



Poder y saber en la consulta de cannabis medicinal

JUAN EDUARDO BONNIN (CONICET-UNSAM)
2 DE JULIO DE 2026

Desde los estudios lingüísticos, la interacción médico-paciente ha sido abordada principalmente para el campo de la medicina occidental tradicional. En ella se ha destacado una asimetría fundamental entre el “rol del médico” y el “rol del paciente”, y un lugar de mayor pasividad de parte del paciente con respecto a su propio diagnóstico y tratamiento.

En el modelo biomédico occidental tradicional, donde la atención se centra en la enfermedad, la interacción en la consulta se encuentra concentrada en el médico, que es quien organiza y estructura el evento, distribuye los turnos de habla, tiene derecho a hablar e interrumpir en todo momento, etc. La consulta en otros campos de la salud, por

ejemplo en psicoterapia, se encuentra generalmente más centrada en el paciente, con un mayor grado de cooperación, empatía y libertad para fijar los temas de la conversación.

En este contexto de heterogeneidad clínica, los novedosos tratamientos con cannabis medicinal despiertan numerosos interrogantes. En efecto, al ser dirigidos por especialistas formados en el modelo biomédico dominante, es esperable que la interacción tenga rasgos propios de la comunicación médico-paciente tradicional. Sin embargo, dado que el aceite de cannabis es, al menos hasta ahora en nuestro país, un producto artesanal, que por años fue considerado ilegal y militado por organizaciones de pacientes, médicos y familiares, cabe esperar una interacción diferente, más centrada en el paciente y su voz.

Esa es la pregunta que me propuse poner a prueba en mi investigación: ¿qué diferencias podemos observar entre la consulta biomédica tradicional y la de cannabis medicinal?¹

Saber y poder en la consulta cannábica

La legalización del uso medicinal del cannabis en 2017 no surgió como una política pública diseñada en un laboratorio, sino como fruto de la lucha y la militancia de miles de activistas, organizaciones de usuarios y profesionales de la salud. Estas condiciones singulares en las que se institucionalizó una nueva especialidad médica tuvieron impacto en dos dimensiones clave, a menudo consideradas inseparables, de la comunicación médico-paciente: el poder y el saber.

En efecto, la relación de los profesionales de la salud con el saber, y la asimetría que esta relación proyecta sobre la consulta médica, es estructural en relación a la consulta: vamos al médico porque sabe algo que nosotros no. A la experiencia dolorosa del paciente se opone el saber experto del médico o la médica, que identifica la causa del malestar y establece el tratamiento necesario para revertirlo o, al menos, disminuirlo.

1 Este artículo presenta resultados de la investigación desarrollada en el marco del proyecto PIP (CONICET) 11220210100883CO, *Interacción en consultorios de cannabis medicinal: voz del paciente y actitudes hacia el consumo*. El proyecto registró 27 consultas en colaboración con un equipo de médicos comunitarios habilitados para la inscripción en el Reprocann, el registro nacional argentino que habilita a cultivar, procesar y usar cannabis con fines terapéuticos bajo supervisión médica. Los datos presentados aquí han sido adaptados para un público no especialista en análisis de la conversación, evitando los símbolos y convenciones habituales en la transcripción técnica.

En el nuevo contexto, a diferencia de la distribución tradicional del poder biomédico, que distingue entre sujetos pasivos que experimentan malestar (pacientes) y sujetos expertos, formados y legitimados por el Estado (médicos), la lucha por la legalización del cannabis medicinal puso a profesionales y pacientes en una misma posición de demanda frente al Estado.

Por otra parte, el saber sobre la planta de marihuana no se encuentra codificado en carreras universitarias o circuitos de educación formal. Por el contrario, los cultivadores o *growers* han desarrollado un conocimiento teórico y práctico basado en la intuición, la experiencia, la interacción con otros y la búsqueda de información que les da un lugar de saber al que otros actores del sistema de salud no han accedido, incluyendo a los propios médicos. Como consecuencia, es frecuente que esta relación sea simétrica (cuando el médico y el paciente tienen niveles de saber semejantes con respecto al cultivo o producción de derivados), mientras que otras veces es inversa (cuando el paciente es cultivador y sabe más que el profesional que lo atiende).

Lo que pasa en la consulta

La mejor manera de saber lo que pasa en la consulta médica es tener acceso a los datos de lo que efectivamente se dijo, y cómo, durante la conversación. Esto es lo que diferencia el enfoque del análisis de la conversación de otros enfoques, en los que no hay un registro material del intercambio verbal, sino solo recuerdos y/o notas de profesionales, pacientes e investigadores.

Cuando hacemos análisis de la conversación nos interesa analizar, más que el significado de las palabras dichas, el sentido de las acciones realizadas en la interacción, entendidas como un resultado conjunto del trabajo de los participantes. Para que una consulta médica se organice de la manera tradicional, asignando la posición de saber-poder al médico, es necesario que el paciente colabore con esa posición; por ejemplo, respondiendo a las preguntas, obedeciendo las indicaciones, abandonando el turno de habla cuando el profesional lo interrumpe, etc.

Claro, se trata de acciones que en la mayoría de los casos realizamos sin pensar, por fuerza de un hábito basado en la distribución desigual del saber-poder, interiorizado desde que comenzamos a interactuar socialmente. Pero este hábito se renueva, se reproduce, en cada ocasión; lo que equivale a decir que puede ser ratificado, pero también cuestionado, en cada nueva consulta.

¿Por qué es importante esta aclaración? Porque cuando comenzamos a participar de nuevos eventos, necesitamos volver a poner a prueba nuestros hábitos: cuando el estudiante de primaria pasa a la secundaria, necesita testear (otra vez, aunque sea sin pensarlo) cuáles de las reglas y costumbres propias del aula se mantienen y cuáles cambian. Lo mismo sucede con la consulta cannábica: profesionales y pacientes construyen una nueva forma de conversar basada en la consulta biomédica clásica.

Preguntas en la consulta clínica: estableciendo la agenda médica

Una de las prerrogativas del médico en cualquier consulta médica es la de establecer la agenda (el término técnico, en inglés, es “*agenda setting*”), es decir, de qué vamos a hablar y cómo vamos a hacerlo. Esto es una consecuencia lógica de su posición de saber-poder: necesita establecer una agenda de temas relevantes para evaluar, diagnosticar y tratar al paciente.

Veamos un ejemplo:

Ejemplo 1. Ayelén

Médica: Contame qué aceite estás tomando.

Paciente: Lo traje porque no me voy a acordar... compré este, que es “Royal”. (pausa) Tuve como un momento difícil, no voy a mentirte... viste cuando procrastinás mucho (risas), y a este me lo podía conseguir una amiga de un día para el otro, y le dije “bueno, comprámelo” (risas).

M: Ya fue.

P: Tiene 39,9 de CBD, dice, y cero de THC.

M: Claro.

P: (pausa) Me dijo que no sé, dice origen chileno.

M: Mhm, claro. ¿Y hace cuánto la estás tomando?

P: La verdad que hace bastante... (pausa) dos meses, un poco más.

M: Hace un montón. ¿Y sentís que te alivia algo?

(pausa)

P: No (risas).

M: Bueno, te cuento...

El fragmento analizado comienza con una pregunta abierta por parte de la médica (“contame qué aceite estás tomando”), una intervención que inaugura un nuevo tema de conversación centrado específicamente en el producto que Ayelén utiliza en ese momento. A esta primera pregunta directa le siguen otras que van acotando cada vez más el tema del consumo actual de aceite de cannabis: indagan en la identidad del producto, el tiempo de uso y la eficacia percibida. Este tipo de preguntas son frecuentes en la consulta médica y suelen presentarse en forma encadenada, de modo que cada una reduce el foco de la anterior para construir, paso a paso y de manera sistemática, un panorama clínico completo.

En esta interacción observamos cómo la profesional despliega distintas posturas de saber, que en análisis de la conversación llamamos “posiciones epistémicas”. Por un lado, la médica adopta una postura de “no saber” frente a la experiencia corporal de la paciente, reconociendo implícitamente que Ayelén es la autoridad legítima sobre lo que siente su propio cuerpo. Por otro lado, asume una posición de “saber” y autoridad científica al explicar las razones técnicas detrás de la aparente ineficacia del producto. Es precisamente

desde este lugar de conocimiento experto desde donde pasa a fundamentar por qué el aceite de cannabis de la marca “Royal” no es confiable.

Este dinamismo también se refleja en cómo se gestionan los cambios de tema a lo largo de la consulta, los cuales muestran un patrón constante y pautado: la médica abre los temas, la paciente se explaya dentro de los parámetros fijados por la pregunta, y la médica los cierra con un marcador de acuerdo o un breve resumen antes de introducir el siguiente. En este mecanismo, palabras como “claro” o “bueno” cumplen un rol fundamental. El término “bueno”, en particular, funciona como un puente o prefacio para hacer avanzar la agenda de la consulta; en este caso específico, la médica lo utiliza como la señal de transición necesaria para dar paso a la explicación de sus preocupaciones respecto al aceite de cannabis marca “Royal”.

Abriendo un espacio nuevo: preguntando sobre el cultivo

Después de la sección típica de preguntas clínicas como las que vimos más arriba, encontramos que, especialmente en las consultas de seguimiento de tratamiento, es frecuente que se abran espacios menos estructurados de conversación sobre cultivo o producción de derivados del cannabis.

Mientras que las preguntas clínicas suelen ser cerradas, es decir que se responden con sí/no o con un dato puntual –dejando poco margen para que el paciente pueda elaborar–, las preguntas sobre cultivo y procesamiento son abiertas: invitan al paciente a contar, explicar y desarrollar el tema con sus propias palabras. Observamos, en estos pasajes, un cambio de registro: la médica deja por un momento el lugar de quien dirige el interrogatorio clínico y abre un espacio menos estructurado, donde el paciente puede ocupar un rol más activo y una posición de saber-poder técnico.

Veamos el siguiente ejemplo:

Ejemplo 2. Mati

Médica: (chasquido de lengua) Bien... ¿qué buscás en una... en las cepas? ¿Qué...

Paciente: Eh...

M: (superponiéndose) ¿Qué priorizás?

P: Me gustan las sativas, que sean... o sea que peguen para arriba, para hacer cosas, digamos. No me gustan las variedades que te sientan en el sillón y te abrazan y te dejan colgado, y te hablan y... eso no me gusta. Creo que tiene que ver también con que, viste, uno es padre y no puedo llegar a mi casa y estar (imita un ruido de “zombie”)... che...

M: (superponiéndose) Claro.

P: Entonces la verdad que me gustan esas variedades. No me gustan las que te dejan demasiado loco, no me gusta. Esas son las dos características principales que diría que busco. O sea, no sé, si me preguntás a mí trato de que no pasen el veinte por ciento de THC, y que tengan un pegue así, más sativa, más de ganas de hacer cosas, a de relax total.

(pausa)

M: Perfecto. Muy claro, tenés muy claro qué buscás. Está bueno eso.

P: Sí, sí.

La primera pregunta, dirigida a Mati, invierte la lógica habitual de la consulta clínica: en lugar de que la médica establezca de antemano qué aspectos importan, esta vez es el paciente quien define sus propios criterios. La pregunta “¿qué priorizás?” le deja al paciente todo el margen para decidir qué dimensiones son relevantes en su respuesta. Este tipo de pregunta abierta genera relatos mucho más extensos, de una estructura muy distinta a la de los segmentos clínicos. Mati se expone largamente sobre sus preferencias en variedades de cannabis, incluyendo porcentajes de THC, los efectos diferenciales entre sativa e indica, y su experiencia como padre. Todos estos temas los introduce el propio

paciente. Aquí se invierte la asimetría de saber-poder entre la médica y el paciente: ella pasa a ocupar el lugar de quien no sabe, mientras que él es quien posee el conocimiento relevante sobre el tema. Esta inversión no es casual: surge directamente del diseño de la pregunta de la médica, quien desde un comienzo plantea el conocimiento sobre cultivo como algo que ella no tiene y el paciente sí.

Volviendo a la agenda clínica: estrategias para cerrar los espacios

Después de estos pasajes sobre cultivo, protagonizados principalmente por el paciente, los médicos suelen retomar las riendas de la consulta y reinstalar el reparto tradicional de roles, en el que son portadores del saber biomédico y controlan la agenda. El recurso más directo para esto es el uso de marcadores explícitos de cierre de tema: turnos de habla que nombran lo que se venía hablando, lo dan por cerrado, e introducen el tema siguiente. En este caso, el tema que se cierra es el del cultivo de cannabis, como puede verse en el siguiente fragmento:

Ejemplo 3. Juli

Paciente: Y las germinaba, pero después, una vez que las pasaba a maceta, asomaban... viste, algunas ni asomaban, asomaban, sacaban las dos hojitas y a los días se morían, se caían.

Médico: Juli, con respecto a eso... eso es un poco el cultivo, pero a mí también me interesa saber cómo anduviste con el uso de cannabis.

P: Sí.

M: ¿Cambiate algo? ¿Qué me podés contar con respecto al año pasado?

P: Sí, fui a comprar un... un vapeador.

El médico introduce un marcador explícito de cierre de tema: el pronombre demostrativo “eso” señala hacia atrás, hacia lo que se venía diciendo, en la frase “eso es un poco el

cultivo, pero a mí también me interesa saber cómo anduviste con el uso del cannabis”. Mediante este recurso, la médica retoma el control de la conversación: indica que el pasaje de agenda libre, en el que se hablaba del cultivo, ya ha quedado atrás, y se vuelve ahora a la agenda clínica dirigida por la profesional. En este ejemplo, “eso es un poco el cultivo” nombra y delimita todo lo dicho antes como un bloque cerrado, usando el demostrativo. El “pero” que sigue marca un contraste: lo que viene a continuación se presenta como un giro en la dirección de la conversación. De allí que la nueva pregunta de contenido instale una agenda nueva, esta vez por decisión de la profesional, que vuelve a adoptar el rol de saber-poder de la consulta tradicional.

La consulta cannábica: un espacio de libertad controlada

Lo que muestran estos fragmentos es que la consulta de cannabis medicinal no es un espacio uniforme, sino un terreno donde convive más de una lógica de interacción. Por un lado, están las estrategias de agenda clínica tradicional: preguntas cerradas, focalizadas, que construyen un cuadro a partir de lo que el médico necesita saber, y que reproducen la asimetría habitual entre quien pregunta desde el saber científico (el profesional) y quien responde desde su experiencia (el paciente). Por otro lado, cuando la conversación se desplaza hacia el cultivo y el procesamiento, esa asimetría se invierte: el paciente pasa a ser quien tiene el conocimiento técnico y el profesional ocupa el lugar de quien aprende. Las preguntas se vuelven abiertas, el profesional no orienta la agenda y emerge una voz distinta del paciente, más protagónica. Sin embargo, esta apertura no es definitiva ni estable: los profesionales cuentan con recursos lingüísticos precisos, como los marcadores de cierre de tema, para señalar cuándo ese espacio se termina y la consulta vuelve a su cauce clínico habitual. El cultivo queda así nombrado, cerrado y dejado atrás, dando lugar a la agenda médica propiamente dicha.

Por este motivo decimos que la consulta cannábica funciona como un espacio de “libertad controlada”: habilita momentos en los que el paciente puede desplegar su propio saber técnico, pero esos momentos están enmarcados, abiertos y cerrados, por el control de la agenda ejercido por el profesional.