



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Filosofía y Letras  
Colegio de Historia

# "El Hospital Federal de Toxicómanos. El Departamento de Salubridad y la Prohibición, 1920 –1940. "

Tesis que para obtener el grado de Licenciada en Historia  
Presenta Laura Alcántara Duque.

Directora de Tesis: Dra. Georgette José-Valenzuela.

CD.MX., 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## Agradecimientos

Cuando comencé a escribir la tesis, cuando me afanaba por parir oraciones y párrafos, soltaba las teclas y vociferaba, me rendía un poco y decía que mejor sería escribir los agradecimientos. Parecían a prueba de error. Como muchas otras cosas que suponía cuando realizaba este trabajo, éstas no siempre resultaron como las esperaba, lo mismo sucede ahora. Es difícil englobar en frases o palabras el profundo agradecimiento que tengo con todos los que me ayudaron a llegar aquí. La lista es directamente proporcional al tiempo que me tomó terminar este proyecto; los de siempre y los de ahora no han escatimado nada para hacer más fácil y mejor este camino.

En primer lugar y sobre todo a mi madre, cuyo entereza y compromiso hacen posible mi libertad. Espero que el resultado colme un poco esa gratitud infinita que le tengo. A mi familia, a cada una de mis hermanas, quienes me han sostenido y arropado cada vez que vuelvo, y que en mi confían y siempre me acompañan cada vez que me voy.

A Marco, por haber siempre entendido a dónde iba todo esto, por su curiosidad ingenua que pone en mi cabeza las preguntas fundamentales; por tomarme de la mano y no soltarla, a pesar del océano.

A mis amigos, a Juan Luis el compañero de la mitad de esta historia. A Omar y Francisco por resolver el otro 95%, la porción del pragmatismo. A Juan Carlos, por leer, escuchar y siempre estar. A Ramón, Aura y también Andrea.

Gracias totales.



## ÍNDICE

Introducción	10
Capítulo 1. El desarrollo de la prohibición y su aplicación en México.	
1. La alerta. La preocupación sobre el hábito y el envenenamiento.	26
2. Antecedentes sobre el control del consumo de drogas en México.	33
3. La prohibición en México.	
3.1 Antecedentes constitucionales y Ley de Secretarías de Estado.	43
3.2 El lustro de los decretos.	45
4. La ejecución de la prohibición.	
4.1 El Departamento de Salubridad. Estructura y jurisdicción.	49
4.2 El Código Sanitario y la legislación antinarcótics	53
4.3 El consumo de drogas enervantes en sus consideraciones penales.	60
5. El Reglamento Federal de Toxicomanías. 1931	64
Capítulo II. El Hospital Federal de Toxicómanos. La primera época.	
1. El Hospital Federal de Toxicómanos en Tolsá.	

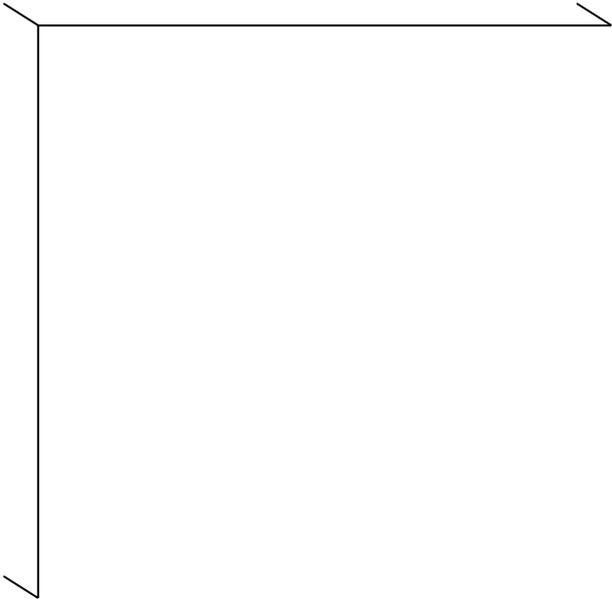
## ÍNDICE

1.1	La estructura médico-administrativa y la población del Hospital 1933-1934.	73
1.2	La interacción entre el personal y los internos.	78
2.	El método de cura del HFT: el método Erlenmeyer.	81
2.1	Los desafíos del tratamiento: el contrabando y	93
2.2	Los resultados del tratamiento.	98
3.	1934 El último año en Tolsá.	103
Capítulo III. El Hospital Federal de Toxicómanos en La Castañeda. El toxicómano.		
1.	La transformación del Hospital en "La Castañeda"	110
2.	El nuevo adoquín del internamiento.	116
3.	¿Quién y cómo era el toxicómano?	119
4.-	Las causas de la adicción.	
4.1	Las causas físicas de la adicción.	127
4.2	Las causas sociales de la adicción.	133
4.3	El precio y los lugares de la droga.	135
5.	El desarrollo de la toxicomanía	141

## ÍNDICE

6. Los nuevos integrantes del Hospital Federal de Toxicómanos.	
6.1 Los adictos a la marihuana.	145
6.2 Las mujeres.	149
6.3 Los asiáticos.	153
 Capítulo IV. El Hospital Federal de Toxicómanos en La Castañeda. El tratamiento.	
1. De la cura de la adicción a la desintoxicación.	158
2. El avance en la rehabilitación o sus intentos.	
2.1 El diagnóstico, sus pronósticos y los métodos de tratamiento.	163
3. Contra el internamiento.	
3.1 Los recursos legales.	176
3.2 Las posibilidades de fuga en La Castañeda.	178
3.3 El contrabando en el Hospital.	179
4. La crítica del tratamiento 1938-1940.	
4.1 La historia clínica "C"	180
4.2 El internamiento prolongado	184
4.3 El sistema de tratamiento inglés en México	190
Conclusión	203
Apéndices	208
Bibliografía	222





# **INTRODUCCIÓN**

## **Justificación**

En la primavera del 2011, en el penúltimo año del sexenio del presidente Felipe Calderón Hinojosa, decidí investigar la historia sobre el narcotráfico. Entonces, habíamos visto crecer de manera exponencial el alcance del crimen organizado ligado a esta actividad. La magnitud de su operación ha aumentado al mismo tiempo que se ha diversificado, pues ya no sólo se ocupan de la compra venta de drogas, también se ocupan de otras actividades criminales, y además se involucran por distintas vías con el Estado. Somos testigos de una ola de violencia que hasta hace pocos años era desconocida, como tan desconocidos eran también sus capos, sus sicarios, sus muertos, sus políticos y sus gobernantes. Datos y estadísticas demuestran un aumento en la tasa de homicidios, aumento en la violación de derechos humanos por las fuerzas armadas y policiales, junto con otros crímenes como el secuestro y la extorsión.<sup>1</sup> Ante este escenario nuestra conciencia nacional fue paulatinamente sacudida, igualmente lo fue nuestra conciencia histórica. Los mecanismos a través de los cuales estos acontecimientos nos implicaron, motivaron a su vez múltiples cuestionamientos. La pregunta que rondó entonces y que dio origen a este trabajo fue: ¿Cómo llegamos hasta aquí?

La llamada “guerra contra el narcotráfico” ha sido la última de las políticas públicas emprendidas en México para combatir un problema reconocido como de salud pública, tanto por la Constitución de la república como por los códigos penal y sanitario, desde sus orígenes. Se han presentado diferencias y matices en las concepciones y modos de operación de dicha estrategia entre 2006 y el presente, sin embargo, los objetivos que los guían son parecidos como similares son sus mecanismos (en particular el uso del ejército o corporaciones policiacas). En el entendido de que esta manera de combatir al narcotráfico, para erradicarlos, da lugar a una relación del Estado con los actores involucrados en el narcotráfico en México, es necesario explicar y comprender los criterios que han guiado esta elección.

---

<sup>1</sup> Los homicidios contabilizados por el INEGI entre 2007 y 2012 dan un total de 121, 613, [http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=mortgral\\_dh](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=mortgral_dh) , consultdo 24 de febrero de 2017. Tlataya y Aytzinapa son claro ejemplo de este tipo de abusos

El estudio histórico de las políticas públicas en torno al tráfico ilícito de drogas es el punto de partida que nos permitirá conocer los factores que han intervenido para delimitarlas. En este trabajo se estudian su concepción y ejecución a partir de la segunda década del siglo XX y hasta 1940, con el fin de elucidar cuáles son los aspectos del problema que fueron considerados entonces, y a cuáles se les dio prioridad para el diseño de un programa de Estado en torno a las drogas, para finalmente explicar los elementos que prefiguraron, o no, las subsecuentes políticas antidrogas nacionales y por qué motivos. Tales políticas cobraron particular relevancia una vez que el sistema prohibicionista se instauró como paradigma mundial. Con el fin de reconocer dicho modelo, así como las implicaciones de la prohibición en México, a continuación, se presenta un pequeño esbozo del desarrollo global de este fenómeno.

### **Breve punto de partida**

El curso que siguió la prohibición internacional del consumo de opiáceos, cocaína y estupefacientes (entre otras sustancias) puede dividirse en cuatro etapas, cuyo arco temporal va de las primeras décadas del siglo XIX a las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial. La primera de ellas fue la de “la alerta”, que abarcó todo el siglo XIX hasta 1906. Se trató básicamente de la aceptación de los efectos adversos derivados del uso de opiáceos, lo que a su vez dio pie a regulaciones locales para controlar su consumo. En este periodo se redactaron gran cantidad de códigos en los que se ensayaron controles sobre las prescripciones de los narcóticos, por ejemplo, en Prusia existió desde 1800 un decreto médico que prohibía la venta de opio y sus preparados al público en general sin receta.<sup>2</sup>

La segunda etapa, llamada “fundación”, correspondió a la transformación de estas alertas en acciones concretas sobre la legislación en áreas que todavía no se habían regulado, las que además adquirieron un carácter nacional e internacional. Las leyes surgidas prohibieron terminantemente el consumo de

---

<sup>2</sup> Edward Levinstein, *Morbid Craving for Morphia (Die Morphiumsucht)*. A monograph founded on personal observations, translated by Charles Harrer, London, Smith, Elder & Co., 1878, 154 pp., p. 126.

opiáceos, de cocaína o de marihuana para fines recreativos, o para el sostenimiento del hábito con el fin de evitar el síndrome de abstinencia (Como la *Harrison Narcotic Act* de Estados Unidos). El único uso legítimo y legal aceptado fue el médico; sin que, en algunos países, los efectos secundarios debidos al retiro se tuvieran como una condición susceptible de ser tratado por un galeno. En esta etapa, ocurrida entre 1909 y 1920, se reconoció a la adicción como un problema de salud pública, del cual los Estados debían hacerse cargo. En cada país se redactaron las previsiones legales necesarias para evitar el uso hedonista de las drogas. La creación de leyes estuvo acompañada, donde hubo necesidad, del establecimiento de instituciones dedicadas a vigilar el cumplimiento de la prohibición, o bien, la reestructuración de organismos estatales ya existentes para que sus atribuciones se ajustaran a los procedimientos que la prohibición demandó.

Después vino la tercera etapa, una vez que los cuerpos legales y administrativos se constituyeron, la prohibición se puso en marcha. Esta fase, la de la “ejecución” (en la que esta tesis ahondará) corresponde a la temprana aplicación de la prohibición. El periodo comprende los años inmediatamente posteriores a la promulgación de leyes prohibicionistas y hasta un momento culminante, el de la crítica, que constituye la cuarta fase o etapa. En la primera se ensayaron en métodos y conceptos por parte del Estado para atender la adicción y el tráfico de drogas. Mientras que en la última se intentó un cambio en el modelo prohibicionista primigeniamente diseñado y asumido. Tanto la puesta en marcha, la ejecución, como la crítica ocurrieron en periodos variables en cada país, pero más o menos puede ubicarse entre 1912 y 1940. La crítica antes mencionada tuvo lugar en Estados Unidos en 1919 y en México entre 1939 y 1940.

Mi investigación se encaminó a la indagación sobre los proyectos desarrollados por el Estado para combatir el comercio de sustancias ilegales de acuerdo con los preceptos de la prohibición desde que entró en vigor en México, es decir, como los gobiernos mexicanos ejecutaron la prohibición. El establecimiento mundial de la prohibición de drogas tuvo como primera misión evitar que la gente se habituara al consumo de las mismas y que se volvieran

adictos. Como efecto inmediato, se controlaron los medios de distribución para después generar instituciones que sancionaran o asistieran, según el enfoque de las legislaciones nacionales, a los sujetos implicados en la compra-venta de drogas: los traficantes y los adictos. Una vez entendido el camino que siguió la prohibición en México, se acotó aún más el objeto de estudio, para terminar en la relación del Estado con el adicto, o el consumidor de drogas, conocido como toxicómano, a través de las instituciones asignadas para hacer efectiva la prohibición: el Departamento de Salubridad General y el Hospital Federal de Toxicómanos (HFT) en particular. Todo lo anterior entre los años de 1920 a 1940, durante las etapas de la ejecución y la crítica.

En tanto el Departamento de Salubridad General era novedoso, sus organismos y estructuras no se encontraban sólidamente establecidas en todo el país. Lo anterior, aunado al carácter federalista que en un principio se le dio al rubro sanitario tuvo como resultado una escasa presencia en los distintos estados de la República y algunos de sus territorios. El Distrito Federal fue entonces el foco atención de los programas a cargo del Departamento, razón por la cual la observación de la prohibición estará delimitada dentro de esta entidad.

### **Estado del arte**

La prohibición del consumo de drogas en México no es un tema de estudio nuevo, pero su tratamiento por la comunidad académica desde una perspectiva histórica es reciente, cuenta con una bibliografía breve, pero diversa. Podemos considerar tres líneas de investigación predominantes seguidas hasta ahora: 1) La que se ocupa de los aspectos legislativos de la prohibición, penales o sanitarios; 2) Aquella que se enfoca en seguir las pautas y ritmo de las relaciones internacionales a propósito del problema del tráfico ilegal de drogas y la coherencia de los modelos de prohibición, según el paradigma mundialmente aceptado; 3) El que explora el uso de las drogas a nivel local, que a su vez puede subdividirse en dos subtemas: a) la utilización popular de las drogas, las prácticas comunes de su consumo, y b) la interacción entre los actores encargados de cumplir la prohibición y sus transgresores.

Por su novedad, en cada trama existen obras que son precursoras casi en su totalidad. En lo que concierne al aspecto legislativo el trabajo de Olga Cárdenas, *Toxicomanía y Narcotráfico* (1974), sirve de base para precisar categorías y clasificaciones como la de toxicomanía dentro del marco jurídico mexicano de la prohibición, desde sus inicios hasta la década de los 70 del siglo pasado; al mismo tiempo, expone los vínculos entre este cuerpo de leyes con los tratados internacionales en el mismo arco temporal. En el trabajo se incluyen los aspectos administrativos o aquellos que tienen que ver con el Código Sanitario y la salubridad general a la autora contemporáneos. Lo anterior permitió vislumbrar una veta que en la presente tesis fue rastreada históricamente, es decir, la revisión de las leyes sanitarias y la prohibición entendida como un problema de salubridad pública.

Un ejercicio similar lo llevó a cabo Axayácatl Gutiérrez Ramos en su tesis de maestría en Historia: “La prohibición de las drogas en México: la construcción del discurso jurídico, 1917-1931” (1996). En ella describe los cambios en las leyes mexicanas para permitir la prohibición, y se analiza ésta desde la Constitución, los decretos, los códigos penales y sanitarios, para así analizar y exponer tanto las motivaciones como los objetivos políticos que la prohibición tuvo en México. Esta tesis resultó importante pues a partir de ella se clarifica la perspectiva legislativa del Estado con respecto a los involucrados en el tráfico de drogas: vendedores y consumidores. Con este marco legal como premisa, se vuelven inteligibles las bases sobre las que las instituciones públicas, que debieron tratar con los consumidores, se desplegaron.

En la segunda línea, la de las relaciones internacionales y la prohibición encontramos las obras de Luis Astorga, precursor de los estudios socio-históricos sobre la prohibición y el narcotráfico: *Drogas sin Fronteras* (2003) y *El Siglo de las drogas: el narcotráfico, del Porfiriato al nuevo milenio* (1996). En el primero, Astorga hizo una descripción del proceso de prohibición a través de fuentes secundarias; en su trabajo se privilegia el análisis de los narcotraficantes, así como la cultura popular en torno a ellos, además de los usos populares de las drogas antes de la prohibición. Por otro lado, en *El Siglo de las drogas* Luis Astorga analizó la relación que se estableció entre Estados

Unidos y México a propósito del narcotráfico. Las fuentes utilizadas por el autor corresponden a los expedientes del Departamento del Tesoro resguardadas en el Archivo Nacional Estadounidense de College Park. Su obra puede dividirse en dos partes, que trascurren entre 1920 y 1970.

En la primera hizo un recuento geográfico sobre el narcotráfico en México, y dio cuenta de los estados en donde proliferó el cultivo o el tráfico internacional de narcóticos. Después analizó los espacios de convivencia que, para atender el problema, tuvieron las dos instituciones designadas por los gobiernos estadounidense y mexicano para contrarrestar tanto el consumo como el tráfico ilícito de sustancias entre 1920 y 1940, a saber, el Departamento del Tesoro y el Departamento de Salubridad. Este tipo de examen prevaleció en la segunda parte de la obra. Ambos organismos estatales contaron con subsidiarios, extremidades de la burocracia para tal fin: el Buró de Narcóticos, en Estados Unidos, y el Servicio de Química y Farmacia en México. El último fue después sustituido por la Campaña contra el Alcoholismo y otras toxicomanías en 1937. Luis Astorga reveló en su texto el papel fundamental del Departamento de Salubridad para llevar a cabo la prohibición en coordinación con el Departamento del Tesoro. Enfatizó los vínculos informales, así como los acuerdos formales de cooperación entre los gobiernos y las agencias mencionadas. Con ello realizó tanto un estudio de la diplomacia como uno de la burocracia anti-narcóticos en México. El énfasis de la obra se encuentra en la determinación que para la política antidrogas mexicana tuvo la política estadounidense, la que resultó decisiva.

Para la tercera línea de investigación, sobre el uso de las drogas en México, recientemente Ricardo Pérez Montfort publicó el texto *Tolerancia y Prohibición. Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México, 1840-1940* (2015). El historiador realizó una síntesis del tema, similar a otros trabajos que se ocupan de otras historias nacionales del consumo de drogas como el de Richard Davenport-Hines y David F. Musto, con sus obras *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas* (2003), y *La enfermedad americana. Orígenes del control antinarcóticos en Estados Unidos* (1993), respectivamente. En tanto obra sumaria, la primera en su tipo para México, Pérez Montfort nos ofrece un

mapa en el que se señala cada hito del que se tiene conocimiento sobre el tema en la historia nacional del encuentro (o desencuentro) de las costumbres sociales de consumo de narcóticos o estupefacientes con los esfuerzos legislativos y reglamentarios para vigilarlo o controlarlo. También agrega descripciones sobre el tratamiento del problema en los medios de expresión artísticos y otras manifestaciones culturales. A esto añadió algunos estudios científicos realizados por mexicanos sobre los modos de consumo de drogas en el país. Como una suerte de mapa, nos muestra los puntos de llegada, para permitir la posterior exploración de esas zonas y la creación de futuros itinerarios.

La obra de Pérez Montfort resulta importante porque se concentró en el consumo de drogas, y por ende en el adicto, mediante la consideración de las más bastas fuentes posibles; incluye todos los elementos posibles, o la mayor cantidad de ellos, que configuran la historia de las drogas en México. Antes había hecho un breve esbozo del consumo de drogas en la Ciudad de México con dos textos. Uno fue *Yerba, goma y polvo. Drogas, ambientes y policías en México* (1999), en el que a través de las fotografías de los adictos de la ciudad revela precisamente eso, el imaginario sobre los usuarios de drogas. El otro es un capítulo sobre el consumo de drogas en el libro *Cotidianidades, imaginarios y contextos: ensayos de historia y cultura en México* (2008).

En su última publicación Pérez Montfort, hace mención del Departamento de Salubridad y del Hospital Federal de Toxicómanos. Es la primera referencia bibliográfica exacta que se hace a la institución. Axayácatl Gutiérrez lo evoca en su tesis de maestría, pero lo confunde con un pabellón del manicomio general. La referencia de Pérez Montfort al hospital es breve y también limitada, pues se habla en términos generales, y en ocasiones imprecisos, de los pacientes, el tratamiento y su duración. Lo que sí es que el autor creó un perfil socio-cultural sobre el toxicómano, a veces institucional, pero en tanto su pretensión es reunir toda la información posible al respecto el resultado en algunos tramos puede resultar vago. Cuando no es así el adicto es expuesto en su relación con el Estado y la perspectiva del gobierno sobre él, así como la del consumidor sobre sí mismo.

El libro de Froylan Enciso, *Nuestra historia narcótica. Pasaje para (re-legalizar) las drogas en México* (2014) compila textos a través de los cuales hace un recuento de distintos episodios y anécdotas de productores, narcotraficantes y funcionarios públicos en su labor cotidiana ya fuera para evadir o hacer cumplir, según el caso, el tráfico ilícito de narcóticos. Una de los casos expuestos es el del Dr. Leopoldo Salazar Viniegra, precursor de la investigación sobre los efectos de las drogas en México, particularmente la marihuana; así como promotor de tratamientos alternativos para los toxicómanos habituados a algún opiáceo. Enciso recuperó la entrevista hecha a este médico por la prensa en vísperas de su propuesta de tratamiento para los heroínómanos, la cual dio cuenta del carácter de las políticas públicas de la época donde el adicto era una figura central. La intención de esta tesis es precisamente traer a la luz a los consumidores con el fin de hacer inteligible el sentido dual del narcotráfico, es decir, no únicamente percibirlo desde la oferta, sino también desde la demanda.

Las obras mencionadas proporcionaron indicios sobre el adicto, algunas profundizaron sobre la adicción y apuntaron algunos aspectos de la relación del estado con los consumidores. Algunas vetas de ese vínculo todavía pueden explorarse. Si la prohibición se ejerció para evitar la adicción, entonces estudiar al adicto es condición necesaria para entender los alcances de este fenómeno, probar sus mecanismos, verificar su efectividad, cuestionar sus motivaciones, entender sus resultados y comprender porque un cierto tipo de enfoque, el de la venta, prevalece sobre el otro, el del consumo.

Por último, conviene señalar que poco después de la aprobación de esta tesis fue presentado el trabajo de maestría de Lourdes Bautista “De la penitenciaría al manicomio. El proceso de institucionalización del Hospital Federal de Toxicómanos de la Ciudad de México. 1926-1948.” (2016). A primera vista ambos trabajos resultan similares, pues el acervo consultado es el mismo, sin embargo, las descripciones y explicaciones del Hospital se hacen desde enfoques distintos. Lourdes Bautista se concentra en la descripción de las condiciones a partir de los testimonios de los médicos y de la relación del espacio con el tratamiento; mientras en este trabajo intentamos exponer la experiencia del adicto y su relación con el Estados y sus agentes a través de los expedientes

médicos, así como una reconstrucción del entramado institucional general en la que el Hospital Federal de Toxicómanos se inscribe.

### **Breve exposición del estudio**

La labor antes descrita se ocupa del periodo que corre desde la adopción de la prohibición en México (1920) hasta el fin del sexenio cardenista (1940), con énfasis en el Hospital Federal de Toxicómanos, pues fue la institución del Estado que convivió directamente con los adictos. A través de él podemos observar la política pública predominante con la que el gobierno mexicano puso a prueba su propio enfoque sobre el comercio y uso de drogas enervantes.

El modelo prohibicionista se aplicó en dos niveles: el nacional y el internacional. En el presente texto se describen las acciones de los gobiernos mexicanos en las distintas etapas de la prohibición en el ámbito doméstico en cada etapa de la prohibición, de acuerdo con la división antes descrita. En el primer capítulo se dará cuenta brevemente de la perspectiva internacional sobre el uso de opiáceos y otros alcaloides, incluidas las primeras advertencias sobre sus efectos secundarios, sobre todo la creación de hábito durante el siglo XIX. Después, se analiza el despliegue de medidas de control público, primero, y de prohibición, más tarde, que se emprendieron para contrarrestar la dependencia que tanto médicos como funcionarios habían identificado en los usuarios de opiáceos. Este mismo tipo de análisis se extiende, en ese mismo capítulo.

Para ello se examina la conceptualización que del problema elaboró el Estado mexicano a través de sus leyes, sanitarias y penales, durante el porfiriato; con el fin de entender cómo identificaron al problema, su posible solución y cuales instituciones estuvieron a cargo de aplicarla. A su vez, esto contribuye a comprender la manera en la que la tradición jurídica influyó en la posterior adopción del modelo prohibicionista después de 1914 cuando se consolidó como el paradigma imperante mundial. Más adelante, en esta misma sección se describen las leyes que fundamentaron la aplicación del control de sustancias prohibidas, y cómo se definió la responsabilidad pública al respecto, así como los actores que estarían involucrados para ponerlas en marcha. En tanto autoridad sanitaria, el Departamento de Salubridad, fue designado como la

entidad a cargo de observar el control de producción, venta y consumo de las drogas, por lo que se hizo también una descripción de su estructura, facultades y atribuciones. Con esto se buscó observar las particularidades del modelo de prohibición local en México, para analizar su enfoque médico y la forma en la que se dispuso para considerar el hábito como una enfermedad. La consideración anterior permitió la creación del Hospital Federal de Toxicómanos.

La historia del HFT puede dividirse en al menos dos etapas en función de dos criterios: su ubicación y el tipo de tratamiento brindado. La primera sería la del Hospital en Tolsá (1933-1934) y la segunda la del Hospital en el Manicomio General de La Castañeda (1935-1940). En los siguientes tres capítulos de la tesis se analiza cada una, mismas que coincidieron con el tercer y cuarto periodo de la prohibición: la ejecución (1920-1938) y la crítica (1939-1940). En el segundo capítulo damos cuenta de la fundación del Hospital y su primera ubicación en la calle de Tolsá entre los años de 1933 y 1934, su estructura administrativa, el tratamiento empleado, el tipo de adicto atendido y la relación de la institución y sus elementos con los internos. Se puntualizó sobre los problemas y límites que el modelo de rehabilitación, a saber, el método de retiro rápido de Erlenmeyer, presentó y cómo esto influyó para la reubicación del Hospital en La Castañeda junto con un replanteamiento de la aplicación del método de tratamiento.

En el tercer y cuarto capítulos se describen las condiciones del HFT en el Manicomio General, que se dividieron en dos partes que van de 1935 a 1940. La primera corresponde a la descripción de la población del hospital, lo que a su vez nos permitió la definición institucional del adicto de quien el Estado se ocupó, es decir, cómo la práctica médico administrativa delimitó un tipo de sujeto que durante la existencia del hospital constituyó el modelo de toxicómano (y toxicomanía) que el Estado atendió y combatió. Con esto podemos observar las redundancias o contradicciones de la formulación jurídica del adicto y la adicción con la práctica cotidiana de la ejecución de la ley.

En el cuarto capítulo se muestra precisamente el proceso llevado a cabo para contrarrestar la que fue definida como una enfermedad social. El punto focal será el tratamiento médico junto con los aspectos que contribuyeron a sus

resultados entre 1935 y 1937. Como consecuencia de ello se exploraron las alternativas al mismo propuestas por el entonces responsable de la oficina a cargo de la prohibición -La campaña contra el alcoholismo y otras toxicomanías- en el Departamento de Salubridad, el Dr. Leopoldo Salazar Viniegra. Se exploran los alcances de las dos alternativas que él puso en marcha: el internamiento prolongado y el mantenimiento, sucedidos entre 1938 y 1940. Se observa cómo ambos constituyen un ejemplo de la crítica sobre el modelo de prohibición que se aplicó en la década anterior, tanto en sus aspectos penales como sanitarios. No fue una negación de la prohibición o sus premisas, sino un replanteamiento de sus mecanismos y objetivos.

### **Metodología sobre las fuentes y la población del hospital 1933-1940**

La principal fuente para el estudio del HFT son los expedientes de los toxicómanos que en él fueron atendidos, los que se encuentran en un fondo especial llamado Hospital Federal de Toxicómanos del *Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia*. También resultaron de utilidad para esta historia los informes del personal de la misma institución en los que se describían las rutinas y los hechos extraordinarios del Hospital reportados al Servicio Jurídico del Departamento de Salubridad. Estos se caracterizan por un discurso repetido, homogéneo y técnico que pretende una cierta objetividad. A lado de estos encontramos también proyectos o disposiciones legislativas emanadas de las dependencias del Departamento de Salubridad en torno al tema de narcóticos y toxicomanía. Con estos testimonios podemos reconstruir la manera en la que los procedimientos médico-burocráticos de atención al adicto se idearon y se llevaron a cabo, al mismo tiempo que se muestran los conflictos cotidianos, así como las contradicciones surgidas a partir del ideal prohibicionista puesto en práctica.

El fondo del HFT se encuentra incompleto. Cuando confrontamos el número de expedientes conservados con lo que deberían existir, según otras fuentes (como los informes del administrador del Hospital al Jefe del Departamento de Salubridad), nos encontramos con faltantes, sin poder precisar cuál es la cantidad exacta. En 1933 el Administrador del HFT, Agustín Du Pont decía que

entre marzo y junio de ese año atendió alrededor de 350 personas; sin embargo, en la lista de ingresados registrados en el catálogo del fondo de ese año están sólo 143 expedientes. Además, personas que son nombradas en los informes o en actas de detención no están presentes en dicho catálogo.

Así pues, el número de personas a las que se les brindó el tratamiento es impreciso, por lo que tomamos como punto de partida el número total del catálogo, para la descripción y análisis de las condiciones del tratamiento dentro del HFT. El total de expedientes de personas que se sometieron a un proceso de rehabilitación entre 1933 y 1940, fue de 1354, de estos 1180 fueron hombres y 174 mujeres. Para hacer esta cifra accesible y susceptible de estudio se tomó una muestra del 15%; el porcentaje de la muestra consideró el género y el año de ingreso. Así pues, se tomó el quince por ciento de cada género por cada año del periodo estudiado de lo que resultaron 26 casos de mujeres y 177 casos de hombres. Dicho porcentaje es arbitrario y obedeció a criterios de eficiencia en el manejo de fuentes a partir de una cifra que al mismo tiempo fuera significativa por representativa.

Por último, la tesis incluye una breve conclusión sobre el lugar que el Hospital ocupa como ejemplo de una política pública del narcotráfico que buscó enfocarse en la rehabilitación y no sólo en el castigo. Asimismo, el texto cuenta con tres apéndices: el primero con la lista de los nombres de los expedientes consultados, el segundo que consta de un listado de los funcionarios del Departamento de Salubridad y el Hospital Federal de Toxicómanos durante el periodo estudiado (1920-1940); y un tercero donde se reproducen facsimilares de los Reglamentos Federales contra las toxicomanías publicados en el Diario Oficial de la Federación en 1931 y 1940.

## **Hipótesis**

Con la presente tesis se busca demostrar que, en las distintas etapas de la prohibición, ya descritas al inicio de esta introducción, México gozó de un amplio nivel de autonomía en el planteamiento de directrices para definirla y ejecutarla. Si bien el modelo fue promovido en foros internacionales por otros países, éste

no fue impuesto, sino adaptado, de suerte tal que, a nivel doméstico, el esquema pudo aplicarse con relativa independencia por los siguientes motivos:

1. El estado mexicano contaba para 1920 con una tradición legislativa, en el rubro de salubridad pública, del control de sustancias que ocurrió simultáneamente a la de otros países, misma que se amplió con las determinaciones prohibicionistas de la Conferencia Internacional de la Haya de 1912 y la *Harrison Narcotic Act* de 1914 en Estados Unidos. De hecho, muchas de las disposiciones de esta última ya habían sido consideradas por los códigos sanitarios mexicanos, como los registros para el despacho de sustancias consideradas peligrosas, aunque sin una lista detallada de cuáles debían consignarse.
2. La legislación mexicana posterior a la prohibición mundial (ocurrída en el lapso que va de 1912-1918) incluyó innovaciones como la prohibición del cultivo y uso de la marihuana, peyote y otras sustancias propias de la idiosincrasia nacional. Asimismo, de inmediato se asumió el problema de narcotráfico como un asunto dual, penal y sanitario. Bajo esta lógica predominó la perspectiva de dicho problema en términos de la salubridad pública, por lo que el adicto fue antes que nada un enfermo y no un criminal.

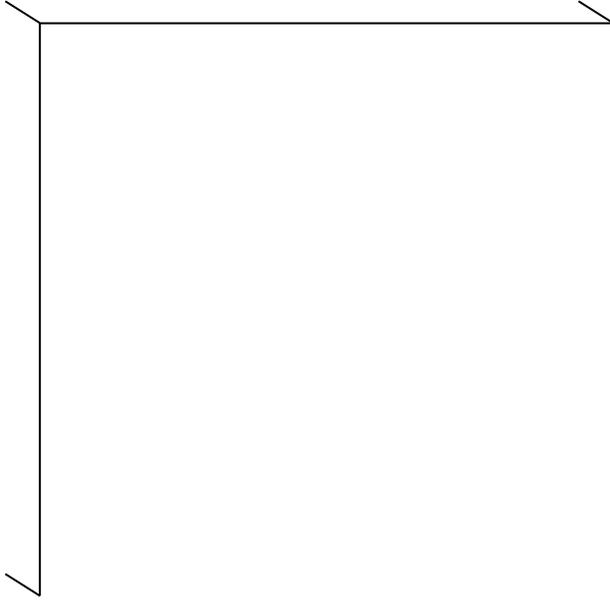
En tanto uno de los puntos de vista que prevaleció fue el de la toxicomanía como una afección médica, el Hospital Federal de Toxicómanos es la prueba esencial de la concepción que se tuvo del problema. Su existencia y estudio aportan elementos para sostener que efectivamente las políticas públicas del Estado mexicano intentaron, en algunas jurisdicciones, explorar posibilidades de cura y rehabilitación del adicto en vez de condenarlo como criminal desde las primeras etapas de la prohibición en México. Lo dicho resulta verdadero para el Distrito Federal, pues fue, junto con los territorios federales, el espacio en el que el Departamento de Salubridad gozó de una potestad que no era contrarrestada por autoridades locales o por las disposiciones de acción administrativa acordes con el sistema federalista. En contraste, la centralización de ciertos servicios permitió que en la capital se contara con la infraestructura y los recursos humanos para atender los problemas sanitarios de diversa índole.

A pesar de que este fue el enfoque que se intentó poner en práctica no fue siempre exitoso, pues, en un nivel operativo, en la práctica cotidiana los puntos de vista científicos o morales de los funcionarios públicos (incluido los médicos y el personal del HFT) sobre la naturaleza de los toxicómanos pudieron actuar en contra del objetivo de rehabilitación y cura. A la larga tuvieron lugar contradicciones a la ley, como consecuencia se sometió a los adictos a un tipo de criminalización por la persecución sobre ellos de las autoridades sanitarias y por la laxitud del tratamiento contra la toxicomanía. Sin embargo, el Departamento de Salubridad y sus dependencias a cargo preocuparon continuar con el proyecto de rehabilitación y hacerlo eficiente. Para lograrlo se ensayaron métodos y cambios, como su traslado a La Castañeda. Más tarde, el Dr. Leopoldo Salazar Viniegra propuso métodos de tratamiento alternativos a aquel que hasta entonces se practicó en el que se privilegió el confinamiento.

La propuesta de Leopoldo Salazar Viniegra fue la cúspide de la independencia local en el tratamiento del consumo de drogas enervantes y del enfoque sobre los adictos. Se asumió en radical oposición con algunos aspectos del sistema prohibicionista imperante, en particular el estadounidense, como otras naciones ya lo realizaban, en particular Inglaterra. Esta no fue una medida de legalización sino una extensión al límite de la capacidad del Estado para controlar el suministro a los adictos, así como una ampliación de sus atribuciones respecto a los toxicómanos. En suma, el Estado mexicano se preocupó por responder a los dos aspectos de la prohibición, hubo una preocupación genuina por el adicto y la adicción como factor esencial del problema de narcotráfico, que después de los primeros 20 años de prohibición se fue abandonando paulatinamente por mecanismos netamente punitivos.

Se tiene la expectativa de que este trabajo abone a la discusión de alternativas en las políticas públicas ocupados en el problema del narcotráfico. Por ejemplo, re-pensar las opciones de despenalización de drogas, así como los mecanismos estatales de control público sobre los canales de distribución y sobre los adictos, para considerar no sólo la fiscalización de los primeros, sino también la rehabilitación de los segundos. Es importante traer al centro de la discusión el motivo fundamental de la prohibición: la condición de los adictos.





---

**CAPÍTULO I**  
**EL DESARROLLO DE LA PROHIBICIÓN Y SU**  
**APLICACIÓN EN MÉXICO**

---

## 1. La alerta. La preocupación por el hábito y el envenenamiento

En el compendio de *Materia Medica* de 1865 se describió así al jugo de la amapola, el opio: “[it] is perhaps more extensively used than any other drug, and of such value, that it has been called ‘the gift of God’ to man” [es tal vez la droga cuyo uso está más extendido, y es de tal valor, que ha sido llamado “el regalo de los dioses.”].<sup>1</sup> El opio y sus derivados fueron continuamente recetados o recomendados como resultado del estado de la ciencia médica de entonces, que actuaba sobre los síntomas y no sobre las causas de las enfermedades. Además del opio fue común prescribir los alcaloides que habían sido descubiertos a lo largo del siglo XIX: la morfina (amapola), así como la emetina (raíz de ipecacuana), la estricnina (habas de San Ignacio), la quinina (corteza de chinchina), la cafeína y la cocaína.<sup>2</sup>

Se tuvo al opio como la sustancia con más propiedades terapéuticas de todas las que la *Materia Medica* pudo incluir, sobre todo por su capacidad para aplacar el dolor, por lo que resultó insustituible en ciertos padecimientos, por ejemplo, para la cura o atención de úlceras y para cualquier herida severa.<sup>3</sup> La dosis máxima que se recomendaba era un grano, con las debidas precauciones en los casos en los que debiera aumentarse. Existieron advertencias sobre las posibilidades de adicción que éste y sus derivados acarrearán:

Custom or habit is perhaps the most marked influence on its action; by gradually increasing the dose, enormous quantities may be taken without any very evident effect being produced; the want of the drug in such cases is, however, most severely felt. The author knew a young man who took 60 grains of *Smyrna* opium night and

---

<sup>1</sup> Alfred Baring Garrod, *The essentials of Materia Medica and Therapeutics*, Nueva York, Edward O. Jenkins Printer, 1865, p. 179, consultado: <http://collections.nlm.nih.gov/pdf/nlm:nlmuid-61630490R-bk>, 15 de mayo de 2015. La *materia medica* era el conjunto de conocimientos y saberes en torno a los remedios y la forma de administrarlos para toda una serie de padecimientos. A su vez constituyó un área de estudio para quienes querían ser médicos antes de la institucionalización de la farmacología. Asimismo, editaban manuales donde las características, potencialidades y dosis de distintas plantas y compuestos eran explicados cuyo título era también *Materia Medica*.

<sup>2</sup> Richard Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas 1500-2000*, trad. de José Adrián Vitier, México, Turner- Fondo de Cultura Económica, 2003, p. 71. Otras versiones apuntan que este elemento fue primero aislado por el médico francés Armand Seguin en el año de 1804 quien dio a conocer su trabajo hasta 1814.

<sup>3</sup> John B. Biddle, *Review of Materia medica: for the use of students*, Philadelphia, Lindsay and Blakiston, 1852, 331 pp., consultado en: <http://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID=nlm:nlmuis-61550370R-bk>, 15 de mayo del 2015, p. 35.

morning, and frequently, in addition to this, 1 fluid ounce to 1 ½ fluid ounce of laudanum during the day. If the drug be discontinued, and after a time the large dose at once resumed, poisoning may occur.<sup>4</sup> [La costumbre y el hábito son quizás la influencia más marcada de su acción, si gradualmente se incrementa la dosis enormes cantidades pueden ser tomadas sin ningún efecto evidente; pero la necesidad de la droga en esos casos se siente de manera más severa. El autor conoce a un hombre joven que tomó 60 granos de *Smyrna opium* día y noche; frecuentemente lo acompañaba de 1 onza a 1 ½ onza de láudano durante el transcurso de la jornada. Si la droga era descontinuada y se retomaba súbitamente una gran dosis era seguro que ocurriera el envenenamiento.]

Los médicos del siglo XIX estaban al tanto de los riesgos del consumo de la morfina u otros opiáceos, pero estos eran tolerados por sus beneficios para el tratamiento de una gran cantidad de enfermedades por lo que su uso siguió recomendándose, a pesar de los señalamientos que contra ellos comenzaban a escucharse.<sup>5</sup> Pero no sólo los galenos, las familias también pudieron acceder fácilmente al opio y sus derivados, contaron con una literatura que aconsejaba su uso y fomentaba la práctica de la automedicación. Los polvos Dover y el Láudano (opio diluido en alcohol) eran las presentaciones más populares, coexistían con manuales pensados para guiar el uso doméstico de medicamentos en los que se aconsejaba, por ejemplo, la toma de tantas gotas de láudano como fueran necesarias para lograr la fuerza analgésica; los polvos Dover eran recomendados en instructivos para el hogar contra el tifus y el reumatismo.<sup>6</sup>

En occidente los remedios que contenían opio se comercializaron como una panacea. Al ser el dolor la manifestación inmediata de cualquier padecimiento o enfermedad, el objetivo de los remedios o medicamentos fue actuar automáticamente sobre éste; el alivio momentáneo pasó por una cura milagrosa

---

<sup>4</sup> Alfred Baring Garrod, *The essentials of Materia...*, op. cit., p.180-181.

<sup>5</sup> David F. Musto, *La enfermedad americana. Orígenes del control antinarcóticos en Estados Unidos*, trad. Mildred Ciociano González, Bogotá, Tercer Mundo Editores, 1993, p. 102.

<sup>6</sup> Thomas Ritter, *A medical manual and medicine chest companion: for popular use in families and on ship-board, for the treatment of the ordinary diseases of the human system*, New York, John A. Gray, printer & stereotyper, 1859, p.13, consultado en: <http://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID=nlm:nlmuid-63611290R-bk>, 15 de mayo de 2015.

cuando en realidad simplemente aligeró las señales de alerta de una enfermedad subyacente que podía ir desde la migraña a la sífilis. El uso ya de por sí popular de la morfina y otros alcaloides se extendió durante la Guerra de Secesión estadounidense y la Guerra Franco prusiana en el viejo continente.<sup>7</sup>

Obtener una jeringa y una receta dependió, primero, de una visita al médico, quien la recetaba para un vasto cuadro de enfermedades, dolores y heridas; el efecto secundario del consumo momentáneo fue un hábito sostenido. A esta nueva necesidad se le conoció como adicción iogenética.<sup>8</sup> El gremio de galenos fue desde entonces rápidamente asociado a la generación de adictos sobre todo cuando se encendieron las alertas por el aumento en las personas habituadas a la morfina. Los morfinómanos fueron un grupo reconocido por la sociedad occidental que causó preocupación en la comunidad en general y en algunas profesiones en particular.

El opio y sus derivados también sirvieron para hacer frente al ocio y fuente de placer.<sup>9</sup> Para ellos existieron muchos otros canales de distribución no regulados, con una legalidad ambigua (en tanto no se encontraban prohibidos), donde se podía obtener el opio o la morfina y también la cocaína. Surgió así un amplio mercado que atrajo a aventureros, insatisfechos, curiosos, etc., en búsqueda de algún placer o una nueva experiencia: los adictos hedonistas, a quienes también se les llamará viciosos.<sup>10</sup>

Ante este escenario aparecieron leyes para regular el consumo de los opiáceos y otros alcaloides, que primero apuntaron al control sobre el comercio para evitar la adulteración, el envenenamiento y el charlatanismo. En el siglo XIX comenzaron a redactarse códigos para controlar el uso de las llamadas drogas; en Inglaterra y Prusia, y se exhortó a los fabricantes para que incluyeran una etiqueta con información exacta y veraz de los componentes de

---

<sup>7</sup> Antonio Escohotado, *Historia Elemental de las drogas*, 4a ed., Barcelona, Anagrama, 2004, (Colección compactos) p. 91.

<sup>8</sup> Caroline Jean Acker, "From all purposes anodyne to marker of deviance: physicians' attitudes towards opiates in the US from 1890 to 1940" en: Roy Porter and Mikulás Teich, *Drugs and Narcotics in History*, New York, Cambridge University Press, 1995, p. 124.

<sup>9</sup> David T. Courtwright, *Las drogas y la formación del mundo moderno: Breve historia de las sustancias adictivas*, trad. Marta Pino Moreno, Barcelona, Paidós, 2002, (Contextos)p. 202.

<sup>10</sup> Caroline Jean Acker, "From all purposes anodyne ...", *op. cit.*, p. 123.

su producto,<sup>11</sup> en caso de que resultara necesario debieron incluir una advertencia sobre su potencialidad mortífera.<sup>12</sup> Con esta labor se redefinieron los conceptos de las sustancias, la diferencia entre la droga y un veneno se encontró en la forma en la que se utilizaron: una droga resultaría venenosa si su consumo propiciaba fuertes estados de intoxicación, o bien demandaba un progresivo aumento de la dosis que posteriormente conduciría a la muerte. Mientras lo anterior no ocurriera la droga siguió siendo un remedio o medicina.

Las drogas hasta ese momento eran para el mundo occidental, de acuerdo con el diccionario Oxford de 1897, “An original, simple medicines substance, organic or inorganic, whether used by itself in its natural condition or prepared by art, or as an ingredient in a medicine or medicament.”<sup>13</sup> [Una sustancia medicinal original, orgánica o inorgánica, ya sea usada por sus mismas propiedades naturales o preparada a través de una técnica, o bien como ingrediente de una medicina o medicamento]. Según el mismo diccionario drogarse consistía en la mezcla o adulteración de comidas o bebidas con drogas, especialmente un narcótico o una droga venenosa; también era la administración de drogas a una persona con el objeto de pasmarlo o envenenarlo.<sup>14</sup> En ninguna de las dos acepciones encontramos el lazo que ligue a las drogas o al acto de drogarse con un fin hedonista o la creación de un hábito, sólo era terapéutico o venenoso. Lo que sí percibimos es que ya desde entonces se comenzó a usar droga como sinónimo de narcótico u opiáceo.

El desarrollo de la semántica de las drogas y los narcóticos fue influido por un mejor entendimiento de las enfermedades y sus causas, que conllevó a la eliminación de los de opiáceos para el tratamiento de algunas enfermedades. Lo anterior atendió también a la preocupación sobre su principal efecto secundario, es decir, la adicción. La reducción fue posible en el ámbito médico por las nuevas técnicas de diagnósticos y tratamiento que en él se introdujeron,

---

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 117.

<sup>12</sup> David F. Musto, “Pautas en el abuso de las drogas y las respuestas en los Estados Unidos” en: Peter H. Smith (Comp.), *El combate de las drogas en América Latina*, trad. Juan José Utrilla, prologado por Hugo B. Margain, México, Fondo de Cultura Económica, 1993, (Sección de Obras de Política y Derecho), p. 68.

<sup>13</sup> John Parascandola, “The drug habit: the association of the word 'drug' with abuse in American history”, in Roy Porter and Mikulás Teich, *Drugs and Narcotics in History*, *op. cit.*, p.156.

<sup>14</sup> *Ibid.*, p. 158.

pero para cancelar el uso popular que podía rayar en el desenfrenó se pusieron en práctica otros métodos. Principalmente se acortaron los canales de distribución.

La voluntad de reducir el consumo indiscriminado de medicamentos coincidió con la redefinición de la salubridad pública por algunos Estados en el siglo XIX. La salud de las personas se convirtió en un bien público, el proceso que la posicionó como tal data desde el siglo XVIII con base en la teoría de “policía médica” de Johann Peter Frank.<sup>15</sup> En ella se planteó que ciertas condiciones del ambiente o acciones del hombre generaban enfermedades o propiciaban la aparición de epidemias, por lo que la transformación de dichas condiciones resultaba necesaria para prevenir las fatales consecuencias que de ellas podían derivar. El único cuerpo capaz de impulsar esos cambios era el Estado, sobre todo después del proceso de secularización de la vida pública. Los gobiernos se enfocaron en el comportamiento colectivo, así como el ambiente compartido, en vez de en el individuo y su cuerpo; lo anterior permitió la creación de procedimientos sanitarios enfocados en la prevención más que en la cura.<sup>16</sup> El concepto de salud pública se sostuvo sobre los fundamentos filosóficos para los cuales el bienestar de la población es más importante que el del individuo.

El Estado, para poder garantizar la salud pública, estableció programas que propiciaron condiciones de existencia sociales óptimas y adecuadas. Los cambios introducidos a partir de esos proyectos tuvieron como fin el bienestar social, que se traduciría en el progreso general, pues se formarían ciudadanos trabajadores, sostén de sus familias, que no se convertirían en una carga para la sociedad, sino que, por el contrario, contribuirían a su estabilidad y su bienestar tanto espiritual como material a través de su actuación económica y social. La riqueza de una nación se encontraría ahí, en la existencia de una

---

<sup>15</sup> Claudia Agostini, “Enfermedad y persistencia de la medicina doméstica (1810-1910)”, en Alicia Meyer (coord.), *México en tres momentos (1810-1910-2010). Hacia la conmemoración del bicentenario de la independencia y el centenario de la Revolución Mexicana. Retos y Perspectivas*, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2007, Vol. 1, p. 77.

<sup>16</sup> Lloyd F. Novick y Glen P. Mays, *Public Health Administration. Principles for population-based management*, Sudbury, Massachusetts, Jones and Barlett Publishers, 2005, p. 156.

“población sana, numerosa y vigorosa.”<sup>17</sup> Cada individuo se transformaría, si perseguía los fines del interés público, en ejemplo de buen comportamiento, sin vicios, responsable y entregado a las estructuras máspreciadas por el ente público que lo guiaba: la familia y la industria.

Podemos suponer que en torno a estos supuestos fue que los estadistas diseñaron las leyes cuyo objetivo primario fue empujar al hombre a la mejor versión de sí mismo no sólo para su beneficio sino para la colectividad. Sin embargo, el hábito de consumo de drogas rehuía este proyecto. Así pues, la prohibición fue motivada por tres argumentos: a) la adopción de modelos de vida dignos; b) la protección del individuo de los daños que puede producirse y de los que aparentemente no es consciente; c) la defensa social.<sup>18</sup> La prohibición de la que aquí nos ocuparemos será la de las drogas, aunque el alcohol ocupó un lugar en las preocupaciones sobre los efectos adversos en el modelo de progreso social.

La sociedad, además, era concebida como un organismo vivo, y en tanto tal podría sufrir enfermedades, las cuales podían ser fomentadas y propagadas por sus unidades más elementales, o sea, por cada uno de los sujetos que la conformaban.<sup>19</sup> La enfermedad podía deberse a una epidemia de los cuerpos físicos o a una infección en el cuerpo social, su moral y comportamiento ¿Cómo debemos entender esta moral? Consistía en una conducta alejada de la voluptuosidad y de los placeres sensuales, así como de los placeres embriagadores; una actuación de las buenas formas, los buenos modales, de los sujetos trabajadores respetuosos de la propiedad privada.<sup>20</sup> Los crímenes que se atañían más comúnmente a los adictos eran precisamente el robo y la violación, las ofensas más graves fueron las ofensas sexuales y las ofensas en

---

<sup>17</sup> Claudia Agostini “Enfermedad y persistencia ...”, *op. cit.* p.77.

<sup>18</sup> Carlos Santiago Nino, “¿Es la tenencia de drogas con fines de consumo personal una de las ‘acciones privadas de los hombres’?”, en: Pablo de Grieff y Gustavo de Grieff (comps.), *Moralidad, legalidad y drogas*, trad. y pref. Gustavo de Grieff, México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 268.

<sup>19</sup> Elisa Speckman Guerra, *Crimen y Castigo. Legislación penal, interpretaciones de la criminalidad y administración de justicia (Ciudad de México, 1872-1910)*, México, El Colegio de México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2002, p. 95.

<sup>20</sup> *Ibid.*, p. 31,38-39,

contra de la propiedad, esto constituyó la inmoralidad. El ascetismo, la autodisciplina y el bienestar social se confirmaron como los valores a seguir.<sup>21</sup>

Todas las condiciones previamente descritas, los focos de alerta y el ideal del hombre moderno asociado al bien público se conjugaron para que las leyes sobre narcóticos se volvieran más estrictas, para que se pasara del control a la prohibición. Se perfeccionaron los métodos de verificación sobre las recetas, en particular en los datos sobre los médicos. Además, se restringieron aún más los espacios y sujetos habilitados para despachar medicamentos que contuvieran opiáceos. Fue necesaria la reunión de los líderes de distintas naciones para crear acuerdos internacionales que reforzaran las leyes locales a través del control del comercio internacional de narcóticos. Fueron los primeros pasos de persuasión para adoptar un sistema prohibicionista en el mundo con el que no todos concordaban, un sistema de control y fiscalización sobre la venta y consumo de narcóticos. En la cadencia de resistencias e intransigencias se creó un paradigma y se establecieron las directrices a seguir por los Estados que se adhirieron a estos acuerdos. En este periodo tuvieron lugar la Conferencia de Shanghái de 1909 y la Conferencia Internacional de La Haya de 1912. Posteriormente apareció la legislación prohibicionista nacional estadounidense que serviría de modelo para otros países: *The Harrison Narcotic Act* de 1914.

La figura del adicto más difundida, que sirvió para promover ese modelo, fue la del sujeto fuera de control en un estado asocial extremo. Los delegados de estas reuniones tenían consigo esa idea y a partir de ella diseñaron la prohibición. William Collins, delegado de Inglaterra para la convención de La Haya de 1912, opinó que el consumo daba lugar a la “degradación moral, el vicio y el crimen.”<sup>22</sup> Estas declaraciones revelan el vínculo moral/sanitario que motivó la prohibición: el de la epidemia social. Aún se reconoció el valor medicinal de los opiáceos. Precisamente se trató de restringir su uso a fines que lo justificaran, y el placer no podía ser uno de ellos. Tampoco existió una consideración particular hacia aquellos que tan sólo procuraban contrarrestar

---

<sup>21</sup> David T. Courtwright, *Las drogas y la formación del mundo moderno...*, op. cit. p. 255.

<sup>22</sup> Richard Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido...*, op. cit., p. 198.

el mal ocasionado por la abstinencia. La prohibición se estableció sobre la noción de que el adicto se encontraba perpetuamente intoxicado, sobreestimulado y fuera de control. Con estos fundamentos se firmó el Convenio de La Haya de 1912, por el cual el comercio de narcóticos se restringió a canales controlados para que su distribución fuera únicamente para curar una enfermedad legítimamente reconocida como tal.

## **2. Antecedentes del control sobre el consumo de drogas en México. Los Códigos Sanitarios del siglo XIX**

Durante el porfiriato en México la obligatoriedad del control de comercio de sustancias terapéuticas quedó asentado en el Código Penal de 1871, Título 7º, dedicado a los delitos contra la salud pública, según el cual se impondría una multa de \$25.00 a \$500.00 pesos y hasta cuatro meses de arresto a quien elaborara o comerciara sin autorización sustancias nocivas para la salud; también se contempló una pena a los comerciantes de drogas o boticarios que alteraran o falsificaran las medicinas. En el artículo 845 se señaló como delito despachar fraudulentamente una receta o una sustancia.<sup>23</sup> Aquí no se nombró específicamente el opio y sus derivados que entonces no eran considerados nocivos para la salud por sí mismos, sino un remedio legítimo cuando era usado responsablemente. El control de la producción y comercio de medicinas o remedios evitaría que éstos se volvieran peligrosos, venenosos o mortíferos, se disminuiría la adulteración de los preparados medicinales, además de que la venta quedaría en manos de un gremio específico que garantizaría la reducción de riesgos sanitarios por envenenamientos (entendido como la intoxicación o la muerte).

Las leyes mexicanas del siglo XIX no intentaron eliminar el consumo de opiáceos para prevenir la formación de hábito sino de orientar su comercialización y adquisición para que su prescripción quedara en manos de profesionales expertos a fin de evitar cualquier desenlace desafortunado,

---

<sup>23</sup> Art. 841 a 845, *Código Penal para el Distrito Federal y territorio de la Baja California sobre delitos del fuero común y para toda la República Mexicana sobre delitos contra la federación*, Chihuahua, Librería Donato Miramontes, 1883.

principalmente la muerte. Conjugada esta restricción con una campaña de etiquetado se procuró el bienestar del individuo a través de la información sobre las medicinas que compraba para que no sufriera por una ingesta excesiva o inadecuada. Los opiáceos, los alcaloides, la marihuana o los preparados que los contenían se mantuvieron al alcance del público en droguerías, boticas e incluso a través del servicio postal sin necesidad de una receta médica. Bastó con que los consumidores estuviesen al tanto de la composición de su remedio a través de los datos proporcionados en el empaque o envase, donde se daba cuenta de sus ingredientes y, si era el caso, advertía de su peligrosidad; además de que la adquiriera con un distribuidor autorizado. La etiqueta pretendió la educación del público; se proporcionaron los padecimientos a los que el remedio estaba destinado, para que no se vieran más como una panacea si no que se limitó explícitamente su campo de acción. En Estados Unidos se contó con una legislación similar hasta el año de 1906 con la Ley de Alimentos y Drogas Puras en la que se pedía especificar en las etiquetas el contenido preciso de cualquier medicamento o sustancia usada con fines medicinales.<sup>24</sup>

A la par de estas previsiones en el ámbito penal se formularon las directrices del Estado en torno a la salubridad pública al respecto de las drogas y medicinas. Para garantizar la salubridad pública en general el gobierno mexicano fundó en el año de 1841 el Consejo de Salubridad. Este se constituyó como un cuerpo consultivo que dictaba recomendaciones y establecía procedimientos para combatir epidemias, enfermedades contagiosas o contingencias sanitarias que pusieran en riesgo la salud de la población del país. Sus acciones, sin embargo, se desarrollaron en las primeras décadas *de facto*. Para subsanar esta carencia se encomendó la redacción de un Código Sanitario que sirviera tanto de marco jurídico para el organismo como para población mexicana en todo lo que concerniera a la sanidad y salubridad general. El primer código sanitario mexicano vio la luz en 1891.

En él se especificó que el organismo dependía del Ejecutivo y quedó adscrito a la Secretaría de Gobernación. Sus funciones fueron las de un órgano

---

<sup>24</sup> Richard Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido...*, *op. cit.*, p. 199.

colegiado que ya no sólo dictaría recomendaciones, sino que estaría a cargo del cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario, además de prestar asesoría al presidente de la república en este rubro.<sup>25</sup> Los servicios sanitarios se dividieron en federales y locales, ambos quedaron subordinados al Ejecutivo Federal; este último se auxiliaría en los estados de los gobernadores y de los funcionarios sanitarios por ellos designados. Mientras, los servicios sanitarios federales (incluido los del Distrito Federal y los territorios federales) quedarían a cargo del presidente, quien delegó sus funciones a la Secretaría de Gobernación y el Consejo Superior de Salubridad.

El Consejo dictó, en el tenor de sus funciones, medidas para regular la venta de medicinas. El primer objetivo fue proteger a los que utilizaran remedios o medicinas del charlatanismo y el fraude, como ya hemos mencionado. El segundo objetivo era proteger al consumidor de cualquier sustancia que pudiera ser dañina por contener sustancias venenosas, como también planteó el Código Penal. Para la época el concepto de veneno tenía una doble connotación. Una sustancia era venenosa ya fuera por sus características intrínsecas, o bien lo era porque era despachada o tomada en cantidades superiores a las recomendadas, sería equivalente a nuestro concepto actual de sobredosis. En el artículo 206 de este Código de 1871 se anotó “Toda sustancia que se venda como medicamento se despachará en la dosis estrictamente pedida, tendrá las condiciones de identidad, pureza y llevará una etiqueta que diga ‘uso medicinal’, y además el nombre con que se conoce (por ejemplo láudano, sulfato de magnesio, etc.).”<sup>26</sup> El usuario de medicamentos fue protegido ante la venta de un producto distinto al que le habían recetado o de cualquier otro tipo de engaño; por lo que, de acuerdo con el artículo 216, los medicamentos secretos que fueran usados para un fin criminal (usualmente fraude) serían retirados del consumo público.

En el artículo 207 se añadió que los medicamentos peligrosos podían venderse únicamente con prescripción médica, los detalles sobre cuáles

---

<sup>25</sup> Axayácatl Gutiérrez Ramos, “La prohibición de las drogas en México: la construcción del discurso jurídico, 1917-1931”, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1996, h. 22. Tesis de Maestría en Historia.

<sup>26</sup> *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Imprenta de la Patria, 1891, 80 pp.

entrarían dentro de esta categoría se aclararían en reglamentos ulteriores. En tanto no quedó especificado en este Código cuáles eran los medicamentos que se distinguieron por su peligrosidad, podría resultar más que aventurado afirmar que se trataba de sustancias derivadas del opio o de aquellas que más tarde entraron en el esquema de prohibición bajo el rubro de narcóticos o drogas enervantes. No obstante, en vista de la preocupación ya difundida mundialmente sobre los peligros de la adicción o intoxicación, podemos suponer que al menos el jugo de la amapola y algunos de sus preparados podrían haberse considerado en la redacción de ese artículo.

De lo anterior resultó que México actuó para ejercer el control sobre la venta de ciertos medicamentos como lo hicieron otras naciones en este periodo. Su preocupación materializada en las leyes sanitarias pudo haberse debido al reconocimiento del uso inapropiado de ciertas sustancias dentro de la población mexicana, o bien, si para la redacción del Código Sanitario se tomaron como modelo legislaciones internacionales (principalmente europeas), se tomaron previsiones bajo la premisa de que un problema de ese tipo podía desarrollarse en el país. Las autoridades mexicanas del siglo XIX pusieron más atención a los usos inadecuados de los medicamentos, que pudieran acarrear la muerte de las personas, no ponderaron circunstancias tales como el hábito. Por eso también exigieron a los farmacéuticos que se abstuvieran de despachar dosis extraordinarias a menos de que el médico que había elaborado la receta confirmara la cantidad.<sup>27</sup>

Parece que, no obstante las leyes y regulaciones, el objetivo fue difícilmente cumplido tanto en el ámbito local como en el internacional; Mijaíl Bulgakov en *Morfina*, la serie de relatos cortos en los que dio cuenta de su experiencia como médico en las aldeas rusas de principios del siglo XX, mostró como la gente acudía con el doctor para obtener precisamente eso, un remedio eficaz y rápido que acabara con sus molestias inmediatas: querían sólo las gotas o el líquido milagroso. Hasta esa fecha no se percibía negativamente que se comprara un

---

<sup>27</sup> Art., 212, *Ibid.*

preparado que contuviera opio, aunque posiblemente resultaría sospechosa una adquisición prolongada de morfina.

La campaña de etiquetado en diversas naciones permitió descubrir que muchos de los preparados, medicamentos o remedios se comercializaban sin demasiado criterio ni precaución y, de hecho, muchos de ellos no contenían las sustancias necesarias para atacar las enfermedades para las que se promocionaban. Observamos que este tipo de legislación, en México, procuró ante todo la honestidad en la práctica de la preparación y el comercio de medicinas para evitar en lo posible dañar a la sociedad y su salubridad. No se ocupó primordialmente de cuidar al individuo de los riesgos secundarios de consumir una sustancia nociva, una droga.

Los hábitos de consumo de narcóticos dependieron de factores tales como el lugar de residencia, las actividades laborales o lúdicas en las que las personas se involucraban, su poder adquisitivo, su género, la edad que tenían y la clase social a la que pertenecían. El láudano era la sustancia que más se consumía en las zonas urbanas durante el porfiriato, particularmente entre las mujeres, pues fue remedio común contra los dolores de la menstruación y los efectos de la menopausia; se reconocieron algunos efectos secundarios de su uso como la excitación y la creación de fantasías,<sup>28</sup> sin que ello impidiera su utilización periódica y prolongada.

Bastante extendido se encontraba también el uso de marihuana, sobre todo entre la población rural y entre los miembros del ejército. Su consumo no era necesariamente aceptado, pero sí tolerado. Se percibía en los mismos términos que la ingesta de pulque, la *cannabis sativa* era otra sustancia embriagadora. Tanto los fumadores como los bebedores fueron tenidos como sujetos atraídos por el vicio, lo que no los volvía socialmente peligrosos, pero tampoco estimados por la colectividad. Por otro lado, las sustancias derivadas del opio se tomaban porque el médico las recomendaba, porque se contaba con una receta y porque se podía acudir al boticario, droguista o farmacéutico para adquirirla. En la capital de México el consumo de opiáceos, cocaína y marihuana, en diferentes

---

<sup>28</sup> Olga Cárdenas de Ojeda, *Toxicomanía y narcotráfico. Aspectos legales*, México, Fondo de Cultura Económica, 1974, p. 24.

escalas, fue cotidiano y socialmente aceptado incluso después de la revolución.<sup>29</sup> No obstante, el gobierno mostró preocupación por el estado de embriaguez perenne, por alcohol o por las drogas, de algunos individuos.

Los Códigos Sanitarios decimonónicos delimitaron las atribuciones del Estado para intervenir en la vida privada de sus ciudadanos cuando de un asunto de salubridad se tratase. Éstas aumentaron en proporción a la peligrosidad y la amenaza que las condiciones de dicha vida privada representaban para el resto de la comunidad. Así los funcionarios de salubridad pudieron penetrar en los establecimientos comerciales o habitacionales para cumplir con sus obligaciones, siempre y cuando contaran con la autorización legal. Su intromisión resultaba más violenta cuando se constituían en autoridad máxima para dictar medidas de prevención en casos de emergencia, lo que supeditaba a su vez a otros poderes a su dirección.

En la primera década del siglo XX se publicó el último Código Sanitario del periodo porfiriano, en el año de 1903. En éste se estableció la prerrogativa del Ejecutivo para legislar sobre asuntos sanitarios, lo que confirmó el centralismo de las regulaciones estatales en este ámbito, así como el aumento en los alcances del gobierno sobre la salud de los particulares. El nuevo cuerpo de leyes se confirmó las respectivas jurisdicciones y funciones de las autoridades locales y federales, que ya habían sido enunciadas en el Código Sanitario de 1891. En lo que concierne al control de drogas y medicamentos se dieron algunos indicios de lo que se tuvo por sustancia nociva: aquella que alteraba la salud porque causaba algún daño al cuerpo humano, o bien porque no se había comprobado científicamente su inocuidad, ya fuera en sus efectos inmediatos o tardíos.<sup>30</sup> Esta descripción, sin embargo, quedó asentada en el artículo 124, que se refería a los comestibles, no a los medicamentos ni a los narcóticos en específico. No obstante, las mismas consideraciones pudieron tenerse para restringir el comercio de ciertas medicinas consideradas igualmente nocivas.

---

<sup>29</sup> Ricardo Pérez Montfort, *Yerba, goma y polvo. Drogas, ambientes y policías en México 1900-1940*, México, Ediciones Era, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1999, p. 9.

<sup>30</sup> *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Imprenta de Eduardo Dublán, 1903, 88 pp.

También en este Código se impusieron más regulaciones para la venta de medicinas. Sucedió, como en otros países, que se mantuvo bajo control del gremio de profesionales de la salud; en adelante sólo los farmacéuticos o los médicos estarían autorizados para expedir medicamentos, y en caso de alguna inconveniente, serían responsables civiles o criminales. El control de la venta de medicamentos fue la estrategia puesta en marcha para evitar la automedicación, además de relegar el tratamiento de ciertas enfermedades por medios hasta entonces reconocidos como tradicionales. Obedeció a un proceso de higienización y homogeneización en pos de la sanidad pública, es decir, a una labor uniforme de prevención con el fin de mantener condiciones salubres adecuadas que evitaran la propagación de enfermedades, de esta manera el cuerpo de los sujetos pertenecía al Estado y debió protegerse según las disposiciones de éste.

Cuando se vendieran dosis extraordinarias, el Código de 1903 previó que el farmacéutico conservara la receta original, de nuevo, para controlar con el médico y verificar con las autoridades sanitarias alguna anomalía, de acuerdo con los artículos 224 y 225. Aunque en este caso no se especificó cuáles eran los medicamentos cuyas dosis debían controlarse ni cuál era el objetivo por el que se retenía la receta. Pudo haber sido para fincar posteriores responsabilidades por el uso de esa sustancia en algún acto delictivo, el asesinato, por ejemplo, pues el consumo hedonista no quedó acotado como un acto criminal, a pesar de que pudiera resultar un acto moralmente reprobable.

Ni en el Código Sanitario ni en el Código Penal el uso de opiáceos fue incluido como un acto inapropiado, indeseable o criminal, como sí ocurrió con el comercio de ciertas sustancias, dentro de las que podían estar también el cianuro y el mercurio. Los artículos de ambos cuerpos legislativos hicieron referencia a sustancias nocivas en general y dicha condición fue expresada en términos de envenenamiento. El uso de ciertas sustancias para lograr un cierto efecto pudo considerarse como una forma de envenenar al cuerpo, como una oposición al fin curativo para el que eran creadas o vendidas. La acción que resultaría del consumo no terapéutico sería envenenamiento en tanto se modificaban atípicamente las reacciones físicas y psicológicas del usuario. Esta

interpretación se encuentra en el límite de la palabra y la manera que era utilizada en la legislación pudo aproximarse al acto del consumo sin que esto significara la existencia de un uso sostenido o estadísticamente significativo en la población, en suma, sin que fuera un hábito. De hecho, algunos autores señalan el problema del consumo, para esta fecha, como prácticamente inexistente.<sup>31</sup>

Podemos observar que la legislación sanitaria nacional estableció precedentes para el control de prescripciones de sustancias que consideraba individual y socialmente peligrosas; al mismo tiempo que dotó a las autoridades de prerrogativas para incidir sobre distintos ámbitos de la vida de los ciudadanos, incluido el privado, así como en los otros poderes de la república. Ésta apareció junto con otras leyes internacionales, como las de Prusia e Inglaterra en las que se establecieron parámetros de restricción para la libre venta al público de opiáceos.<sup>32</sup> Estados Unidos retomó la tradición legislativa de control y la llevó a otro nivel, a partir del Convenio Internacional de La Haya de 1912. México se adhirió a dicho acuerdo. El gobierno de Francisco I. Madero envió como delegado de la convención a Federico Gamboa, quien respaldó los planteamientos prohibicionistas de narcóticos de Estados Unidos, que en ese escenario fue el principal promotor, sin embargo, los acuerdos se ratificaron hasta 1924 por el Congreso mexicano y entraron en vigor al año siguiente. Los conflictos locales e internacionales atenuaron las consecuencias de la prohibición planteada por la Conferencia de la Haya. Mientras que en algunos países se aminoraron los controles por la Primera Guerra Mundial, en México se suspendieron totalmente debido al proceso revolucionario.

El relativo alejamiento de Estados Unidos de conflictos bélicos o enfrentamientos militares destructivos, domésticos o mundiales, durante el

---

<sup>31</sup> Michael S. Werner (ed.), *Concise Encyclopedia of Mexico*, New York, Rutledge, 2015, p.174.

<sup>32</sup> En Inglaterra se promulgó la *Pharmacy Act* en 1868, en la cual se restringió la venta de opiáceos sólo a través de los farmacéuticos, así mismo se les solicitó que mantuvieran un registro de las ventas que realizaban. Penny Howes (Ed.), “Drug Policy in the U.K.: from the 19<sup>th</sup> century to the present day” en: *Drugs of dependence: the role of medical professionals, Report of the British Medical Association [Drogas de dependencia: el rol de los profesionales medico. Reporte de la Asociación Médica Británica]*, BMA- Board of Science, [s.l.], p. 87. Consultado en: [file:///C:/Users/grupo%20rego/Desktop/drugsofdepend\\_roleofmedprof\\_Jan2013.pdf](file:///C:/Users/grupo%20rego/Desktop/drugsofdepend_roleofmedprof_Jan2013.pdf), 15 de Mayo 2016.

periodo de formulación abierto en los años posteriores a la Conferencia de la Haya (1912) permitió a los interesados de esta nación enfocarse en el asunto y formular una legislación más detallada sobre el control del comercio para evitar la adicción que se consolidó en *The Harrison Narcotic Act* [Ley Harrison], aprobada el 17 de diciembre de 1914. Fue de los códigos pioneros que detallaron sustancias, procedimientos y sanciones con el fin de impedir el consumo indiscriminado de narcóticos, para evitar sus efectos adversos en el individuo y la sociedad.

La [Ley Harrison] fue presentada como una norma fiscal que discursivamente no planteó como su objetivo principal la prohibición del consumo de ciertas sustancias identificadas con los narcóticos, sin embargo, la restringió a usos médicos. Estableció un impuesto de 1.00 dólar a quien produjera, manufacturara, importara, elaborara compuestos, dispensara, vendiera o distribuyera en cualquier forma opio, hojas de coca, sus sales o sus derivados.<sup>33</sup> El reciente empuje internacional que Estados Unidos había dado a las medidas de control sobre el opio impidió entender esta nueva legislación como un simple ejercicio de tasación. Sus disposiciones manifestaron la intención por controlar cada uno de los eslabones involucrados en la cadena de producción, distribución y consumo de esas sustancias a partir de los registros elaborados para los recaudadores de impuestos. Los implicados en esta actividad debieron dar a conocer su identidad y los lugares en los que llevaban a cabo sus negocios. Si fabricaban, debían contar con un permiso para tal fin, igualmente si alguna persona o corporación se dedicaba a la importación o exportación de estas sustancias.

Las leyes estadounidenses tuvieron una lógica punitiva contra los infractores, con el fin de proteger a la gente que se encontraba alejada del consumo de los narcóticos, quienes además no pertenecían a las minorías consumidoras con las que se identificaba a los usuarios habituales a las drogas. En Estados Unidos se tendió a asociar el consumo de opio, cocaína y marihuana con ciertos grupos; al primero con los chinos, al segundo con los

---

<sup>33</sup> Capítulo. 1, Sec. 1, *Harrison Narcotic Tax Act* [Ley Harrison], 1914, consultado en: [https://www.naabt.org/documents/Harrison\\_Narcotics\\_Tax\\_Act\\_1914.pdf](https://www.naabt.org/documents/Harrison_Narcotics_Tax_Act_1914.pdf); 1 de agosto 2015.

afroamericanos y al tercero con los mexicanos. La asociación manifiesta un vínculo racial, pero no sólo pues los blancos estadounidenses también protestaron contra los blancos irlandeses a quienes culparon de alcohólicos. La relación vicio-grupo étnico eran artificialmente utilizada por los trabajadores blancos anglosajones que veían en estos grupos potenciales amenazas en el mercado laboral.<sup>34</sup>

En esta primera legislación se atacó el comercio y la distribución. No se consideraron las condiciones que permiten el consumo, se elaboró un fetiche de la adicción en la droga y se desvinculó al adicto del proceso de control del consumo, como si éste dejara de existir junto con la sustancia. Su carácter unificador de las premisas ya consideradas por otras leyes en otros contextos nacionales la hicieron paradigmática. Sin embargo, es importante recalcar que no fue un modelo impuesto sino la consolidación de un arquetipo legislativo que ya se había ensayado en distintos grados y variantes en otras naciones, como México. La legislación sí contribuyó a una nueva identificación y conceptualización del adicto, la adicción y los narcóticos.

Para 1916 la expresión *drug habit* [hábito por las drogas] apareció en el *Index Medicus* como la acción repetida del consumo de narcóticos. La necesidad de los opiáceos o la cocaína para el tratamiento de algunas enfermedades fue poco a poco disminuida. La mejora del diagnóstico y la identificación de enfermedades se replicó en las condiciones de higiene en las ciudades. También se demostró la ineficacia de la heroína y de la cocaína para tratar la adicción a la morfina o como analgésico. Como consecuencia, la primera no pudo producirse o comercializarse, primero en Estados Unidos en el año de 1924 y después en el resto del mundo siguiendo la recomendación de la Conferencia Internacional del Opio de 1925 celebrada en Ginebra.

---

<sup>34</sup> Kathleen Averhahn, "The Split Labor Market and the Origins of Antidrug Legislation in the United States?", *Law and Social Inquiry*, Chicago, Blackwell Publishing Ltd., Vol. 24, No. 2., 1999, p. 414-417

### **3. La Prohibición de las drogas en México**

#### **3.1 Antecedentes constitucionales y Ley de Secretarías de Estado**

La conclusión de la Revolución Mexicana supuso una transformación de las estructuras políticas y sociales del país. El parteaguas voluntariamente establecido apuntó a diversas realidades, el *deber ser* posrevolucionario se sostuvo en la renovación de algunos aspectos morales que, presumiblemente, estuvieron en decadencia durante el porfiriato. Este discurso abonó al esfuerzo renovador y la imagen que de sí y su proyecto promovieron los gobiernos emanados la revolución. El nuevo núcleo de poder conduciría los destinos individuales para lograr un fin mayor, el fin colectivo. Los paradigmas teóricos, jurídicos y prácticos tendrían un carácter social, el cual quedó expresado en la Carta Magna, el pacto jurídico fundacional en el que se concentró todas las intenciones modernizadoras del México a partir de 1917.

El afán reformista proscribió la embriaguez y el vicio. Éste se entendió como el consumo compulsivo y voluntario de una sustancia para obtener un placer desahogado y prolongado; su objetivo era eminentemente hedonista, no había una causa subyacente que justificara el consumo. El proyecto social de la Constitución de 1917 demandó la protección de la sociedad de aquellos individuos que pudieran actuar en detrimento de este ideal modernizador y propiciarán la “degeneración” de la población mexicana. En particular se señaló al alcohol, pues su uso estaba más popularizado, y en tanto tal se convertía en la fuente principal de corrupción de la “raza”. Pero también se tenían en cuenta a otras sustancias.

Así pues, en el artículo 73º constitucional, inciso XVI, se anotó que “El Congreso tiene facultad para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización e inmigración y salubridad general de la República.” En dicho inciso se delegó dicha Facultad al Consejo de Salubridad General, el cual tenía las siguientes funciones:

**1º** El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en todo el país.

**2º** En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad

tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la república.

**3º** La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

**4º** Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran a la raza serán revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan<sup>35</sup>

La prohibición no está enunciada explícitamente en la Constitución, sólo las facultades del Consejo de Salubridad que entonces pudo legislar acorde a su criterio. Las nuevas atribuciones de este organismo, entre las que fue incluida la campaña contra el alcohol y el envenenamiento, requirieron de un cuerpo de normas mucho más amplio, pues sus nuevas responsabilidades rebasaron el carácter en mayor parte consultivo que hasta entonces había tenido. Con el fin de contar con un organismo administrativo acorde se creó en 1917 el Departamento de Salubridad. Éste sería una dependencia dependiente del Ejecutivo con las siguientes funciones, según la Ley de Secretarías de Estado de 1917:

Artículo 1º Para el despacho de los negocios de orden administrativo de la Federación, habrá siete Secretarías de Estado y cinco Departamentos.

Artículo 10º Corresponde al Departamento de Salubridad Pública:

- Legislación sanitaria de la República.
- Policía sanitaria de los puertos, costas y fronteras.
- Inspección sobre las sustancias alimenticias.
- Preparación y aplicación de vacunas y sueros preventivos y curativos.
- Vigilancia sobre venta y usos de sustancias venenosas.
- Drogas y demás artículos puestos en circulación.
- Medidas contra enfermedades contagiosas.
- Medidas contra el alcoholismo.
- Congresos Sanitarios.<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917. Consultado en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2802/8.pdf> 11 de noviembre de 2016.

<sup>36</sup> Ley de Secretarías de Estado de 1917, Art. 10º. Consultado en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/57/doc/doc21.pdf>; 3 de agosto de 2015

Tanto en esta ley como en el artículo 73° constitucional la cuestión de los opiáceos, la cocaína y la marihuana fue ambigua. No fue explícito por qué una sustancia era venenosa ni cuáles sustancias caían dentro de esta categoría. Tan venenoso resultaba un remedio preparado en condiciones insalubres como uno preparado con una dosis mortal. Las legislaciones internacionales junto con algunas nociones tácitas sobre el envenenamiento pudieron encauzar acciones directas sobre su comercio. Sin embargo, la libertad de interpretación a la que dio lugar la redacción de la legislación a este respecto las colocaba todavía dentro del marco de la tolerancia, según los usos y costumbres que hasta entonces se seguían en su utilización.

En 1919 el Consejo de Salubridad anunció que emprendería una campaña “[...] para atacar el vicio de la intoxicación [...]”.<sup>37</sup> Se revela la intención de procurar la sobriedad sin apuntar de qué sustancias, sólo la condición. Si el vicio es la intoxicación el problema es el exceso, no el consumo; la embriaguez, no la adicción. Reitero, las leyes mexicanas tuvieron como objetivo evitar la “degeneración” de la sociedad mexicana, el gobierno y sus instituciones reconocieron el consumo desenfrenado de algunas sustancias, sin identificar cuáles, como un peligro para la realización de este objetivo, pero no se había ligado éste a la adicción. Dicha degeneración era entendida (en la legislación y en las instituciones) como una deformación de un ideal primitivo, por la que los afectados extenderían su condición nociva a través de su código genético, lo que condenaría a la raza humana como un todo.<sup>38</sup> La prohibición todavía no estaba consolidada, faltaba la estabilización del Estado que garantizara los instrumentos para que ésta, y otras acciones en la que su intervención debía ser directa, fueran cabalmente llevadas a término.

### **3.2 El lustro de los decretos**

Una de las cuestiones que requirió la cooperación internacional fue el recién instaurado control de venta, compra y consumo de narcóticos, que se reafirmó

---

<sup>37</sup> Ricardo Pérez Montfort, *Yerba, goma y polvo...*, *op. cit.*, p. 16

<sup>38</sup> Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General de La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2009, p. 63.

tras el compromiso de las naciones de seguir el modelo de prohibición consolidado entre 1912 y 1914 tras la firma del Tratado de Versalles en 1919, el que impulsó el control sobre la distribución de narcóticos. Entonces, el Estado mexicano se encontraba en dos etapas de la prohibición al mismo tiempo, pero en diferentes escenarios. En el ámbito internacional parecía que se encontraba ya en el momento de la ejecución, pero la revolución mexicana lo había dejado rezagado en el ámbito nacional, primero, en la formulación de una legislación prohibicionista explícita y, por ende, todavía lejano del momento de aplicarla.

El Departamento de Salubridad cubrió las carencias del Código Sanitario de 1903 con decretos, que iban desde la disposición de cadáveres hasta la notificación de enfermedades infecciosas. Eran elaborados por el Departamento y posteriormente sancionados por el Ejecutivo y sirvieron como base de los futuros códigos sanitarios.<sup>39</sup> Los decretos sirvieron a su vez para normar el control de narcóticos, de esta forma fue hasta 1920 que se dictaminaron preceptos antinarcóticos en la legislación mexicana pos constitucional. Venustiano Carranza ya había decretado en 1916 la prohibición para importar opio, pero la medida no tuvo continuidad.<sup>40</sup>

Después Álvaro Obregón (1920 y 1923) y Plutarco Elías Calles (1925), emitieron cada uno decretos que siguieron el tenor de la restricción del comercio y el cultivo; para ello establecieron límites de adquisición y fijaron puertos de entrada. Primero, en marzo de 1920 se demandó de cualquier comerciante de opiáceos y cocaína que contara con un permiso para su importación y su venta al detalle. Debieron iniciar también un registro sobre las transacciones en el que se diera cuenta fiel de su inventario, mismo que sería inspeccionado por el Departamento de Salubridad; se incluyó una limitación para el cultivo de la adormidera, así como una prohibición tajante para la siembra de la planta de marihuana. Poco después, en 1923 Álvaro

---

<sup>39</sup> José Álvarez Amézquita [Miguel E. Bustamante, Antonio López Picazos y Francisco Fernández del Castillo, *et al.*, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, 4 t., México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, tom. II, p. 176.

<sup>40</sup> Michelle S. Werner, *Enciclopedia concisa...*, *op.cit.*, p. 173

Obregón dejó en manos exclusivas del Estado el comercio de opiáceos y cocaína, junto con sus derivados.<sup>41</sup>

Después en 1925 Plutarco Elías Calles devolvió el comercio a los particulares, especificó las sustancias prohibidas para su importación (opio, morfina, cocaína, adormideras, hojas de coca, así como las sales y derivados de estas sustancias); a su vez se establecieron los límites de tales drogas en los remedios y medicamentos. Por último, se enlistaron las aduanas por las que podría llevarse a cabo la importación,<sup>42</sup> así como programas de recompensas para las delaciones contra los infractores de estas leyes.<sup>43</sup> Toda la regulación se dio en los términos de la compra/venta, lo que según la perspectiva dominante redundaría en el consumo.

La Revolución había dado a los vencedores las herramientas discursivas para oponerse a los mandatos directos de Estados Unidos,<sup>44</sup> sin que eso significara un rechazo absoluto del modelo político, económico y social del capitalismo liberalista estadounidense. Lo cierto es que los gobiernos pos revolucionarios de la década de los veinte no eran contrarios a la propiedad privada ni a la inversión extranjera, tanto Plutarco Elías Calles como Álvaro Obregón admiraban la industria norteamericana y buscaban que ésta tuviera presencia en México.<sup>45</sup> Sus reformas tampoco contradecían radicalmente las posiciones políticas estadounidenses, y en algunos temas incluso resultaban compatibles. El nativismo, la prohibición y el anti-catolicismo estadounidenses tuvieron sus contrapartes en México con el nacionalismo, la moderación y el anticlericalismo.<sup>46</sup> Ya fuera que esta proximidad se originara por un comportamiento similar ante fenómenos parecidos o, como señala Alan Knight,

---

<sup>41</sup> Decreto presidencial, Álvaro Obregón, México, 2 de marzo, Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad (AHSSA), Fondo Salubridad Pública (FSP), Sección: Servicio Jurídico Consultivo (SJC), Caja 2, Expediente 2; Decreto de Álvaro Obregón, 1923, AHSSA, FSP, SJC, Caja3, Expediente 2.

<sup>42</sup> Copia del Decreto, Plutarco Elías Calles, 8 de enero de 1925, AHSSA, FSP, SJC, Caja 2, Expediente 3.

<sup>43</sup> Propuesta de recompensa para quien delatara a infractores del decreto de 2 de marzo, AHSSA, FSP, SJC, Caja3, Expediente 3, Expediente 5

<sup>44</sup> Alan Knight, "Cómo lidiar con el sistema político estadounidense. Una visión histórica 1910-1995" en: Rodolfo O. de la Garza y Jesús Velazco (coords.), *México y su interacción con el sistema político estadounidense*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas-Miguel Ángel Porrúa, 2000, p. 45.

<sup>45</sup> *Ibid*, p. 41.

<sup>46</sup> *Ibid*, p. 36.

México se encontrara atraído por los modelos culturales y materiales de Estados Unidos, los cuales adaptaría a su realidad específica.<sup>47</sup>

Hubo un enfoque compartido en lo que concernía al control de narcóticos, lo que dio lugar al desarrollo de marcos jurídicos similares. Al mismo tiempo que se establecieron procedimientos detallados para el comercio internacional de narcóticos y cocaína, se acrecentaron las medidas reguladoras internas para detener el comercio doméstico. El decreto del 2 de marzo recalcó la relación vicio-degeneración que estuvo contenida en los distintos marcos legales internacionales y nacionales. Fue en el ámbito local que se estableció cierta distancia, particularmente en el trato que se le dio al adicto en México, en comparación con el dado en Estados Unidos. Además, se incluyó aquí a la marihuana dentro de las plantas prohibidas para el cultivo, un paso delante de México respecto al resto de las naciones que ya habían asumido el prohibicionismo.

Los decretos fueron necesarios toda vez que el Código Sanitario y el Penal vigentes eran aquellos del Porfiriato, en los que la prohibición del comercio de sustancias no estaba contemplada de manera explícita y detallada, sólo el control y la regulación de medicamentos que pudieran resultar peligrosos por resultar venenosos. El camino que siguió el gobierno mexicano para la redacción de leyes antidrogas por ello tendió a la preponderancia normativa del ejecutivo sobre el legislativo, en virtud de la urgencia operativa que algunas secretarías demandaron, particularmente aquellas que proveían servicios directos a la sociedad. El Departamento de Salubridad se ajustó al paradigma en el que una burocracia técnica actuaba, como la ley lo preveía, con la facultad legislativa del ejecutivo. Sus operaciones se sustentaron, como hemos visto en el artículo 73° de la Constitución de 1917 y en la Ley de Secretarías de Estado de ese mismo año; junto con el compendio de decretos emitidos desde 1916 y el Código Sanitario de 1903, todo lo cual constituyó hasta 1926 su marco jurídico para el combate del comercio y consumo tanto de opiáceos como de marihuana, además de la cocaína y sus derivados.

---

<sup>47</sup> *Ibid*, p.43.

#### **4. La ejecución de la prohibición**

##### **4.1 El Departamento de Salubridad. Estructura y jurisdicción**

De acuerdo con Gabriel Miranda, Jefe del Departamento de Salubridad en los primeros años de la década de los 20, el individuo debía someter sus asuntos particulares a la comunidad, la enfermedad era un asunto colectivo; y su objetivo principal fue reducir la mortandad.<sup>48</sup> Los recursos materiales se dispusieron para tener la infraestructura y los recursos humanos necesarios, así como para capacitar al personal indispensable para prevenir la propagación de enfermedades. Ya fuese con recursos del erario o de organismos privados, como la Fundación Rockefeller, que contribuyó con dinero y entrenamiento, particularmente en las campañas contra la fiebre amarilla.<sup>49</sup> La toxicomanía fue una de las tantas enfermedades que debían combatirse. En 1922 en una reunión de delegados sanitarios se exhortó a las autoridades locales y federales a que emprendieran campañas contra ésta.

El Departamento de Salubridad se constituyó como una entidad federal, encargada de dictar las normas generales de salud, que más tarde debían ponerse en práctica por los organismos sanitarios estatales. En el caso del Distrito Federal y de los territorios federales el cumplimiento de la ley de salubridad fue responsabilidad del mismo Departamento. Allí contó con inspectores y se auxilió de los miembros del gobierno local. En los estados intervino sólo cuando su ayuda fue solicitada, como en los casos de epidemia. La campaña contra el alcoholismo y las sustancias que envenenaban a la raza (según el propio término empleado por las autoridades) se equiparó, en algunos casos, a éstas.

Mientras las autoridades nacionales se esforzaban por proporcionar un marco legislativo y administrativo que las volviera operativas en los asuntos sanitarios en general y la toxicomanía en particular, las restricciones internacionales relativas a las drogas enervantes aumentaron. En 1925 se firmó una nueva convención que limitó la producción de narcóticos únicamente para fines médicos y científicos lo que trajo como consecuencia la disminución de su

---

<sup>48</sup> José Álvarez Amézquita [et al.], *Historia de la Salubridad y de la asistencia en México, op. cit.*, 142.

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 155.

producción en el mundo.<sup>50</sup> Las sustancias cuya fabricación se restringió fueron la morfina, la diacetylmorfina o heroína, la cocaína y el eucodal, junto con sus sales y derivados. A razón de esta medida se solicitó a las naciones un cálculo de las cantidades que de dichas sustancias requirieran, para así regular la importación y exportación, además de establecer de manera precisa la cantidad de esas drogas que debía producirse.

También ese año se emitió el reglamento del Departamento de Salubridad Pública, que entró en vigor el 1 de enero para sustituir el reglamento del Consejo de Salubridad de 1892. Ahí se enunció cómo se dividiría su administración internamente; por un lado, quedaron los servicios y por el otro las campañas. Los servicios eran oficinas dedicadas a actividades de prevención permanentes sobre asuntos generales, mientras que las campañas serían proyectos contingentes, puntuales y perecederos. Los responsables de los servicios formaban parte del Consejo de Salubridad, junto con el Jefe del Departamento. Los funcionarios miembros del Consejo de salubridad pudieron presentar iniciativas de Reglamentos y demás disposiciones concernientes al Código Sanitario. El Jefe del Consejo dirimía los debates de las sesiones del Consejo, una vez que llegaban a un acuerdo se presentaban los proyectos de ley al presidente.<sup>51</sup> El Jefe del Departamento de Salubridad no sólo orquestaba la redacción de leyes, podía también resolver los conflictos no previstos por los reglamentos. También dictaba los reglamentos internos de los distintos servicios, a los que normaría por medio circulares.<sup>52</sup>

La reglamentación del Departamento de Salubridad permitió las labores de redacción de un nuevo Código Sanitario que estuvo listo en 1926. Éste sirvió para resolver los vacíos legales y conjuntar la nueva legislación producida en el lustro de los decretos. El Código Sanitario se creó desde el poder Ejecutivo, a partir de las atribuciones legislativas que le otorgaba la Constitución de 1917. Así pues, un órgano específico de este poder, el Departamento de Salubridad,

---

<sup>50</sup>“Convention for limiting the manufacture and regulating the distribution of narcotic drugs”, en: *The American Journal of International Law*, Massachusetts, vol. 28, no.1, Supplement: Official Documents, January 1934, p. 22.

<sup>51</sup> *Diario Oficial de la Federación*, 4 de diciembre de 1926.

<sup>52</sup> José Álvarez Amézquita [et al.], *Historia de la Salubridad y de la asistencia en México*, op. cit., p. 213

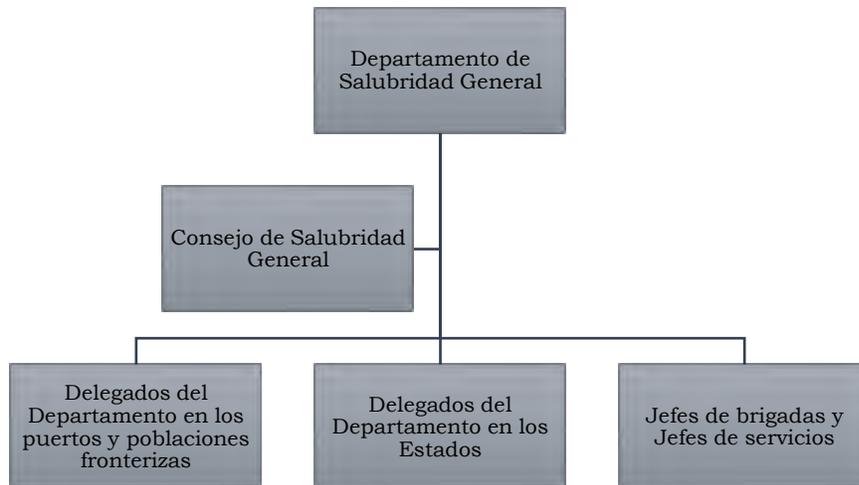
emprendió su formulación. La especificidad del tema, la demanda de conocimientos técnicos y científicos que requerían las reglas o disposiciones para combatir enfermedades, elaborar medicinas, implementar medidas de higiene, etc., favoreció este estilo legislativo del Ejecutivo; en él un pequeño grupo de especialistas deliberaba, formulaba y promulgaba. El ejecutivo también estuvo a cargo de la expedición de los reglamentos de salubridad (que actuarían sobre los artículos del Código Sanitario), a propuesta del Departamento de Salubridad que se aplicaron en el Distrito y los territorios Federales.

De acuerdo con el nuevo código la jurisdicción de la acción sanitaria del Departamento de Salubridad no cambió respecto a aquella que tenía el Consejo de Salubridad en el Código de 1903, se ejercería en el ámbito federal por el presidente y el departamento, mientras que en el ámbito local los gobiernos de los estados estarían a cargo, a excepción de algunos temas, en los que el consumo de narcóticos estaba comprendido.<sup>53</sup> Los funcionarios al frente de cada servicio del Departamento tuvieron una responsabilidad dual; operaron proyectos, programas y acciones para garantizar la salud de la población, por un lado; y, por el otro, aconsejaban, asesoraban e informaban dentro del Consejo. Al frente del Departamento quedó un Jefe, quién acordaba directamente con el Ejecutivo, éste Jefe fue el presidente del Consejo de Salubridad; asimismo el Secretario del Departamento sería el Secretario del Consejo y los Jefes de los servicios quedarían como los vocales del Consejo.<sup>54</sup> Desde el Consejo se ratificarían los procedimientos que el Departamento debía seguir de forma cotidiana (Ver Diagrama 1).

---

<sup>53</sup> *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Imprenta de M. León Sánchez, 1926.

<sup>54</sup> Art. 10 – Art. 14, *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, *op. cit.*, 1926,



**Diagrama No. 1 . La estructura del Departamento de Saubridad.**

El conjunto de atribuciones que entonces tuvo el Departamento de Salubridad para la enunciación de leyes, junto con los amplios poderes que podía adquirir en un estado de excepción, como una epidemia, han permitido calificar los mecanismos de su gestión como los de una “Dictadura Sanitaria”, concepto acuñado por y desde el Estado.<sup>55</sup> Ello no significó una abierta carta blanca para que actuara desvinculada o sin contrapesos de los otros poderes; se trataba más bien de una ampliación considerable de su autoridad ante escenarios de extrema necesidad. Lo dictatorial ocurría cuando una situación de ese tipo era definida o identificada, no había un parámetro o criterio preciso. No obstante, el Código Sanitario intentó acotarlo.

Las especificidades técnicas de la labor del Departamento le permitieron gozar de una autonomía e independencia que le posibilitaba determinar toda una serie de políticas públicas y procedimientos administrativos. Desde 1925 el presidente Calles había ratificado las facultades extraordinarias que el Departamento de Salubridad debía tener de manera ordinaria sobre los ciudadanos, a propósito de un decreto para la vacunación antivariolosa. Para el ejecutivo la intervención federal en los asuntos de salubridad no debía ocurrir únicamente cuando una epidemia explotara con el fin de detenerla. La acción

<sup>55</sup> María del Rosario Huerta Lara, “La dictadura sanitaria o la estatalización de lo biológico”, en: *Revista Letras Jurídicas*, Xalapa, Ver., Centro de Estudios sobre Globalización y Seguridad de la Universidad Veracruzana, No. 22, Año 11, Julio-Diciembre 2010, p. 6, consultado en: <http://www.letrasjuridicas.com/Volumenes/22/rhuerta22.pdf>, 27 de Septiembre 2013.

del Estado no debía limitarse a la contención, debía sobre todo anticiparse y ocuparse de la prevención, de cuidar de todos los posibles focos de riesgo. Ello implicaría una tarea constante sobre una gran gama de aspectos de la vida cotidiana de los particulares. Para el presidente Plutarco Elías Calles el Departamento de Salubridad tendría que robustecerse y sus facultades extenderse para abarcar cada uno de los espacios que amenazaran a la salubridad general.<sup>56</sup> En los estados las autoridades debieron subordinarse a la autoridad federal en los temas que se consideraban de su exclusiva jurisdicción, así como en las situaciones de emergencia.<sup>57</sup> La lucha contra las toxicomanías fue entendida en este tenor.

#### **4.2 El Código Sanitario y la legislación antinarcóticos**

El Capítulo Sexto del Libro Primero del Código Sanitario se ocupó de las drogas enervantes, nominativo que desde entonces se les dio a los opiáceos, la coca y sus derivados, la marihuana, así como las demás sustancias, sintéticas o naturales, que el Estado mexicano consideraría en adelante como peligrosas para su consumo por sus riesgos adictivos o intoxicantes:

El comercio, la importación, exportación, elaboración, posesión, uso, consumo, y en general todo acto de adquisición, suministro o tráfico de cualquier clase que se haga con drogas enervantes en la República queda sujeto:

- I. A los tratados y Convenios Internacionales que sean de observancia obligatoria para el país
- II. A las disposiciones del Consejo de Salubridad General
- III. A las circulares y demás disposiciones que dicte el Departamento de Salubridad para la mejor observancia de tales convenios, tratados y leyes de que hablan las fracciones anteriores.<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> José Álvarez Amézquita [et al.], *Historia de la Salubridad y de la asistencia en México op. cit.*, p. 223-226

<sup>57</sup> También quedaron en esta categoría los agentes aduanales, los directores médicos de los hospitales públicos, los jueces del registro civil y sus médicos consultores, los miembros de los servicios de policía y las demás autoridades administrativas del país. Su tutela podía incluir además a los agentes consulares que se encontraran en el exterior y al servicio médico sanitario de la Secretaría de Guerra y Marina (con sus dependientes). Artículo 19, *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos 1926, op. cit.*

<sup>58</sup> *Idem.*

Así versaba el artículo 197 del Código. Para 1926 México apenas había ratificado la Primera Convención del opio de 1912. No formó parte de las naciones que debatieron y firmaron la Segunda Convención en 1925, posiblemente porque no formaba parte de la Sociedad de las Naciones, organismo que promovió las convenciones para atender el problema de narcóticos a partir de 1919; además de que en ese periodo México sufría los estragos de grandes y pequeñas rebeliones en su territorio, además de que el reconocimiento del gobierno por Estados Unidos era reciente y no se encontraba totalmente consolidado. Sin embargo, algunas de sus recomendaciones y obligaciones ya se habían puesto en práctica en el país. Las drogas que se someterían a control para las operaciones de distribución y consumo serían, de acuerdo con el artículo 198:

- a) Opio en sus derivados y formas,
- b) Opio preparado para fumar,
- c) Morfina, sus sales y derivados,
- d) Cocaína, sus sales y derivados,
- e) Heroína, sus sales y derivados,
- f) Adormideras,
- g) Hojas de coca,
- h) Marihuana en cualquiera de sus formas
- i) Los preparados que contengan algunas de las sustancias señaladas anteriormente.

No fue una lista definitiva, el gobierno podía agregar las nuevas sustancias que se usaran “viciosamente”, envenenaran al individuo o degeneraran “a la raza”. En la Convención Internacional del Opio de 1925 se sujetó por primera vez el cannabis, planta de la marihuana, a la prohibición. La legislación mexicana la había proscrito desde los primeros decretos de la década de los veinte. Ese es el ejemplo más claro de la adaptación del modelo prohibicionista a una circunstancia que resultaba predominante en el territorio mexicano con respecto a otros países. Las autoridades mexicanas consideraron el hábito de la marihuana como el del alcohol. Era el pulque y los cigarros de marihuana el

objeto tanto de la adicción como de la embriaguez, fuente de la degeneración de los mexicanos, además de que los consumidores de ambas eran predominantemente miembros de las clases populares. Debemos señalar que fue la primera vez que al envenenamiento y a la degeneración se añadió el “uso vicioso”, de suerte tal que el consumo por placer es finalmente explícito como falta o delito.

La nueva legislación sanitaria ratificó el uso de las drogas enervantes sólo para fines médicos o científicos. La marihuana, la heroína y el opio preparado para fumar se rechazaron como medicinas, pues no había evidencia de que fueran útiles para alguna terapia médica. Por ello su posesión, elaboración o consumo fueron castigados. El estado no podía sancionar a los consumidores de morfina porque posiblemente eran enfermos, mientras que los usuarios de las drogas señaladas anteriormente eran con certeza viciosos. Que estas sustancias específicamente no pudieran ser llevadas por ninguna persona prefiguraba un objetivo poblacional para las autoridades. Es decir, las detenciones y las penalizaciones, así como las instituciones de tratamiento, se enfocarían en los viciosos más que en los consumidores; entendidos aquellos como usuarios de drogas sin ningún fin médico, mientras que los usuarios de drogas que podían además ser medicinas no fueron sometidos a vigilancia.

La década de los veinte vio aumentar el consumo de heroína, razón por la que las leyes contemplaron como prioridad a los heroinómanos. En México las drogas que más se consumían (según los registros del Departamento de Salubridad) eran la heroína y la marihuana. Es presumible que la oferta y disponibilidad de las mismas contribuyera a que fueran las más usadas, una por ser endémica y popularizada, aún más por la revolución; la otra probablemente utilizada en aumento mientras estaba en tránsito hacia Estados Unidos. Para atender a los consumidores el Departamento fundaría establecimientos especiales para internar a las personas “que hubieran adquirido el vicio de las drogas enervantes”, quienes permanecerían recluidas el tiempo necesario para su curación.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Art. 206, *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, *op. cit.*, 1926, art. 206,

Si las sustancias antes citadas quedaban vedadas en el tratamiento médico ni galenos ni farmacéuticos podían poseerlas. El Estado mexicano les concedió un plazo de dos meses, a partir de la publicación del Código, para que los remanentes de estas sustancias fueran entregados al Departamento de Salubridad. De lo contrario se les impondrían la sanción prevista por el Código.<sup>60</sup>

En los artículos 203, 204 y 205 del Código citado se señalaron las restricciones para el comercio internacional de opiáceos. En el control del comercio, ya fuera este ejecutado con otras naciones o realizados entre particulares dentro del territorio nacional, la República mexicana coincidió con los procedimientos de la Segunda Convención del opio (1925), según la cual era necesario el otorgamiento de autorizaciones para la distribución y comercio, así como la limitación de los espacios de producción y compra venta, debían también elaborarse registros detallados para los ejercicios comerciales domésticos o exteriores. El Departamento de Salubridad se confirmó como la única autoridad con facultades para expedir dichos permisos y controlar tales registros. Pero el país respondería en caso de una disputa internacional de acuerdo con el Convención Internacional del Opio de 1912, el único acuerdo que había ratificado.

Las violaciones al Título VI y a las disposiciones de la nueva legislación sanitaria contenida en el Código, fueron consideradas faltas administrativas. Ello no eximió a sus infractores de responsabilidades judiciales, por ejemplo, la venta de morfina sin receta, también se consideraba un delito de acuerdo con los decretos presidenciales prohibicionistas. Cuando un acto de este tipo se verificaba el poder judicial también intervendría. La pena de confinamiento máximo previsto por el Código sanitario era de 36 horas más el pago de la multa, si esta no se podía pagar se conmutaban por quince días de arresto. Las multas para las faltas relacionadas con el capítulo sexto, actos vinculados con las drogas enervantes, sería de \$10.00 pesos a \$500.00 pesos, si las faltas fuesen cometidas por privados. Si en cambio las transgresiones se cometían

---

<sup>60</sup> *Diario Oficial de la Federación*, 17 de agosto de 1926.

por funcionarios del Departamento podrían alcanzar hasta los \$5000.00 pesos.<sup>61</sup>

Las medidas destinadas al cumplimiento de la prohibición, o del título sexto del Código Sanitario, eran llevadas a cabo dentro del Departamento de Salubridad por dos entidades. Las relativas a la persecución de traficantes en los estados, y a la cooperación internacional, estaban bajo la autoridad del Jefe del Departamento de Salubridad, mientras que la supervisión y persecución domésticas de vendedores y consumidores quedaba a cargo del Servicio de Química y Farmacia, que había sido creado en 1921, junto con el Servicio Jurídico Consultivo. Las funciones de ambos fueron similares en el periodo de 1926 a 1940, en estos años no sucedieron cambios significativos sólo variaciones de los objetivos primordiales encomendados a cada una en el Código Sanitario de 1926.

Cada servicio del Departamento se dividía en mesas, con una función específica. En ambos servicios había una mesa dedicada a narcóticos. En el Servicio de Química y Farmacia dicha mesa se ocupaba de la expedición de permisos, era la responsable de verificar los balances de narcóticos de los establecimientos o profesionales que los distribuían. Además, tenían que rendir dos informes, uno mensual al Departamento de Estadística Nacional sobre los permisos de importación que se habían concedido, y otro acerca de los movimientos de narcóticos en las farmacias y boticas. De manera similar, a partir de 1931, debió rendir un informe a la Liga de las Naciones sobre las transacciones nacionales de narcóticos. El Servicio de Química también resguardaba las drogas confiscadas y se ocupaba de su incineración.<sup>62</sup> Las pesquisas encaminadas a descubrir las infracciones cometidas en el comercio de drogas heroicas eran asistidas por el gobierno del Distrito Federal, más tarde, en 1928, Departamento del Distrito Federal.

Cada servicio contaba con un grupo de inspectores, quienes, de acuerdo con un proyecto de Reglamento Interno de la Inspección de sanidad,

---

<sup>61</sup> *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, op. cit., 1926, art. 441, art 474.

<sup>62</sup> Reglamento interno del Servicio de química y farmacia, Mayo 16 de 1928, AHSSA, FSP, SJC, Caja 15, expediente 1.

deponderían de una inspección general que los asignaba regularmente en las oficinas en las que resultaran necesarios.<sup>63</sup> La inspección contaría con tres secciones: una técnica, una administrativa y una de policía. Las atribuciones de dicha policía dependerían de las órdenes recibidas por los responsables de los servicios, aunque responderían a un jefe de grupo que a su vez estaría subordinado al Jefe de la policía, quien acordaba con el responsable del servicio al que auxiliaba sobre las actividades de sus subordinados. Durante el periodo obregonista la mayoría de las acciones de vigilancia fueron llevadas a cabo por los inspectores, pues la policía no estuvo en funciones.

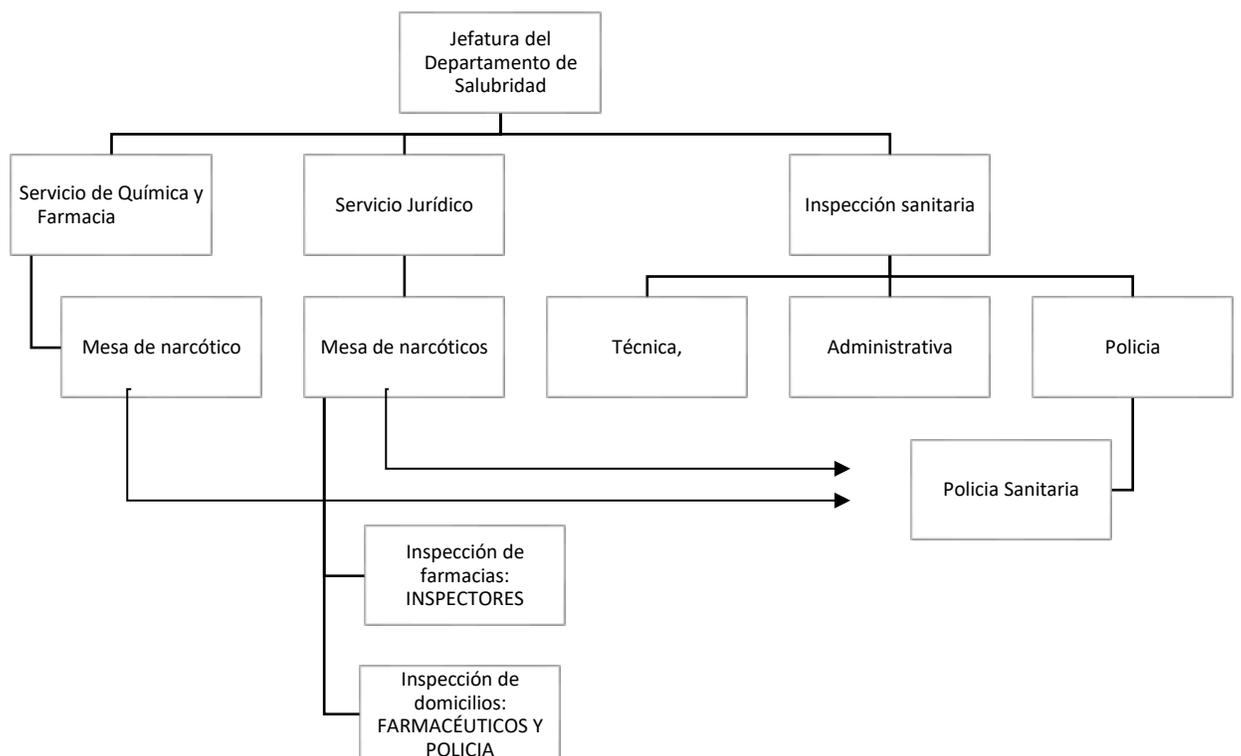
En el caso del control de las drogas enervantes el Servicio de química y Farmacia vigilaba en dos frentes: los expendios de farmacias y los domicilios particulares, donde se sospechaba de la presencia no autorizada de narcóticos. Una actividad la llevaría a cabo un grupo de inspectores y la otra la harían miembros de la policía sanitaria junto con un farmacéutico. Cuando dicha policía sanitaria cumplía con estas diligencias bajo la línea de mando explicada, entonces se constituía en policía de narcóticos. La vigilancia de domicilios en la práctica omitió la participación del farmacéutico. En ambos casos se realizaron detenciones y confiscaciones, las sustancias recogidas eran analizadas por químicos también dependientes del servicio mencionado, cuyos resultados servían como base para una acusación administrativa o penal, según fuera el caso (Ver diagrama 2). La policía de narcóticos funcionó de esta manera desde 1926. A partir de 1928 se le brindó un reglamento que le dio un marco jurídico de acción que a su vez la diferenció de la policía sanitaria destinada a otros servicios. Se volvió una entidad particular dentro de la estructura burocrática sanitaria. Las nuevas capacidades jurídicas adquiridas por la policía de narcóticos contribuyeron al aumento de detenciones después de ese año.

Junto con el Servicio de Química y Farmacia el Servicio Jurídico auxilió para la prevención de faltas que incluyeran narcóticos, desplegados como un

---

<sup>63</sup> Proyecto de reglamento Interior de la Inspección de Sanidad, s.f., AHSSA, FSP, SJC, Caja 15, expediente 1.

frente común con tareas delimitadas según la naturaleza de cada departamento. El primero se encargaba de las pesquisas y la investigación, mientras que el segundo procesaba esa información para determinar tanto las responsabilidades como las sanciones cuando resultara una violación al Código Sanitario en lo que a drogas enervantes concernía. Este último constituía una especie de entidad judicial dentro del Departamento. Cuando las transgresiones además lo eran al Código Penal los casos eran remitidos a la Procuraduría General de Justicia, por lo que los sujetos transgresores pagaban una y otra pena, la administrativa y la judicial. La mesa de narcóticos era auxiliar del Ministerio Público Federal para la aprehensión de traficantes. Del Servicio Jurídico dependieron también el internamiento, voluntario o forzoso, de los adictos, considerados por el Departamento como viciosos en el Hospital Federal de Toxicómanos una vez que éste fue inaugurado.



**Diagrama No. 2. Estructura del Departamento de Salubridad para la persecución del comercio ilegal de drogas enervantes 1926-1940.**

El Código se ejecutó inmediatamente en el Distrito Federal que entonces era dirigido por un gobernador y un conjunto de ayuntamientos. El primero era designado directamente por el presidente mientras que en los municipios las autoridades eran votadas popularmente; así fue desde 1917 hasta 1928. El gobernador era una extensión del poder ejecutivo dentro de la administración local.<sup>64</sup> Una de sus funciones era la de cuidar de los servicios brindados en establecimientos sanitarios o de beneficencia, para que se proporcionaran de acuerdo con los reglamentos existentes. Si las autoridades del D.F. encontraban alguna deficiencia, éstas podían imponer medidas disciplinarias si resultaban administrativas o, en caso de que fueran judiciales, los turnaría a los tribunales competentes.<sup>65</sup> Además en el Distrito Federal la oficina del gobernador fungió como un organismo fiscalizador de hospitales, sanatorios, manicomios, casas de desvalidos y consultorios, entre otros. La intervención de las autoridades locales se enfocó en una comprobación de eficiencia y probidad de los servicios de salubridad, sin embargo, no intervino directamente sobre sus funciones.

#### **4.3 El consumo de drogas enervantes en sus consideraciones penales**

La recién emitida legislación sanitaria resultó limitada en tanto las responsabilidades penales derivadas de su transgresión no estaban contempladas por el Código en materia vigente. Podemos suponer que los artículos 842 y 843 del Código Penal porfiriano del año 1871 se interpretaron extensivamente en lo que concernía al envenenamiento, de tal suerte que junto con los decretos emitidos durante la década de los veinte existieron suficientes fundamentos jurídicos para perseguir el delito de tráfico de narcóticos, drogas heroicas o drogas enervantes, todos nombres utilizados para significar las sustancias prohibidas. Sin embargo, tanto los códigos existentes como las órdenes ejecutivas carecían de instrucciones sobre el tratamiento penal de los

---

<sup>64</sup> José Luis Vázquez Alfaro, "Distrito Federal: Historia de las Instituciones Jurídicas", en *Historia de las Instituciones jurídicas de los Estados de la República Mexicana*, Patricia Galeana y Daniel Barceló, (coords.), México, Universidad Nacional Autónoma de México, Senado de la República, 2010, p. 28

<sup>65</sup> Art. 6º, inciso VIII, *Ley de Organización del Distrito y Territorios Federales (13 de abril de 1917)*, consultado en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/61/pr/pr20.pdf>, 1 de noviembre de 2015.

usuarios de drogas. Posiblemente la única excepción es el artículo 206 del Código Sanitario de 1926, que mencionó las instituciones de cura o terapia, pero no especificaba el tratamiento legal que los consumidores o adictos tendrían del Estado en general y del Departamento de Salubridad o de la Procuraduría General de Justicia en particular.

Durante el interinato de Emilio Portes Gil se emitió un nuevo Código Penal en 1929. Las aspiraciones que persiguió la nueva regulación fueron las de favorecer el bien comunitario más que el individual, se ocupó de la defensa social. Con el fin de garantizarla se creó el Supremo Consejo de Prevención y Defensa Social, que tuvo como tarea principal determinar la responsabilidad de los acusados a partir de su potencial peligrosidad, de tal suerte que la ofensa cometida por la que eran presentados ante la justicia quedó como factor secundario de la condena. El delito se consideraba entonces como un síntoma del infractor, no era un hecho contingente sino evidencia de un malestar mayor que debía combatirse más allá de su inmediatez. No había una responsabilidad específica que se agotara en el acto, se concebía entonces bajo esa premisa que el crimen no debía únicamente ser castigado, además delitos futuros podían ser previstos, gracias a la evaluación del Consejo de Prevención, antes de que fueran cometidos.<sup>66</sup> En suma, el código se preocupó por evaluar más al delincente que al delito y actuar en consecuencia.

El Código Penal de 1929 hizo una distinción entre los delincuentes que podían ser reintroducidos en la sociedad (reutilizados es el término utilizado en el texto) y los delincuentes tenidos como incorregibles.<sup>67</sup> Pablo Picatto observa que el nuevo Código se enfocó en la readaptación para resolver los problemas que llevaban al crimen o bien las anomalías sociales, por ejemplo, a los infractores se les brindaba educación o cura para subsanar las causas subyacentes que pudieron conducirlos a la delincuencia.<sup>68</sup> El Código Penal de

---

<sup>66</sup> Pablo Picatto, *City of suspects. Crime in Mexico City, 1900-1931*, Durnham and London, Duke University Press, 2001, p.196 y Enrique Díaz- Aranda, *Lecciones de Derecho Penal para el nuevo sistema de justicia en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas - STRAF, 2014, (Serie Memorias; 12) p. 12.

<sup>67</sup> Alicia Azzolini, “Los antecedentes históricos de los criterios de determinación de la pena en el derecho penal mexicano”, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Consultado en: <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/alegatos/pdfs/29/32-11.pdf> 12 de diciembre 2015

<sup>68</sup> Pablo Picatto, *City of suspects. Crime in Mexico City, 1900-1931*, op. cit p. 199

1929 contempló la existencia de establecimientos de educación correccional: colonias agrícolas (para ofensores menores de edad y para neurópatas y maniáticos curables), así como navíos-escuelas; también establecimientos educativos para sordomudos, manicomios, y, finalmente hospitales para los toxicómanos.

El título séptimo del Código Penal de 1929 se ocupó de los delitos contra la salud. En el artículo 507 se impusieron penas de uno a seis años y multas de hasta 90 días de utilidad a quienes importaran, exploraran, comerciaran, fabricaran, cultivaran, ministraran y usaran drogas enervantes sin autorización o sin cumplir los requisitos que demandaba la ley.<sup>69</sup> El usuario de drogas quedó en cierta forma en la misma categoría que los criminales. Sin embargo, en el artículo 521 se detallaron las circunstancias de su condena. Si era únicamente un usuario correspondía a la autoridad judicial internarlo, no confinarlo en los mismos términos que al resto de los infractores de las medidas de prohibición. El internamiento implicaba a “toda persona que hubiera adquirido el vicio de ingerir o usar, en cualquier forma, substancias nocivas a la salud, drogas enervantes, o plantas prohibidas”.<sup>70</sup> Su tratamiento tendría lugar en instituciones destinadas para este fin, ya contempladas por el Código Sanitario como hospitales, pero anotados en el Código Penal como manicomio para toxicómanos.

Los consumidores de drogas fueron llamados en el Código de 1929 toxicómanos, término que también se encontraba en la documentación cotidiana del Departamento de Salubridad y otros organismos administrativos cuando se ocupaban de este tema. El toxicómano cometía una falta penal por su toxicomanía. También se consideró su condición como aliciente para el delito, por lo que el toxicómano además sería examinado como criminal por el Consejo de Prevención. El artículo 127 contempló su internamiento en un hospital de toxicómanos hasta que fueran curados, o bien su reclusión en una colonia agrícola si eran aptos para el trabajo. En ambos casos su permanencia dependería del grado de alivio que hubieran alcanzado en su padecimiento, la

---

<sup>69</sup> *Código Penal para el Distrito y Territorios Federales*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1929.

<sup>70</sup> *Idem.*

falta criminal podía haber sido subsanada pero su libertad no estaba garantizada por este hecho sino por su normalización.<sup>71</sup> Sería en última instancia el Consejo Superior de Defensa Social, el poder judicial, quien decidiría cuándo podían reintegrarse a la sociedad y, por ende, cuándo estarían curados, de acuerdo con los artículos 125 a 127 y 190 del Código Sanitario de 1929.

Para los contemporáneos el Código se encontró defectuoso y confuso, por ello se designó una comisión para redactar uno nuevo, publicado en 1931 bajo el gobierno de Pascual Ortiz Rubio. Éste no contuvo ningún artículo relativo a la rehabilitación del toxicómano o a su reclusión en un hospital para su tratamiento. Aunque era factible que le esperara un tiempo en prisión, de seis meses o hasta siete años y una multa de \$50.00 a \$500.00 pesos, pues era la pena impuesta a quien condujera “cualquier acto de adquisición, suministro o tráfico de drogas enervantes [...] sustancias [sic] preparadas para un vicio de los que envenenan y degeneran a la raza.”<sup>72</sup> No es explícito que el adicto fuera tenido como delincuente, pero la adquisición de drogas enervantes con fines viciosos podría, en un momento dado, ser interpretado como crimen. Además del confinamiento en prisión los usuarios de drogas podían ser sometidos a la relegación, es decir a su traslado a colonias penales, por encontrárseles en situación de indigencia y resultar toxicómanos habituales según el artículo 255.

Jurídicamente se estableció una potencial criminalización del adicto. Sin embargo, en la práctica esta concepción fue modificada a partir de la cooperación cotidiana con el Departamento de Salubridad. Hubo un acuerdo por el cual los detenidos que fueran únicamente consumidores pasarían a la jurisdicción de la entidad sanitaria, además de que cualquier individuo cuya detención estuviera relacionada con drogas enervantes tendría derecho a ser examinado para diagnosticar una posible adicción antes de ser encarcelado como poseedor o traficante de narcóticos.

---

<sup>71</sup> Sergio García Ramírez, *La imputabilidad en el derecho penal mexicano*, p. 74, 77 revisado en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/385/8.pdf> 12 diciembre, 2015

<sup>72</sup> Art. 194, *Código Penal de los Estados Unidos Mexicanos*, México, 1931, consultado en [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf/CPF\\_orig\\_14ago31\\_ima.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf/CPF_orig_14ago31_ima.pdf) 12 de diciembre, 2015

## **5.- El Reglamento Federal de Toxicomanías de 1931**

Hasta este año los adictos o portadores de drogas fueron a dar a las cárceles y prisiones de la ciudad. En tanto los Códigos Penales de 1929 y 1931 no incluían el Delito de Toxicomanía los Jueces Penales del Distrito Federal decidieron en marzo de 1931 dejar salir a los sujetos encarcelados debido a su adicción, que se encontraban en la Cárcel General de Belem o en la Cárcel del Carmen o Lecumberri. El Departamento de Salubridad se mostró en desacuerdo por lo que se dirigió a la Secretaría de Gobernación para detener la liberación, pues no contaba todavía con la infraestructura necesaria para atender a los adictos si estos fueran liberados de prisión. Por esa razón propuso que se adaptara una crujía dentro de la Cárcel de Lecumberri para ahí proporcionar el tratamiento provisionalmente.<sup>73</sup> También estableció un plan de respaldo en caso de que las negociaciones no funcionaran y la libertad de los reos fuera inminente. De ocurrir, los ex-reos serían remitidos al Departamento de Salubridad que les impondría una multa de \$5,000.00 pesos por violación al artículo 197 del Código Sanitario. Conscientes de que la mayoría, si no es que la totalidad, de los toxicómanos, estarían imposibilitados para aportar tal suma se les conmutaría por una pena en prisión de quince días.<sup>74</sup>

Así el Departamento de Salubridad pudo ganar tiempo, el que le sirvió para redactar y publicar un Reglamento de Toxicomanías, que ya había sido anunciado en la legislación sanitaria cinco años atrás. Ese mismo año, el 27 de octubre, se emitió el reglamento que sentó las bases del tratamiento público que se daría al toxicómano tanto en su aspecto jurídico como en el sanitario, donde se enunciaron además los particulares concernientes al hospital de toxicómanos en el Distrito Federal, cuya creación (no sólo de éste sino de otros más) ya había sido contemplada desde 1926. El Reglamento Federal de Toxicomanías de 1931 era la concreción de la propuesta terapéutica de la prohibición. Dicho reglamento tendría cabida únicamente en el Distrito Federal, porque en esta entidad el Departamento de Salubridad obraba directamente sin

---

<sup>73</sup> Memorándum del Jefe del Servicio Jurídico al Jefe del Departamento de Salubridad, Septiembre 21 de 1931; Informe de un funcionario del Departamento de Salubridad sin rúbrica, s.a., 1933, AHSSA, FSP, SJC, Caja 29, Expediente 7.

<sup>74</sup> *Idem.*

intervención de ningún otro poder local; además de que todos sus servicios operaban ya aquí.<sup>75</sup>

En dicho ordenamiento el Departamento de Salubridad quedó como la entidad responsable para dar tratamiento a los toxicómanos, quienes eran definidos por este Código como aquellos usuarios de drogas enervantes sin fines terapéuticos.<sup>76</sup> Mas no era exclusiva facultad de la institución pública, bajo su tutela otras instituciones, principalmente privadas, además de médicos particulares podrían brindar atención a los adictos. Los parámetros de la terapia los establecería en cualquiera de los casos el Departamento de Salubridad. Los médicos o instituciones particulares debían prestarle informes mensuales sobre los avances alcanzados, previa estipulación del método de curación y aislamiento que se empleara. Si después de un año no se verificaban avances el Hospital tomaría las riendas del tratamiento de esos pacientes, bajo el supuesto de que la autoridad pública brindaría una atención más efectiva y evitaría farsas curativas.<sup>77</sup>

El Reglamento supuso también un ambiente de vigilancia sobre el adicto, o cualquier sospechoso de serlo, pues todo aquel que estuviera en torno a algún toxicómano tendría la obligación de reportar su caso a las autoridades sanitarias: empleadores, familiares, colegas, médicos, etc., debían dar noticias de cualquier posible usuario al Departamento, so pena de infracción. También quienes desearan ingresar voluntariamente pudieron solicitarlo al Departamento.<sup>78</sup> La autoridad vigilaría y controlaría los espacios públicos para dar con ellos. Una vez que estuvieran en custodia del Departamento se les observaría por cinco días para elaborar su diagnóstico, tras los cuales serían internados o no. El Hospital de Toxicómanos tomaría bajo su cuidado a los toxicómanos confirmados. Cualquier contravención a estas reglas suponía una multa de \$10.00 a \$5,000.00 pesos, la cual podrá ser impuesta tanto a los enfermos como a los médicos y las instituciones particulares. Esta pena pecuniaria era tenida como una sanción administrativa, no penal.

---

<sup>75</sup> En el Apéndice 3 se encuentra el Reglamento íntegro.

<sup>76</sup> Reglamento Federal de Toxicomanía, *Diario Oficial de la Federación*, 27 de octubre de 1931.

<sup>77</sup> *Idem.*

<sup>78</sup> *Idem.*

La consideración del Código Penal respecto al adicto era interpretada por las autoridades sanitarias como no punitiva. Proponían se sometiera a curación en vez de a reclusión. Cuando se puso el vigor el Código de 1929 dichas autoridades señalaron que “[...]el uso de enervantes no se detiene ni se cambia recluyendo en una prisión al viciosos [...]”,<sup>79</sup> pues esto sólo afectaba la salud del consumidor además de que propiciaba que éste buscara su provisión “[...] por medios más ilícitos de los que antes empleaba [...]”.<sup>80</sup> Al final, cuando salía de prisión, su adicción continuaba y su situación legal fácilmente empeoraba por los contactos establecidos en el confinamiento para abastecerse de la droga, que lo podrían conducir a una espiral de criminalidad una vez en libertad. Debía atenderse de otra manera, o sea, en los términos sugeridos por el Reglamento de Toxicomanías.

## **Conclusión**

Existieron desde el siglo XIX a lo largo del mundo alarmas entre autoridades públicas, gremios de profesionales de la salud, abogados, políticos y científicos sobre el surgimiento de la dependencia entre los enfermos tratados con opiáceos, primero, y en los usuarios voluntarios en busca de nuevas experiencias a través de esas y otras sustancias después. Las causas de la adicción se explicaron por la debilidad e idiosincrasia individual, o por alguna perturbación mental, como anotó John B. Biddle en su materia médica. Otros observadores de la época reconocieron que el hábito actuaba como un mecanismo para cumplir con los requisitos de la vida moderna. Al lado de las explicaciones psicológicas y ambientales se formularon interpretaciones sobre la adicción en las que se explicó a partir de la fisiología de las personas y la influencia de las propiedades de las sustancias en ellas. Para el siglo XX ya no fue la personalidad del individuo la fuente de la adicción, sino la sustancia.

México perteneció al grupo de naciones que entonces tomaron previsiones legislativas para controlar y vigilar la compra, venta, distribución y consumo de sustancias medicinales o con propiedades curativas que pudieran resultar

---

<sup>79</sup> Informe del Departamento de Salubridad, s.a., 1933, AHSSA, FSP, SJC, Caja 29, Exp. 7.

<sup>80</sup> *Idem.*

peligrosas, muchas de las cuales eran derivadas del opio o la cocaína. Si bien el consumo de opiáceos no era tan alarmante como en otros países, los gobiernos mexicanos adaptaron el modelo de control sobre las sustancias más utilizadas en el territorio mexicano. Por ejemplo, la legislación mexicana ya contemplaba la elaboración de registros cuando las cantidades despachadas sobrepasaran las dosis recomendadas, así como la indispensable presentación de una receta para surtir ciertos medicamentos, como lo atestigua el Código Sanitario de 1903. Los ensayos nacionales a lo largo del orbe fueron consolidados por los distintos Estados-nación en un paradigma, derivado de un acuerdo internacional, que si bien fue particularmente promovido por Estados Unidos fue resultado de la discusión de las distintas naciones que participaron en la Convención de la Haya de 1912, incluida México a partir del cual se combatirían los riesgos del consumo de narcóticos y de cocaína.

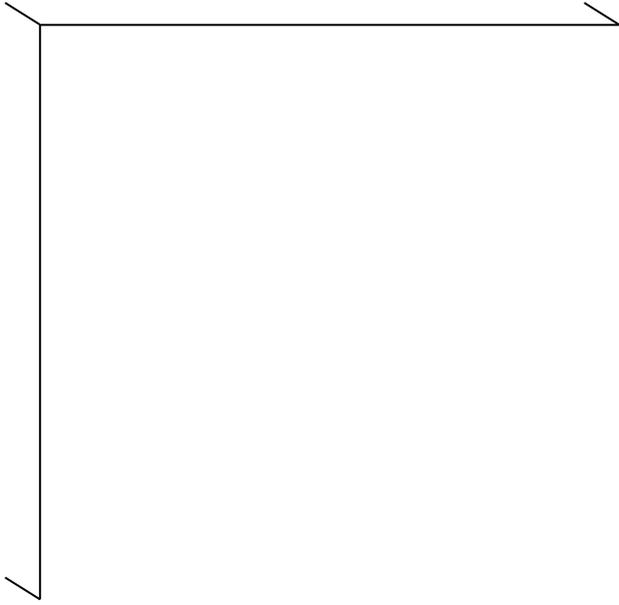
Se puso atención entonces al comercio de narcóticos (una vez aceptada la peligrosidad de la sustancia en sí y no sólo la disposición personal del usuario como causa principal del hábito) y se siguieron modelos sanitarios parecidos a los de combate de epidemias que ya se habían practicado dentro del marco de los intercambios comerciales. En la legislación internacional el comercio de narcóticos fue la principal preocupación, y aunque la adicción fue el punto focal que llevó a esas medidas en la práctica el adicto fue soslayado por los narcóticos, estos fueron el centro de atención.

El impulso prohibicionista estadounidense coincidió en el caso mexicano con dos circunstancias: por un lado, con la tradición política y administrativa de medidas sanitarias adoptadas por el Estado porfiriano para evitar el envenenamiento y la embriaguez de los ciudadanos; por el otro, con el afán renovador moral de los estadistas post revolucionarios. La intervención estadounidense introdujo la noción de adicción sobre aquella de la embriaguez, el hábito más que el estado de intoxicación; las nuevas conceptualizaciones junto con la tradición legislativa sanitaria determinaron la manera en la que tal paradigma prohibicionista se adaptó a la realidad mexicana. Los esfuerzos aumentados de los gobiernos mexicanos en este ámbito se encaminaron a satisfacer las demandas estadounidenses en un momento de delicadas

relaciones bilaterales. La nueva tendencia era proporcional al acercamiento con Estados Unidos, pero dicha política correspondía sólo a una parte del problema, la del control del comercio internacional, en este ámbito la presión estadounidense sobre México pudo ser evidente, lo que permite interpretar la posición nacional como subordinada, cuando el país siguió en realidad un acuerdo internacional de cuyas negociaciones formó parte.

Por otro lado, los gobiernos se preocuparon genuinamente por evitar la adicción y sus males en la población, por lo que en el plano internacional participaron en el control del tráfico de narcóticos, como el resto de los países firmantes. Fue en ámbito local que cada una de las naciones intentó hacer funcionar la prohibición según sus propias circunstancias. En este sentido México se distinguió de Estados Unidos: primero, se prohibieron la marihuana, los hongos y el peyote, sustancias que ninguna otra nación había proscrito; segundo, se propuso un monopolio estatal del comercio de drogas en 1923, no dejarlo en manos de particulares (como ocurría en Estados Unidos) y, por último, se identificó al adicto como un enfermo y no como un criminal.

Esta tesis ya había sido desechada por la Unión Americana desde 1919 cuando condenó el tratamiento como método terapéutico para combatir la adicción y en 1921 cuando cerró los hospitales estatales, incluido el de Nueva York. En el plano doméstico México planteó sus propias reglas respecto a los adictos y a los traficantes adictos. El reciente control de narcóticos se conjugó con las nuevas estructuras administrativas que se ocuparon de la salubridad pública, al considerar el asunto como primordialmente sanitario. Este fue un enfoque original por parte del Estado mexicano respecto a su vecino del norte. Las leyes sanitarias y penales de México se establecieron de tal forma que el adicto quedaba bajo la tutela del Estado para ser rehabilitado a través de un tratamiento médico brindado por una institución pública. Las características propias del Departamento de Salubridad permitieron una paulatina autonomía del prohibicionismo mexicano respecto al estadounidense, cuyo cenit se alcanzó en 1940.



---

**CAPÍTULO II**  
**EL HOSPITAL FEDERAL DE TOXICÓMANOS**  
**PRIMERA ÉPOCA**

---

## 1. El Hospital Federal de toxicómanos en Tolsá

El Reglamento Federal de Toxicomanías se emitió en 1931 pero el Hospital Federal de Toxicómanos (HFT) inició sus funciones en 1933 y continuó hasta 1948. Algunos alcohólicos y toxicómanos eran atendidos dentro de La Castañeda, como ha anotado ya Andrés Ríos en su libro sobre el Manicomio General,<sup>1</sup> pero sin que se haya establecido entonces un tratamiento específico para esa condición. En estudios historiográficos anteriores, como el de Cristina Sacristán, se le identifica como uno de los pabellones del Manicomio General; mientras el de Andrés Ríos Molina señala que el Hospital fue creado en 1938.<sup>2</sup> Podemos afirmar que el hospital fue fundado en 1933 y que éste y el Manicomio General fueron instituciones establecidas de manera independiente. Su relación cambió a partir de 1935, cuando compartieron el mismo predio y una parte del personal, lo que sin duda pudo generar distintos grados de influencia, como explicaremos en el capítulo cuarto de este trabajo.

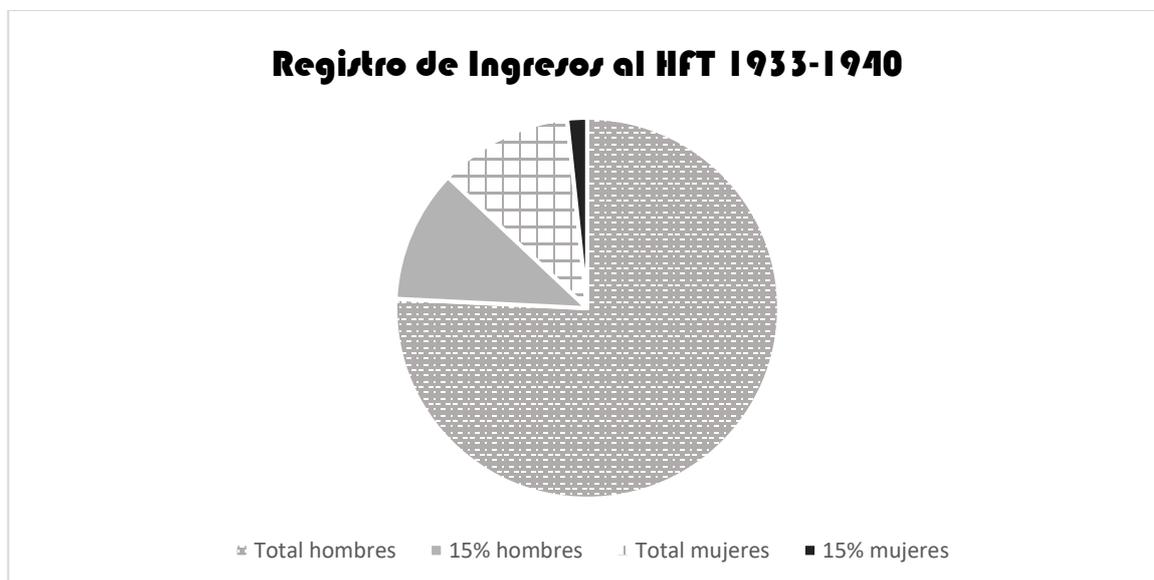
Tal como mencionamos en la introducción se tomó una muestra de 203 expedientes (26 mujeres y 177 hombres), el 15% del total de la población ingresada en ese periodo como ilustra la gráfica a continuación (Ver gráfica 1). Los expedientes presentan carencias. Cada uno debería estar formado por cuatro tipos de documentos básicos: oficio de remisión/ingreso al hospital, oficio de alta del hospital, historia clínica y hoja de tratamiento (por cada ingreso). No todos los expedientes cuentan con todos los registros de los ingresos de un paciente, es decir, pudo estar en el hospital cuatro veces, pero sólo se conservan tres. En esos casos se asumirán como ingresos aquellos respaldados por los documentos. Tampoco a todos los internos se les elaboró una historia clínica o se les incluyó una hoja de tratamiento. Es importante recalcar que, no obstante, los faltantes, pueden establecerse tendencias, describir comportamientos estándar y llegar a reconocer el funcionamiento burocrático y médico del HFT. Las ausencias alteran la

---

<sup>1</sup> Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana: los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1920-1940*, México, Colegio de México, 2009, 254 p.

<sup>2</sup> Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944.”, *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, México, Instituto Mora, No. 51, septiembre-diciembre, 2001, p. 108; y Andrés Ríos Molina, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, Siglo XXI, Universidad Nacional Autónoma de México, 2016, p. 32.

intensidad de algunos de las clasificaciones o criterios que en adelante se analizan, pero no lo nulifican ni lo afectan radicalmente.

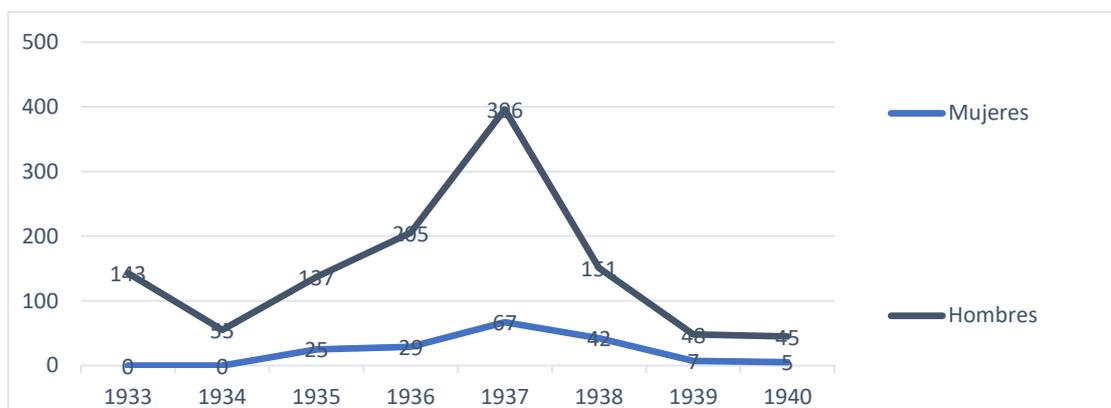


Gráfica 1. Relación población total y porcentaje de la muestra. Elaboración propia basada en los expedientes del AHSSA-FHFT

En 1933 ingresaron 143 hombres y ninguna mujer (oficialmente, extraoficialmente una); en 1934 los ingresos se redujeron a casi el 38% de los de 1933, sólo hubo 55 internamientos, todos masculinos. A partir de 1935 vemos un aumento que se sostuvo hasta 1937. En 1935 entraron 137 hombres y 25 mujeres, al año siguiente 205 hombres y 29 mujeres y para 1937 hubo 396 hombres y 67 mujeres. Este año sería el pico de población del HFT (durante el periodo estudiado). En 1938 la cantidad de toxicómanos que entraron disminuyó de nuevo a casi un 38% respecto al año anterior, entraron 151 hombres; esta reducción no fue de la misma magnitud para las internas, las cuales se mantuvieron en un 62% con respecto al año anterior con 42. En 1939 y 1940 se redujo dramáticamente el número de nuevos pacientes, fueron 48 y 45 hombres, así como 7 y 5 mujeres respectivamente (Ver gráfica 2). Las cifras de cada año corresponden al número de personas que entraron por primera vez a esa institución, no al número total de asilados por año. El flujo de ingresos nos puede dar una idea, puede reflejar la cantidad de población total que había dentro del Hospital, de tal suerte que se establece una correlación entre ingresos y

número total, cuya comprobación no es susceptible de lograrse con las evidencias con las que se cuenta y por el tipo de muestra que se tomó.

### **Población del Hospital Federal de Toxicómanos. Género 1933-1940**



Gráfica 2. Elaboración propia a partir de la información obtenida de los expedientes del AHSSA-FHFT.

La composición de la población del Hospital respondió a una serie de factores vinculados a la personalidad del adicto, el contexto en el que se encontraba y, sobre todo, la cercanía de su condición con la visión oficial del toxicómano. Dicha visión queda de manifiesto a través del análisis de los expedientes, de la práctica administrativa, médica y burocrática cotidiana, desde los cuales podemos establecer un “modelo” de adicto al que el Estado prestó particular atención. El peldaño pragmático del ideal sanitario respecto a las drogas revela la postura del Estado respecto a la prohibición, y respecto al consumidor. La estandarización del lenguaje de la burocracia brinda una aparente neutralidad, pero de ésta subyace un discurso de tipificación del usuario de drogas, que tuvo como resultado una división social entre los que se drogan y los que no, división que abarcó muchos más aspectos que el de la simple adicción. Hubo una caracterización cultural del consumo, en el que los elementos de la ideología, la mentalidad, las condiciones sociales, la realidad material de las personas y el estado psíquico, fueron factores que contribuían a la adquisición de las drogas. Sin embargo, estos fueron muchas veces matizados a favor de la explicación que vinculaba la adicción a la presencia de las drogas, en lugares específicos donde predominaba la presencia de ciertos grupos sociales (mexicanos, chinos, pobres, delincuentes, soldados).

### **1.1 La estructura médico-administrativa y la población del Hospital 1933-1934**

El Hospital Federal de Toxicómanos se instaló en las antiguas oficinas de la Inspección de Sanidad en la calle de Tolsá del Distrito Federal, donde permaneció entre 1933 y 1934. Una vez ahí el Departamento de Salubridad se dedicó a cabalidad a brindar el tratamiento, a través del personal médico y administrativo dependientes todos del Servicio de Química y Farmacia. Antes se habían internado a toxicómanos en el Manicomio General, sin que tales remisiones ni su tratamiento fueran responsabilidad de las oficinas del Departamento encargadas de la prohibición o de la toxicomanía.<sup>3</sup> El edificio del centro no contaba con enrejados en puertas o ventanas, ni cerraduras suficientes para garantizar el aislamiento de los internos, se encontraba próximo a vecindades, casas y vías públicas, a las que se pudo escapar fácilmente porque la barda era demasiado corta como para evitar las fugas. Existieron carencias de equipo médico o suministros para proporcionar la cura, no hubo instrumentos elementales de diagnóstico como aparatos para medir la presión arterial o instrumentos para medir los reflejos oculares o motores.<sup>4</sup>

Para febrero de 1933 no se había logrado todavía instalar el servicio de clínica ni tener una provisión de medicinas. Es por este motivo que se cuenta con registros del tratamiento sólo a partir de marzo de ese año. El inmueble no estaba acondicionado para brindar actividades alternativas a los internos, además de recostarse en la cama o vagar por el pequeño recinto donde se les tenía confinados. El personal del Departamento de Salubridad en el HFT recomendó que se habilitaran dos habitaciones, pues aparentemente sólo había una, para atender a los enfermos, los cuales no podrían rebasar el número de cincuenta por cada sala.<sup>5</sup> No existía tampoco una enfermería en la que se atendieran padecimientos relacionados con la adicción o accidentes como caídas, golpes, etc. Faltaba además un lugar destinado para las curaciones, un espacio destinado para las comidas y

---

<sup>3</sup> Froylán Enciso, *Nuestra Historia Narcótica. Pasajes para (re)legalizar las drogas en México*, México, Debate, 2015, p. 49.

<sup>4</sup>El Director del Hospital de Toxicómanos, Everardo Landa, al Jefe del Servicio Jurídico, 6 de febrero de 1933, AHSSA-FSP-SSJ, Caja 36, Expediente 3 y “La organización del Hospital de Toxicomanía presenta deficiencias”, sin fecha, AASSA-FSP-SSJ, Caja 36, Expediente 3.

<sup>5</sup>*Idem.*

adecuadas instalaciones de higiene. Los escusados necesitaban reparación y no había regaderas.<sup>6</sup>

El Hospital Federal de Toxicómanos, como la mayoría de las dependencias del Departamento de Salubridad, dividió sus funciones entre una oficina administrativa y una oficina técnica, que en este caso era médica. La división técnica quedó a cargo del Director del Hospital a quien el administrador estaría subordinado. El primero se ocupó de todos los aspectos relacionados con la formulación y aplicación del tratamiento; el segundo fue responsable de la gestión cotidiana del hospital, en la que el contacto con los enfermos estaba incluido, pero con propósitos distintos a la cura. El administrador también ayudó para coordinar las acciones del Hospital con otras instancias dentro del Departamento, además rindió los informes de sus actividades y de todo lo ocurrido en el Hospital al servicio jurídico.

El director del hospital, aunque responsable de aplicar el tratamiento de curación no debía estar en la institución tiempo completo. Su papel era más el de un inspector sobre los procedimientos que allí se seguían, los cuales eran ejecutados por un par de médicos auxiliares. Aquéllos prestaban turnos mensuales que iban rotando, un mes en el hospital y otro mes en la oficina de consignaciones donde se recibía a los adictos detenidos por los agentes de la policía (sanitaria o judicial). Así, un mes un médico se ocupaba de los pacientes que ya se encontraban o ingresaban en ese periodo, y después de treinta días eran puestos bajo el cuidado del otro galeno,<sup>7</sup> junto con tres enfermeras que completaban el cuerpo médico.<sup>8</sup> No existió un seguimiento del paciente, y la atención podía ser fácilmente despersonalizada porque un médico tenía que atender a todos los internos. Junto con el personal médico estaba un mozo y el personal de vigilancia, compuesto de tres agentes y tres guardias.<sup>9</sup> Éstos eran insuficientes y reticentes a las órdenes del personal

---

<sup>6</sup>*Idem.*

<sup>7</sup>El Director del HFT, Everardo Landa, al Jefe del Servicio Jurídico, Julio 22 1933, AHSS-FSP-SSJ, Caja 36, expediente 8

<sup>8</sup>Informe del Hospital de Toxicómanos al Servicio Jurídico, Marzo 20 a Marzo 31 de 1933, AHSSA-FSP-SSJ, Caja 36, Exp. 36.

<sup>9</sup>*Idem.*

del Departamento de Salubridad responsable del HFT, pues se encontraban adscritos a las autoridades de la Penitenciaría del D.F.<sup>10</sup>

La población dentro del Hospital en el año de 1933 estuvo compuesta por adictos a las drogas heroicas (opiáceos) que presentaron señas corporales de su uso, lo que constituía la evidencia necesaria para decidir si necesitaban o no un tratamiento. La totalidad de la población (salvo una excepción que veremos más adelante) era masculina. Todos los internos independientemente de su grado de adicción o de su situación jurídica se encontraban en el mismo recinto sin ninguna división, fueran novatos, adictos experimentados o traficantes. Se estudiaron 23 expedientes de 1933. Se cuenta con información sobre la adicción de 13 de ellos, pues se elaboraron historias clínicas en sus ingresos posteriores.<sup>11</sup> El rango de edad de los nuevos ingresos de ese año fue de 19 a 54 años, la mayoría tenía entre 21 y 30 años (Cuadro 1); nueve de ellos eran casados y dos solteros. En 1934 se verificó en el inmueble del centro histórico una disminución de los nuevos ingresos, así como en las reincidencias, el motivo de esta situación será explicado más adelante. Hubo tan sólo 55 nuevos ingresos, en comparación con los 143 del año anterior. La muestra de este corresponde a 8 casos, de los que 2 eran casados, 2 solteros, del resto se desconoce su estado civil. Sus ocupaciones, profesiones u oficios se exponen en el cuadro 2.

Un porcentaje considerable de los internos de 1933 tuvo un proceso judicial. Once de ellos estaban a disposición o de juzgados del Distrito Federal o de la Procuraduría General de la República por faltas al Código Penal, es decir, casi el 50% (47.8%). Fueron ingresados al Hospital porque, en el procedimiento de su readaptación social, terminar con su adicción era una prioridad sobre el encarcelamiento. Algunos efectivamente fueron toxicómanos que además eran criminales, pero otros parecía que alegaban ser adictos para ser enviados al Hospital en lugar de a la cárcel. En este año todos presentaron síntomas de toxicomanía en el examen que se les realizó.

---

<sup>10</sup>Jefe interino del Departamento de Salubridad al Director de la Penitenciaría del Distrito Federal, Junio 30 de 1933, AHSSA-FSP-SSJ, Caja 36, Expediente 5.

<sup>11</sup> Así pues, veremos que pudimos recolectar información de los adictos de estos años, 1933 y 1934, gracias a los expedientes de La Castañeda, que se elaboraron consistentemente entre 1935 y 1936, en lo que concierne al periodo de estudio de este trabajo. En tanto algunos enfermos resultaron reincidentes también encontramos historias clínicas que rebasan el arco temporal de la tesis, sobre todo de los años 1943 y 1946, los cuales sirvieron para completar un perfil sobre los pacientes.

Cuatro de los once reingresaron al Hospital, mientras simultáneamente estaban a disposición del poder judicial.

### Edad de los internos en Tolsá

1933		1934	
EDAD	PERSONAS	EDAD	PERSONAS
-20	1	-20	0
21-30	8	21-30	1
31-40	2	31-40	2
41-50	1	41-50	1
51-60	1	51-60	0

**Cuadro Núm.1** Elaboración propia con base en los expedientes consultados de AHSSA-FHFT

### Ocupación de los internos

1933		1934	
OCUPACIÓN	PERSONAS	OCUPACIÓN	PERSONAS
Carpintero	3	Chofer	1
Chofer	8	Mecánico	1
Comerciante	2	Sin información	6
Farmacéutico	1		
Sastre	1		
Tablajero	1		
Zapatero	1		
Sin información	2		

**Cuadro Núm. 2** Elaboración propia con base en los expedientes consultados de AHSSA-FHFT

El administrador del hospital enviaba reportes diarios sobre las condiciones del hospital. A partir de ellos es posible esbozar la cantidad de pacientes que se atendían diariamente en los primeros meses de funcionamiento. El registro más antiguo es de febrero, cuando la institución comenzó a funcionar. La cantidad de internos no fue estable, hubo una tendencia al aumento de la población dentro de éste como (Gráfica 3). Se anotan los días

de cada mes de los que se tienen datos, en mayo los 31 días se proporcionó información, pero de agosto tan sólo 11 reportes se conservan.

La población en el mes de abril osciló entre los 26 y los 51 internos. Para el mes de mayo hubo un ligero aumento en el mínimo de pacientes que se tuvieron, pero una disminución en el máximo, se encontraban entre 36 y 46 internos. En abril la media fue de 32 mientras que en mayo fue de 38 pacientes (Ver gráfico 3). El Hospital no se encontraba al máximo de su capacidad que se suponía era de cincuenta. Sin embargo, entre los meses de junio y agosto lo alcanzó e incluso lo rebasó a una cifra fácilmente problemática para la aplicación del tratamiento. En junio diariamente se atendió entre 26 y 54 enfermos, con una media de 47; para julio dicha media se incrementó a 65, quince pacientes por encima del límite, aunque hubo días en los que hasta 81 personas estuvieron en el edificio de Tolsá para ser desintoxicados. En agosto la media fue cercana a la del mes anterior, se brindó atención a 58 pacientes el día que menos ingresaron y a 80 en la jornada cuando más estuvieron. El aumento pudo deberse al paso del internamiento de novedad a procedimiento estándar, o al conocimiento adquirido de esta alternativa por otros funcionarios, sanitarios o judiciales, que comenzaron a enviar a los toxicómanos al hospital.

En 1933 sólo se admitió a una mujer, Pilar Caballero Guzmán. El caso fue excepcional. Se transigió sobre su presencia en el recinto porque ella voluntariamente lo solicitó. Estuvo presente desde el 10 de julio y hasta el 10 de agosto, según la relación de tratamientos. Sin embargo, aunque aparecía en la lista, no consta ningún registro en el que se anotara el suministro de morfina o medicamentos paliativos para contrarrestar los síntomas de la abstinencia. Únicamente el primer día se le dieron 1.5 centigramos (ctg.) de morfina, los días siguientes se le dieron “curaciones” sin que se especificara de qué tipo; la necesidad de droga pudo ser la motivación para pedir ser ingresada al tratamiento.<sup>12</sup> En el catálogo del Fondo del Hospital Federal de Toxicómanos aparecen dos mujeres ingresadas en el año de 1933, pero son expedientes mal fechados que en realidad corresponden al año de 1938 y ninguno de ellos es el de Pilar.

---

<sup>12</sup> Relación de tratamiento, Informes del Administrador del HFT al Jefe del Servicio Jurídico, AHSSA-FSP-SSJ, Caja 35, exp. 14

## Flujo de ingreso de la población al HFT. Abril - Agosto de 1933

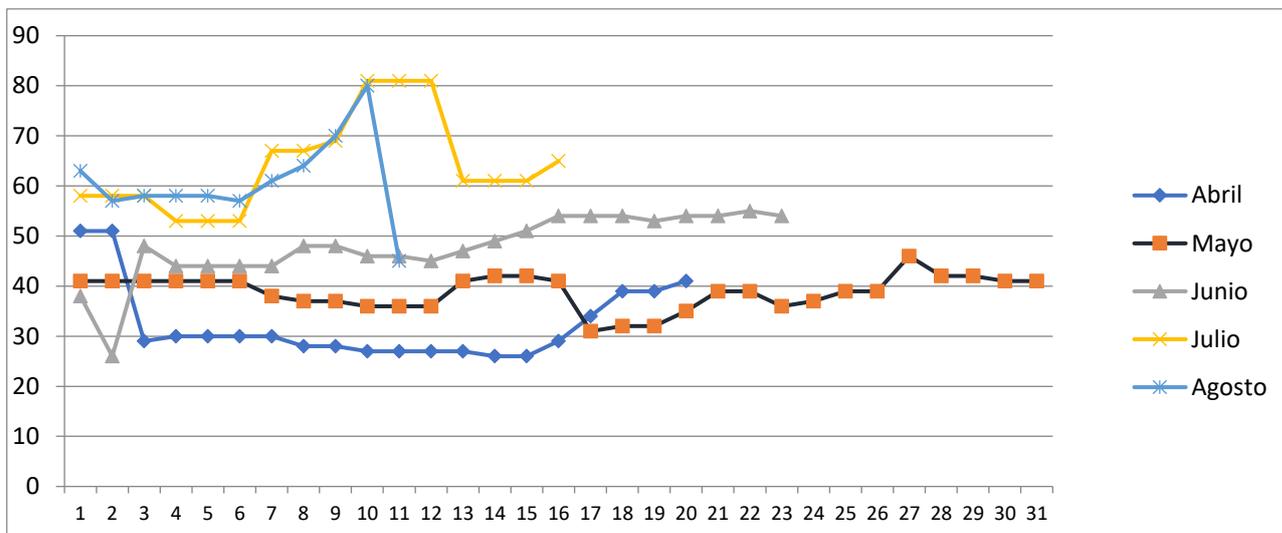


Gráfico Núm. 3. Elaboración propia con base en los expedientes revisados del AHSSA-FHFT

### 1.2 La interacción entre el personal y los internos

El cuerpo médico de la institución podía resultar insuficiente para desempeñar su labor en relación con el volumen de internos. Esto pudo haber contribuido a algunas carencias en la aplicación del tratamiento. Un cambio fundamental se había verificado con la fundación del hospital, pues en los hechos el Estado asumió la adicción como una enfermedad. Sin embargo, el tratamiento era puesto en práctica en una situación cotidiana que podía compararse con el de la prisión, en tanto los adictos tenían un contacto más frecuente y regular con los vigilantes que con el personal médico. Cuando la medicina no les era administrada simplemente eran controlados como se hacía en una prisión. La presencia de celadores y la ligereza del tratamiento produjeron una impresión en los adictos de que el Hospital replicaba en gran parte la penitenciaría. A primera vista la institución podía ser sólo otro lugar de encierro.

En los primeros meses, el conflicto entre los internos y sus cuidadores fue ordinario. En abril de 1933 Rafael Urdanivia –quien además estaba bajo un proceso penal- se enfrentó con el vigilante Heriberto García.<sup>13</sup> Urdanivia se quejó del tratamiento “inquisitorial” que recibían los internos por parte

<sup>13</sup>El Jefe de Vigilancia del HFT al Administrador del HFT, Abril 3 de 1933 Caja 36, Expediente 5.

de García, que no reservaba sus malos tratos sólo a sus vigilados sino que lo hacía extensivo a los familiares que los visitaban.<sup>14</sup> La agresión sufrida por Urdanivia condujo a la organización de los pacientes confinados, quienes realizaron una lista de peticiones en las que exigieron mejores condiciones y límites para el personal encargado de su custodia. Entre sus reclamos estaba que se permitiera la visita de los familiares dos veces por semana, que éstos les pudieran proporcionar comida y que ésta no fuera sometida a ninguna vigilancia. Solicitaban también que el Dr. Everardo Landa, director del Hospital, se presentara a la brevedad para que evaluara su estado de salud pues decían que “[...] la mayoría de los asilados en este Hospital nos creemos ya completamente sanos [...]”.<sup>15</sup>

Dos aspectos deben resaltarse del pliego petitorio de los internos. El primero tiene que ver con la demanda de visitas. Si bien algunos aspectos de la penitenciaría se mudaron a la prisión otras prácticas simplemente no pudieron repetirse. Evitar que el adicto tuviera contacto con las drogas era crítico, por esa razón en el HFT se restringieron las visitas como no sucedía en la prisión. Esto desafió la rutina que hasta entonces pudieron seguir los internos, que en su anterior calidad de detenidos se resignaron al encierro con la expectativa de un suministro constante en el confinamiento gracias a las entrevistas regulares con sus familiares o amigos. No sucedió lo mismo en el HFT y ello generó descontentos y hostilidad entre los internos y el personal de vigilancia. Esta petición encajó con el auto diagnóstico de los internos que se dictaminaban sanos, seguramente con el fin de obtener un alta adelantada.

La experiencia carcelaria de muchos de los enfermos pudo contribuir a su organización. Pablo Picatto describe en su libro *City of Suspects* cómo los prisioneros de la cárcel de la Ciudad de México acordaron mecanismos de protesta para demandar mejoras en sus condiciones durante la década de los veinte. Es posible que los asilados del HFT buscaran mejorar su situación a través de un ejercicio ya probado en su morada anterior para corregir un estado de cosas que no les resultaba benéfico, en el que además escaseaba

---

<sup>14</sup>Petición de los internos del Hospital Federal de Toxicómanos, Abril 3 1933, AHSSA-FSP-SSJ, Caja 36, Expediente 5.

<sup>15</sup>*Idem.*

la higiene, la comida y las camas. Fue un emergente ejercicio de justicia, que al final también sirvió de acto oportunista en provecho de su adicción.

La segunda demanda clamó la presencia del director del Hospital, Everardo Landa, quien no estaba presente con regularidad, por lo que pudo permanecer al margen de ciertas crisis. Los conflictos entre vigilantes y enfermos se desencadenaron ante un nuevo escenario, el del Hospital, en el que ni unos ni otros habían desarrollado roles o mecanismos que resultaran mutuamente provechosos. Una vez que las relaciones se normalizaron apareció todo un engranaje de prebendas recíprocas, gracias a las cuales la convivencia se estabilizó. Los acuerdos se realizaban de manera personal, por lo que si no se habían tendido lazos entre un vigilante conocido con un interno éste podía resultar perjudicado y sufrir abusos de poder.

Algunas circunstancias favorecieron el descontento y las protestas de los internos. La falta de suministro de los primeros días de la desintoxicación fue un catalizador. Rafael Urdanivia desató nuevamente el desorden porque no se encontraba la enfermera para inyectarlos, por lo que amenazó con escapar, junto con Olegario, Eduardo Allen, Mario Mariscal e Ignacio Pérez. Se les encerró para evitar que los ánimos de rebeldía se contagiaran entre sus compañeros. No fue suficiente para tranquilizar a los inconformes, quienes a la media noche repitieron el intento de motín, profirieron “gritos comunistas y canciones obscenas [...] impidiendo que los demás detenidos pudieran descansar”.<sup>16</sup>

Si los enfermos tuvieron más contacto con los celadores que con sus médicos ciertos patrones nocivos acostumbrados en la prisión se trasladaron al Hospital. La falta de una autoridad inmediata sobre ellos que vigilara el correcto desempeño de sus funciones comprometió todo el proceso de vigilancia. Los celadores no sólo eran insuficientes, sino que además carecían también de influencia y control disciplinario sobre los internos. El cuerpo de guardias en el HFT además no era rotado con regularidad, como se recomendaba, razón por la que se facilitó el estrechamiento de lazos entre éste y los individuos que recibían tratamiento. Ante la falta de autoridad del Departamento de Salubridad la relación entre vigilantes y enfermos se

---

<sup>16</sup>Informe del Administrador del HFT por el Agente de Guardia al Servicio Jurídico, 28 de mayo de 1933, AHSS, FSP, SSJ, Caja 35, Expediente 14.

desarrolló al margen de toda intervención posible por parte de los médicos, lo que generó redes de complicidad en beneficio mutuo y en perjuicio del procedimiento seguido para lograr su cura, como el tráfico de drogas dentro del hospital que detallaremos en este capítulo.

## **2. El método de cura del HFT: El método Erlenmeyer**

La llegada de los adictos al hospital ocurría de la siguiente forma: el toxicómano era detenido por la policía de narcóticos y remitido a las oficinas del Servicio Jurídico. Una vez ahí se determinaba si era adictos o no gracias al examen de un médico adscrito. Si este era el caso eran enviados al HFT para su desintoxicación. Cuando eran recibidos por el médico del Hospital se elaboraba un segundo diagnóstico que era formulado casi siempre así: “[...] presenta síntomas de intoxicación crónica con manifestaciones en estado subagudo [sic]. Tiene fenómenos y huellas antiguas y recientes que indican toxicomanía habitual [...] juzgamos necesario que permanezca internado para su curación.”<sup>17</sup> Si seguimos la línea de este discurso la desintoxicación se reconocía como la cura, de tal suerte que equivalió a la eliminación de las secuelas tóxicas de la sustancia sobre el paciente, por lo que una vez que tales efectos desaparecían el toxicómano era declarado sano. Cuando los internos eran dados de alta se anotaba “De acuerdo con el dictamen recibido por el Director de este establecimiento, sírvase permitir la salida del enfermo [...], quien se encuentra curado del vicio de la toxicomanía.”<sup>18</sup> Podemos ver que en la salud del toxicómano había una identificación de la adicción con la intoxicación.

Después de la llegada se debía indagar sobre la toxicomanía del paciente; para lo que se había diseñado un modelo de historia clínica, que debía ser compilado tan pronto un individuo ingresara, en él se especificaba la siguiente información:

- Información personal del adicto (vida social, ocupación, archivo criminológico, enfermedades padecidas y algún tratamiento para su adicción que hubiera desarrollado con anterioridad)

---

<sup>17</sup> Oficio de Remisión al Hospital Federal de Toxicómanos (HFT) de Agustín Ponce de León, Jefe de Servicio Jurídico, marzo de 1933, AHSSA, Fondo Hospital Federal de Toxicómanos (FHFT), Caja 1, Expediente 18.

<sup>18</sup> Alta de Alberto Torices Portillo, Director del HFT, septiembre de 1933, AHSSA, FHFT, Caja 2, Expediente 24.

- información familiar para verificar si existían antecedentes, así como información sobre su adicción

- Toxicomanía actual
- Naturaleza de la misma
- Inicio de la toxicomanía
- Etiología
- Vías de introducción
- Cantidades tomadas
- Evaluación del padecimiento

Entre 1933 y hasta 1948 hubo cuatro tipos de modelos para recabar la historia clínica.<sup>19</sup> Las particularidades de los otros esquema de historia clínica serán señalados posteriormente; por ahora baste decir que de los 204 expedientes estudiados sólo 84 contenían aquel documento, es decir sólo el 35% de la muestra total. Junto con esta historia clínica debía aparecer una hoja de tratamiento en la que se anotaban los cuidados diarios que habían recibido los toxicómanos durante su estancia en el Hospital, la información consignada era la cantidad de medicamentos suministrados, la alimentación proporcionada, así como las medicinas o curaciones adicionales brindadas al paciente.<sup>20</sup>

Las historias clínicas en la primera etapa de funcionamiento del hospital fueron escasas. Si revisamos los expedientes del primer par de años de la institución tampoco encontraremos las hojas de tratamiento. Sin embargo, se pueden conocer los cuidados que se les daban a los internos por los informes de las autoridades del Hospital al Servicio Jurídico. En ellos se incluían datos generales sobre la población de la institución: número de internos, cuáles de los asilados tenían un proceso penal en curso, cuántos de ellos recibían atención en el dispensario (seguramente por sífilis, aunque también había casos en los que eran trasladados al dispensario dental), y

---

<sup>19</sup> A lo largo del periodo estudiado hubo tres modelos de historia clínica. El anterior lo llamaremos el tipo “A” que se ideó desde 1933 pero que en realidad nunca se aplicó. En 1935 se redactó un nuevo tipo de historia clínica, que será explicado en el siguiente capítulo, la titularemos historia “B”. Para 1939, con las nuevas propuestas terapéuticas apareció la historia clínica “C” de la que se darán más detalles en el capítulo cuatro. Finalmente, entre 1943 y 1946 hubo un cuarto tipo de historia.

<sup>20</sup>Forma de Ingreso y Expediente del Hospital de Toxicómanos, s.f, s.a., AASSA-FSP-SSJ, Caja 36, Expediente 3.

cuáles habían recibido tratamiento de desintoxicación. En este último apartado se incluyó una relación de las personas que habían recibido morfina, así como otras sustancias para hacer frente a los síntomas físicos de la abstinencia.

Si las historias clínicas no abundaron para estos dos años podemos suponer que se perdieron o que nunca existieron. La diferencia entre este periodo y el tiempo restante en que funcionó el Hospital radica en la ubicación del mismo y los cambios administrativos que sufrió después de 1935, cuando fue trasladado a las instalaciones del Manicomio General de La Castañeda. Los expedientes de los pacientes atendidos en Tolsá pudieron no ser trasladados a la nueva sede. También es posible que los expedientes de los nuevos casos que se trataron en Mixcoac se conservaran mejor que aquellos de Tolsá. Pero en la revisión de los que sí se conservaron en las instalaciones de La Castañeda encontramos información relativa a la remisión y las altas de pacientes que datan de 1933 y 1934, lo que indicaría que tales expedientes sí fueron enviados allá. Podemos suponer que sólo esta información se produjo en los años anteriores al traslado, o que únicamente ésta fue comunicada a la nueva administración, no así la que tenía que ver con el tratamiento o con la historia de la adicción. Se sabe que existen datos del tratamiento, nuevamente, gracias a los informes del Hospital al Servicio Jurídico. No hay evidencia, sin embargo, de que existieran las historias clínicas.

En la forma donde se anotaba el tratamiento se incluyó información básica y esencial como la toxicomanía que sufría el individuo. Reconocer la adicción de los asilados en el hospital no era difícil, pues en la primera etapa de su funcionamiento sólo se admitió a sujetos que sufrieran dependencia de opiáceos, particularmente la heroína. Una de las razones era el examen médico y diagnóstico para identificar el uso continuado de drogas. Los recursos de la época no permitieron pruebas de otro tipo más que una exploración física con la que se buscaban rastros físicos de las inyecciones. El estudio de la adicción había proporcionado algunos perfiles de adictos, pero no se habían desarrollado mecanismos que identificaran los químicos en la sangre o uso de sustancias mediante análisis de orina (eso ocurrió después de la década de los sesenta del siglo XX). De ahí también que la

imagen del adicto impregnada en la mentalidad de los funcionarios resultó una variable fundamental para identificar a un toxicómano en la calle y después en las instituciones del Estado.

Lo rudimentario de los métodos de diagnóstico redujo las adicciones que pudieron atenderse. Pero también lo hizo el desarrollo de los tratamientos contra tales hábitos, hasta entonces casi todos los que se formularon atendieron a los aficionados a los opiáceos. La causa de este enfoque tuvo que ver con la abstinencia que se manifestaba más veces y con más intensidad entre los consumidores de estas drogas, además de que los primeros estudios sobre la adicción, así como los tratamientos se hicieron en torno al hábito de la morfina para después trasladarse al uso de heroína. En la abstinencia se presentaban síntomas físicos y psíquicos que mantenían en perpetuo estado de inquietud y desesperación a quien los padecía entre ellas se encontraban los trastornos intestinales (nausea, diarrea), cardiacos (colapso, ritmo cardíaco fatigoso) y nerviosos (calambre, histeria, hiperestesia, delirio).<sup>21</sup>

Aunque la heroína fuera la droga que más personas llevó al hospital no era la única que se consumía al mismo ritmo en el Distrito Federal. La marihuana la acompañaba. Sin embargo, de acuerdo con informes de los médicos del HFT, no dejaba huellas a largo plazo, tan sólo disminuía los reflejos corporales de manera momentánea. Agregaban que este efecto era la razón para los usos terapéuticos de la marihuana, ya fuera como analgésico o como antiespasmódico.<sup>22</sup> Las limitantes en el examen redundaron en la atención de los toxicómanos habituados a esta variedad de *cannabis*, en la Oficina de Consignaciones del Departamento de Salubridad se les dejaba ir sin posibilidad de cuidados, lo que lamentaba el director del Hospital, Everardo Landa, para quien era imperativa su inclusión a fin de conocer más sobre esa adicción y actuar en consecuencia.<sup>23</sup>

Para los toxicómanos que sí eran ingresados, los heroínómanos, se contaba con un método de retiro. En el periodo de alarma y en el periodo

---

<sup>21</sup> C.L. Case, "The pathology and treatment of morphinism", *California State Journal of Medicine*, California, Medical Society of the State of California, Vol III, No. 11, 1905, p. 352-354, p. 352.

<sup>22</sup> El médico adscrito al Hospital Federal de Toxicómanos al Jefe del Servicio jurídico, Agosto 18 1933, FSP-SSJ- Caja 35, Expediente 20.

<sup>23</sup> El Director del HFT, Everardo Landa, al Jefe del Servicio Jurídico, Julio 22 1933, AHSS-FSP-SSJ, Caja 36, Expediente 8.

fundacional de la prohibición se creyó que la adicción podía curarse, así médicos y farmacéuticos desarrollaron dos líneas de acción, dos tipos de terapia: una fue el tratamiento supervisado y otra era la fabricación de un fármaco que eliminaría definitivamente el deseo de la morfina o los opiáceos. El factor esencial que caracterizaba la adicción era la dificultad que resultaba de abandonar la sustancia a la que se era adicto en virtud de los síntomas de abstinencia. Si el adicto era un sujeto con voluntad débil o se había trastornado al punto de resultar tal voluntad irrelevante, sucumbiría en un breve periodo a dichos síntomas. Tanto las curas farmacológicas como los tratamientos apelaron a la disminución, a su mínima expresión, de los síntomas del síndrome de abstinencia como el mecanismo terapéutico idóneo para aniquilar la adicción. Para lograrlo se probaron una gran cantidad de procedimientos, uno de los primeros fue la sustitución de la morfina por otra droga que produjera efectos similares sin causar adicción durante la abstinencia (de ahí el uso de cocaína y heroína como relevos que a la larga resultaron contraproducentes). También se fabricaron sustancias milagrosas, con fórmula secreta, con una atractiva publicidad e incluso con estudios “científicos” de por medio que avalaran su efectividad y autenticidad.<sup>24</sup> Muchos de estos remedios que prometieron curas rápidas y prodigiosas contenían en realidad opiáceos, de ahí la campaña de etiquetado e información al consumidor del siglo XIX.

El tipo de cura en el que se ponderaba el uso de una medicina respondía a la mentalidad de la época, cuya lógica era la toma de una sustancia para acabar con el malestar, como una vacuna. Paralelamente se plantearon mecanismos basados en la rehabilitación asistida a través de un retiro acompañado por un personal especializado. En su obra *Die Morphiumsucht* el médico alemán, Edward Levinstein, asumió la adicción como una enfermedad que se manifestaba físicamente pero que no tenía su origen en el cuerpo sino en el espíritu, en el carácter o en la personalidad del

---

<sup>24</sup> Ejemplo de este caso es la cura por el oro de Lesley E. Keeley. Él consideraba que el deterioro cerebral aunado a condiciones sociales adversas, como la guerra, o la presión del ritmo de la vida moderna propiciaban la adicción; para detenerlo bastaba con utilizar cloruro de oro para regenerar el sistema nervioso. Lesley Keeley, E., *The morphine user, or, From bondage to freedom: the opium, morphine, and kindred habits, their origin, nature and extent, together with the proper method of treatment to be adopted*, Dwight, Illinois, L.E. Keeley, 1883, 200 p., p. 99-102. <https://archive.org/details/morphineeaterorf00keel> ; Consultado el 7 de junio de 2015.

individuo.<sup>25</sup> Ideó un método de cura que consistió en la privación de la sustancia de manera súbita, o retiro abrupto, acompañada de cuidados paliativos para fortalecer la voluntad del paciente en el abandono de la droga, un aliciente médico a la voluntad.

El retiro súbito de Levinstein fue un método criticado por su aparente inhumanidad y los altos riesgos que representó para aquellos que se sometían a él. Su tasa de éxito no fue tan alta y los efectos sobre el adicto sí muy violentos. El Departamento de Salubridad consideró el retiro la vía más conveniente para la rehabilitación del toxicómano. Tanto el personal como la infraestructura requirieron de un método de retiro menos intenso y demandante. Por ello optaron por el llamado “retiro rápido”, ideado por Albrecht Erlenmeyer, bajo el mismo principio del de Levinstein pero con algunas variantes, entre ellas es que no se suspendía de un día para otro la ingesta de morfina. El llamado “retiro rápido” constaba de tres etapas:

1. Descontinuar el uso del veneno;
2. Combatir los disturbios mentales y físicos debidos a la abstinencia y;
3. Prevenir una recaída.<sup>26</sup>

Erlenmeyer recomendó el método de retiro súbito tanto por su rapidez como por el éxito que garantizaba, sin embargo, reconoció que resultaba impracticable en la mayoría de los hospitales además de colocar al paciente en peligro de muerte.<sup>27</sup> Desaconsejaba, por otro lado, el método gradual, porque si bien los síntomas eran menos intensos se manifestaban en un periodo de tiempo mayor lo que generaría únicamente más incomodidad.<sup>28</sup> Para garantizar el éxito del tratamiento debía supervisarse el proceso de desintoxicación, pues el apetito del adicto podía resultar tormentoso por lo que el enfermo no escatimaría recursos para satisfacerlo. Por ende, resultaba fundamental extender al máximo posible el periodo de

---

<sup>25</sup> Edward Levinstein, *Morbid Craving for Morphia (Die Morphiümsucht) A monograph founded on personal observations*, trans. Charles Harver, London, Smith, Elder&Co., 1878, 152 pp., p. 5 <https://archive.org/stream/morbidcravingfor00levi#page/n5/mode/2up> ; Consultado el 15 de agosto de 2015.

<sup>26</sup> Albrecht Erlenmeyer, *On the treatment of the Morphine Habit*, Bremen, Dogma, 2013, 132 p., p. 1. Publicado originalmente en 1887.

<sup>27</sup> *Ibid.*, p. 12.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 5.

supervisión. El paciente no podía ser liberado hasta que se tuviera la certeza de que no recaería. Era la parte del tratamiento a la que debía prestarse más atención.<sup>29</sup>

El método de Erlenmeyer consistía en el suministro de una dosis estándar de morfina, por dos o tres días se proporcionaban 0.05 centigramos (aproximadamente un grano). El individuo se desacostumbraría en un máximo de doce días. El tratamiento era el mismo para todos sin importar cuánta morfina consumieron con anterioridad ni por cuánto tiempo se tomó. No obstante, estos dos aspectos eran importantes al momento de calcular las posibilidades de éxito del retiro. Sólo en algunos casos se recomendaba incrementar la dosis estándar a 0.60 centigramos, si el paciente se inyectaba de 1.5 a 2 gramos de morfina al día, o bien cuando un examen detallado brindara más información para determinar la cantidad idónea.<sup>30</sup> En los hospitales sin la infraestructura adecuada para la atención personalizada la dosis estándar era conveniente.

Para este autor no bastaba con la desintoxicación. La atención posterior era crítica, retomar rápidamente las antiguas obligaciones y estilo de vida podía llevar a una recaída igualmente rápida. Consideró que todos los adictos debían ser atendidos siempre y cuando “[...] a morphinist is not mentally deranged, and his acts are not criminal or social offensive, nobody has the right to compel him to abstinence. [el morfinómano no esté mentalmente trastornado, y sus actos no sean criminales o socialmente ofensivos, nadie tiene el derecho de obligarlo a la abstinencia].”<sup>31</sup> La adicción podía ser una enfermedad, pero no todos los adictos eran enfermos, parecía decir Erlenmeyer. En su frase resaltaba la capacidad del individuo para actuar libremente sobre su cuerpo y los límites que la sociedad tiene sobre éste. El adicto no era una amenaza a la comunidad por el hecho de ser un adicto, sólo cuando su comportamiento resulta perjudicial era que debía constreñírsele a una cura. Para el autor se trató de una afección social, en la que el individuo y su contexto se determinan mutuamente; es decir, el adicto se encontraba a expensas de sus circunstancias, las cuales

---

<sup>29</sup> *Ibid.*, p. 2.

<sup>30</sup> *Ibid.*, p. 14.

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 21.

contribuyeron a su condición y por esa razón se le debía alejar el mayor tiempo posible de éstas para garantizar su sanación.

La perspectiva de tratamiento de Erlenmeyer armonizaba con aquella del Departamento de Salubridad. Ambas posturas coincidían que el adicto no era un criminal ni un enfermo como los otros, ni en sus padecimientos físicos ni en sus afecciones mentales. Se convirtió, por ende, en la mejor alternativa para el HFT, pues además el retiro rápido se adaptó más fácilmente a las condiciones de un hospital en el que las posibilidades de atención personalizada eran mínimas. Los motivos por los que se adoptó un modelo extranjero son desconocidas, aunque seguramente se debió a su popularidad entre los médicos. Existieron estudios y propuestas sobre el tratamiento a la adicción por parte de médicos mexicanos, como el del Dr. Carlos Alatorre,<sup>32</sup> quien elaboró una variación del retiro. No parece, sin embargo, que las investigaciones de este tipo hechas en casa hayan sido consideradas por las autoridades de salubridad.

Los médicos auxiliares eran los responsables de la aplicación mientras que el director del hospital supervisaba el tratamiento. Existieron quejas, entre los primeros de que este último intervenía arbitrariamente sobre las órdenes médicas dadas por sus subordinados. El director solía prolongar el tiempo de administración de las dosis de morfina,<sup>33</sup> con lo que se contravenía el método y se comprometía el retiro, pues el consumo no era cancelado con tiempo suficiente para que, primero, se presentaran los síntomas de abstinencia dentro de las instalaciones del Hospital, en un ambiente controlado e igualmente acondicionado para ayudar a superar al usuario el momento más difícil de la abstinencia; segundo, se lograra un cierto deshabituamiento y desintoxicación antes de que el adicto regresara a las calles, por lo que no estaría impulsado a comprar la droga tan pronto como estuviera fuera.

El retiro rápido se estructuraba, recordemos de la siguiente forma: primero, retiro paulatino, pero a ritmo regular de la heroína, con la administración estándar de una dosis de morfina para todos los casos (duración variable de no más de dos semanas); segundo, la convalecencia,

---

<sup>32</sup> Froylán Enciso, *Nuestra historia narcótica [...]*, op. cit., p. 54

<sup>33</sup>“La organización del Hospital de Toxicomanía presenta deficiencias”, sin fecha, AASSA-FSP-SSJ, Caja 36, Expediente 3

cuidados paliativos de cualquier efecto secundario debido a la abstinencia (otro par de semanas); y tercero, cuidado del adicto para evitar la recaída (de 6 meses a un año). Aunque estandarizados, Erlenmeyer recomendó adaptaciones de acuerdo con las condiciones de la adicción y las necesidades del paciente. En los casos que registra en su estudio el retiro paulatino duró de cuatro a nueve días, con convalecencias que duraron hasta 37 días, aunque hubo algunos breves que duraron quince días. El tratamiento no variaba tampoco por cuestiones de género, los síntomas que se presentaban eran los que determinaban la cantidad de morfina a la que estaban acostumbrados, así como la frecuencia de consumo. A continuación, se presenta un cuadro con el tratamiento dado a Mrs. B. por Erlenmeyer, quien consumió morfina por cuatro años.<sup>34</sup> A lado se muestra el de un paciente del hospital, Juan Hernández Rodríguez.<sup>35</sup>

**Comparación tratamiento dado por Erlenmeyer y tratamiento dentro del HFT-**

<b>Tratamiento de Mrs. B</b>			<b>Tratamiento de Juan Hernández</b>		
DÍA	DOSIS DIARIA	CANTIDAD TOAL DE MORFINA	DÍA	DOSIS DIARIA	CANTIDAD TOAL DE MORFINA
1	2	0.6 g.	1	2	0.04 g.
2	3	0.23 g.	2	2	0.02 g.
3	3	0.18 g.	3	2	0.02 g./luminal
4	3	0.12 g.	4	2	0.04 g./veramo
5	4	0.11 g.	5	2	0.02 g./emetina
6	2	0.03 g.	6	2	0.03 g./luminal
7	1	0.01 g./opio y bismuto	7	2	0.01 g./emetina
8	0	Bismuto	8	2	0.01 g./luminal
			9	2	0.01 g./luminal
			10	2	0.01 g./cafeína
			11	2	0.01 g.
			12	2	0.01 g./cafeína y luminal

**Cuadro Núm. 3 Elaboración propia a partir de Albrecht Erlenmeyer, *On the treatment of the Morphine Habit*, Bremen, Dogma, 2013, p. 98-100 y la Relación de Tratamiento recibido por los asilados, Administrador del Hospital de Toxicómanos, mayo-agosto 1933, AHSSA, FSP, SJC, Caja 35, Expediente 14.**

<sup>34</sup> Albrecht Erlenmeyer, *On the treatment...*, op. cit., 2013, p. 98-100

<sup>35</sup> Relación de Tratamiento recibido por los asilados, Administrador del Hospital de Toxicómanos, mayo-agosto 1933, AHSSA, FSP, SJC, Caja 35, Expediente 14.

A Mrs. B., en los días posteriores, se le administró cafeína y tónica. En el caso de Juan, el suministro de morfina era las más de las veces con la dosis arriba indicada, independientemente de cuánto consumieran los adictos. No se tuvieron registros de cuánto tomaban diariamente, porque ese era un dato que debía incluirse en las historias clínicas que, como hemos ya puntualizado, no se encontraron. Podemos observar que las dosis en el Hospital fueron menores, pero se prolongaron por el doble de tiempo, además de que se agregaron más sustancias paliativas. En el HFT no siempre se usaron las mismas drogas para todos los pacientes.

El tratamiento tampoco tuvo la misma duración para todos. Se tomó una muestra de 44 tratamientos dados del 27 de mayo al 1 de agosto de 1933. El promedio de duración del tratamiento general era de 15.3 días. Este dato sin embargo es poco útil e impreciso, pues hubo grandes diferencias entre los que duraban menos y los que duraban más. El lapso de tiempo de tratamiento dependió de muchos factores. El primero era el tiempo de permanencia. La estancia dentro del hospital fue en este periodo desde los cuatro hasta los 55 días. Tres de los 44 casos estuvieron menos de diez días, mientras que cuatro permanecieron menos de 20 días y 12 menos de 30 días. Otros 21 recibieron atención entre 31 y 40 días, finalmente cuatro más fueron tratados entre 41 y 55 días. La estancia promedio sería entonces de 30 días.

De los 44 sólo 37 recibieron un tratamiento farmacológico. El resto no tiene registro de la administración de ninguna medicina. El tratamiento como vimos incluía morfina, pero también otras sustancias. A este llamaremos el tratamiento total, mientras que a la administración de morfina el periodo de retiro. Nueve de los treinta y siete, casi un 25%, lo tuvieron por menos de diez días, sin embargo, en cuatro de los nueve casos los días de retiro resultaron la totalidad de su estancia. Si analizamos los otros casos y establecemos una relación entre el número de días de permanencia en el Hospital y el número de días que se encontraron en retiro obtendremos un porcentaje. Éste también resulta variable. Por ejemplo, Miguel Estrada Molina estuvo internado 14 días, de los que se encontró en periodo de retiro 11 días, es decir 78.57% del tiempo de su estancia.

Mientras que Ángel Morales Casas recibió morfina sólo 4 de los 34 días de su internamiento, o sea, 11.76% del tiempo que estuvo en el nosocomio.

En el caso de Agustín Velazco Trucy sus 8 días de tratamiento fueron de retiro, mientras José González recibió morfina sólo 13, que tampoco es un lapso de tiempo menor, pues es casi la mitad (44%) de la duración de su estancia. A simple vista este tipo de relaciones podrían resultar ociosas, pero no lo son, a través de ellas podemos vislumbrar las variaciones en la aplicación del retiro. Las premisas del método Erlenmeyer se aplicaron de forma heterogénea: se establecieron reglas uniformes sobre las dosis de morfina y los medicamentos que acompañarían la abstinencia; al mismo tiempo que se dio un margen de flexibilidad sobre el arco de duración del retiro, lo que a la larga dio lugar en algunos casos a una suerte de mantenimiento, es decir, el suministro de la dosis necesaria de un opiáceo para evitar los síntomas de la abstinencia sin intenciones de retirarlo.

Desconocemos, sin embargo, las razones explícitas por las que variaba dicho arco entre un paciente y otro, en promedio una duración promedio del retiro o tratamiento farmacológico de 9 días, como muchos de los casos de Erlenmeyer. El tratamiento podía extenderse hasta 28 días por las condiciones deplorables del paciente. Tales condiciones eran más o menos las mismas para todos y estaban relacionadas con el uso prolongado de heroína. Se había esbozado un cuadro de medicamentos para aliviarlas, el cual incluía: luminal, veramón, emetina, aceite alcanforado, neumonil, hierro y broncoserum, así como tónica y cafeína.

El luminal es también conocido como fenobarbital, actúa como antiepiléptico, hipnótico y sedante.<sup>36</sup> Su utilización se debió a estas dos últimas propiedades, pues tranquilizaba e inducía al sueño a los pacientes, lo que resultó crucial ante los síntomas de la abstinencia. El veramón sería equivalente a paracetamol más codeína y sirvió como analgésico. El neumonil fue utilizado para los pacientes que presentaron afecciones respiratorias. La emetina se usó para aminorar la tormenta digestiva desencadenada por la falta de morfina, ya que actuaba en las paredes del

---

<sup>36</sup> "Luminal", [http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/p/35052/P\\_35052.pdf](http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/p/35052/P_35052.pdf) consultado: 20 de marzo de 2016

intestino y el hígado.<sup>37</sup> Las deficiencias nutricionales fueron combatidas con el hierro. En tanto que las afecciones a las articulaciones o algunas consecuencias reumatoides se aliviaron con el aceite alcanforado, que también ayudaba para los dolores musculares, los malestares abdominales o, si se tenían, problemas respiratorios. Para estimular el sistema nervioso de los pacientes se les dio cafeína.<sup>38</sup> Ampliamente utilizada fue la tónica, una bebida que aliviaba la falta de fuerza, para provocar una sensación de bienestar. Todos estos medicamentos se administraron de distinta forma entre los toxicómanos. No todos recibieron los mismos durante su estancia y casi nadie los recibió todos al mismo tiempo. En esta etapa podemos ver un intento de personalización del suministro de terapia. A pesar de este esfuerzo el nivel de éxito resultó bajo.

Erlenmeyer recomendaba una estancia mínima de tres a cuatro semanas.<sup>39</sup> Después de este tiempo el paciente debía abstenerse de atender las actividades cotidianas que precedieron su internamiento, pues éstas ejercerían sobre él una presión tal que lo conducirían a la recaída. Lo mejor era alejarse a un retiro en la naturaleza.<sup>40</sup> En el HFT el tiempo dictó el ritmo del tratamiento más que el paciente y su condición. En el retiro no había marcha atrás: la dosis, así como la cantidad de días en las que se daba, no dependían tanto del avance en la rehabilitación o desintoxicación del paciente, era casi siempre la misma y se reducía siempre con la misma cadencia. El suministro de los otros medicamentos si bien pretendió subsanar todos los efectos debidos al retiro, no se administraban hasta lograr la mejora del paciente, sino hasta que se cumplía el tiempo recomendado, que rondaba en un promedio de 30 días. Entonces acababa la terapia. Los recursos se agotaban a la par del tiempo, corrían de forma simultánea, se movían como un objetivo en sí mismo.

En el Hospital el tratamiento tuvo muchas deficiencias. Una de ellas fue que no se contaba con el suministro de morfina; el 24 de abril de 1933 no

---

<sup>37</sup>“Emetina”, *Blog de farmacología*, <https://farmainfo.wordpress.com/tag/emetina-amebicida/>, consultado: 20 de marzo de 2016

<sup>38</sup> “Cafeína”, <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/caffeine.html> ; [20 de marzo de 2016]

<sup>39</sup>“Tonic”, *Farlex Partner Medical Dictionary*, 2012, <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/tonic>; [20 de marzo de 2016]

<sup>40</sup> Albrecht Erlenmeyer, *On the treatment of the Morphine Habit*, *op. cit.* p. 69

se aplicó ningún tratamiento por esta causa.<sup>41</sup> Ocurrió también que de los consignados no se anotaban las dosis recibidas inmediatamente después de su ingreso. O sucedió que llegaron al hospital en un horario inconveniente para ser atendidos en el que, por ejemplo, el médico responsable o auxiliar habían ya concluido su horario de trabajo, por lo que tendrían que esperar a la reanudación de labores para obtener su dosis.<sup>42</sup>

Una vez fuera de la institución terapéutica el paciente podía alcanzar un estado de salud favorable si se seguía los consejos de aislamiento y cambio de rutina, de acuerdo con Erlenmeyer. Si después de seis meses era posible mantener la sobriedad se reducían las posibilidades de una recaída. Pero una “segunda abstinencia” solía presentarse. Ésta se debía a la costumbre del cuerpo, a la necesidad de morfina que lo alteraba sin que el tratamiento pudiera combatirlo. La única salida a la aflicción sería la morfina en pequeñas dosis suficientes para regresar al paciente a un estado de normalidad, mantenerlo de manera indefinida con un dopaje reducido pero constante.

Esta alternativa había quedado totalmente descartada en el sistema de salubridad mexicano. También cualquier mecanismo de supervisión posterior al internamiento, por lo que la tasa de reincidencia era elevada. De los 23 expedientes revisados del año de 1933 sólo uno no volvió al Hospital. Los 22 restantes regresaron al nosocomio al menos dos veces más; nueve de ellos entraron y salieron del hospital entre 11 y 14 veces desde que la institución entró en funciones y hasta la década de los 40 (entre 1944 y 1947). El promedio de reincidencia es de 6 veces por paciente en la totalidad de su relación con la institución

## **2.1 Los desafíos al tratamiento: el contrabando y las fugas**

Para julio de 1933 el tráfico ilegal de sustancias al interior del Hospital era un hecho consumado y se desencadenó por diversos métodos que involucraron la participación de los celadores; ya fuera activa, como ejecutores de contrabando, o ya fuera pasiva, solapando las transacciones

---

<sup>41</sup> Informe del Administrador por el Agente de Guardia al Servicio Jurídico, 24 de abril de 1933, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 35, Expediente 14.

<sup>42</sup> *Idem*. Por ejemplo, Bernabé Rico, José Velázquez Campos y Arturo Fuentes Orozco llegaron al HFT el 26 de abril de 1933, no aparece sin embargo en la relación de tratamiento del día.

se realizaban entre los internos y las visitas. Ejemplo del primer tipo es el caso de Juan Silva, vigilante dentro del Hospital. Silva comenzó a ser sospechoso por las visitas que le hacían ex internos a su lugar de trabajo, además de aquellas que él realizaba en sus días libres sin motivo aparente; aunado al hecho de que sus compañeros lo habían visto entregar paquetes a los pacientes. Todo este escenario de suspicacias dio lugar a un cateo, cuando volvía de su hora libre, en el que se le encontró un cigarro de marihuana.<sup>43</sup> La coincidencia del hallazgo fue más que oportuna. Las sospechas previas pudieron servir para montar una escena creíble que diera el veredicto deseado sobre alguien que ya se consideraba responsable de infringir las reglas del hospital además de la ley. No hubo, sin embargo, una sanción penal contra él, únicamente se le imputaron faltas administrativas. No hay más datos sobre su posterior permanencia en el HFT.

En el segundo caso la introducción de drogas se hizo por parte de pacientes dados de alta, quienes volvían para surtir a sus compañeros. En noviembre de 1933 Arnulfo Arias, ex interno, apenas liberado ese mes, llevó fruta a los internos, entre las mandarinas, manzanas y naranjas de la estación agregó unos cigarros de marihuana.<sup>44</sup> Los sujetos recién liberados gozaban de la confianza de los toxicómanos y conocían el Hospital, por lo que explotaron ciertos puntos débiles del control junto con los vínculos entre ellos y los celadores. Juan Ramírez, consignado en 1933, relató una de las formas en las que metían “la chiva”, como los toxicómanos llaman aún hoy a la heroína. Cuando alguien era liberado se le comisionaba para traerles droga a los que todavía estaban dentro. Se desarrolló un método invariable para hacerlo. Se metía la heroína entre dos hojas de periódico que después eran unidas con pegamento. Esta artesanía de la adicción era introducida por orificios especialmente diseñados para su forma en lugares designados para la recepción del paquete.<sup>45</sup>

Otros contrabandistas eran los familiares, amigos o amantes que con un poco de ingenio y cuidado podían encontrar formas de dar marihuana o

---

<sup>43</sup>El Administrador del Hospital al Jefe del Servicio Jurídico, Julio 15 y Julio 21, 1933, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 35, Expediente 14.

<sup>44</sup>El Administrador del Hospital al Jefe del Servicio Jurídico, noviembre 11, 1933, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 35, Expediente 14.

<sup>45</sup>Acta de declaración de Juan Ramírez, Junio 14 de 1934, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 35, Expediente 14.

heroína. La facilidad aumentaba pues no hubo obstáculos para el contacto físico entre los externos y los pacientes del hospital, además de que los vigilantes no llevaban a cabo ningún registro obligado de los objetos, contenedores o vestimenta de las visitas, sólo si existía una sospecha.<sup>46</sup> En suma, el contacto con el exterior no sucedió bajo mayores restricciones, las visitas eran constantes y según los términos de los internos, quienes podían también hacer llamadas telefónicas a voluntad.

En virtud de esta situación se entiende por qué las visitas eran un hecho fundamental de la vida de los internos y la pugna que emprendieron para garantizarlas. La organización de los enfermos para acceder a ventajas durante su estancia cesó a mediados de 1933, lo que se explica porque habían encontrado ya vías para mantener su adicción. Cuando éstas peligraron la reacción no se hizo esperar. En una ocasión en que las visitas fueron canceladas los toxicómanos liderados por un interno de nombre Olegario protestaron, destruyeron paredes y ventanas. Los celadores eran rebasados en número y energía por lo que solicitaron refuerzos. Cuando las fuerzas policíacas arribaron se mostraron incapaces de contener el motín, ya que no contaban con autorización para golpearlos ni someterlos. En vista de su escaso poder persuasivo optaron por darles un intenso baño de agua con mangueras y sólo entonces el fuego de la inconformidad de los internos pudo apagarse.

En la exposición sobre las condiciones materiales del hospital quedó claro que tanto la edificación como la ubicación del mismo dificultaban el aislamiento de los internos. Las huidas o constantes fugas eran una consecuencia natural de esta situación. La premura con la que fue establecido y los limitados recursos materiales con los que el HFT pudo contar impidieron el acondicionamiento acorde con la lógica que la terapia de desintoxicación y rehabilitación demandaban. Lo anterior produjo que su funcionamiento se acercara más a un refugio, a un lugar de confinamiento para un cierto tipo de infractores, a quienes como parte de su estancia se les brindaba atención médica, sin que la cura representara el fin último de la reclusión.

---

<sup>46</sup>Notas de Ricardo Serrano de la inspección hecha al Hospital Federal de Toxicómanos, Junio 7 de 1933, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 35, expediente 18

Lo anterior junto con la escasa vigilancia o a la complicidad de los celadores propició que las fugas ocurrieron con regularidad. Algunos escapes eran exitosos, otros sólo agravaban la tensión entre el personal del Hospital y los internos. En noviembre de 1933 Manuel Bermejo Ramírez y Eduardo Allen horadaron las paredes de los dormitorios con pedazos de metal de los que se componía el mobiliario, como las varillas de las camas. La idea de hacerles hoyos a las paredes ya había sido puesta en práctica infructuosamente por el mencionado Eduardo Allen en julio de ese mismo. Este intento fallido empeoró las condiciones de los internos, quienes conservaron para dormir sólo los colchones y las cobijas.<sup>47</sup> El administrador del Hospital se quejó con las autoridades del Departamento sobre las precariedades de la seguridad y la vigilancia, por ejemplo, que los accesos se clausuraban con candados que podían fácilmente violarse, así como del paupérrimo cuerpo de vigilancia que tampoco podía reaccionar agresivamente contra los internos.

Estos últimos pudieron huir por la ventana en los momentos en los que se encontraban sin supervisión, como hizo Miguel Ángel Delmont, quien saltó desde la ventana de la sala de curaciones en julio de 1933. Otros aprovecharon sus salidas del hospital para curaciones adicionales, las que se daban regularmente en el dispensario para enfermedades venéreas, como lo hizo Agustín Flores Vega ese mismo mes; cuando se encontró ahí pidió permiso para ir al sanitario, del que ya no regresó.<sup>48</sup> Estas huidas podrían considerarse de oportunidad y en la mayoría de los casos sin premeditación aunque sí se hacían con la consciencia de los huecos, fallos y deficiencias de los inmuebles o del personal que los vigilaba.

Otras veces los escapes implicaron la organización de grupos, a los que bastaba un poco de coordinación sin grandes esfuerzos para lograrlos, en virtud de lo precario de la vigilancia. En julio de 1933 Eduardo Allen dejó de horadar las paredes y prefirió burlar los candados junto con Miguel Córdova Huerta, Francisco González Vidal y Rodolfo Zárate Castro; tomaron la llave en posesión del vigilante mientras éste dormía, abrieron el candado y se

---

<sup>47</sup> El Administrador del Hospital al Jefe del Servicio Jurídico, Noviembre 20, 1933, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 35, Expediente 14.

<sup>48</sup> El Administrador del Hospital al Jefe del Servicio Jurídico, Julio 1, 1933, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 35, Expediente 14.

olvidaron, temporalmente, del Hospital de Toxicómanos.<sup>49</sup> Ese mismo día, gracias a la organización de ese grupo, Luis Alcocer también pudo escapar; mientras se dirigía a bañarse vio la puerta abierta, prefirió cruzarla que dirigirse a la regadera.<sup>50</sup> Los internos tuvieron momentos y espacios fuera del radar de los vigilantes, muchas veces debido a la negligencia de estos últimos, quienes abandonaban sus posiciones regularmente o no llevaban a cabo sus rondas, situación de la que los internos sacaron ventaja.<sup>51</sup>

Las fugas pudieron tener distintas motivaciones: deseo de la droga, ansias de libertad, volver a mejores condiciones de vida, pues las del hospital y del tratamiento resultaron no sólo insatisfactorias, sino incluso peligrosas para los internos. Juan Ramírez fue enviado al Hospital y confió que en él se le proporcionaría una cura para alejarlo de lo que él consideraba un vicio. Cuando ingresó se dio cuenta de que “aquello era un verdadero infierno lejos de ser un lugar de curación”, por esa razón buscó a toda costa escapar.<sup>52</sup> Cuando llegó los otros internos le pidieron dinero para evitar que se le realizara el corte de pelo y para dejarle utilizar el baño, a lo que Juan se negó. El resto de sus compañeros continuaron con la presión y le advirtieron que debía seguir las reglas del lugar, dictadas por ellos mismos. Probablemente como una medida de persuasión, pero sin falsedad, le informaron que el dinero que le pedían era para “la chiva de la noche”. No funcionó y Juan se negó nuevamente a darles dinero. Fue entonces que los otros internos hurtaron sus posesiones, una gabardina y cinco pesos, René Pichardo remató el acto diciendo que ahí “así se acostumbraba”.<sup>53</sup> Al darse cuenta de la farsa de la curación Juan aprovechó y siguió a otro interno que escapaba. La gente de las casas aledañas comenzó a gritar “loco, loco” (seguramente para los vecinos del Hospital éste era otro tipo de manicomio), y más tarde fue capturado.<sup>54</sup>

La decepción y miedo de Juan fueron tales que pidió ser mandado a la penitenciaría en lugar de volver al Hospital. Las condiciones en éste eran a

---

<sup>49</sup>*Idem.*

<sup>50</sup> *Idem.*

<sup>51</sup>El Administrador del Hospital al Jefe del Servicio Jurídico, 7 de agosto de 1933, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 35, Expediente 14. Los vigilantes por ejemplo se refugiaban de la lluvia en grupo y descuidaban las zonas sensibles a los escapes como las bardas.

<sup>52</sup>Acta de declaración sobre la detención de Juan Ramírez, Junio 14 de 1934, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 39, Expediente 24.

<sup>53</sup> *Idem.*

<sup>54</sup> *Idem.*

tal punto desagradables como para preferir la prisión. Juan además corría peligro porque confesó la manera en la que la droga era introducida de contrabando, pero a pesar de su delicada situación fue enviado de vuelta al Hospital. Las declaraciones de Juan fueron desestimadas por el administrador del Hospital, Agustín Dupont, quien negó que las drogas se introdujeran al HFT.<sup>55</sup>

El registro de fugas de 1933 muestra ocho episodios exitosos que permitieron la huida de 11 individuos. De estos dos estaban remitidos a la Procuraduría General de la República, ante la que enfrentaban un proceso o bien tenían ya una sentencia condenatoria relativa a algún delito relacionado o no con el tráfico de drogas enervantes. Antes de enviar a un pequeño narcotraficante a prisión se le daba tratamiento. El Hospital era el escenario idóneo para poder liberarse de las responsabilidades penales, lo que pudo contribuir a dar falsos testimonios de adicción. De los otros nueve no se tiene información sobre la situación jurídica que entonces enfrentaban.

## **2.2 Los resultados del tratamiento**

Las autoridades sanitarias estaban al tanto de las deficiencias en el hospital que a la larga impactaban en el tratamiento. Por ese motivo enviaron a un inspector en 1933 para que evaluara las condiciones del recinto y, posiblemente, dictara mejoras. El inspector mostró preocupación, su primera desazón se debió al hacinamiento de los internos, pues no existía ninguna distinción entre ellos. A su parecer se comprometía la integridad y moral de los adictos cuando estaban en contacto con los traficantes. Mismo riesgo corrían los consumidores noveles que en Tolsá entraron en contacto con usuarios más experimentados que a la larga producirían efectos contrarios a los deseados por el tratamiento y ciertamente podían alejarlos de la cura.<sup>56</sup> La convivencia sin control influyó negativamente entre los internos, pero también entre los custodios.

Una alta presencia del hampa dentro del nosocomio para toxicómanos aumentó el riesgo de enfrentamiento entre el personal de vigilancia y los

---

<sup>55</sup> *Idem.*

<sup>56</sup> Notas de Ricardo Serrano de la inspección hecha al Hospital Federal de Toxicómanos. Junio 7 de 1933, FSP-SSJ, Caja 35, expediente 18

pacientes, situación en la que los primeros sufrieron de desventaja no sólo de número, sino también de método, pues las técnicas de aplacamiento que les estaban permitidas no podían ser violentas. El inspector recomendó la división de los internos según sus antecedentes y su grado de reincidencia, y evitar a toda costa la entrada de traficantes. Si un sujeto alcanzaba un alto grado de recaídas las puertas del HFT debían cerrársele, para evitar el gasto de recursos en personas que el inspector consideró “parásitos sociales desprovistos totalmente de todo principio moral y de conservación.”<sup>57</sup> Otra de las sugerencias fue la de brindar tratamiento psicológico a los toxicómanos. El tratamiento, como ya hemos mencionado, se concentró en el suministro de morfina según el modelo de Erlenmeyer. La meta ideal era la cura, no sólo para aquellos encargados de la aplicación del tratamiento, era la concepción misma con la que el HFT se fundó; el Reglamento Federal de toxicomanías señaló que los internos debían permanecer en el Hospital tanto tiempo como su cura lo requiriera, entendida ahí como la total supresión de la adicción que equivalía también a la cancelación del consumo de drogas enervantes en cualquier cantidad y en cualquier circunstancia. En los hechos el Hospital difícilmente podía cumplir con ese cometido por sus recursos limitados, humanos y materiales. Su director era consciente de ello, por lo que comunicaba al Jefe del Servicio de Química y Farmacia sus inquietudes sobre la imposibilidad de llegar al propósito del nosocomio.

Se sabía que aun el tratamiento más largo no se acercaba a la mitad del tiempo mínimo considerado por el director del Hospital como adecuado para lograr la curación, el cual era de tres meses. Si acaso alcanzaba para desintoxicar, lo que de ninguna manera representaba la recuperación del adicto. El Director del Hospital señaló al Jefe del Servicio Jurídico que se lograrían mejores resultados si se aumentaba el tiempo, pues se profundizaría en la observación a los pacientes. Pero esta medida tendría una consecuencia negativa inmediata, la reducción del número de pacientes aceptados.

Se demuestra que, contrario a los preceptos del Reglamento de Toxicomanías, el Director del Hospital tenía poca influencia en el tratamiento de los adictos, no sólo en la atención cotidiana (que era delegada

---

<sup>57</sup> *Idem.*

a los médicos auxiliares) sino también en la valoración de los resultados obtenidos de dicho tratamiento para dictaminar o no un alta, pues ésta se daba en términos de plazo y no de recuperación; la segunda, derivada de la anterior, es que el número de pacientes admitidos y liberados no obedeció a un examen exhaustivo sobre la adicción y se ajustó más a una lógica de eficiencia dictada por la circulación de pacientes, por la cantidad que debieron atenderse y no por la calidad de la atención. En última instancia, la suspensión de un tratamiento seguía una medida estándar de una treintena de días tenida como adecuada por el Servicio de Química y Farmacia junto con el Servicio Jurídico. Esto a la larga aseguró el confinamiento, pero no el tratamiento. El Hospital Federal de Toxicómanos, en su planteamiento primitivo, buscó solucionar las carencias impuestas a los adictos por la reclusión en prisión que no se adaptaba a las necesidades de su padecimiento y que prolongó situaciones que alentaron el alcoholismo y el consumo de drogas dentro de ella.<sup>58</sup> Pero como observamos no fueron del todo exitosas. La información brindada por el Director pudo ser una explicación para confrontar la evaluación negativa de la inspección previa sobre el hospital que ya hemos citado, en la que se resaltaron las deficiencias tanto de la infraestructura del hospital como del tratamiento. También pudo ser una respuesta a las quejas que algunos de los médicos auxiliares u observadores con acceso al hospital habían hecho llegar al Servicio Jurídico, en las que se criticaba el modelo de tratamiento y el funcionamiento del nosocomio.<sup>59</sup>

El Servicio Jurídico se encargaba de remitir a los toxicómanos y de evaluar las altas una vez que el Director del Hospital las solicitaba. En el artículo 25 del Reglamento de Toxicomanías entonces vigente se especificó que correspondía a otro médico, también dependiente del Servicio Jurídico, evaluar la petición de alta. En los casos analizados este hecho nunca se verificó, la liberación era aprobada por el Jefe del Servicio mencionado de 1933 a 1934. A partir de 1935 se añadió la aprobación del Jefe del Servicio

---

<sup>58</sup> Pablo Picatto, *City of suspects. Crime in Mexico City, 1900-1931*, Durnham and London, Duke University Press, 2001, 365 pp, p. 199.

<sup>59</sup>“La organización del Hospital de Toxicomanía presenta deficiencias”, s.a, s.f, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 36, Expediente 3

de Química y Farmacia y para 1937 la aprobación del alta fue ratificada por el responsable de la Campaña contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías.

El adicto además fue tenido como mentiroso empedernido,<sup>60</sup> lo que le restó credibilidad en todo el proceso del tratamiento, desde el cuestionario de la historia clínica hasta los diálogos sostenidos para evaluar el progreso y las posibilidades de alta. Como ya hemos observado esta última dependió de la valoración médica junto con el flujo de pacientes, determinado por la cantidad de consignaciones que llegaban del Servicio Jurídico. Este era uno de los factores que jugaron a favor de las liberaciones prematuras, pero también, como consta en algunos testimonios, lo era la laxitud del Director del Hospital. Uno de los médicos auxiliares consideró que las altas no se fundamentaron en evidencias de la recuperación de los internos, más bien se basaron en criterios emocionales, tales como la lástima, que obraba en el principal responsable del Hospital.<sup>61</sup> En ocasiones esa irracionalidad suscitó la liberación de pacientes que apenas habían sido ingresados lo que acarrearba descontento en aquellos que permanecían, muchos de los cuales llevaban más tiempo bajo tratamiento. El alta, en cualquiera de los casos era dada a destiempo, en detrimento del tratamiento, sin que fueran casos de negligencia, sino resultados circunstanciales de la precariedad en la que el Hospital se levantó.

Las salidas adelantadas influyeron en la tasa de reincidencias. En 1933 fue de 1.5 veces al año, es decir, quien entró al menos regresó una vez más al Hospital. En promedio la reincidencia total de las personas que ingresaron este año fue de 6.6 veces. Los internos que ingresaron en 1934 tuvieron una tasa de reincidencia menor, se redujo a 0.9 anual (Ver cuadro 4). Esto pudo deberse a los mecanismos de vigilancia y control a los que eran sometidos los toxicómanos por la policía sanitaria una vez que eran liberados, los cuales analizaremos posteriormente.

---

<sup>60</sup> *Idem.*

<sup>61</sup> *Idem.*

## Reincidencia de pacientes que ingresaron en 1933 y 1934.

<b>Paciente</b>	<b>Año de primer ingreso</b>	<b>Año de último ingreso</b>	<b>Años en el HFT</b>
Agustín Ponce de León	1933	1946	13
Alberto Torices Portilla	1933	1936	3
Ángel Sánchez Magos	1933	1933	1
Arnulfo Arias Martínez	1933	1933	1
Benigno Martínez Ángeles	1933	1937	4
Samuel Martínez Santana	1933	1940	7
José Mejía Coria	1933	1946	13
José García Salomón	1933	1945	12
Román Hernández Camacho	1933	1937	4
Juan Aguayo González	1933	1946	13
Tomás Saldaña Pereda	1933	1936	3
Juan José Pérez	1933	1936	3
Enrique Pérez Hernández	1933	1946	13
Daniel Ramírez Cosío	1933	1944	11
Juan López Tenorio	1933	1945	12
Manuel Bermejo Ramírez	1933	1947	13
Manuel Ira bien Iturbe	1933	1935	2
Manuel Loyo Gómez	1933	1936	3
Rafael Urdanivia Bello	1933	1935	2
Tae Pong	1933	1937	4
Trinidad Aguirre	1933	1938	5
Juan Hawking Kink	1934	1938	4
Ernesto Gómez Z.	1934	1938	4
Leopoldo López Piña	1934	1936	2
José Galaviz González	1934	1937	3
Rodolfo Riestra Ramírez	1934	1940	6
Cervando Lorenzo Rodríguez	1933	1935	2
Juan Quintero Lido	1935	1940	5
Mariano Kopacher Fernández	1934	1936	2

Cuadro Núm. 4 Elaboración propia. Fuente: Expedientes AHSSA-FHFT

### **3. 1934 el último año en Tolsá.**

Varios de los actores involucrados en el tratamiento fueron conscientes de las deficiencias que de origen redujeron las posibilidades de éxito de la tarea del hospital. Las autoridades sanitarias apostaron por un cambio drástico, era esencial cambiar las instalaciones a un lugar donde sí se proporcionara una cura, no sólo la desintoxicación. Con una nueva ubicación se practicarían otros enfoques como el de la psicoterapia.<sup>62</sup> La ausencia de la psicoterapia, o terapias alternativas a la farmacológica, en las instalaciones de Tolsá no pudo deberse únicamente a las características del inmueble. La falta de vigor en el ejercicio con otros métodos de tratamiento aunada a la rigidez sobre los procedimientos de atención provenientes de las otras oficinas del Departamento de Salubridad constriñó las posibilidades y los experimentos en la materia. Pero no sólo eso, la situación de las finanzas públicas apenas alcanzaba para mantener en pie otras campañas más urgentes para la sanidad pública; si bien la prohibición era importante no ocupaba el primer lugar en las prioridades del Departamento.

Un ejemplo sería la campaña contra el paludismo, con la que se benefició a una gran cantidad de población, no sólo a aquellos que la padecían o podían contagiarse sino también a los que dependían económicamente de los puertos o los campos que se paralizaban cuando la enfermedad se propagaba. Frente a ésta la toxicomanía era una patología desviada, de degenerados y localizada en centros urbanos, de intercambio comercial o de frontera. En tanto México era todavía un país eminentemente rural la población que potencialmente podía sufrir de toxicomanía era reducida si se le parangonaba con la gente que podía exponerse a otro tipo de enfermedades, cuyo padecimiento además tenían más consecuencias económicas que morales.

¿Quién era el adicto al que el hospital prestó sus servicios? En un apartado anterior hemos descrito la definición del adicto vicioso (consumidor hedonista sin antecedentes médicos para el uso de drogas enervantes), vocablo omnipresente en los documentos del Departamento de Salubridad y

---

<sup>62</sup>Everardo Landa, Director del Hospital de Toxicómanos al Jefe del Servicio Jurídico, AHSSA-FSP-SSJ, Caja 36, Expediente 3

del HFT. Bajo la óptica de algunos funcionarios los adictos no dejaban de ser delincuentes, a pesar de la fundación del Hospital y su tratamiento. En el año de 1933, por ejemplo, a los pacientes reincidentes se les llegó a llamar “malvivientes”.<sup>63</sup> El apelativo no se sostuvo sólo en los particulares puntos de vista del emisor, era una categoría legal vigente en el Código Penal. El abogado Manuel Pedroza decía que “nada se obt[enía] con el solo procedimiento de considerarlos como enfermos y tratar de obtener su curación”, el hospital debía cerrarse.<sup>64</sup> Prevalció sin embargo la tendencia de considerar al adicto un enfermo, a pesar de las objeciones que se levantaban contra el hospital y los recursos a él destinado. En lugar de la clausura se optó por la reforma.

Uno de los primeros cambios se verificó en 1934, cuando los vigilantes de la penitenciaria fueron sustituidos por miembros de la policía del Distrito Federal. El número de agentes era de tres a cinco, todavía no correspondía con las necesidades de vigilancia del HFT, pero era el intento por extirpar las relaciones corruptas que ahí dominaron. Después se actuó sobre una conclusión ya conocida y muchas veces repetidas: la inconveniencia del inmueble para el tratamiento. En el Manicomio General de “La Castañeda” se contaba ya desde hacía un tiempo con un pabellón *ex profeso* para los toxicómanos, pero que continuó desierto.<sup>65</sup> A partir de ese año se actuó para habilitarlo. El nuevo recinto garantizó un nivel de aislamiento imposible de alcanzar en Tolsá, además de que permitió la inclusión de un sector de la población que hasta entonces había quedado al margen: el femenino.

El pabellón no se volvió un ala dependiente del manicomio general. Se compartió el predio, pero no la estructura administrativa, de tal manera que el HFT permaneció independiente y bajo la tutela del Servicio de Química y Farmacia. El traslado pudo iniciar en 1934 y se completó en 1935. Se intentaron disminuir los nuevos ingresos, para que fueran enviados a “La Castañeda” en lugar de a Tolsá. En febrero de 1934 hubo 26 asilados, un número menor a la media de entre 45 y 65 alcanzada el verano del año

---

<sup>63</sup>Informe de labores de la mesa I. Sección Narcóticos, Abogado Mariano Pedroza al Jefe del Servicio Jurídico, sin fecha [Posiblemente entre 1933-1934]. FSP-SSJ, Caja 37, Expediente 20.

<sup>64</sup> *Idem.*

<sup>65</sup> Oficio al Jefe del Servicio Jurídico por el Abogado Auxiliar Fernando Aguilar V. 8 de agosto de 1935, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 41, Expediente 9.

anterior. Todos los internos que todavía se encontraban dentro del recinto lo estaban de manera forzada.<sup>66</sup>

A la par del cambio de ubicación del Hospital los funcionarios del Departamento de Salubridad señalaron cuáles debieron ser los alcances del tratamiento. Fernando Aguilar, abogado auxiliar del Servicio Jurídico anotó

[...]para obtener éxito en la campaña contra el uso vicioso de enervantes no basta conseguir que el individuo elimine la droga ingerida, recupere un tanto la salud perdida y pueda considerarse desintoxicado, sino que es necesario [...] conseguir [su] reeducación y la readaptación social [...] de manera que sea él mismo quien se dé cuenta del beneficio que obtendría con esta rehabilitación social, y ponga de por medio su voluntad y energía para hacer que no vuelva nunca a usar la droga.<sup>67</sup>

El sistema de tratamiento en vigor sólo puso atención a la desintoxicación. Ello explica el alto índice de recaída. Los internos no buscaron abandonar las drogas y tampoco eran persuadidos de hacerlo, simplemente eran temporalmente prevenidos de tener acceso a ellas. Ahí aumentó el anhelo para tenerlas tan pronto como fuesen liberados o bien idearon mecanismos para no perder su provisión. El cambio de sede aparecía como una posibilidad de cambio en el método.

## **Conclusión**

Las reformas al sistema penitenciario propuesta por el Código Penal en 1931, por un lado, y a las instituciones de servicios de salubridad planteada por el Código Sanitario en 1926, por el otro, fueron un esfuerzo para eliminar la punición al consumidor de narcóticos y para garantizar al adicto la atención para ser rehabilitado. Se trataba de contribuir al mejoramiento social ideal que muchas veces partió de premisas cercanas a la eugenesia. Esta era tenida como positiva, se debían “aumentar los individuos normales y disminuir los anormales, en cualesquiera de sus diversas manifestaciones, bajo cualquier punto de vista que se les considere y bajo cualquier categoría

---

<sup>66</sup>Oficio del encargado de la administración del Hospital Federal de Toxicómanos, Agustín Du Pond Jr., al Jefe de Servicio Jurídico. de febrero, 1 a 9 de marzo de 1934. AHSSA, FSP, SSJ, Caja 41, Expediente 2.

<sup>67</sup>Oficio al Jefe del Servicio Jurídico por el Abogado Auxiliar Fernando Aguilar V., 8 de agosto de 1935, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 41, Expediente 9.

que se les estudiara, porque siempre serían una amenaza contra el mejoramiento de la raza.”, de acuerdo con el estudio sobre la salubridad de José Álvarez Amézquita. Este era el testimonio de un funcionario del Departamento de Salubridad. El alcoholismo, la sífilis, la neurosis eran de los padecimientos a erradicarse dentro de la sociedad. Podríamos suponer que dentro de ese grupo estaban también incluidos los toxicómanos. El Hospital era el medio para lograr dicha mejora.

Los viciosos, como el Estado los nombró, fueron muchas veces conscientes de su condición. También muchas veces la asumieron de acuerdo con la perspectiva del mismo Estado, como sujetos peligrosos y sin remedio. Maximiliano Mares, por ejemplo, declaró que había sido aprehendido “tan sólo porque era un vicioso”, su declaración denotaba una suerte de inocencia respecto a este hecho, es decir, como si no existiera ninguna falta considerable o crimen por consumir drogas. Adoptó a su vez una cierta resignación ante su toxicomanía, pues sus esfuerzos y los de su familia no habían dado resultados para lograr su cura a pesar de desearla. Por esta razón juzgó inútil que lo mandaran al Hospital pues tan pronto como saliera iría a buscar la droga. La perspectiva de Maximiliano respecto a su liberación puede ser fácilmente atribuida a una abrumadora mayoría de los internos que pasaron por el HFT, para quienes la curación no era una opción y la estancia en la institución era más una sala de espera en el corredor del vicio, de su adicción. Maximiliano dio cuenta de las múltiples reincidencias (al menos seis) que había tenido, prueba de su resignación. Se tenía por incorregible. No había estado sólo en el Hospital también estuvo en el Manicomio y en el Sanatorio Lavista.

Las condiciones en las que entonces se encontró el Hospital poco contribuyeron a mejorar las expectativas de cura. En sus primeros años funcionó como un puesto de hacinamiento intermedio entre la prisión y el nosocomio. No podía enviarse directamente a los adictos a la cárcel porque existía una concepción de su condición como enfermedad y no como crimen, que había sido expresada jurídicamente. Sin embargo, su padecimiento no parecía atenderse exhaustivamente. Además del encierro no se proponían actividades o medidas terapéuticas que acompañaran el retiro. En muchos casos fue un atajo de los traficantes que querían evitar el proceso penal.

El control que ejerció el Departamento de Salubridad y los funcionarios por éste designados en el HFT era limitado. Pudieron tener un cierto grado de injerencia en el tiempo del encierro, en la manera en la que el tratamiento era aplicado, pero no en la rutina o en las pequeñas acciones que constituyeron la vida cotidiana del adicto dentro de éste. Ahí gobernaron las relaciones y pactos entre los agentes encargados de vigilar el cumplimiento de la abstinencia y los confinados. Este vínculo fue determinante para la puesta en marcha de prácticas y acuerdos consuetudinarios que desafiaron el paradigma de deshabituamiento planteado por el Estado. Ahora bien, el pacto entre el cuerpo de vigilancia y los adictos tampoco fue infalible, fluctuó entre la complicidad y el enfrentamiento, pero era común llegar a un acuerdo y reanudar la praxis de solapamiento y complicidad.

La actitud de los toxicómanos se mostró continuamente retadora. El éxito del tratamiento se vio continuamente amenazado desde dos frentes. Por un lado, la deficiencia e insuficiencia del personal sanitario que lo volvió prácticamente insignificante, un ejercicio que se agotaba en el suministro de medicamentos para evitar las molestias de la abstinencia. Por otro lado, los internos se empeñaron en eludir cualquier intento de intervención en su adicción. Resistieron y encontraban estrategias para burlar el sistema o explotar sus fallas. Ellos contribuyeron a la ficción de la curación que, si acaso, sólo era una desintoxicación.

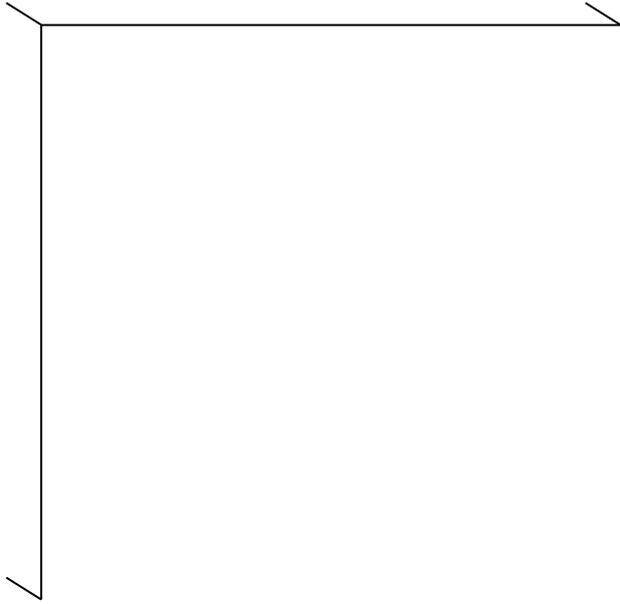
Dicha apropiación requirió de una serie de situaciones que la hicieran posible. El Hospital en su carácter híbrido entre la prisión y el sanatorio, atendió una enfermedad que no era comprendida todavía cabalmente como tal. El desarrollo histórico del discurso científico sobre la adicción, local e internacional, se encontraba en formación. El espacio intermedio del consumidor, entre el enfermo y el delincuente, permitió que muchos adictos sobreexplotaran el modelo y lo convirtieran a una versión más acorde a sus intereses: escapar de prisión en lugar de conseguir una cura. Los criminales/adictos eran tenidos como especialmente nocivos y el modelo de reincidente sin remedio se amplió al punto de aplicarse a la mayoría de la población del Hospital.

Pablo Picatto señala que el proyecto de estado no siempre se expresa directamente en la ley o en las instituciones. En el caso del HFT el modelo

de rehabilitación y cura contenido en la ley no era puesto cabalmente en práctica, aunque formalmente existía, sus premisas y sus fines eran oscilantes en la ejecución cotidiana. En las instituciones públicas destinadas a la atención a los adictos se generó una tensión, como también observó Pablo Picatto en su estudio sobre la prisión, con la que se engendraron ejercicios y códigos implícitos opuestos al fin establecido prístinamente, de rehabilitar al adicto y contribuir al fin de la enfermedad pública por la cual se estableció la prohibición.

A pesar de los defectos del establecimiento, lo precario de su situación y lo limitado de sus recursos el Estado persistió en su conceptualización del adicto como enfermo. Mantuvo la práctica que reafirmaba el adicto frente a dicho Estado como tal y no como criminal, aunque propició condiciones mixtas para la curación. El gobierno mexicano a través de este ejercicio reafirmaba en los hechos su distancia respecto a las directrices o demandas de otras naciones.

En los procedimientos que siguió el gobierno se trató ante todo de reintegrar al adicto al modelo de comportamiento social, económico y político en el que era ciudadano, fuerza de trabajo, así como miembro de una familia. El interés público como fin máximo del Estado pudo elaborarse independiente de la deliberación. Pudo también constituirse como el programa de una élite que sin duda pudo tener una genuina inclinación por elevar la calidad de vida de la población. Vivir más tiempo, en circunstancias más sanas, más higiénicas, era fundamental. En su aspecto más general este propósito podía resultar indiscutible. Es en los pormenores, en los cómo, que traslucieron intenciones menos objetivas y menos comunes, es ahí donde se encontraron los prejuicios y desdenes hacia ciertas capas de la población a las que debía reformárseles. En el siguiente capítulo exploraremos estos aspectos.



---

**CAPÍTULO III**  
**EL HOSPITAL FEDERAL DE TOXICÓMANOS**  
**EN LA CASTAÑEDA. EL TOXICÓMANO**

---

## **1. La transformación del Hospital “La Castañeda”**

Una vez electo presidente el general Lázaro Cárdenas sugirió el establecimiento de un Comité Nacional de Lucha contra las Toxicomanías, el cual estaría integrado por distintas dependencias del Ejecutivo. Esta idea surgió en una de las muchas giras que realizó durante su campaña electoral.<sup>1</sup> El Comité no se creó, en cambio se formó la Campaña contra el alcoholismo y otras toxicomanías, una suerte de oficina técnico-administrativa subordinada al Servicio de Química y Farmacia que empezó a funcionar desde 1935. Los mecanismos y premisas de la campaña fueron dinámicos durante este sexenio, aunque sus labores se enfocaron siempre en los adictos, su persecución y su internamiento.

El Departamento de Salubridad se renovó, como otras secretarías y departamentos de Estado, tras la disputa entre el presidente Cárdenas y los callistas, cuyo resultado fue la retirada de los últimos de la arena política.<sup>2</sup> Las discrepancias dieron lugar a ataques mutuos. El grupo que apoyaba al ex presidente Plutarco Elías Calles veía con recelo las acciones de corte reformista del estado cardenista. Fue precisamente este enfoque, de intensificación del aspecto social de las leyes, lo que contribuyó a la mejora en algunas áreas de las que el gobierno era directamente responsable, como la educación y la salubridad pública.<sup>3</sup> Tanto el aspecto social como el aspecto económico fueron puestos en manos del Estado, que los dirigió en su papel de patrón, a través de control de instituciones y la alianza con sindicatos. Posiblemente en ningún gobierno como en el de Lázaro Cárdenas se constató con tal ahínco la renovación moral del sujeto a través de los mecanismos del Estado.

Una de las principales preocupaciones del cardenismo fue el alcoholismo, aparentemente endémico, de la población rural y urbana mexicana. El presidente estaba dispuesto a tomar “[...] si es preciso, medidas radicales para que el alcohol no pese, como un lastre, en el avance de las organizaciones proletarias.”<sup>4</sup> Así se prohibió la venta en las inmediaciones

---

<sup>1</sup>Documento sin título ni fecha, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 46, Expediente 2.

<sup>2</sup>Alicia Hernández Chávez, *La mecánica cardenista*, México, El Colegio de México, 1979, (Historia de la Revolución Mexicana; 16) p. 47-49, 74, 94.

<sup>3</sup>Tzvi Medin, *Ideología y Praxis Política de Lázaro Cárdenas*, 18ª edición, México, Siglo XXI Editores, (1972c) 2003, 237 pp., p.43.

<sup>4</sup>Luis González y González, *Los días del presidente Cárdenas*, México, El Colegio de México, 1981 (Historia de la Revolución Mexicana; 15), p. 48.

de las zonas de producción o de trabajo. La campaña antialcohólica de Cárdenas tendría consecuencias en el Hospital Federal de Toxicómanos, de la misma forma actuaría su labor moralizadora e higiénica de la urbe. El objetivo principal fue buscar la adaptación de los individuos con algún vicio o padecimiento dentro de los esquemas sociales aceptados y, sobre todo, regulados por el Estado.

El cambio de administración en el Ejecutivo coincidió con los cambios del HFT. Los responsables del Hospital confiaron en que los resultados mejorarían una vez que se trasladaran a La Castañeda. Desde 1934 se proyectó el cambio y comenzaron a realizarse provisiones. Como primer paso se celebró un acuerdo entre el Departamento de Salubridad y la Beneficencia Pública cuyo objeto fue determinar las responsabilidades que ambos organismos tendrían en la institución. La Beneficencia Pública se hizo cargo de cubrir el personal para la atención y cuidados de los internos, incluidas las enfermeras, mientras que el personal médico y administrativo fue designado y dependió del Departamento de Salubridad. La Beneficencia proveyó también los suministros y medicamentos necesarios, incluida la alimentación para los asilados y el personal. En compensación el Departamento proporcionó cincuenta centavos por cada sujeto internado, en caso de que fueran indigentes, si en cambio el interno contaba con recursos éste pagó su estancia.<sup>5</sup> Era el mismo modelo de cobro de “La Castañeda”.

Reitero, el HFT no se subordinó al Manicomio General, no era un pabellón aledaño ni subordinado. Era una institución paralela que aprovechaba la infraestructura del Manicomio, pero cuyo funcionamiento no dependía de éste.<sup>6</sup> El director del Manicomio no tenía injerencia sobre el personal médico o técnico del HFT, pues el último respondía como antes al Servicio de Química y Farmacia y al Servicio Jurídico Consultivo. Sus funciones se redefinieron por la fundación de la Campaña contra el alcoholismo y otras

---

<sup>5</sup>“Contrato que celebran por una parte el Sr. General Don José María Tapia, como jefe y en representación de la Beneficencia Pública del Distrito Federal y por otra el señor doctor Manuel F. Madrazo, jefe del Departamento de Salubridad Pública en representación de éste, para el funcionamiento del pabellón de toxicómanos, constituido en el manicomio general”, 23 de mayo de 1934, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 41, Expediente 9.

toxicomanías; el Servicio Jurídico siguió ocupándose de la recepción de los usuarios detenidos, así como del dictamen sobre su adicción, pero la supervisión del tratamiento y la expedición de las altas sería, a partir de diciembre, prerrogativa de la Campaña, al frente de la cual quedó Francisco Bassols.<sup>7</sup> El primer nombre de la campaña fue “Campaña contra enfermedades venéreas, alcoholismo y toxicomanías.” Las decisiones de ésta, de todas formas, requirieron el visto bueno de la oficina jurídica.

La jerarquía del Hospital quedaba de la siguiente manera (Ver diagrama 3). En el Manicomio se pudo atender a los toxicómanos que prefirieran tener un tratamiento allí en lugar del Hospital.<sup>8</sup> Pero las autoridades del manicomio debían informar sobre las personas que se encontraban bajo su cuidado debido a la adicción a las drogas, tal como señaló el reglamento de toxicomanías de 1931. Los cuidados cotidianos quedaron entonces a cargo de la Beneficencia, quien debió contar con personal capacitado. Esto redujo el contubernio entre los celadores y los toxicómanos dentro del recinto de tratamiento. Todavía se contó con vigilantes, pero su contacto con los internos era reducido, pues se priorizó la atención, de enfermeros, sobre la mera vigilancia. O al menos eso se pretendió. Junto con el acuerdo se redactó un anteproyecto de reglamento en el que se introducían reformas al método de curación, así como a las condiciones ordinarias del HFT.

---

<sup>7</sup>Nota del jefe de Servicio Jurídico al Sr. General del Departamento”, 19 de febrero de 1935, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 44, Expediente 13.

<sup>8</sup>Contrato que celebran por una parte el Sr. General Don José María Tapia, como jefe y en representación de la Beneficencia Pública del Distrito Federal y por otra el señor doctor Manuel F. Madrazo, jefe del Departamento de Salubridad Pública, en representación de este, para el funcionamiento del pabellón de toxicómanos, constituido en el manicomio general”, 23 de mayo de 1934, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 41, Expediente 9.

## Organigrama de la jerarquía administrativa del HFT. 1935-1940

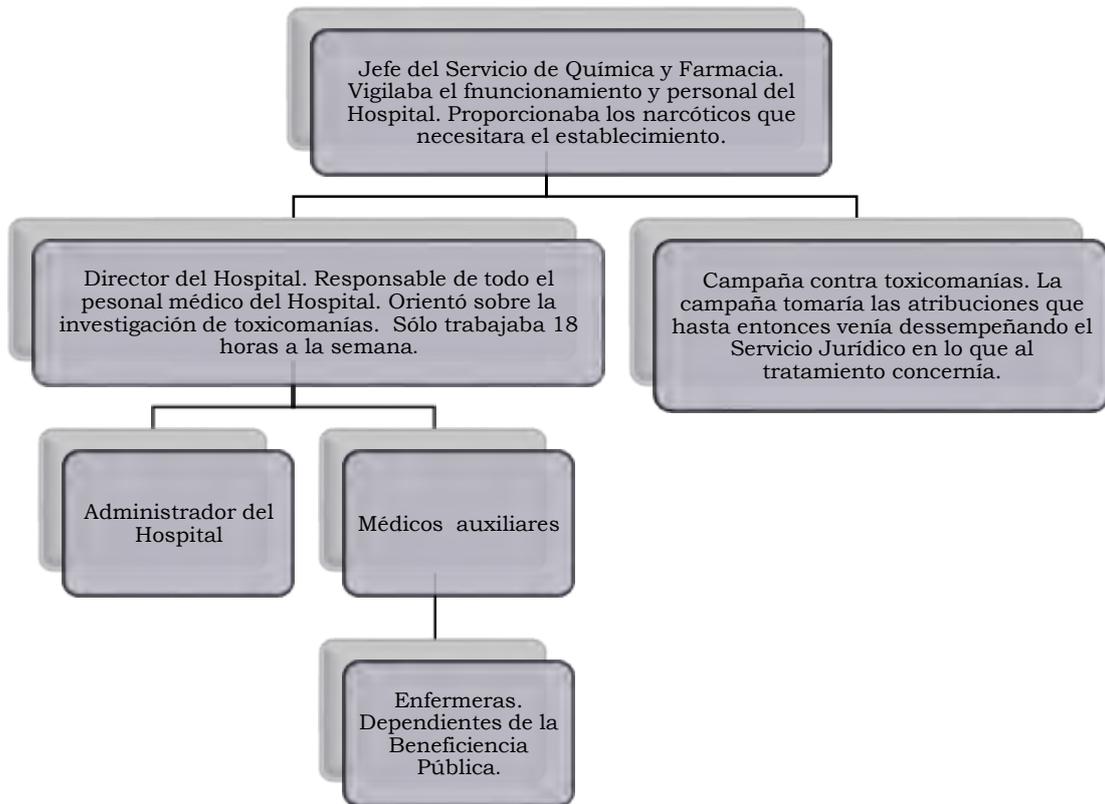


Diagrama No. 3. Elaboración propia con base en los expedientes del AHSSA-FSJC

En cuanto al tratamiento se buscó un cambio en el trabajo que siguiera el principio de la regularidad y la repetición, es decir, en vez de aplicar inyecciones de morfina, aceite alcanforado, tónica o calcio de acuerdo a un formato preestablecido (la hoja de tratamiento), se intentó establecer un compromiso entre el médico responsable con su paciente. De esta manera sólo él podría administrar las inyecciones de morfina, el médico de guardia no podía hacerlo. Se quiso bajo este precepto evitar la distribución irresponsable de inyecciones que a la larga volvía ineficiente el retiro y con ello todo el tratamiento.

El afán por particularizar implicó a su vez cambios en la forma en la que el retiro era llevado a cabo, se propusieron tratamientos alternativos además del farmacológico: atención psiquiátrica, terapia ocupacional o entrenamiento para el trabajo. Las innovaciones propuestas se sostenían en el modelo de “tratamiento moral” en La Castañeda, en el que se buscaba la curación del enfermo a través de la cercanía con su médico, quien apelaría a los restos de razón del enfermo en un ejercicio de persuasión, junto con

una terapia ocupacional; todo esto lo sanaría.<sup>9</sup> La lista de estrategias estuvo abierta, es decir, no hubo un solo camino trazado para lograr la desintoxicación o la curación, se supuso que aumentaría el margen de acción a favor de la individualización del método, de suerte tal que se atendería a las características del sujeto y su adicción no sólo al modelo de retiro prescrito por Erlenmeyer para hacer frente a su hábito.<sup>10</sup> Para poder lograr este enfoque resultó imperativo reducir el número de pacientes que eran ingresados. Se limitó la entrada a 50-60 hombres y de 40-50 mujeres. El trato hacía ellos sería de cordialidad y respeto, sin ningún atentado violento físico o verbal.<sup>11</sup> Asimismo, se ideó una rutina para mantenerlos activos y fomentar una mejor recuperación:

- 6:00 y 7:00 (verano)- Hora de Levantarse
- Después de levantarse una ducha
- Durante el día se ocuparían de una gran cantidad de actividades, talleres y deportes. Se evitaría la ociosidad.
- 10:00. Límite horario para retirarse a dormir.<sup>12</sup>

Además de la particularización del tratamiento se haría otra distinción, los esfuerzos y recursos serían destinados prioritariamente a quienes fueran únicamente adictos. Si además y sobre todo eran delincuentes era regla clara y explícita que se intentaría darles de alta a la brevedad. También serían trasladados los individuos considerados peligrosos, a quienes se enviaría al pabellón de agotados del Manicomio General, sólo en el caso de que el aislamiento dentro del HFT no diera resultados favorables. Las visitas se restringirían. En lo posible se evitaría cualquier contacto entre los enfermos y personas del exterior, fueran éstas familiares o amigos. Cuando los encuentros fueran necesarios e impostergables estaría prohibido el

---

<sup>9</sup> Cristina Sacristán, “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968.”, *Salud Mental*, México, Insitituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Vol. 33, No. 6, nov-dic 2010, consultado en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000600001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600001) 26 de febrero 2016.

<sup>10</sup>“Anteproyecto de reglamento interior del hospital federal para toxicómanos”, s. a., s. f., AHSSA, FSP, SSJ, Caja 43, Expediente 15; y Patricia Olguín Alvarado, “Aproximación a la historia del hospital de toxicómanos (1931-1949)”, *Cuadernos para la historia de la salud*, Dirección General de recursos materiales y servicios generales, Centro de Documentación institucional, Departamento de Archivo de Concentración e Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1995, p. 81-109, p. 97

<sup>11</sup>“Anteproyecto de reglamento interior del hospital federal para toxicómanos”, s. a., s. f., AHSSA, FSP, SSJ, Caja 43, Expediente 15.

<sup>12</sup>*Idem*.

contacto físico, además de efectuarse en un lapso máximo de quince minutos. La medida era claramente para terminar con el contrabando de drogas a través de las visitas.

El nuevo HFT no sólo se pensó como una institución de tratamiento y asilamiento, también se pensó en él como un centro de investigación sobre los aspectos médico-sociales de la adicción. Allí se desarrollarían estudios sobre la personalidad patológica del toxicómano, así como de la toxicomanía en general.<sup>13</sup> Constituiría un doble ejercicio, por un lado, se ampliaría y profundizaría el conocimiento médico sobre la adicción y por el otro este contribuiría a la formulación y aplicación de nuevos esquemas terapéuticos. Se esperaba que los productos de las investigaciones fueran presentados en sociedades o congresos afines.

Otra novedad del anteproyecto de reglamento fueron las circunstancias por las que se emitiría el alta. Ya no dependería únicamente del juicio del personal médico. Los pacientes podrían solicitar audiencia para conocer su situación, además de pedir la libertad anticipada, previa exposición de motivos. Si resultaban satisfactorios para las autoridades del Hospital el paciente sería liberado. Es posible los internos voluntarios apelaran a la audiencia, aunque la presencia de éstos no fue tan común. En 1935 hubo 26 ingresos, de los que sólo dos fueron voluntarios; en 1936 sólo siete de los 44 ingresos no fueron forzosos; en 1937 fueron únicamente dos de 76 y en 1938 fueron 4 de 32; mientras que en 1939 ocurrieron tres de once; finalmente en 1940 ninguno de los ingresos estudiados fueron voluntarios (Ver gráfico 4).

El HFT extendería su vigilancia después del alta, no importaba si se había dado por decisión unilateral o mediante un diálogo con el adicto. Las autoridades podían solicitarle que acudiera a visitas regulares, las cuales servirían para evaluar sus progresos para mantenerse sobrio. No todos estarían sujetos a una vigilancia posterior. A los que incumplieran con esta obligación se les impondría una orden de búsqueda, la cual se haría efectiva a través de la policía sanitaria. No obstante, en los expedientes revisados no existen registros de controles posteriores al internamiento. La extensión del

---

<sup>13</sup>*Idem.*

tratamiento más allá del quicio de Mixcoac, se quedó, al menos en estos términos, en buenas intenciones.

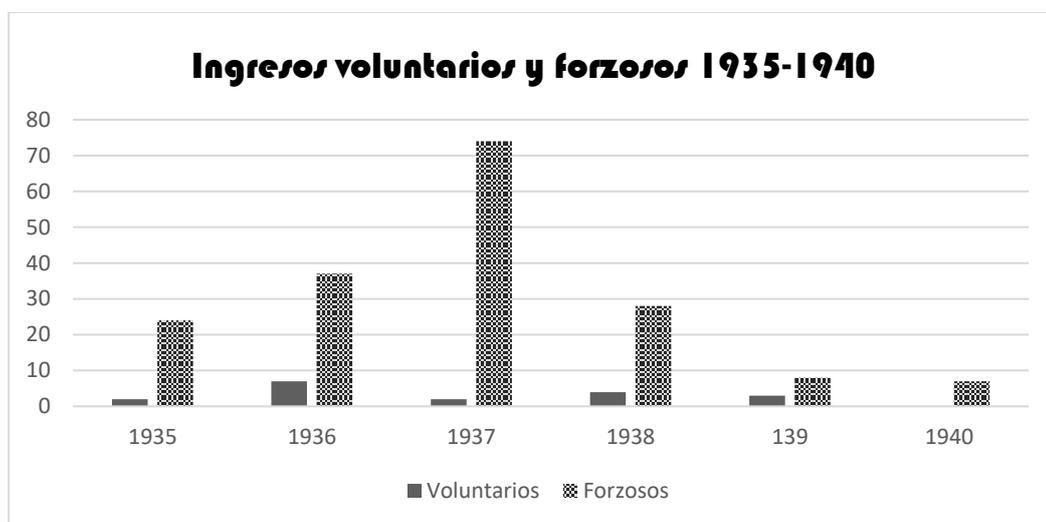


Gráfico Núm. 4. Elaboración propia a partir de los expedientes de AHSSA-FHFT

## 2. El nuevo adoquín del internamiento

Recordemos antes cuál era el camino burocrático: primero era la llegada a la Oficina de consignaciones del Departamento de Salubridad, el Servicio Jurídico examinaba a los que arribaron como toxicómano o traficantes/toxicómanos; después se les remitía al HFT. Una vez ahí se examinaba al enviado y se emitía un dictamen sobre la adicción por el Director de HFT, después se elaboraba la historia clínica tras lo cual se le administraba tratamiento. Finalmente se solicitaba el alta que era autorizada por diversas oficinas del Departamento de Salubridad (el Servicio Jurídico y el de Química y Farmacia, así como el responsable de la Campaña contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías).

Las remisiones de un toxicómano desde el Servicio Jurídico indicaban que éste debía ser “internado en ese establecimiento y sujeto a desintoxicación.”<sup>14</sup> Desde aquí podemos observar el panorama limitado que trazaban las autoridades respecto a los alcances del Hospital y del propio Departamento de Salubridad. Sin embargo, en otras remisiones, el titular del Servicio mencionado, Francisco Vázquez Pérez, envió a los detenidos

<sup>14</sup> Expediente de Agustín Ponde de León, marzo de 1933, AHSSA, FHFT, Caja 1, Expediente 43.

para que fueran curados “del vicio de la toxicomanía”. Se asumió entonces la posibilidad de que la adicción fuera contrarrestada. Es importante resaltar que lo que se intentó aliviar no era categorizado en el fondo o en la forma como una enfermedad sino como un vicio. Al otorgarle ese carácter se permitían un cierto nivel de éxito de la terapia, pues en tanto vicio dependería en gran medida de su portador y no de su sanador eliminarlo.

Tan pronto como eran remitidos desde la Oficina de Consignaciones, y después del veredicto del personal médico adscrito al Servicio Jurídico, el adicto era enviado al Hospital. Lo primero que se hacía era una revisión de sus pertenencias, de los rincones de las telas y los cuerpos habilitados por la astucia de aquellos que escondían su placer, o utilizados sin querer, con rastros olvidados de la heroína o de la marihuana. En algunos casos eran sorprendidos con restos del uso cotidiano, como una aguja encontrada a Agustín Ponce de León.<sup>15</sup>

Durante el ingreso los exámenes particulares se ajustaron a una fórmula, según la cual debió observarse si la persona padecía o no una toxicomanía. Primero se determinó si el sujeto en cuestión presentaba síntomas de intoxicación; segundo, se determinaba si el sujeto tenía síntomas de uso crónico de la droga; por último, se anotaba si padecía de fenómenos de abstinencia. El examen no respondía a una exploración sobre la adicción y las circunstancias en las que ésta tenía lugar, era una extensión del diagnóstico de la oficina de consignaciones, o más bien una confirmación. Se trataba de decir si era o no adicto, las especificidades sobre los efectos de la abstinencia no eran consignadas.

Después del cateo se les interrogaba para elaborar su historia médica, con el fin de conocer las circunstancias en las que el remitido había desarrollado su adicción, además se ahondó sobre la rutina de aprovisionamiento ordinaria. Esta fue una práctica fundamental que había sido dejada de lado en Tolsá. A través de ésta descubrimos los ejercicios habituales de los adictos y se repara en su papel como parte de la estructura de narcotráfico en el Distrito Federal. Las historias clínicas indagaron sobre otros aspectos. Fue el primer paso tomado para cumplir con la misión de investigación que entonces el Hospital había asumido. Así pues, los nuevos

---

<sup>15</sup> *Idem.*

ingresos, así como los reincidentes que ingresaron después de 1935 contaron con un relato sobre su adicción, el tipo “B” de historia clínica. O al menos debió ser así. El estado actual del AHSSA nos impide discernir con certeza el nivel de éxito de esta medida, pues una gran parte de los expedientes que incluyen ingresos en el año 1935 y los años posteriores no cuentan con ella. En 1935 la información que se pedía del paciente era la siguiente:

- Nombre, edad, ocupación y estado civil del paciente
- Antecedentes familiares. Para conocer si alguna afección de su progenie había impactado sobre los adictos y su condición
- Antecedentes patológicos del paciente, es decir si había sufrido alguna enfermedad infecciosa o venérea. Seguramente el objetivo de esta pregunta era determinar si el padecimiento de alguna afección o enfermedad había provocado el consumo de un opiáceo que a la larga derivó en una dependencia
  - Antecedentes no patológicos.
  - Historia de la Toxicomanía
  - Efectos de la droga cuando la utilizaba
  - Gastos diarios y lugares de aprovisionamiento
  - Inspección física general. En esta paso se describía el sexo del individuo, asimismo se determinaban las condiciones físicas del interno, es decir si estaba sano o no. Para saberlo se realizaba una inspección superficial de sus ganglios y piel, de la respiración y el pulso, asimismo se examinaban los órganos sexuales. Se medían las proporciones de la cabeza para saber si eran simétricas y también se valoraba la composición ósea del individuo, ambas cosas de acuerdo a un criterio de normalidad, es decir, si las medidas de la cabeza o de los huesos daban un tipo de resultado, que no era anotado en el examen, el doctor concluía si las medidas eran normales o no.

El examen hecho a los internos para diagnosticar ya fuera las características de la adicción, así como el tipo o intensidad y su duración, además de los estragos psíquicos y físicos, se suponía un acto individualizado. Las particularizaciones se ajustarían a los formatos estándar, en los que se

incluiría la información básica, pues los detalles los daría la historia clínica. El alta debía redactarse con estas mismas propiedades.

Tanto el proceso de detención como el levantamiento de registros de los pacientes que ingresaban al HFT eran guiados por distintas fuentes y actores. En ambos se conjugaban una serie de premisas, concepciones y objetivos, los cuales incidieron en el contenido del proceso; sostuvieron las bases sobre las que se justificaba la detención de un cierto tipo de adicto sobre otro, afectaron también en los pasos que seguían a la detención, en las preguntas del cuestionario así como en sus respuestas, en el tratamiento que se aplicó incluida su duración, la relación que se establecía con el toxicómano durante su estancia y, por último, en las condiciones del alta. Tal contenido, como hemos constatado, lo podemos vislumbrar a través de las formas. En ellas podemos ver quién era el adicto para el Departamento de Salubridad (a veces incluso para ellos mismos) y qué se esperaba obtener de su rehabilitación.

### **3. ¿Quién y cómo era el toxicómano?**

A partir de la información contenida en las historias clínicas podemos establecer algunas características generales sobre la población que ocupó el Hospital de Mixcoac entre 1935 y 1940. De hecho, algunos datos recabados esos años pueden extrapolarse hacia 1933, de suerte tal que podemos conocer las características de los internos por un periodo de hasta siete años.

**a) Género:** Durante estos siete años la composición de la población cambió. Los adictos a la marihuana pudieron ingresar y las mujeres fueron finalmente aceptadas, aunque continuaron como minoría, pues en promedio durante este periodo constituyeron el 14.45% del total de los internos. Las causas pueden ser varias, pero entre las principales se encontraría que el género femenino tendió menos hacia la adicción; o bien que las fuerzas policíacas, ya fueran de la Procuraduría General o del Departamento de Salubridad, vigilaban menos a este grupo por lo que las detenciones también eran reducidas (Ver cuadro No. 5)

**b) Nacionalidad:** El acceso al Hospital no estaba restringido para mexicanos, los extranjeros podían también aprovechar sus servicios, voluntariamente o no. De hecho, la mayoría de los fuereños fueron ingresados de manera forzosa. De los 203 expedientes analizados se encontraron sólo dieciséis que correspondían a extranjeros, 15 hombres y una mujer. Los primeros eran en su totalidad de origen chino, mientras que la última era de Cuba.

### **Tabla de composición poblacional por género.**

<b>Año</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Proporción sexo femenino</b>
1935	25	137	15.4%
1936	29	205	12.5%
1937	67	396	14.4%
1938	42	151	21.7%
1939	7	48	12.7%
1940	5	45	10%

**Cuadro Núm. 5. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT.**

**c) Edad:** Las edades de los internos entre 1935 y 1940 pueden medirse de dos maneras. La primera es considerar la edad que declaraban cuando se les hacía el interrogatorio. Ese número nos indicaría en qué momento de su vida las personas fueron internadas. La mayoría ingresó entre los 20 y 30 años. Podemos suponer que las detenciones atendían un cierto perfil al que no correspondían los menores de edad y los adultos de más de cuarenta años, en el caso de estos últimos cuando llegaban fue por internamiento voluntario o porque eran de origen asiático. Las detenciones seguían un tipo y las personas en el rango señalado eran las que más se ajustaban a ese perfil.

Ahora bien, falta por aclarar cuál era la edad de los internos en general, no sólo aquella de su primer ingreso o de la primera vez que se les hizo el cuestionario clínico. Este es un cálculo en el que intervienen diversas variables. La primera sería la edad del primer ingreso, la segunda sería la cantidad de años en la que el toxicómano fue paciente del hospital, la tercera

tendría que ver con los años en los que ese paciente reingresó y qué edad tendría en cada nueva entrada, en suma, se trataría de calcular la edad de los reingresos, de cada uno. La cantidad de expedientes consultados dificultan esta tarea. Por ende, realizaremos un cálculo que consideró estas variables pero sin particularizarlas.

Para crear un cuadro más exacto sobre la edad de los internos en el hospital se creó el siguiente método: i) Primero calculamos la edad promedio del ingreso e identificamos el rango predominante de edad del ingreso, por ejemplo en 1933 la edad promedio era 29, 8 años, y el rango predominante, de entre 21 y 30 años; en 1936 preponderó el mismo rango pero la edad promedio se elevó ligeramente a 31; ii) a uno y otro se le sumaron los años máximos de reingreso, o el año mínimo de reingreso, o los años promedio de reingreso.

De esta manera en lugar de llegar a una sola cifra nos aproximamos a diferentes rangos de edad posibles y mucho más certeros, tal como muestra el cuadro Núm 6. La edad promedio de ingreso entre 1933 y 1935 sería de entre 24 y 31,5 años. Si pensamos que la población reingresaría constantemente hasta la clausura del hospital habría internados individuos de hasta 48 años, los cuales convivirían con los nuevos siempre entre los 21 y los 30 años. El HFT no envejecía en sus componentes, los elementos ya conocidos convivían con los toxicómanos nuevos ingresos. La población dentro del Hospital era dinámica. Sin embargo, es importante resaltar que aquellos que entraron por primera vez entre 1933 y 1934 fueron los que reincidieron más. Ya fuera porque habían encontrado la manera de usar el Hospital a favor de su adicción, o porque eran los que más acoso sufrieron por la policía por ser ya conocidos. Los datos recabados arrojaron la siguiente distribución:

## Tablas de edad de primer ingreso entre 1935-1940

1935		1936		1937	
-20	0	-20	2	-20	2
21-30	7	21-30	14	21-30	10
31-40	3	31-40	8	31-40	3
41-50	0	41-50	4	41-50	1
51-60	1	51-60	1	51-60	0
1938		1939		1940	
-20	1	-20	0	-20	2
21-30	1	21-30	1	21-30	4
31-40	1	31-40	2	31-40	0
41-50	1	41-50	1	41-50	0
51-60	0	51-60	0	51-60	0

Cuadro Núm. 6. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT.

**d) Sustancia a la que eran adictos:** Si en los años 1933 y 1934 se había dado tratamiento sólo a los consumidores de heroína, en adelante sujetos aquejados por otras adicciones o toxicomanías fueron responsabilidad del Hospital. Primero, como ya hemos mencionado se admitió a los “marihuanos”. Después, conforme el afán moralizador del sexenio cardenista avanzó se integró a los alcohólicos. Así pues, durante el periodo de 1935 a 1940 la población del HFT se diversificó, y como muestra de este fenómeno presentamos el siguiente cuadro (Núm. 7); en él también se incluye a la población de 1933-1934, toda la cual fue de adictos a los opiáceos. Hay un caso de excepción, el de Tomás Saldaña quien ingresó por portar marihuana, pero por ese motivo fue dado de alta rápidamente pues no se le pudo dar tratamiento, sin que se explicaran las causas de esta decisión.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Expediente de Tomás Saldaña Pereda, Caja 4, Expediente 18.

## Composición demográfica del HFT por adicción.

Sustancia	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	Total
Heroína	22	8	16	16	24	5	3	4	98
Marihuana	1	0	4	14	18	5	0	0	42
Heroína/ Morfina	0	0	2	0	1	0	1	1	5
Heroína/ Marihuana	0	0	0	0	3	1	0	0	4
Heroína/ Alcohol	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Morfina	0	0	0	1	1	0	0	1	3
Marihuana/ Alcohol	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Opio	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Multiconsumo	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Alcohol	0	0	2	0	8	6	2	1	19
Sin síntomas	0	0	0	0	14	11	1	0	26
Total	23	8	24	35	70	29	8	7	204

Cuadro Núm. 7. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT.

Si observamos la tabla podemos establecer algunas tendencias. La adicción por la que predominantemente eran enviados los adictos era la heroína. No siempre constituyó una mayoría absoluta en las sustancias consumidas por los internos, pues si observamos los hábitos de consumo entre 1936 y 1938 veremos porcentajes cercanos entre los usuarios de opiáceos y los de marihuana. En 1936 los consumidores de algún opiáceo constituyeron el 54.2% de los ingresos al hospital, mientras que Los De marihuana fueron el 42.8%; para 1937 la relación es de 37.1% de opiáceos frente a 27.14 de

marihuana, con un 4.2% que consumía ambas; ya en 1938 el porcentaje es igual entre una sustancia y otra 20.6% con un 3.44% de consumidores de ambas. Los adeptos al etanol fueron integrados hasta 1937 cuando la campaña antialcohólica cobró más vigor en la Ciudad de México. En los años de 1937 y 1938 los remitidos que no presentaron síntomas aumentaron respecto a los años anteriores. El incremento coincidió con el de las consignaciones del poder judicial de individuos al Hospital. Es decir, llegó más gente al hospital que no presentaba ninguna evidencia de sufrir alguna adicción; mucha era enviada por los Jueces, el ministerio público o la Procuraduría de Justicia porque los detenidos confesaban ser adictos. Podemos presumir que muchos de los toxicómanos confesos no eran tal, prueba de ello es que un porcentaje mínimo de los remitidos reincidió como adicto (las reincidencias totales pueden verse en el apéndice 2, se observará que la mayoría estuvo sólo una vez en el HFT).

#### **d) La escuela, los trabajos y los oficios**

Contamos poca información del estilo de vida que los pacientes tuvieron fuera del Hospital, sí fue posible conocer su profesión, su estado civil y su nivel educativo. Como ha sido característico de esta muestra son pocos los expedientes en los que se brinda información del enfermo más allá de su tratamiento. Sabemos que la mayoría vivió en los barrios pobres de mala fama en los que eran detenidos. También ahí trabajaban, en tareas informales, suficientes para comer, dormir y pincharse. Casi ninguno había estudiado más allá de la primaria.

Sólo 17 expedientes incluyeron datos sobre la formación escolar de los adictos, de ellos 58.8%, es decir 10, tenían sólo la primaria. Uno apenas sabía leer y escribir, cinco, 29.41, estudiaron o una carrera comercial o la preparatoria y uno más había llegado a ser farmacéutico. Cuando se les preguntó sobre su carrera escolar no sólo se indagó sobre su nivel de estudios, sino también la experiencia del individuo en la escuela intentó ser recogida por quien hizo el interrogatorio. Lorenzo Cervando Rodríguez entró a la escuela a los seis años y la terminó a los diez con un profesor particular. Después, alrededor de los trece años, entró a la preparatoria por recomendación, mientras estudiaba también trabajó en un taller como

mecánico donde permaneció hasta que cumplió 21 años.<sup>17</sup> Por otro lado Ernesto Gómez Z. dijo que le gustaba estudiar y que era apreciado por sus compañeros y maestros. Mientras que Joaquín Fanjul Saucedo entró a la escuela a los doce años, estudió por otros cinco años, no reprobó ninguna vez, y se le tenía como un sujeto apacible. Muchos iniciaron su educación tardíamente y la interrumpieron después de pocos años.

La escasa educación provocó que en las labores que desempeñaban los internos para subsistir predominasen los oficios, algunos de los cuales eran especializados. Salvo raras excepciones algunos de los que pisaban el Hospital eran profesionistas universitarios o ejercían una profesión en el que las manos, o el cuerpo, no fueran la principal herramienta de trabajo. A continuación, se incluye una tabla (Cuadro Núm. 8) con los datos de la ocupación de los internos.

Sombreadas están señaladas las excepciones de la tendencia, representados por el estudiante y dos profesionistas. También se encuentran resaltados los oficios que eran practicados casi en exclusiva por las mujeres: las labores domésticas y la prostitución. Los consignados no siempre respondieron honestamente cuando se les preguntó cómo se ganaban la vida o cómo sostenían su vicio, a veces decían dedicarse a algo que no hacían más, que sabían hacer, pero por lo que no ganaban más dinero. La semana de su detención alguien estaba en una panadería, pero no significaba que fuera panadero de tiempo completo, ni mecánico porque ese mes arreglaba coches. La gente se dedicaba a algo porque debía trabajar, no había un principio vocacional. Individuos sin una profesión estable y sin grandes avances escolares fueron la población predominante, y se convirtieron en objeto de vigilancia de la policía sanitaria y el Departamento de Salubridad en el Distrito Federal.

---

<sup>17</sup> Expediente de Lorenzo Cervando Rodríguez, junio de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 8, Expediente 19, Expediente de Joaquín Fanjul Saucedo, mayo de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 10, Expediente 18; Expediente de Ernesto Gómez Z, mayo de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 7, Expediente 4.

## Cuadro de profesiones u oficios de los internos 1935-1940.

Oficio o profesión	Practicantes
Comerciante	5
Cocinero	4
Mecánico	4
Obrero	3
Zapatero	3
Bolero	2
Carpintero	2
Chofer	2
Doméstica	2
Panadero	2
Prostituta	2
Zapatero/carpintero	2
Albañil	1
Curtidor	1
Empleado de ferrocarril	1
Estudiante	1
Expendedor de periódico	1
Herrero	1
Mozo	1
Negociante	1
Ornitólogo	1
Pintor, dibujante	1
Tablajero	1
Telegrafista	1
Vendedor/ingeniero	1

Cuadro Núm. 8. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT.

### f) Estado civil

Como ocurría con la profesión es posible que los internos no se caracterizaban por su sinceridad ante las preguntas del personal médico del Hospital sobre su vida personal. Existió un ambiente de mutua desconfianza entre los enfermos y sus médicos. Podemos observar a través de la lectura de los expedientes que para estos últimos los primeros eran mentirosos

sistemáticos y empedernidos; mientras que para los toxicómanos no había tanta diferencia entre el médico y el ministerio público.

Una de las características que se les atañía a los consumidores era su aislamiento, su condición antisocial. Abonaban a esta imagen sus testimonios: de 48 registros acerca del estado civil, realizados entre 1935 y 1940, sólo diez personas declararon estar casadas. Sólo uno se decía divorciado y 37 estaban solteros. Del resto no se tiene información. Es cierto que la mayoría tenía vínculos personales inestables y endebles. Pocos habían establecido una familia, o al menos eso dijeron.

#### **4. Las causas de la adicción**

Las causas pueden dividirse en dos: las causas físicas/hereditarias y las causas sociales. Eran categorías que pretendieron ser estables en la explicación de la adicción, la base sobre la que las condiciones particulares de la adquisición del hábito cobraron sentido. Los casos particulares del porqué un sujeto se convirtió en adicto estarían dentro de ese marco. No obstante, en cada caso específico se encuentran algunas tendencias, de suerte tal que los orígenes de la adicción podrían ser de cinco tipos:

1. Por raíces físicas: malestares o enfermedad, o por herencia
2. Por malestares psíquicos o morales
3. Por asociación, por vínculos sociales
4. Por estancia en un contexto específico
5. Por experimentación

##### **4.1 Las causas físicas de la adicción. Los antecedentes familiares y los antecedentes patológicos**

El riesgo de la degeneración estaba vigente, era latente y desde el porfiriato aparecía como elemento explicativo de las anomalías sociales. En la historia clínica se intentó rastrear la raíz de la toxicomanía en alguna predisposición genética o algunas circunstancias sociológicas ligadas a la familia. Sin embargo, únicamente once de los expedientes contenían información relevante sobre padres o hermanos relativa al uso de sustancias, fueran estas drogas o alcohol. La mayoría de los casos de parientes “degenerados”

tenían que ver con el alcoholismo, el cual era padecido las más de las veces por los padres.

Cinco de los once toxicómanos (de los once expedientes mencionados) tuvieron un padre alcohólico, los hábitos etílicos llevaron a tres de ellos a la muerte. En uno del total ambos padres eran bebedores, el padre incluso sufrió de locura y enajenación. Dos de estos once adictos declararon que también hermanos o familiares sufrieron de algún hábito o afición a alguna sustancia embriagadora. Por ejemplo, toda la familia de Guadalupe Nava Dorantes tuvo antecedentes de alcoholismo, además de que su madre y sus hermanas fueron de carácter irritable y extravagante.<sup>18</sup> Sólo dos personas tuvieron entre miembros de su familia a consumidores de drogas, en ambos casos eran sus padres, quienes fumaban opio o marihuana.

La locura o las alteraciones mentales también fueron tenidas como decisivas para reproducir la degeneración, seres anormales reproducían otros tantos. Del amplio listado de padecimientos de este tipo sólo uno fue encontrado entre los internos: la epilepsia, la que entonces encajaba en el cuadro de los trastornos psíquicos. A pesar de la escasa evidencia que los funcionarios del Departamento de Salubridad recogieron en sus exámenes y diagnósticos la teoría de la degeneración se perpetró en este periodo. La idea estaba de tal manera consolidada que era un *a priori*, innegable, aunque no se demostró a cabalidad. Si éste no se encontraba en las pruebas de los lazos familiares se ubicaría en otros factores que resultarían igualmente determinantes como la “raza” a la que pertenecía el interno, su clase social o bien, la afección de algún padecimiento físico o enfermedad.

Excepcionalmente se preguntó sobre las circunstancias en las que el toxicómano había sido procreado: las condiciones de su fecundación, la manera en la que se había desarrollado el embarazo y los pormenores del parto.<sup>19</sup> Otras veces, las más, la indagación sobre las anomalías del cuerpo tenía dos propósitos. Por un lado, conocer si algún padecimiento condujo al consumo de una droga enervante; o bien, que esta fuera a la vez síntoma y consecuencia del carácter degenerado de un individuo. Hubo 22 casos de antecedentes patológicos considerados como relevantes por los

---

<sup>18</sup>Expediente de Guadalupe Nava Dorantes, mayo de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 9, Expediente 14.

<sup>19</sup> Expediente de Lorenzo Cervando Rodríguez junio de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 8, Expediente 19

examinadores del Hospital. Cuatro de ellos tenían también antecedentes familiares. Catorce de los casos padecieron enfermedades venéreas: chancros, sífilis o gonorrea.

Las primeras conceptualizaciones del adicto (s. XIX), de sus orígenes y motivaciones, encontraron la génesis de sus fundamentos en los tratamientos médicos que incluían opiáceos (específicamente morfina); éstos eran prescritos y seguidos de manera irresponsable lo que conllevaba al abuso en la administración del fármaco. Los enfermos tratados con narcóticos fueron el *leit motiv*, la razón y piedra angular, del desarrollo de la categoría de adicto, toxicómano o vicioso, así como de la formulación de procesos de cura o deshabitación. Con el paso del tiempo este grupo fue perdiendo la atención de los expertos de la medicina o la farmacología, junto con la del Estado y la opinión pública. La atención se enfocó en un nuevo tipo de adicto, el hedonista, de tal manera que su presencia resultó predominante en las instituciones públicas destinadas para erradicar el mal de la adicción.

En el cuadro siguiente (Cuadro Núm. 9) observaremos los padecimientos referidos por los adictos al presentarse en el HFT. Los recuadros blancos se refieren a los casos de enfermedades venéreas, aquellos en los que la enfermedad está subrayada refieren enfermedades no venéreas, mientras que los recuadros sombreados señalan enfermedades óseas que ocasionar dolor corporal, todos los cuales pudieron constituir un antecedente de la adicción; el último, con el texto resaltado, señala un padecimiento derivado del uso constante de opiáceos. Los chancros y la sífilis así como la gonorrea pudieron resultar dolorosos, en tanto tales algunos opiáceos pudieron a su vez ser recetados para hacer frente a síntomas de ese tipo, aunque para el momento en el que las historias clínicas fueron realizadas ya se habían descubierto procedimientos para paliar sus efectos alternativos a, por ejemplo, la morfina.<sup>20</sup> Lo mismo había ocurrido con las enfermedades

---

<sup>20</sup>En 1908 Paul Ehrlich descubrió el Salvarsan, un compuesto del arsénico que pudo contrarrestar las primeras etapas de la sífilis, cuando todavía no había comprometido el sistema nervioso. Una posterior derivado del arsénico, el neosalvarsán, se utilizó en México para la cura de la sífilis, podemos observar su administración en varias de las hojas de tratamiento del HFT. En México los laboratorios Bayer lo comercializaban. M. Tamp.a, I. Sarbu, C. Matei, V. Benea and SR. Georgescu, “Brief History of Syphilis.”, *Journal of Medicine and Life*, 2014, 7 (1), consultado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3956094/>, 27 de febrero 2017; y Rogelio Godínez Reéndiz, “Los primeros medicamentos químicos en México”, *Boletín de la Sociedad Química de México*, México, Sociedad Química de México, 2012, 6 (1), p. 10.

subrayadas, como el paludismo, por lo que no podemos establecer una relación sólida entre el padecimiento y el uso de drogas.

### **Tabla de patologías de los internos del HFT.**

Chancros o sífilis	Chancro y paludismo	Chancros y gonorrea	Gonorrea, viruela	Gonorrea	Venérea indeterminada	Paludismo	Viruela y tifoidea	Exóstitosis	Reumatismo	Insuficiencia ovárica
7	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1

**Cuadro Núm. 9. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT.**

Así pues, de ochenta y ocho casos en los que constan las causas de la adicción sólo doce se debieron al uso de morfina o narcóticos para aliviar alguna enfermedad, dolor o malestar físico. Antonio Flat Kuri y otros dos internos más iniciaron por heridas en el cuerpo.<sup>21</sup> Otras tres personas, entre las que se encontraba Rafael Urdanivia Bello también buscaron alivio de la angustia de su cuerpo con algún alcaloide,<sup>22</sup> para vencer las molestias de los chancros, mientras que los otros dos la usaron o para la neuralgia o para dolores hepáticos. El caso de Rafael llama la atención, pues era farmacéutico en el ejército; en su profesión pudo estar al tanto de los riesgos del uso del opiáceo, una vez adicto su posición le sirvió para proveerse sin restricciones de la droga, hasta que fue despedido. Por último, hubo tres casos, incluido el de Margarita Olvera Fernández en el que algún derivado del opio fue aconsejado contra la gripa,<sup>23</sup> sin que mediara alguna visita al médico, fue pues producto de la costumbre de la automedicación a través de la cultura

<sup>21</sup> Expediente de Antonio Flat Kuri, mayo de 1946, , AHSSA, FHFT ,Caja 38, Expediente 37.

<sup>22</sup> Expediente de Rafael Urdanivia Bello, febrero de 1936, , AHSSA, FHFT , Caja 2, Expediente 19

<sup>23</sup> Expediente de Margarita Olvera Fernández, enero de 1943, , AHSSA, FHFT , Caja 37, Expediente 15.

del “de boca en boca”. También bajo esta lógica fue utilizado por Guillermo Samacona, por sugerencia de conocidos, para combatir el insomnio.<sup>24</sup>

Por ello podemos suponer que el cuestionario tuvo un doble objeto, primero, encontrar las condiciones físicas que llevaron a la adicción como una condición iogenética, es decir, como un efecto secundario del tratamiento de una enfermedad; y segundo, pretendía observar otros factores que dieran cuenta de la presumible degeneración del toxicómano, además de la herencia. Las enfermedades venéreas se convirtieron más en evidencia de la predisposición de los sujetos a comportamientos inapropiados que tuvieron como consecuencia anomalías físicas. No es gratuito que durante el sexenio de Lázaro Cárdenas se agudizaran las medidas contra la prostitución, así como las campañas contra las enfermedades que se contagiaban por vía sexual, las trabajadoras sexuales pasaron de ser toleradas a considerárseles “amorales y viciosas”.<sup>25</sup> El uso en este contexto de la palabra “vicioso” nos remitirá a la forma en la que el adicto era percibido con esta misma categoría, voluntaria y hedonista.

Ambos vicios, el sexual y el hábito a una sustancia, fueron reunidos en una misma campaña del Departamento de Salubridad desde 1935, la Campaña contra enfermedades venéreas, alcoholismo y toxicomanías, porque se compartían nociones similares respecto a ellas, de suerte tal que la labor de la dependencia paso de sanitaria a moralizadora. En 1937 incluso se llegó a sugerir la reclusión de las personas infectadas de alguna enfermedad venérea, porque representaban un riesgo de contagio, de la misma forma que lo eran los adictos libres en las calles. La iniciativa provino del Departamento de Salubridad, que esgrimió todavía el argumento de la degeneración de la raza.<sup>26</sup> La propuesta fue rechazada en parte porque la reclusión no prevenía la degeneración, sólo el contagio. De tal manera que los portadores heredarían su raquitismo y su enfermedad.<sup>27</sup>

Ahora bien, recientemente se ha discutido la pervivencia de las teorías sobre la degeneración en los enfoques de salubridad del gobierno mexicano

---

<sup>24</sup> Expediente de Guillermo Samacona, febrero de 1936, , AHSSA, FHFT, Caja 15, Expediente 14.

<sup>25</sup>Exposición de motivos para la tipificación del delito de prostitución enviado por el Departamento de Prevención Social la Secretaría de Gobernación.” 13 de agosto de 1935, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 48, Expediente 5.

<sup>26</sup>“Dictamen de la oficiala mayor de la Secretaría de Gobernación relativa al proyecto de reformas al Código Penal”, 8 de junio de 1937, AHSSA, FSP, SSJ, Caja 48, Expediente 5.

<sup>27</sup>*Idem.*

durante los años 30. Andrés Ríos propone un nuevo termino, el del decadentismo, en el que las condiciones sociales competirían con las biológicas como causa determinante de diversos padecimientos, en especial los mentales. Dicho viraje puede constatarse, de acuerdo con este autor, entre otras cosas, por la literatura científica de la época, como la aportación de Luis Pizarro Suárez a la revista *Archivos de Neurología y Psiquiatría en México*. En ella el médico Pizarro defiende el conocimiento de las circunstancias sociales del paciente como punto de partida del diagnóstico y la cura.<sup>28</sup> Si bien este es síntoma del impulso que un grupo de psiquiatras mexicanos dieron a la higiene mental como política de estado para la salubridad mental, debemos reconocer que esta es una aportación tardía (finales de la década de los 30) en relación con nuestro tema de estudio, lo que no resulta suficiente para caracterizar el proceder de los médicos y funcionario en torno al adicto en el HFT, a pesar de que hayan sido parte del claustro tanto del Hospital como del Manicomio General.

El programa social cardenista también estuvo presente en la salubridad pública, con la intención de que el médico se acercara al paciente libre de prejuicios para que se explorara y diagnosticara con una visión de conjunto, en el que se incluirían los aspectos sociales de la enfermedad.<sup>29</sup> Es cierto que los factores existenciales externos fueron incluidos en algunas exploraciones de los enfermos, en este caso los toxicómanos, pero aún en esa indagación pudieron pervivir las ideas preconcebidas en la mentalidad de los galenos, ya no del individuo pero de su medio. Para algunos, todavía en 1937, el consumo de ciertas sustancias, aunado al estilo de vida de las clases populares (con familias extensivas, sin buena alimentación y hacinadas en viviendas insalubres e inmorales), seguía reproduciendo la degeneración.<sup>30</sup> La inclusión de una etiología externa contribuyó en la mitigación del determinismo inherente a la teoría de la degeneración, pues si el entorno se transformaba el individuo a él ligado podría mejorar.

---

<sup>28</sup> Andrés Ríos Molina, *Cómo prevenir la locura...*, *op. cit.*, p. 40

<sup>29</sup> *Ibid.* p. 154

<sup>30</sup> *Ibid.* p. 53. Esto según el trabajo presentado por Gregorio Onetto en el primer Primer congreso de higiene mental y medicina del trabajo 1937 “

## 4.2 Las causas sociales de la adicción

En los primeros estudios sobre la adicción se tomó en cuenta el peso de las circunstancias existenciales del individuo para inclinarlo a consumir una droga, ya fueran estas sociales o individuales. Las penas familiares o los trastornos sentimentales catalizaron la búsqueda si no del olvido sí del parapeto suficiente para no caer ante el vértigo de los otros. Seis personas confesaron que circunstancias emocionales abrumadoras los llevaron a inyectarse o inhalar heroína o a tomar alcohol. Ese fue el caso de Arturo Vilchis Salgado,<sup>31</sup> los disgustos con su esposa dejaban de afligirle cuando bebía; también Juan Morales Miranda y Luis Pichardo González comenzaron a consumir por “penas morales”, para Luis fueron devastadoras, llevaron a la desintegración de su hogar.<sup>32</sup>

Muchas veces amigos o familiares las recomendaron para ayudarlos a calmar sus aflicciones emocionales. En la mayoría de los casos el consejo de terceros era semilla suficiente para hacer germinar la adicción. De 88 casos con información sobre el origen de la adicción, en cincuenta se señaló la influencia de amigos o de amantes. Cuando la adicción era por la marihuana solía ser uno o varios miembros del ejército quienes la ofrecían; así ocurrió con Manuel Rojas Rétiz y con Guadalupe Hernández Ramírez.<sup>33</sup> Cuando se trató de heroína, eran casi siempre los amigos, en el caso de los hombres, y los amantes, en el caso de las mujeres, los que alentaban el uso. A Abraham Peláez Cuenca sus allegados le obsequiaron los papeles, para “llevárselos por las ternillas [sic]”;<sup>34</sup> Mientras que a Guadalupe Hernández se la inyectó su amante.

La cercanía con los amigos no explicaba a cabalidad la adicción. Que se acudiera a este motivo para dar razón de la toxicomanía pudo deberse a muchos factores. Uno es que permitió al adicto o al médico señalar una explicación de su condición, sin embargo, en este hecho se reconocía el origen del hábito más no las motivaciones subyacentes del mismo. También pudo servir como un lugar común en la recopilación de información sobre

---

<sup>31</sup> Expediente de Arturo Vilchis Salgado, s.f., , AHSSA, FHFT, Caja 26, Expediente 30.

<sup>32</sup> Expediente de Margarita Olvera Fernández, enero de 1943, AHSSA, FHFT, Caja 37, Expediente 15.

<sup>33</sup> Expediente de Manuel Rojas Rétiz, julio de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 19, Expediente 17; Expediente de Guadalupe Hernández Ramírez, junio 1937, AHSSA, FHFT, Caja 27, Expediente 13.

<sup>34</sup> Expediente de Abraham Peláez Cuenca, abril de 1938, AHSSA, FHFT , Caja 35, Expediente 8.

los adictos remitidos al hospital, del que hicieron uso los médicos para, en el mejor de los casos, razonar sobre las pulsiones de la toxicomanía; y, en el peor de los casos, se trató sólo de un dato repetido recopilado sin ningún cuestionamiento de por medio; se asumió que la mayoría había seguido el mismo patrón.

El contexto también se presentó como motivo de la adicción por el toxicómano, cuatro confesaron haberla adquirido en algún tipo de prisión, tres de ellos se aficionaron a un opiáceo cuando purgaron una pena de instrucción militar en la cárcel del ejército que entonces se encontraba en Tlatelolco.<sup>35</sup> Existen algunas asociaciones entre el consumo de drogas generalizado en miembros del ejército, sobre todo de marihuana, sin embargo los datos recopilados no nos permiten presentar una argumentación certera al respecto, sobre todo por el carácter fragmentario de los expedientes médicos. Otros cuatro confesaron haberlo adquirido por el tipo de trabajo que tenían, por ejemplo, Enrique Rivas Sellerier, ferrocarrilero, tomaba alcohol para hacer cubrir el tiempo de ocio entre la llegada de los trenes.<sup>36</sup> Por último, cinco personas relacionaban el uso de la heroína con la experimentación; uno de ellos, Francisco Kujoc Jordan, dijo que por mera curiosidad “[...] comenzó a darle palillazos [sic]”.<sup>37</sup> Sólo unos pocos atribuyeron a fines hedonistas su toxicomanía, Lorenzo Cervando Rodríguez, así inició, después sólo la consumió para no sentirse mal.<sup>38</sup>

La tesis de las malas compañías contribuyó a reafirmar el modelo de tratamiento y el funcionamiento de la institución para erradicar lo que se demostraba una y otra vez en las entrevistas a los toxicómanos como una epidemia social. Al ser el argumento más repetido podemos vislumbrar las circunstancias donde el consumo fue alentado y facilitado, en espacios sociales con rutinas con presencia de drogas. Gracias a la relación de estos ámbitos con el toxicómano se le consideró un vicioso, un ser débil predispuesto a los caprichos del vicio, a la manía de las drogas. Al mismo tiempo se le colocó como producto de un medio pobre, degenerado e

---

<sup>35</sup> Expediente de Guadalupe Treviño Juárez, enero de 1937 AHSSA, FHFT, Caja 22, Expediente 10.

<sup>36</sup> Expediente de Enrique Rivas Sellerier, agosto de 1940, AHSSA, FHFT, Caja 35, Expediente 18.

<sup>37</sup> Expediente de Francisco Kujoc Jordan, agosto 1937, AHSSA, FHFT, Caja 29, Expediente 23.

<sup>38</sup> Expediente de Lorenzo Cervando Rodríguez, junio de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 8, Expediente 19.

ignorante, en un medio donde predominaban los sectores pobres con poca educación (como hemos mostrado en las tablas anteriores). El vicio era individual, pero contenía un germen social del que resultaba imposible escapar. Aún con esto en mente el tratamiento se concentró en el sujeto y la mitigación del síndrome de abstinencia sin procurar auxilio a la base social de la que el consumo se desprendía. La identificación entre la debilidad que llevaba la adicción y la degeneración social en la figura del adicto provocó una suerte de desdén confundido con tolerancia. Por ello el tratamiento se convirtió muchas veces en confinamiento y no en rehabilitación, y el procedimiento en rutina.

### 4.3 El precio y los lugares de las drogas

Las detenciones se llevaron a cabo por colonia y según la asociación de ese lugar con alguna sustancia. Entre 1935 y 1936, 36 historias clínicas reflejaban la geografía de la compra-venta al menudeo de drogas, para la marihuana la Escuela de Tiro y zonas aledañas a las instalaciones destinadas al ejército, junto con los llanos de Balbuena. La heroína se encontró en Tepito o en la Morelos, salvo unas raras excepciones en las que podía comprarse en La Alameda. En las gráficas anexas se agrupan las colonias que se mencionaron en 39 de los expedientes, así como el grado de incidencia. En el caso de la Escuela de Tiro se consideró como una entidad en particular.

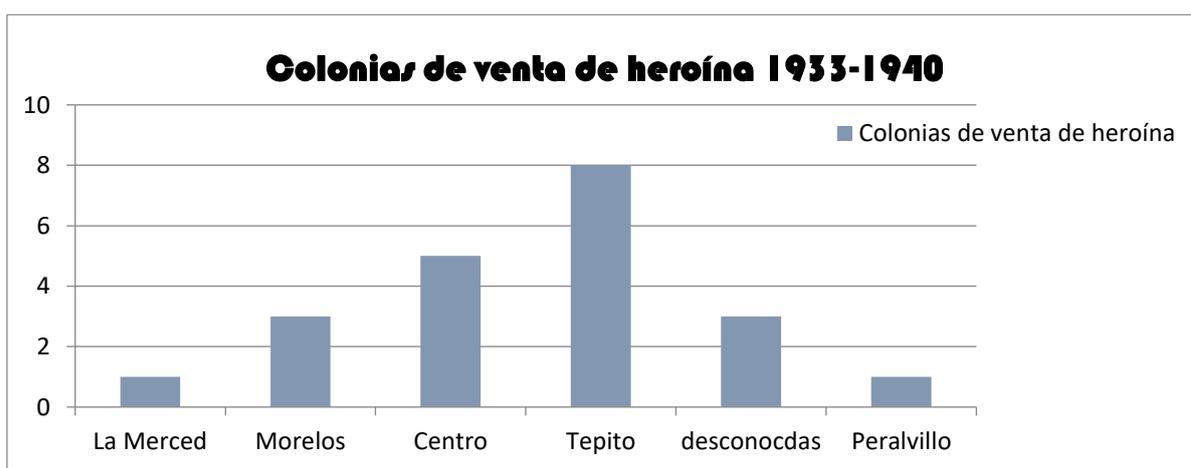


Gráfico Núm. 7. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT.

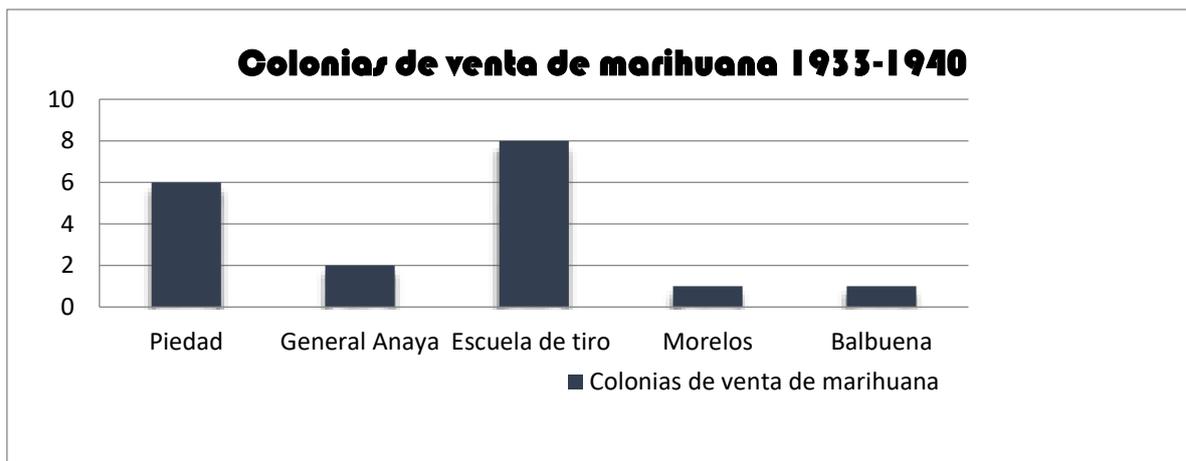


Gráfico Núm. 8. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT.

La mayoría de estas colonias se extendían al nororiente de la ciudad, a excepción de Piedad y General Anaya que se ubicaban en el suroeste (Ver Mapa 1). Las áreas de comercio de heroína, sobre todo Tepito y Morelos (enmarcadas en verde), fueron ampliamente identificadas como barrios marginales y pobres, sumidos en la oscuridad y en la suciedad a causa de la falta de servicios.<sup>39</sup> Algunas mejoras en el pavimento, en el alumbrado público y en el servicio de limpia se alcanzaron, a través de reclamos o negociaciones entre los habitantes del área y las autoridades, sin embargo no pudieron subsanarse todas las carencias tanto de los viejos como de los nuevos asentamientos. Tepito existía desde la época prehispánica, mientras que la colonia Morelos comenzó a ser habitada a finales del porfiriato, por lo que las condiciones de salubridad mínimas fueron insuficientes. Para 1921 el inspector de salubridad, Dr. Bulman calificaba a este asentamiento como la mancha negra de la Ciudad de México.

El bajo nivel de urbanización que impidió el tránsito adecuado de camiones de limpia o de las fuerzas del orden favoreció el establecimiento de pulquerías, tabernas y locales de vicio; además en los terrenos baldíos con los que colindaba el barrio se cometieron crímenes frecuentemente. Tepito, y sus colonias aledañas, Morelos y La bolsa – esta última se comunicaba con la penitenciaría al cruzar con un terreno baldío- eran lugares donde dominaba el crimen o el vicio, así era descrita por Mariano Azuela; en su

<sup>39</sup> Ernesto Aréchiga Córdoba, *Tepito: del antiguo barrio de indios al arrabal, 1868-1929, historia de una urbanización inacabada*, México, Unidad Obrera y Socialista (UNioS), 2003, (Sábado Distrito Federal) p. 172

relato *La Malhora*, una muchacha de Tepito que reproduce en sí misma la violencia de su entorno, junto con sus vicios a los que sucumbe a pesar de haberse probado capaz de llevar una vida honrada. Parecía que sus habitantes estaban condenados “a una adversidad ineludible y totalmente destructiva”.<sup>40</sup>

Bajo el mismo cielo, sobre la misma tierra de esta ciudad viven ellos ...Ellos son hombres y mujeres que fueron o podrían ser como nosotros, pero a quienes el crimen, el vicio o la miseria padecida desde el día en que nacieron, han hecho descender a las condiciones de seres infrahumanos a quienes la sociedad ignora o rechaza [...] Ahí en un cruce de calles, en el mismo corazón de la ciudad de México, ellos, los delincuentes, los degenerados, los míseros, los perseguidos, han hecho su ciudad, la ciudad maldita, la ciudad del odio, la desesperación y el hambre.<sup>41</sup>

Este punto de vista pudo ser el del observador ordinario y encontrarse sólo en pequeñas dosis en el imaginario o en las ideas cotidianas de los funcionarios públicos o los médicos del Hospital. No obstante, en algunos de sus testimonios ocasionales el determinismo del ambiente sobre el sujeto explicó para ellos la “degeneración” y el vicio de los toxicómanos. También es importante recalcar que la policía sanitaria del ramo de narcóticos centró sus esfuerzos en esta zona cercana al centro y en la zona de los llanos de Balbuena y la escuela de tiro (enmarcadas con guinda en el mapa).

En esta última se practicó la aviación por los militares y se ubicó la escuela de tiro. Por motivos que todavía es necesario conocer los miembros del ejército tenían un suministro constante de marihuana, por ese motivo los usuarios o pequeños traficantes acudían a los alrededores de las instalaciones castrenses donde encontraban o vendían la hierba. La zona nororiente (enmarcada con naranja) constituyó una de las periferias de la ciudad, habitada por clases trabajadoras y nuevos migrantes de la urbe, el lugar de las viviendas obreras y los paracaidistas, en el que se consideraba el 93.62% de las viviendas inhabitables. La situación insalubre de las calles se agravaba por la escasez de espacio y recursos, por lo que varias familias

---

<sup>40</sup> *Ibid.* p. 241-244

<sup>41</sup> *Ibid.* p.250 Fragmento reportaje de Alfonso Lapena y Fernando Reina para *Sucesos cotidianos*.

se hacinaban en pequeños cuartos de las vecindades, edificios comúnmente ocupados por los sectores populares.<sup>42</sup>

### **Mapa de la zona de comercio de drogas y detención de toxicómanos 1933-1940**



**Mapa Núm.1. Basado en el plano de la ciudad de México que muestra las rutas de tranvías y las estaciones y vías de ferrocarril que existían entre 1930 y 1950, Ing. Manuel Aguirre Botello y C.P. Héctor Galán Pane, <http://www.mexicomaxico.org/Tranvias/PlanoRutas/RutasTranvias.htm> ; junto con los expedientes del AHSSA, FHFT.**

<sup>42</sup> Stephanie Michele Flores Flores, “El edificio Basurto. La vivienda de la clase media en la década de 1940.”, Tesis de licenciatura en historia, México, Facultad de Estudios superiores Acatlán-UNAM,2014, p. 27-28., y Moisés A. Quiroz Mendoza, “Las vecindades de la ciudad de México frente al crecimiento de la ciudad, 1940-1950.” Tesis de licenciatura en historia, México, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM-2014, p. 38

El precio de la heroína casi se triplicó entre la década de los veinte y la de los treinta. Cuando José Mejía Coria la compró en 1928 el papel de heroína, que contenía alrededor de 0.25 g. a 0.30 g., le costaba cincuenta centavos. Para 1936 le costó de \$1.20 a \$1.50.<sup>43</sup> Pero el precio podía llegar incluso a los \$2.00 a \$3.00.<sup>44</sup> Los adictos gastaban de acuerdo a sus necesidades. La mayoría consumía aproximadamente tres papeles de heroína al día. En el caso de los cigarros de marihuana, que era la forma en la que la hierba se comercializó, pasaron de menos de diez centavos la pieza a treinta.

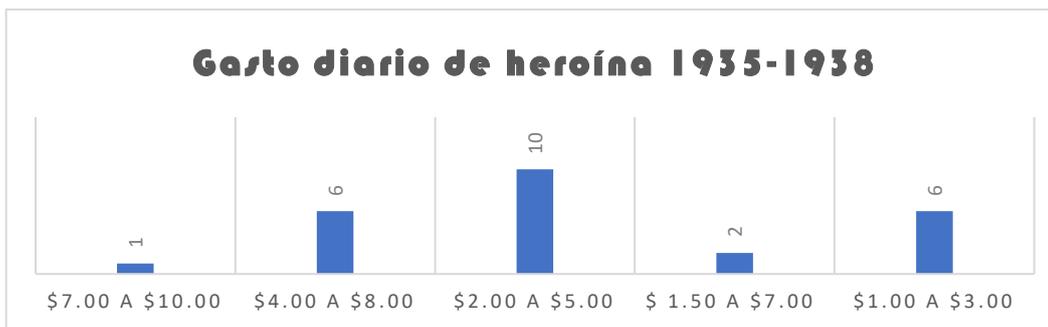
De acuerdo con las versiones de las historias clínicas los toxicómanos solían consumir en promedio tres papeles de heroína diaria. Bien pudo ser que la mayoría consumiera con el mismo ritmo, que era el que declaraban al médico examinador; o bien, los adictos hicieron un estimado general y aproximado de sus hábitos de consumo, de tal manera que llegaron a un redondeo, como una suerte de resumen de “mañana, tarde y noche”. Otra alternativa es que los médicos encargados de indagar en las historias de los consignados crearan una “historia modelo” que verterían en gran parte de los cuestionarios como parte de la inercia de la práctica diaria.

Todos los elementos anteriores pudieron intervenir al mismo tiempo para generar el relato de la adicción. Tanto los toxicómanos, sobre todo si eran reincidentes, como los médicos generaron un canal discursivo tácito en el que cada uno decía y anotaba una interpretación de los hechos verosímil, no necesariamente verdadera, pero que resultaba funcional. Por un lado, se cumplió, al menos formalmente, con las obligaciones de investigación de la adicción que tenía el Hospital. Por el otro, el toxicómano pretendió colaborar con el cumplimiento de ese propósito, para lo que repetía lo que los médicos tomaban como cierto. El consumo diario, de tres veces –que aceptaremos bajo las precauciones antes descritas- implicaba un gasto que fácilmente rebasó los ingresos de los consumidores, particularmente en el caso de la heroína.

---

<sup>43</sup> Expediente de José Mejía Coria, enero de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 3, Expediente 1. El cálculo se ha hecho considerando dos datos: 1) la cantidad de dinero gastada diariamente y la cantidad de heroína o papeles consumida en el mismo periodo.

<sup>44</sup> Expediente de Jesús Trejo Valle, julio de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 19, Expediente 4.



Gráfica Núm. 9. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT.

De acuerdo con esta gráfica la mayoría gastaba entre \$2.00 y \$5.00. El salario diario mínimo en el país fue de \$1.50 en 1935 a \$2.5 en 1940.<sup>45</sup> Para que alguno de los internos del HFT pudiera acceder a su dosis diaria debió ganar al menos el doble de dicho salario. La escasa educación que habían recibido, así como sus orígenes humildes disminuyen las probabilidades de que creamos que esto ocurría. Lo mismo pudo suceder con las autoridades sanitarias por lo que se asumió que muchos de ellos se dedicaban a actividades ilegales sin las cuales no podrían costear su vicio. En algunas de las declaraciones los toxicómanos admitieron ganar suficiente como para comprar sus drogas, pero tales confesiones sirvieron para alejar sospechas de criminalidad en muchos de los casos.

El Departamento era consciente de las limitaciones de recursos, personal y de acción para atacar el tráfico ilícito, por eso se propuso la formación de un grupo permanente que incluyera personal de la Procuraduría de Justicia, de la Secretaría de Gobernación y del Departamento de Salubridad, sin que se concretara. Mientras el aspecto sanitario del problema fuera el dominante el Departamento de Salubridad gozaba de amplios poderes, los que ya hemos descrito, pero precisamente uno de sus límites se encontraba cuando debía negociar el otro aspecto del problema con otros gabinetes. Cuando se trataba de los consumidores solía tener la última palabra, no así cuando se trataba de los vendedores. Ahí debía negociar en condiciones de igualdad con las dos dependencias antes mencionadas.

<sup>45</sup> "Salarios", Cuadro 6.3, 4º Parte, *Estadísticas Históricas de México 2009*, INEGI, [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/historicas10/Tema6\\_Salarios.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/historicas10/Tema6_Salarios.pdf) [Consultado el 30 de marzo de 2016]

## 5. El Desarrollo de la Toxicomanía

En la explicación sobre el desarrollo de la adicción podemos encontrar el esbozo de un patrón, no inmediato, pero trazado paulatinamente por las exploraciones médico-burocráticas a las que los toxicómanos se sometían cuando ingresaban al HFT. A simple vista los expedientes en los que se narró cómo avanzó la adicción siguieron el mismo camino, en el caso de la heroína:

- La adicción se iniciaba inhalando heroína por un cierto tiempo, siempre breve y con dosis pequeñas.
- El consumo de opiáceos continuó, pero se administró por vía intramuscular con el consecuente aumento de la dosis. El periodo de tiempo era variable, pero no tanto.
- Se culminaba con el uso de la aguja hipodérmica directamente en las venas durante un periodo prolongado que constituía el periodo más prolongado de la adicción y llegaba hasta el momento del internamiento.

En cada caso particular, sin embargo, hubo pequeñas variaciones. Esto no borra las tendencias que existieron. Las excepciones son pocas, por ejemplo, Leonor Sánchez Gómez inició bebiendo heroína en su café.<sup>46</sup> De los 59 casos en los que se hace referencia al camino de la adicción, 41 iniciaron con las fosas nasales, con una dosis mínima de 0.005 g. y máxima de 0.05 g. que pudo aumentar hasta 0.75 g. Aspirarla por la nariz era una forma sencilla de consumo, por eso fue la más utilizada para iniciar, pues además omitía la violencia de la aguja. Catorce de los 43 inhalaron heroína por menos de un año, mientras que 14 los hicieron por hasta cuatro años, del resto no se conoce la duración.

Ya fuera porque las dosis no resultaban ya suficientes para lograr el efecto esperado o para aniquilar el dolor de la abstinencia, las personas comenzaron a administrársela por vía intramuscular. Aplicarla así intensificaba el efecto, se llegaba al ápice alcanzado con la inhalación, pero con la mitad de la dosis o menos. Veinticuatro personas de las 54 se inyectaron después de inhalar, otros cuatro saltaron este estadio y se introdujeron al mundo de la heroína por vía muscular directamente. Uno de

---

<sup>46</sup> Expediente de Leonor Sánchez Gómez, marzo de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 9, Expediente 11.

los que se inició así duró menos de un mes incluso; doce fluctuaron entre un año y doce años. Del resto se desconoce la duración. Las dosis iban desde 0.01 g. hasta alcanzar 0.25 en la mayoría de los casos o 0.3 g. en algunas excepciones.

Después de atravesar las fosas nasales y los músculos, la heroína fácilmente podía llegar a las venas, el tabú de la aguja se había desbaratado y el menester de frenesí se manifestaba imperioso. De los 43 que iniciaron a inhalarla 16 no pincharon su musculatura, de la nariz brincaron a las venas. Algunos más intrépidos fueron directamente al último capítulo de la historia, 11 se inocularon las venas desde el primer momento. Cincuenta personas de los 59 caso documentados se inyectaron heroína, con dosis que iban de los 0.1 g. al gramo entero por el resto del tiempo computado desde el inicio de su adicción hasta la llegada al hospital. El periodo era variable, desde los cuatro meses hasta los veintiséis años (Ver Gráfico 11).

La prohibición persiguió como fin terminar con la adicción, si eso no era posible al menos se debía disminuir el número de toxicómanos. En la práctica, sin embargo, parecía lo opuesto, no sólo en México, sino también en el mundo. En ambos es complicado establecer el progreso de la adicción en términos numéricos desde el siglo XIX hasta el primer tercio del siglo XX, sobre todo por la falta de registros públicos, además de la problemática de situar en el siglo antepasado un punto de partida desde el cual iniciar el recuento, es decir, ¿se consideraba la adicción un asunto público? Suponemos que la respuesta es negativa y, por ende, fiscalizarlos careció de sentido. A partir de 1912 en el mundo, de 1914 en Estados Unidos, y de 1920 en México el conteo fue una tarea indirecta pero fundamental en el combate al consumo de narcóticos. Las cifras de incidencias y reincidencias probarían la efectividad del modelo, asimismo reafirmarían la necesidad de las instituciones encargadas de ejecutar la prohibición. En Estados Unidos, Harry Anslinger, responsable del Buro de narcóticos del Departamento del tesoro desde 1930, se encargó de promover esas cifras y su estrepitoso aumento, incluso llegó a inflar los números como parte de una estratagema para que quedase patente la necesidad de la existencia de la agencia de narcóticos que él encabezaba.

En el caso de México los números fueron discretos. Con los expedientes hemos elaborado una reconstrucción de la estadística de nuevos adictos. Tal como la gráfica Núm. 10 muestra hubo un aumento en la toxicomanía, pero algunas de las cifras deben de matizarse. Primero, éstas corresponden sólo al Distrito Federal, no pretenden reflejar la totalidad de las condiciones del país, únicamente describir una tendencia. Sólo una persona inició su adicción antes de 1900. Es probable, primero, que debido a la tasa de mortandad los adictos del siglo XIX no llegaron a ponerse bajo el cuidado del Estado. Lo mismo podría decirse de aquellos que iniciaron su adicción en la última década del porfiriato. Además, las condiciones en la que los opiáceos eran distribuidos en ese entonces delimitaron al grupo social que tendría acceso a ellos, personas con recursos suficientes para visitar al médico y obtener una prescripción.

La prohibición estimuló el contrabando. La lógica del trayecto de las mercancías con orígenes ilegales terminó situándolas en espacios donde otro tipo de actividades también fuera de la ley se realizaban. Estos emplazamientos solían ser, como ha señalado Pablo Picatto, las colonias pobres (arriba descritas) donde la vigilancia de la policía era mínima y los crímenes frecuentes. La escasa presencia de las fuerzas del orden permitió el desarrollo de ciertas actividades, como el narcotráfico y el consumo, sin que fueran vistas negativamente por las fuerzas del orden, pero tampoco ignoradas. Al mismo tiempo, aunque sin vigilancia constante, fueron los lugares predilectos para las aprehensiones de adictos y traficantes.

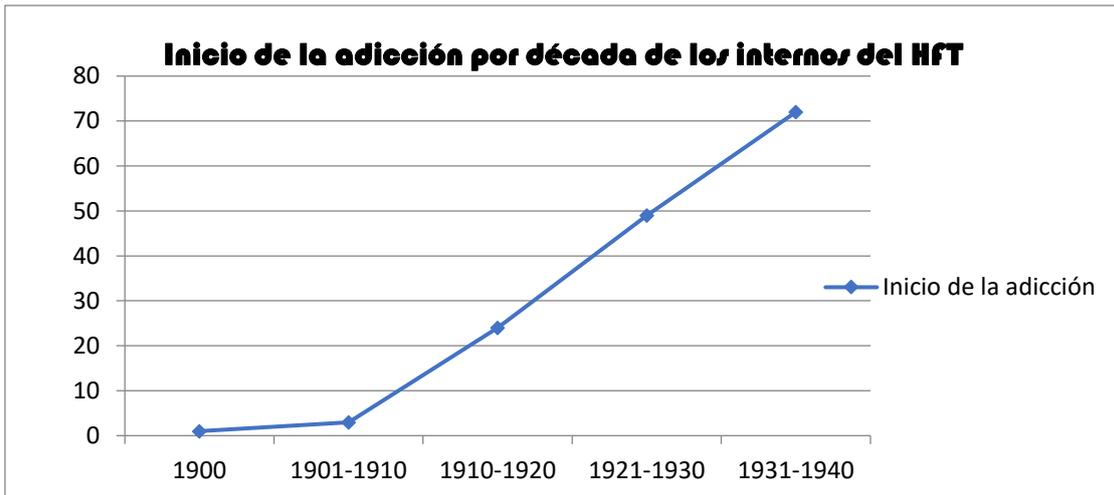


Gráfico Núm. 10. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT.

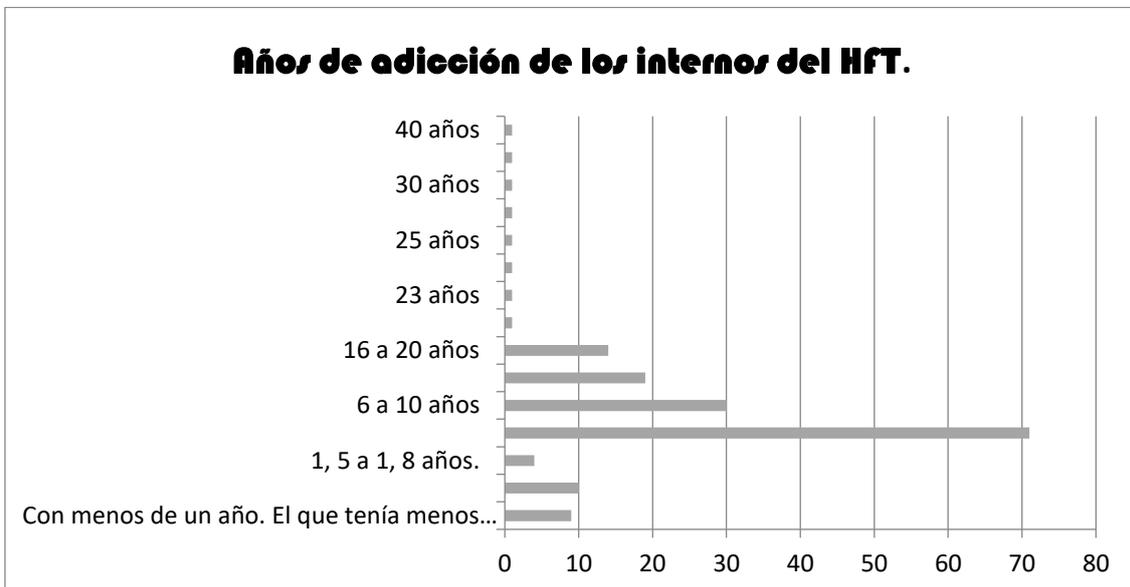


Gráfico Núm. 11. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT.

En apariencia la prohibición no rindió ningún fruto, los adictos no desaparecieron, al contrario, la llamada “plaga social” cobró nuevas víctimas. Debía detenerseles, aumentar los recursos, buscar más vendedores de banqueta, localizar más adictos que llevaran a las detenciones de sus distribuidores. Por eso con regularidad se buscó en los ilícitos cotidianos las detenciones que cubrieran las cuotas de trabajo en los barrios conocidos de siempre. Aunque el número de toxicómanos creció éstos parecieron ser siempre los mismos: un cierto tipo de personas, con una edad y apariencia, que además frecuentaran las colonias donde imperaba el contrabando; ellos constituyeron el adicto promedio detenido.

Era la síntesis derivada del proceso de vigilancia que había arrojado un cierto perfil, pero que estaba condicionado por el ámbito en el que dicho arquetipo se había formado.

## **6. Los nuevos integrantes del Hospital Federal de Toxicómanos**

### **6.1 Los adictos a la marihuana**

El Estado mexicano fue de los primeros gobiernos en prohibir el consumo de la marihuana o de las sustancias derivadas de la planta de *cannabis*. Sin embargo, en su proyecto de rehabilitación de los toxicómanos no hubo un apartado dedicado a los usuarios de marihuana. Juan Peón del Valle, uno de los médicos auxiliares del Hospital cuando se ubicaba en Tolsá, aceptó que la intoxicación por marihuana era difícil de identificar, principalmente por la falta de estudios para determinar cuadros clínicos en los que quedarán resumidos la variedad de efectos que causaba. No sólo eso, en tanto la marihuana no producía síntomas de abstinencia un tratamiento farmacológico no se justificaba, como sí ocurrió con la adicción a algún opiáceo, no encajaba dentro del esquema terapéutico del Hospital. Pero se esperaba que esta se modificara en Mixcoac. Aunque, en 1935, Alfredo Solís no fue ingresado porque no presentaba “estigmas de haber estado anteriormente habituado al uso de morfina, heroína o cocaína”, según el diagnóstico del médico auxiliar Francisco Núñez Chávez.<sup>47</sup> La política de admisión al Hospital estaba determinada por el tipo de tratamiento que se administraba, el cual obraba sobre la abstinencia y sus síntomas.

Los usuarios de marihuana se tuvieron por más imprevisibles, incluso por encima del comportamiento errático de los heroinómanos, por lo que era necesario darles tratamiento. Según el Dr. Peón del Valle, los “marihuanos” o “grifos” eran miembros de las clases bajas, vagabundos, delincuentes, soldados, choferes y clases humildes en general.<sup>48</sup> Los usuarios de heroína, por otra parte, podían también encontrarse entre las clases “pudientes”, agregó. La gente con mejor posición económica podía disimular mejor su adicción, por lo que no era fácil capturarlos. A los miembros de los sectores

---

<sup>47</sup> Expediente de Alfredo Solís Salazar, Marzo de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 9, Expediente 17.

<sup>48</sup> “Algunos aspectos de la actual lucha contra la toxicomanía en México”, por el Dr. Juan Peón del Valle, médico encargado del Servicio de Toxicómanos de la Penitenciaría del DF. Borrador incompleto, sin fecha. AHSSA, FSP, SSJ, Caja 5, Expediente 9.

medio y alto no sólo era difícil detectarlos por su discreción si no y sobre todo porque no eran sujetos sometidos a vigilancia. Los agentes de la policía de narcóticos solían concentrarse en consumidores ya conocidos en zonas bien identificadas.<sup>49</sup> Los prejuicios con los que actuaban se encontraron en los médicos, como podemos observar en la descripción de los fumadores de marihuana.

Una vez incluido como paciente en HFT se adaptaron los procedimientos tanto de éste como del Departamento para dar cabida a los “marihuanos”; las autoridades fueron conscientes de que era una afección endémica y bastante extendida entre la población, mucho más que la heroína, además de que México había sido de los primeros países en prohibir la hierba, no se podía por ende menos que atenderlos. A estas motivaciones debemos añadir el interés moralizador a favor de la sobriedad de la política social cardenista; todo lo cual estimuló la ampliación de las adicciones que el hospital atendió. Ahora ya no se comprobó el hábito únicamente mediante la observación de sus huellas en el cuerpo; el método de corroboración que entonces imperó fue la confesión del adicto. Al mismo tiempo se consideraron una serie de síntomas, no tan bien definidos más bien aleatorios. El carácter imprevisible que se le otorgaba a la marihuana dificultó un diagnóstico, ya no digamos exacto, al menos certero. La apreciación de los efectos del estupefaciente varió de examinador en examinador. La experiencia adquirida con los casos que se presentaron ayudaron a reconocer a los farsantes, pero este proceder estaba sometido a la cadencia irregular del ensayo y el error.

Los médicos, en su trato con los adictos a la marihuana, asumieron las insuficiencias de los estudios sobre los cuadros de abstinencia de la hierba, así como de los efectos de ella en quien la consumiese, pero aquéllos confiaron en la existencia de algunas manifestaciones de toxicomanía en todos los casos. El médico Francisco Núñez, en la observación que había hecho de Alfredo Salazar tras su internamiento, concluyó que éste no había “presentado síntomas de abstinencia relativa al uso de tal estupefaciente.”<sup>50</sup>

Entonces ¿cuáles eran las manifestaciones que se esperaban? De cinco casos de adicción a la marihuana en los que los efectos son descritos, el

---

<sup>49</sup> *Idem.*

<sup>50</sup> *Idem.*

común denominador es la euforia que aparece en tres de ellos; tal vehemencia debía presentarse en el estado de intoxicación; había aquellos que sufrían estragos, que fueron descritos por Ricardo Gómez Bolaños como una borrachera.<sup>51</sup> Efectos posteriores se reconocieron sólo en un caso, algunos semejantes a aquellos de la heroína: sueño, dolor óseo y gástrico, sudores con escalofríos e insomnio.<sup>52</sup> Esta lista fue elaborada en 1935, una etapa temprana en la admisión de adictos a la marihuana por lo que respondería más a una cierta inercia en el llenado de la historia clínica que a un análisis de las evidencias respecto a la abstinencia de los fumadores. En los años que vinieron no se estableció ningún cuadro objetivo, por lo que la declaración del remitido bastó como la prueba fundamental para permanecer en el Hospital.

Estas limitaciones en el procedimiento fueron ampliamente explotadas por los traficantes de pequeña monta que eran detenidos por la policía sanitaria, ya fuera solos o en compañía de otros adictos. La política de puertas abiertas recién instaurada permitió falsas confesiones que elevaron dramáticamente la población del hospital entre 1936 y 1938, como ya hemos observado. Bastaba la confesión, aunque no fuera verosímil, como con Julio López Castillo,<sup>53</sup> quien decía no tener ningún efecto cuando fumaba marihuana. Aun si lo dicho resultó sospechoso para los funcionarios del HFT, no fue razón suficiente para impedirle la entrada a la institución. En 1936 Guadalupe Herrera Yáñez fue remitido desde la Procuraduría por delitos contra la salud; se le otorgó el alta nueve días después de su ingreso, el 10 de julio. Al día siguiente se le dictó auto de formal prisión, sin embargo, se le regresó al hospital por “Presenta[r] síntomas agudos de intoxicación por estupefacientes con fenómenos de necesidad.”<sup>54</sup> El diagnóstico resulta sospechoso; el sujeto se encontraba dentro del HFT por lo que se suponía no podía tener acceso a marihuana y tampoco mientras estaba bajo custodia del poder judicial esperando su sentencia, no existían pues los medios para que llegara a ese estado.

---

<sup>51</sup> Expediente de Ricardo Gómez Bolaños, septiembre de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 17, Expediente 18.

<sup>52</sup> Expediente de Joaquín Fanjul Saucedo, mayo de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 10, Expediente 18.

<sup>53</sup> Expediente de Julio López Castillo, julio de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 19, Expediente 21.

<sup>54</sup> Expediente de Guadalupe Herrera Yáñez, julio de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 18, Expediente 22

Es muy posible que fingiera los síntomas para pasar su condena dentro del HFT en lugar de la prisión. Se inició su proceso porque se le encontraron 50 cigarros que él aseguraba eran de uso personal, aunque los agentes de narcóticos afirmaron les había confesado que se dedicaba a su venta. La condena ocurrió dentro del lapso del tratamiento, que solía ser de quince días para los usuarios de marihuana y que no había concluido. En su comparecencia aseguró que fumaba un cigarro al día, declaración poco creíble pues ya se le conocía como traficante en el Departamento de Salubridad lo que seguramente no obró en su favor cuando se evaluó su caso. Su tratamiento consistió en una dosis de emetina, dos de tónica y calcio, sólo se le tuvo confinado y la atención médica fue mínima. Parecía que se aceptó que el Hospital sirviera como refugio de los infractores.

Cuando los consignados no presentaron síntomas se les dio de alta, aunque ésta no siempre resultó inmediata, pues la exploración no se realizaba apenas llegaban, tomaba algunos días. Asimismo, el alta pasaba por diversas oficinas para ser autorizada, desde el director del Hospital hasta el Jefe del Servicio de Química y Farmacia, lo que a la larga retrasó la salida de muchos consignados. Este tiempo era suficiente para recibir el veredicto del juez, ya fuera de auto de libertad o de auto de formal prisión. En caso de que fuese el último muchas veces el sistema penal tomó el tiempo transcurrido en el hospital como tiempo de la pena, por lo que, en las contadas ocasiones en las que la duración de una y otra eran coincidentes, ya no se tendría que ir a la prisión. Las estancias de los traficantes en las cárceles no parecían ser tan elevadas, podrían incluso durar un par de semanas.

El caso de Antonio Chavelo Soriano, un conocido traficante que actuaba bajo el alias de “el Chavelo”, puede ejemplificar el uso del HFT como vía de escape de la prisión. El suyo fue uno de los casos donde la confesión de los efectos no coincidía con aquellos reconocidos por el uso de la sustancia. Afirmó, entre otras cosas, que la marihuana le causaba anorexia, arrojaba toses con expectoraciones oscuras y le abolía su deseo sexual. Las más de las veces la marihuana no causa esos efectos, más bien incrementa el apetito, además de que no compromete el deseo sexual. En 1936 afirmó consumir quince cigarrillos diarios, una dosis sospechosa, pues, aunque

físicamente posible, resulta complicado imaginar a alguien con esa cantidad en las venas que fuera diagnosticado con intoxicación leve, como ocurrió con él.<sup>55</sup> Cuando alguien decía ser adicto el voto de confianza, aparente, era inexorable, de tal suerte que la admisión era casi inapelable, a pesar de la imagen del adicto como mentiroso empedernido.

## 6.2 Las mujeres

Las mujeres pudieron finalmente ser atendidas, en Mixcoac se tuvo suficiente espacio por lo que fue posible separar y regular la convivencia entre ambos géneros. No sólo tenían un espacio exclusivo para ellas, parece que además les brindaron un tratamiento distinto al de los toxicómanos hombres. Cuando debían redactarse las historias clínicas femeninas el nivel de profundidad en las respuestas pudo ser mayor; el afán por el detalle no se debía al ímpetu del interpelado sino a la perseverancia del interrogador, del médico, por lo que las descripciones clínicas de algunas mujeres resultaron más exhaustivas en un modo que las de los hombres no lo fueron.

El caso de Guadalupe fue de todos los analizados hasta 1935 el primero – de la muestra tomada – en el que se señaló una condición psicológica familiar como antecedente de la toxicomanía de la interna: su madre era irritable, posiblemente violenta, también una de sus hermanas lo eran, además de “extravagantes”. La madre tomaba pulque con frecuencia, lo hizo mientras estaba embarazada de Guadalupe y durante ese periodo sufrió de disgustos y contrariedades familiares.<sup>56</sup> Estas situaciones fueron el campo de cultivo idóneo para que Guadalupe desarrollara su adicción o su inclinación a una vida tenida como viciosa.

La pulsión de la herencia rondó la vida de Guadalupe. A los ocho años entró a la escuela, pero permaneció sólo uno. Era, decía, torpe para aprender. Más tarde a los trece años se fue a vivir con su novio “en calidad de amante”, especificó el médico que redacta la historia clínica.<sup>57</sup> La observación no era gratuita y podía contener un juicio moral. Desde entonces y por cinco años permaneció con el susodicho amante y se volvió

---

<sup>55</sup> Expediente de Antonio Chavelo Soriano, octubre de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 21, Expediente 16.

<sup>56</sup> Expediente de Guadalupe Nava Dorantes, mayo de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 9, Expediente 14.

<sup>57</sup> *Idem.*

aficionada al pulque. Posteriormente comenzó a trabajar como prostituta, oficio en el que se mantuvo por varios años. Guadalupe agregó que, pese a dedicarse al comercio de su cuerpo, no había tenido manifestaciones perversas en sus actos sexuales y que “siempre observó buena conducta en el ejercicio de su profecía [sic]”.<sup>58</sup>

Este tipo de preguntas no fue común para los hombres cuando se elaboró su historia clínica, es más, su vida sexual no era cuestionada. El hecho de que el médico indagara persistentemente en ella revela, primero, que se tuvo más libertad de cuestionamiento sobre las mujeres; ciertos temas pudieron haberse constituido en tabú en una conversación entre miembros del mismo género. Es posible también que las remitidas estuvieran más dispuestas a responder que los hombres; sobre todo si se dedicaban a la prostitución, pues mientras estuvo reglamentada durante el callismo y el Maximato, estuvieron en contacto con la burocracia sanitaria a la que el procedimiento del HFT pudo asimilarse. No se entiende, sin embargo, cuál es la relevancia de estas confesiones para los fines que perseguía el hospital, pues sirvió en muchos casos para reafirmar el arquetipo del adicto.

En lo que concierne a la respuesta de buena conducta declarada por Guadalupe, el médico la puso en duda, anotó que tal afirmación podía ser desmentida por las numerosas cicatrices de arma punzo cortante que presentaba en la cara.<sup>59</sup> Al final del cuestionario de Guadalupe se escribió “contesta las preguntas que se le hacen con el lenguaje propio de nuestra clase indígena”.<sup>60</sup> Podemos suponer que la población que acudía con mayor frecuencia al hospital pertenecía a la clase indígena o mestiza, acordonada en los barrios miserables donde la pobreza y el crimen era el pan suyo de cada día. El médico traduce al lenguaje apropiado de la burocracia la experiencia de la prostitución y consumo de heroína de Guadalupe, hasta un cierto punto nos descubre el punto de vista del entrevistador en simbiosis con el del entrevistado, sin embargo, predominan las categorías y los juicios aplicados al relato por el primero.

---

<sup>58</sup> *Idem.*

<sup>59</sup> *Idem.*

<sup>60</sup> *Idem.*

Las mujeres de los sectores pobres de la población abandonaban el hogar a temprana edad. Leonor Sánchez Gómez vivía con su tía, a los doce años se fue con un hombre, como también había hecho Guadalupe Nava. Antes es posible que haya sufrido de abusos sexuales, pues a los once años tuvo un desgarramiento perineal, después padeció sífilis en etapa terciaria, lo que le dejó el cuerpo lleno de bregaduras. Leonor se presentó con el cuerpo cicatrizado de todas las marcas de la sífilis, del oficio. También sufrió de osteomielitis, lo que podía resultar muy doloroso. Su amante, usuario de heroína, la mezclaba en el café de Leonor, posiblemente para acostumbrarla, volverla dependiente de él y de la sustancia.

Ella obediente lo tomaba, cuando dejaba de beberlo se le presentaban los síntomas clásicos de la abstinencia: vómitos, sudores, insomnio. Pero en cuanto tomaba el café desaparecían, al menos por un tiempo. Un día ya no fue suficiente, entonces le inyectaron heroína, después le enseñaron a hacerlo. No le gustaba estar con nadie cuando arponeaba sus venas y mucho menos tener relaciones sexuales.<sup>61</sup> No obstante debían mantener una práctica constante de encuentros pues esa era su ocupación, voluntaria o forzada, la vía para cubrir sus necesidades básicas, incluida el opiáceo. Leonor había abandonado el vicio cuatro veces. Al menos eso confesó, otros internos más repetían estas palabras. Abandonarlo era para ellos lo mismo que para el Departamento, sólo la desintoxicación, el abandono era no tenerlo por días o semanas, atravesar el suplicio de la abstinencia, aunque después se obtuviera la dosis y la aguja para recuperarlo. El dolor físico era duro pero el dolor psíquico era insoportable, por eso regresaba cada vez, Leonor recordaba la euforia que volvió su deseo incontenible.<sup>62</sup>

La exploración física de Leonor reveló un hundimiento en la cabeza, producto de un golpe, así como exostosis (deformación de los huesos) en la columna y en la pierna derecha. Sus reflejos eran torpes y disminuidos. En la evaluación mental que el médico hizo de ella se anotó: “Las facultades intelectuales las encontramos normales, su inteligencia corresponde a la de una persona de su edad y de su esfera social, su afectividad sí la encuentro un poco perturbada, una exaltación del sentimiento egoísta.”<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> Expediente de Leonor Sánchez Gómez, marzo de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 9, Expediente 11.

<sup>62</sup> *Idem.*

<sup>63</sup> *Idem.*

El caso de Leonor, en particular su exploración física, constituye una muestra de la postura masculina de los examinadores ante el cuerpo femenino. Para haber conocido sobre el desgarramiento anal el médico debió explorar los genitales de la paciente. Esta no era una práctica común, ni siquiera en aquellos que declaraban sobre dolencias presentes o futuras de enfermedades venéreas. La profundidad del examen no necesariamente contribuyó al diagnóstico o al conocimiento de la adicción de la paciente, en tanto innecesario era también violento. Dibujaba otra marca en Leonor.

Olga Fernández era de origen cubano. En su entrevista, para elaborar su historia clínica, del 14 de enero de 1936 se le describió como una “persona de buenas costumbres y de buena salud”, además de que tenía, según el médico, un carácter bueno y bondadoso.<sup>64</sup> Sin embargo portaba el gen de la potencial decadencia, su madre era epiléptica, la condición cerebral se agravó tras el alumbramiento de sus dos hijos. Olga comenzó con la heroína, la inhalaba en “cantidades pequeñísimas”, a decir de ella o el médico.

Olga que primero había aparecido como una persona de buena apariencia y de buenas costumbres se presentó en el HFT en 1944 con ausencia de todas sus piezas dentales, en mal estado físico y con numerosas cicatrices y abscesos debidas a las inyecciones del opiáceo.<sup>65</sup> Había padecido sífilis, además vivía en la calle. Cuando estuvo internada después en 1947 robó la bolsa de una de las empleadas tras lo que emprendió la huida. Leopoldo Salazar Viniegra, entonces director del Manicomio General, la remitió al pabellón de agitados. El dinero que le mandaba su familia o que le daba su padrote lo gastaba en marihuana, barbitúricos y drogas estupefacientes. Olga era ya una prostituta. Pero se arrepiente y promete redimir su camino.<sup>66</sup>

Algunas mujeres también eran traficantes, entonces la distribución de drogas enervantes en el Distrito Federal era llevada a cabo por un grupo significativo perteneciente al género femenino. Es posible que ellas constituyeran núcleos familiares y sus miembros hilos de una red donde todos desempeñaban un rol en la pequeña empresa. Había rivalidades entre

---

<sup>64</sup> Expediente de Olga Fernández Narváez, marzo de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 9, Expediente 13

<sup>65</sup> *Idem.*

<sup>66</sup> *Idem.*

familias que se delataban mutuamente ante las autoridades. También ellas aprovecharon los resquicios de la ley y sus procedimientos para ir al Hospital. María Guadalupe Martínez Aguilar fue remitida como presunta viciosa y narcotraficante. En el HFT no presentó ningún síntoma ni de uso ni de abstinencia. Fue dejada en libertad.<sup>67</sup>

## 7. Los asiáticos

Individuo que por sus rasgos faciales nos damos cuenta se trata de un asiático de edad ya avanzada de tinte amarillo muy oscuro, en el cual se ve la pérdida del ojo izquierdo y que casi no habla ni entiende nada de español.<sup>68</sup>

Los asiáticos estuvieron presentes durante toda la existencia del Hospital. Algunos pueden identificarse desde el rótulo del expediente. Otros sin embargo contaron con nombres occidentalizados, como Francisco López Portillo. En apartados anteriores hemos hecho ya un recuento de los individuos de oriente que frecuentaron el HFT en el periodo estudiado. Los chinos estuvieron siempre asociados a los narcóticos, como principales usuarios y como promotores del consumo. Se supo que fumaban opio y este acto fue asociado como una costumbre propia de este pueblo, la imagen del chino opiómano, además, fue altamente difundida por el fervor anti-chino suscitado al noreste del país.<sup>69</sup> El sentimiento nacionalista postrevolucionario aunado a la crisis económica de 1929 avivaron el rechazo a los inmigrantes no deseable, entre ellos los chinos y, consecuentemente, se difundieron representaciones desfavorecedoras. En el caso del consumo del opio, no obstante, pudieron resultar ciertas. Si aceptamos que las detenciones de la policía sanitaria de narcóticos se efectuaron a partir de tipos, es lícito suponer que con facilidad detuvieron a los asiáticos que se

---

<sup>67</sup> Tanto Luis Astorga como Ricardo Pérez Montfort describen en sus libros *El Siglo de las Drogas y Tolerancia y prohibición*, respectivamente, la historia de las traficantes más conocidas y poderosas, principalmente de la Ciudad de México, como Ignacia Jasso, alias *La nacha*, y Dolores Estévez, conocida como *Lola la chata*. Ricardo Pérez Montfort, *Tolerancia y Prohibición. Aproximación a la historia social y cultural de las drogas en México, 1840-1949*, *óp. cit.*, pp. 277-278

<sup>68</sup> Expediente de Taek Pong, agosto de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 6, Expediente 21.

<sup>69</sup> Macrina Rabadán Figueroa, "Discurso vs. realidad en las camp.añas antichinas en Sonora (1899-1932)", *Secuencia. Revista de Historia y ciencias sociales*, México, Instituto Mora, Núm. 38, mayo-agosto, 1997, p. 85.

encontraron en los barrios asociados con el vicio, pues con mucha probabilidad estarían allí para satisfacerlo.

Eran ellos dentro del HFT los únicos consumidores de opio, como Francisco López quien ingresó en 1936, él consumía seis o siete pipas al día. No lo hacía compulsivamente, dijo; cuando no tenía dinero no sufría mayores molestias que el cansancio y el agotamiento. La recopilación de historias clínicas con estos individuos era limitada debido a la lengua, así sucedió con Taek Pong, el toxicómano del “tinte amarillo muy oscuro” a quien no se le entendía el español. El médico, no obstante, supo que llevaba 28 años en México, y que en su tierra fumó opio. Cuando llegó al otro lado del Pacífico no pudo encontrar el jugo de la amapola, entonces comenzó a utilizar morfina en 1919 o 1920 cuando se la invitó un paisano. Desconocía cuánta droga usaba todos los días, de todas formas, lo hacía sentir dolores, cansancio, náuseas y vómito, además de que no lo dejaba dormir todas las noches.<sup>70</sup>

También este grupo aprendió a usar el hospital como salvaguarda de las rejas, Tomás Hawking King fue remitido desde la penitenciaría, sin que se supiera por qué motivo se encontraba en ella. Una vez en el hospital se le dio de alta “por no presentar síntomas de intoxicación por drogas enervantes.”<sup>71</sup> O no había cometido ningún delito o antes de pagar su pena se le envió al Hospital o el mismo juez optaba por conmutar la prisión por el hospital en ciertos casos. Era posible también que fueran inocentes de cualquier crimen y tampoco fueran adictos, pero su remisión al Hospital se hiciera para cumplir con el protocolo, según el cual correspondía a las instituciones del Departamento de Salubridad determinar quién era adicto.

En 1937, cuando el Gral. José Siurob estuvo al frente del Departamento de Salubridad, las peticiones para aplicar el artículo 33 a los extranjeros adictos aumentaron. La Secretaría de Gobernación consideraba que el uso de heroína u opiáceos no constituía una falta suficiente para ejecutar el artículo. Sin embargo, el Código Sanitario presentaba claramente el impedimento para ingresar al país a los que padecieran de toxicomanía. Francisco Ley, quien afirmó ser cocinero del presidente Lázaro Cárdenas y

---

<sup>70</sup> *Idem.*

<sup>71</sup> Expediente de Juan Hawking King, marzo de 1938, AHSSA, FHFT, Caja 6, Expediente 31.

Samuel Jip, permanecieron en México a pesar de que el Departamento de Salubridad solicitó su expulsión.<sup>72</sup>

A todos estos grupos se añadió el de los dipsómanos, pues desde 1937 se intensificó en el Distrito Federal la persecución de alcoholismo. Los dipsómanos eran remitidos por la Campaña Antialcohólica, o por la Campaña contra la Mendicidad o por la Campaña contra las toxicomanías, entre otras; aunque también hubo voluntarios. Cuando se inauguró el Hospital Federal de Toxicómanos la Campaña Antialcohólica atrajo entusiastas que querían terminar con su adicción. Florencio Asúnsolo acudió, pues pensó que finalmente podría dejar la bebida y volver al trabajo.<sup>73</sup>

### **Conclusión**

La estrategia contra la prohibición del Departamento de Salubridad se concentró en el adicto, mediante el ejercicio de “una constante y estrecha vigilancia sobre los toxicómanos conocidos a fin de poder sorprender a sus proveedores.” En términos generales podía no distar mucho de la estrategia seguida por Estados Unidos, en los hechos significó una gran diferencia porque el problema de la adicción se asumió como un asunto de salud pública y no un asunto criminal. En México los mecanismos de vigilancia, detención, tratamiento y supervisión, convirtieron la toxicomanía en una amenaza casi irremediable e implacable contra el bien común.

Los prejuicios de clase/raza influyeron como etiología de la adicción, en tanto ejercían un papel para elucidar no sólo la condición de la adicción, sino al paciente como sujeto predispuesto a ella. El tratamiento era farmacológico pero la toxicomanía tenía un origen psico-social, marcado por la debilidad moral del individuo en conjugación con su medio. Por ejemplo, de nuevo en el expediente de Guadalupe Nava, cuando el examinador caracterizó el nivel de inteligencia de la paciente, anotó que “se encuentra en esta persona normal si se toma en cuenta la esfera social en que ha vivido y la falta absoluta de cultura.” Agregaba que “... la constitución mental en esta persona corresponde como en casi todas las personas de su esfera

---

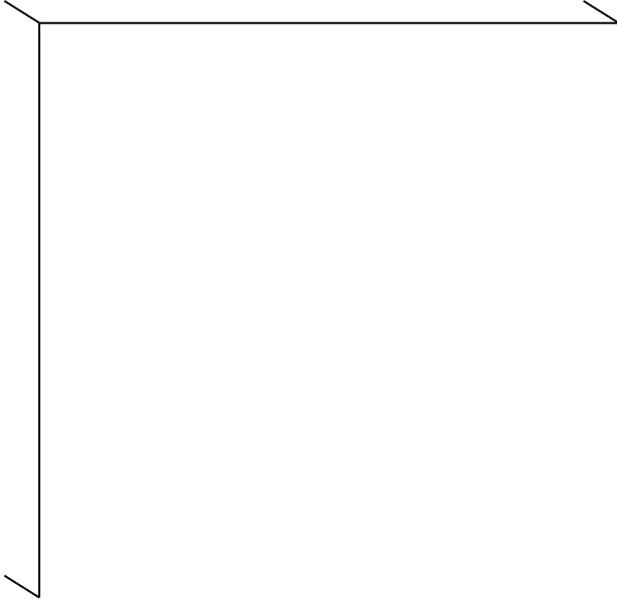
<sup>72</sup> Expediente de Samuel Jip, marzo de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 24, Expediente 18.

<sup>73</sup> Expediente de Florencio Asúnsolo Smith, noviembre de 1933, AHSSA, FHFT, Caja 31, Expediente 33.

social, al tipo instintivo.” Para interpretar la manera en la que el médico calificaba al paciente dependerá de cómo se entendieran tanto la esfera social, por un lado, y conceptos tales como el “instintivo”, por el otro.

Para los funcionarios del Departamento de Salubridad el adicto era un vicioso. Su adicción obedecía a la degeneración debida a su origen étnico, económico y social, lo que lo predisponía a la debilidad y la caprichosa persecución de sus placeres. Era un enfermo sí, pero en tanto vicioso él resultaba responsable de su condición. Sus defectos morales lo predisponían a la caída. La degeneración se asoció con la pobreza, de suerte tal que las clases materialmente más desafortunadas se convirtieron en el objetivo predilecto de vigilancia, porque además habitaban en zonas reconocidas por sus tasas de criminalidad. Una persona nacida en un ámbito de miseria portaría en sus genes la marca de la degeneración y, además, estaría condicionado a imitar un ambiente desfavorable. Los prejuicios elitistas y raciales condicionarían en forma decisiva el modo de proceder de los responsables del tratamiento, desde la policía de narcóticos hasta el médico del Hospital. Igual de fundamental fue la carencia de recursos de la institución médica que aumentaron las carencias técnicas en virtud de la pobreza material del Hospital

En suma, los adictos que llegaron al hospital fueron mestizos, indígenas, habitantes de colonias conocidas por el crimen, pobres y considerados intelectualmente inferiores. Podemos imaginar como todos estos elementos constituyeron una suerte de pátina; estas premisas pudieron fácilmente trasladarse a la terapia y al procedimiento de recuperación, excusando los pocos esfuerzos y la rutina administrativa por una condición endémica de los individuos que disminuía al mínimo los éxitos de dicha terapia. En la nueva sede, a pesar del impulso de reforma, el método de ingreso y tratamiento continuó siendo el mismo. Uno de los factores fundamentales que influyeron para su inercia fue la escases de recursos, la preeminencia de un cierto pensamiento científico sostenido en premisas positivas de la degeneración, explicada ahora no sólo por la biología pero además por el entorno, lo que a su vez alimentó algunos prejuicios ligados a un sector social, sobre las cuales se alzaba el edificio médico/jurídico/administrativo de los establecimientos sanitarios.



---

**CAPÍTULO IV**  
**EL HOSPITAL FEDERAL DE TOXICÓMANO EN**  
**LA CASTAÑEDA. EL TRATAMIENTO**

---

## **1. De la cura de la adicción a la desintoxicación.**

El tratamiento de los internos, su diagnóstico (ya fuera de las características de la adicción, ya fuera del tipo o intensidad y la duración de las mismas, además de los estragos psíquicos y físicos) se pensó como un acto individualizado. Tanto el proceso de detención como el levantamiento de los registros de los pacientes que ingresaban al HFT fueron guiados por distintas fuentes y actores. En ambos se conjugaron una serie de premisas, concepciones y objetivos, los cuales incidieron en el contenido del proceso de cura; sostuvieron las bases sobre las que se justificó la detención de un cierto tipo de adicto sobre otro, recayeron también en los pasos siguientes a la detención, en las preguntas del cuestionario así como en sus respuestas, en el tratamiento que se aplicó (incluida su duración), la relación que se estableció con el toxicómano durante su estancia y, por último, en las condiciones del alta.

Entre 1933 y 1934 se pretendió que el internamiento diera como resultado la cura, al menos así lo expresó el Jefe del Servicio Jurídico a cargo de las remisiones quien enviaba a los presuntos toxicómanos para que fueran “curado[s] del vicio de la toxicomanía.”<sup>1</sup> Otras veces las intenciones del Departamento se revelaron más moderadas y se ordenó únicamente la estancia para la desintoxicación del adicto.<sup>2</sup> En el entendido de que era un vicio más que una enfermedad la cura se creía posible, en cierta medida, sobre todo si el resultado esperado o considerado como tal era el de eliminar cualquier signo de intoxicación, además que en su calidad de vicio dependería en gran medida de su portador y no de su sanador eliminarlo. Cuando salían, los ex asilados del Hospital recibían de hecho un dictamen en el que se les declaraba curados del vicio de la toxicomanía.<sup>3</sup>

Podemos considerar que se definió su curación en función del fin de dos situaciones: por un lado, la intoxicación y, por el otro, el fin de los síntomas de la abstinencia. Cualquier cuidado posterior a la estancia en el Hospital para garantizar ese estado de cosas quedó fuera de las competencias del Departamento de Salubridad, al menos hasta 1939. En algunos casos

---

<sup>1</sup> Expediente de Agustín Ponde de León, marzo de 1933, AHSSA, FHFT, Caja 1, Expediente 18.

<sup>2</sup> *Idem.*

<sup>3</sup> Expediente de Alberto Torces Portillo, abril de 1934, AHSSA, FHFT, Caja 2, Expediente 24. Se pide su alta porque “... se encuentra curado del vicio de la toxicomanía.”

ocurrió la vigilancia posterior por parte de la policía sanitaria, sin que fuera una extensión del tratamiento, más bien un reinicio del ciclo de internamiento, pues se identificaba un usuario como consumidor y se esperaba sorprenderlo *in fraganti*. Las curas fueron también dispensadas a conveniencia sin tomar en cuenta la situación del tratamiento. Por ejemplo, Rafael Urdanivia Bello se desempeñaba como ayudante de farmacia, con el grado de subteniente, en algún cuartel del ejército en el Distrito Federal. Mientras se encontraba en el Hospital se libraba en el Juzgado Militar un proceso contra él por deserción. Tan pronto como fue solicitada su presencia ante el juez del ejército se le declaró curado sólo tres días después de haber ingresado.<sup>4</sup>

Una vez dentro del Hospital, también entre 1933 y 1934, los médicos registraban si el sujeto remitido presentaba síntomas de intoxicación; después, se determinaba si tenía síntomas de uso crónico de la droga y; por último, se anotaba si padecía de fenómenos de abstinencia. El examen no respondió siempre a una exploración sobre la adicción y las circunstancias en las que éstas se habían desarrollado, era una extensión del diagnóstico de la oficina de consignaciones, o más bien una confirmación. Se trató las más de las veces de decir si era o no adicto el sujeto que se presentaba, las especificidades sobre los efectos de la abstinencia no eran tomadas en este momento. Ocurría sólo hasta la aplicación del tratamiento, pero no siempre fueron determinantes para éste.

Para 1935 con la renovación del Hospital se intentó un cambio al respecto, con Raúl González Enríquez al frente del HFT como su director, que continuó hasta 1936, aparecieron formas distintas de explorar a los remitidos, como ya se ha constatado con las historias clínicas descritas en el capítulo anterior. Se anotaron, sin embargo, los mismos elementos que en los años anteriores: “Encontramos que presenta síntomas de intoxicación y fenómenos de abstinencia en periodo de necesidad y también las huellas que deja el hábito de hacer uso de las drogas enervantes.”<sup>5</sup> Las huellas podían ser antiguas o recientes.<sup>6</sup> En alguna excepción, por ejemplo en la exploración

---

<sup>4</sup>Expediente de Rafael Urdanivia Bello, febrero de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 2, Expediente 19.

<sup>5</sup>Expediente de José González Galáviz, enero de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 8, Expediente 3. Expediente de Rubén Gamboa Lima, abril de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 10, Expediente 5. Expediente de Eleuterio Pérez Pérez, julio de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 9, Expediente 22.

<sup>6</sup> Expediente de Isidro López López, octubre de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 13, Expediente 29.

de Juan Montero Acevedo se anotaba “Presenta síntomas orgánico y mentales de intoxicación crónica; fenómenos de necesidad por abstinencia en el uso de drogas enervantes y huellas antiguas y recientes que indican que es toxicómano habitual.”<sup>7</sup> Podemos afirmar que en realidad los pasos que se siguieron en estos casos aunque pretendieron una particularización del proceso resultaron poco exitosos, pues al observar los expedientes sólo observamos la reproducción, en casi todos los casos, de una forma (la hoja de remisión y diagnóstico) que era llenada idénticamente en los términos arriba descritos.

El campo de innovación se amplió ligeramente cuando ingresaron los adictos a la marihuana para cuyo proceso no había un patrón impreso. Se admitió, por ejemplo, la dualidad de las circunstancias cuando era pertinente, es decir, cuando además de ser adictos eran narcotraficantes, “[...] sírvase internar al presunto traficante y vicioso Refugio Torres Chavarría por intoxicación por marihuana”.<sup>8</sup> Cuando llegó al HFT, sin embargo, no presentó ningún síntoma de abstinencia, pero se le mantuvo para desintoxicarle. Otro ejemplo es el de Tomás Saldaña Pereda, a quien se le encontraron “síntomas de intoxicación crónica por estupefacientes con las modalidades propias de la intoxicación producida por la marihuana, hay síntomas muy atenuados de necesidad de fumar la hierba que confiesa usar en cigarrillos desde hace años.” Se nota un ajuste forzado en las letras y, posiblemente también, en los hechos, del procedimiento que se seguía con la heroína, que da cuenta de cierto desconocimiento sobre los efectos de la marihuana a corto y largo plazo en las personas. Para 1936 en algunas de las exploraciones se intentó describir el estado psíquico de los “marihuanos”, como con Héctor Lanz Guerrero, quien además de las huellas físicas tenía “[...] fenómenos mentales propios de la intoxicación aguda por marihuana. El aspecto mental se caracteriza especialmente por impulsivo y agitación motriz.”<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Expediente de Juan Montero Acevedo, noviembre de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 12, Expediente 22.

<sup>8</sup> Expediente de Refugio Torres Chavarría, septiembre de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 13, Expediente 7.

<sup>9</sup> Expediente de Héctor Lanz Guerrero, marzo de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 16, Expediente 17.

En 1936 todavía se remitió a los toxicómanos desde el servicio jurídico solicitando su curación –sin que se esclareciera qué se entendía por tal-,<sup>10</sup> la orden de tratamiento podía darse a partir de un diagnóstico del servicio, quienes no fueron consignados siempre como toxicómanos si no como viciosos, tal fue el caso de Benigno Martínez Ángeles.<sup>11</sup> Así como él muchos otros. Se consolidó el modelo escrito del examen, se anotaba si existían síntomas de uso crónico, si había huellas (antiguas o recientes) del uso de drogas y si había fenómenos de necesidad, que podían ser leves, agudos, moderados o intensos.<sup>12</sup> En caso de que fueran adictos a la marihuana se anotaba la intensidad de la intoxicación y si se presentaban manifestaciones de necesidad, agudas o atenuadas.<sup>13</sup> El vocabulario e interpretación de la adicción continuó así hasta 1937, en ocasiones, en ese año, se agregó si el enfermo era reincidente.<sup>14</sup> Probablemente la intensificación de la Campaña contra las toxicomanías emprendida desde inicios del cardenismo pudo consolidarse hasta esta fecha una vez que las disputas internas del ejecutivo obraron a favor del presidente Lázaro Cárdenas. Lo anterior aunado a los esfuerzos de los médicos adeptos a la escuela de Higiene Mental contribuyó al cambio, o la intención de, en los diagnósticos y el tratamiento.

También hubo veces en las que se rechazó el ingreso porque la persona que se presentaba, aunque fuese adicta, no se encontró intoxicada al momento del examen. Esto le ocurrió a María de Jesús Guzmán, ella presentó huellas antiguas y recientes del uso de enervantes, pero en su comparecencia no presentó ningún signo de intoxicación o abstinencia por lo que fue dada de alta.<sup>15</sup> Este tipo de eventos reafirman nuestra posición de que el Hospital funcionó como un lugar de desintoxicación y no de cura.

A pesar de los esfuerzos del cambio el uso indiscriminado de los formularios persistió. A Alfredo Salazar se le dio de alta tras quince días (que fue el periodo seguido para los casos de marihuana) de internamiento. En el dictamen de su admisión se decía que no había presentado síntomas de

---

<sup>10</sup> Expediente de Antonio Chavelo Soriano, octubre de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 21, Expediente 16.

<sup>11</sup> Expediente de Benigno Martínez Ángeles, junio de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 1, Expediente 22.

<sup>12</sup> Expediente de Olga Fernández Narváez, julio de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 9, Expediente 13. Expediente de Jesús Trejo Valle, julio de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 19, Expediente 4.

<sup>13</sup> Expediente de Guadalupe Herrera Yáñez, julio de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 18, Expediente 22., Expediente de Juan Pérez Rangel, julio de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 18, Expediente 26.

<sup>14</sup> Expediente de Isidro López López, mayo de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 13, Expediente 29.

<sup>15</sup> Expediente de María de Jesús Guzmán, junio de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 15, Expediente 17.

intoxicación ni fenómenos de abstinencia, pero cuando se le dio de alta se mencionó que había “[...] pasado ya su tratamiento de deshabitamiento”.<sup>16</sup> Este tipo de casos son los que dan cuenta de la no particularización del tratamiento. Las condiciones en las que operaba el Hospital contribuyeron, suponemos, por la limitación de recursos materiales o humanos, a una homogeneización que actuaba en detrimento de la curación y del toxicómano.

El médico pudo acercarse así más a la figura de un burócrata. Otro ejemplo es el de Inocencio Martínez Valdez el 28 de enero de 1936. Se le examinó hasta el 2 de febrero y se le dio de alta el día 3 “por haber pasado ya su tratamiento de desintoxicación [...]”.<sup>17</sup> No queda claro como en 5 días Inocencio pudo cumplir el proceso que estaba prescrito casi obligatoriamente para quince días, incluso para quienes no tenían ningún síntoma. Por ejemplo, a Salomón Olivares Melo, en el mismo año, se le internó; aunque no tenía evidencia física ni de uso, ni de adicción, por quince días.<sup>18</sup>

Otra forma de vislumbrar el criterio que se seguía en el proceso de internamiento del paciente podemos obtenerlo al confrontar distintos documentos de un mismo expediente. Si se toma la hoja de ingreso de Julio López Castillo se leerá que presentó síntomas, así como fenómenos acentuados por el uso de estupefacientes junto con huellas del hábito, misma situación fue la de Carmen Cifuentes.<sup>19</sup> Cuando observamos la hoja de tratamiento de ambos encontramos que no hubo ningún síntoma y por esa razón no se le prescribió ningún remedio. Baste agregar como colofón que las altas se daban en términos más apegados a la situación real del paciente y su terapia. Se les daban porque ya estaban desintoxicados y ya no presentaban o fenómenos de necesidad o síndrome de abstinencia. La redacción de la liberación del paciente de la tutela del Hospital expresaba con mucha más claridad la misión que efectivamente desempeñaba el HFT sobre la adicción.

---

<sup>16</sup> Expediente de Alfredo Solís Salazar, Marzo de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 9, Expediente 17.

<sup>17</sup> Expediente de Inocencio Martínez Valdez, junio de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 18, Expediente 6.

<sup>18</sup> Expediente de Arturo Martínez Alcántara, septiembre de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 20, Expediente 38.

<sup>19</sup> Expediente de Carmen Cifuentes, junio de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 27, Expediente 34.

## **2. El avance de la rehabilitación, o sus intentos**

El 23 de abril de 1937 se creó el Comité Nacional Auxiliar del Departamento de Salubridad. Dicho cuerpo tendría como objetivo la investigación, la formulación de propuestas y posibles soluciones a los problemas relativos al consumo y venta de drogas enervantes. También estudiarían los resultados de la aplicación de las leyes prohibicionistas entonces vigentes.<sup>20</sup> El presidente de este comité se convirtió a su vez el presidente de la Campaña contra el Alcoholismo y otras toxicomanías, que ya operaba desde 1935. Después de Francisco Bassols, al frente de ella quedaron Nicandro Chávez y Enrique García Fomenti, en 1936. Ya en 1937 se ocupó de ella Luis G. Franco.

El establecimiento del Comité planteó la concentración de autoridad en cuanto a narcóticos concernía en el Departamento de Salubridad, aunque contó con la participación de la Procuraduría de la República y de la Secretaría de Gobernación entre otros, estos elementos auxiliarían al Departamento. Este nuevo organismo pudo ser también una manera de reunir a las partes involucradas para señalar, sin ningún tipo de obstáculo, las funciones que competían a todos los involucrados en la ejecución de la prohibición.

La Campaña contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías quedó administrativamente en una posición peculiar, pues, aunque estaba subordinada al Servicio de Química y Farmacia en una nueva distribución de funciones o de mecanismos para practicarlas quedó en los hechos sólo subordinada al Departamento de Salubridad. Sin embargo, pudo prescindir de la vigilancia y supervisión del Jefe del Departamento, pues este último debía lidiar con una agenda más amplia y, en algunos casos, urgente. A la larga pudo haber dado lugar a una independencia coyuntural a esta Campaña, de 1937 a 1940 ésta obró con cierta autonomía, lo que implicó también al Hospital, así como a las políticas públicas para con los adictos.

### **2.1 El Diagnóstico, sus pronósticos y los métodos de tratamiento**

El resultado de la exploración tras la consignación del servicio jurídico resultó el primer diagnóstico, en él se manifestaba si el sujeto que era

---

<sup>20</sup> Luis Astorga, *Drogas sin Fronteras*, op. cit. p. 196

examinado era adicto o no, así como las condiciones de su asignación. Éste ha sido descrito al inicio de este capítulo. Después, en algunos casos, hubo un segundo diagnóstico derivado de la historia clínica que no necesariamente sucedió de manera simultánea a la exploración de las remisiones. Junto con este segundo diagnóstico médico aparecieron evaluaciones sobre la personalidad, psique o condición mental del individuo. En algunos casos se tuvieron en cuenta las características físicas de los consignados.

Dicha valoración apareció intermitente en 1935, se retomó en 1936 y se presentó con más regularidad en 1937, también existieron algunos de estos diagnósticos en 1938. De la muestra de este trabajo 7.84% (16) de los casos contaron con un dictamen de esta categoría. Los resultados fueron varios. Alfredo Campos Rubio fue descrito como un individuo normal en el que obraba la toxicomanía. De Francisco Ley, se dijo que era un individuo asiático con intención de abandonar el vicio.<sup>21</sup> En Salvador Gutiérrez López la adicción convivía con su carácter colérico; mientras que en Abraham Peláez Cuenca el heroínomanismo propiciaba un estado confusional [sic].<sup>22</sup> Leonor Sánchez, a la que ya hemos hecho referencia, fue calificada como una toxicómana con un carácter instintivo, violenta, colérica y fácilmente irritable; su adicción obraba sobre un terreno sifilítico, era probable que esta situación provocara inflamación neurológica. A pesar de todos estos signos adversos el médico puntualizaba sobre la buena voluntad de la asilada para curarse.<sup>23</sup>

Junto a la evaluación del individuo, y las características físicas y mentales ligadas a su adicción, se dio una suerte de prognosis. Digo suerte porque esta resultaba invariable, por lo que las características particulares que eran parte del diagnóstico antes descrito no parecían influir en el pronóstico. Trece personas tuvieron una predicción acerca del futuro de su adicción, ésta fue la misma para 10 de esas 13 (80%): “benign[a] para la vida y la desintoxicación, pero no para la dependencia”. El tono generalizador del

---

<sup>21</sup> Expediente de Francisco Ley, marzo de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 24, Expediente 42. Expediente de Dan Man Wing, marzo de 1937, AHSSA, FHFTmCaja 24, Expediente 49. Expediente de Alfredo Camp.os Rubio, febrero de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 24, expediente 5.

<sup>22</sup> Expediente de Abraham Pelaez Cuenca, abril de 1938, AHSSA, FHFT, Caja 35, expediente 8. Expediente de Salvador Gutiérrez López, mayo de 1937. AHSSA, FHFT, Caja 26, Expedient 19,

<sup>23</sup> Expediente de Leonor Sánchez Gómez, marzo de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 9, Expediente 11.

tratamiento de nuevo ponderó la uniformidad sobre la especificidad que debía derivarse de la labor médica.

La prognosis además estableció los límites de éxito que podía tener el tratamiento de antemano, fundamentalmente éste no pudo ir más allá de la desintoxicación. Ese fue también el pequeño campo de acción en el que el Hospital y sus funcionarios operaron, sobre él tuvo control por lo que los resultados dependientes de ellos serían favorables. Sin embargo, el triunfo de la desintoxicación tenía más que ver con las condiciones de aislamiento, con las particularidades arquitectónicas del edificio y su ubicación, así como con las medidas de vigilancia.

En el expediente de Francisco López Portillo podemos ver una opinión explícita de los médicos del hospital: “Dado el carácter propio de estos individuos, su falta absoluta de educación y de cultura y su modo de pensar dentro del cual nada les importa y creen que el tóxico no les perjudica, en mi concepto creo por demás el trabajo y el esfuerzo que hacemos para librarlo del vicio.”<sup>24</sup> Podemos suponer que este era un juicio que no se restringió sólo a él, quien además era chino, sino que de hecho pudo incluir a todos los consumidores. Muchos elementos de este pequeño enunciado manifiestan el imaginario, los prejuicios, las premisas, desde las cuales el tratamiento fue concebido y aplicado. La primera causa de la adicción que se identificó fue el carácter del individuo, que a su vez estaba predispuesto por su falta de educación o de cultura, por condiciones sociológicas que estuvieron fuera de su control pero que tampoco tenía posibilidades de remediar.

Cierto es que muchos de los consumidores no entendieron su hábito en términos irremediables, pasó incluso que no tuvieran su consumo como una toxicomanía. Algunos por ejemplo declararon haber “dejado el vicio” cuando abandonaban el consumo,<sup>25</sup> por voluntad propia o debida a condiciones externas (encarcelamiento o internamiento). Si valoraron tan laxamente las retiradas posiblemente también el uso constante de la droga. Esta perspectiva impactó decisivamente en el tratamiento, de suerte tal que cada vez que se desintoxicaron consideraban que abandonaban el “vicio”, que

---

<sup>24</sup> Expediente de Francisco López Portillo, enero de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 22, Expediente 3.

<sup>25</sup> Expediente de Guadalupe García Lezama, junio de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 27, Expediente 39.

cada treinta días dejaban de ser adictos, para otro cinco después volver a iniciarse en el vicio. Así el Hospital pudo convertirse en un albergue de la abstinencia.

Hubo también quienes usaron las drogas, pero no se consideraban a sí mismos viciosos, seguramente porque no percibían en ellos ningún signo de dependencia. Manuel Ramírez Córdoba fumaba marihuana, y cuando se le preguntó sobre sus hábitos de consumo respondió que “[...] no ha ayudado [sic] el vicio [...]”;<sup>26</sup> conocía la droga desde 1933 pero no la utilizaba cotidianamente, o más bien, se corregía. Aparentemente tantito no era tanto y por lo tanto no era un vicio. Es difícil discernir si esta condición se toleraba o si imperaba la creencia de que una vez que se tenía contacto con las drogas no había marcha atrás.

Las dudas de los alcances de la terapia acompañaron la rutina de los médicos, enfermeras y demás funcionarios del Hospital e incluso del Departamento de Salubridad. La desconfianza mutua derivó a su vez en una desconfianza del tratamiento, de los procedimientos y los resultados que lo volvieron paulatinamente limitado. Aunque la ley estableciera que una cura era lo que debía brindarse formalmente se declaraban sólo desintoxicaciones o el control de los síntomas de abstinencia.

Para 1937 las historias clínicas se volvieron cada vez más escasas. Ya afuera que los reincidentes ya tenían una, entonces no se añadía o modificaba información, o porque la diligencia por descubrir los motivos de la adicción en cada caso particular disminuyó. Ello actuó en detrimento de una de las responsabilidades que el personal del Hospital debió cumplir, a saber, volverlo no sólo un centro de tratamiento si no también una institución de investigación.

A esta consciencia de la magnitud limitada del tratamiento en el HFT contra la adicción pudo contribuir el aumento de presuntos adictos que en realidad pudieron ser traficantes ese año de 1937. Por ejemplo, fue entonces en el que más afectos al *cannabis* entraron a la institución por primera vez, la mayoría nunca más regresó. En muchas de las consignaciones los detenidos relataron historias incongruentes de adicción en las que se reveló

---

<sup>26</sup> Expediente de Manuel Ramírez Córdoba, marzo de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 24, Expediente 34.

el afán por huir de la prisión por todos los medios disponibles, tanto de aquellos usuarios de marihuana como de heroína. Antonio Pinzón fue detenido con trece cigarrillos de marihuana que declaró eran de uso personal. Más tarde, cuando fue examinado a su llegada se le encontraron sólo síntomas atenuados de intoxicación y una serie de síntomas que parecía más el recuento de la abstinencia de un heroinómano: mareos, vómitos, dolor del cuerpo y euforia.<sup>27</sup>

Los reclusos sabían que en el Hospital estaban sometidos a menos presiones que en las penitenciarías, sus compañeros eran de un solo tipo y la población del recinto era reducida. Se les alimentaba regularmente y si lo ameritaba se les proporcionaba algún tipo de medicamento. Las penas de la procuraduría eran de quince días en muchos de los casos, por lo que era mejor pasarlos entre algunas de las comodidades de Mixcoac que entre el bullicio y violencia de la cárcel. Así ocurrió con Manuel Vázquez Rueda, quien ingresó en enero de 1937; la justicia penal ordenó su liberación después de que cumpliera con quince días en reclusión.<sup>28</sup>

El modelo Erlenmeyer siguió aplicándose sin demasiadas reservas, cumplía su función y no había ninguna prisa o demanda por disminuir la reincidencia o arremeter contra cualquier otro síntoma de la ineffectividad de la cura. Reinó también en la administración del tratamiento una suerte de automatismo, de inercia. En 1936 Francisco López Portillo fue internado. Era uno de los casos excepcionales que consumían todavía opio y nada más. En el examen no presentó síntomas de abstinencia, o no pudieron identificarlos tan claramente como con los alcaloides. Después, como parte de su tratamiento y como al resto, se le suministró morfina. No era el tratamiento recomendado, pues el remedio resultaba a todas luces contraproducente, dado que la morfina resulta más adictiva que el opio. En 1939 Francisco volvió a ingresar, esta vez por heroína, no volvió a dársele de alta, ese año murió en el Hospital. La duración del tratamiento también fue variable en esos años. En 1935 fue de 30 días aproximadamente. En 1936 aumentó a casi 50 para disminuir en 1937 a 31 días; y nuevamente en 1938 a 27 días mientras que en 1939 bajó a 26. Finalmente, en 1940 se colocó 13

---

<sup>27</sup> Expediente de Antonio Pinzón Duera, enero de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 11, Expediente 20.

<sup>28</sup> Expediente de Manuel Vázquez Rueda, enero de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 22, Expediente 22

días. El tratamiento de marihuana se adaptó a estas condiciones como veremos en los cuadros siguientes (Ver cuadro 11).

### **Tratamiento para la adicción a la marihuana**

<b>AMA057<sup>29</sup></b>	<b>FC062</b>	<b>IMV070</b>
<b>1936</b>	<b>1937</b>	<b>1938</b>
urotropina o cilatropina	Salutropina	Cilatropina
Tónica	Salutropina	Cilatropina
urotropina o cilatropina	Salutropina	Cilatropina
	Calcio	Tónica
urotropina o cilatropina	Tónica	Calcio
	Calcio	Tónica
urotropina o cilatropina	Tónica	Calcio
	Calcio	Tónica
urotropina o cilatropina	Tónica	Calcio
	Calcio	Tónica
urotropina o cilatropina	Tónica	Calcio
	Calcio	Tónica
urotropina o cilatropina	Tónica	Calcio
	Calcio	Tónica
		Calcio

**Cuadro Núm. 11. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT.**

Ahora mostramos el tratamiento a la heroína. Cuando ponemos Amp. nos referimos a ampolletas que pudieron ser de 0.02 ctg. O 0.033 ctg. Cuando ponemos sólo el número y los ctg., 5 ctg., nos referimos a dosis de morfina. El aceite es aceite alcanforado (ver cuadro 12).

<sup>29</sup> El paciente a que estas siglas y las de los cuadros subsecuentes sobre tratamiento hacen referencia podrán encontrarse en el apéndice uno, las letras son las iniciales del toxicómano y el número indica el lugar que ocupa en la relación de los expedientes consultados.

## Tratamiento para combatir la heroína.

<b>Días</b>	<b>PLI031</b>	<b>JMC007</b>	<b>PAM154</b>	<b>FAC108</b>	<b>AC188</b>	<b>BGS202</b>
1	1935	1935	1937	1938	1939	1940
2	.5 ctg. /aceite	.5 ctg	2 amp. /aceite y esparteína	1 amp. /esparteína	1 amp.	2 amp.
3	1.0/aceite	.5 ctg.	2 amp. /aceite y esparteína	2 amp. /esparteína	3 amp.	3 amp.
4	.5/aceite	1 ctg. (dos dosis)	1.5 amp. /aceite y esparteína	1.5 amp. /esparteína	3 amp.	4 amp.
5	.5/aceite	1 ctg. (dos dosis)	.5 amp. /aceite y esparteína		2 amp.	3 amp.
6	Calcio	.5 ctg.	esparteína y aceite	Calcio	2 amp.	2 amp.
7	Tónica	.5 ctg.	esparteína y aceite	Tónica	1 amp.	2 amp.
8	Calcio	.5 ctg.		Calcio	1 amp.	1 amp.
9	Tónica	.5 ctg.	Tónica	Tónica		1 amp.
10	Calcio	.5 ctg.	Curación	Calcio		
11	Tónica	.5 ctg.	Tónica	Tónica		
12	Calcio	.5 ctg.	Curación	Calcio		
13		.5 ctg.	Tónica	Tónica		
14	Dalisuina gaseosa	.5 ctg. e insulina	Curación	Calcio		
15	dalisuina gaseosa	.5 ctg.	Tónica	Tónica		
16	dalisuina gaseosa	.5 ctg.	Curación	Calcio		
17	dalisuina gaseosa	.5 ctg.	Tónica	Tónica		
18		.5 ctg.	Curación	Calcio		
19		.5 ctg.	Tónica	Tónica		
20	Calcio	.5 ctg.	Curación	Calcio		
21	Tónica	.5 ctg.	Tónica	Tónica		
22	Calcio	.5 ctg.	Curación	Calcio		
23	Tónica	.5 ctg.	Tónica			
24	Calcio	.5 ctg.	Curación			

25		.5 ctg.	Tónica			
26		.5 ctg.	Curación			
27	Bismuto	.5 ctg.	Tónica			
28	Calcio					
29	Tónica					
30	Calcio					
31	Tónica					
32	Calcio					
33	Tónica					
34	Calcio					
35	Tónica					
36	Calcio					
37	Tónica					

**Cuadro Núm. 12. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT.**

También en el año de 1937 se comenzó a internar a los alcohólicos. A los dipsómanos que eran enviados se les daba el tratamiento LPB. No he podido resolver a qué hacían referencia estas siglas, pero sí podemos explorar en qué consistía el tratamiento (Ver cuadro 13). Las sustancias casi siempre eran las mismas, pero se administraban de distinta forma según el paciente o bien se registraban de distinta manera cada vez. Dichas sustancias eran la salutropina o la urotropina, el suero anti etílico, extracto hepático y emetina, junto con calcio y tónica. La salutropina o la urotropina se administraban en la mayoría de los casos, posiblemente para estimular el sistema nervioso.<sup>30</sup> El suero era únicamente eso, un líquido para re-hidratar. El extracto hepático era extracto de hígado que pudo funcionar para ayudar a tratar la insuficiencia hepática. La emetina hizo las veces de vomitivo. El calcio y la tónica eran usados indistintamente en cualquiera de las adicciones como medicamentos reparadores o estimulantes, casi siempre se administraban una vez que terminaba la terapia de retiro hasta el alta.

<sup>30</sup>Miembros de la Real Academia Nacional de Medicina, “Dos casos de sueño letárgico”, *Anales de la real Academia Nacional de Medicina*, España, Imprenta y encuadernación de Julio Cosano, Tomo XLV, Cuaderno 1°, 31 de marzo de 1925, p. 193-209, p. 208

De la muestra hay nueve registros que desglosan el tratamiento para los alcohólicos, a continuación, se incluyen tres casos ocurridos el mismo año y uno de 1940. Todos son distintos. Podemos suponer que en el caso de la dipsomanía se tendió más a la individuación del tratamiento, posiblemente por lo reducido del número de casos presentados (puede verse el cuadro Núm. 9 del capítulo III en el que se clasifican los casos según la sustancia de la toxicomanía). Se trató de un procedimiento farmacológico que buscó acabar con los efectos de la intoxicación y los malestares inmediatos del consumo de alcohol. La duración como observamos fue variable, así como la administración de medicamentos. No hay un tratamiento igual, la variación se presenta en un elemento fundamental del proyecto de rehabilitación de los toxicómanos. Aunque el tratamiento se concentró en los síntomas físicos inmediatos, una vez subsanados no existieron acciones ulteriores. Se trató de tratar los síntomas con un fármaco. En tanto no todos presentaban los mismos entonces no se les podía dar tampoco el mismo conjunto de medicamentos. Pero después de que estos se controlaban tan sólo quedaba la tónica y el calcio. Nada más.

### **Tabla de Tratamiento contra la dipsomanía**

<b>Día</b>	<b>HATI 18</b>	<b>HRJI 19</b>	<b>JCSI 20</b>	<b>EVG 174</b>	<b>JTL 190</b>
<b>Año</b>	<b>1937</b>	<b>1937</b>	<b>1937</b>	<b>1938</b>	<b>1940</b>
1	Salutropina		Extracto hepático	Salutropina	Sedante
2	Extracto hepático	Salutropina	Extracto hepático	Calcio	Sedante
3	Salutropina	Salutropina	Extracto hepático	Tónica	Cl. de Calcio
4	Extracto hepático	Salutropina	Extracto hepático	Calcio	Emetina
5	Salutropina	Salutropina	Extracto hepático	Tónica	Calcio
6	No legible	Salutropina		Calcio	Extracto hepático
7		Tónica	Extracto hepático	Tónica	Emetina
8	Salutropina	Calcio		Calcio	Extracto hepático
9		Tónica	Calcio/Salutropina	Tónica	Tónica
10	Salutropina	Calcio	Tónica	Calcio	Cl. de Calcio
11	Salutropina	Tónica	Calcio/Salutropina	Tónica	Tónica/ Extracto hepático
12	Salutropina	Calcio	Tónica	Calcio	
13	Salutropina	Tónica	Extracto hepático	Tónica	Emetina/ Extracto hepático

14	Salutropina	Calcio	Tónica		Cl. de Calcio/ Extracto hepático
15	Salutropina	Tónica			Emetina
16		Calcio			Cl. de Calcio
17	Salutropina	Tónica			Tónica
18	Calcio	Calcio			Cl. de Calcio
19	Tónica	Tónica			Tónica
20	Calcio	Calcio			Cl. de Calcio
21	Salutropina	Tónica			Tónica
22	Extracto hepático	Calcio			Cl. de Calcio
23	Calcio	Tónica			Tónica
24	SAE				Cl. de Calcio
25	Tónica				Tónica
26					Cl. de Calcio
27	Calcio				Cl. de Calcio
28					Cl. de Calcio

**Cuadro Núm. 13. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT.**

Una vez vista la manera en la que se diagnosticaba la adicción, se aplicaba el tratamiento y lo que se esperaba de éste podemos suponer que las expectativas de los resultados generales de la labor en el HFT no eran optimistas. La tasa de reincidencia todavía era considerable, el promedio para los que ingresaron en 1935 fue de 3.03 ingresos,<sup>31</sup> para los de 1936 fue de 3.06 internamientos, en el año de 1937 el porcentaje bajó a 1.3, misma cantidad que se mantuvo para aquellos que entraron por primera vez al nosocomio en 1938 a 1.31%. Estas dos últimas cifras más que reflejar el nivel de éxito de la terapia de rehabilitación se ven afectadas por el aumento de afluencia de pequeños narcotraficantes que utilizaron el hospital como vía de escape de la prisión, pues a su vez coinciden con un aumento considerable de la población, sobre todo para el año de 1937. En 1939 la reincidencia volvió a aumentar a un promedio de 3 para en 1940 disminuir nuevamente (las cifras de estos dos años las analizaremos adelante).

Al HFT se intentó restringir el acceso sólo a los toxicómanos. Pero en tanto el proceso de internamiento no dependió únicamente de los oficiales de sanidad, a través de la policía sanitaria,<sup>32</sup> las remisiones continuaron de

<sup>31</sup> El conteo se obtiene de la suma de la muestra por año de todos los ingresos de los toxicómanos durante la totalidad de años que acudieron al HFT, aunque las estancias se produjeron en años posteriores al arco temporal de este estudio.

<sup>32</sup> En 1934 la Sociedad de las Naciones urgió a sus miembros para que formaran cuerpos policíacos dedicados en exclusiva para el descubrimiento y la detención de traficantes de drogas

acuerdo al ritmo dictado también por el poder judicial. El Departamento podía resistir rechazando a quienes no cubrieran el perfil del adicto, su oposición, sin embargo, pudo ser momentánea, además de verse bombardeada no sólo por las autoridades judiciales sino también por los infractores que habían aprendido a explotar las vías legales que los llevaban del Hospital en lugar de a la prisión.

Esta situación permitió que entre 1936 y 1937 los detenidos no presentaran síntomas y pisaran el hospital sólo una vez. En ese periodo aumentó el número de detenciones, pero disminuyó el número de reincidencias respecto a los años anteriores. Esto podría ser un indicador de que menos adictos fueron internados, al mismo tiempo que más traficantes afirmaron ser toxicómanos. Observaremos en la siguiente tabla (cuadro 14) que se incrementaron los casos donde hubo ausencia de síntomas. En la primera parte de la tabla vemos el porcentaje y número en relación con el total de ingresos de ese año de los remitidos por el poder judicial, cuántos de ellos fueron hombres y cuántas mujeres. Después observamos cuántos de ellos sí presentaron síntomas de intoxicación y cuántos de ellos eran reincidentes, así como el porcentaje de reincidentes remitidos por el poder judicial con respecto al total de reincidentes de ese año.

---

estupefacientes. Desde 1928 operó la policía sanitaria de manera informal y con un reglamento en el DF. Para 1935 contó con un presupuesto de \$2,400.00, de acuerdo con el Presupuesto de Egresos en vigor, hasta el 17 de junio de 1935. AHSSA, FSP, SSJ, Caja 45, Expediente 10

## Relación de Remitidos por el poder judicial 1935-1940.

Año	Porcentaje de los casos de ese año		Total de Procesos Judiciales	Hombres	Mujeres	Individuos que sí presentaron síntomas		Reincidencia	Porcentaje de reincidentes respecto al total de ese año
	Total								
1935	24	33.3%	8	5	3	6	1	4%	
1936	35	40%	14	12	2	13	6	17.14%	
1937	70	45.7%	32	27	5	18	8	11.42%	
1938	29	55.17%	16	10	6	5	1	3.4%	
1939	8	0%	0	0	0	0	0	0	
1940	7	14.2%	1	1	0	1	1	14.2%	

Cuadro Núm. 14 Elaboración propia con base en los expedientes del FHFT del AHSSA 1935 1940

El adicto, aunque en un proceso judicial, era prioritariamente un toxicómano y esta condición debía resolverse antes de aplicarle una condena. Como ya se ha mencionado, muchas veces el tiempo en prisión fue conmutado por el tiempo de internamiento lo que a su vez produjo muchas farsas. En todo caso se revela que a un cierto nivel tanto los cuerpos policiales judiciales como sanitarios buscaron la detención del toxicómano más que del traficante, ya fuera para llegar a él ya fuera porque esa era la labor encomendada, en el caso de la policía sanitaria, por el Departamento de Salubridad y confirmada por el personal del HFT cuyos directores fueron Feliciano Palomino Dena entre 1936 y 1937, y Fernando Rosales desde ese año y hasta 1940. En última instancia lo que estos hechos confirmaron, en las ocasiones al menos documentadas y arriba cuantificadas es que sí, el adicto podía ser un criminal. Pero el plan de acción de las autoridades a cargo de la prohibición no contemplaba el internamiento de otro tipo de adicto, que no se dedicara a actos ilícitos, particularmente se enfocó en estos que eran de más fácil alcance.

Junto con las remisiones de los cuerpos policiacos estuvieron las voluntarias. En los primeros años en los que el HFT estuvo en Mixcoac, algunos médicos decidieron enviar ahí a sus pacientes. Era otra institución a ojos de muchos respecto a aquella de Tolsá. Los Dres. Alfonso J. Aspe y Manuel de la Torre, de un consultorio particular, escribieron al HFT pidiendo curación para Guillermo Tagle Moreno. La confusión entre una institución y otra pudo abonar al aumento de referidos por galenos con prácticas privadas. La remisión se hacía en 1936, pero no consta en el expediente su entrada al HFT.<sup>33</sup>

La familia de Carmen Rodríguez, o A. Médiz Bolis, solicitó la presencia del Dr. Juan José Quezada, quien además era médico auxiliar del HFT. Asistió seguramente porque era conocido de la familia. Encontró huellas de morfinomanía por lo que pidió un agente de la policía sanitaria para que recogiera a la enferma. En el Hospital se pidió su alta a los siete días posteriores a su ingreso, el 25 de agosto de 1937, pero permaneció hasta el dos de septiembre. Casi dos semanas después, el 14 de septiembre, volvió a ser presentada por sus familiares. Un caso similar es el de Aurelio Bonurat Morales quien fue ingresado por sus familiares; también Honorato Álvarez Tejeda y Francisco Kujoc Jordan fueron remitidos por su hermano y su esposa respectivamente.<sup>34</sup>

Las estancias de estas personas solían ser breves. Esto ocurrió en muchos de los casos en los que el asilado lo era en calidad de voluntario. La estancia de aquellos que decidieron entrar sin coerción pudo durar sólo cuatro días. De los cuatro casos en los que los familiares intervinieron para el internamiento (2% de la muestra) la duración no fue mayor a dieciséis días y sólo dos, Aurelio Bonurat y Carmen Rodríguez, regresaron más de una vez. El HFT pudo ser percibido por los familiares como un lugar en el que efectivamente podía curarse la adicción, de ahí que se confiara en él y se enviaran ahí a los seres queridos. Una vez dentro la realidad horadaba rápidamente la imaginación. Los enfermos llevados por sus parientes pudieron denunciar las exiguas condiciones del establecimiento que a su vez

---

<sup>33</sup> Expediente de Guillermo Tagle Moreno, febrero de 1938, AHSSA, FHFT, Caja 11, Expediente 28.

<sup>34</sup> Expediente de Álvarez Tejeda, noviembre de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 31, Expediente 28. Francisco Kujoc Jordan, agosto de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 29, Expediente 23. Expediente de Aurelio Bunurat Morales, septiembre de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 30, Expediente 14.

contrarrestaban la cura. Pudieron cumplir el tiempo recomendado de alrededor de dos semanas y no volver. Si bien hemos insistido en la presencia predominante de un sector de la población, de una clase social, en el Hospital, no significa que no hubiera algunas excepciones.

Además de esto en 1937 en la Ciudad de México se pusieron en marcha campañas para integrar a los grupos de población marginados, en el proyecto nacional. La labor de tales campañas, consistió sustancialmente en recoger de las calles, eliminar de la vista pública los elementos discordantes: los desempleados y además viciosos eran trasladados a un lugar donde eran atendidos. La Campaña contra la mendicidad estuvo en marcha, a cargo de la Secretaria de Asistencia que fue creada por decreto ese año. Si alguno de los indigentes que era detenido, o retirado de las calles, era toxicómano, entonces era enviado al HFT. Leonor Sánchez, cuya historia ya hemos referido, fue remitida por esta vía.<sup>35</sup>

### **3. Contra el internamiento**

#### **3.1 Los recursos legales**

Así como el HFT fue utilizado por los internos para evitar la prisión, muchos más pusieron en marcha otros recursos para evitar el internamiento. Rafael Urdanivia Bello había entrado y salido del HFT desde 1933. En octubre 13 de 1936 se presentó en un estado crítico. Su ingreso contiene anotaciones diversas a las típicamente expresadas por la papelería burocrática. Como fue habitual entre los que llegaban presentó síntomas de intoxicación por estupefacientes, pero además manifestó alteraciones de sus facultades mentales, “propias de un síndrome confusional [sic].”<sup>36</sup>Claramente el estado en el que aparecía ante las puertas del hospital rebasaba la apariencia común de quienes entraban por ellas. Es muy probable que sufriera una sobredosis no fatal, aunque es difícil determinar si el consumo de marihuana por sí solo puede llevar a trastornos de esa magnitud. No podemos elucidar con facilidad qué se entiende por confusional, aunque probablemente fuera una mezcla de ficción y realidad que tomó por sorpresa a médicos y enfermeras.

---

<sup>35</sup>Expediente de Leonor Sánchez Gómez, marzo de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 9, Expediente 11.

<sup>36</sup> Expediente de Rafael Urdanivia Bello, septiembre de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 2, Expediente 19.

Para el 24 de octubre de 1936 el paciente fue diagnosticado con excitación psicomotriz, ideas delirantes y “deluciones [sic] megalómanas”, según el médico auxiliar del HFT Dr. Núñez Chávez y transferido al Manicomio General. Para confirmarlo se le realizó un examen al líquido cefalorraquídeo. Esta prueba se realizaba para diagnosticar enfermedades neurológicas, que redundaban en trastornos psiquiátricos, dichas enfermedades podían ser causadas por la sífilis y la meningitis.<sup>37</sup> La prueba a la que hace referencia el médico Núñez Chávez tenía como objetivo la localización nerviosa de lúes o sífilis. Sin embargo, la prueba que realizó fue la de Poandy, que sirve para descubrir meningitis. La prueba parecía confirmar el diagnóstico y su causa.

En septiembre de 1937, casi un año después de su traslado al Manicomio Urdanivia demandó juicio de amparo, contra las autoridades sanitarias, por lo que consideraba una reclusión injustificada. Es el único caso de los vistos en el que uno de los internos se reveló a través de recursos legales sobre su internamiento. Podemos suponer que una de las razones es que dejó de tener control sobre su proceso, a diferencia de los otros internos que, si bien no deciden entrar, utilizaron el sistema para su conveniencia y fueron conscientes de su temporalidad. Urdanivia se lamentó de su traslado sin previo aviso a él o a sus familiares. Aceptó que estuvo privado de sus facultades por un mes, pero que en esos momentos su salud era perfecta. Por ello solicitaba se suspendiera el dictamen que lo mantenía encerrado y demandaba su libertad.

El juzgado del D.F. solicitó que el director del hospital explicara la situación del interno. Feliciano Palomina Dena, entonces director, repitió el informe de Núñez respecto al “estado confusional” y el análisis del líquido cefalorraquídeo. Concluyó que el dictamen era correcto y desaconsejó la libertad pedida por el interno “ya que con ella no se causa perjuicio a la sociedad al Estado [sic] ni a un tercero, sino al contrario la internación del quejoso es benéfica para el mismo y para la propia sociedad y Estado y además por no estar el quejoso a disposición del suscrito.”<sup>38</sup> En un

---

<sup>37</sup> M. Bernardo Arroyo, M. Roca Bennasar y A. MorerLián, “Pruebas complementarias y diagnósticos en psiquiatría”, *Tratado de Psiquiatría*, pp. 157-171, p. 163, Revisado en [http://www.psiquiatria.com/tratado/cap\\_7.pdf](http://www.psiquiatria.com/tratado/cap_7.pdf); Enero 20, 2016.

<sup>38</sup> Expediente de Rafael Urdanivia Bello, septiembre de 1937, AHSSA, FHFT, Caja 2, Expediente 19.

comunicado posterior agregó que no correspondía al quejoso valorar su situación médica. En realidad, de acuerdo con el Proyecto de Reglamento del HFT, redactado para su traslado a La Castañeda este proceso era posible. Finalmente, el juez resolvió, el 4 de octubre de 1937, no conceder el amparo a Rafael. Los motivos fueron que se debía a una decisión clínica correctamente motivada.<sup>39</sup>

### **3.2 Las posibilidades de fuga en La Castañeda.**

Los traficantes aprovecharon la dificultad para discernir la intoxicación o la adicción a la marihuana para declararse ellos mismo adictos. La estancia en el Hospital no siempre sustituyó a aquella en la prisión. Quince días era el tiempo estándar, tras los cuales eran trasladados. Sin embargo, no siempre ocurría así. José Lira Gómez tenía una condena de formal prisión por lo que después de su alta el 11 de noviembre de 1936 se le conduciría a la penitenciaría. El acto no fue realizado y las autoridades judiciales se percataron de la ausencia de José o del incumplimiento de este mandato en agosto de 1937. La autoridad judicial preguntó a la sanitaria quién había estado a cargo del traslado, quien resultaría responsable de corrupción y complicidad. Las indagaciones condujeron al agente Rosauro Ugalde. Éste aparentemente se encontraba en un servicio fuera del Distrito Federal, por lo que no pudo responder a los cuestionamientos del poder judicial. La conclusión del caso no se encuentra en el expediente por lo que podemos simplemente añadir que no hubo ulteriores acciones.<sup>40</sup> Un caso similar fue el de José Wong, quien fue remitido desde la procuraduría al Hospital, pero nunca apareció en este último y, al parecer, no se informó de su fuga.<sup>41</sup>

Además de éstas, otras cuatro fugas se registraron en la muestra tomada, la de Juan Aguayo en 1935, otra ese mismo año de Isidro López, la de Juan Montero en 1936 y por último la de Daniel Ramírez en 1940. Las primeras huidas aprovecharon la debilidad de las barreras con el exterior. Existió una reja en el patio que daba a la huerta del manicomio a través de la cual se facilitaba escalar la barda sin que nadie se percatara. Aparentemente en el primer año de traslado del hospital a Mixcoac fue

---

<sup>39</sup>*Idem.*

<sup>40</sup> Expediente de José Lira Gómez, noviembre de 1936, AHSSA-FHFT-C21-EXP18

<sup>41</sup> Expediente de José Wong, junio de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 18, Expediente 9.

constantemente usada por los internos. Además de esto los vigilantes no estaban bien distribuidos en el recinto, ni eran suficientes (sólo había cuatro) para atender a los asilados, quienes aprovecharon la menor distracción para evadir el control sobre ellos y abandonar el lugar.<sup>42</sup> También los asilados pudieron tener contacto con el exterior a través del teléfono. Ante este escenario Feliciano Palomino Dena solicitó las mejoras que garantizaran el funcionamiento del Hospital de acuerdo con sus objetivos, para atender a personas que no sólo eran adictas sino también traficantes. Aparentemente las peticiones del Dr. Palomino Dena fueron escuchadas porque, a excepción de la de 1936 sólo se encontró otra fuga hasta 1940.

### **3.3 El contrabando en el Hospital**

Las argucias para intentar introducir droga al manicomio fueron variadas. Cada vez, no obstante, dependió menos del personal de vigilancia, de la complicidad con los celadores, como sí ocurrió en Tolsá. Samuel Luna Bringas intentó en 1936 esconder heroína en sus testículos, en un acto de ingenuidad e ignorancia sobre los procedimientos de registro para entrar al Hospital. Entonces el cateo a los internos y sus pertenencias resultaba más exhaustivo en La Castañeda.<sup>43</sup> Otro caso fue el de Marcelino Cabrera Badillo, quien en una de sus visitas intentó introducir heroína. Marcelino también había sido internado en el HFT. Como ocurría en Tolsá se creaban vínculos y pactos entre los confinados para más tarde, cuando alguno estuviera libre, proveerse de drogas. Las drogas eran proveídas seguramente a través de sistemas ideados durante la reclusión que después eran constituidos como *modus operandi* entre los internos. Mientras que el episodio del testículo fue un acto casi inocente de un sujeto desprevenido, el otro pudo ser uno planeado que salió mal, uno una excepción y el otro la regla.

Las visitas continuaron como el medio predilecto para dar sustancias subrepticamente. La madre de uno de los asilados, René Pichard, se presentó con una caja llena de inyecciones presuntamente recetadas por el médico del Hospital. Los vigilantes permitieron que se introdujera en un recinto del ingreso y que tuviera contacto con el asilado sin mayores

---

<sup>42</sup> Expediente de Juan Aguayo González, diciembre de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 4, Expediente 2.

<sup>43</sup> Expediente de Samuel Luna Bringas, enero de 1936, AHSSA, FHFT, Caja 11, Expediente 27,

obstáculos. El vigilante sólo se molestó cuando la madre y el asilado comenzaron a hablar en inglés y aquél lo insultó en esa lengua, aparentemente.<sup>44</sup> Sobre las inyecciones no hubo mayores indagaciones, el único problema era el insulto. El Hospital debía contar con los medicamentos necesarios. Hasta esta fecha, 1936, no aparece ningún registro que sugiera que algún medicamento debía ser proporcionado por los internos o sus familiares, y sí muchos ejemplos de que lo que se quería era mantenerlos aislados tanto como fuera posible de cualquier contacto con el exterior. Algo parecido ocurrió con Carmen Rodríguez, a quien su hermana le entregó una caja con un papel de heroína. Ambas fueron sorprendidas por los vigilantes. No hubo mayores repercusiones, Carmen solicitó su alta anticipada.<sup>45</sup>

#### **4.- La crítica del tratamiento 1938-1940**

##### **4.1 La historia clínica “C”**

El tratamiento se administró en Tolsá como en la Castañeda la mayoría de las veces de la siguiente forma: de 3 a 5 días de morfina para combatir la intensa abstinencia y el resto del tiempo cuidados paliativos hasta la salida, que no ocurría después de un mes. Se puso énfasis en la terapia farmacológica y se dejaban de lado todos los demás aspectos que debían considerarse para contrarrestar el consumo de drogas, se atendió al cuerpo, pero no los espacios en los que interactuaba.

Para 1938 los ingresos comenzaron a restringirse, se prestó especial atención a los signos de intoxicación en el momento del primer diagnóstico, posiblemente para hacer de este el criterio de admisión; así se consignó en las notas de los médicos: “Al examen médico que se le practicó se le encontraron síntomas de intoxicación por heroína, quedando por lo tanto sujeto al tratamiento respectivo.”<sup>46</sup> Junto con la restricción se experimentó, a partir de ese año, con un cambio en las historias clínicas y con el seguimiento de algunos internos tras el periodo de retiro.

---

<sup>44</sup> Expediente de Juan Aguayo González, diciembre de 1935, AHSSA, FHFT, Caja 4, Expediente 2.

<sup>45</sup> Expediente de Carmen Rodríguez, marzo de 1938, AHSSA, FHFT, Caja 16, Expediente 15.

<sup>46</sup> Expediente de Alfonso Sarabia Plata, abril 1938, AHSSA, FHFT, Caja 18, Expediente 3.

En el nuevo formato de historia clínica se introdujeron algunas variables a indagar sobre el problema de la adicción. Fue mucho más extensa y detallada; se buscó conocer, entre otras cosas, por qué la adicción se daba en el sujeto mediante preguntas explícitas dirigidas a ellos más que sobre rubros generales en los que se consignaban muchas veces supuestos. En la muestra sólo se encontraron tres de estos cuestionarios. Sin embargo, es lícito afirmar que, aunque el factor cuantitativo no es tan amplio, el cambio da cuenta del viraje cualitativo que se pretendió dentro de las instituciones sanitarias que se ocuparon de los toxicómanos. La modificación en los mecanismos de investigación de la adicción coincidió con la aplicación de un método alternativo de tratamiento que exploraremos en seguida.

Esperanza López Núñez fue examinada con el nuevo formato de escrutinio, la historia clínica “C”. Ella fue consumidora de múltiples drogas: heroína, morfina, cocaína y eucodal. Confesó que las usaba porque se las ofrecían amigos en la vía pública, pero no sólo eso, accedía a las invitaciones porque sentía curiosidad primero, y después por el deseo de sensaciones agradables. También la tomó para librarse de los malestares o la resaca producida por el alcohol.<sup>47</sup> En las primeras ocasiones tuvo vómitos o náuseas, como ocurría a la mayoría, que poco tiempo después cesaron. Para comprarla necesitó de un estipendio regular, el cual obtenía como vendedora de dulces o como prostituta; prefirió esta ocupación a la de dulcera porque sus recursos aumentaban. Pero no era fácil. Tenía que trabajar entre 10 y 12 horas para tener dinero suficiente, todas durante la noche. Cuando no tenía dinero lo obtenía del Hospital de la penitenciaría, en el que aparecer prestaba sus servicios esporádicamente.

Contrario a lo que solía pensarse no había perdido ninguno de sus trabajos a causa de su adicción, tampoco delinquiró para poder costearlo, según lo dicho por la propia Esperanza. No se le iba tampoco todo su tiempo libre en drogarse, le gustaba ir al cine, además arreglaba la ropa que utilizaba en su trabajo. Había dejado de drogarse, a veces voluntariamente, otras veces por sus encarcelamientos en la penitenciaría, en donde se le procesó por delitos contra la salud.

---

<sup>47</sup> Expediente de Esperanza López Núñez, febrero de 1939, AHSSA, FHFT, Caja 15, Expediente 2.

A Bertha González Sánchez se le realizaron las mismas preguntas que a Esperanza. Además de las condiciones sociales se apuntaron los pormenores de la dependencia física, por ejemplo, sobre la dosis mínima y la dosis máxima diaria, así como la cantidad de droga necesaria para no sentir malestares físicos. En la historia permanecieron preguntas para conocer los antecedentes económicos y socioeconómicos del paciente. También si se habían usado métodos de desintoxicación junto con los motivos de su utilización, si existieron, para abandonar el vicio.<sup>48</sup>

Como podemos observar este nuevo cuestionario le otorgó un contexto más explícito al sujeto, al toxicómano y a su adicción. Si bien no se contradijo el estereotipo de su adquisición, es decir, se cumplía en este perfil la descripción de la historia de la toxicomanía expuesta en los historiales que se tomaron a partir de 1935, también es cierto que se agregaron detalles sobre la forma en la que cada adicto cumplía este patrón. Hubo pues un intento mucho más certero de particularización de la adicción. Sobre todo, se indagó sobre las condiciones sociales que la hicieron posible, así como en las circunstancias por las que persistía.

Este cuestionario contuvo otras preguntas relativas al ingreso económico de los internos, pues a partir de él se dedujo si el adicto emprendía actividades delictivas o no. Santiago Avilés fue otro de los pacientes a los que se le sometió al nuevo cuestionario. Aunque las preguntas aumentaron las respuestas no siempre fueron registradas detalladamente. Ese fue el caso de Santiago, quien respondió que ganaba entre 500 y 600 pesos, de los cuales 90 iban para su madre y el resto para él. Su sueldo no parecía alcanzar para su suministro, pues como veremos, la heroína, droga a la que era adicto Santiago, había triplicado su precio. Sin embargo, cuando se le preguntó declaró que no había cometido actos criminales para hacerse de sus dosis.

La intención de la pregunta pudo ser precisamente confirmar o negar si la adicción había llevado a quienes la padecían a delinquir. Descubrirlo a través de la confesión de los propios pacientes significó darles un voto de confianza que hasta entonces no habían tenido. El salto no sólo se dio en

---

<sup>48</sup> Expediente de Bertha González Sánchez, mayo 24 de 1940, AHSSA, FHFT, Caja 38, Expediente 14.

este aspecto, también se cuestionó a los toxicómanos sus propias impresiones acerca de las causas de la adicción. Santiago opinaba que la droga estaba a la mano y eso facilitaba el consumo; para él el aumento de la cantidad de adictos se debía a la morbosidad que tenían las personas por sentir algo maravilloso.<sup>49</sup>

Todo lo anterior puede servir como evidencia de la apertura que atravesó el Hospital Federal de Toxicómanos, en donde se replanteó tanto su papel como la figura del adicto. Se verificó un esfuerzo por entenderlo más allá de los propios prejuicios, para hacerlo desde el epicentro de la adicción, desde el propio toxicómano. Ello implicó una cierta reivindicación de la palabra y la versión del consumidor. Otro cambio que podríamos tener como elemento de la nueva tendencia a la individualización se encontró en la retórica burocrática de los formatos administrativos del HFT. En las remisiones se agregó cuál era la sustancia, específicamente a la que la persona examinada era adicta, si era morfina, heroína, cocaína, marihuana y alcohol.<sup>50</sup>

En esos años 1939-1940 disminuyeron los internamientos por marihuana, ya fuera por las ideas que el responsable de la campaña contra las toxicomanías, Leopoldo Salazar Viniegra, tuvo al respecto de su uso, lo que aumentó la atención sobre los opiáceos; posiblemente porque los funcionarios del Departamento de Salubridad se habían percatado de la argucia de los traficantes para escapar de la prisión a través de la excusa de la marihuana. En general se percibe una renovada preocupación de los funcionarios responsables del HFT por comprender el fenómeno de la adicción, lo que a su vez redundó en modificaciones en el tratamiento, institucional y médico, que se le dio al toxicómano.

Junto con los interrogatorios renovados aparecieron pruebas para evaluar las facultades físicas de los pacientes. Alfonso Sarabia Plata fue sometido a un examen psicológico o de sus facultades mentales a los veinticinco días del retiro, o como lo llamaban los médicos de la época, deshabitamiento, se midieron sus funciones intelectuales, en particular aquellas empleadas para discernir el sentido del tiempo y del espacio. Lo

---

<sup>49</sup> Expediente de Francisco Bouada Mendoza, mayo de 1940, AHSSA, FHFT, Caja 38, Expediente 30.

<sup>50</sup> Expediente de Esperanza López Núñez, febrero de 1939, AHSSA, FHFT, Caja 15, Expediente 2. La fórmula quedaba así "Al examen médico que se le practicó se le encontraron signos de intoxicación por heroína, quedando por lo tanto sujeta a tratamiento."

mismo ocurrió con sus habilidades psicomotrices, se le hizo caminar en una línea graduada del 0 al 30, en ella se marcaba hasta dónde podían llegar, pudo hacerlo hasta el 30.<sup>51</sup> El objetivo de las pruebas, suponemos, era obtener evidencia de algunos de los estudios que entonces emprendió el Dr. Leopoldo Salazar Viniegra, en los que pretendía demostrar que algunas drogas como la marihuana eran en realidad inocuas. Tales estudios causaron especial efervescencia el año siguiente, 1939. Alfonso Sarabia no era adicto a la marihuana, sino a la heroína, por lo que su estudio también pudo deberse a una investigación sobre su aflicción. Las facultades de investigación del Hospital finalmente se pusieron en práctica.

#### **4.2 El internamiento prolongado**

Desde 1938 Salazar Viniegra se desempeñó como jefe de la Campaña contra el alcoholismo y otras toxicomanías; con anterioridad formó parte de la plantilla de médicos de La Castañeda, lo que influyó en la introducción de nuevos protocolos para el tratamiento, con el fin de volverlo efectivo. El director del Hospital siguió siendo Fernando Rosales, pero la influencia de Salazar en su nuevo cargo y con sus antecedentes profesionales ayudaron a introducir algunos cambios.

En 1938 se implementó un nuevo mecanismo de tratamiento, para observar con más detalle el progreso del paciente y profundizar en su tratamiento,

El señor Juan Isabel Tenorio, se interna con esa fecha en ese establecimiento, para someterse a tratamiento curativo, debiendo permanecer un mínimo de seis meses, de lo cual ha sido prevenido expresamente y otorgó su consentimiento. Cumplido ese plazo usted se servirá dictaminar si ya puede considerársele curado para salir dado de alta o deberá prolongar su internamiento.<sup>52</sup>

Todas las remisiones encontradas durante el estudio de la muestra fueron firmadas personalmente por Leopoldo Salazar Viniegra. Iniciaron en julio de 1938 y se llevaron a cabo por alrededor de seis meses. Doce de los 203 casos,

---

<sup>51</sup> *Idem.*

<sup>52</sup> Expediente de Juan López Tenorio, octubre de 1938, AHSSA, FHFT, Caja 1, Expediente 26. Joaquín Fanjul Saucedo, septiembre de 1938, AHSSA, FHFT, Caja 10, Expediente 8. Expediente Wenceslao Atilano Nava, septiembre de 1938, AHSSA, FHFT, Caja 12, Expediente 20.

es decir el 5.8% se sometió a este nuevo tipo de tratamiento; de ellos diez eran reincidentes y 2 nuevos ingresos. Por lo tanto, el tratamiento fue planeado para atender a la población que reiteradamente fue internada. Posiblemente este constituyó el primer intento que hasta entonces se había emprendido en la institución para asegurar la cura, pues se previó un tiempo de observación más allá del periodo de desintoxicación.

Lamentablemente no se cuentan con los detalles sobre el desarrollo de los pacientes en el tiempo que estuvieron internados, más allá de los datos de entrada, salida y medicación. Por ende, no podemos conocer qué cuidados, terapias, atenciones extra, etc. se les brindaron en el tiempo que permanecieron. Casi nadie concluyó el semestre estipulado. Como veremos en la gráfica siguiente (Núm. 12) la tendencia era permanecer menos de tres meses. No importaron las advertencias dadas previamente, el interno pudo excusarse de su compromiso, o bien los médicos del Hospital consideraron que el periodo de rehabilitación había llegado a su fin. Wenceslao Atilano Nava escribió la siguiente nota: “a fin de recibir el tratamiento correspondiente a la cura de la desintoxicación [sic] y desacostumbramiento [sic] de la heroína. Estoy de acuerdo en permanecer durante seis meses por lo menos en dicho Hospital.”<sup>53</sup> Duró sólo dos meses.

### Estancia promedio del tratamiento prolongado.

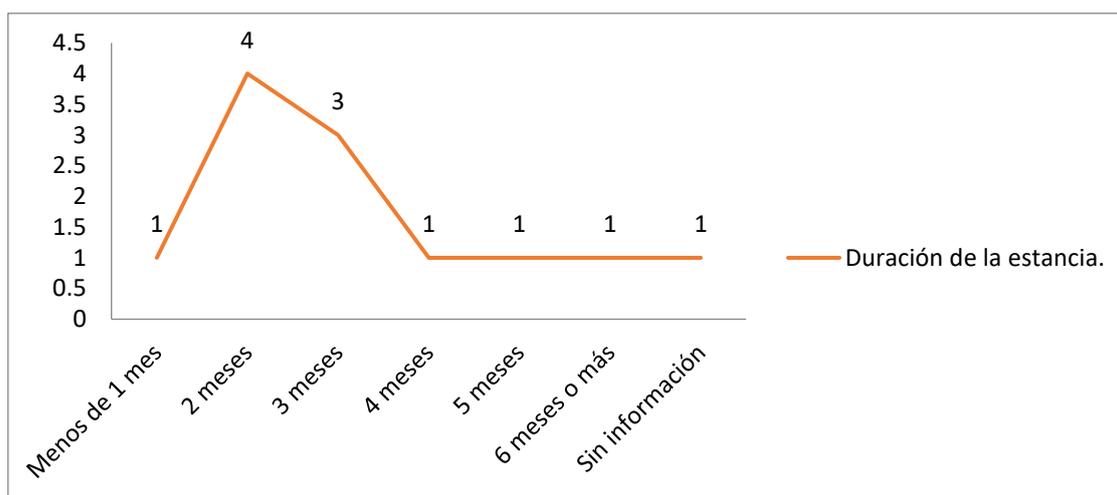


Gráfico Núm. 12. Elaboración propia con base en los expedientes de AHSSA-FHFT

<sup>53</sup> Expediente Wenceslao Atilano Nava, septiembre de 1938, AHSSA, FHFT, Caja 12, Expediente 20.

Veamos ahora el caso de Alfonso Sarabia, a quien ya mencionamos. Si en el expediente de este paciente los registros de alta e ingresos se encuentran en orden podemos asegurar que hasta ahora, fue el único en completar el tratamiento sugerido por seis meses, incluso más, estuvo 202 días internado aproximadamente. Pero, tan sólo para re-ingresar un mes después. Tuvo otros dos ingresos, uno el dos de agosto de 1939 y otro el 4 de enero de 1940. Posiblemente los dos inmediatamente posteriores a su larga estancia fueron un acto voluntario del adicto que buscó resguardarse del riesgo de la recaída o de la precariedad de la indigencia. El último es la prueba que, a pesar del cumplimiento del tratamiento a largo plazo, ese no fue suficiente.<sup>54</sup>

El modo de proceder de Salazar Viniegra muestra la inquietud que tenía por mejorar el método de tratamiento, para que éste se mostrara eficaz en el cumplimiento de un objetivo que hasta entonces no se había alcanzado, a saber, la cura de la toxicomanía. Consciente también de las limitaciones de la institución que se dedicaba primordialmente a la desintoxicación sistemática buscó ampliar sus alcances, para ir más allá de la limpieza momentánea de la droga. Su replanteamiento respecto a los procedimientos terapéuticos significó un doble desafío; por un lado, intentó romper con el estereotipo de los pacientes asiduos o no del hospital de “viciosos” incorregibles. A su vez empujó a los consumidores a asumir una percepción distinta sobre sí mismos, en la que no se replicaran los prejuicios y clichés de los adictos. Se trató de redefinir en los hechos al Hospital y al toxicómano, para que uno y otro dejaran de ser refugio de paso y vicioso, respectivamente, para así concebirse como nosocomio y enfermo en los hechos.

Los ensayos de rehabilitación tuvieron resultados variables, a veces contradictorios con las tesis que la sostenía, otras veces inadecuados para el contexto en el que se pusieron en práctica. El tratamiento prolongado no dio los resultados esperados y fue suspendido después de marzo de 1939.<sup>55</sup> Como observamos casi ninguno cumplió con el compromiso de seis meses, además de que hubo reincidencias después de las largas estancias. Al menos podemos suponer que en el primer semestre al frente de la Campaña contra

---

<sup>54</sup> Expediente de Alfonso Sarabia Plata, noviembre 1938, AHSSA, FHFT, Caja 18, Expediente 3.

<sup>55</sup> Expediente de Juan Montero Acevedo AHSSA, FHFT, Caja 12, Expediente 22. Es el último que se registra de la muestra tomada.

el alcoholismo y otras toxicomanías (que comprende una gran parte del año de 1938) el tratamiento prolongado fue un experimento fallido. La extensión del tratamiento no constituía en sí misma una innovación sobre las premisas de la terapia de desintoxicación. Podemos suponer que más bien se trataba de seguir lo más al pie de la letra posible las recomendaciones del sistema de cura Erlenmeyer, de retiro rápido, el cual recomendaba al menos seis meses de observación.

No parece que la fase experimental terminara allí. En Julio de 1939 se presentó a las oficinas del Departamento de Salubridad Alejandro Balp Martínez, el médico responsable Norberto Treviño Zapata lo remitió al hospital, informó que el enviado “se someterá a un tratamiento especial para su desintoxicación”,<sup>56</sup> sin especificar cuál. En ese año aumentaron también los internamientos voluntarios, de individuos que había estado por largos periodos ausentes de la lista de ingresados, quienes además tenían largo tiempo de ser adictos. El cuadro Núm. 16 muestra las reincidencias totales en comparación con las reincidencias en el primer año de estancia de esos adictos con el hospital y, esto, a su vez en confrontación con las reincidencias en el periodo que fue de 1939 a 1940. En la última columna se anota el cálculo del porcentaje de las reincidencias de ese par de años en relación con las reincidencias totales.

En ese mismo cuadro (Núm. 16) muestra que las personas que más reincidencias tuvieron aumentaron su porcentaje de ingreso en los años 1939 y 1940. A la par de este aumento en la presencia de reincidentes encontramos que el tiempo de estancia en el hospital disminuyó hasta llegar a los quince días de internamiento aproximadamente. Podemos suponer que el aumento de la afluencia se debió a un cambio en la estrategia que pudo no ser consignado oficialmente en los documentos del HFT, pero sí conocida por los internos. Las autoridades sanitarias, particularmente las de la Campaña contra las toxicomanías, pudieron percatarse de que el tratamiento prolongado no daba resultados y tampoco el retiro rápido que duraba alrededor de veinte días. Por ello pudieron aceptar brindar la dosis necesaria para un pequeño “mantenimiento”, después del cual se otorgaba

---

<sup>56</sup> Expediente de Alejandro Balp Martínez, septiembre de 1939, AHSSA, FHFT, Caja 15, Expediente 14.

el alta. También es posible que dicho mantenimiento no se practicara, sino que el método del retiro rápido enfocado en el periodo de desintoxicación se haya exacerbado al punto de olvidar cualquier cuidado posterior a los días de administración de morfina.

En las hojas de tratamiento con las que se cuenta de ese año constatamos la reducción del tiempo de estancia y los cuidados posteriores. Se redujo al suministro de morfina y calcio (Ver cuadro Núm. 17), con un sostenido aumento en la cantidad de morfina suministrada. Cada ampollita podía contener alrededor de 0.02 g. o hasta de 0.033 g.<sup>57</sup> Antes de 1939 se les daba 0.02 en total al día y de ahí disminuía. Para 1939 la dosis pudo crecer hasta un 200%, sobre todo si se daban entre dos y tres ampollitas de 0.02. Si, en cambio, se daban ampollitas de 0.033 g. entonces la dosis continuó como en los años anteriores.

### **Tabla de porcentaje de reincidencias entre 1939-1940**

<b>Nombre del interno</b>	<b>Reincidencias Totales del adicto</b>	<b>Reincidencias en su primer año</b>	<b>Reincidencias 1939-1940</b>	<b>Porcentaje de reincidencias entre 1939 y 1940</b>
Aurelio Martínez Guerrero	2	2	2	100%
Abraham Peláez Cuenca	3	1	2	66.67%
Arturo González Castillo	5	1	3	60%
Francisco Chacón Juárez	4	1	2	50%
José Calzada de León	4	1	3	75%
José Chiu Eng	4	1	2	50%
Alejandro Balp Jiménez	5	1	2	40%
Alfonso Sarabia Plata	9	1	3	33.33%
Diego Betancourt Guzmán o José Martí	11	1	5	45.45%
Carmen Rodríguez o Carmen Bolio	9	2	4	44.44%
Esperanza López Núñez	10	1	3	30.00%
José Chi	7	1	5	71.43%
Joaquín Fanjul Saucedo	12	1	4	33.33%

<sup>57</sup> Drug Kit Emergency 1930-1950, Medical Museum, <http://www.bcmamedicalmuseum.org/object/993.1003.1>, [consultado enero de 1916]; Gilac, fórum de Autosupport des Usagers de Drogues, <http://www.asud.org/forum2012/asud.org/forum/viewtopicfff5-2.html?id=2693&p=4>; [consultado enero de 1916].

Olga Fernández Narváez	9	1	5	55.56%
José Rojas Neyra o Mario Ayala Fernández	5	1	2	40%
Rodolfo Riestra Ramírez	10	1	6	60%
Agustín Ponce de León García	6	0	2	33.33%
Samuel Martínez Santana	3	0	2	66.67%
José Mejía Coria	21	1	13	61.90%
José García Salomón	10	0	5	50%
Juan Aguayo González	13	0	4	30.77%
Enrique Pérez Hernández	8	0	4	50%
Manuel Bermejo Ramírez	14	3	8	57.14%
Juan Montero Acevedo	17	0	7	41.18%

**Cuadro Núm. 16** Elaboración propia con base en los expedientes del FHFT del AHSSA 1935-1940

### Hoja de Tratamiento contra la toxicomanía 1939-1940

<b>Nombre</b>	<b>JL200</b>	<b>BGS202</b>	<b>AC188</b>	<b>JCL121</b>	<b>FCJ110</b>
<b>Días de internamiento</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>28</b>
<b>Año</b>	<b>1940</b>	<b>1940</b>	<b>1939</b>	<b>1940</b>	<b>1940</b>
1		2 amp.	1 amp.	3 amp.	
2	3 amp.	3 amp.	3 amp.	3 amp.	
3	2 amp.	4 amp.	3 amp.	2 amp.	
4	2 amp.	3 amp.	2 amp.	2 amp.	
5	1 amp.	2 amp.	2 amp.	2 amp.	2 amp.
6	1 amp.	2 amp.	1 amp.	1 amp.	3 amp.
7	calcio	1 amp.	1 amp.	1 amp.	3 amp.
8	Fin de tratamiento	1 amp.	Fin de tratamiento	Calcio.	2 amp.
9		Fin de tratamiento		Fin de tratamiento	2 amp.
10					1 amp.
11					1 amp.
12					1 amp.
13					Calcio
14					Cafeína
15-28					Fin de tratamiento

**Cuadro Núm. 17** Elaboración propia con base en los expedientes del FHFT del AHSSA 1935-1940

### 4.3 El sistema de tratamiento inglés en México

Las condiciones en el Hospital, en las que prevaleció el contrabando y en el que ingresaron traficantes que se hicieron pasar por enfermos dificultó la completa recuperación de los toxicómanos. A pesar de que, por ejemplo, con el internamiento prolongado arriba explicado se mantuvieron desintoxicados por periodos más largos a los acostumbrados el contexto que facilitaba su adicción continuó como parte constitutiva de su existencia. Las observaciones que el Dr. Salazar Viniegra había llevado a cabo dentro del HFT, así como en el Manicomio de La Castañeda pudieron contribuir a sus conclusiones sobre la real acción de las drogas en el individuo y la mejor forma para combatir las.

Para el Jefe de la campaña contra el alcoholismo y otras toxicomanías la *cannabis* no representaba el riesgo que todos pregonaron, incluido y sobre todo su homólogo estadounidense Harry Anslinger,<sup>58</sup> en comparación con el problema del alcohol que resultaba para él más apremiante para el país;<sup>59</sup> además de que la marihuana no tenía propiedades adictivas como los opiáceos. El Dr. Salazar Viniegra encaminó sus esfuerzos a, primero, demostrar o convencer sobre lo inofensivo de las sustancias derivadas del *cannabis* y, segundo, ensayar otras alternativas para atender a los afectos a los opiáceos que no fuera únicamente el retiro.

Ambas labores condujeron a polémicas y le granjearon descalificaciones. La primera de sus tareas fue la de empujar una concepción distinta sobre las propiedades de las sustancias en el marco prohibicionista de entonces; mientras que la segunda era una adaptación del tratamiento a los adictos sin que significara una negación de la pertinencia del sistema prohibicionista. Ambos hechos ocurrieron de manera simultánea por lo que en conjunto pudieran parecer como crítica tajante contra el prohibicionismo, incluso desde el propio Salazar. Debemos entonces preguntarnos lo siguiente ¿Qué tan anti-prohibicionistas eran estas medidas? ¿En qué términos se da la crítica de Salazar Viniegra al prohibicionismo?

---

<sup>58</sup> Harry Anslinger and Courtney Ryley Cooper, "Marijuana assassin of youth", *The American Magazine*, consultado en: <http://www.redhousebooks.com/galleries/assassin.htm>, 9 de noviembre de 2016.

<sup>59</sup> Froylán Enciso, *Nuestra historia narcótica...*, op. cit., 2015, p. 78.

El enfoque prohibicionista hacia las drogas enervantes, es decir, los opiáceos, persistió, al menos de manera oficial. En una entrevista para *El nacional revolucionario*, Salazar Viniegra expuso su propuesta, la que según él se encaminaría a golpear el negocio de los traficantes; las drogas no iban a ser distribuida exclusivamente por el Estado, si no que éste facultaría a establecimientos para ese fin, al frente de los cuales habría un médico.<sup>60</sup> Este médico reconoció que legalmente el toxicómano era tenido como un enfermo, pero que en la práctica este supuesto era contradicho por los procedimientos de los funcionarios a cargo, quienes tendían a criminalizarlo y tratarlo como delincuente. Señaló además que la tutela del médico no se extendía una vez dada el alta, por lo que el toxicómano quedaba a expensas del traficante. La reforma en los procedimientos evitaría las interacciones entre las autoridades y los toxicómanos caracterizadas por el acoso y la corrupción.

Los opiáceos se administrarían en un dispensario a un costo justo. La distribución, a cargo de un médico, sería fiscalizada a través del control de las transacciones y sus registros por la autoridad sanitaria. En la entrevista, el Dr. Salazar parece estar de acuerdo con la postura que afirma que nada puede hacerse con el adicto que recae una y otra vez. Pero en lugar de encarcelarlos propuso su observación y curación mediante la consulta externa. Este modelo estaba en consonancia con el de Hospital Abierto, ideado por los médicos de La Castañeda, de quienes el entonces titular de la Campaña contra el alcoholismo y otras toxicomanías formó parte. En él los pacientes recibirían atención sin ocupar camas dentro del Hospital, probablemente se intentó desahogar recursos, también permitir al escaso personal concentrarse en los casos que efectivamente requerían internamiento.<sup>61</sup>

Con lo anterior como premisa un cambio se registró en el modelo para aplicar la prohibición. A pesar de que Salazar pareció abogar por los establecimientos particulares, se acentuó el papel del Estado en los canales de distribución y consumo de drogas. Éste no sería más únicamente un centinela si no también el dueño de la fortaleza. Como recordaremos Álvaro

---

<sup>60</sup> *Ibid*, p. 80

<sup>61</sup> Cristina Sacristán, “Una valoración del fracaso de La Castañeda...”, *op.cit.*, p.107

Obregón ya había planteado e implantado al gobierno como exclusivo comprador y distribuidor de narcóticos; sin embargo, el establecimiento de este monopolio fue rápidamente dejado de lado por su sucesor. La propuesta de Leopoldo Salazar Viniegra retomó el ímpetu monopolizador que ya había presentado el Estado mexicano, aunque negó el carácter de monopolio en virtud de la inconstitucionalidad de esta figura. El Estado distribuyó las drogas a “un precio que hiciera imposible la competencia por parte del traficante.”<sup>62</sup> Para tal fin el Departamento de Salubridad estableció un dispensario en el que administró dosis a los adictos que se presentaran, las cuales se darían con cierta regularidad a fin de paulatinamente llevar al completo retiro.

Presentada de esta manera podría parecer una medida en efecto anti-prohibicionista. Pero debemos situarla en el contexto institucional que le dio origen y matizar esta interpretación. La postura de Salazar Viniegra, a detalle, resulta ambigua, y es comprensible que su originalidad sea percibida como una osadía contra el sistema de control de enervantes que hasta entonces había imperado en el país. Luis Astorga en su libro *El siglo de las drogas* y Ricardo Pérez Montfort en su reciente trabajo *Tolerancia y Prohibición*, junto con Froylán Enciso en *Nuestra Historia Narcótica*, atribuyen a las propuestas del titular de la Campaña contra las toxicomanías el carácter de una cruzada anti-criminalizadora del adicto e incluso sugieren que el proyecto apuntó a la legalización de las drogas.

Tanto Enciso como Pérez Montfort señalan que la propuesta de Salazar era un cambio radical al trato que se les daba a los consumidores, quienes en adelante serían considerados enfermos y no delincuentes.<sup>63</sup> El Estado mexicano, sus instrucciones legales y administrativas ya habían asumido a la adicción como una enfermedad antes que como un crimen. El Hospital Federal de Toxicómanos es prueba de ello. La crítica de Salazar encarnada en una nueva propuesta de tratamiento era una extensión de ese principio y no un hito independiente desvinculado del marco administrativo del que provenía. Se trató de reafirmar el modelo de prohibición detentado por el

---

<sup>62</sup> Leopoldo Salazar Viniegra al *El Nacional*, citado por Ricardo Pérez Montfort, *Tolerancia y Prohibición. Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México 1840-1940*, México, Debate, 2015, 381 pp., p. 285.

<sup>63</sup> *Idem.*

Estado Mexicano donde antes que nada era un asunto sanitario que penal. Para ello se intentó cerrar los huecos que permitieron a funcionarios y autoridades tratarlos como lo contrario, así como que el Hospital se utilizara más como un espacio de confinamiento que como un lugar de tratamiento, rehabilitación y cura.

En términos concretos era una innovación. En México no se había practicado hasta entonces el método de mantenimiento. Pero en un espectro más general, la propuesta de Salazar replicaba dos ejercicios, que ya se habían o se estaban llevando a cabo, uno de ellos incluso sucedió en Estados Unidos. El combate a la adicción a través de un tratamiento que no implicara el retiro de la droga fue común en los primeros años de la prohibición estadounidense, desde 1914 y hasta 1919 los médicos particulares pudieron recetar libremente narcóticos si se justificaba su prescripción como un acto médico de buena fe.<sup>64</sup> Así el suministro periódico se permitió cuando se hacía como parte una terapia. En la época no fue vista así, sino como una perpetración del vicio, por lo que se presentaron casos y denuncias ante la Suprema Corte estadounidense quien acotó el significado del acto de buena fe; decidió dejar fuera de esta categoría las recetas o inyecciones ambulatorias destinadas al mantenimiento. Después de ese año y hasta 1935 los consumidores fueron enviados a prisiones federales de la unión americana.

A este sistema podemos calificarlo como criminalizador, pues por casi veinte años los consumidores fueron confinados en prisiones donde eran tratados como otros criminales más. En México la figura del adicto no era la de un criminal, en su totalidad, sólo como comprador, al menos no desde 1926 y tampoco de manera explícita antes de esta fecha, cuando quedó establecido en el Código Sanitario que se crearían hospitales para su tratamiento. En ambos casos, sin embargo, se trató al adicto como una persona que tenía un padecimiento que debía atenderse y no como alguien a quien debiera castigársele por consumir.

El HFT en diversos momentos mostró las limitaciones y contradicciones entre la enunciación de la ley y su operatividad. Es decir, en un plano formal el toxicómano era un enfermo que necesitó de las atenciones necesarias para

---

<sup>64</sup> *Vid Supra*, Capítulo I.

ser curado y rehabilitado; pero en el escenario práctico fue percibido como un vicioso empedernido con pocas o nulas posibilidades de superar su hábito. Los médicos y el personal del Departamento de Salubridad se esforzaron por sostener una opinión distinta que la de las autoridades judiciales, que podían tenerlos como criminales o malvivientes. En las acciones cotidianas de remisión y confinamiento imperó la postura sanitaria, como ya hemos observado. No eran, para el Departamento de Salubridad, que constituía la autoridad máxima en el asunto, delincuentes.

Leopoldo Salazar Viniegra buscó poner en marcha un nuevo método para realizar efectivamente el proyecto de rehabilitación. Siguió para ello un modelo que se practicaba en Europa y se oponía a la criminalización estadounidense. En Inglaterra se permitió a los médicos particulares atender a los adictos y darles las dosis necesarias para que vivieran sin dolor, una vez controlados se ponía en marcha un plan de retiro paulatino sin necesidad de encierro. Los médicos particulares enviaban un reporte al gobierno en el que indicaban el procedimiento, así como sus avances junto con los pronósticos del tratamiento. El sistema inglés, como se le conoce, pervivió hasta los años sesenta.

El modelo, en el Reino Unido, permitió la atención del adicto en manos de los galenos y la persecución de los transgresores de la *Dangerous Drug Act* (homóloga de la *Harrison Narcotic Act* estadounidense) por un departamento público, una fuerza de narcóticos dependiente del Ministerio del Interior, un escuadrón especializado y autónomo del resto de los cuerpos policíacos.<sup>65</sup> El adicto no se convirtió en un criminal por su compulsión con los narcóticos, y el Estado evitó que incurriera en delitos que lo condujeran a esa condición (robar, prostituirse, traficar). Contó con un canal legítimo donde el precio del narcótico se mantuvo dentro de las posibilidades económicas de los usuarios, con lo que las tendencias a delinquir para adquirirlo se redujeron. Los jueces no los trataban como delincuentes, cuando resultaba necesario conmutaban la pena por el tratamiento.

El sistema inglés presentó, no obstante, algunos problemas, como que el adicto en realidad usara métodos tanto legales como ilegales para adquirir

---

<sup>65</sup> Alfred R. Lyndesmith, "The British system of Narcotics Control.", *Law and Contemporary Problems*, Durham, Duke University School of Law, Vol. 22, No. 1. Narcotics (Winter, 1957), pp. 138-154, p. 144.

el suministro necesario. Gozaba del mantenimiento, pero éste podía no satisfacerlo. Los médicos pudieron fijar una dosis de morfina superior que en realidad tuvieron un objetivo hedonista y no terapéutico, o proporcionar más recetas de las que debía a un paciente. Es probable que una cantidad superior de la población optara por el mantenimiento y no acudiera al médico por una cura, sino para contar con un suministro. Los principios del sistema inglés se sostuvieron en una base conceptual respecto al adicto y la adicción distinta a la de Estados Unidos, en la que el usuario habituado no se convertía en un paria. En cambio, era acogido por las instituciones sociales para que se mantuviera dentro de la comunidad sin que representara un peligro o un agente contagioso para el resto.<sup>66</sup>

Con un ejemplo internacional que no era fustigado por otras naciones Leopoldo Salazar Viniegra pudo ver una alternativa a la desintoxicación que se practicaba en el HFT desde 1933. El proyecto tuvo distintos recibimientos, pero no pudo ser ejecutado por su artífice. Éste había padecido enconzonazos con Harry J. Anslinger, el jefe del Buro de Narcóticos de Estados Unidos. Leopoldo Salazar Viniegra fue removido de su cargo en el primer semestre de 1939. Pero su proyecto se ejecutó, gracias a José Siurob, quien sustituyó a Leónides Andrew Almazán como Jefe del Departamento de Salubridad. El nuevo Jefe del Departamento de Salubridad opinaba que los adictos eran “parásitos sociales”, débiles mentales con problemas hereditarios que incrementaban las estadísticas del crimen.<sup>67</sup> No obstante, para erradicar el problema, no debía tratársele como tales, sino educárseles, perspectiva acorde con el ideal preventivo de la Higiene mental, entonces puesta en práctica por las instituciones sanitarias; de hecho a partir de 1939 la Campaña contra el alcoholismo y otras toxicomanías cambio de nombre para entonces presentarse como la Oficina de toxicomanías e higiene mental. Esto implicaría que la toxicomanía sería tratada en adelante formalmente como un padecimiento psiquiátrico. Se emprendió, en ese tenor, una labor educativa para evitar nuevos casos y asistir a los que recaían. Los esfuerzos del Departamento de Salubridad pudieron tener ciertas vanguardias en sus mecanismos, pero los prejuicios sobre la personalidad de los adictos y su

---

<sup>66</sup> *Idem.*

<sup>67</sup> Luis Astorga, *Drogas sin Frontera*, op. cit., p. 197

naturaleza degenerada permanecieron en las premisas de algunos de sus funcionarios, lo que a la larga convirtió al proceso de rehabilitación en un acto contradictorio.

El 17 de febrero de 1940 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el Reglamento Federal de Toxicomanías (Ver apéndice 3), que dio legalidad a la propuesta de Salazar Viniegra. En la justificación de la ley se cometen algunas imprecisiones para defenderla. En ella misma se habla de la persecución de los adictos como si fueran delincuentes, lo que es verdadero hasta un cierto punto.<sup>68</sup> Las funciones del Departamento de Salubridad eran ocuparse del adicto, pero para atraerlo uso la fuerza policial, la cual debía únicamente ocuparse de la denuncia y detención de los usuarios, como ya hemos observado. El acoso podría ser un tipo de criminalización, pero los consumidores sacaban ventaja de él, así como los traficantes. En el nivel de la formulación, ya fuera en las leyes, ya fuera en el planteamiento de los posibles mecanismos burocráticos para hacer validas dichas leyes, el adicto era un enfermo. En la práctica el acoso no lo volvía necesariamente criminal, pero lo dejaba en un lugar intermedio entre uno y otro.

El nuevo reglamento reconoció las carencias del tratamiento, así como la imposibilidad de establecer nuevos hospitales. Además, se anotó en este nuevo reglamento que el encarecimiento de drogas se debió a las condiciones dictadas por el Reglamento de 1931. La realidad es que el último estableció las condiciones para dar tratamiento a los adictos y no para perseguir a los traficantes. En todo caso la elevación de precios se explicaría por los decretos de los años veinte y los Códigos Sanitario y Penal de la misma década. Algunas interpretaciones de los artículos del nuevo reglamento de 1940 deben matizarse, pues se enunciaron en tanto éste fue un documento político, en el que se anticiparon los potenciales cuestionamientos hacia las innovaciones que implementaría.

El resto del Reglamento replicó en gran medida el método inglés, arriba explicado. Se autorizó como en Europa al médico particular para que recetara sustancias, pero no sólo narcóticos, se incluían todas las vedadas por el Código Sanitario, según el artículo 146.<sup>69</sup> Se estableció un formulario

---

<sup>68</sup> DOF, 17 de febrero de 1940.

<sup>69</sup> *Idem.*

especial de manera tal que, aunque en manos de particulares el procedimiento se estandarizaría de acuerdo a los parámetros del Departamento de Salubridad, como ocurrió con el tratamiento propuesto en el Reglamento de 1931. También se recomendó evitar que la terapia se prolongara más allá de treinta días, tales restricciones sobre el tiempo y las dosis estuvieron también contemplados por el modelo seguido en Inglaterra.

El nuevo Reglamento no canceló el Hospital de Toxicómanos, su existencia se ajustó a las nuevas condiciones de tratamiento. Cuando éste no fuera posible a través del dispensario, en los términos de las nuevas directrices entonces se efectuaría dentro HFT, con el método de retiro Erlenmeyer. De hecho, el Hospital continuó operando paralelamente a el dispensario público que se abrió para atender a los adictos que quisieran curarse bajo este método, en el que no eran apartados ni confinados. Este tal vez sea el aspecto más importante de la nueva reglamentación.

La recepción de los nuevos dispensarios y sus concurrentes por parte de la opinión pública fue variable, según nos explica Ricardo Pérez Montfort.<sup>70</sup> En *El Nacional*, se señaló que el nuevo método conllevaría un compromiso por parte del toxicómano y su familia para llevar a buen puerto la recuperación. Se apeló a la voluntad de los elementos más próximos al consumidor para que los efectos de la rehabilitación ocurrieran no aisladamente, sino en el contexto cotidiano de su existencia, para así habituarlo al retiro aún en las condiciones que comúnmente lo propiciaban.

El Dispensario que se abrió para asistir a los toxicómanos funcionó en las cercanías de la sede del Departamento de Salubridad, en la calle Sevilla de la colonia Juárez. Ahí se atendió de manera gratuita a quienes lo solicitaron, cuando no fue posible atenderlos se enviaron al Hospital Federal de Toxicómanos. Se clasificó a los que acudían al dispensario de acuerdo al nivel de su adicción en incipiente, innato e incurable.<sup>71</sup> Ricardo Pérez Montfort recoge uno de los testimonios de una de las personas atendidas en éste, “Algunos de nosotros estamos enfermos del corazón por los menjurjes con que se mezcla ‘para que rinda más’, y aquí, con un peso nos aguantamos todo el día. Dígalos usted: estamos agradecidos con salubridad; muy

---

<sup>70</sup> Ricardo Pérez Montfort, *Tolerancia y Prohibición. Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México 1840-1940*, op. cit., p. 286.

<sup>71</sup> *Ibid.*, p. 296-297.

agradecidos.” El precio de la droga parecía haberse triplicado con respecto a su precio de 1936, entonces un papel de entre 10 y 30 cg. Costaba \$4.50, para 1940 el precio alcanzó los \$9.60, de acuerdo con la información de la prensa de ese año.<sup>72</sup> No sólo los adictos libres sino también aquellos que purgaban una condena en la penitenciaría fueron asistidos con las dosis del Departamento de Salubridad.

Pero las ventajas para unos era vistos como perjuicios para otros. Los vecinos y los representantes de las buenas costumbres se escandalizaban de la presencia de adictos, a los que no dejaban de asociar con el crimen. Así ocurrió en la prensa, donde el periódico *El Universal* alertó de los “viciosos libres” como si se tratara de una mafia que se esparcía como la peste sobre la ciudad.<sup>73</sup> El dispensario y las nuevas leyes habían traído atención sobre un grupo poblacional, que se creía era encarcelado antes de que el Departamento de Salubridad tomara la decisión de rehabilitarlos a puertas abiertas.

A pesar de que durante siete años el adicto fue antes que nada un enfermo la sociedad no parecía estar al tanto de la maquinaria estatal que llevaba esta concepción a un sistema de procedimientos de atención al toxicómano. Los capitalinos no vieron el método de puertas abiertas como rehabilitación si no como mantenimiento. Igualmente ocurrió con las autoridades estadounidenses y su burócrata más activo, es decir Harry Anslinger. El gobierno estadounidense presionó al mexicano mediante el embargo de narcóticos para que cancelara el nuevo Reglamento de 1940. Ese mismo año México aceptó retirarlo.

Tanto Estados Unidos como en México los procedimientos del prohibicionismo que hasta entonces se habían ejecutado se encontraban en un momento de replanteamiento y crítica. Los estadounidenses inauguraron sus primeros centros de atención federal destinados a la cura de la adicción al mismo tiempo que ensancharon la lista de drogas prohibidas, pues la marihuana todavía estaba fuera del compendio, todo lo anterior entre 1935 y 1940.

---

<sup>72</sup> *Ibid.*, p. 298.

<sup>73</sup> *Ibid.*, p. 303-305.

La Campaña de Harry J. Anslinger contra la marihuana en Estados Unidos contrastó con los estudios publicados por Salazar Viniegra. Mientras este último refrendaba su carácter inofensivo,<sup>74</sup> el primero publicaba artículos *pseudo* científicos donde describía los estados de locura y perversión a los que llevaba el uso de la hierba. Contaba la historia de jóvenes que se rendían a su sexualidad o que cometían crímenes en un estado inconsciente pero violento, a causa de la marihuana. Las propuestas de Salazar Viniegra alimentaron el encono de Anslinger, quien se encargó de descalificarlas en las instituciones internacionales especializadas en las que se debatió la cuestión. La posición del médico respecto fue derrotada por la de Estados Unidos, teñida de un terror contra la hierba que aumentó la paranoia hacia los adictos, lo que a su vez los marginalizó aún más.

La idea del tratamiento monopolizado por el Estado también generó bastantes antipatías y suspicacias en la oficina de narcóticos estadounidenses. Aunque ésta ya se practicaba en Inglaterra era sólo bajo vigilancia y no auspiciada por el gobierno. Ese era el cambio radical mexicano. Una variación en el mecanismo que para nada exacerbaba el método inglés, más bien era coherente con una administración pública hiper-centralizada, así como con un gobierno (el cardenista) que se empeñó en incluir al Estado la mayoría de los ámbitos de la vida social mexicana, que también pugnó por la estatización de una gran gama de espacios y ámbitos de acción.<sup>75</sup> Aunque no sólo se autorizó al gobierno a emplear este recurso médico, también a los médicos particulares estuvieron facultados para emplear en los toxicómanos que con ellos acudieran la nueva terapia de retiro y rehabilitación, con los precios sugeridos por el gobierno. La ley nuevamente era federal, pero operó esencialmente en el Distrito Federal, porque en la urbe se concentraba el mayor número de adictos, calculados en 6,500, y porque aquí estaba dispuesta la infraestructura sanitaria adecuada para poner en marcha este proyecto.

---

<sup>74</sup> Ricardo Pérez Montfort, *Tolerancia y Prohibición. Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México 1840-1940*, op. cit., p .287. Harry J. Anslinger, "Organized Protection against Organized Predatory Crime: VI. Peddling of Narcotic Drugs.2, *Journal of Criminal Law and Criminology* (1931-1951), Evaliston, Northwestern University, Vol. 24, No. 3 (Sep.- Oct., 1933), pp. 636-655.

<sup>75</sup> Para mayores detalles sobre la relación del Buró de Narcóticos con la Campaña contra el alcoholismo y otras toxicomanías ver Luis Astorga, *Drogas sin fronteras*, *óp.cit.* En lo que concierne a las características del estatismo del gobierno cardenista ver Luis González y Gonzáles, *Los días del presidente Cárdenas*, *óp. cit.*

En México desde la década de los veinte, como describe a detalle en su libro Luis Astorga, la cooperación entre México y Estados Unidos para combatir el tráfico ilegal se iba consolidando como una prioridad para la administración norteamericana. Sin embargo, la unión de fuerzas no se dio en todos los conceptos ni en todas las operaciones. En términos generales hubo una concordancia de objetivos, las leyes de ambos países se sostenían sobre bases prohibicionistas. Los códigos coincidieron en la categorización y persecución del traficante, pero no en la del adicto. Y esta fue la diferencia más radical del Estado mexicano cuya cúspide es el modelo de Salazar Viniegra. Es precisamente en este aspecto donde es fehaciente la diferencia de la política prohibicionista estadounidense y la política prohibicionista mexicana. De ahí también la incompreensión sobre la propuesta de Salazar. En tanto el gobierno estadounidense se concentró únicamente en el problema de la oferta, el mexicano había definido casi desde los inicios de las leyes prohibicionistas el problema de la demanda así, por ende, las competencias que tendría en ella. La propuesta de Salazar apostaba por solucionar dos problemas con una sola acción, Pero sin abandonar la prohibición. Esta continuaría, pues el fin de los dispensarios era lograr la cura paulatina.

La intervención de Anslinger contrastó con la política de armonía y negociación que había sido enunciada por Roosevelt a través de Josephus Daniels, embajador de Estados Unidos en México, durante la década de los treinta. Ambos edificaron una relación bilateral sobre la base de la doctrina del *Good neighbor* [buen vecino], la cual se ejercía ya desde el periodo presidencial de Hoover, pero se consolidó con ellos.<sup>76</sup> Para un vecino, de acuerdo con el diplomático estadounidense, el respeto a los derechos de los demás vecinos era indispensable. Se permitió su autodeterminación, así como su soberanía territorial, siempre y cuando se hicieran dentro de la ley y bajo la lógica del respeto a los compromisos previamente establecidos.<sup>77</sup>

Esta política del buen vecino se vio matizada con el asunto de los narcóticos. Mientras que el problema petrolero era un conflicto entre el estado y un conglomerado de intereses privados; el nuevo tratamiento

---

<sup>76</sup> Fredrich E. Schuller, *Mexican Foreign Relationships in the age of Lazaro Cárdenas 1934-1940*, Albuquerque, University of New Mexico Press, 1998, 271 pp., p. 36

<sup>77</sup> Josephus Daniels, *Diplomacia en mangas de chaleco*, p. 294

formulado por el Departamento de Salubridad contradecía la posición de un Estado frente a otro Estado. Los narcóticos estaban controlados en Estados Unidos por el Departamento del Tesoro el cual adquirió durante la década de los treinta un papel más importante en las relaciones bilaterales, por el comercio de la plata, pero también por la misión por el cumplimiento de la prohibición. En este último tema se desvaneció la política del buen vecino y prevaleció el intervencionismo. Las burocracias en su nivel operativo contradijeron una el enfoque de política internacional.

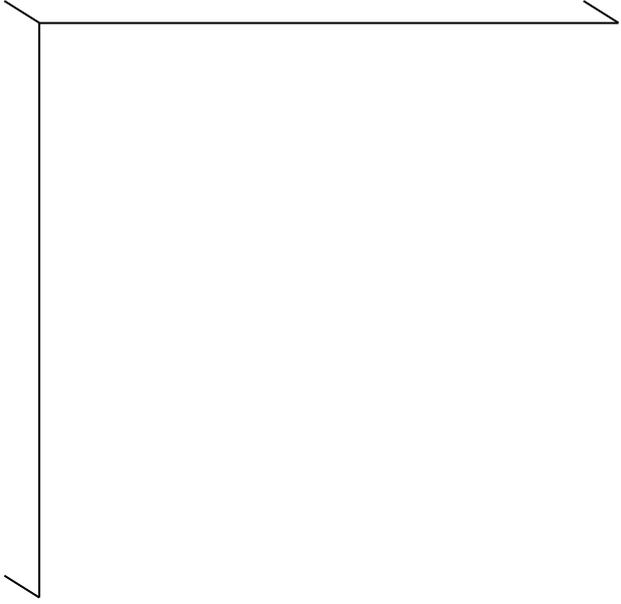
Con el fin del método inglés y el retiro de las personalidades curiosas sobre la adicción se regresó a la misma especie de inercia que imperaba ya en el Hospital Federal de Toxicómanos. El último esfuerzo por restablecer la imagen del adicto como enfermo y elemento posible de la sociedad se desvaneció ante ciertos prejuicios y no pocas realidades. El tráfico ilegal de sustancias cobraba fuerza. Ciertos acontecimientos favorecían la proliferación de las sustancias prohibidas. El *underground* se extendía. Así en una mutua determinación el adicto se adosaba el traje de malviviente imaginado, más o menos impuesto y consolidado por el proceso de convivencia entre él y las instituciones públicas.

Desde 1939, pero con mayor intensidad al año siguiente, aumentaron los ingresos por morfina al hospital, lo que no había ocurrido desde su fundación. La explicación la podemos encontrar en las nuevas concesiones de producción para las farmacéuticas dadas por sus países y a su vez sancionadas por organismos internacionales, como la Liga de las Naciones, en virtud del panorama de guerra en el horizonte. Su proximidad permitió elevar la producción de narcóticos que hasta entonces se había mantenido a tope, pues servía a una oferta regular. El potencial estado de emergencia de la guerra junto con sus heridos demandaba el aumento de la producción. Ésta pronto abasteció los botiquines de los médicos, los estuches de primeros auxilios y las esquinas clandestinas. Los toxicómanos tomaron lo que había, como decía Esperanza Núñez, lo que les ofrecían en las calles, los amigos, para sentir, como confesó Santiago, cosas maravillosas.

## **Conclusión.**

A pesar de las innovaciones pretendidas con el traslado del Hospital a la Castañeda, el tratamiento continuó mostrando bajos niveles de éxito en su objetivo primordial, a saber, la cura. Podemos enlistar los factores que contribuyeron a ese estado de cosas: 1) El ingreso al HFT de traficantes que no eran adictos, los que sacaban ventaja de los rudimentarios métodos de diagnósticos y a la larga comprometían el aislamiento de los que eran únicamente toxicómanos; 2) la disposición del personal médico respecto a los toxicómanos, en la que parecía prevalecer expectativas limitadas sobre los alcances del tratamiento y las posibilidades de que éste incidiera a largo plazo sobre el hábito de los internos; 3) el hospital oscilaba entre un lugar de tratamiento y un lugar de confinamiento, que pudo por eso mismo identificarse como lugar de castigo y no de cura o rehabilitación; 4) los consumidores podían no creer en su adicción, no tomar en serio su dependencia, incluso llegaron a considerarla en los mismos términos que los médicos o las instituciones públicas, es decir, como un vicio, es decir, una inclinación personal a comportamientos moralmente reprobables.

No obstante, el Departamento de Salubridad, como organismo encargado de hacer cumplir la prohibición y ocuparse de los adictos trató durante toda la década de los treinta reacomodar el modelo de rehabilitación y tratamiento para que rindiera los resultados esperados. El modelo de prohibición en la que la atención al adicto era fundamental para lograrla no se abandonó. Los estudios y estrategias propuestas por Leopoldo Salazar Viniegra o sus antecesores, como Juan Peón del Valle para la marihuana, fueron ejemplo de la persecución de este objetivo. En todo caso se entendió como un mecanismo que debía mantenerse en función de las expectativa y necesidades locales del problema. Precisamente por ello Salazar Viniegra planteó la crítica más radical al modelo prohibicionista con el que Estados Unidos concordó, pues no consideró que fuera competencia del Departamento del Tesoro, a través de su buro de narcóticos, determinar qué tipo de tratamiento debía seguirse. Este ápice constituyó a su vez el punto de partida para una posterior intervención activa de Estados Unidos en las políticas públicas locales respecto al control de drogas enervantes.



---

**CONCLUSIÓN**

---

El Estado mexicano se esforzó por no criminalizar al adicto, por entender su condición no como una transgresión deliberada sino como una enfermedad debida a una serie de condiciones naturales y sociales. Dicha concepción permitió diferencias a los toxicómanos del resto de la sociedad. Representaban un mal social, debida a su condición de degeneración, ya fuera que se presentara por causas biológicas en virtud de la herencia, ya fuera que se desencadenara por un contexto social de pobreza, inmoralidad y cercanía con el crimen. Ambos factores resultaban determinantes, cambiarlos era la misión si se querían individuos renovados y productivos, lo que para muchos resultaba poco probable, tal como se muestra en algunos de los testimonios recogidos en esta tesis.

El Departamento de Salubridad y el Hospital Federal de Toxicómanos estuvieron siempre, en tanto instituciones encargadas de cumplir con un cuerpo de leyes y brindar una serie de servicios, acorde con éstas categorías, debatiéndose entre la postura sanitaria y la penal. El conflicto se suscitó por la contradicción entre el plano ideal frente al plano práctico; mientras que en el primero la toxicomanía era una enfermedad susceptible de curación en el plano práctico el toxicómano era muchas otras cosas además de un adicto, lo que a la larga impidió su recuperación: era pobre, iletrado y asiduo a un mundo degenerado.

El primer lustro de la década de los veinte fue de ensayos legislativos en los que la práctica fue mínima, o no tan extendida en lo que concernía a los adictos. Desde 1926 y hasta y 1931, una serie de innovaciones legislativas que convivieron con otros tantos vacíos del derecho dieron al adicto una posición ambigua. Si bien ya había sido definido por el Código Sanitario como un enfermo, dominó en los hechos su tratamiento como un vicioso, es decir, con alguien cuyas prácticas inmorales pudieron ser corregida (o castigadas) a través de mecanismos penales, cuya rehabilitación o curación no era susceptible de ocurrir. No bastó entonces con la enunciación conceptual, la perspectiva definitiva sobre la adicción sucedió una vez que un mecanismo de hechos le dio sentido. Esto ocurrió hasta 1933 y continuó hasta 1948 a través del Departamento de Salubridad y del HFT en específico, año en que fue cerrado.

Fue a través de la maquinaria médica puesta en marcha para atender uno de los hemisferios de la prohibición que se dotó de contenido al adicto, al menos desde el Estado. A su vez el consumidor se apropió de las categorías del poder y las utilizó para contrarrestar sus efectos. El Hospital entonces pasó también a ser un lugar de negociación sobre la pena y el castigo de manera subrepticia pero eficiente. Mucho más eficiente que el tratamiento curativo que precisamente por los acuerdos implícitos resultó insuficiente. Porque la negociación se dio a partir de prejuicios que suponían la adicción como una condición sin remedio, asumidas tanto por la Institución y sus funcionarios como por los enfermos, para quienes la caracterización predominante del problema del consumo fue la de vicio. Fue la postura que predominó en el espacio hospitalario. Si en Tolsá las condiciones materiales y humanas impidieron la correcta administración de la terapia, en La Castañeda los proyectos y programas adicionales al tratamiento farmacológico nunca vieron la luz, o al menos no de forma sistemática. El cambio de sede no redundó en un cambio de planteamiento, por lo que los resultados continuaron siendo igualmente deficientes.

Los prejuicios y resignaciones se reprodujeron en la inercia burocrática lo que neutralizó el aspecto médico o técnico del Hospital, de tal suerte que este funcionaba más como una ventanilla donde se dispensaban ingresos y altas en primer lugar, y sólo en segunda instancia un tratamiento, pues junto con las consideraciones *a priori* sobre los adictos hubo limitaciones de recursos humanos y materiales para ejecutarlo debidamente. Los esfuerzos por alcanzar una tasa de éxito más elevada, de confirmar al adicto como enfermo y no como una malviviente, vagabundo o ignorante estuvieron presentes, pero no siempre prevalecieron. El momento cúspide probablemente ocurrió con la llegada del Dr. Leopoldo Salazar Viniegra que rompió con la rutina de firmas y fórmulas, puso en marcha tratamientos alternativos y experimentó terapias. Otros funcionarios como Feliciano Palomino Dena (director del Hospital de 1933 a 1934) y el médico auxiliar Juan Peón del Valle, ya habían sugerido mejoras para garantizar la cura. Con Salazar se extendieron los límites de la prohibición dentro de las leyes nacionales sin haber contradicho sus principios fundamentales, pero sí puso

en duda las acciones cotidianas de la prohibición. No negó su legitimidad sino los medios para llevarla a cabo.

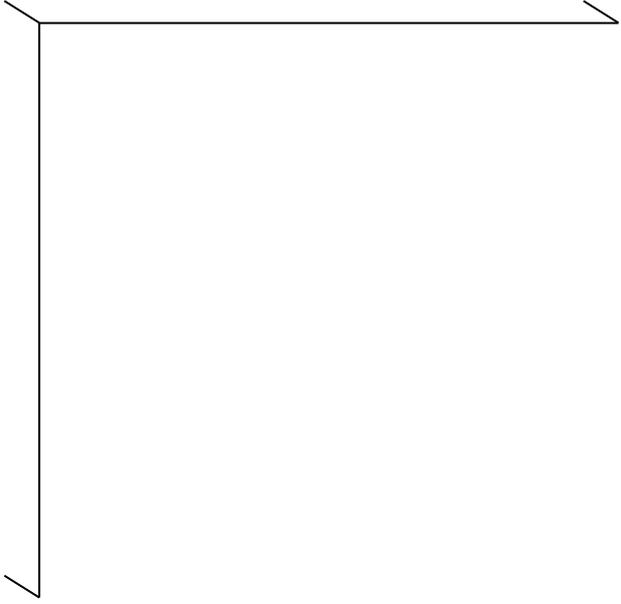
Las propuestas a partir de 1938 estuvieron en sintonía con la institucionalización de la Higiene Mental, con la que se abrieron pautas de tratamiento alternativos con miras a la prevención y al tratamiento lejos del encierro. No obstante, las innovaciones no resultaron suficientes ni en el Hospital ni en otros ámbitos de la salud mental antes de 1940, a causa de las carencias materiales y de los extendidos juicios de determinación del individuo a causa de su degeneración, biológica y psico-social. La Higiene Mental buscó prevenir el fatalismo de la degeneración, pero muchas veces era ya constitutiva de las estructuras de salubridad, incluido el Hospital.

Este modo de proceder en el ámbito sanitario, es decir la capacidad para matizar la legislación o hacerla flexible al punto de la aparente contradicción fue posible por las características del Departamento de Salubridad y el Hospital como su subsidiario. Fue creado como una entidad que salvaguardaría uno de los bienes más preciados de la nación: la salud de sus ciudadanos. La institución se benefició del centralismo que paulatinamente edificaron los gobiernos pos revolucionarios. También es cierto que en la dependencia influyeron los programas políticos, tales como el llamado primer plan sexenal. Sin embargo, la distancia entre la formulación y la aplicación le permitía el margen que ya hemos mencionado, un espacio de autonomía significativa. En estas condiciones fue que la agencia se hizo cargo del problema del narcotráfico, esencialmente de la adicción y pactó con sus homologas de otras naciones.

Por eso fue también en el engranaje de la salubridad que la adicción y su relación con el narcotráfico definió una política sobre el tema frente a la perspectiva internacional. El modo en que operó el Departamento de Salubridad, permitió la generación de resistencias en los organismos mexicanos de la prohibición ante las presiones externas. Su independencia no era absoluta pero su capacidad de negociación mayor. Por lo tanto, de 1920 a 1940 el Estado mexicano pudo atender la prohibición desde sus dos elementos constitutivos, consumo y venta, con un énfasis particular en el primero que definió veinte años de políticas públicas sobre los toxicómanos y la toxicomanía, de la que se esperaba que el Estado pudiera reintegrar a

los infractores, especialmente los usuarios, al esquema social aceptado. Para ello debían normalizarse, no ser un peligro para la sociedad. Los esfuerzos ideales tuvieron que lidiar con la burocracia ordinaria que comprometía el plano conceptual con la práctica. Al final predominó la eficiencia administrativa sobre la médica para después dar paso a una abierta criminalización del adicto a partir de la década de los 40. Fue un paso previsible en el conflicto operativo y conceptual del Estado y su relación con el consumidor, en el que éste osciló entre una definición como enfermo y otra como vicioso, de la última no pudo escapar.





---

# APÉNDICES

---

**Apéndice 1**  
**Muestra de Expedientes**  
**Hospital Federal de Toxicómanos.<sup>1</sup>**

Código	Paciente	Droga	Año de primer ingreso	Año de último ingreso	Años que acudió al HFT	Estancias Totales
APDL001	Agustín Ponce de León García	H	1933	1946	13	6
ATP002	Alberto Torices Portilla	H	1933	1936	3	5
ASM003	Ángel Sánchez Magos	H	1933	1933	0	1
AAM004	Arnulfo Arias Martínez	H	1933	1937	4	3
BMA005	Benigno Martínez Ángeles	H	1933	1940	7	7
SMS006	Samuel Martínez Santana	H	1933	1946	13	3
JMC007	José Mejía Coria	H	1933	1945	12	21
JGS008	José García Salomón	H	1933	1937	4	10
RHC009	Román Hernández Camacho	H	1933	1946	13	2
JAG010	Juan Aguayo González	H	1933	1936	3	13
TSP011	Tomás Saldaña Pereda	H	1933	1936	3	2
JJP012	Juan José Pérez	H	1933	1936	3	2
EPH013	Enrique Pérez Hernández	H	1933	1946	13	8
DRC014	Daniel Ramírez Cosío o Daniel Ramírez Osorio o Cipriano Ramírez Ramírez	H	1933	1944	11	2
JLT015	Juan López Tenorio	H	1933	1945	12	7
MBE016	Manuel Bermejo Ramírez	H	1933	1947	14	14
MII017	Manuel Irabien Iturbe	H	1933	1935	2	4
MLG018	Manuel Loyo Gómez	H	1933	1936	3	3
RUB019	Rafael Urdanivia Bello	H	1933	1936	3	6
TP020	Tae Pong	Mo	1933	1937	4	4
TA021	Trinidad Aguirre	H	1933	1938	5	9
JMA000	Juan Montero Acevedo	H	1933	1946	13	17
JHK022	Juan Hawking Kink	H	1934	1938	4	3
JGG025	Ernesto Gómez Z.	H	1934	1938	4	2
LLP024	Leopoldo López Piña	H	1934	1936	2	3
JGG025	José Galaiz González o José González Galaviz	H	1934	1937	3	7
JQL028	Rodolfo Riestra Ramírez	H	1934	1940	6	10
CLR027	Cervando Lorenzo Rodríguez	H	1934	1935	1	2
JQL028	Juan Quintero Lido	H	1934	1940	6	5
MKF029	Mariano Koppacher Fernández	H	1934	1936	2	4
JC030	José Chi	H	1935	1941	6	7
PLL031	Puy Lom Lock	H	1935	1935	0	1
ILL032	Isidro López López	H	1935	1937	2	2
AS033	Ángel Sánchez	SS	1935	1935	0	1
APD034	Antonio Pinzón Duera	M	1935	1937	2	3

Código	Paciente	Droga	Año de primer ingreso	Año de último ingreso	Años que acudió al HFT	Estancias Totales
GSV035	Genaro Santa María Vilchis	H	1935	1935	0	1
GTM036	Guillermo Tagle Moreno	H	1933	1938	5	2
SLB037	Samuel Lara Bringas	H	1934	1938	4	2
MCB038	Marcelino Cabrera Badillo o Luis Pérez García	H	1935	1946	11	5
RGL039	Rubén Gamboa Lima	Mo-H	1935	1937	2	2
EPP040	Eleuterio Pérez Pérez	H	1935	1935	0	2
JRN041	José Rojas Neyra o Mario Ayala Fernández	SS	1935	1946	11	5
ASS042	Alfredo Solís Salazar	M	1935	1935	0	5
JFS043	Joaquín Fanjul Saucedo	Mo-H	1935	1945	10	1
AAB044	Ángel Aiza Badillo o Ángel Garza González	H	1935	1947	12	12
WAV046	Wenceslao Atilano Nava	H	1935	1938	3	1
GGJ045	Guadalupe Gómez Jiménez	H	1935	1935	0	2
GLL047	Gonzalo Lebuto López	H	1935	1935	0	1
PI048	Prisciliano Ibarra	SS	1935	1935	0	2
RTCO49	Refugio Torres Chavarría	M	1935	1935	0	1
GND050	Guadalupe Nava Dorantes	H	1935	1935	0	1
OFN051	Olga Fernández Narváez	H	1935	1947	12	2
JLC052	Juana López Castrejón	H	1935	1935	0	9
LSG053	Leonor Sánchez Gómez	H	1935	1940	5	8
ABJ054	Alejandro Balp Jiménez	H	1936	1945	9	5
ASP055	Alfonso Sarabia Plata	H	1936	1945	9	9
ACS056	Antonio Chavelo Soriano	M	1936	1936	0	3
AMA057	Arturo Martínez Alcántara	M	1936	1936	0	1
BF058	Benjamin Fon	H	1936	1936	0	1
CSC059	Carlos Schroeder Chávez o	H	1936	1945	9	8
DBG060	Diego Betancourt Guzmán o José Martí Martí	H	1936	1947	11	11
FGP061	Federico Gasca Piña	H-AI	1936	1937	1	3
FC062	Felipe Cepeda	M-AI	1936	1942	6	5
FVO063	Fernando Videgaray Ortiz	H	1936	1936	0	1
FAG064	Francisco Aguayo González	H	1936	1936	0	1
FLP065	Francisco López Portillo	Op	1936	1939	3	2
FUG066	Francisco Urbalejo Gómez	M	1936	1936	0	1
GHY067	Guadalupe Herrera Yáñez	M	1936	1936	0	1
GSC068	Guillermo Samacona Calderón	H	1936	1936	0	2
HLG069	Héctor Lanza Guerrero	M	1936	1936	0	1
IMV070	Inocencio Martínez Valdez	M	1936	1938	2	3
JSM071	Jesús San Román Mayeda	M	1936	1945	9	1

Código	Paciente	Droga	Año de primer ingreso	Año de último ingreso	Años que acudió al HFT	Estancias Totales
JTV072	Jesús Trejo Vallejo	H	1936	1942	6	1
JLG073	José Lira Gómez	M	1936	1936	0	1
JW074	José Wong	H	1936	1947	11	3
JPR075	Juan Pérez Rangel	M	1936	1936	0	1
JLC076	Julio López Castillo	M	1936	1936	0	1
MCR077	Manuel Cabrera Romero	H	1936	1947	11	1
MRR078	Manuel Rojas Rétiz	M	1936	1936	0	1
RGB079	Ricardo Gómez Bolaños	M	1936	1946	10	2
RGR080	Romeo o Rómulo Gutiérrez Rosas	M	1936	1947	11	2
RLB081	Rubén Loa Bin	H	1936	1936	0	1
SOM082	Salomón Olivares Melo	M	1936	1936	0	1
VPA083	Vicente Pantoja Aranda o Leopoldo Buendía Fermon	H	1936	1938	2	2
CR084	Carmen Rodríguez o Carmen Bolio	Mo	1936	1945	9	9
ELN085	Esperanza López Núñez	Mo-Co-H-Eu	1936	1947	11	10
MGE086	María de Jesús Guzmán E.	H	1936	1947	11	9
MGL087	María García López	H	1936	1936	0	2
AGP088	Alfonso G. Pretelin	SS	1937	1937	0	1
ACR089	Alfredo Campos Ruba	M	1937	1937	0	1
APG090	Andrés Pichardo García	H	1937	1937	0	1
AFL091	Ángel Fernández Lara	H	1937	1937	0	1
ACV092	Antonio Calvillo Venegas	M	1937	1947	10	1
ACA093	Antonio Cruz Alcántara	SS	1937	1937	0	1
ASH094	Arnulfo Salazar Hernández	M	1937	1937	0	1
AGC095	Arturo González Castillo	M	1937	1940	3	5
AS096	Arturo Sí	H	1937	1937	0	1
AVS097	Arturo Vilchis Salgado	Al	1937	1948	11	4
ABM098	Aurelio Bunurat Morales	Mo-H	1937	1948	11	2
BEF099	Benito Espinoza Flores	M	1937	1937	0	1
CGT100	Carlo González Tapia	M-Al	1937	1944	7	2
CCT101	Carlos Canová Álvarez	Al	1937	1937	0	1
CHM102	Constantino Hernández Medina	Al	1937	1937	0	1
CLG103	Cornelio Lara Gaona	H	1937	1937	0	1
DWM104	Dan Man Wing	H	1937	1938	1	2
DVG105	David Villaseñor Gómez	H	1937	1937	0	1
EDA106	Encarnación Domínguez Aguilar	M	1937	1937	0	1
ERQ107	Encarnación Rosales Quintero	M	1937	1937	0	1
FAC108	Felipe Ajis Campo	H	1937	1944	7	3

Código	Paciente	Droga	Año de primer ingreso	Año de último ingreso	Años que acudió al HFT	Estancias Totales
FAS109	Florencio Asúnsolo Smith	Al	1937	1937	0	1
FCJ110	Francisco Chacón Juárez	H	1937	1940	3	4
FKJ111	Francisco Kujoc Jordan	H	1937	1937	0	1
FL112	Francisco Ley	Mo	1937	1940	3	3
FUA113	Francisco Urrutia Alarcón	SS	1937	1937	0	1
GGC114	Guadalupe Gaenza Castillo	M-H	1937	1942	5	1
GTJ115	Guadalupe Treviño Juárez	M	1937	1942	5	1
GGL116	Guillermo García Lezama	H	1937	1938	1	4
GGL117	Gumersindo García Martínez	SS	1937	1937	0	1
HAT118	Honorato Álvarez Tejeda	Al	1937	1937	0	1
HRJ119	Hermenegildo Rincón Juárez	Al	1937	1937	0	1
JCS120	José Cabrera Sánchez	Al	1937	1937	0	1
JCL121	José Calzada de León	H	1937	1942	5	4
JCE122	José Chiu Eng	H	1937	1940	3	4
JCL123	José Chong Ley	SS	1937	1937	0	1
JSD124	José Félix Suckerman Duarte	H	1937	1937	0	2
JL125	José Ley	H	1937	1939	2	3
JPC126	José Pérez Castillo	M	1937	1942	5	2
JMM127	Juan Jesús Morales Martínez	SS	1937	1937	0	1
JMS128	Juan Morales Miranda o Carlos Serrano Serrano	H	1937	1946	9	4
LAL129	Luis Álvarez Labastida	M	1937	1937	0	1
LAR130	Luis Arizmendi Rodríguez	M-H	1937	1937	0	1
MEE131	Manuel Esparza Estavani	M	1937	1938	1	3
MIA132	Manuel Izunza Álvarez	Al	1937	1937	0	1
MJ133	Manuel Jean	SS	1937	1937	0	1
MRC134	Manuel Ramírez Córdoba	M-Al	1937	1937	0	2
MVR135	Manuel Velázquez Rueda	H	1937	1937	0	1
MG136	Marcelino Gambia	H	1937	1937	0	1
OGR137	Otilio Grimaldo Ramírez	M	1937	1937	0	1
PAD138	Placido Arroyo Delgado	H	1937	1938	1	3
RAE139	Rafael Aranzeta Escalera	H	1937	1941	4	1
RGM140	Ramón Gallegos Meza	M	1937	1937	0	1
RJC141	Regino Jiménez Castro	M	1937	1937	0	1
SGL142	Salvador Gutiérrez López	M	1937	1937	0	1
SJ143	Samuel Jip	H	1937	1937	0	1
SMR144	Santos Martínez Rodolfo	M	1937	1937	0	1
SDJ145	Saturnino Dueñas Jaramillo	SS	1937	1938	1	2
SCV146	Simeón Casco Varela	SS	1937	1937	0	1
MMA147	María Guadalupe Martínez Aguilar	SS	1937	1938	1	2

Código	Paciente	Droga	Año de primer ingreso	Año de último ingreso	Años que acudió al HFT	Estancias Totales
CC148	Carmen Cifuentes	SS	1937	1945	8	1
GH149	Guadalupe Hernández	H	1937	1947	10	2
GHR150	Guadalupe Hernández Ramírez	M	1937	1939	2	3
CVP151	Guadalupe Viveros Paredes	M	1937	1937	0	1
JGL152	Josefina García López	H	1937	1937	0	1
MB153	Mercedes Briseño	H	1937	1947	10	3
PAM154	Petra Alpide Morales	H	1937	1937	0	2
RHF155	Refugio Hernández Flores	SS	1937	1937	0	1
SHS156	Sara Hernández Santillán	SS	1937	1940	3	2
THS157	Teodomira Hernández Santillán	SS	1937	1937	0	1
MFG158	Manuela Flores González	SS	1938	1940	2	2
CRE159	Cristina Ramírez Estévez	SS	1938	1947	9	1
CDP160	Consuelo Dueñas Piñón	SS	1938	1938	0	1
DPL161	Dolores Perea Landaverde	SS	1938	1938	0	1
RSA162	Rebeca Suárez Alonso	SS	1938	1938	0	1
SMA163	Simona Montesinos Arana	SS	1938	1938	0	1
RAP164	Romualda Arellano Pérez	SS	1938	1938	0	1
APC165	Abraham Peláez Cuenca	H	1938	1940	2	3
ALM166	Agustín León Mejía	SS	1938	1938	0	1
ABP167	Alberto Bastida Pichardo	SS	1938	1938	0	1
APG168	Alfredo Barbosa de Ponce o Alfredo Gallegos	Al	1938	1938	0	1
ARS169	Anacleto Romero Servín	SS	1938	1939	1	2
BCC170	Benjamín Chávez Coronado	Al	1938	1938	0	1
BRL171	Bulmaro Ramírez Lizardo	H-M	1938	1944	6	1
CRL172	Cosme Rodríguez Landeros	SS	1938	1938	0	1
DTW173	Daniel Téllez Wood	SS	1938	1938	0	1
EVG174	Emeterio Valenzuela García	Al	1938	1938	0	1
EHG175	Encarnación Hernández Gutiérrez	H	1938	1948	10	2
ERS176	Enrique Rivas Sellerier	Al	1938	1945	7	4
EVM177	Ernesto Valdez Monterrubio	M	1938	1938	0	1
FJR178	Florencio Juárez Ramírez	Al	1938	1938	0	1
GKR179	Germán Kóler Ramos	H	1938	1938	0	1
JLG180	Juan Lezama González	Al	1938	1938	0	1
LPG181	Luis Pichardo González	H-Co	1938	1944	6	2
LRH182	Luis Ramírez Hernández	M	1938	1938	0	1
MMM183	Mario Márquez Meyer	H	1938	1938	0	1
MTF184	Máximo Tabares Flores	M	1938	1938	0	1
PSG185	Pedro Sánchez García	M	1938	1938	0	1
PPI186	Poncio Pilatos Islas	M	1938	1938	0	1

Código	Paciente	Droga	Año de primer ingreso	Año de último ingreso	Años que acudió al HFT	Estancias Totales
RBM187	René Batón Monroy	H	1938	1938	0	1
AC188	Alonso Chao	Mo-H	1939	1939	0	1
GJC189	Guadalupe Jaramillo Carrillo	H	1939	1947	8	2
JTL190	José Trinidad Luna Martínez	Al	1939	1943	4	11
LLT191	Luis Lejarza Trejo	Al	1939	1945	6	4
LLM192	Luis Nocetti M.	H	1939	1947	8	1
SAA193	Santiago Aguilar Avilés	H-Al	1939	1940	1	3
CSA194	Carlos Eduardo Solórzano Anzorena	SS	1939	1939	0	1
MOF195	Margarita Olvera Fernández	H	1939	1947	8	1
AFK196	Antonio Flat Kuri	Mo-H	1940	1947	7	2
AMG197	Aurelio Martínez Guerrero	H	1940	1946	6	1
FBM198	Francisco Bouada Mendoza	H	1940	1940	0	1
JFV199	José Fernández Vázquez	H	1940	1945	5	1
JL200	Juan León	Mo	1940	1940	0	1
MVH201	Mariano Vicencio Herrera	Al	1940	1940	0	1
BGS202	Bertha González Sánchez	H	1940	1940	0	1

Al – Alcohol.

Co – Cocaína.

Eu – Eucodal.

H – Heroína.

M – Marihuana.

Mo. – Morfina

SS – Sin síntomas.

---

<sup>i</sup> Elaboración propia. AHSSA-FHFT, 1933-1940.



**Apéndice 2.1 Lista de funcionario del Departamento de Salubridad 1920-1940<sup>11</sup>**

<b>Año</b>	<b>Jefe del Departamento de Salubridad</b>	<b>Secretario del Departamento de Salubridad</b>	<b>Jefe del Servicio Jurídico</b>	<b>Jefe del Servicio de Química y Farmacia</b>
1920	Gabriel Malda	Alfonso Pruneda	No estaba constituido	
1921	Gabriel Malda	Alfonso Pruneda	No estaba constituido	Francisco Lisci
1922	Gabriel Malda	Alfonso Pruneda	No estaba constituido	Francisco Lisci
1923	Gabriel Malda	Alfonso Pruneda	No estaba constituido	Francisco Lisci
1924	Bernardo Gastelum	Roberto Medellín	No estaba constituido	Miguel Cordero
1925	Bernardo Gastelum	Roberto Medellín	Sin información	Miguel Cordero
1926	Bernardo Gastelum	Roberto Medellín	Sin información	Miguel N. Nales
1927	Bernardo Gastelum	Roberto Medellín	Sin información	Miguel N. Nales
1928	Bernardo Gastelum	Roberto Medellín	Sin información	Miguel N. Nales
1928	Aquilino Villanueva	Abraham Ayala González	Enrique Monterrubio	Gustavo Argil
1929	Sin información	Sin información	Sin información	Gustavo Argil
1930	Rafael Silva	Ulises Valdez	Francisco Vázquez Pérez	Gustavo Argil
1931	Rafael Silva	Ulises Valdez	Francisco Vázquez Pérez	Gustavo Argil
1932- Agosto 1933	Gastón Melo	Manuel Gea González	Francisco Vázquez Pérez	Gustavo Argil
1933- Agosto de 1934	Manuel F. Manzo	Manuel Gea González	Francisco Vázquez Pérez	Demetrio López
1934-1935	Abraham Ayala González	Manuel Gea González	Francisco Vázquez Pérez	Demetrio López
1934	Manuel F. Manzo	Manuel Gea González	Francisco Vázquez Pérez	Demetrio López
1935	Manuel Rueda Magro	Jesús Días Barriga	Antonio Pérez Alcocer	Gustavo Argil; José Lisci
1936	José Siurob	Alfonso Priani	Antonio Pérez Alcocer	José Lisci
1937	José Siurob	Sin información	Sin información	Sin información
1938	José Siurob	Sin información	Sin información	Sin información
1939	Leónides Andrew Almazán	Sin información	Sin información	Sin información
1940	José Siurob	Sin información	Sin información	Nicolás Ramos García

<sup>11</sup> Elaboración propia. AHSSA-FSJC y FHFT.

## Apéndice 2.2 Lista de funcionario y médicos del HFT 1933-1940<sup>2</sup>

<b>Año</b>	<b>Director del Hospital Federal de Toxicómanos</b>	<b>Administrador del Hospital Federal de Toxicómanos</b>	<b>Médicos del HFT</b>	<b>Representante de la Campaña contra el Alcoholismo y otras toxicomanías</b>	<b>Mesa de Toxicomanía servicio Jurídico</b>
1933- Agosto de 1934	Everardo Landa.	Agustín Du Pont	Juan Peón del Valle y Carlos Vejar.	No se había constituido	Sin información
1934	Feliciano Palomino Dena (Junio de 1934)	Agustín Du Pont	Juan Peón del Valle y Carlos Vejar.	No se había constituido	Sin información
1935	Raúl González Enríquez	Beneficencia Pública	Juan Peón del Valle	Francisco Bassols (Jefe de la sección contra enfermedades veneras, alcoholismo y otras toxicomanías)	Sin información
1936	Feliciano Palomino Dena (diciembre 1935)	Beneficencia Pública	Juan Peón del Valle	Nicandro Chávez/ Enrique García Fomenti	Sin información
1937	Fernando Rosales	Beneficencia Pública	J. Gregorio Altamirano	Luis G. Franco (Jefe de la Campaña contra el alcoholismo y otras toxicomanías)	Fernando Suárez Gómez
1938	Fernando Rosales	Beneficencia Pública	Norberto Treviño	Leopoldo Salazar Viniegra (marzo)	Fernando Suárez Gómez
1939	Fernando Rosales	Beneficencia Pública	Norberto Treviño	Leopoldo Salazar Viniegra (agosto)/ Arturo Madrid Carrillo/ Heberto Alcázar	Juan Buenfil Martínez
1940	Fernando Rosales	Beneficencia Pública	Norberto Treviño	Heberto Alcázar	Juan Buenfil Martínez

<sup>2</sup> Elaboración propia. AHSSA-FSJC y FHFT.

## DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA

311027.05

### REGLAMENTO FEDERAL DE TOXICOMANÍA

Al margen un sello que dice: Poder Ejecutivo Federal.—Estados Unidos Mexicanos.—México.—Secretaría de Gobernación.

El C. Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, se ha servido dirigirme el siguiente Reglamento:

"PASCUAL GRTIZ RUBIO, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes, salud:

Que en uso de la facultad que concede a este Ejecutivo de mi cargo, la fracción I del artículo 89 de la Constitución General y teniendo en cuenta lo dispuesto por el inciso IV de la fracción XVI del artículo 73 de la misma Constitución y por los artículos 197 y 206 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, a propuesta del Consejo de Salubridad General y del Departamento de Salubridad Pública, he tenido a bien expedir el siguiente

### REGLAMENTO FEDERAL DE TOXICOMANIA

#### CAPITULO PRIMERO

##### Disposiciones generales

ARTICULO 1o.—Corresponde al Departamento de Salubridad Pública, de acuerdo con lo establecido por el artículo 206 del Código Sanitario, fijar los procedimientos curativos a que quedarán sujetos los toxicómanos.

ARTICULO 2o.—Para los efectos de este reglamento, será considerado como toxicómano, todo individuo que sin fin terapéutico use habitualmente alguna de las drogas a que se refieren los artículos 198 y 199 del Código Sanitario vigente.

ARTICULO 3o.—Serán auxiliares de las autoridades sanitarias federales, para el cumplimiento de este reglamento:

I.—Las autoridades, los funcionarios y las instituciones que señala el artículo 19 del Código Sanitario vigente; y

II.—Las instituciones de Beneficencia Pública y Privada de todas las entidades federativas.

ARTICULO 4o.—Toda persona que ejerza la medicina estará obligada a dar aviso a las autoridades sanitarias señaladas en el artículo 6o., de los casos confirmados o sospechosos de toxicomanía, dentro de las veinticuatro horas siguientes al diagnóstico cierto o probable de la enfermedad.

ARTICULO 5o.—Deberán también dar los avisos a que se refiere el artículo anterior, los directores de hospitales, escuelas, fábricas, talleres y asilos; los jefes de oficinas, establecimientos comerciales o de cualquiera otra índole, y en general, toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentales tenga conocimiento de algún caso de toxicomanía.

ARTICULO 6o.—Los avisos a que se refieren los artículos anteriores, serán dados:

I.—En el Distrito Federal, directamente al Departamento de Salubridad Pública;

II.—En las demás entidades federales, a los delegados del Departamento de Salubridad Pública en los Estados, Territorios, puertos y poblaciones fronterizas.

#### CAPITULO SEGUNDO

##### De los hospitales para toxicómanos

ARTICULO 7o.—El Departamento de Salubridad Pública establecerá hospitales federales para toxicómanos, en los lugares del país que juzgue más adecuados.

ARTICULO 8o.—La internación en el hospital federal para toxicómanos será obligatoria y continua durante el tratamiento, y estará sujeta a los sistemas que impongan los reglamentos interiores de los hospitales federales para toxicómanos.

ARTICULO 9o.—Los toxicómanos están obligados a hacerse tratar por los médicos de los hospitales federales para toxicómanos, o por médicos particulares, en los términos de este reglamento.

ARTICULO 10.—Sólo mediante acuerdo del Jefe del Departamento se podrá autorizar a un toxicómano para que sea curado en un hospital particular u oficial, distinto de los federales para toxicómanos, y una vez que se hubieren llenado los requisitos siguientes:

I.—Demostrar, a satisfacción del Departamento de Salubridad, que el hospital reúne las condiciones necesarias para el tratamiento;

II.—Que el Director del mismo sea médico en ejercicio, y de reconocida honorabilidad, a juicio del Departamento de Salubridad Pública;

III.—Otorgar responsiva médica a satisfacción del Departamento, indicando el sistema de curación y aislamiento que vaya a emplearse;

IV.—Otorgar fianza o constituir depósito de \$500.00 a \$10,000.00 en favor del Departamento de Salubridad para garantizar la observancia de las medidas enumeradas y de las demás que se dicten;

V.—Las demás que establezca el Departamento de Salubridad.

ARTICULO 11.—Los médicos que suscriban una responsiva para atender a un toxicómano, están obligados a informar al Departamento de Salubridad Pública cada mes, del estado del enfermo, los efectos del tratamiento, la cantidad de droga que hayan disminuido, etc.

Estos informes pueden ser solicitados por el Departamento de Salubridad, cuando lo juzgue conveniente.

ARTICULO 12.—Los enfermos a quienes se haya concedido el tratamiento en los hospitales a que se refiere el artículo 10, por haber llenado los requisitos exigidos en el mismo, quedarán, en todo caso, sujetos a la vigilancia de las autoridades sanitarias federales.

Transcurrido un año sin que se hubiere obtenido su curación, será forzosamente recluido en el hospital federal para toxicómanos que corresponda.

ARTICULO 13.—El Departamento de Salubridad podrá autorizar el que un enfermo recluido en un hospital

federal para toxicómanos sea tratado por un médico de su confianza, siempre que se sujeten al reglamento interior del hospital.

ARTICULO 14.—Para ser dado de alta un toxicómano atendido en un establecimiento de los señalados en el artículo 10, será necesaria la autorización del Departamento de Salubridad, mediante los requisitos que en cada caso determine.

ARTICULO 15.—El Jefe del Departamento de Salubridad determinará, por medio de reglamentos o circulares que expida, el funcionamiento interior de los hospitales federales para toxicómanos.

### CAPITULO TERCERO

#### Del procedimiento

ARTICULO 16.—Los toxicómanos que fueren localizados por cualquiera autoridad de la República, serán puestos a disposición del Departamento de Salubridad, quien los internará en un hospital federal para toxicómanos.

ARTICULO 17.—En el Distrito Federal, al ser puesto a disposición del Departamento de Salubridad un presunto toxicómano, o al ser sorprendido directamente, será examinado por el médico que al efecto se designe, quien rendirá su diagnóstico.

ARTICULO 18.—En los Estados y Territorios el diagnóstico será hecho por los delegados sanitarios de la respectiva jurisdicción, o por el médico del Departamento de Salubridad que éste o aquéllos designaren.

ARTICULO 19.—Si el diagnóstico a que se refieren los dos artículos anteriores fuere positivo, el toxicómano será enviado, para su curación, al hospital federal para toxicómanos que el Departamento de Salubridad acuerde.

Si el diagnóstico fuere negativo, el presunto toxicómano será declarado sano.

ARTICULO 20.—Todo toxicómano, al llegar al correspondiente hospital federal para toxicómanos, será puesto por cinco días en observación, transcurridos los cuales, el Jefe del hospital rendirá nuevo diagnóstico.

ARTICULO 21.—Cuando hubiere desacuerdo entre el diagnóstico a que se refieren los artículos 17 y 18 y el que establece el artículo anterior, el Departamento nombrará un tercer médico, cuyo dictamen tendrá el carácter de definitivo.

ARTICULO 22.—Cuando el diagnóstico a que se refieren los artículos 17 y 18 y el que ordena el artículo 20, estuvieren de acuerdo, o cuando el del médico tercero a que se refiere el artículo anterior, fuere positivo, se sujetará al toxicómano al tratamiento que acuerde el Jefe del hospital federal correspondiente, hasta su completa curación.

ARTICULO 23.—Cuando el caso lo requiera, y habiendo fundadas sospechas de que un individuo sea toxicómano, será sometido a observación en el hospital para toxicómanos, por un período de cinco días, después de los cuales se declarará si es toxicómano o no lo es.

ARTICULO 24.—Cuando a juicio del médico del hospital federal para toxicómanos, encargado de la curación de un enfermo, juzgue que éste está sano, tendrá obligación de manifestarlo por escrito a la Dirección del establecimiento.

Presentado el informe de salud, será sometida la persona a que el mismo se refiere, a un reconocimiento por médico distinto, y si el nuevo informe resultare de acuerdo con el primero, se ordenará el alta; en caso contrario, se practicará un nuevo reconocimiento por un tercero nombrado por el Jefe del Departamento o el delegado sanitario correspondiente. Este dictamen será definitivo, y entre un dictamen y otro, no mediará un plazo mayor de cinco días.

ARTICULO 25.—El paciente que juzgue estar sano, podrá pedir a la Dirección del hospital ser sometido al procedimiento marcado en el artículo anterior.

Cualquier tercero podrá hacerlo en su lugar.

ARTICULO 26.—Los tratamientos se impartirán gratuitamente a los toxicómanos que no pudieren cubrir su importe.

ARTICULO 27.—Los toxicómanos no indigentes cubrirán la totalidad de los gastos que se eroguen en su curación, de acuerdo con el reglamento interior de cada hospital.

### CAPITULO CUARTO

#### De las penas

ARTICULO 28.—Las infracciones a las disposiciones de los artículos 4o., 5o. y 6o. de este reglamento, serán castigadas con una multa de \$10.00 a \$500.00.

ARTICULO 29.—Los médicos que infrinjan el artículo 11 de este reglamento, sufrirán una multa de \$25.00 la primera vez, y la segunda se les duplicará esta cantidad, declarándose nula la responsiva que hubieren dado.

ARTICULO 30.—El médico que suscriba una responsiva de las exigidas por el artículo 11 de este reglamento, y se le compruebe no haber seguido el tratamiento aprobado, se le aplicará una multa de \$100.00 a \$5,000.00, y en lo sucesivo no serán aceptadas sus responsivas.

ARTICULO 31.—Las demás infracciones a las disposiciones de este reglamento y la desobediencia o resistencia a los reglamentos, circulares, acuerdos, órdenes o providencias que con fundamento en él se dicten, se castigarán con multa de \$10.00 a \$5,000.00, sin perjuicio de la consignación correspondiente, en los términos del Capítulo I del Título VI del Libro II del Código Penal, si fuere procedente.

ARTICULO 32.—Si el acuerdo a que se refiere el artículo 10 fuere revocado por la observancia de las medidas previstas en él, la fianza o depósito constituidos quedarán íntegramente a beneficio de la Tesorería de la Federación, sin perjuicio de las demás penas que hubieren de imponerse.

### TRANSITORIOS

1o.—Este reglamento entrará en vigor el día de su publicación en el "Diario Oficial" de la Federación.

2o.—En el presupuesto correspondiente al Departamento de Salubridad Pública, se consignarán las partidas necesarias para proveer a la creación y sostenimiento de los hospitales federales para toxicómanos que fueren necesarios.

Por tanto, mando se imprima, publique, circule y se le dé el debido cumplimiento.

En tal virtud, procede, ya que se trata de una pequeña propiedad por su calidad y extensión, declararla inafectable de conformidad con lo prevenido por el artículo 51, fracción II, del Código Agrario vigente, e inscribirla con tal carácter en el Registro Agrario Nacional, expidiéndose para ese efecto la copia o copias que fueren necesarias del presente acuerdo, así como las que solicitare el propietario para resguardo de sus intereses.

Por lo expuesto, y con fundamento en la disposición legal invocada, el suscrito, Presidente de la República, ha tenido a bien dictar el siguiente

**ACUERDO**

UNICO.—Se declara inafectable el rancho de San Patricio, propiedad del señor Gustavo Prizario, con superficie de 143 Hs (ciento cuarenta y tres hectáreas) de tempo-

ral, ubicado en la ex-hacienda de San Lorenzo Soltepec, Municipio de Tlaxco, del Estado de Tlaxcala

Inscribáse con tal carácter en el Registro Agrario Nacional el rancho de referencia, expidiéndose para ese efecto la copia o copias que fueren necesarias del presente acuerdo, así como las que solicitare el propietario para resguardo de sus intereses. Publíquese el presente acuerdo en el "Diario Oficial" de la Federación y en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Tlaxcala

Sufragio Efectivo No Reección

Palacio Nacional, México, D F, a los diez días del mes de enero de mil novecientos cuarenta.—Lázaro Cárdenas—Rubrica—Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos—Gabino Vázquez—Rubrica—Jefe del Departamento Agrario

**DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA**

**REGLAMENTO FEDERAL DE TOXICOMANÍAS**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice Estados Unidos Mexicanos—Presidencia de la República

LAZARO CARDENAS, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes, sabed

Que en uso de la facultad que concede a este Ejecutivo de mi cargo, la fracción I del artículo 89 de la Constitución General, y

**CONSIDERANDO**

QUE para combatir la toxicomania y el tráfico de drogas enervantes se dictó el Reglamento Federal de Toxicomanías que ha venido rigiendo desde 1931 y que establece como sistema la persecución y denuncia de los toxicómanos y traficantes de drogas,

QUE la práctica ha demostrado que la denuncia solo se contrae a un pequeño número de viciosos y a los traficantes en corta escala, quienes por carecer de suficientes recursos no logran asegurar su impunidad,

QUE la persecución de los viciosos que se hace conforme al reglamento de 1931 es contraria al concepto de justicia que actualmente priva, toda vez que debe concebirse al vicioso más como enfermo a quien hay que atender y curar, que como verdadero delincuente que debe sufrir una pena,

QUE por falta de recursos económicos del Estado, no ha sido posible hasta la fecha seguir procedimientos curativos adecuados con todos los toxicómanos, ya que no ha sido factible establecer el suficiente número de hospitales que se requieren para su tratamiento,

QUE el único resultado obtenido con la aplicación del referido reglamento de 1931, ha sido la del encarecimiento excesivo de las drogas y hacer que por esa circunstancia obtengan grandes provechos los traficantes,

En tal virtud, para remediar los inconvenientes, apuntados y con apoyo en el inciso IV de la fracción XVI del artículo 73 constitucional y en los artículos 420, 421 y

demás relativos del Código Sanitario, a propuesta del Consejo General de Salubridad, he tenido a bien expedir el siguiente

**REGLAMENTO FEDERAL DE TOXICOMANÍAS**

ARTICULO 1.—Corresponde al Departamento de Salubridad Pública, de acuerdo con lo establecido en los artículos 413, 420 y 421 del Código Sanitario, fijar los procedimientos de tratamiento a que se someterán los toxicómanos

ARTICULO 2.—Para los efectos de este reglamento, será considerado como toxicómano todo individuo que sin fin terapéutico use habitualmente alguna de las drogas a que se refiere el artículo 406 del Código Sanitario

ARTICULO 3.—De conformidad con lo que establece el artículo 412 del Código Sanitario y para cada caso particular de atención médica a los toxicómanos, el Departamento de Salubridad autorizará discrecionalmente a los médicos cirujanos con título registrado en la propia Dependencia, para prescribir narcóticos en dosis superiores a las señaladas por la Farmacopea

Para los efectos de este artículo, los médicos particulares y los de dispensarios para toxicómanos, se sujetarán a las siguientes condiciones

a) —Solicitarán autorización de la Oficina de la Campaña contra las Toxicomanías, llenando la forma que la propia Oficina proporcione. En los Estados y Territorios Federales, dicha autorización será extendida por el Jefe de los Servicios Sanitarios Coordinados o por el Delegado Sanitario, a reserva de que la Oficina de Toxicomanías la ratifique o revoque. Será facultad de la Oficina, en todo caso, cerciorarse de la identidad del paciente toxicómano,

b) —Utilizarán los formularios especiales que la propia Oficina de Toxicomanías proporcione, y en los cuales se anotará en forma claramente legible, la dosis de enervantes que podrá suministrarse, indicando a que número de días se destina los cuales no excederán de treinta en ningún caso.

Cuando la dosis diaria sea variable o la misma, se indicará el día y la fecha en que deberá ir siendo despachada. La prescripción llevará el sello particular del médico, indicando nombre, domicilio y huella pulgar del paciente.

**ARTICULO 4**—Para los efectos del artículo anterior y en relación con el 414 del Código Sanitario, se autoriza a los farmacéuticos para despachar enervantes a dosis mayores de las señaladas por la farmacopea, solamente en los casos en que sean prescritas por médicos cirujanos que cumplan los requisitos del inciso b), artículo 3 de este reglamento.

Solamente podrán surtir las prescripciones cuando se presenten los dos originales, uno de los cuales conservará el farmacéutico y el otro lo remitirá el mismo a la Oficina de Toxicomanías.

**ARTICULO 5**—Para la atención de toxicómanos, el Departamento de Salubridad fundará los dispensarios y hospitales que considere necesarios. Unos y otros dependerán de la Oficina de la Campaña contra las Toxicomanías.

**ARTICULO 6**—Los pacientes quedan obligados a someterse a tratamiento, bien sea en los dispensarios o por médicos particulares. Los pacientes que no cumplan con el requisito anterior, serán internados en el Hospital para Toxicómanos.

**ARTICULO 7**—En los Estados y Territorios de la República los dispensarios quedarán adscritos a la Delegación Sanitaria o a la Jefatura de los Servicios Sanitarios Coordinados.

**ARTICULO 8**—Serán funciones de los dispensarios:

a) —Llevar un registro de los pacientes toxicómanos cuyo tratamiento se autorice según los datos de la forma especial que proporcione la Oficina de Toxicomanías,

b) —Despachar sustancias narcóticas cuando éstas hayan sido prescritas en el formulario especial aludido en el inciso b) del artículo 3, y mediante el pago de su importe,

c) —Administrar al paciente toxicómano la droga que le haya sido prescrita, cuando éste lo pida y así lo determine el médico del dispensario.

La atención médica en el dispensario no causará honorarios.

**ARTICULO 9**—El internamiento en los hospitales del Departamento quedará a juicio del médico tratante, ya

sea particular o del dispensario, previa autorización de la Oficina de Toxicomanías, sujetándose el paciente a las medidas reglamentarias del establecimiento.

**ARTICULO 10**—El internamiento en sanatorios particulares se efectuara por indicación del médico particular o del Jefe del Dispensario, siendo obligación del médico tratante y del director del sanatorio dar aviso del internamiento y del resultado obtenido, a la Oficina de la Campaña contra las Toxicomanías, cumpliendo lo que estipula el inciso a) del artículo 3.

**ARTICULO 11**—Las infracciones al presente reglamento serán castigadas de acuerdo con lo que establece el Capítulo I del Libro V del Código Sanitario Federal y lo dispuesto en la fracción III del artículo 496 del propio Código, sin perjuicio de las penas que señala el Código Penal, en el caso de que la infracción cometida constituya un delito.

Cuando las infracciones sean cometidas por médicos o farmacéuticos, además de las sanciones que procedan, de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo anterior, se cancelará la autorización a que se refieren los artículos 3 y 4 de este reglamento, por el tiempo que estime pertinente el Departamento de Salubridad Pública.

**TRANSITORIOS**

**ARTICULO PRIMERO**—Este reglamento deroga el anterior de fecha 23 de septiembre de 1931, y entrará en vigor el día de su publicación en el "Diario Oficial" de la Federación.

**ARTICULO SEGUNDO**—En el presupuesto del Departamento de Salubridad figuraran las partidas necesarias a la fundación y sostenimiento de hospitales, dispensarios y adquisición de drogas enervantes para el tratamiento de pacientes toxicómanos.

Para su debida publicación y observancia, promulgo el presente en la residencia del Poder Ejecutivo Federal, ciudad de México, Distrito Federal, a los cinco días del mes de enero de mil novecientos cuarenta.—Lázaro Cárdenas—Rubrica—El Jefe del Departamento de Salubridad Pública, José Suñob—Rubrica—El Secretario de Estado y del Despacho de Hacienda y Crédito Público, Eduardo Suárez—Rubrica—Al C. Lic. Ignacio García Tellez, Secretario de Gobernación—Presente.

**DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL**

**RELACION DE LOS VALORES UNITARIOS ASIGNADOS A LAS CALLES DE LA COLONIA LOMAS DE CHAPULTEPEC**

Al margen un sello que dice Poder Ejecutivo Federal—Estados Unidos Mexicanos—México—Departamento del Distrito Federal—Dirección del Catastro

**A V I S O**

Se hace del conocimiento de los propietarios de predios ubicados en la Colonia "Lomas de Chapultepec", que habiendo sido aprobados por el ciudadano Jefe del Departamento del Distrito Federal, los valores de calle que a continuación se expresan, comenzaron a regir desde el primero de enero del presente año, y hasta que la citada Colonia sea catastrada, de acuerdo con la Ley del Impuesto Predial del Distrito Federal.

México, D. F., a 3 de febrero de 1940

El Director, Ing. Manuel Baumgarten M.



## **Fuentes.**

*Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.*

Fondo Salubridad Pública. 1920-1940

Fondo Hospital Federal de Toxicómanos. 1933-1940

## **Publicaciones Oficiales**

*Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Imprenta de la Patria, 1891, 80 pp.

*Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Imprenta de Eduardo Dublán, 1903, 88 pp.

*Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Imprenta de M. León Sánchez, 1926, 127 pp.

Convention for limiting the manufacture and regulating the distribution of narcotic drugs, Geneva, 1931, *The American Journal of International Law*, Vol. 28, No.1, Supplement: Official Documents, January 1934, p. 26-28.

*Diario Oficial de la Federación.*

## **Libros**

Abagnano, Nicola, *Dizionario di Filosofia*, 3ª ed., Giovanni Fornero, Torino, Utet, 1998, 1173 pp.

Acker, Caroline Jean, "From all-purpose anodyne to marker of deviance: physicians' attitudes towards opiates in the US from 1890 to 1940", en: Roy Porter, y Mikúlas Teich (eds.), *Drugs and Narcotics in History*, New York, Cambridge University Press, 1995, pp. 114-132

Agostini, Claudia, "Enfermedad y persistencia de la medicina doméstica (1810-1910)" en: Alicia Meyer (coord.), *México en tres momentos (1810-1910-2010). Hacia la conmemoración del bicentenario de la independencia y el centenario de la Revolución Mexicana. Retos y Perspectivas*, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas, 2007, Vol. 1, pp. 77-90

Álvarez Amezquita, José, *et al.*, *Historia de la Salubridad y de la asistencia en México*, México, Secretaria de Salubridad y Asistencia, 1960, 4 T.

Aréchiga Córdoba, Ernesto, *Tepito: del antiguo barrio de indios al arrabal, 1868-1929, historia de una urbanización inacabada*, México, Unidad Obrera y Socialista (UNíoS), 2003, 366 pp. (Sábado Distrito Federal).

- Astorga, Luis, *Drogas sin fronteras*, México, Grijalbo, 2003, 378 pp.
- Astorga, Luis, *El siglo de las drogas. El narcotráfico del porfiriato al nuevo milenio*, México, Espasa Calpe, 1996, 155 pp.
- Cárdenas de Ojeda, Olga, *et al.*, *Toxicomanía y narcotráfico. Aspectos legales*, México, Fondo de Cultura Económica, 1974, 255 pp.
- Courtwright, David T., *Las drogas y la formación del mundo moderno: Breve historia de las sustancias adictivas*, trad. Marta Pino Moreno, Barcelona, Paidós, 2002, 256 pp., (Contextos).
- Daniels, Josephus, *Diplomático en mangas de camisa*, trad. Salvador Duhart, Prol. Francisco Castillo Nájera, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949, 623 pp.
- Davenport-Hines, Richard, *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas 1500-2000*, trad. de José Adrián Vitier, México, Turner, Fondo de Cultura Económica, 2003, 546 pp., (Colección Noema).
- Dulles, John W. F., *Ayer en México: Una crónica de la revolución*, trad. de Julio Zapata 1919-1936, México, Fondo de Cultura Económica, 2003, 654 pp.
- Erlenmeyer, Albrecht, *On the treatment of the Morphine Habit*, Bremen, Dogma, 2013, 132 p.
- Enciso, Froylán, *Nuestra historia narcótica: Pasajes para (re) legalizar las drogas en México*, México, Debate, 2015, 249 pp.
- Escohotado, Antonio, *Historia Elemental de las drogas*, 4a ed., Barcelona, Anagrama, 2004, 243 pp. (Colección compactos).
- González y González, Luis, *Los días del presidente Cárdenas*, México, El Colegio de México, 1981, 381 pp. (Historia de la Revolución Mexicana; 15)
- Hernández Chávez, Alicia, *La mecánica cardenista*, México, El Colegio de México, 1979, 236 pp. (Historia de la Revolución Mexicana; 16).
- Knight, Alan, "Cómo lidiar con el sistema político estadounidense. Una visión histórica 1910-1995" en: Rodolfo O. de la Garza y Jesús Velazco (coordinadores), *México y su interacción con el sistema político estadounidense*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas-Miguel Ángel Porrúa, 2000
- Medin, Tzvi, *El minimato presidencial: historia política del Maximato. 1928-1935*, México, Era, 1982. 176 pp. (Colección Problemas de México)
- Medin, Tzvi, *Ideología y Praxis Política de Lázaro Cárdenas*, 18ª edición, México, Siglo XXI, 2003, 237 pp.,

Musto, David F., *La enfermedad americana. Orígenes del control antinarcóticos en Estados Unidos*, trad. Mildred Ciociano González, Bogotá, Tercer Mundo, 1993, 377 pp.

Musto, David F., “Pautas en el abuso de las drogas y las respuestas en los Estados Unidos”, en: Peter H. Smith, (comp.), *El combate de las drogas en América Latina*, trad. Juan José Utrilla, prol. Hugo B. Margain, México, Fondo de Cultura Económica, 1993, (Sección de Obras de Política y Derecho), pp.

Novick, Lloyd F. y Glen P. Mays, *Public Health Administration. Principles for population-based management*, Sudbury, Massachusetts, Jones and Barlett Publishers, 2005, 807 pp.

Pérez Montfort, Ricardo, *Yerba, goma y polvo. Drogas, ambientes y policías en México 1900-1940*, México, Ediciones Era –Consejo Nacional para la Cultura y las Artes- Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1999, 71 pp.

Pérez Montfort, *Tolerancia y Prohibición. Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México 1840-1940*, México, Debate, 2015, 381 pp.

Parascandola, John, “The drug habit: the association of the word 'drug' with abuse in American history”, en: Porter, Roy and Mikúlas Teich (eds.), *Drugs and Narcotics in History*, New York, Cambridge University Press, 1995, pp. 156-186.

Picatto, Pablo, *City of suspects. Crime in Mexico City, 1900-1931*, Durham and London, Duke University Press, 2001, 365 pp.

Ríos Molina, Andrés, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatra e higiene mental en México, 1934-1950*, México, Siglo XXI, Universidad Nacional Autónoma de México, 2016, 232 p.

Santiago Nino, Carlos, “¿Es la tenencia de drogas con fines de consumo personal una de las ‘acciones privadas de los hombres?’”, en: De Greiff Pablo y Gustavo De Greiff (comps.), *Moralidad, legalidad y drogas*, traducción y prefacio Gustavo de Grieff, México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 743-758.

Schuler, Fredrich E., *Mexican Foreign Relationships in the age of Lázaro Cárdenas 1934-1940*, Albuquerque, University of New Mexico Press, 1998, 271 pp.

Speckman Guerra, Elisa, *Crimen y Castigo. Legislación penal, interpretaciones de la criminalidad y administración de justicia (Ciudad de México, 1872-1910)*, México, El Colegio de México –Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2002, 357 pp.

Vázquez Alfaro, José Luis, “Distrito Federal: Historia de las Instituciones Jurídicas”, en *Historia de las Instituciones jurídicas de los Estados de la*

*República Mexicana*, Patricia Galeana y Daniel Barceló, (coords.), México, Universidad Nacional Autónoma de México, Senado de la República, 2010.

Werner, Michael S., *Concise Encyclopedia of Mexico*, London and New York, Routledge, 2015, 800 pp.

### **Recursos inéditos**

Bautista Lourdes, “De la penitenciaria al manicomio. El proceso de institucionalización del Hospital Federal de Toxicómanos de la Ciudad de México.”, Tesis de maestría en historia moderna y contemporánea, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2016, 162 p.

Flores Flores, Stephanie Michel, “El edificio Basurto. La vivienda de la clase media en la década de 1940.”, Tesis de licenciatura en historia, México, Facultad de Estudios superiores Acatlán, UNAM, 2014, 142 pp.

Gutiérrez Ramos, Axayácatl, *La prohibición de las drogas en México: la construcción del discurso jurídico, 1917-1931*, México, Tesis de maestría en historia moderna y contemporánea, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1996, 120 h.

Moisés A. Quiroz Mendoza, “Las vecindades de la ciudad de México frente al crecimiento de la ciudad, 1940-1950.” Tesis de licenciatura en historia, México, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, 2014, 185 pp.

### **Artículos en revistas**

Anslinger, Harry J., “Organized Protection against Organized Predatory Crime: VI. Peddling of Narcotic Drugs.2, *Journal of Criminal Law and Criminology (1931-1951)*, Evaliston, Northwestern University, Vol. 24, No. 3 (Sep.- Oct., 1933), pp. 636-655.

Averhahn, Kathleen, “The Split Labor Market and the Origins of Antidrug Legislation in the United States?”, *Law and Social Inquiry*, Chicago, Blackwell Publishing Ltd., Vol. 24, Num. 2., 1999, p. 414-417

Fidler, David P., “The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy”, *Bulletin World Health Organization*, Geneva, World Health Organization, V. 79, No.9, January 2001, pp 842-849

Lyndesmith, Alfred R., “The British system of Narcotics Control.”, *Law and Contemporary Problems*, Durham, Duke University School of Law, Vol. 22, No. 1. (Winter, 1957), pp. 138-154.

Rabadán Figueroa, Macrina, “Discurso vs. realidad en las campañas antichinas en Sonora (1899-1932)”, *Secuencia. Revista de Historia y ciencias sociales*, México, Instituto Mora, Núm. 38, mayo-agosto, 1997, p. 85.

Rogelio Godínez Reséndiz, “Los primeros medicamentos químicos en México”, *Boletín de la Sociedad Química de México*, México, Sociedad Química de México, 2012, 6 (1), p. 8-14.

Sacristán, Cristina, “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944.”, *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, México, Instituto Mora, No. 51, septiembre-diciembre, 2001, p. 91-120

### **Recursos electrónicos**

Anslinger, Harry and Courtney Ryley Cooper, “Marijuana assassin of youth”, *The American Magazine*, consultado en: <http://www.redhousebooks.com/galleries/assassin.htm>, 9 de noviembre de 2016.

Arroyo, M. Bernardo, M. Roca Bennasar y A. Morer Lián, “Pruebas complementarias y diagnósticos en psiquiatría”, *Tratado de Psiquiatría*, pp. 157-171, p. 163, Revisado en [http://www.psiquiatria.com/tratado/cap\\_7.pdf](http://www.psiquiatria.com/tratado/cap_7.pdf), consultado 20 de enero de 2016.

Azzolini, Alicia, “Los antecedentes históricos de los criterios de determinación de la pena en el derecho penal mexicano”, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Consultado en: <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/alegatos/pdfs/29/32-11.pdf>. Consultado 12 de diciembre de 2015.

Baring Garrod, Alfred, *The essentials of Materia Medica and Therapeutics*, New York, Edward O. Jenkins Printer, 1865, 489 pp. <http://collections.nlm.nih.gov/pdf/nlm:nlmuid-61630490R-bk>. Consultado 15 de mayo de 2015

Biddle, John B., *Review of Materia medica: for the use of students*, Philadelphia, Lindsay and Blakiston, 1852, 331 pp. <http://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID.nlm:nlmuid-61550370R-bk>. Consultado 15 de mayo de 2015

“Cafeína”, <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/caffeine.html>. Consultado 20 de marzo de 2016

Cárdenas, Lázaro, *Plan Sexenal 1934-1940*, 6 de diciembre de 1933, [https://es.wikisource.org/wiki/PNR:Plan\\_Sexenal\\_1934-1940](https://es.wikisource.org/wiki/PNR:Plan_Sexenal_1934-1940)

Carrillo, Ana María, “Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Río de Janeiro, Vol. 9, suplemento, 2002 en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702002000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702002000400004&script=sci_arttext).

*Código Penal de los Estados Unidos Mexicanos*, 1931, [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf/CPF\\_orig\\_14ago31\\_ima.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf/CPF_orig_14ago31_ima.pdf), Consultado 12 de diciembre de 2015.

*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 1917. <http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg/conshist/pdf/1917.pdf>, Consultado 11 de noviembre de 2016.

Drug Kit Emergency 1930-1950, *Medical Museum*, <http://www.bcmamedicalmuseum.org/object/993.1003.1> Consultado en enero de 2016.

“Emetina” *Blog de farmacología*, <https://farmainfo.wordpress.com/tag/emetina-amebicida/>. Consultado 20 de marzo de 2016

*Estadísticas Históricas de México 2009*, INEGI, [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/historicas10/Tema6\\_Salarios.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/historicas10/Tema6_Salarios.pdf). Consultado el 30 de marzo de 2016.

García Ramírez, Sergio, “La imputabilidad en el derecho penal mexicano”, p. 74, 77 revisado en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/385/8.pdf>. Consultado 12 de diciembre de 2015.

Gilac, fórum de Autosupport des Usagers de Drogues, <http://www.asud.org/forum2012/asud.org/forum/viewtopicfff5-2.html?id=2693&p=4> Consultado en enero de 2016.

*Harrison Narcotic Drugs Act*, 1914. [https://www.naabt.org/documents/Harrison\\_Narcotics\\_Tax\\_Act\\_1914.pdf](https://www.naabt.org/documents/Harrison_Narcotics_Tax_Act_1914.pdf). Consultado 1 de agosto 2015

Howes, Penny (Ed.), “Drug Policy in the U.K.: from the 19<sup>th</sup> century to the present day”, in: *Drugs of dependence: the role of medical professionals*, Report of the British Medical Association, BMA- Board of Science, [s.l.], January, 2013, 310 pp., p. 87. Consulted in: [file:///C:/Users/grupo%20rego/Desktop/drugsofdepend\\_roleofmedprof\\_Jan2013.pdf](file:///C:/Users/grupo%20rego/Desktop/drugsofdepend_roleofmedprof_Jan2013.pdf). Consultado 15 de mayo de 2015

Huerta Lara, María del Rosario, , “La dictadura sanitaria o la estatalización de lo biológico.”, *Revista Letras Jurídicas*, Xalapa, Ver., Centro de Estudios sobre Globalización y Seguridad de la Universidad Veracruzana, No. 22, Año 11, Julio-Diciembre 2010. <http://www.letrasjuridicas.com/Volumenes/22/rhuerta22.pdf>. Consultado 27 de Septiembre 2013.

*Ley de Organización del Distrito y Territorios Federales*, 1917, <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/61/pr/pr20.pdf>. Consultado 1 de noviembre de 2015

Ley de Secretarías de Estado de 1917, <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/57/doc/doc21.pdf>. Consultado 3 de agosto de 2015

Keeley, Lesley, E., *The morphine user, or, From bondage to freedom: the opium, morphine, and kindred habits, their origin, nature and extent, together with the proper method of treatment to be adopted*, Dwight, Illinois, L.E. Keeley, 1883, 200 p., p. 99-102. <https://archive.org/details/morphineeaterorf00keel>, Consultado el 7 de junio de 2015.

Levinstein, Edward, *Morbid Craving for Morphia (Die Morphiumsucht) A monograph founded on personal observations*, trans. Charles Harver, London, Smith, Elder&Co., 1878, 152 pp., p. 2-3 <https://archive.org/stream/morbidcravingfor00levi#page/n5/mode/2up>. Consultado el 15 de agosto de 2015.

“Luminal”, [http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/p/35052/P\\_35052.pdf](http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/p/35052/P_35052.pdf). Consultado 20 de marzo de 2016

Ritter, Thomas, *A medical manual and medicine chest companion: for popular use in families and on ship-board, for the treatment of the ordinary diseases of the human system*, New York, John A. Gray, printer & stereotyper, 1859, 147 pp., p.13 <http://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID.nlm:nlmuid-63611290R-bk>. Consultado 15 de mayo de 2015

Sacristán, Cristina, “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968.”, *Salud Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Vol. 33, No. 6, nov-dic 2010, consultado en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000600001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600001) 26 de febrero 2016.

Tampa, M., I. Sarbu, C. Matei, V. Benea and SR. Georgescu, “Brief History of Syphilis.”, *Journal of Medicine and Life*, 2014, 7 (1), consultado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3956094/> , 27 de febrero 2017.

“Tonic”, *Farlex Partner Medical Dictionary*, 2012, <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/tonic>. Consultado 20 de marzo de 2016