohibicionismo. La transformación en la percepción y regulación del cannabis no solo revela cambios en las políticas públicas, sino que también pone de manifiesto el potencial de los Dispositivos de reducción de daños para reconfigurar la relación entre salud, derechos y control social.

El siguiente capítulo promete ofrecer una mirada detallada sobre cómo estas propuestas se materializan en la práctica, generando transformaciones tanto en la atención sanitaria como en las actitudes y estrategias de los profesionales. Este análisis revelará, a través del caso del Centro de Salud 7 de Abril, cómo

la implementación de Dispositivos de reducción de daños está redefiniendo los modelos de atención y abriendo alternativas prometedoras para la salud pública.

Capítulo 2

Impacto del Dispositivo en el Centro de Salud 7 de Abril

“Los Dispositivos no solo operan como mecanismos de control y regulación, sino que también son espacios de producción de nuevas subjetividades, saberes y formas de resistencia. El poder, lejos de ser absoluto, encuentra en cada práctica y discurso la posibilidad de ser desafiado.”

M. Foucault, adaptado de “Seguridad, Territorio, Población” (1978).

2.1 Sembrando alternativas: reducción de daños en el Centro de Salud 7 de Abril

La Universidad Nacional de Rosario (UNR) se ha destacado como una institución pionera en el desarrollo de políticas y prácticas relacionadas con el cannabis medicinal. Desde hace tiempo, la universidad impulsa una investigación integral que abarca diversas áreas del conocimiento a través de sus unidades académicas. Cada facultad aporta su perspectiva especializada:

- La Facultad de Agronomía estudia la genética del cannabis.
- La Facultad de Derecho brinda asesoramiento legal sobre su regulación.
- El Centro de Estudios Interdisciplinarios desarrolla programas de formación para profesionales, especialmente en instancias de posgrado.
- La Facultad de Bioquímica se centra en el análisis cromatográfico
- La Facultad de Odontología explora tratamientos para dolores mediante cannabis.

En el Área de Salud de la UNR, las políticas de reducción de daños encuentran un espacio clave. Este ámbito trabaja en la asistencia con cannabis medicinal a la comunidad universitaria, integrando actividades de promoción, prevención y atención primaria. Estas acciones se llevan a cabo a través de la Dirección de Salud de la Universidad, que gestiona tres centros sanitarios ubicados en Rosario, Casilda y Zavalla.

Uno de estos centros, el Centro de Salud 7 de Abril, ubicado en Alvear 724, funciona de lunes a viernes de 8 a 18 horas y ofrece una amplia gama de especialidades médicas: clínica, ginecología, pediatría,

dermatología, oftalmología, urología, psiquiatría, odontología, salud mental, kinesiología, fonoaudiología, enfermería, nutrición, bioquímica y farmacia.

En mayo de 2024, se dio un paso significativo con la creación de un Dispositivo específico para la reducción de daños mediante cannabis medicinal, dirigido a la comunidad universitaria. Está compuesto por un equipo interdisciplinario que incluye a una psicóloga, un médico generalista y un psiquiatra. Su enfoque se basa en el paradigma de la reducción de daños, trabajando de manera articulada con las diferentes áreas de la UNR.

El Dispositivo opera dos veces por semana, los martes y viernes, en una primera instancia brindando asesoramiento y entrevistas iniciales. Si el paciente expresa interés en comenzar un tratamiento, se le ofrece la posibilidad de acceder al aceite de cannabis a través de un convenio con la Asociación de Usuarios y Profesionales para el Abordaje del Cannabis (AUPAC). Asimismo, para quienes ya cuentan con aceite, se facilita el análisis cromatológico necesario para garantizar la seguridad y calidad del producto.

El alcance del mismo incluye a toda la comunidad universitaria: docentes, no docentes y estudiantes. Según Pablo Molina, médico generalista y creador del Dispositivo, esta iniciativa se encuentra en una etapa inicial que prioriza un perfil de bajo impacto mediático.

Estamos en un proceso de aprendizaje sobre cómo llevar adelante la asistencia en la población universitaria. Ahora queremos expandirnos al territorio, entendiendo que nuestro territorio son las unidades académicas de la universidad. La primera etapa fue de perfil bajo, sin explorar las redes, sino empezando de a poco. Esto es algo completamente nuevo en el ámbito de la asistencia universitaria. (Pablo Molina, entrevista personal, 20 de diciembre de 2024)

El Dispositivo representa no solo una innovación en el ámbito universitario, sino también una propuesta de resistencia frente al modelo prohibicionista tradicional. A través de su labor, no solo busca garantizar un acceso seguro al cannabis medicinal, sino también generar un cambio cultural en torno a las políticas de salud pública, priorizando el cuidado integral y los derechos de las personas. En este sentido, Ricardo Nin, director del Área de Salud de la UNR, afirma:

Nosotros estamos inscritos en la política de reducción de daños. No renegamos de las propuestas abstencionistas puras, pero creemos que son reduccionistas y no aportan en términos de derecho de manera igualitaria. Optamos por la política de reducción de daños; el cannabis tiene mucho que ofrecer. Hoy se producen investigaciones que no solo apuntan al cannabis como una herramienta paliativista, sino que se explora como herramienta curativa. (Ricardo Nin, entrevista personal, 17 de diciembre de 2024)

Las declaraciones de Ricardo Nin y Pablo Molina revelan una apuesta por desafiar el modelo prohibicionista, promoviendo una concepción de salud centrada en el cuidado y los derechos. Este enfoque discursivo refuerza la necesidad de articular las políticas de reducción de daños con una transformación cultural muy amplia. El Dispositivo también se establece como una herramienta para deconstruir imaginarios sociales asociados al estigma del consumo de cannabis, habilitando nuevas narrativas que reconcilian el acceso a la salud con los derechos individuales y colectivos.

Desde la perspectiva del análisis del discurso planteada por Irene Vasilachis de Gialdino (2016),

“El lenguaje no solo es un medio de interacción y comunicación, sino una forma activa de estructurar y reestructurar el mundo social. En este sentido, los contextos comunicativos desempeñan un papel fundamental al mediar y redefinir las relaciones de poder y las normas sociales”. (p. 25)

Esto permite entender que los Dispositivos de reducción de daños, como el del Centro 7 de Abril, no solo responden a las demandas de salud pública, sino que también operan como espacios donde el discurso científico, las políticas de salud y las vivencias sociales se entrecruzan y reconfiguran. Sin embargo, la implementación de estas políticas en el Centro de Salud 7 de Abril plantea preguntas clave: ¿Qué nuevos imaginarios emergen en torno al consumo de cannabis y la salud pública? ¿Cómo dialogan estos discursos con las estructuras institucionales y las resistencias internas que puedan surgir?

La creación del Dispositivo en el Centro de Salud 7 de Abril representa un avance significativo en la implementación de la reducción de daños dentro del ámbito universitario, un contexto que históricamente ha estado marcado por la necesidad de abordar de manera integral los consumos problemáticos y sus efectos. Este Dispositivo no solo simboliza un cambio en la forma de entender y tratar el consumo de sustancias, sino que también implica una transformación en las políticas sanitarias implementadas en la Universidad Nacional de Rosario (UNR), las cuales ahora se orientan a una mirada más inclusiva y respetuosa de los derechos de los usuarios.

Para comprender su verdadero impacto y alcance, resulta fundamental adentrarse en su estructura, funcionamiento y objetivos dentro de la política sanitaria de la UNR. La inclusión del cannabis medicinal como parte de un enfoque de reducción de daños abre un abanico de posibilidades para abordar las problemáticas de salud mental, uso de sustancias y bienestar general de la comunidad universitaria. Esta iniciativa, aunque novedosa, debe ser comprendida dentro de un marco más amplio que considere tanto los antecedentes institucionales como los principios que guían la política pública de salud en la Universidad.

En este sentido, el siguiente apartado se centrará en la contextualización del Dispositivo, analizando en detalle su dinámica operativa, los principios fundamentales que lo sustentan y su integración dentro del entramado institucional del Centro de Salud 7 de Abril. Además, se abordará su relación con otras políticas de salud pública y su alineación con los objetivos de la Universidad en cuanto a la promoción de la salud, el bienestar y el respeto de los derechos humanos. Para ello, será necesario considerar no sólo los aspectos formales del Dispositivo, sino también las percepciones y experiencias de los actores involucrados, que incluyen tanto a los profesionales de la salud como a los usuarios del servicio.

Al comprender la estructura y los objetivos de este Dispositivo, se podrá analizar de manera más profunda su efectividad en la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias, así como su potencial para mejorar la calidad de vida de los estudiantes, docentes y personal no docente que forman parte de la comunidad universitaria. Esto permitirá evaluar, de forma crítica, cómo este tipo de Dispositivos se inserta en el contexto más amplio de la salud pública y qué lecciones se pueden aprender para futuros proyectos similares.

2.2 Contextualización del Dispositivo: objetivos y funcionamiento

La implementación del Dispositivo cannábico en el Centro de Salud 7 de Abril opera no solo como una estrategia de reducción de daños, sino también como un espacio donde se negocian discursos, se confrontan normativas y emergen resistencias frente a los modelos prohibicionistas tradicionales. Aunque este Dispositivo tiene menos de un año de funcionamiento, la Universidad Nacional de Rosario cuenta con antecedentes significativos en investigación, formación y trabajo relacionado con el cannabis medicinal, lo que lo posiciona como un terreno fértil para responder a las demandas emergentes en el consultorio.

Desde una perspectiva foucaultiana, en entrevista con Señales, ciclo de entrevistas de Abraty, Irene Vasilachis de Gialdino, manifiesta “el poder no sólo reprime, sino que también produce discursos,

conocimientos y prácticas que modelan las subjetividades” (2022). En este sentido, el Dispositivo se erige como un espacio de producción de nuevas prácticas en salud pública, donde la resistencia al modelo prohibicionista no solo desafía estructuras históricas de estigmatización, sino que también propone discursos alternativos basados en el cuidado y los derechos humanos.

El Dispositivo, más allá de brindar asistencia médica, se posiciona como un respaldo de legitimidad frente a la hegemonía prohibicionista. Al mismo tiempo, constituye una respuesta al desfinanciamiento y los intentos de desarticulación del sistema universitario público. Proponer el cannabis medicinal como una herramienta de cuidado implica desafiar la construcción histórica del consumo de sustancias como una práctica marginalizada, reivindicando un enfoque de justicia social en el que la salud es reconocida como un derecho fundamental.

Según Ricardo Nín, “la salud pública es el brazo sanitario de la justicia social” (entrevista personal, 2024), una premisa que guía el accionar del Dispositivo en su objetivo de garantizar el acceso al derecho a la salud de toda la población universitaria: estudiantes, docentes y personal no docente. A través de la formación, la investigación y la atención integral en cannabis, este Dispositivo promueve prácticas inclusivas y basadas en los derechos humanos, desafiando paradigmas tradicionales de salud pública.

La creación del Dispositivo está enmarcada en una visión académica transformadora. Como expresó Ricardo Nín:

Cuando era decano de la Facultad, hicimos una jornada de cannabis en 2017 con la intención de darle un cariz académico, como hicimos antes con el aborto. En aquel entonces, no existía una ley nacional, pero ya había avances en Santa Fe con el IVE. Con el cannabis, seguimos una lógica similar: incorporar una mirada académica que permita generar debates, articulaciones con organizaciones como AUPAC y acciones conjuntas que derivaron en la creación del consultorio de cannabis. (entrevista personal, 17 de diciembre de 2024)

El Dispositivo plantea varios objetivos y etapas de trabajo. Según Pablo Molina, uno de los impulsores de esta iniciativa, el primer objetivo es: “Lograr instalar el debate sobre el cannabis terapéutico para que los estudiantes comprendan que su uso, ya sea recreativo o terapéutico, puede enmarcarse dentro de un consumo responsable y consciente”. (entrevista personal, 20 de diciembre de 2024)

El funcionamiento del Dispositivo se organiza en tres fases. La primera consiste en la apertura del consultorio como espacio de asistencia, con el objetivo de generar un impacto inicial en la comunidad

universitaria. La segunda fase contempla la realización de encuestas para conocer el territorio y comprender las dinámicas de consumo, mientras que la tercera etapa busca articular los datos recopilados con las unidades académicas para fomentar debates más amplios sobre el consumo de cannabis y otras sustancias.

Estas etapas reflejan un enfoque integral que no solo tiene como objetivo posicionar al cannabis dentro de una política de reducción de daños, sino que también constituye un punto de partida para ampliar la reflexión sobre otros tipos de consumos y las posibles estrategias de intervención. La incorporación del cannabis medicinal en este Dispositivo no es solo una medida terapéutica, sino que también se inserta dentro de un cambio más amplio en las formas de concebir y tratar los consumos problemáticos en el contexto de políticas públicas de salud. Este enfoque permite revalorizar al cannabis medicinal como una opción legítima y válida en la atención a las personas que sufren de condiciones de salud relacionadas con su consumo de sustancias, a la vez que abre el debate sobre cómo, a través de políticas públicas más inclusivas y adaptadas, es posible repensar los mecanismos tradicionales de intervención.

La implementación del Dispositivo en el Centro de Salud 7 de Abril ha implicado una redefinición en las estrategias de salud pública, promoviendo un enfoque más flexible y menos punitivo en relación al consumo de cannabis. Este cambio no solo afecta las estructuras formales de la política sanitaria, sino que también provoca una serie de transformaciones en las dinámicas internas del equipo de salud. La introducción del cannabis medicinal como herramienta dentro de la política de reducción de daños genera interrogantes sobre cómo debe ser integrado en la práctica clínica, desafiando las concepciones previas que se habían establecido sobre los consumos y la intervención en salud.

Este proceso de integración, que implica la adaptabilidad de los profesionales de la salud frente a un paradigma en evolución, ha abierto nuevas perspectivas sobre la labor clínica. En este sentido, la incorporación del cannabis medicinal no solo afecta la concepción que los profesionales tienen del consumo de sustancias, sino que también altera la dinámica cotidiana de su práctica, generando nuevas tensiones, reflexiones y desafíos. El siguiente apartado se centrará en analizar estas transformaciones, explorando cómo impactan en el trabajo diario de los profesionales, cómo influyen en sus representaciones acerca del consumo de cannabis y cuáles son los principales retos que surgen al integrar este Dispositivo en su trabajo.

2.3. Transformaciones de las prácticas y perspectivas de los profesionales de la salud.

La Universidad Nacional de Rosario, a través de su enfoque innovador, ha comenzado a reconocer el cannabis medicinal como una herramienta terapéutica legítima. Este reconocimiento se refleja no solo en su gestión institucional, sino también en acciones concretas vinculadas a la asistencia, la investigación y la formación, consolidando así la legitimación de su uso en contextos de salud pública.

Un hito relevante en este proceso fue la jornada organizada en 2018 por la Facultad de Ciencias Médicas bajo el título “Cannabis: mito, ciencia y salud”. En este evento se abordaron los tratamientos derivados de la planta de cannabis desde múltiples perspectivas, incluyendo aspectos médicos, legales, legislativos, éticos y sociales. La iniciativa permitió desmitificar el uso del cannabis medicinal y abrió un espacio de diálogo que desafió las concepciones hegemónicas de la medicina tradicional. Hasta ese momento, la planta era conocida principalmente como una sustancia ilegal, cargada de prejuicios y desinformación, producto de un modelo prohibicionista que la vinculaba exclusivamente con la criminalización y las conductas desviadas.

Este cambio de enfoque puede comprenderse dentro de una tradición institucional de la universidad, que ha promovido debates sobre temas históricamente marginados en los ámbitos académicos. Un antecedente significativo fue la creación, en 2016, de una materia optativa sobre el aborto como problemática de salud pública, lo que marcó un precedente en la apertura hacia nuevas formas de conocimiento. En este sentido, como señala Ninn respecto al cannabis medicinal: “también hay que derribar muchos mitos, fomentar nuevas formas de conocimiento y de saber”.

Estos procesos reflejan una transformación en las perspectivas de los profesionales de la salud que forman parte de la universidad, promoviendo un cambio de paradigma que reconoce la validez de saberes contrahegemónicos en el ámbito médico. Históricamente, la biomedicina ha ubicado a los sujetos en un rol pasivo, donde la intervención terapéutica se centra casi exclusivamente en el tratamiento medicamentoso, reduciendo la salud a una dimensión biológica. Esta lógica ha limitado el reconocimiento de otros enfoques en las políticas públicas de salud, incluyendo aquellas que promueven la autonomía de los pacientes en el uso terapéutico del cannabis.

En este sentido, la reducción de daños, aplicada al cannabis medicinal, tensiona los límites de la práctica biomédica tradicional al reconocer a los usuarios no sólo como pacientes, sino como actores activos

en la gestión de su propia salud. La posibilidad del autoabastecimiento a través del cultivo propio representa una ruptura con el modelo hegemónico, ya que pone en cuestión la dependencia de los tratamientos farmacológicos convencionales y promueve nuevas formas de intervención en salud. Parafraseando a Eduardo Menéndez (1994): “los procesos de medicalización no son neutros, sino que responden a dinámicas de poder y a disputas entre diferentes formas de conocimiento” (p. 3)

El Dispositivo de salud también puede comprenderse como un Dispositivo de intervención social, desafiando el enfoque biomédico tradicional y promoviendo nuevas prácticas en salud pública. Desde esta perspectiva, Alfredo Carballeda (2010) señala:

Trabajar en la intervención social como proceso de análisis desde una perspectiva centrada en la idea de Dispositivo. El espacio institucional también implica una superposición de mundos y de lógicas que dan cuenta de una enorme diversidad de marcos comprensivos y explicativos. (Pg 58)

A nivel regulatorio, es a través de la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) y otras instituciones que se establecen los protocolos para la producción, distribución y prescripción del cannabis medicinal. El usuario, mediante el Reprocann (Registro del Programa de Cannabis) puede acceder al aceite prescrito por un médico. Además, en articulación con organizaciones como AUPAC, se busca evitar que el paciente recurra al mercado ilegal, donde la calidad y composición de los productos pueden comprometer la efectividad del tratamiento y aumentar los riesgos asociados. En este sentido, cuando hablamos de reducción de daños, no nos referimos a una práctica aislada, sino a un enfoque integral que considera el contexto social y subjetivo de cada usuario.

Es importante reconocer que las causas del consumo de cualquier sustancia son múltiples y están atravesadas por factores individuales, históricos y sociales. En muchos casos, la puerta de entrada a las denominadas “drogas duras” no es el consumo de una sustancia en sí misma, sino la necesidad de acceder a ellas a través del mercado ilegal, lo que expone a los usuarios a entornos de riesgo y criminalización.

Cuando hablamos de medicina con cannabis, debemos comprender que sus efectos no son inmediatos ni uniformes para todas las personas. Por ello, las consultas en el marco del Dispositivo de salud requieren un espacio de escucha activa, en el que se pueda abordar la subjetividad del usuario, sus motivaciones, dudas y los prejuicios que aún persisten en torno al uso del cannabis medicinal. En este sentido, Pablo Molina, profesional vinculado al Dispositivo, comentaba:

La bayaspirina nos pega y nos afecta igual a todas las personas. Como el aceite de cannabis trabaja con lo subjetivo, le pega a todos de manera diferente. La terapéutica cannábica va a la base del problema, te permite pensar las cosas distintas, transitarlas de otra manera. (Pablo Molina, entrevista personal, 20 de diciembre de 2024)

A diferencia de la medicina tradicional, donde los fármacos convencionales suelen ofrecer una respuesta rápida y estandarizada, la medicina cannábica requiere un abordaje más personalizado. No se trata solo de administrar una sustancia, sino de comprender el problema en su totalidad, analizando los factores que inciden en la salud del paciente y promoviendo un proceso terapéutico basado en el acompañamiento, la educación y la autonomía en el uso del cannabis, especialmente en el contexto universitario.

Este cambio de enfoque en la práctica médica no está exento de tensiones y desafíos. Si bien algunos profesionales han logrado incorporar la medicina cannábica dentro de un modelo de salud más integral, persisten resistencias o desconocimiento dentro del propio campo médico. Estas resistencias se explican, en parte, por la formación biomédica tradicional, que prioriza la prescripción farmacológica convencional y relega la exploración de terapias alternativas. En este sentido, M. Foucault (1976) argumenta que los saberes médicos han sido históricamente una forma de ejercicio del poder, estableciendo normas de control sobre los cuerpos y la salud de la población.

El análisis del impacto del Dispositivo de cannabis medicinal en el Centro de Salud 7 de Abril ha permitido identificar transformaciones en las prácticas profesionales, así como tensiones y oportunidades en su implementación. No obstante, a pesar del enfoque interdisciplinario de la reducción de daños, se advierte la ausencia del trabajador social dentro del Dispositivo de cannabis. A partir de esta observación, el siguiente capítulo se enfocará en una reflexión crítica sobre el rol de esta profesión en el campo de la reducción de daños, explorando los discursos institucionales y profesionales en torno a su posible incorporación, así como los desafíos y recomendaciones para su integración en el Dispositivo.

Capítulo 3:

Reflexión Crítica sobre el Trabajo Social y la Reducción de Daños.

“Estoy completamente segura que la política de reducción de daños es una deuda de los derechos humanos”.

Lic en Trabajo Social María Inés González Castro,
fundadora de Chill & Safe, un programa de reducción de daños.

3.1. El rol del trabajador social en la reducción de daños: análisis desde el discurso

El principio fundamental que atraviesa las prácticas de Reducción de Riesgos y Daños es el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos, situándose en un lugar central y activo dentro de los programas. Trabajar desde este enfoque implica un compromiso con la salud y los derechos humanos, promoviendo el acceso a servicios de salud y garantizando la contención sin juicios de valor.

Las estrategias de Reducción de Riesgos y Daños buscan:

- Aumentar la accesibilidad al sistema socio-sanitario, eliminando barreras de ingreso.
- Brindar asistencia con un umbral mínimo de exigencia, sin imponer la abstinencia como requisito obligatorio.
- Reconocer que el consumo de sustancias psicoactivas es una realidad histórica y persistente, alejándose de enfoques prohibicionistas.
- Desarrollar acciones que mitiguen la marginalidad y la exclusión social de quienes consumen.

Desde este modelo, el ser humano ocupa un lugar central, y se busca comprender su relación con las sustancias psicoactivas. Se reconoce que el consumo puede tener consecuencias negativas, pero también puede cumplir funciones positivas, y que ambas dimensiones pueden operar simultáneamente.

Para comprender el rol del trabajador social en un Dispositivo de reducción de daños resulta clave posicionarnos desde la perspectiva de Carballada (2010) sobre la intervención social como Dispositivo. Según el autor, “la intervención social no es solo un conjunto de acciones aisladas, sino un Dispositivo, es

decir, una configuración de prácticas, discursos e instituciones que producen efectos en la realidad social” (p. 49). En este sentido, la reducción de daños puede ser vista como un Dispositivo que redefine el modo en que el Estado, los profesionales y la sociedad abordan el consumo de sustancias, alejándose de enfoques punitivos y acercándose a una perspectiva basada en derechos.

Desde el Trabajo Social, esta mirada implica reconocer que las problemáticas sociales no pueden abordarse exclusivamente desde un paradigma asistencialista o coercitivo, sino que requieren Dispositivos de intervención flexibles, situados y participativos. En el caso de la reducción de daños, esto significa:

- Descentrar la abstinencia como único objetivo: en lugar de imponer la abstinencia como requisito, se busca acompañar los procesos de las personas desde sus propias necesidades y posibilidades
- Construcción de vínculos horizontales: la intervención social en reducción de daños no se basa en relaciones jerárquicas entre profesionales y usuarios, sino en un diálogo que reconoce la agencia de las personas en la gestión de su consumo
- Accesibilidad y derecho a la salud: se promueve un enfoque integral e inclusivo, eliminando barreras institucionales que excluyen a quienes usan sustancias

Siguiendo a Carballeda, podemos afirmar que el Trabajo Social en reducción de daños no es solo un campo de acción profesional, sino también un posicionamiento político que disputa sentidos dentro de las políticas públicas y las instituciones de salud. Según Carballeda (2010), “la intervención social puede comprenderse, por un lado, desde la tensión entre determinadas ideas predominantes en el pensamiento social y, por otro, desde las formas en que los problemas sociales y los sujetos de intervención son construidos” (p. 49).

Por lo tanto, la intervención profesional es un hecho histórico de producción y creación que establece nuevos parámetros para considerar a los actores con capacidad de decisión sobre su tratamiento. Este cambio de paradigma permite que la población de la UNR se acerque a la salud desde un enfoque de salud pública y colectiva, en lugar de adherirse al paradigma prohibicionista y científico.

Pensar el rol del Trabajo Social en la práctica cotidiana implica comprender cómo esta se reproduce socialmente de manera invisibilizada y cómo, a partir de los interrogantes que genera el cannabis, es el propio sujeto quien comienza a reflexionar sobre sí mismo. En este sentido, el antagonismo de la prohibición es la autonomía. Como afirman Pellagatis y Weber Suardiaz (2018):

La autonomía consiste en poder decidir sobre las propias leyes que rigen las vidas, a partir de cuestionar lo que parece incuestionable, de imaginar lo que no podía ser imaginado. Consiste en ser partícipe de las decisiones, no en una forma liberal de ‘cada uno hace lo que quiere’, sino enlazado a formas colectivas de cuestionamiento y luchas (p. 55).

El acceso a la salud se convierte en un hecho digno, al menos en el Centro de Salud de la UNR, cuya lógica contradice el modelo predominante de salud pública a nivel nacional. En este sentido, reafirmamos que las prácticas vinculadas al cannabis permiten repensar el diseño de políticas públicas desde un nuevo paradigma. Es fundamental desarrollar una política pública que incorpore como eje central la participación y la autonomía de los sujetos.

El lugar del trabajador social en el ámbito de la reducción de daños no solo es una cuestión de necesidad profesional, sino también un terreno de disputa simbólica y política dentro de las instituciones de salud. Desde el análisis del discurso, siguiendo la perspectiva de Irene Vasilachis de Gialdino, es posible abordar cómo se construyen los sentidos sobre la presencia –o ausencia– de esta figura en los Dispositivos de atención y acompañamiento.

La inclusión del trabajador social en el ámbito de la reducción de daños no solo representa una ampliación de los enfoques tradicionales de intervención en salud, sino que también implica un cuestionamiento a las lógicas hegemónicas que históricamente han regido la salud pública. En este sentido, su incorporación supone un desafío a las representaciones tradicionales del rol profesional, tanto dentro del sistema de salud como en el marco de las políticas públicas orientadas al uso del cannabis medicinal.

Desde una perspectiva crítica, el ingreso del trabajador social en este Dispositivo abre el debate sobre las formas en que se configuran y delimitan los saberes legítimos dentro de los espacios de atención sanitaria, poniendo en tensión los modelos biomédicos predominantes. Esta cuestión no solo se vincula con la redefinición de prácticas y enfoques en la intervención, sino también con la necesidad de reconocer y legitimar otras miradas sobre la salud, el bienestar y el acompañamiento de los usuarios en su acceso a tratamientos alternativos.

En el siguiente apartado, se analizarán las perspectivas y discursos de los actores clave del Centro de Salud 7 de Abril sobre la posible incorporación del trabajador social en el Dispositivo de reducción de daños

con cannabis medicinal. Se explorarán las tensiones y resistencias institucionales, así como las oportunidades que su inclusión podría generar en la construcción de estrategias integrales de intervención. A partir del testimonio de profesionales de la salud, personal administrativo y responsables de políticas sanitarias, se buscará comprender los desafíos y aportes potenciales del Trabajo Social en este contexto.

3.2. Discursos y perspectivas sobre la inclusión del trabajador social: análisis de los actores clave.

La inclusión del trabajador social en el Dispositivo de reducción de daños basado en el uso de cannabis medicinal no solo representa un avance en términos de interdisciplinariedad, sino que también implica un cuestionamiento a las lógicas hegemónicas que rigen la salud pública. Tradicionalmente, la salud ha sido abordada desde una perspectiva biomédica, donde predominan enfoques clínicos e individualizantes. La incorporación del Trabajo Social desafía estas representaciones tradicionales, proponiendo una mirada más integral y colectiva sobre la salud.

En este sentido, la consulta con actores clave permitió identificar los imaginarios en torno a la posible incorporación del trabajador social en el Dispositivo. Ricardo Nin, director del Área de Salud de la Universidad Nacional de Rosario, enfatizó la importancia del Trabajo Social en la promoción de la salud y su capacidad de diálogo con otras disciplinas:

En el aspecto de promoción a la salud, la capacidad de diálogo que tiene la profesión de Trabajo Social respecto de las otras es mucho mayor, tiene otro tratamiento. Porque nosotros empezamos a pensar en salud colectiva desde nuestra profesión de salud individual. Yo soy profesor de medicina social, pero soy médico y todo mi equipo de trabajo está formado o viene de disciplinas de la salud individual. Porque no existe una especialización en salud colectiva. (Ricardo Nin, entrevista personal, 17 de diciembre de 2024)

Este testimonio refuerza la idea de que el trabajador social no solo cumple una función de intervención con los usuarios del Dispositivo, sino que también contribuye a transformar las dinámicas internas del equipo de salud. Su presencia permite ampliar el horizonte de abordaje, promoviendo enfoques integradores y participativos.

Por otro lado, Pablo Molina, creador del Dispositivo y con una extensa trayectoria en la terapéutica cannábica, destacó el valor del Trabajo Social en el acompañamiento de los usuarios y en la generación de estrategias de abordaje que trasciendan lo estrictamente clínico:

Creo que la trabajadora social intenta abordar con otra mirada. En salud es importante encontrarse con cómo abordarlo, cómo acompañar al usuario. La mirada que nosotros tenemos está centrada en lo terapéutico y lo clínico, pero el soporte desde el Trabajo Social es muy interesante. La universidad habilita a trabajar con mucha confianza en la política de drogas. (Pablo Molina, entrevista personal, 20 de diciembre de 2024)

Pensar el Trabajo Social como algo antagónico a la reducción de daños sería un grave error, ya que ambas disciplinas se centran en el campo de la salud colectiva a la luz de los conceptos de producción de cuidado, redes de conexiones existenciales y trabajo vivo en acto. Belén Díaz (2023), licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires, sostiene:

“A través de la construcción de vínculos, la producción de cuidado se abre al agenciamiento de nuevas prácticas y a la creatividad de las/os profesionales de la salud y la comunidad. Estas redes de conexiones existentes producen vida cuando crean accesibilidad. En cambio, si son producidas desde la enfermedad como centro de producción de la vida, se convierten en una barrera, ya que impiden nuevos sentidos de y en el vivir. Un ejemplo de ello es el cuidado manicomial, que aísla, disciplina moralmente y medicaliza a quien considera un enfermo mental.” (p. 27)

Díaz trabaja en un Dispositivo de salud enfocado en la reducción de riesgos y daños, donde considera que las acciones orientadas a disminuir estos factores y a estimular las fortalezas y capacidades de una comunidad contribuyen a una gestión más eficaz del riesgo. En su análisis, destaca que la producción de cuidado en salud implica generar espacios de acogida y vínculo con los usuarios, promoviendo la accesibilidad a la salud sin imponer barreras normativas que refuercen la exclusión.

Además, su investigación resalta que el enfoque de reducción de riesgos y daños no solo atiende el consumo de sustancias psicoactivas, sino que también es una estrategia que posibilita la construcción de ciudadanía y el reconocimiento de derechos, alejándose de las lógicas punitivas y patologizantes del modelo prohibicionista. En este sentido, se inscribe dentro del paradigma de la salud colectiva, promoviendo intervenciones que reconozcan la subjetividad y agencia de los usuarios.

Durante el desarrollo de la investigación, se realizaron entrevistas a profesionales de la salud que permitieron conocer sus percepciones sobre los cambios en la atención y en la relación con los pacientes, las mismas fueron grabadas, así como relevamientos informales de datos, respetando siempre la confidencialidad y el marco ético del estudio. En base a las observaciones y entrevistas realizadas, puedo

afirmar que algunos actores clave expresaron un apoyo significativo hacia la inclusión del trabajador social en el Dispositivo de reducción de daños en el Centro de Salud 7 de Abril. Sin embargo, también se identificaron ciertas resistencias dentro del equipo de salud. Estas resistencias no siempre se manifestaron en forma de oposición directa, sino que, en muchas ocasiones, se tradujeron en un desconocimiento sobre la terapéutica aplicada y el accionar del Dispositivo.

A pesar de compartir el mismo espacio institucional y tener acceso a la misma información, muchos profesionales de la salud, dentro del ámbito del Centro de Salud 7 de Abril, desconocen en profundidad el trabajo que se realiza en el Dispositivo de reducción de daños. Esta desconexión se debe, en gran medida, a que si la intervención no afecta directamente la práctica cotidiana de estos profesionales, la información sobre el Dispositivo puede no ser internalizada ni considerada relevante dentro de sus respectivos ámbitos. Este fenómeno pone en evidencia una brecha entre el paradigma biomédico tradicional y los enfoques de salud colectiva, lo que refuerza la necesidad urgente de promover espacios de capacitación y articulación interdisciplinaria. Dichos espacios permitirían fortalecer el modelo de reducción de daños, promoviendo una integración efectiva del trabajador social dentro del equipo de salud en el Centro de Salud 7 de Abril. Esto, a su vez, contribuiría a una atención más integral y participativa para los usuarios, alineada con los principios de salud colectiva.

Estos testimonios reflejan un consenso sobre la necesidad de ampliar la mirada en salud, reconociendo que el Trabajo Social aporta una perspectiva integradora y comunitaria que fortalece el Dispositivo. Sin embargo, la concreción de su incorporación aún representa un desafío que debe ser abordado en términos institucionales y organizativos.

Pensar el Trabajo Social en los procesos de intervención en salud pública requiere reconocer una concepción persistente que reduce lo social a una mera dimensión explicativa de la vida de los sujetos. Esta perspectiva ha llevado a que el abordaje de los problemas de salud-enfermedad sea considerado competencia exclusiva de ciertas profesiones, mientras que otras, como el Trabajo Social, han sido marginadas en la formulación e implementación de estrategias de atención. Esta exclusión impacta directamente en la posibilidad de construir intervenciones transformadoras que favorezcan el ejercicio pleno de los derechos humanos.

En este escenario, la disputa entre el paradigma biomédico hegemónico y una perspectiva más integral de la salud se entrelaza con la lucha por la definición del objeto de intervención del Trabajo Social.

Como disciplina orientada a comprender y abordar las desigualdades en el acceso a derechos y prestaciones, su incorporación en los equipos de salud resulta fundamental para garantizar respuestas integrales y basadas en la justicia social.

Como profesión que aborda los efectos de las desigualdades en el acceso a prestaciones para el ejercicio de los Derechos Humanos, en particular los derechos sociales, el Trabajo Social no puede desvincularse de una interpretación social de los problemas de intervención. Sin embargo, esto no implica desconocer las raíces estructurales de dichos problemas ni la necesidad de integrar saberes especializados provenientes de otras disciplinas. Desde esta perspectiva, es posible comprender algunos aspectos centrales en la configuración de los espacios de Trabajo Social en el ámbito de la salud, donde se definen los objetivos de intervención. La disputa por la legitimidad de estos espacios se vincula con las tensiones entre los paradigmas predominantes en la salud pública y la necesidad de enfoques que reconozcan la complejidad de los determinantes sociales en el proceso salud-enfermedad-atención.

En el enfoque propuesto por Irene Vasilachis de Gialdino, el conocimiento social se construye de manera cooperativa, lo que implica que la participación activa y recíproca de los actores sociales es esencial en el proceso de investigación. Para lograr una comprensión profunda de las realidades sociales, el investigador debe liberarse de las categorías predefinidas que limitan su visión, ya que estas preconcepciones impiden el acceso a una comprensión genuina. En este sentido, la autora sugiere que el conocimiento no debe ser visto como un proceso unilateral, sino como una construcción compartida, donde tanto el investigador como los actores sociales contribuyen al entendimiento de la realidad en cuestión.

El investigador no es un observador externo y distante; más bien, debe involucrarse emocionalmente con los relatos y experiencias de los actores, siendo capaz de conmovirse con sus relatos. Este tipo de acercamiento permite una investigación más genuina y auténtica, en la que las voces de los participantes son consideradas y respetadas. De esta forma, el proceso de conocimiento se convierte en un intercambio mutuo, donde se reconoce que las perspectivas de los actores sociales enriquecen y transforman las percepciones del investigador.

Desde esta óptica, el Trabajo Social en el contexto de la reducción de daños adquiere una dimensión más humana y empática. El trabajador social, al igual que el investigador, debe liberarse de juicios previos y de las categorías impuestas por las políticas públicas tradicionales, para poder comprender las necesidades y realidades de las personas en situación de consumo de sustancias. La reducción de daños, en este contexto, se

entiende no sólo como una intervención técnica, sino como un proceso compartido y colaborativo, donde se promueve el bienestar de los individuos a partir de sus propios relatos y experiencias. Así, el Trabajo Social, al adoptar una perspectiva interpretativa, puede contribuir a la creación de políticas de salud más inclusivas y respetuosas, centradas en las personas y en sus historias, en lugar de limitarse a modelos normativos rígidos, puede ser clave en la intervención, especialmente en cuanto a la desestigmatización de los usuarios y la promoción de la salud mental y emocional.

El siguiente apartado analizará los principales desafíos que enfrenta la integración del trabajador social en el Dispositivo de reducción de daños basado en el uso de cannabis medicinal. Si bien en los últimos años se han promovido enfoques interdisciplinarios en salud, aún existen obstáculos que dificultan su incorporación efectiva. Estas barreras no solo responden a cuestiones organizativas, sino también a resistencias culturales e institucionales que han limitado históricamente su participación en estos espacios.

Por un lado, el predominio del modelo biomédico ha relegado los enfoques sociales y comunitarios, restringiendo el reconocimiento del aporte del trabajador social en el abordaje de problemáticas complejas. A su vez, la rigidez de las estructuras institucionales y la falta de normativas claras dificultan su inserción en los Dispositivos de salud. Desde una perspectiva epistemológica, su integración implica también un cuestionamiento a los marcos de conocimiento tradicionales, promoviendo un diálogo interdisciplinario que aún enfrenta resistencias.

Ante este panorama, se explorarán estrategias y recomendaciones para superar estas limitaciones, incluyendo la necesidad de fortalecer la formación de los equipos de salud en reducción de daños, el desarrollo de marcos normativos más inclusivos y el análisis de experiencias exitosas en otros contextos. A partir de estas reflexiones, se busca aportar herramientas para una integración efectiva del trabajador social en el Dispositivo de cannabis, garantizando un abordaje más integral y centrado en los derechos de los usuarios.

3.3 Desafíos y recomendaciones para la integración del trabajador social en el Dispositivo.

A pesar de los avances en la construcción de enfoques interdisciplinarios en el campo de la salud colectiva, la incorporación del Trabajo Social en Dispositivos de reducción de daños aún enfrenta diversas barreras. Estas dificultades responden, en gran medida, a la persistencia de un modelo biomédico hegemónico que privilegia el saber médico como única forma válida de conocimiento en salud, limitando la

participación de otras disciplinas. Esta preeminencia del modelo biomédico también se manifiesta en la resistencia a incorporar prácticas que, como la terapéutica cannábica, desafían las lógicas tradicionales de intervención en salud.

Si bien el Dispositivo de cannabis medicinal en el Centro de Salud 7 de Abril lleva menos de un año en funcionamiento, su consolidación representa un escenario propicio para la integración del trabajador social. Desde una perspectiva de asistencia integral, su intervención podría fortalecer el acompañamiento a las personas usuarias, promoviendo estrategias que permitan comprender el consumo de sustancias desde un marco de derechos y cuidado. Su rol no solo contribuiría a garantizar el acceso a información clara y a herramientas para un uso responsable y consciente del cannabis, sino que también permitiría construir redes de contención y articulación con otros espacios de salud y bienestar.

El consumo de sustancias es una realidad compleja que no puede abordarse exclusivamente desde el ámbito universitario. En contextos de crisis económica y social, el consumo de sustancias tiende a incrementarse, y el nivel de ingresos de las personas condiciona tanto la calidad de las sustancias a las que pueden acceder como su impacto en la salud. Desde esta perspectiva, se vuelve imprescindible incorporar miradas que trasciendan lo estrictamente médico y permitan un abordaje integral de los factores sociales, económicos y culturales que atraviesan esta problemática. Como señala Romaní (2008):

“Para entender la variabilidad de efectos de las drogas no podemos dissociar la sustancia consumida del sujeto consumidor ni del contexto donde se da el acto de consumo. [...] Son variadas las personas que las consumen (por su estructura físico-psíquica), los grupos en los que viven, que dan un sentido u otro (pautado culturalmente) al hecho de consumirla y, por lo tanto, a la utilidad social que se atribuye a la droga, en fin, las expectativas culturales con que se consumen, las condiciones sociales en que se hace, las formas de obtener el producto, las dosificaciones que cada cual consume, las técnicas de uso y la calidad del producto obtenido, además de las circunstancias concretas en las que se hace y otros aspectos menos relevantes” (pp. 51-60)

Desde esta perspectiva, la terapéutica cannábica no solo cuestiona el modelo biomédico hegemónico, sino que también demanda una instancia de escucha y conocimiento sobre la realidad del paciente para lograr efectividad en el tratamiento. En este sentido, el Trabajo Social no solo acompaña a los usuarios, sino que

también desempeña un papel clave dentro del equipo de salud, promoviendo un enfoque más dialógico de la intervención. Como señala Ricardo Nin:

El aporte de la trabajadora social al equipo de salud no solo es fundamental, sino que el equipo no sería tal sin su aporte, quien tiene mayor entrenamiento para dialogar en salud con la población y con el equipo. Porque no es solo al destinatario sino al interior del equipo, invitados a abrir la mente. (Entrevista personal, 17 de diciembre de 2024).

La ausencia de trabajadores sociales en el Centro de Salud 7 de Abril representa una limitación en la construcción de estrategias de acompañamiento, promoción de derechos y fortalecimiento de redes socioinstitucionales que garanticen un acceso equitativo a la salud. Como señalan Nucci et al. (2018):

Como profesionales nos ubicamos en las políticas que expresan la relación entre el Estado y los sujetos con derechos que deben ser reconocidos y protegidos, al constituirse en una de las responsabilidades del Estado hacia la sociedad y que, por lo tanto, se materializan en las intervenciones estatales. Al mismo tiempo, es en la medida en que la intervención tiene lugar cuando los derechos son vulnerados. (p. 15.)

Desde esta perspectiva, la inclusión del Trabajo Social fortalecería el enfoque de derechos que orienta las intervenciones del centro de salud, asegurando que el consumo de sustancias sea abordado desde una mirada interdisciplinaria que reconozca sus múltiples determinantes.

Asimismo, desde la Epistemología del Sujeto Conocido propuesta por Irene Vasilachis de Gialdino (2007) “intenta que la voz del sujeto conocido no desaparezca detrás de la del sujeto cognoscente, o sea tergiversada como consecuencia de la necesidad de traducirla de acuerdo con los códigos de las formas de conocer socialmente legitimadas” (p. 16). En este sentido, la inclusión del trabajador social en el Dispositivo no solo responde a una necesidad estructural del equipo de salud, sino que también permitiría construir conocimiento situado, basado en la experiencia y en la perspectiva de los propios usuarios.

Este enfoque es clave para trascender la visión reduccionista del consumo de sustancias y comprenderlo en su complejidad, atendiendo a las dimensiones sociales, económicas y culturales que lo atraviesan. Como plantea la autora, la realidad social no puede analizarse únicamente desde modelos explicativos tradicionales, sino que requiere incorporar la interpretación y significados que los propios actores le atribuye. Esto refuerza la importancia de incluir al trabajador social en el Dispositivo, ya que su

intervención puede facilitar procesos de escucha, construcción de redes y promoción de derechos, elementos fundamentales en un abordaje integral de la reducción de daños.

Recomendaciones para la integración del trabajador social en el Dispositivo.

Para que la incorporación del Trabajo Social sea efectiva, se deben superar las barreras culturales y estructurales que limitan su inclusión. Se recomienda que el trabajador social sea incorporado de manera estructurada, con roles y tareas claras dentro del equipo interdisciplinario. Entre sus principales funciones, se destacan:

- Acompañamiento a las personas usuarias: Asegurar que el uso de cannabis medicinal sea responsable, orientando tanto a usuarios como a sus familias, promoviendo un enfoque de derechos y cuidado.
- Fortalecimiento de redes de apoyo: Articular el Dispositivo con otros servicios sociales, psicológicos y de salud, creando una red de contención integral para los usuarios.
- Promoción de un enfoque de derechos: Garantizar que los derechos de los usuarios sean reconocidos y que las intervenciones del Dispositivo se alineen con las políticas públicas de salud y bienestar.
- Evaluación del Dispositivo: Contribuir a la evaluación continua del impacto del cannabis medicinal, proporcionando una mirada crítica desde lo social, económico y cultural, y mejorando las prácticas interdisciplinarias.
- Asesoramiento y educación en el autocultivo responsable: El trabajador social puede desempeñar un rol educativo en relación al autocultivo, brindando información clara y accesible sobre cómo cultivar cannabis de manera segura y responsable. Si bien el autocultivo puede ser una herramienta complementaria dentro de una estrategia más amplia de reducción de daños, no debe ser considerado una política de prevención en sí misma. Para ser efectivo, debe estar acompañado de políticas de educación, regulación y apoyo institucional.

La integración del trabajador social en el Centro de Salud 7 de Abril no solo ampliará el abordaje del consumo de cannabis medicinal desde una mirada interdisciplinaria, sino que también fortalecería el enfoque de derechos que sustenta la política de reducción de daños. Su rol como mediador entre las necesidades de los usuarios y las instituciones permitiría garantizar el acceso a información, asistencia y orientación, promoviendo intervenciones que trascienden la mera prescripción médica para incluir el acompañamiento

social, la contención emocional y la articulación con otros Dispositivos de salud y bienestar. En este sentido, su presencia resultaría clave para consolidar un modelo de intervención que no solo atienda los aspectos clínicos del consumo, sino que también contemple sus dimensiones sociales, económicas y culturales, asegurando respuestas más integrales y contextualizadas.

Sin embargo, su incorporación no puede pensarse únicamente desde una perspectiva operativa o administrativa, sino que debe responder a un marco ético y político acorde con los principios de la reducción de daños. No se trata simplemente de sumar un nuevo profesional al equipo de salud, sino de garantizar que su intervención se alinee con una perspectiva que respete la autonomía de los sujetos, reconozca la diversidad de trayectorias de consumo y promueva estrategias de cuidado que no reproduzcan lógicas punitivas ni moralizantes. La presencia de un trabajador social con una postura abstencionista dentro del Dispositivo podría generar serias limitaciones en la asistencia, obstaculizando el acceso de los usuarios a intervenciones basadas en la escucha activa, el reconocimiento de sus derechos y la construcción de estrategias de reducción de riesgos personalizadas.

En este sentido, resulta fundamental que el o la trabajadora social que se integre al Dispositivo cuente con una formación sólida en reducción de daños y políticas de drogas, así como con una actitud crítica y reflexiva respecto a los marcos normativos y discursivos que históricamente han criminalizado el consumo de sustancias. La capacitación constante, la participación en espacios de intercambio interdisciplinario y la actualización en torno a los debates contemporáneos sobre cannabis medicinal y salud pública serán aspectos clave para garantizar que su intervención no solo sea efectiva, sino también coherente con los principios que orientan el trabajo en este campo.

Asimismo, su rol podría extenderse más allá del acompañamiento directo a los usuarios, contribuyendo a la sensibilización del resto del equipo de salud y del ámbito institucional en general. La incorporación de una perspectiva social en la atención permitiría ampliar la comprensión de los determinantes del consumo, visibilizando las desigualdades estructurales que influyen en los modos en que las personas acceden a los recursos de salud, en las barreras que enfrentan y en los estigmas que pueden atravesar en función de su situación socioeconómica, su identidad de género o su contexto familiar. En este sentido, el Trabajo Social también podría desempeñar un papel clave en la producción de conocimiento situado sobre el impacto del cannabis medicinal en la vida de los usuarios, promoviendo instancias de sistematización de experiencias que contribuyan a la mejora continua del Dispositivo.

En definitiva, la incorporación del trabajador social en el Centro de Salud 7 de Abril no solo es una oportunidad, sino una necesidad para consolidar estrategias de intervención que trascienden el modelo biomédico hegemónico y reconozcan la complejidad del consumo de sustancias. Su presencia permitiría avanzar hacia un modelo de salud más equitativo e inclusivo, en el que las políticas públicas no solo atiendan los aspectos médicos del consumo, sino que también consideren sus determinantes sociales y culturales, promoviendo así una salud pública basada en derechos, en la autonomía de los sujetos y en la construcción de redes comunitarias de apoyo. De este modo, la reducción de daños dejaría de ser concebida únicamente como una estrategia sanitaria para convertirse en una apuesta transformadora que contribuya a la ampliación de derechos y al fortalecimiento de la justicia social en el ámbito de la salud.

El Estado debe asumir un rol activo que no se limite a una perspectiva punitiva, sino que abarque una visión integral del problema. Esto implica promover el desarrollo de la investigación pública y el diseño de una política sanitaria que no solo contemple las múltiples dimensiones del tema, sino que también sea capaz de adaptarse a las complejidades sociales, culturales y económicas que lo atraviesan. Dichas políticas deben reconocer los procesos ya transitados en las diversas intervenciones de los actores involucrados, para evitar replicar errores del pasado y, en cambio, fomentar estrategias que realmente contribuyan a mejorar la situación.

Los estudios en ciencias sociales sobre el cannabis y el acceso a la salud son clave para analizar la vulneración de derechos y la precariedad de las políticas sociales. Además, brindan herramientas para desmontar visiones prohibicionistas sin sustento científico, arraigadas en creencias institucionales que agravan los problemas en lugar de resolverlos. Por ello, las políticas sociales deben abordar el cannabis desde una perspectiva de salud y derechos humanos, garantizando el derecho a una vida digna, la autodeterminación y el acceso a prácticas que mejoren la calidad de vida.” (Weber Suardiaz y Pellagatti, 2018: 146)

En este contexto, esta investigación tiene como objetivo contribuir a un cambio de paradigma en las políticas de salud, específicamente en lo que respecta a la reducción de daños y el uso del cannabis medicinal. A través de un enfoque integral, busco explorar no sólo los aspectos clínicos y terapéuticos de esta práctica, sino también los factores sociales, económicos y culturales que influyen en los usuarios y su acceso a la salud. Como futura Trabajadora Social, considero fundamental que mi intervención se enfoque en la inclusión de perspectivas multidisciplinarias, donde el Trabajo Social desempeña un papel esencial en la

promoción de derechos, en la contención y en la construcción de redes de apoyo para quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. Mi compromiso es garantizar una atención más justa, equitativa y respetuosa de los derechos humanos, buscando siempre un abordaje que permita a las personas ejercer su autodeterminación en relación a su salud y bienestar. En este camino, mi propuesta es aportar un análisis crítico sobre la necesidad de integrar al trabajador social en estos Dispositivos de salud, para que la atención no solo sea efectiva desde el punto de vista médico, sino que también sea sensible a las realidades sociales y culturales que atraviesan a las personas usuarias, permitiendo una respuesta más contextualizada y cercana a sus necesidades reales.

Conclusión

El consumo de sustancias debe ser comprendido como un hecho social, siguiendo la perspectiva de Émile Durkheim, quien afirma que este fenómeno no depende únicamente de la voluntad individual, sino que está condicionado por factores sociales, culturales, económicos y políticos. Según Durkheim (1895), un hecho social es “toda manera de hacer, establecida o no, susceptible de ejercer sobre el individuo una coacción exterior; o también, que es general en el conjunto de una sociedad determinada, teniendo al mismo tiempo una existencia propia, independiente de sus manifestaciones individuales” (p. 51). Esta definición pone de manifiesto dos características fundamentales: la exterioridad y la coerción. En este sentido, el consumo de sustancias no debe ser analizado de manera aislada, sino como un fenómeno social profundamente influenciado por las dinámicas colectivas. Al hacerlo, se obtiene una comprensión más integral de su impacto tanto en la sociedad como en las políticas públicas.

Si bien no se trata de elegir una política por encima de otra, como las abstencionistas o la de reducción de daños, es importante señalar que las primeras tienden a reducir al sujeto en materia de derechos, sin abordar las raíces del problema. Las experiencias bajo estas políticas no han mostrado resultados sostenibles a largo plazo; cuando una persona se limpia de sustancias en sangre, sigue estando sujeta a posibles recaídas. En cambio, la reducción de daños aborda el consumo de sustancias como un fenómeno histórico y continuo, reconociendo las complejidades y los desafíos que este presenta.

Este trabajo ha reflexionado sobre la reducción de daños en el consumo de sustancias, ampliando la mirada a una perspectiva más general: la reducción de daños no solo se limita al uso de sustancias, sino que se extiende a otros aspectos de la vida cotidiana. Ejemplos de ello incluyen el uso de casco al conducir una moto o no manejar después de consumir alcohol. De este modo, la reducción de daños se presenta como una herramienta más amplia para promover prácticas de autocuidado y protección en diferentes contextos, en lugar de limitarse a un enfoque punitivo o abstencionista.

En el contexto actual, marcado por cambios en las políticas públicas y el aumento de la criminalización de ciertas prácticas, la reducción de daños emerge como una alternativa necesaria frente a enfoques punitivos que han demostrado su ineficacia. En lugar de adoptar medidas que criminalizan al individuo o lo reducen a un objeto de control, la reducción de daños busca abordar el problema desde una perspectiva más humana, respetando los derechos y la dignidad de las personas. Este enfoque condice con el paradigma interpretativo de Irene Vasilachis de Gialdino, quien plantea que la comprensión de los fenómenos

sociales debe ser contextualizada y analizada desde los significados que las personas les atribuyen. Según este enfoque, el individuo no es un objeto pasivo frente a las estructuras sociales, sino un actor que construye su realidad a través de sus experiencias y relaciones sociales. De esta manera, la política de reducción de daños se aleja de la visión reductora que ve al sujeto solo como un “objeto” en las manos de políticas que buscan controlarlo y, en cambio, promueve una visión que reconoce la agencia de los individuos dentro de sus propios procesos de cambio y adaptación.

Es fundamental señalar que, en este contexto, el gobierno nacional ha tomado medidas que atentan contra los derechos fundamentales de las personas. En lugar de promover políticas que prioricen la salud pública y el acceso a servicios de bienestar, se ha optado por recortar derechos esenciales, como el acceso a la salud y a la información sobre consumo responsable. Este retroceso en términos de derechos y libertades personales ha dejado a muchas personas expuestas a condiciones de vulnerabilidad y riesgo, sin alternativas reales para su inclusión en la sociedad de manera plena. En un país donde las políticas de salud pública a menudo se ven restringidas por intereses políticos y económicos, la reducción de daños ofrece una vía para devolverle a las personas su derecho a la autonomía y a la salud integral, sin estigmatización ni discriminación.

A lo largo de la investigación, se ha evidenciado que las políticas tradicionales de control sobre el consumo de sustancias han sido insuficientes para abordar la complejidad del fenómeno. Al adoptar una visión de reducción de daños, como la implementada en el Centro de Salud Universitario 7 de Abril, el área de salud empieza a reconocer que el consumo no puede ser tratado solo desde una perspectiva biomédica, sino también desde una visión integral que tome en cuenta las realidades sociales, culturales y emocionales de los individuos.

El Dispositivo de cannabis medicinal, dentro de este centro, tiene un impacto tangible y positivo en quienes se benefician de él, promoviendo no solo la mejora de la salud física, sino también el bienestar psicológico de las personas. Desde una mirada crítica, es posible ver que este tipo de Dispositivos enfrenta aún grandes resistencias, especialmente desde sectores que prefieren mantener los enfoques tradicionales. Sin embargo, es innegable que los avances que se han logrado en estos espacios, como el de la Universidad Nacional de Rosario, están marcando un camino de transformación que puede incidir en la política pública de salud a nivel nacional.

Por otro lado, el análisis del Reprocann y la Ley de Drogas subraya las inconsistencias y las lagunas legales que persisten en relación con la regulación del cannabis medicinal. Es necesario que estas políticas se adapten a los avances científicos y a las necesidades reales de la población. El reconocimiento del cannabis medicinal como una herramienta terapéutica legítima, junto con la implementación de programas de reducción de daños, representa un avance hacia una política más justa, inclusiva y comprensiva. El Reprocann ha sido un avance en materia de derechos, permitiendo el acceso al cannabis medicinal, pero la Ley 23.737 sigue siendo un obstáculo significativo. Aunque se han logrado avances en la despenalización de la tenencia para consumo personal, la criminalización sigue presente, especialmente para quienes cultivan cannabis. Según el periodista Fernando Soriano, en 2022, “el 50% de las causas abiertas bajo la Ley 23.737 corresponden a tenencia para consumo personal, principalmente de marihuana”, evidenciando cómo esta legislación sigue afectando de manera desigual a la población, en particular a personas en situación de vulnerabilidad.

La urgencia de modificar la Ley de Drogas es evidente, ya que continúa criminalizando a los sujetos en lugar de brindarles alternativas de inclusión y cuidado. La lucha por la modificación de esta ley debe ser encabezada por un enfoque de derechos humanos, con la incorporación del trabajador social como un actor clave en la construcción de una política pública que valore a las personas como sujetos de derechos y no como objetos de control.

El trabajador social, en este contexto, tiene un papel fundamental, no solo en la atención directa a los usuarios, sino también en la contribución al diseño e implementación de políticas públicas que reconozcan la pluralidad de los enfoques de salud. La formación del trabajador social permite integrar perspectivas que valoren la autonomía, la participación y el respeto por los derechos de los usuarios, elementos que son clave para la transformación de políticas públicas en torno al cannabis medicinal y la reducción de daños.

Como sostiene Irene Vasilachis de Gialdino, el análisis del discurso y las estructuras de poder juegan un papel crucial en la configuración de las prácticas y las políticas. Así, la inclusión de los trabajadores sociales en este tipo de Dispositivos no solo es una cuestión de justicia social, sino también de redefinición de las estructuras de poder en el ámbito de la salud.

Por todo esto, la urgencia de integrar al trabajador social en Dispositivos de cannabis, si bien ya se incorpora una trabajadora social al centro de salud, el Dispositivo aún permanece sin trabajadora social.

Mi primer acercamiento al Dispositivo de cannabis se dio en la Expo Cannábica Rosario. Fue un momento clave que marcó un giro en mi reflexión. Mientras entrevistaba a sus referentes, comprendí que este Dispositivo no era simplemente un espacio de atención, sino un punto de resistencia que cuestiona las normativas y promueve una visión integral del bienestar. Fue allí donde la idea de incluir al trabajador social en estos Dispositivos cobró una importancia fundamental para mí. No se trata solo de un profesional adicional en el equipo, sino de alguien que, desde una perspectiva ética y política, puede humanizar el proceso de acompañamiento y garantizar que las personas sean escuchadas, respetadas y acompañadas en su proceso de salud, sin caer en enfoques punitivos o moralizantes.

Este encuentro fue decisivo porque conectó mi formación académica con mi compromiso personal y político hacia una modificación profunda de las políticas de drogas. Me llevó a pensar en cómo el trabajador social, al intervenir de manera integral y respetuosa, puede contribuir significativamente a transformar los enfoques de atención a personas que consumen sustancias. En este sentido, la modificación de la ley de drogas sigue siendo una tarea urgente y necesaria, no sólo para garantizar los derechos de las personas, sino también para humanizar los procesos y construir una sociedad más justa y equitativa.

Organigrama.



Referencias Bibliográficas

- ABRA - Señales - Irene Vasilachis [Archivo de video]
<https://www.youtube.com/watch?v=MMULEYCc8rE&t=2053s> Abra. (14 de noviembre 2022).
- Brambilla, M. N., & Noblia, M. S. (2023, marzo). *Uso medicinal del cannabis y la intervención del Trabajo Social*. Revista Margen. <https://www.margen.org/suscri/margen108/Brambilla-108.pdf>
- Canali, C. (2021, junio). *El uso y acceso al cannabis terapéutico como proceso de Salud Colectiva*. Revista Margen. <https://www.margen.org/suscri/margen101/Canali-101.pdf>
- Carballeda, A. J. (2002). *La intervención en lo social: Problemas y estrategias*. Editorial Espacio.
- Carballeda, A. J. M. (s.f.). *La intervención en lo social y el padecimiento subjetivo*. Recuperado de https://www.academia.edu/37289846/La_intervención_en_lo_social_y_el_padecimiento_subjetivo
- Castoriadis, C. (2008). *Poder, política y autonomía*. Editorial Terramar.
- Cazzaniga, S. (2001, junio 1). *Trabajo Social e interdisciplina: La cuestión de los equipos de salud*. Edumargen. https://www.edumargen.org/docs/curso6/unid04/apunte04_04.pdf
- Contreras, M., Weber Suardiaz, C., Zucherino, L. (2018). *Intervenciones en el campo de la salud: Reflexiones desde el Trabajo Social*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).
- Díaz, B. (2023). Otros encuentros posibles desde la salud colectiva y la reducción de daños. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 13(25), 168–177.
- Durkheim, E. (1997). *Las reglas del método sociológico*. Fondo de la Cultura Económica.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad, Vol. 1: La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores.
- Goltzman, P. M. (Ed.). (2016). “Principios que orientan las prácticas de reducción de daños” *Memorias del Encuentro: Intervenciones desde la Reducción de Daños. Perspectivas y desafíos actuales* (1.ª ed. revisada). Intercambios Asociación Civil. <https://www.aacademica.org/000-072>
- Goltzman, P. M. (Ed.). (2016), Filho, N. “Compromiso ético y centralidad del ser humano”. *Memorias del Encuentro: Intervenciones desde la Reducción de Daños. Perspectivas y desafíos actuales* (1.ª ed. revisada). Intercambios Asociación Civil.
- Instituto de Sociales UNVM. (26 de junio de 2019). CONFERENCIA: Dra. Irene Vasilachi [Archivo de video] https://www.youtube.com/watch?v=U_zpi4zIdXo&t=670s
- La Brújula 24. (2024, 27 de abril). *El registro para uso de cannabis medicinal está saturado por la alta demanda*.

<https://www.labrujula24.com/notas/2024/04/27/el-registro-para-uso-de-cannabis-medicinal-esta-saturado-por-la-alta-demanda-n365174/>

Menéndez, E. L. (1994). Modelos de atención de salud y la medicalización de la vida. *Cuadernos Médico-Sociales*, 69, 3–22.

Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C., & Miani, A. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 1(2), 10–28.

Pellagatti, F. (2022). Reconfiguración de estrategias: Motivos y percepciones. En A. J. Arias & M. V.

Oyhandy (Eds.), *Gestionar, negociar y resistir: La disputa política de las organizaciones sociales durante el macrismo* (pp. 53–70). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).

https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/136133/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Poder Ejecutivo Nacional. (2020, noviembre 11). *Decreto 883/2020 - Reglamentación de la Ley N.º 27.350*.

<https://www.boletinoficial.gob.ar>

Romaní, O. (2008). Políticas de uso de drogas: Prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4(3), 301–318.

Rossi, D. (2018). Trabajo Social y reducción de daños: Descentrar la abstinencia como único objetivo. Intercambios Asociación civil.

Soriano, F. (2017.). *Marihuana: La historia*. Planeta.

Soriano, F. (2022, noviembre 18). Libertad a los presos por cultivar: Miles de personas marcharon por la legalización de la marihuana. *Infobae*.

<https://www.infobae.com/sociedad/2022/11/18/libertad-a-los-presos-por-cultivar-miles-de-personas-marcharon-por-la-legalizacion-de-la-mar>

Suppa Altman, J. M. (2014). *La prohibición: Un siglo de guerra a las drogas*. THC.

Tatarsky, A. (2002). *Psicoterapia de reducción de daños: Un nuevo tratamiento para problemas de drogas y alcohol*. Jason Aronson, Inc.

Touzé, G. (2009). *Reducción de daños: Políticas y estrategias en América Latina*. FLACSO.

Intercambios Asociación Civil. <https://www.intercambios.org.ar/>

Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos cualitativos I: Los problemas teórico-metodológicos*. Miño y Dávila.

Vasilachis de Gialdino, I. (1993). *Métodos cualitativos II: La práctica de la investigación*. CEIL-CONICET / FLACSO / Universidad de Buenos Aires.

Vasilachis de Gialdino, I. (2007). El aporte de la epistemología del sujeto conocido al estudio cualitativo de las situaciones de pobreza, de la identidad y de las representaciones sociales. *Forum: Qualitative Social Research / Sozialforschung*, 8(3), Art. 6. Recuperado de <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/284>

Vasilachis de Gialdino, I. (2015). *El poder y el discurso en las prácticas sociales*. [Conicet].

Reyes Suárez, A., Piovani, J. I., & Potaschner, E. (2016). *La investigación social y su práctica: Aportes latinoamericanos a los debates metodológicos de las ciencias sociales*. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; Teseo; CLACSO. <https://www.libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/128>

Anexo 1. Entrevista N° 1

Fecha: 02/07/2024

Duración: 53 minutos 15 segundos

Modalidad: Entrevista individual semiestructurada

Entrevistado/a: Profesional del equipo del Dispositivo de cannabis medicinal, Centro de Salud 7 de Abril

Lugar: Entrevista realizada de forma presencial

1. ¿Cómo surge el Dispositivo de cannabis medicinal en el Centro de Salud 7 de Abril?

Respuesta: El Dispositivo nace como una demanda concreta de la comunidad universitaria, principalmente a partir del interés de estudiantes, docentes y algunos profesionales del mismo centro que venían trabajando en prácticas de autocultivo o uso medicinal del cannabis. El contexto de la sanción de la Ley 27.350 también fue clave para legitimar esta apertura.

2. ¿Qué objetivos tiene el Dispositivo actualmente?

Respuesta: El objetivo principal es acompañar a las personas usuarias de cannabis medicinal en un marco de reducción de daños, brindando orientación médica, seguimiento y acompañamiento psicosocial. También se busca desestigmatizar el uso y abrir el debate en el ámbito universitario.

3. ¿Cómo es el proceso de atención a las personas que consultan por cannabis medicinal?

Respuesta: En general, se inicia con una consulta médica donde se escucha la demanda. A partir de ahí, se evalúa la pertinencia del uso medicinal, se informa sobre formas de administración, dosis, y si corresponde, se hace la inscripción en el Reprocann. Hay un seguimiento clínico y en algunos casos, también un abordaje desde la salud mental.

4. ¿Qué rol tiene el equipo interdisciplinario dentro del Dispositivo?

Respuesta: El equipo está formado por médicos, psicólogos y personal de enfermería. Cada uno aporta desde su área, pero siempre trabajando de forma conjunta. La perspectiva de salud integral es fundamental, y se valora mucho la escucha activa, el respeto por los saberes de las personas y el trabajo horizontal.

5. ¿Cuál es el perfil de la población que consulta?

Respuesta: Es bastante variado. Hay estudiantes jóvenes que consultan por ansiedad, insomnio, dolores menstruales, y también personas mayores, incluso docentes, que se acercan por dolores crónicos,

enfermedades neurodegenerativas, entre otros. En general, ya tienen algún recorrido previo con el cannabis y buscan un respaldo más profesional.

6. ¿Qué desafíos encuentran en la implementación del Dispositivo?

Respuesta: Muchos. Desde lo burocrático, como la inscripción al Reprocann, que no siempre es sencilla, hasta la falta de regulación clara para la producción y distribución de aceites de calidad. También hay resistencias internas dentro de la Universidad, por desconocimiento o por prejuicio. Falta formación en cannabis medicinal en muchas carreras de salud.

7. ¿Qué transformaciones perciben en las personas luego del acompañamiento del Dispositivo?

Respuesta: Hay muchos relatos de mejora en la calidad de vida. Gente que reduce medicación, que duerme mejor, que vuelve a tener autonomía. También un empoderamiento subjetivo importante: el poder decidir sobre sus tratamientos, hablar abiertamente del tema, sentir que no están solos ni criminalizados.

8. ¿Consideran importante la inclusión de trabajadores sociales en el Dispositivo? ¿Por qué?

Respuesta: Sí, totalmente. Porque muchas veces aparecen problemáticas sociales que exceden la consulta médica o psicológica. La mirada del trabajador social podría aportar mucho en el acompañamiento, en la vinculación con otras instituciones, en lo comunitario. También para fortalecer el enfoque de derechos.

Nota metodológica

La entrevista fue transcrita de manera textual, con mínimas adecuaciones gramaticales para garantizar la legibilidad sin alterar el contenido ni el sentido del discurso. Se mantuvo el lenguaje coloquial del entrevistado por su valor discursivo y testimonial, respetando las particularidades expresivas.

Anexo 2. Entrevista a Ricardo Nin

Fecha: 17/12/2024

Duración: 1:00:20

Entrevistado: Ricardo Nin

Rol: Médico psiquiatra, epistemólogo, ex decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR y actual director del Área de Salud de la Universidad Nacional de Rosario.

Modalidad: Entrevista semiestructurada.

Pregunta: ¿La palabra cannabis está más vinculada a “cultivar” que a “sembrar”? ¿Por qué será?

Respuesta:

Supongo que porque “cultivar” está vinculado a lo manual, al contacto con la tierra y con los pares. Lo asocio a lo popular. Mientras que “sembrar” está más ligado a lo mercantil, o por lo menos, a un intercambio ya determinado.

1. ¿Hace cuánto se creó la Dirección de Salud?

Cuando terminé el decanato, construimos un movimiento encabezado por Bartolacci (decano de Ciencia Política). Al terminar mi mandato, me sumo a ese acompañamiento que culmina con el rectorado de Franco Bartolacci. Él me propone crear, dentro del Área de Bienestar, un espacio dedicado específicamente a la salud. El Centro de Salud ya existía, pero como parte de la oferta de la Dirección de Bienestar Estudiantil. Entonces, creamos el Área de Salud, y dentro de esta, una subdirección de Atención Primaria que involucra al Centro de Salud de Sarmiento, al de Casilda y un consultorio de salud mental.

Cabe aclarar que no es una Dirección, sino un Área, porque el rectorado funciona por áreas. Desde agosto de 2023 se crea como Área de Salud Pública. La salud pública es el brazo sanitario de la justicia social.

Cuando fui decano, en 2017, organizamos una jornada sobre cannabis con la intención de darle el cariz académico que le faltaba. Si la universidad acoge la propuesta cannábica, le otorga otra identidad. Lo mismo ocurrió con el aborto: creamos la cátedra “El aborto como problema de salud”, aún sin ley nacional vigente, pero ya con la IVE en Santa Fe. No enseñábamos a practicarla; había una especie de negación. Con el cannabis hicimos algo similar. En ese momento nos encontramos con muchas organizaciones. AUPAC propuso firmar un convenio con la universidad para profundizar acciones conjuntas. En ese marco, participamos del congreso de la Universidad de La Plata este año y volvimos con la idea de crear el

consultorio cannábico. Consideramos que hay mucho uso de cannabis más allá de lo recreativo, y que incluso en lo recreativo debe haber una mirada médica especializada. Fue ahí donde apareció Pablo (Molina), que tenía una diplomatura en cannabis.

2. ¿Qué lugar ocupa el cannabis en el plan de estudios de la carrera de Ciencias Médicas?

Hasta cuando fui decano, muy poco. Después de la jornada del 2017 empieza a aparecer como materia electiva. En la carrera de Medicina hay que cursar 200 horas de materias electivas, y hay una gran oferta, unas 45 electivas, cada una con su carga horaria. No hay una electiva específica sobre cannabis, sino una sobre plantas medicinales, donde Pablo Molina participa.

En Farmacología hay un capítulo de Toxicología, y desde ahí había una mirada muy rápida, no se profundizaba. El uso medicinal del cannabis es ancestral, pero hubo una etapa de ocultamiento, de corrimiento de sus beneficios tanto en la academia como en la investigación. Hubo un período de latencia en el que se podría haber avanzado mucho, incluso en sus posibles efectos antitumorales, no solo paliativos. Todo esto aún está en investigación, lo que impide considerarlo como evidencia científica definitiva. Son procesos que llevan tiempo, y lamentablemente, tiempo que ya podría haberse aprovechado.

Entendimos que operaba una estigmatización del uso y por eso buscamos reinstalarlo en el ámbito académico. La experiencia del consultorio tiene muchos elementos favorables. Estamos realizando una encuesta para saber cómo impacta el uso del cannabis en nuestra comunidad.

No tenemos ningún temor respecto al consultorio. Es un espacio donde se solicita turno, no se entrega medicina, pero se emite una receta con la que se puede acceder al producto en AUPAC.

En toda la universidad hay interés. Odontología sigue una línea de investigación. Hay un instituto de investigación en cannabis, y la facultad que más avanzada está en esto es Bioquímica, particularmente con la cromatografía.

3. ¿De qué manera el discurso institucional influye en la aceptación o el rechazo del cannabis?

La universidad pública es una de las pocas instituciones que aún conserva prestigio y credibilidad. Lo vimos claramente con la marcha federal del 23 de abril de este año. El aval que otorga la universidad es un respaldo muy importante, le da legitimidad a los temas. Esto ocurrió con el aborto y ahora también con el cannabis. No es menor, porque cada vez que la universidad toma una posición sobre un tema, sabe que está legitimando algo, y eso tiene repercusiones.

Esto aplica para cualquier tema, incluso para cuestionar políticas públicas de salud o de educación. Defiendo firmemente la universidad pública y su valor ideológico. No se trata solamente de números o de cuestiones económicas. El ataque a la universidad pública es un ataque premeditado a la cultura, a la universidad como valor y como herramienta de construcción de la nacionalidad. Es una fuente de emancipación. Ese es el verdadero problema.

Nota Metodológica

La entrevista fue realizada en el marco de una estrategia de producción cualitativa de datos, a través de un encuentro semiestructurado con Ricardo Nin. El intercambio se llevó a cabo en formato presencial, en un entorno institucional, con el consentimiento del entrevistado para la utilización del material en esta investigación. La conversación no se limitó a un guión rígido, permitiendo la emergencia de sentidos vinculados a las trayectorias institucionales, las decisiones políticas y los imaginarios en torno al cannabis medicinal como política de salud pública. La transcripción fue realizada respetando la oralidad propia del entrevistado, con mínimas correcciones destinadas a facilitar la lectura, sin alterar el contenido del discurso.

Anexo 3. Entrevista a Pablo Molina

Fecha: 20/12/2024

Duración: 31 minutos y 45 segundos

Lugar: Centro de Salud 7 de Abril

Entrevistado: Dr. Pablo Molina

Cargo: Médico generalista. Fundador del Dispositivo cannábico en el Centro de Salud 7 de Abril

Modalidad: Entrevista semiestructurada presencial

Ubicación: Consultorio del Centro de Salud 7 de Abril . UNR

1. ¿Cuáles son los antecedentes o perspectivas en políticas públicas con cannabis en reducción de daños

Reducción de daños y cannabis no dejan de ser una instancia terapéutica. Para empezar, estamos dentro de la ley de drogas; seguimos estando bajo una ley de estupefacientes. El cannabis continúa siendo un elemento penalizado, con el aliciente de que el Estado generó una herramienta, el Reprocann, para que los usuarios puedan registrarse.

Acá, en la universidad, estamos viendo que estudiantes universitarios entre 20 y 30 años utilizan cannabis de manera adulta o recreativa. Eso les permite llevar la carrera de una manera más tranquila, para relajarse, y algunos lo hacen porque les gusta. También puede ser algo terapéutico. Si eso genera patologías de salud mental, menor estrés, menor ansiedad o evita entrar en mundos como la cocaína o las pastillas, no lo tengo estudiado. Pero sí, en los barrios donde trabajo, los consumos problemáticos se abordan con terapéutica de cannabis, que ha sido un elemento válido. En vez de darle un ansiolítico, se inicia un proceso que llamamos de deshabitación. Por ejemplo, un paciente que venía consumiendo un gramo o dos de cocaína diaria, ojalá fuera solo eso, o fumando paco, pasando la sustancia de sólido a líquido con virulana en una pipa... bueno, hemos logrado algo.

Yo tengo tres pacientes a quienes les hicimos el Reprocann y conseguimos aceite de la provincia. Logramos que consumieran menos sustancias sintéticas porque la terapéutica con cannabis les produce bienestar. Es decir, el aceite más la flor genera menos ansiedad, menos estrés y menos necesidad de consumo. Se puede incluso “gomar” para reducir el consumo diario.

En la Universidad, a nivel general, es poco el dato que tengo. Pero sí es un mecanismo para reducir daños. Ahora queremos avanzar en relación a las drogas sintéticas. Está muy instalado en las fiestas

electrónicas el consumo de pastillas y diferentes sustancias, lo cual deja al cuerpo muy cansado, dolorido y débil.

2. Hace poco vi que la UNR lanzó una encuesta a modo de relevar información. ¿Podríamos pensarla como la primera estrategia de reducción de daños?

Claramente. La primera propuesta que tenemos desde la universidad fue abrir un consultorio desde la asistencia. Como segunda etapa, se pensó en la terapéutica con cannabis, y luego, la encuesta. Con esta última, queremos ir a las unidades académicas con herramientas y datos para poder conversar con la Universidad, no solo sobre el consumo de cannabis, sino también sobre otros consumos que se puedan problematizar y ver cómo se pueden abordar.

Ahí pensamos si el cannabis puede servir como herramienta de reducción de daños, o al menos como un puntapié para problematizar otros consumos y desde ahí poder intervenir.

3. ¿Hay mitos que aún percibas en el consultorio con la terapéutica cannábica?

Estoy haciendo un relevamiento: la mayoría de los pacientes utilizan aceite. Tengo unos 50 pacientes, y unos 10 también fuman. Se les da la opción de apelar a diferentes formas de consumo. El consumo fumado es más intenso y prolongado.

La mayoría no tenía vínculo previo con el cannabis. Algunos lo conocían, y los que fumaban lo siguen haciendo. El Dispositivo se instaló en primera instancia para abrir ese abanico: lejos de pensar que es una droga punitiva, lo entendemos como una forma terapéutica natural, siempre y cuando se trabaje seriamente con cultivadores que sepan.

Mientras siga prohibido, hay muchas cosas detrás de eso, pero hay de todo en el mundo de la producción. Si bien el Dispositivo aborda el uso terapéutico del cannabis, también funciona como un disparador para estudiar o analizar el consumo en la comunidad universitaria en general. Porque hay muchos consumos (estéticos, vinculados a la virtualidad, a la alimentación, etc.) y nosotros solo estamos problematizando los sintéticos en relación al cannabis.

La terapéutica con cannabis te conecta con otras cosas, incluso con la desconexión digital. Esa es una de las cosas que queremos trabajar con la comunidad universitaria: desarticular esta idea del cannabis como “droga” e instalar nuevas problemáticas.

Porque ya se problematizó mucho; el rango etario va de 20 a 60 años. Ya está instalado: docentes, incluso jubilados. Está estudiado y regularizado. Si bien hay otros consumos a los que debemos prestar

atención, tengo la sensación de que lo sintético está super naturalizado. El “me tomé una “pasti” está instalado.

Un principio básico es no mezclar con alcohol —porque el alcohol es una base depresora, genera euforia o somnolencia—, y con el cannabis tampoco se recomienda combinarlo. Lo mismo si estás bajo tratamiento psiquiátrico. Bueno, eso es reducción de daño. La noche, hoy te brinda un cóctel de drogas muy instalado en la clase media. En las clases populares se consume, por ejemplo, el pegamento de parches de bicicletas.

4. Desde tu perspectiva, ¿cómo ha evolucionado el cannabis medicinal en la institución y en la población universitaria?

Logramos instalar el debate del cannabis terapéutico. Los estudiantes deben saber que, cuando fuman, ya sea en la nocturnidad o en su vida diaria, puede haber un uso adulto o responsable que debemos promover.

Estamos en una tercera etapa. Primero hay que darle un funcionamiento más masivo. También aprendo de los casos; por ejemplo, tengo una paciente con alopecia (pérdida de cabello) y estamos abordando esa situación desde el cannabis, que tiene mucho potencial capilar.

Queremos salir con el Dispositivo a las universidades para instalar otros debates y problematizar el consumo. Desde ahí pensamos en la reducción de daños como un horizonte a seguir trabajando.

Nota metodológica

La siguiente entrevista se llevó a cabo como parte del trabajo de investigación titulado “Cannabis como política de reducción de daños. Una aproximación al Dispositivo 7 de Abril”. El objetivo fue relevar discursos de actores clave en la implementación de dicha política, específicamente desde la perspectiva médica, institucional y de intervención comunitaria. La entrevista, de tipo semiestructurada, permitió un desarrollo flexible guiado por preguntas iniciales, facilitando la profundización en temas emergentes.

Anexo 4 – Entrevistas a Personal del Centro de Salud 7 de Abril

Fecha: 20 de diciembre de 2024

Modalidad: Presencial

Lugar: Centro de Salud 7 de Abril, UNR

Duración: Aproximadamente 15 minutos cada entrevista

Entrevista 1 – Selene (Personal Administrativo)

1. ¿Notaste algún cambio en la demanda desde que se implementó el Dispositivo de cannabis?

Selene: Hace

2. ¿Existe algún tabú o prejuicio en relación al Dispositivo?

Selene: No, no.

3. ¿Qué pensás en lo personal sobre el Dispositivo de cannabis?

Selene: Que está bien, está investigado y tiene una ley. Cada persona tiene derecho a sacar la consulta sobre la especialidad que quiera.

4. ¿Sos usuaria de cannabis?

Selene: No.

Entrevista 2 Sol (Bioquímica)

Sol: Atiendo en el Centro de Salud dos veces por semana, con turno previo, los martes y los jueves a la mañana.

1. ¿Estabas al tanto del Dispositivo de cannabis?

Sol: No, no sabía. ¿Lo hace Pablo?

2. Sí, sí. (Se brinda información sobre el Dispositivo).

3. ¿En algún momento trabajaste con cannabis o tenés alguna vinculación?

Sol: No, no. Pero en lo personal lo avalo, y hay gente a la que realmente le sirve un tratamiento con cannabis medicinal. Conozco personas que me han contado que les resulta. Me parece re bien que lo hagan acá, eso me parece bien.

4. ¿Conocés el concepto de reducción de daños?

Sol: No, no. ¿Qué es?

(Se explica brevemente reducción de daño como estrategia de cuidado).

5. ¿Has trabajado con pacientes que tengan algún consumo?

Sol: No, no.

6. O sea que, desde tu punto de vista, ¿la población universitaria no tiene acceso a drogas duras?

Sol: Lo que puedo observar es que, desde los chicos que vienen, nadie comentó nada. Pero eso lo aborda la psicóloga.

Nota metodológica

Las entrevistas que expresadas anteriormente fueron realizadas el 20 de diciembre de 2024 en el Centro de Salud 7 de Abril. Participaron una trabajadora del área administrativa y una profesional bioquímica. El objetivo fue explorar percepciones sobre el Dispositivo de cannabis medicinal y el conocimiento sobre la política de reducción de daños.

Se utilizó una guía de preguntas semiestructurada. Las transcripciones fueron editadas levemente para facilitar la lectura, preservando el sentido de las respuestas. Se resguardó la identidad de las personas entrevistadas.

Referencias Bibliográficas

- ABRA - Señales - Irene Vasilachis [Archivo de video]
<https://www.youtube.com/watch?v=MMULEYCc8rE&t=2053s> Abra. (14 de noviembre 2022).
- Brambilla, M. N., & Noblia, M. S. (2023, marzo). *Uso medicinal del cannabis y la intervención del Trabajo Social*. Revista Margen. <https://www.margen.org/suscri/margen108/Brambilla-108.pdf>
- Canali, C. (2021, junio). *El uso y acceso al cannabis terapéutico como proceso de Salud Colectiva*. Revista Margen. <https://www.margen.org/suscri/margen101/Canali-101.pdf>
- Carballeda, A. J. (2002). *La intervención en lo social: Problemas y estrategias*. Editorial Espacio.
- Carballeda, A. J. M. (s.f.). *La intervención en lo social y el padecimiento subjetivo*. Recuperado de https://www.academia.edu/37289846/La_intervención_en_lo_social_y_el_padecimiento_subjetivo
- Castoriadis, C. (2008). *Poder, política y autonomía*. Editorial Terramar.
- Cazzaniga, S. (2001, junio 1). *Trabajo Social e interdisciplina: La cuestión de los equipos de salud*. Edumargen. https://www.edumargen.org/docs/curso6/unid04/apunte04_04.pdf
- Contreras, M., Weber Suardiaz, C., Zucherino, L. (2018). *Intervenciones en el campo de la salud: Reflexiones desde el Trabajo Social*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).
- Díaz, B. (2023). Otros encuentros posibles desde la salud colectiva y la reducción de daños. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 13(25), 168–177.
- Durkheim, E. (1997). *Las reglas del método sociológico*. Fondo de la Cultura Económica.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad, Vol. 1: La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores.
- Goltzman, P. M. (Ed.). (2016). “Principios que orientan las prácticas de reducción de daños” *Memorias del Encuentro: Intervenciones desde la Reducción de Daños. Perspectivas y desafíos actuales* (1.ª ed. revisada). Intercambios Asociación Civil. <https://www.aacademica.org/000-072>
- Goltzman, P. M. (Ed.). (2016), Filho, N. “Compromiso ético y centralidad del ser humano”. *Memorias del Encuentro: Intervenciones desde la Reducción de Daños. Perspectivas y desafíos actuales* (1.ª ed. revisada). Intercambios Asociación Civil.
- Instituto de Sociales UNVM. (26 de junio de 2019). CONFERENCIA: Dra. Irene Vasilachi [Archivo de video] https://www.youtube.com/watch?v=U_zpi4zIdXo&t=670s
- La Brújula 24. (2024, 27 de abril). *El registro para uso de cannabis medicinal está saturado por la alta demanda*.

<https://www.labrujula24.com/notas/2024/04/27/el-registro-para-uso-de-cannabis-medicinal-esta-saturado-por-la-alta-demanda-n365174/>

- Menéndez, E. L. (1994). Modelos de atención de salud y la medicalización de la vida. *Cuadernos Médico-Sociales*, 69, 3–22.
- Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C., & Miani, A. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 1(2), 10–28.
- Pellagatti, F. (2022). Reconfiguración de estrategias: Motivos y percepciones. En A. J. Arias & M. V. Oyhandy (Eds.), *Gestionar, negociar y resistir: La disputa política de las organizaciones sociales durante el macrismo* (pp. 53–70). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).
https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/136133/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Poder Ejecutivo Nacional. (2020, noviembre 11). *Decreto 883/2020 - Reglamentación de la Ley N.º 27.350*.
<https://www.boletinoficial.gob.ar>
- Romaní, O. (2008). Políticas de uso de drogas: Prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4(3), 301–318.
- Rossi, D. (2018). Trabajo Social y reducción de daños: Descentrar la abstinencia como único objetivo. Intercambios Asociación civil.
- SEDRONAR. (2016). Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2016–2020. Buenos Aires: Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina.
- Soriano, F. (2017.). *Marihuana: La historia*. Planeta.
- Soriano, F. (2022, noviembre 18). Libertad a los presos por cultivar: Miles de personas marcharon por la legalización de la marihuana. *Infobae*.
<https://www.infobae.com/sociedad/2022/11/18/libertad-a-los-presos-por-cultivar-miles-de-personas-marcharon-por-la-legalizacion-de-la-mar>
- Suppa Altman, J. M. (2014). *La prohibición: Un siglo de guerra a las drogas*. THC.
- Tatarsky, A. (2002). *Psicoterapia de reducción de daños: Un nuevo tratamiento para problemas de drogas y alcohol*. Jason Aronson, Inc.
- Touzé, G. (2009). *Reducción de daños: Políticas y estrategias en América Latina*. FLACSO.
- Intercambios Asociación Civil. <https://www.intercambios.org.ar/>

- Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos cualitativos I: Los problemas teórico-metodológicos*. Miño y Dávila.
- Vasilachis de Gialdino, I. (1993). *Métodos cualitativos II: La práctica de la investigación*. CEIL-CONICET / FLACSO / Universidad de Buenos Aires.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2007). El aporte de la epistemología del sujeto conocido al estudio cualitativo de las situaciones de pobreza, de la identidad y de las representaciones sociales. *Forum: Qualitative Social Research / Sozialforschung*, 8(3), Art. 6. Recuperado de <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/284>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2015). *El poder y el discurso en las prácticas sociales*. [Conicet].
- Reyes Suárez, A., Piovani, J. I., & Potaschner, E. (2016). *La investigación social y su práctica: Aportes latinoamericanos a los debates metodológicos de las ciencias sociales*. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; Teseo; CLACSO. <https://www.libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/128>