INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DR. JOSÉ MARÍA LUIS MORA

"DE LA PENITENCIARÍA AL MANICOMIO. EL PROCESO DE INSTITUCIONALIZACIÓN DEL HOSPITAL FEDERAL DE TOXICÓMANOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 1926-1948"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN HISTORIA MODERNA Y CONTEMPORÁNEA

P R E S E N T A

LOURDES BAUTISTA HERNÁNDEZ

Directora: Dra. María Eugenia Chaoul Pereyra

Ciudad de México Septiembre de 2016

Esta investigación fue realizada gracias al apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca

Instituto
Mora

A mi familia

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca
Instituto
Mora

AGRADECIMIENTOS

Durante la realización de este trabajo tuve el privilegio de contar con la ayuda de muchas personas e instituciones. En primer lugar le agradezco a mi directora de tesis, la doctora María Eugenia Chaoul Pereyra, por el entusiasmo, el interés y la dedicación que mostró durante el desarrollo de esta investigación. Su cuidadosa guía e inteligencia permitieron llevar a buen término este trabajo. Asimismo, agradezco la lectura, las observaciones y los valiosos comentarios que me hicieron las doctoras Cristina Sacristán, Martha Santillán y el doctor Ariel Rodríguez Kuri, sin su ayuda, este trabajo no hubiera sido posible.

A los integrantes del seminario *Historia social de la salud,* les agradezco todas las sugerencias que me hicieron, me ayudaron enormemente y me permitieron rectificar muchos aspectos de esta tesis.

El apoyo institucional ha sido de suma importancia en esta investigación. Mi gratitud con el personal del Instituto Mora en especial con los profesores, la Coordinación de la Maestría en Historia Moderna y Contemporánea, el área de Servicios Escolares y el de la Biblioteca "Ernesto de la Torre Villar" que siempre desempeñaron un trabajo formidable. También, agradezco el amable y eficiente servicio del personal de fotocopiado, de informática y cafetería, así como a los vigilantes y al personal de intendencia, su trabajo favoreció el desarrollo de esta investigación.

Agradezco profundamente al Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y su personal, quienes me permitieron consultar los acervos, me brindaron un servicio eficaz y siempre fueron amables conmigo. Mis largas horas en su sala de consulta fueron más amenas gracias a su apoyo. Otras instituciones a quienes es justo agradecer son al Archivo Histórico del Distrito Federal y a la Fototeca Nacional del INAH, ambos acervos fueron fundamentales para este trabajo.

A mis profesoras, las doctoras Luz María Uhthoff López y Dolores Pla Brugat les agradezco su ayuda, confianza y amistad. Ambas son parte importante

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca
Instituto
Mora

de mi formación académica y profesional y sus palabras me impulsaron para seguir adelante y crecer profesionalmente.

A la doctora Mónica Palma quiero agradecerle su ayuda, confianza y cariño. De la misma forma, a la doctora Paz Xóchitl Ramírez Sánchez le agradezco su confianza y apoyo. Al doctor Diego Pulido Esteva, le agradezco la ayuda inicial a esta investigación, sus recomendaciones bibliográficas y sus comentarios fueron una excelente guía para iniciar esta tesis.

A mis compañeros de la generación 2014-2016 de la Maestría en Historia Moderna y Contemporánea, les agradezco su solidaridad y compañía, sus comentarios siempre inteligentes y sus palabras de ánimo sin duda me ayudaron a seguir adelante con este trabajo. Especialmente quiero agradecer a Sandra por toda su ayuda, tanto en cuestiones académicas como en lo personal por estar cerca y brindarme su amistad; a Marisol por sus lindas palabras que siempre me ayudaron a seguir adelante; a Jessi por su solidaridad y su amistad; a Carlota, Grecia, Martín, Daniel y Josué por su buena onda y porque siempre me dieron ánimo; a Ozmar, Abril, Ariadna y Citlalli porque siempre fueron amables y solidarios conmigo; a Mayeli, Paulina, Cinthia, Marco, Rubén y Carlos por sus valiosos comentarios a este trabajo. A todos les expreso mi cariño y respeto.

Desde hace años me acompaña el cariño de mis amigos de la UAM-I: Nancy, Rosy, Maribel e Isra, les agradezco estar cerca y expresarme su cariño siempre. A mis amigos de la DEH Annia, Toño, Edgar, Ramón, Marcela, Esme, Elizabeth, Tere y Jorge, por escucharme y ayudarme en todo momento. A Claudia y Mon Limón porque siempre están presentes. Todos se han vuelto indispensables para el planteamiento de nuevos proyectos en mi vida y también para muchos ratos de ocio. También, agradezco a Nancy Hernández, Olivia, Víctor, Paulina y Yara, por sus buenos consejos y apoyarme en la recta final de este trabajo. Un agradecimiento especial a Ximena López Carrillo por la excelente clase de Excel que me brindó y que me ayudó mucho en esta investigación.

Finalmente, agradezco la compañía y el afecto de mi familia: mis padres y mis hermanas, a quienes dedico este trabajo por su comprensión, ayuda y cariño porque los amo y han sido mi soporte en la vida.

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca
Instituto
Mora

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS iii

LISTA DE CUADROS Y GRÁFICAS vi

INTRODUCIÓN 7

CAPÍTULO I. EN BUSCA DE LA DEFINICIÓN DEL TOXICÓMANO 15

1. Panorama internacional: el inicio de las iniciativas para contener la toxicomanía 17

2. La reconstrucción y el control de los “males sociales” 27

3. De la regulación de las drogas a la definición del toxicómano 33

4. ¿Criminal o enfermo? 42

Conclusiones 49

CAPÍTULO II. LA MATERIALIZACIÓN DEL HOSPITAL FEDERAL PARA TOXICÓMANOS 51

1. Hacia un nuevo diseño de las políticas sociales 53

2. Los primeros pasos: de la Crujía F a Tolsá 56

3. El Hospital en Tolsá 71

4. La creación del Hospital Federal de Toxicómanos: el espacio y su funcionalidad. 79

Conclusiones 98

CAPÍTULO III. EL FUNCIONAMIENTO, LA RUTINA Y LOS PROBLEMAS DEL HOSPITAL 101

1. La llegada al Hospital 102

2. El ingreso y la población 107

3. La rutina 114

4. Los problemas 120

5. El ocaso del Hospital 128

Conclusiones 139

CONCLUSIONES 141

BIBLIOGRAFÍA 149

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca
Instituto
Mora

LISTA DE CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro 1. Alimentos proporcionados por el Manicomio General al Hospital Federal de Toxicómanos, México, 1936.

Gráfica 1. Instancia remitente de los pacientes del Hospital Federal de Toxicómanos de la Ciudad de México, 1933-1943.

Gráfica 2. Ocupación de los pacientes del Hospital Federal de Toxicómanos de la Ciudad de México, 1933-1943.

Gráfica 3. Lugar de origen de los pacientes del Hospital Federal de Toxicómanos de la Ciudad de México, 1933-1943.

Gráfica 4.Grupos de edad de los pacientes del Hospital Federal de Toxicómanos de la Ciudad de México, 1933-1943.

Gráfica 5. Drogas consumidas por los pacientes del Hospital Federal de Toxicómanos de la Ciudad de México, 1933-1943.

Gráfica 6. Tipo de droga consumida por año por los pacientes del Hospital Federal de Toxicómanos de la Ciudad de México, 1933-1943.

Gráfica 7. Porcentaje de ingresos de los pacientes del Hospital Federal de Toxicómanos de la Ciudad de México, 1933-1943.

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca
Instituto
Mora

INTRODUCIÓN

Esta investigación se ocupa de reconstruir y analizar el proceso de institucionalización y quiebre del Hospital Federal de Toxicómanos de 1926 a 1948. En esos 22 años se proyectó, se construyó y desapareció este Hospital. Su concepción y creación responde a un periodo en el que los gobiernos posrevolucionarios plantearon un proyecto de nación en el que era fundamental fortalecer la economía y atender a la sociedad para forjar un país moderno e industrial que lograra salir de la desintegración provocada por la guerra y estuviera a la altura de los países que se consideraban más civilizados. La población debía incorporarse a los cambios y a las exigencias de progreso y modernización, por lo que este ideal era incompatible con hábitos y conductas como el alcoholismo, la prostitución, los juegos de azar y las toxicomanías.

Debido a la irrupción de los sectores populares en la revolución mexicana los gobiernos posrevolucionarios trataron de integrar las demandas de estos sectores en sus agendas legislativas, no sin antes intentar transformarlos para crear un "hombre nuevo" es decir, ciudadanos fuertes, trabajadores, disciplinados, de buenas costumbres y sin vicios. Para lograrlo, los gobiernos del periodo 1920-1940, enfocaron sus políticas sociales de forma tal que pudieran atender las necesidades de esos sectores, principalmente en cuanto a la educación y la salud. Estos elementos fueron fundamentales para sacar al país de la "superstición y la ignorancia". Por este motivo, las nuevas políticas sociales que impulsaron esos gobiernos —sobre todo el de Lázaro Cárdenas— estuvieron encaminadas al mejoramiento material, moral, educativo y sanitario de la población mexicana.

En consonancia con este objetivo, se buscó erradicar los llamados "males sociales" como el alcoholismo, la prostitución y las toxicomanías que más que enfermedades fueron considerados vicios o malos hábitos que "degeneraban a la raza". Ante la ingobernabilidad de las primeras dos décadas del siglo XX esos "vicios" se hicieron más visibles y los gobiernos Plutarco E. Calles, Pascual Ortiz Rubio, Abelardo L. Rodríguez, Lázaro Cárdenas y Manuel Ávila Camacho,

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

encaminaron las políticas sociales en contra del consumo de alcohol y de las llamadas sustancias peligrosas.

A mediados de los años veinte, en consonancia con el impulso que Estados Unidos dio a sus políticas prohibicionistas contra las drogas, en diversos países se comenzó a regular la producción, consumo y distribución de las drogas. Esas restricciones iniciaron como una cuestión de salud pública que involucraba al ámbito médico. Las convenciones internacionales en materia de drogas y las discusiones médicas de la época pronto tuvieron resonancia en México en donde los gobiernos posrevolucionarios fueron los principales creadores de decretos, reglamentos y disposiciones que regulaban estas sustancias por considerarlas perjudiciales para la salud, hasta llegar a la prohibición de algunas. Al mismo tiempo se fomentó un rechazo hacia su uso. Fue en esta década que se comenzó a hablar del toxicómano y las toxicomanías y surgieron estudios para tratar de conocer las causas, los efectos y la posible curación de los "viciosos".

Con la promulgación del código sanitario de 1926 se señaló que se debía evitar el uso vicioso de las drogas enervantes y por primera vez se mencionó que a los "viciosos" se les debía prestar atención médica. Para llevar a la práctica esa iniciativa, el código sanitario estableció que se debían fundar establecimientos especiales para internar a los "viciosos". Esa disposición concentraba las sugerencias que los médicos, especialmente los psiquiatras, habían estado proponiendo en esos años que se resumía en la necesidad de recluir forzosamente al toxicómano para su curación. Sin embargo, en México sólo se fundó, casi diez años después de que se señalara la necesidad de su existencia, el único Hospital para Toxicómanos de carácter federal.

En ese sentido, el objetivo de esta investigación es entender cuáles fueron los argumentos médicos y legales que derivaron en la creación de esta institución. Me interesa también entender su funcionamiento y analizar las causas de su desaparición. Esto implica contextualizar su surgimiento, reconstruir el espacio físico donde fue ubicado, explicar la dinámica al interior, evaluar sus alcances y señalar las limitaciones que llevaron a su fin. Para explicar ese proceso es necesario retomar algunos antecedentes de los años veinte que fue la época en

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

que se comenzó a señalar la necesidad de fundar hospitales para atender a los "viciosos" y centrar el tema de estudio en el periodo 1931-1948 periodo de funcionamiento del hospital.

El estudio de este Hospital se inscribe en la historia institucional pero también en la historia social. No sólo me interesó reconstruir el espacio hospitalario y su funcionamiento, sino brindar un primer acercamiento a los pacientes y a la rutina al interior del mismo. En términos generales las preguntas que se intentarán responder en este trabajo son ¿cómo se materializaron en la práctica las disposiciones legales que tuvieron como objeto la atención de los toxicómanos?, ¿cuál fue el proceso de institucionalización para la atención de los enfermos? y ¿cuáles son las ideas médicas que estaban detrás de la puesta en marcha del Hospital?

La falta de investigaciones y la constante mención que se hace sobre la importancia de atender a los toxicómanos en los estudios sobre las drogas, obligan a emprender esta investigación. Es importante por tanto, establecer las bases que posteriormente permitan entender el éxito o el fracaso de las políticas encaminadas a atender el consumo de las drogas en el país. Estudiar este Hospital es relevante porque durante el periodo de estudio, fue único en su tipo y en él se conjugaron los ideales no sólo de las políticas prohibicionistas de las drogas sino de los políticos y psiquiatras que pretendían, a través de su creación, contener un mal social y readaptar al enfermo para hacerlo útil y alejarlo de los vicios o malos hábitos que pudieran llevarlos a caer en la ociosidad o la delincuencia. En ese sentido, esta investigación brinda una base que permitirá tener una visión más completa sobre el Hospital y abre preguntas que se podrán contestar mediante investigaciones ulteriores, sobre la atención a los enfermos en ésta época y en años posteriores, así como las políticas de salud en torno a los toxicómanos.

La reconstrucción y análisis de la institucionalización de este Hospital fue difícil debido a la falta de literatura sobre el tema. La búsqueda bibliográfica revela que el estudio de éste y otros hospitales del mismo tipo en otros países es un campo nuevo pues no existen estudios centrados en este tipo de establecimientos.

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca
Instituto
Mora

Por tal motivo, esta investigación echó mano de la historiografía sobre las drogas y el Manicomio General que son los únicos trabajos que aportan algunos datos sobre esta institución. Así, indagando en fuentes secundarias encontré breves referencias sobre la existencia del Hospital. El trabajo de Patricia Olguín es el más amplio y lleva a cabo una aproximación a la historia del Hospital en el periodo 1931-1949.[1] Este trabajo es una guía que permite tener un primer acercamiento pero se centra en aspectos generales del surgimiento y organización de la institución.

Otro texto que hace referencia al establecimiento en cuestión es el de Claudia Unikel, Arturo Ortiz y Lourdes Vázquez.[2] Estos autores realizan un análisis cuantitativo en el que su objetivo es identificar el perfil de los usuarios de drogas internados durante el periodo 1931-1948. Estos autores brindan algunas pistas sobre el hospital y utilizan el análisis de expedientes clínicos como base de su investigación.

Las investigaciones de Ricardo Pérez Montfort se han centrado en aspectos culturales sobre las drogas y en el control que se comenzó a ejercer sobre este asunto desde fines del Porfiriato y durante los años veinte. A través de diversas fuentes, este autor realiza una reconstrucción de cómo se iniciaron las políticas de restricción hacia las drogas y la influencia internacional de esta persecución en México, destacando el cambio del discurso que permitía el uso medicinal de estas sustancias hasta la asociación drogas-delincuencia.[3] En su trabajo más reciente *Tolerancia y prohibición*[4] realiza una investigación social y cultural de las drogas y muestra la transformación de la visión de estas sustancias que pasó de un discurso de protección a la salud a un asunto de criminalización tanto de traficantes como de consumidores. También dedica un apartado al Hospital Federal de Toxicómanos en donde explica brevemente su surgimiento y las condiciones en que comenzó a funcionar.

[1] Olguín, “Aproximación”, 1995.
[2] Unikel, “Consumo”, 1995.
[3] Pérez, “Fragmentos”, 1997; *Yerba,* 1999.
[4] Pérez, *Tolerancia*, 2016.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Axayácatl Gutiérrez[5] reconstruye el discurso jurídico contra las drogas de 1917 a 1931 y estudia las ideas médicas y las diversas disposiciones legales de la época. Otros textos parten de explicar la internacionalización de las políticas prohibicionistas de Estados Unidos y su influencia e intromisión en México. Retoman las iniciativas del Departamento de Salubridad para regular las drogas, mencionan la existencia del Hospital y privilegian el estudio del problema del narcotráfico y la percusión de traficantes, así como la criminalización de los consumidores.[6]

Tesis de reciente aparición como la de José Domingo Schievenini[7] se enfocan en la prohibición de la marihuana y las cuestiones médicas, jurídicas y de política internacional en materia de drogas durante el periodo 1920-1940; la de Mariana Flores analiza el breve periodo de legalización de las drogas en 1940 y las ideas del psiquiatra Leopoldo Salazar Viniegra.[8] Por su parte, Nidia Olvera analiza el control de las drogas en la ciudad de México ejercido por la policía sanitaria o de narcóticos a cargo del Departamento de Salubridad Pública durante 1920-1943.[9]

Para entender la reforma médica y administrativa que se llevó a cabo en el Manicomio General y la creación del Pabellón de Toxicómanos durante 1930 fueron de mucha utilidad las investigaciones de Cristina Sacristán.[10] Finalmente, el libro *Cómo prevenir la locura* de Andrés Ríos sirvió de base para identificar el papel de los psiquiatras en lo referente a la higiene mental.[11]

Todos los trabajos mencionados realizan pequeñas referencias al Hospital y su estudio se ha dejado de lado porque el interés de las investigaciones expuestas, a excepción de los trabajos de Cristina Sacristán y Andrés Ríos, se relaciona con el control y prohibición de las drogas y con el problema de los traficantes y el narcotráfico. Muchos de ellos explican la transformación de un

---

[5] Gutiérrez, “Prohibición”, 1996
[6] Algunos trabajos son los de Astorga, *Drogas*, 2015 y Enciso, *Historia,* 2015
[7] Schievenini, “Prohibición”, 2012.
[8] Véase Flores, “Alternativa”, 2013.
[9] Olvera, “Policías”, 2016.
[10] Sacristán, “Valoración”, 2001;”Curar”, 2002; “Historiografía”, 2005, “Bien” 2005, “Contribución”, 2010.
[11] Ríos, *Prevenir*, 2016.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

discurso médico que procuraba la salud a otro que involucraría la creciente actividad de la autoridad judicial sobre el problema.

Este trabajo toma como objeto de estudio al Hospital en sí mismo. Lo que intento demostrar es que este establecimiento surgió con grandes expectativas y con la idea de ser una institución que pudiera recluir y regenerar a los toxicómanos para integrarlos como ciudadanos útiles a la población en aras del progreso del país. Sin embargo, su institucionalización no fue completa y su fracaso obedeció a algunos factores que esta tesis busca analizar.

Para llevar a cabo esta investigación he tomado el estudio del espacio como herramienta de análisis. Esta variable la entiendo no sólo como el espacio físico sino como la disposición material que permitió la interacción social de múltiples actores que dieron como resultado la creación del Hospital Federal de Toxicómanos. En ese sentido, siguiendo a Doreen Massey, el espacio se construye socialmente, se crea a través de inmensas complejidades, no es estático, ni es una superficie "plana" porque las relaciones sociales que lo crean son dinámicas por sí mismas.[12] El espacio también está lleno de poder y simbolismos pues en él se tejen "relaciones de dominación y subordinación, de solidaridad y cooperación"[13] En ese sentido, este espacio hospitalario no es analizado solamente como un contenedor de poder, que se limite al control social característica de un espacio cerrado, sino que toma en cuenta las prácticas de médicos, administradores, enfermos y personal judicial que van construyendo o moldeando o debilitando a la institución.

La reconstrucción y el análisis que se propone en este trabajo intentan ir más allá de los estudios del control social. La historiografía sobre las instituciones de este tipo en América Latina incluyen: policías, cárceles, hospitales, manicomios y escuelas que han puesto de manifiesto las estrategias seguidas por las élites y los sectores acomodados para imponer un modelo de ciudadano, "varón, normal y sano" desde finales del siglo XIX y principios del XX.[14]

---

[12] Massey, "Política", 2005, pp. 277-279.
[13] *Ibid*. p. 279.
[14] Di Liscia y Bohoslavsky, *Instituciones*, 2005, p.9.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Mi interés es entender esta institución no como un lugar cerrado con un control vertical sino como el movimiento generado como resultado de la acción de todos los actores involucrados. En ese sentido una parte fundamental es entender en dónde actuaron, de ahí que la expresión material del hospital ayudó a reconstruir el funcionamiento y se acerca a las relaciones que se tejieron al interior. También permite evaluar los límites y alcances de la normatividad.

Para llevar a cabo esta investigación el trabajo de archivo fue muy importante. Utilicé fuentes como fotografías, planos y revistas que brindan testimonio del espacio y de las condiciones materiales del hospital. Los documentos administrativos como reglamentos, oficios, memorándums, informes de novedades, listas de enfermos o de alimentos, quejas y peticiones las encontré en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA) principalmente en los fondos de Salubridad Pública, Manicomio General y Beneficencia Pública. También elaboré una base de datos con el 10% de 1502 expedientes clínicos correspondientes al fondo Hospital Federal de Toxicómanos, del mismo acervo. Este fondo consta de 1673 expedientes pero debido a algunas dificultades en la consulta sólo se usaron 42 cajas del periodo 1933-1943. Esa base de datos ayudó a esbozar un perfil social de los internos y complementar la reconstrucción del funcionamiento del Hospital. Asimismo una aproximación al inmueble del Hospital fue posible mediante el uso de fotografías que se encontraron en la Fototeca del Instituto Nacional de Antropología e Historia y las *Memorias de labores* del Departamento de Salubridad Pública.

Finalmente, en esta investigación se rastreó todos aquellos testimonios que nos hablan de los materiales, los objetos y el edificio mismo en artículos de los psiquiatras, en revistas del Departamento de Salubridad y en boletines, lo que permitió no sólo la reconstrucción del hospital, sino de la rutina de los pacientes. Si bien ese acercamiento está lejos de lo que se puede denominar vida cotidiana, sí implica una aportación importante, puesto que hasta el momento se ha escrito poco acerca del funcionamiento de este espacio hospitalario, entendido como un espacio de interacción social.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Este trabajo está organizado en tres capítulos. En el primero de ellos expongo un panorama de las principales disposiciones legales en materia de drogas, que muestran cómo se determinó que el consumidor de esas sustancias fuera un enfermo que necesitaba de atención médica y la justificación para el establecimiento de hospitales federales en la república. En el segundo capítulo analizo cómo las propuestas para atender al toxicómano se pusieron en práctica al designarse los primeros establecimientos para proporcionarles tratamiento, así como la transición que hubo entre los diferentes espacios que ocupó el Hospital hasta materializarse en el edificio construido especialmente para ello. En el tercer capítulo reconstruyó el funcionamiento del Hospital y me acercó al perfil social de los pacientes y a las relaciones que se establecieron dentro del establecimiento y que lo llevaron a su desaparición.

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca
Instituto
Mora

CAPÍTULO I. EN BUSCA DE LA DEFINICIÓN DEL TOXICÓMANO

"Guerra a muerte a los toxicómanos. Extirpación de esa lacra tan funesta", exhibió en su primera plana, *El Nacional* el 24 de mayo de 1931.[15] En esa nota, se dijo que la "batida contra los traficantes de estupefacientes sería muy enérgica y que a los viciosos se les internaría en el Manicomio para que se les prestaran atenciones".[16] La noticia apareció como preludio y probablemente preparaba a la opinión pública sobre la publicación, unos cuantos meses después, del nuevo código penal de 1931 y del Reglamento Federal de Toxicomanía.[17]

A mediados de los años veinte y principios de los treinta, en la prensa de la ciudad de México, al menos en la de talante conservador, a menudo se publicaron noticias similares, las cuales, además de señalar los logros de la policía en la captura de traficantes y "viciosos", también formularon la imagen que se tenía de los ya denominados toxicómanos. Por ejemplo, en la nota mencionada, se dijo que un policía había sorprendido "dormidos en las puertas del Mesón Azul […] a Rafael Paz Suárez y Francisco Ponce de León, el primero contumaz cocainómano y el segundo un morfinómano irredento" a los cuales se vio como "dos seres, víctimas de vicios, en estado de idiotez completa", esos toxicómanos expresaron, según la nota, que no "podían prescindir de las drogas, porque constituían para ellos "todo el encanto de la vida" y "se sometían a las consecuencias de su placer."[18]

En efecto, la ambigüedad entorno a la concepción de quién era un toxicómano surgiría en los años veinte y permanecería sin resolver por lo menos durante una década. El debate se encontraba entre si los "viciosos" tenían una enfermedad o debían ser vistos y tratados como criminales. En principio el toxicómano era considerado un ser peligroso, pues podía atentar contra la sociedad poniendo en riesgo la vida de otros, robando para "satisfacer su vicio" o incluso "esparciendo el mal" entre los "inocentes". No sería sino hasta la

[15] "Guerra a muerte a los toxicómanos", *El Nacional,* México, 24 de mayo de 1931.
[16] *Idem*.
[17] Publicado en el *Diario Oficial* el 27 de octubre de 1931.
[18] "Guerra a muerte a los toxicómanos", *El Nacional,* 24 de mayo de 1931.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

promulgación del Reglamento Federal de Toxicomanía de 1931 en el cual se marcó una diferencia jurídica en las actitudes hacia el toxicómano, ya que le confirió la condición de enfermo.

De esta forma, el objetivo de este capítulo es explicar el marco legal en el cuál se fueron regulando las “sustancias que degeneran la raza” pasando por la regulación y prohibición del consumo de algunas de ellas, hasta llegar a la definición del toxicómano como enfermo. Esta catalogación de la toxicomanía como enfermedad sería decisiva para sentar las bases de la propuesta que daría pie a la creación de un hospital especial para atender a esos enfermos en 1935 y su institucionalización. En este proceso, el papel de las autoridades sanitarias fue fundamental ya que el país se encontraba en una etapa de “reconstrucción” en la cual el fortalecimiento del Estado estaba relacionado con tener una población sana y “útil a la nación”. Junto con la normatividad, se emprendieron diversas políticas para extirpar las “lacras sociales” en las que se incluía a los alcohólicos, a las prostitutas y a los toxicómanos, grupos que se consideraron incompatibles con el nuevo proyecto de nación. Así los gobiernos posrevolucionarios implementaron nuevas políticas sociales destinadas a combatir los “vicios” y reconstruir un país que necesitaba situarse a la altura de los que se consideraban civilizados y obtener el reconocimiento internacional.

A diferencia del alcoholismo, que fue la principal preocupación entre las autoridades y los sectores acomodados, el caso de los toxicómanos como enfermos, ha sido poco estudiado por la historiografía, quizá porque al parecer en la primera mitad del siglo XX las toxicomanías no representaban un problema real de salud entre la población mexicana. No obstante, estudios muy recientes han destacado que desde mediados de los años veinte la regulación de las “sustancias venenosas” fue más severa, llevando en algunos casos a la prohibición y a fijar la atención no sólo en los vendedores sino también en los consumidores, de ahí que el Estado se viera obligado a tomar medidas para prevenir y frenar la toxicomanía.

Pocas investigaciones se han detenido a preguntarse por la relación entre este interés sobre las drogas y la construcción de una institución especial para tratar como enfermos a los consumidores de las mismas. Por consiguiente, es

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

importante saber, cuáles fueron las primeras políticas tomadas por el Estado mexicano para atender a los toxicómanos. Esas políticas están ligadas a las reglamentaciones impuestas a las drogas por lo cual es menester retomar el marco legal en el cual se inició la regulación y prohibición de las drogas para rescatar el inicio de la atención a los toxicómanos y la contención de la toxicomanía.

La historiografía ha privilegiado el estudio de la penalización, producción, distribución, comercialización y consumo de las drogas, enfatizando el paso de su regulación a la prohibición, así como de la persecución de traficantes y consumidores.[19] Otros trabajos más recientes rescatan el papel de los médicos, las tensiones con las autoridades judiciales o la discusión en torno a la marihuana, la degeneración, el crimen y la locura.[20] Sin embargo, aún falta entrelazar la nueva normatividad de los gobiernos posrevolucionarios en materia de drogas con las políticas de salud, pues ese entrecruzamiento fue lo que sustentó la penalización del consumo y posteriormente la concepción de los toxicómanos como enfermos que necesitaban de atención médica especializada para curarlos y hacerlos "personas útiles a la nación."

1. Panorama internacional: el inicio de las iniciativas para contener la toxicomanía

Si bien, las políticas en torno a los toxicómanos se hicieron visibles en la década de los treinta, en el ámbito internacional la discusión sobre las toxicomanías y la atención a los toxicómanos, se presentó desde mediados de la década de 1920, cuando en distintos países se generalizó la preocupación por la toxicomanía.[21]

[19] Algunos trabajos generales sobre las drogas son los de Davenport, *Búsqueda*, 2003 y Escohotado, *Historia,* 1998. Para el caso mexicano destacan los trabajos de Astorga, *Drogas*, 2015 y *Siglo*, 1996; Pérez, *Hábitos*, 1997, *Yerba*, 1999 y Tolerancia, 2016; Schievenini, "Prohibición", 2012; Gutiérrez, "Prohibición", 1996; Enciso, *Historia*, 2015. Los autores mencionados han estudiado la historia de las drogas rescatando el ámbito legal, la criminalización del consumidor y la prohibición de las drogas, así como aspectos culturales con relación a los enervantes y también se han interesado en la cuestión de las corruptelas y el narcotráfico.

[20] Pérez, *Tolerancia*, 2016, Campos, *Marijuana*, 2012 y Enciso, *Historia,* 2015.

[21] Davenport, señala que las actitudes en Occidente en relación con las drogas se transformaron a partir de la década de 1820. Algunas razones fueron que la obra de Thomas de Quincey,

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

De esta forma, en la Primera Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, que se reunió en Washington en septiembre de 1926 y en la cual participó México y otros países,[22] se acordó la celebración de la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana, que se llevaría a cabo en la ciudad de Lima, Perú en octubre de 1927. La importancia de esta conferencia, fue que se sentaron las bases para luchar contra la toxicomanía y se recomendó a todos los países signatarios seguir las medidas acordadas. Entre ellas, los gobiernos debían adoptar los lineamientos internacionales, que fueron la base de muchas legislaciones en materia de drogas y de atención a los toxicómanos.

Los doctores Sebastián Lorente y Baltazar Caravedo, delegados del Perú expusieron los fundamentos para la organización de la "defensa social contra la toxicomanía". Definieron a la toxicomanía como la "tendencia mórbida de absorber por ingestión, inhalación o en inyección hipodérmica, tóxicos que habitualmente se emplea[ban] con criterio terapéutico."[23] Los tóxicos a los que se referían eran el opio, la morfina, la heroína, la cocaína y el éter, que según se mencionó, eran los más utilizados en medicina, y que después del alcohol, causaban las toxicomanías, "constituyendo por su asombrosa diseminación desde la guerra

---

Confesiones de un comedor de opio, se convirtió en un libro de culto; por otro lado, el alcaloide morfina, que había sido recientemente descubierto, alcanzó gran popularidad entre doctores y pacientes; y por último, la controversia en torno al comercio de opio con China se intensificó. En 1840, el hachís se convirtió en una diversión habitual en Francia para una "minoría exuberante que se consideraba a sí misma una elite exclusiva pero subversiva" que "saboreaba la droga como una expresión manifiesta de su propio estilo." La reputación de algunos "narcómanos" modificó algunas actitudes, también influyeron en el consumo de drogas, los avances científicos de Europa, la industrialización y el colonialismo. El uso de drogas para propósitos no medicinales no fue objeto de acusaciones criminales hasta el siglo XX (excepto en algunas ciudades de Estados Unidos en donde inició en la década de 1870). No obstante, la opinión de la sociedad constituía un regulador efectivo del comportamiento, por lo cual, comenzó a recaer sobre el consumo de drogas el estigma de ser una ofensa a la sociedad. Véase Davenport, *Búsqueda*, 2003, p. 57.

[22]Además de México se consideró miembro de la conferencia a los siguientes países: Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, República Dominicana, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Haití, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela. Véase Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, "Conferencia de directores de sanidad" en *Pan American Health Organization* [Versión en línea], Washington, 1926, vol.5, núm. 11, p. 523-534, < http://iris.paho.org/xmlui/>, [Consulta: 21 de noviembre de 2015]

[23] Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, "Bases fundamentales para la Organización de la Defensa Social contra la toxicomanía" en *Pan American Health Organization* [Versión en línea], Washington, 1928, vol.7, núm. 1, p. 192, < http://iris.paho.org/xmlui/>, [Consulta: 21 de noviembre de 2015]

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

europea un gran peligro para el porvenir de la raza, y para los profesionales especializados en medicina social, un problema de actualidad”[24]

Según los doctores mencionados, a pesar de que la toxicomanía existía desde la antigüedad, por el uso de sustancias como el alcohol que era permitido y tolerado, fue a raíz de la primera guerra mundial que la toxicomanía se extendió por todo el orbe. Las sustancias consideradas drogas antes de la primera guerra mundial, sólo se conocían por los viajeros o por la literatura “patológica” en la que se consideraba que se hacía con frecuencia una “apología del vicio” y se alentaba al lector para la búsqueda de los “placeres y raras sensaciones”.[25] Así, la toxicomanía fue considerada una “epidemia”, por lo cual, en todos los países se debían establecer “medidas enérgicas de represión” con el fin de “detener el mal” que se estaba propagando.

En esa conferencia se mencionó que la toxicomanía tenía todas las características del “contagio mental” y “epidemia psíquica” que multiplicaba las degeneraciones debido a los efectos perniciosos que los tóxicos producían sobre el individuo, “convirtiéndolo frecuentemente en enfermo incapaz de presidirse en la lucha por la vida, comprometiendo sus intereses, los de su familia, y en resumen, los de la raza”[26] El toxicómano, en ese sentido, era considerado un doble problema no sólo desde el punto de vista penal sino también social, ya que según los doctores, el número de delitos cometidos por los toxicómanos aumentaba, pero también la población de los hospitales y los asilos para alienados.

Esas ideas justificaron iniciar una lucha internacional contra las toxicomanías. En la misma conferencia se declaró que las toxicomanías constituían “un grave peligro para el porvenir de los países del continente americano, por su fácil difusión y por los efectos perniciosos sobre la raza”[27] Por estas razones, se recomendó a los gobiernos de los diversos estados, la organización de la defensa social contra las toxicomanías, estableciendo medidas fiscalizadoras, represivas, terapéuticas y profilácticas.

---

[24] *Idem.*
[25] *Ibid.,* p. 193.
[26] *Idem.*
[27] *Ibid*., p. 196.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Las bases que se acordaron para frenar las toxicomanías fueron, en primer lugar, la reducción del cultivo, fabricación y venta de los tóxicos, que debían estar limitados a fines terapéuticos. De no hacerlo, se enfatizó, el comercio ilegitimo de drogas seguiría creciendo como resultado de una producción mundial superior a la necesaria para fines médicos. Además, se mencionó que los toxicómanos seguirían esparciendo el "vicio y el tóxico", por lo que también se debía prohibir el ingreso de toxicómanos a otros países.[28]

En segundo lugar, se debía poner atención en los toxicómanos mediante la "declaración y asistencia obligatoria en establecimientos especiales, dependientes del Estado, de tipo cerrado y a cargo de médicos especializados."[29] La "declaración" de un sujeto como toxicómano, impulsó a que en distintos países, no sólo los médicos, sino las autoridades judiciales y cualquier miembro de la familia, pudiera "declarar" a un consumidor de drogas como toxicómano, con lo cual iniciaría su asistencia, dejando de ser ignorado. Lo anterior, se justificó con base en los criterios de la "defensa social" contra las enfermedades infecto-contagiosas y las enfermedades mentales, haciendo la aclaración que no significaba la "violación del secreto profesional o atentado a las libertades individuales".[30]

La asistencia hacia el toxicómano debía ser obligatoria porque era considerado un enfermo que favorecía que cada día hubiera más adeptos y se "multiplicaban seres peligrosos e inútiles, elementos de desorden y degradación" por lo tanto, debían ser asistidos en establecimientos especiales en donde no pudieran burlar la vigilancia ni el régimen impuesto por el personal.[31]

El tercer punto, se refirió a la profilaxis, que se debía realizar mediante la educación y la propaganda antitóxica. Las medidas profilácticas eran consideradas los procedimientos más eficaces para disminuir la "carga pesada" que significaba para el Estado la asistencia de "enfermedades evitables".[32] Se sugirió realizar un movimiento de prevención mediante una campaña, el establecimiento de servicios de higiene mental y servicios de asistencia y propaganda en donde se pudiera

[28] *Idem.*
[29] *Idem.*
[30] *Ibid*., 197.
[31] *Idem.*
[32] *Idem.*

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

atender y dar consejos, preferentemente a "todos aquellos seres predispuestos por su organización psíquica, a todos los débiles que se encontra[ran] en condiciones de inferioridad física o mental, pasajera o definitiva."[33]

Esas iniciativas contra las toxicomanías, se reflejaron en diversas disposiciones legales tanto en México como en otros países. En México, el código sanitario de 1926 fue el primero en establecer cuáles eran las drogas enervantes. Las iniciativas en torno a éstas, quedaron en manos del Departamento de Salubridad y toda actividad relacionada con estas sustancias quedó sujeta a los tratados y convenios internacionales. En el código se especificó que se debía evitar el consumo "vicioso" y se señaló la necesidad de atender y curar a los "viciosos" así como, fundar establecimientos especiales para internarlos.[34] Sin embargo, fue hasta la promulgación del Reglamento Federal de Toxicomanía de 1931 cuando se definió al toxicómano y se decidió fundar hospitales federales para atenderlos.

No obstante, llegar a este punto no había sido sencillo. En Europa el fenómeno de la toxicomanía se había extendido desde mediados del siglo XIX, cuando nuevos tratamientos en el campo de la anestesia y de la lucha contra el dolor empezaron a utilizarse en la medicina.[35] El descubrimiento de la morfina, el cloral, el éter, el cloroformo, la cocaína y la heroína despertaron entusiasmo y esperanza en el ámbito médico, pero al salir de este campo se convirtieron en una preocupación social.

En Francia, apareció la idea de una "política de lo criminal" en materia de estupefacientes. Al igual que al alcohol, las drogas se concibieron como el origen de la "degenerescencia y la "despoblación".[36] Así, en 1916 se aprobó una ley concerniente a la importación, el comercio, la conservación y el uso de sustancias venenosas, especialmente el opio, la morfina y la cocaína.[37] Existían asilos para alienados en donde el toxicómano se admitía cuando era declarado enfermo de alienación mental. Los asilos eran considerados lugares impropios para atender a

[33] *Idem.*
[34] Véase *Código Sanitario,* 1926, arts. 198-206.
[35] Maugeais, "Estupefacientes", 2000, p. 263.
[36] *Idem.*
[37] *Idem.*

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

tales enfermos, pero al mismo tiempo, ~~eran~~ a juicio de los médicos, los lugares más seguros para hacerse cargo de los toxicómanos, y también, desde fines del siglo XIX, hubo quienes reclamaron el derecho de los enfermos a internarse libremente.[38]

En la misma Francia, las casas de salud y los establecimientos de hidroterapia ofrecían un sustituto de la internación psiquiátrica. Algunos de ellos se especializaron en el campo de la toxicomanía como el Sanatorium de la Malmaison, policlínica que ofrecía sus servicios a los "agotados, neurasténicos, intoxicados de cualquier clase por la morfina, la cocaína, el alcohol…" sin embargo esas instituciones fueron criticadas pues ofrecían muy pocas garantías de vigilancia y sus propietarios procuraban prolongar la permanencia de sus clientes.[39]

Otros países, coincidieron en poner restricciones. Estado Unidos, por ejemplo, inició en 1914 una política contra las drogas a partir de la Ley Harrison; Cuba al año siguiente con la adopción de medidas represivas por la venta de éter, morfina, opio, cocaína, cloroformo y cloral; en 1916, el gobierno británico promulgó la Defence of de Realm Regulation 40B que propició las primeras normas de control en materia de psicofármacos en el Reino Unido.[40]

En España entre 1926 y 1931 se inició una lucha intensa contra las toxicomanías. En Barcelona, se fundó la Asociación contra la Toxicomanía apoyada por el ámbito privado aunque vinculada a los poderes públicos. Esta Asociación fue pionera en la prevención y su labor se centró en poner en marcha una "gran campaña educativa contra los venenos sociales" con la finalidad de manifestar los daños causados por las sustancias estupefacientes y evitar "futuras víctimas de la toxicomanía".[41] El eje central de la campaña fue una serie de conferencias y comunicaciones impartidas por miembros de la Asociación y personas invitadas.

---

[38] *Ibid.,* p. 269.
[39] *Idem.*
[40] Usó, "San Sebastián", 2014, p. 103.
[41] Usó, "Asociación", 2011, pp. 94-98.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Para que esta campaña tuviera éxito, la Asociación se preocupó por conseguir apoyo de los colegios oficiales de médicos, logrando la adhesión de los de Valencia, Madrid, Málaga, Sevilla, Álava, Córdoba y Palencia.[42] Otro de sus objetivos, fue la construcción de un sanatorio para el tratamiento de toxicómanos sin recursos. La Asociación ejerció una presión constante sobre las autoridades para que promulgaran una ley que obligara al internamiento forzoso de todos los toxicómanos en sanatorios especiales, incluso un arquitecto llamado Germán Rodríguez Arias, presentó un proyecto en 1928.[43] Manuel Ma. De Sivatte y Llopart junto con Isabel del Valle de Lersundi, hicieron la donación de un inmueble y terrenos colindantes, pero por motivos que se desconocen el ansiado sanatorio nunca llegó a materializarse.[44]

La Asociación realizó gestiones para que los "toxicómanos indigentes" fueran temporalmente admitidos en el Asilo Municipal del Parque de Barcelona, pero este asilo no era adecuado por lo que se acordó que los casos más graves ingresaran en Casas de Salud. La Asociación pagaría los gastos de sus pensiones. Los toxicómanos y toxicómanas que recurrieron a la ayuda de la Asociación, fueron ingresados en establecimientos como el Instituto Mental de la Santa Cruz (Distrito de Sant Andreu), o en la clínica Mental Torre Campdera, de Lloret de Mar (Girona).[45] La Asociación funcionó hasta 1931, pero la construcción del sanatorio especializado no se llevó a cabo, sino hasta un año después de la disolución de la Asociación de acuerdo con una ley de vagos y maleantes y como "medida de sometimiento a medidas de seguridad" de todos los "ebrios y toxicómanos habituales".[46]

Estados Unidos, fue el país que encabezó muchas de las iniciativas internacionales para regular las drogas y luchar contra las toxicomanías y los

[42] *Ibid.,* p. 98.
[43] *Idem.*
[44] *Idem.*
[45] *Ibid*.,p.99
[46] *Ibid*., p. 100. Usó señala que en respuesta a la presión mediática y a la alarma desatada entre las "gentes sensatas" y las autoridades sanitarias a raíz del fallecimiento por sobredosis del conde de Villanueva del Soto, en 1917 y de otros sucesos similares, se puso en marcha la primera medida legislativa encaminada a reprimir el consumo y tráfico de drogas en España, llamada Real Orden Circular del Ministerio de la Gobernación, publicada el 1 de marzo de 1918. Véase Usó, "San Sebastián", 2014, p.114.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

toxicómanos. Al extenderse la moda del opio entre los estadounidenses blancos a fines de la década de 1870, Estados Unidos buscó prohibir todo uso no médico del opio y organizó la primera conferencia internacional para ponerlo en marcha. En 1909 se llevó a cabo la Conferencia de Shangai y posteriormente, en 1912 la de La Haya o Convención Internacional del opio.[47] Dentro de su país la Ley Harrison de 1914, que entró en vigor en marzo de 1915, fue el cimiento del control federal sobre narcóticos hasta 1970. Esta ley exigía que aquellos que importaban produjeran, traficaran o vendieran opio u hojas de coca y sus derivados, debían registrarse y pagar un impuesto, así como tener registros detallados de la utilización de las drogas.[48]

El poseedor debía probar que había obtenido las sustancias legalmente, lo que provocó confusiones en la aplicación, ya que muchos médicos fueron perseguidos por "alcahuetear" a los "viciosos", sobre todo si habían prescrito la droga mediante una consulta rápida y barata, mientras que otros médicos de "clientela distinguida" que habían prescrito la droga mediante un detenido examen, no eran perseguidos porque se consideró que se dedicaban a aplicar un tratamiento.[49] Tanto médicos como consumidores eran vulnerables ante la nueva ley. Fabricantes y boticarios crearon asociaciones para resistir, como la NAMP (National Association of Medicinal Products) y la NARD (National Association of Retail Druggists), por su parte, la Asociación Farmacéutica Americana, temerosa de perder prestigio y aún poco influyente, adoptó una postura de apoyo al principio prohibicionista, aunque criticó —como la NAMP y la NARD— los excesivos engorros de registrar cada venta en detalle.[50]

En 1919, una encuesta realizada por el Comité del Tesoro de Estados Unidos, calculó que existían 238 000 adictos, pero el mismo comité consideró que esta cifra podía elevarse a un millón o más.[51] La cuestión de la curación o el tratamiento, se fue haciendo más problemática, pues en 1921 un informe

[47]Véase Davenport, *op.cit*., p. 158. Cárdenas, "Toxicomanía", 1976, p. 35-49. Escohotado, "Creación", 1986, pp.23-56.
[48] Davenport, *op.cit*., p. 200.
[49] Escohotado, *op.cit.,* pp. 41-42.
[50] *Ibid*., p. 37-41.
[51] *Ibid.,* p. 44.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

confidencial indicó que sólo se registraba un 10% de curaciones y que "los actuales métodos de tratar la adicción a las drogas" debían considerarse fracasos.[52] Sólo algunos centros privados y lucrativos de rehabilitación informaron de algunos progresos.

Existían "granjas" psiquiátricas como las de Fort Worth y Lexington que no lograban llegar más que al 6% de rehabilitaciones y en un hospital de Riverside en Nueva York, se mostró que de 247 adictos tratados, el 86% estaban encarcelados u hospitalizados tres años después.[53] Entre 1921 y 1925, mediante la Ley Harrison, se cerraron varias clínicas en las que se atendían a toxicómanos como las de Albany, Houston, New Haven, Atlanta, Shreveport y Nueva Orleáns debido a que el control federal veía en los médicos una amenaza que fomentaba el vicio de los toxicómanos, pues la mayoría de los toxicómanos habían contraído el hábito usando medicinas recetadas por algún facultativo.[54]

Como resultado de las recomendaciones internacionales en algunos países de América Latina también se comenzaron a dictar leyes con el mismo fin prohibitivo de las drogas y de represión a traficantes y atención para los toxicómanos. Por ejemplo, en Chile hacia 1900 se verificó una discusión pública en torno al consumo extramédico de sustancias como: el opio y sus derivados, la cocaína y el cáñamo indiano. Fueron los farmacéuticos quienes manifestaron la necesidad de someter a control la distribución y el consumo de tales sustancias, control que consideraron debía quedar bajo su responsabilidad.[55] Aunque esto provocó una polémica con los médicos y la Dirección General de Sanidad, finalmente los dueños de farmacia colaboraron en la formulación de las primeras normativas para reglamentar el expendio y consumo de las sustancias mencionadas. Fue en 1933, cuando se expresó la necesidad de regular eficientemente a los toxicómanos y en ese año se propuso la elaboración de un registro de usuarios de morfina y cocaína con el objeto de que se les suministrarán dosis diarias que les arrancasen del "abuso y la especulación", del mismo modo se

[52] *Idem*.
[53] *Ibid*., p. 45.
[54] *Ibid*., pp. 39-44, 50-51.
[55] Fernández, "Boticas", 2013, pp. 73. Las hojas de coca se comenzaron a regular en 1920. .

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

apeló a la necesidad de un establecimiento de salud que recibiera a esas "víctimas del vicio" y así iniciar el camino hacia su recuperación.[56]

En Chile durante 1936, casi un año después que en México se abriera el Hospital de Toxicómanos, se pidió la formación de un Sanatorio especial, señalando la responsabilidad que el Estado tenía en la vigilancia y rehabilitación de los toxicómanos. En estos años, éstos eran atendidos en manicomios, en el Sanatorio de El Carmen ubicado en la ciudad de Santiago o en clínicas privadas. El proyecto para fundar un Instituto de Reeducación Mental exclusivamente para toxicómanos, financiado con las multas que produciría la Ley de Alcoholes, se veía cerca en 1940, sin embargo al parecer no llegó a materializarse.[57]

En 1930, países como Costa Rica,[58] Venezuela[59] y El Salvador[60] promulgaron leyes para establecer un uso estrictamente medicinal de sustancias enervantes. Se continuó con la prohibición de la importación, exportación, tránsito, compra, venta, donación, tenencia, depósito y uso del opio preparado de la heroína y la marihuana.

En Argentina, el doctor Agrelo afirmó que la difusión de la narcomanía había sido tan rápida que se extendió de sorpresa en la Argentina, por lo cual, ni el código civil ni el penal, contenían penas para narcómanos.[61] Por eso, sugirió un proyecto de ley que clasificaba a los morfinómanos en tres grupos, primero los que "comen[zaban] a tomar la droga por enfermedad o indicación médica" y se acostumbraban a ella; segundo, "los que sanos moral y físicamente, se entrega[ba]n al vicio por una razón u otra" y tercero, los "tarados que ya tenían lesiones renales y alguna manía, y en el que todo tratamiento fracasa[ría] inevitablemente" y por los que, según el doctor Agrelo, lo único que se podía hacer era rebajar la dosis de morfina para prolongar su vida.[62]

A los del primer grupo, se les debía recluir en un sanatorio por tres meses hasta su curación, si reincidían tenían que se recluidos un año y si reincidían por

[56] *Ibid.,* p. 84
[57] *Ibid.,* p. 88
[58] Véase Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 10, núm.1, enero de 1931.
[59] *Ibid.*
[60] Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 10, núm.3, marzo de 1931
[61] Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 10, núm.5, mayo de 1931.
[62] *Idem.*

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

tercera vez perderían sus derechos civiles. A los del segundo grupo se les debía tratar "con más rigor" internándoseles por más tiempo, y separándolos de todos los lugares y amigos que frecuentaban. Esos dos grupos, estarían bajo vigilancia un año después del alta, y se debían "presentar al sanatorio cuando se cre[yera] conveniente para observar si reinci[dían]". A los del tercer grupo, se les debía separar de la sociedad definitivamente.[63] Sin embargo, no se sabe si ésta propuesta se llevó a la práctica.

Así, en Europa y en América desde el siglo XIX se atendieron casos de toxicomanía que en el siglo XX se hicieron más frecuentes. Al igual que en México, todavía a principios del siglo XX, se pensó que el manicomio o la prisión, eran buenas opciones para recluir a los toxicómanos. Sin embargo a mediados de la década de 1920, las iniciativas de salud propugnaban por establecimientos especiales de reclusión obligatoria. Los médicos y el Estado debían, por recomendación internacional, iniciar un proceso para establecer instituciones adecuadas donde se pudiera curar a los enfermos. La creación de instituciones especializadas fue una temática frecuente e importante en las reglamentaciones. Según el consenso entre los países, los gobiernos al entrar en la dinámica de la lucha contra las drogas debían acatar las disposiciones internacionales y proveer a los médicos de las herramientas necesarias para hacer cumplir los ideales de un "mundo sin drogas".

2. La reconstrucción y el control de los "males sociales"

Desde el Congreso Constituyente de 1917, en México se discutió la necesidad de que las disposiciones de salud estuvieran a cargo del ejecutivo federal. Esta cuestión fue una iniciativa del doctor José María Rodríguez,[64] quien era el jefe del aún Consejo Superior de Salubridad. Las diversas epidemias y enfermedades que asolaban a la población como resultado de las pugnas revolucionarias,

[63] *Idem*.
[64] José María Rodríguez fue un médico y militar destacado. Nació en Saltillo, Coahuila en 1870. Fue presidente municipal de Torreón en 1913 y fue nombrado Presidente del Consejo de Salubridad General durante el periodo 1914-1916. Fue diputado al Congreso Constituyente de 1916 a 1917 y propuso que éste incluyera la actividad sanitaria. Posteriormente ocupó el puesto de Jefe del Departamento de Salubridad Pública. Véase Rodríguez de Romo, *Protagonistas*, 2008, p. 409.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

demandaban medidas enérgicas de prevención y atención inmediata. El doctor Rodríguez sugirió la unificación de todas las medidas de higiene en órganos rectores a nivel nacional, controladas desde el centro y que debían seguir lineamientos internacionales, lo que se traducía como una "dictadura sanitaria".[65]

Para lograr lo anterior era ineludible la creación de un Departamento de Salubridad General de la República. Ese Departamento debía estar a cargo de todas las medidas de higiene, ser dependiente del ejecutivo federal y sus disposiciones debían ser obligatorias para los gobiernos de los estados y reglamentadas por los mismos para su observancia.[66] Esta fue una iniciativa muy importante, ya que hasta entonces el Consejo Superior de Salubridad dependía de la Secretaría de Gobernación, lo cual le impedía actuar de forma independiente en caso de alguna emergencia y sólo funcionaba como un órgano consultor de los estados. Además, su campo de acción se limitaba al Distrito Federal y a los territorios subordinados a la secretaría mencionada.

Según el doctor Rodríguez, la acción del ejecutivo federal sobre la unificación de la higiene se debía imponer por la necesidad de la "regeneración de nuestra raza enferma" que, en clara alusión a los sectores populares, defendía acérrimamente la implantación de una "dictadura sanitaria":

> […] si los componentes de nuestra raza en inmensa mayoría están degenerados por el alcohol y son descendientes de alcohólicos o degenerados por las enfermedades y por añadidura pobres miserables, que no pueden trabajar ni luchar por la vida con ventaja, por su inhabilidad física y naturalmente moral, tendréis entonces disminuida la fuerza nacional en razón inversa de los físicamente inhabilitados, de los enfermos y de los pobres, y por eso es una necesidad nacional que el Gobierno de hoy en adelante intervenga, aun despóticamente, sobre la higiene del individuo, particular y colectivamente. El derecho que el Estado tiene para imponer reglas de bien vivir no es discutible, es la defensa de la mayoría.[67]

De esa forma, el doctor Rodríguez sugirió que las iniciativas de salud debían imponerse a toda la sociedad para evitar la "degeneración de la raza

[65] Véase Aréchiga, "Educación", 2007, pp. 60-64.
[66] Diario de los debates del Congreso Constituyente, 18 de enero de 1917, t. II, p. 447.
[67] *Idem*

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

mexicana"[68] cuya expansión se debía principalmente al alcoholismo y a las drogas y como era "un hecho demostrado por los datos estadísticos" principalmente de la ciudad de México, era importante detener este mal pues lo mismo sucedía en las principales poblaciones de la República, en sus palabras explicó que:

> [era] indispensable que las disposiciones dictadas para corregir esta enfermedad de la raza, provenida principalmente del alcoholismo y del envenenamiento por substancias medicinales como el opio, la morfina, el éter, la cocaína, la marihuana, etcétera, sean dictadas con tal energía, que contrarresten de una manera efectiva, eficaz, el abuso del comercio de estas substancias tan nocivas a la salud, que en la actualidad han ocasionado desastres de tal naturaleza, que han multiplicado la mortalidad al grado de que ésta sea también de las mayores del mundo: que sean dictadas, hemos dicho, por la autoridad sanitaria, la única que puede valorizar los perjuicios enormes ocasionados al país por las consecuencias individuales y colectivas que ocasiona al país la libertad comercial de todos esos productos […][69]

La necesidad de impedir la "degeneración" de la población, justificó la intervención de las autoridades sanitarias en iniciativas que procuraran una población sana. Al considerarse que el abuso del comercio de las aún consideradas sustancias medicinales podía ser nocivo para la salud, la autoridad sanitaria se colocaba a sí misma como la única instancia que podía encargarse de regularlas y así "salvar a la raza".

Finalmente con la promulgación de la nueva Constitución, el 5 de febrero de 1917, el Consejo Superior de Salubridad se convirtió en Consejo de Salubridad General cuyas disposiciones serían obligatorias para todo el país, tendría un

---

[68] El término "degeneración", como era usado en los discursos políticos, incluía la elevada mortalidad infantil, la alta morbilidad en niños y adultos, en particular epilepsia y locura, la debilidad física y a veces mental y una tendencia a adquirir vicios, principalmente el alcoholismo.Véase Martínez, *Consejo*, 2000, p.33. También existía una influencia de la teoría degeneracionista o del degeneracionismo, que fue propuesta por August Benedict Morel en su *Tratado de degeneración de la especie humana* publicado en Francia en 1857 en ésta asumiendo una noción de transmisión hereditaria de las enfermedades mentales y apoyándose en una corriente de pensamiento evolucionista, planteó que "los trastornos psíquicos eran expresión de la constitución anormal del organismo de los sujetos que las presentan, siendo esa constitución anormal transmitida hereditariamente y sujeta a una evolución progresiva hacia la decadencia lo que traía consigo la 'desviación mórbida del tipo normal de la humanidad". Véase Huertas, *Locura*, 1987, pp. 21-22. Del mismo autor *Siglo*, 2004, pp. 114-116, Véase también Caponi,"Genealogía", 2009, pp. 425-445. El degeneracionismo también planteó que las especies degeneraban o regeneraban en la medida en que se alejaban o se acercaban a un modelo original a partir de la influencia del entorno ambiental y social. Esta teoría tuvo mucha aceptación durante la segunda mitad del siglo XIX, propiciando que se tomaran medidas contra los factores que podían degenerar a la sociedad como el alcoholismo, las enfermedades venéreas y las toxicomanías, la criminalidad fue un espacio favorable para la aplicación del degeneracionismo a través de la antropología criminal propuesta por Cesare Lombroso. Ríos, *Prevenir*, p. 133.

[69] *Diario de los Debates del Congreso Constituyente*, 19 de enero de 1917, t., II, p. 469.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

carácter ejecutivo y dependería directamente del presidente de la república, sin intervención de ninguna Secretaría o Estado.[70] Se estableció que el Departamento de Salubridad Pública tenía la obligación de dictar las medidas preventivas indispensables en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país.[71] Las medidas que el Consejo pusiera en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que "envenenan al individuo y degeneran la raza" serían revisadas por el Congreso de la Unión.[72] De este modo, se estableció un nuevo marco legal e institucional para la impartición de salud por parte del Estado que se erigía así, como garante de los intereses de los sectores más necesitados y emprendió diversos proyectos que tenían como objetivo liberar al país de la "tradición y la ignorancia".[73] La tarea de crear instituciones de salud regidas desde el Estado, que convertirían al país en una nación fuerte, moderna, civilizada y progresista, estaba en marcha.

Las nuevas bases legales en materia de salud, traerían consigo cuestionamientos sobre la libertad del individuo y la soberanía de los estados. Sin embargo, desde el punto de vista legal, el Estado tenía la capacidad para imponer, a través de sus instituciones y autoridades sanitarias, un estándar de acción sobre el ciudadano. El nuevo Departamento de Salubridad invitaba a que "el individuo se somet[iera] a una disciplina en bien de la colectividad" y a que todos los habitantes de la república acataran voluntariamente las prescripciones sanitarias recomendadas por el Departamento.[74] Su objetivo era propagar la idea de que las enfermedades no eran un asunto individual sino un asunto colectivo porque las enfermedades ponían en riesgo a toda la sociedad.

Entre las décadas de 1920 y 1930, en nombre de la salud pública, el Estado emprendió diversas campañas contra los llamados "males sociales" de la época como prostitutas, vagos, mendigos, alcohólicos, "drogadictos" y "pueblo bajo" de

[70] Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 5 de febrero de 1917, art. 73, fracción XVI.
[71] *Idem.*
[72] *Idem.*
[73] Agostoni, "Estadísticas", 2010, p. 168.
[74] Véase, Aréchiga, *op. cit*. p. 65-67.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

las barriadas populares.[75] Esas campañas pretendían forjar una nación con ciudadanos que fueran trabajadores, activos, de "buenas costumbres", física y mentalmente sanos, y miembros de una familia. Las campañas educativas, antialcohólicas, antivenéreas y otras que tenían que ver más con las enfermedades epidémicas y contagiosas como el tifo y la fiebre amarilla, fueron las armas para sacar a la población de la "tradición" y la "ignorancia", cambiar sus "malos hábitos" y encaminarlos hacia el "mejoramiento social".

No obstante, esas campañas no se echaron a andar solas, pues el Estado necesitó de la ayuda de diversas instituciones y de profesionales para llevarlas a cabo. Beatriz Urías coincide con Ernesto Aréchiga en que entre 1920 y 1950 existió un programa de transformación fomentado por los gobiernos posrevolucionarios y emprendido desde los ámbitos médico, psiquiátrico, antropológico, sociológico, demográfico y judicial, para forjar "un hombre nuevo".[76] El nuevo ciudadano no debía cargar consigo vicios o enfermedades, si padecía de alguna de esas características debía ser regenerado y reintegrado a la sociedad. De esta forma, las campañas funcionaron de modo preventivo en conjunción con políticas que buscaron controlar a los "indeseables", entre los que se incluía a los alcohólicos, enfermos mentales, "afeminados" y toxicómanos.

La campaña que tuvo mayor fuerza fue la antialcohólica, ya que se creó un organismo denominado Comité Nacional de Lucha contra el Alcoholismo que sería el encargado de coordinar y orientar la acción de dicha campaña y que contaría con la colaboración del gobierno y dependencias oficiales, agrupaciones obreras, campesinas, entre otras.[77] Además, la autoridad sanitaria federal debía tener una injerencia primordial en ese organismo.

El plan general de la campaña antialcohólica contaba con medidas de orden educativo como la enseñanza antialcohólica obligatoria, la formación de ligas antialcohólicas escolares, exposiciones contra el alcoholismo, el fomento de la educación física, matinés y representaciones teatrales, ligas juveniles y creación de parques infantiles, conferencias antialcohólicas en sindicatos, talleres, y

[75] *Ibid.* p. 67.
[76] Urías, *Historias*, 2007, p. 12-13.
[77] AHSSA, FSP, SeSJ, caja 18, exp. 1, 10 de mayo de 1929

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

fábricas, propaganda antialcohólica, reglamentación de cabarets, salones de baile y centros de vicio prohibiendo la apertura de nuevos centros de esa naturaleza.[78] También se debía prohibir la fabricación, venta y consumo de bebidas destiladas de alta graduación alcohólica como el ajenjo, ginebra o el whisky e imponer una política aduanera restrictiva para la importación de bebidas embriagantes de alta graduación.[79]

En esa campaña se contemplaba el mejoramiento de los sectores populares por medio de la fundación de ligas y asociaciones de lucha contra el tugurio y las habitaciones insalubres, establecer un sistema fiscal que favoreciera la reforma o higienización de las casas de alquiler, la higienización y embellecimiento de los barrios y colonias populares, así como la fundación de la Asistencia Social y la creación de asilos de bebedores para su cura y regeneración, con la cooperación de la Beneficencia pública y privada.[80]

Como complemento a esta campaña, la policía también podía remitir a los alcohólicos al Manicomio General, que entre 1920 y 1933 recibió una población muy numerosa.[81] A diferencia de los alcohólicos, los toxicómanos fueron criminalizados con más fuerza, pues la toxicomanía como un tipo de enfermedad apenas se estaba discutiendo y no había un consenso sobre si sólo se trataba de un vicio. Tanto las autoridades judiciales como las sanitarias estaban de acuerdo en considerar al toxicómano un peligro para la sociedad, pues podía cometer cualquier delito para satisfacer su necesidad de droga. A pesar de esto, a principios del siglo XX no había una sanción legal sobre el consumo de sustancias tóxicas.

Al parecer el tipo de medida que se empleó en torno a este asunto tuvo un carácter más represivo pues se iniciaron detenciones tanto de vendedores como de consumidores. Finalmente, en estos años el uso de drogas no constituía un problema de salud pública, sino más bien una política represiva influenciada tanto por las políticas prohibicionistas de los Estados Unidos, como por las ideas de la

[78] *Idem.*
[79] *Idem.*
[80] *Idem.*
[81] Salazar, “Borrachos”, 2015, p.45.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

“degeneración”, la fobia en contra de chinos y una acérrima campaña en la prensa para detener a toxicómanos y traficantes por igual.

3. De la regulación de las drogas a la definición del toxicómano

En la década de 1920, con la creación del Departamento de Salubridad Pública se iniciaron regulaciones más fuertes hacia la producción, distribución y comercialización de las “sustancias nocivas”, hasta llegar a la prohibición de algunas como la marihuana. Esta nueva normatividad introdujo un cambio en las reglamentaciones del siglo XIX que sólo contemplaban una penalización a quienes producían y comerciaban esas sustancias, pero no a las personas que las compraban, pues el consumo no estaba condenado de manera oficial. Tal como se aprecia en el título séptimo del código penal de 1871, por primera vez apareció el concepto “delitos contra la salud”. El artículo 842 estableció una pena de cuatro meses de arresto y una multa de 25 a 500 pesos para el “que sin autorización legal elaborara para su venta sustancias nocivas a la salud o productos químicos que podían causar grandes estragos.”[82] La misma pena se aplicaría a los que comerciaran dichas sustancias sin autorización. Tanto el código penal de 1871 como los códigos sanitarios de 1891, 1894 y 1902, tenían como prioridad proteger al consumidor de la adulteración de esas sustancias que aún no eran llamadas drogas sino “sustancias nocivas a la salud”.[83]

Esa cuestión cambió al terminar el régimen porfirista, pues la ingobernabilidad en que se encontraba el país y la necesidad del nuevo gobierno mexicano por obtener el reconocimiento internacional como nación, así como las políticas internacionales en materia de drogas encabezadas por el gobierno de Estados Unidos que propugnaba por el prohibicionismo de las “sustancias nocivas a la salud”, contribuyeron a que México se adhiriera a convenios internacionales para imponer políticas más enérgicas en materia de drogas dentro del país. Las

[82] *Código penal,* 1871, arts. 842-843

[83] El código sanitario de 1891, reglamentaba cuestiones referentes a la venta de medicinas en boticas y droguerías. Señalaba que el farmacéutico tenía la responsabilidad “civil y criminal de la pureza y buen estado de las sustancias”. Véase *Código sanitario,* 1891, arts. 201-207.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

medidas se radicalizaron y de esta forma se comenzó a perseguir el consumo de las sustancias enervantes..

México se adhirió a los acuerdos de la primera conferencia internacional que se reunió en Shangai en el año de 1909 y tres años más tarde, se celebró la segunda en La Haya, que culminó con la Convención Internacional del Opio de 1912.[84] Esta convención estableció un control internacional del opio, la morfina y la cocaína. Obligaba a los países a limitar a ciertos puertos y ciudades la exportación e importación del opio crudo, señalaba medidas para impedir o controlar la exportación de opio hacia países que prohibieran o limitaran su introducción.[85] La exportación e importación del opio preparado se prohibió por completo, además se apuntó la necesidad de suprimir su fabricación e impedir su comercio interno.[86]

En cuanto a las medicinas preparadas a base de opio, las naciones participantes tenían la obligación de limitar su fabricación, venta y empleo, así como establecer controles administrativos que aseguraran su uso estrictamente medicinal.[87] También se tenían que crear controles para vigilar a quienes se autorizaba a fabricarlas, venderlas, distribuirlas, importarlas o exportarlas y se sugirió que los países contratantes promulgaran leyes que hicieran punible la posesión ilegal de esas sustancias.[88]

Sin embargo, derivado de la inestabilidad política que predominó debido al asesinato de Francisco I. Madero, ese tratado fue firmado en 1924 y ratificado hasta 1925 para ser publicado finalmente en 1927.[89] A pesar de esto, en el transcurso de la firma de la Convención Internacional del Opio de 1912 y de su ratificación en 1927, en México se promulgaron las disposiciones legales de 1916, 1920, 1923, 1925 y 1926, que junto con los códigos penales de 1929 y 1931, fueron los más importantes para que se iniciara un proceso de prohibición de las drogas y se persiguiera su consumo. [90]

---

[84] Cárdenas, *Toxicomanía*, 1976, p. 42.
[85] *Ibid*., pp. 43-45; Gutiérrez, “Prohibición”, 1996, pp. 38-39; Schievenini, “Prohibición”, 2013, p. 60.
[86] Cárdenas, *op. cit*., p. 43.
[87] *Idem*.
[88] *Idem.*
[89] Gutiérrez, *op. cit.,* pp. 39-40.
[90] Véase Schievenini, “Prohibición”, 2013, p. 60.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

En este sentido, el decreto de 1916, promulgado por Venustiano Carranza, prohibió la importación y el tráfico de opio destinado a fines no medicinales. No obstante, en la práctica los permisos para importar opio al territorio y comercializarlo, eran concedidos sin dificultad.[91] En 1920, se emitió el decreto titulado "Disposiciones sobre el comercio de productos que pueden ser utilizados para fomentar vicios que degeneran la raza y sobre el cultivo de plantas que pueden ser empleadas con el mismo fin".[92] Ese decreto, daba facultades al Departamento de Salubridad para otorgar permisos de importación de opio, morfina, heroína y cocaína para uso medicinal, así como para los preparados de ellos que pudieran servir para fomentar las manías de usar dichas drogas.[93] Ese decreto reunió algunas de las iniciativas que se habían discutido en el congreso constituyente e incluso propuestas de las convenciones internacionales. El mismo título refiere a la regulación del comercio de productos que podían fomentar vicios y llevar a la "degeneración de la raza", usar dichas drogas podía ocasionar manías que eran entendidas por la autoridades sanitarias como vicios, de tal forma sólo el Departamento podía controlar que se hiciera un uso medicinal de esas sustancias mediante la concesión de permisos para su comercio a los establecimientos que tuvieran un farmacéutico legalmente titulado.[94]

Esas disposiciones fueron más severas en el caso de la mariguana pues se estableció la prohibición de su comercio y su cultivo.[95] Esta medida resultaba radical y repentina ya que, al parecer, no había fundamento para hacerlo, pues incluso su uso medicinal estaba permitido por el código sanitario de 1902, vigente en ese momento.[96] Esas medidas sólo establecieron un control, severo en el caso de la marihuana, pero aún no había una penalización por el incumplimiento de esas disposiciones pues las infracciones serían castigadas con multa de 100 a 500 pesos y la droga sería decomisada.[97]

---

[91] Schievenini, "Prohibición", 2012, p. 57.
[92] Véase Ayanegui, *Legislación*, 1945, p. 97.
[93] *Idem.*
[94] *Idem.*
[95] *Idem.*
[96] Schievenini, "Prohibición", 2013, p. 61.
[97] Ayanegui, *op. cit.*, p. 97.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Como señala Axayácatl Gutiérrez entre 1920 y 1926 el Estado mexicano a través de las autoridades sanitarias iniciarían la consolidación de un discurso contra las drogas a partir de la construcción de diversas leyes, al tiempo que se iría afianzando un discurso social condenatorio sobre esas sustancias, no obstante la percepción social hacia su consumo ya era calificado como un vicio.[98]

Pérez Montfort menciona que a finales de la época revolucionaria el consumo de la marihuana entre las filas del ejército revolucionario, parecía tan generalizado que en un informe presentado en el VI Congreso Médico Nacional llevado a cabo en Toluca en 1920, los responsables vieron las aficiones de la tropa prácticamente como una epidemia.[99] Según el autor, los doctores Nieto y Ramírez basaron sus trabajos en observaciones realizadas en las milicias entre 1915 y 1920 y en informes clínicos del Manicomio General entre 1910 y 1919.[100]

Esos doctores advirtieron que la yerba era llevada a cuarteles, hospitales y prisiones por los mismos soldados, por medio de sus familiares cuando les llevaban alimentos, por vendedores ambulantes que vendían cigarros "vulgares" y subrepticiamente de marihuana, y finalmente, por los guardias durante su servicio en la puerta de hospitales y prisiones, incluso los médicos mencionaron que "en el jardín del Hospital Militar algunos soldados cultivaban marihuana ocultamente y en pequeña escala".[101] Seguramente, esa percepción de que el consumo de marihuana había aumentado, justificó la imposición de medidas más enérgicas, como su prohibición en el decreto de 1920.

En 1923 bajo el gobierno de Álvaro Obregón se publicó un acuerdo que recompensaba a las personas que denunciaran a los que se dedicaban al tráfico o comercio ilícito de drogas heroicas.[102] Según el acuerdo con frecuencia acudían al Departamento de Salubridad personas que, dispuestas a colaborar con la autoridad sanitaria, ofrecían suministrar toda clase de datos y cooperar personalmente con ellos para sorprender a los que comerciaban ilícitamente con

[98] Véase Gutiérrez, *op. cit*. p. 52.
[99] Pérez, *Hábitos*, 1997, p. 196.
[100] *Idem.*
[101] *Idem.*
[102] *Diario Oficial*, México, 26 de junio de 1923.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

dichas sustancias.[103] Con el afán de hacer cumplir las disposiciones y castigar a quienes se dedicaban a esas "prácticas antisociales que tanto perjudican a la salubridad pública", el Departamento determinó que era ventajoso conceder a los denunciantes de aquellos actos alguna participación en las multas que se impusieran y se hicieran efectivas al aplicar las disposiciones mencionadas.[104]

De tal forma, una vez que se comprobara legalmente la infracción, se le otorgaría al denunciante el 50% de la multa que el Departamento impusiera por la infracción cometida. Cuando las drogas fueran decomisadas y se acordara su remate, las personas que denunciaran podían obtener el 50% de lo que se obtuviera de dicho remate. Sólo se podían rematar las drogas que se destinaran a un uso medicinal, pues los productos preparados destinados para el "vicio" tenían que ser destruidos. Si no se podía obtener ninguna cantidad por vía de multa o por remate de las sustancias decomisadas, las personas que colaboraran con el Departamento recibirían como recompensa una gratificación de cinco a cien pesos por el servicio que prestaban a la sociedad.[105]

Con estas medidas se extendió una "campaña moralizante" entre la población, que con esos acuerdos quedó involucrada en la vigilancia y el control de las drogas heroicas, eso serviría por un lado para obtener algún beneficio económico mediante la denuncia y la colaboración con las autoridades sanitarias y por otro lado, se extendía la connotación negativa del uso de esas sustancias como fomentadoras del vicio.

Un segundo decreto emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en 1923, prohibió a los particulares la importación del opio y extracto de opio, la cocaína sus sales y sus derivados, la heroína, la morfina y las sales y derivados de ambas.[106] El Departamento de Salubridad Pública, se reservó el derecho de importar esas sustancias y la infracción de ese decreto era considerado contrabando, en caso de que esto ocurriera, las oficinas

[103] *Idem.*
[104] *Idem.*
[105] *Idem.*
[106] *Diario Oficial*, México, 28 de julio de 1923.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

administrativas procederían al aseguramiento de las drogas conservándolas en depósitos, hasta que se dictara una sentencia judicial definitiva.[107]

Llama la atención una imposición más enérgica en dicho decreto sobre el control de las drogas heroicas, pues a diferencia de las disposiciones y decretos anteriores que daban facultades a otros agentes para la importación ahora era el Estado el único capaz de importarlas y no mencionaba ninguna justificación relativa a la preservación de la salud, tampoco hacía referencia a multas económicas sino directamente a la imposición de una sentencia judicial al considerar la infracción del decreto como contrabando.

En 1925, Plutarco Elías Calles promulgó un nuevo decreto, que derogaba al anterior y que consideraba al contrabando de drogas como parte del crimen y la delincuencia.[108] Nidia Olvera señala que en ese año se oficializó el Servicio de Narcóticos, pues se designó un jefe especial y un grupo especial de agentes con la finalidad de perseguir a traficantes y viciosos, sin embargo unos años antes ya había algunos agentes que atendían órdenes de diversas oficinas relacionadas con el control de drogas.[109]

Mientras el decreto de 1925 ya estaba en marcha, se llevó a cabo una nueva convención internacional para el control de drogas. En esa convención internacional, reunida en Ginebra, se amplió el alcance de la convención de La Haya de 1912, obligando a los países participantes a implementar controles más eficaces en la producción y en la vigilancia del comercio nacional e internacional para evitar las evasiones de los traficantes.[110] Al mismo tiempo, como ha señalado la historiografía sobre las drogas, esas disposiciones legales, sentaron las bases

---

[107] *Idem.*

[108] Schievenini, *op cit*., p. 63.

[109] La Policía de Salubridad o Sanitaria fue creada oficialmente a mediados de 1925 cuando se hizo el nombramiento de primer Inspector General, la finalidad de esa Policía era vigilar el cumplimiento de las disposiciones de salubridad. Para tener una mejor organización y desempeño la Inspección General se subdividió en siete Jefaturas, cada una con agentes especializados en su área. El Servicio de Narcóticos fue una de esas siete jefaturas, las otras eran las de Sanidad, de Comestibles y Bebidas, de Leches, de Mercados y Plazas, de Higiene Veterinaria y de Agentes Foráneos. Olvera, "Policías", 2016, pp. 68, 69. Según Pérez Montfort, en el decreto de 1925 se le otorgó al Departamento de Salubridad Pública la capacidad de nombrar inspectores y policías en el ramo de narcóticos. A principios del año siguiente ya contaba por lo menos con 15 inspectores. Véase, Pérez, *Tolerancia*, 2016, p. 185.

[110] Schievenini, *op cit*. pp. 63-64.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

para poner énfasis en la posición prohibicionista que justificó la criminalización de la producción, venta y consumo de varias sustancias por el Estado mexicano, sustancias que unos años antes eran consideradas medicamentos.[111]

En 1925, México suscribió el Código Sanitario Panamericano y posteriormente participó en las conferencias sanitarias panamericanas, en donde se discutirían las acciones que se debían seguir para procurar "una mejor salud de los pueblos americanos".[112] Un año después en 1926, se promulgó un nuevo código sanitario. El capítulo sexto de este código, estableció una lista de sustancias llamadas "drogas enervantes". Éstas eran: opio en sus diversas formas, opio preparado para fumar, morfina, cocaína, heroína y las sales y derivados de las tres, adormideras, hojas de coca y la marihuana en cualquiera de sus formas, además de los preparados que contuvieran alguna de las sustancias señaladas anteriormente.[113] Las autoridades sanitarias, seguían teniendo el predominio sobre las políticas en torno a las drogas, incluso el Consejo de Salubridad General podía aumentar esa lista, incluyendo aquellas sustancias en las que se descubriera que "tuvieran propiedades análogas" y que "usándose vigorosamente, envenena [ran] al individuo o degenera [ran] la raza".[114]

El artículo 197, estableció que el comercio, la importación, exportación, elaboración, posesión, uso, consumo y en general todo acto de adquisición, suministro o tráfico de cualquier clase que se hiciera con drogas enervantes en la república, quedaba sujeto a los tratados y convenios internacionales que fueran de observación obligatoria para el país, a las disposiciones del código de 1926 y sus reglamentos, a las disposiciones del Consejo de Salubridad y del Departamento de Salubridad.[115] La importación, exportación, elaboración, uso y consumo del

---

[111] Véase Pérez, *Tolerancia*, 2016., *Hábitos*, 1997 y *Yerba*, 1999; Astorga, *Drogas*, 2015; Escohotado, *Historia*, 1998; Gutiérrez, "Prohibición", 1996, Enciso, *Historia*, 2015; Schievenini, "Prohibición", 2012.
[112] Véase Viesca, "Eduardo Liceaga", 1998.pp. 16-17 y *Oficina Sanitaria Panamericana*, [Versión en línea] 1926, p. 523, <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v12n12p1203.pdf>. [Consultado 21 de noviembre de 2015]
[113] Código sanitario, 1926, art. 198.
[114] *Ibid*., art. 199
[115] *Ibid.,* art. 197.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

opio preparado para fumar, la heroína, sus sales y derivados y la marihuana, quedaron prohibidas.[116] Así como el cultivo de la marihuana y de la adormidera.[117]

Cualquiera de las drogas mencionadas en el artículo 198, podían quedar prohibidas si se encontraba la existencia de otros productos medicinales capaces de sustituirlas en sus usos terapéuticos, sin peligro de provocar algún uso vicioso.[118] La principal preocupación, en cuanto al consumidor, era evitar el uso habitual de las drogas enervantes, por eso el código sanitario insistió en que se hiciera un uso exclusivamente medicinal de esos productos. Los preceptos y demás reglamentos que dictara el Consejo Superior de Salubridad General determinarían las disposiciones necesarias para evitar o castigar cualquier acto que implicara o favoreciera el uso vicioso de drogas enervantes.[119]

Una vez definidos los alcances de la autoridad y las sustancias consideradas más peligrosas, finalmente el artículo 206 del código, por primera vez mencionó que el Departamento de Salubridad Pública podría fundar, en los lugares en la república que estimara conveniente, establecimientos especiales para internar en ellos a las "personas que hubieran adquirido el vicio de drogas enervantes" debiendo permanecer recluidas por el tiempo que se juzgara necesario para su curación.[120] De forma inédita, la normatividad consideraba el consumo habitual de las drogas como una enfermedad. Los reglamentos señalarían los casos en que la atención se hiciera a costa de los enfermos y el sistema de curación a que debían someterse.[121] A pesar de esto, no se tienen datos de que esos establecimientos se fundaran o de que se atendiera a esos "viciosos" en establecimientos especializados durante estos años.[122]

Si bien con el código sanitario de 1926, se respondió a las propuestas del congreso constituyente, a los decretos presidenciales y a las convenciones

---

[116] *Ibid*., art. 200.
[117] *Ibid*., art. 203.
[118] *Ibid*., art. 201.
[119] *Ibid.,* art. 205.
[120] *Ibid*., art. 206.
[121] *Idem.*
[122] Claudia Unikel, menciona que el primer caso reportado de consumo de drogas lo encontró en un expediente clínico de un paciente psiquiátrico del año 1909, que fue diagnosticado de delirio de persecución y consumo de mariguana. Probablemente el diagnóstico fue hecho en el hospital de San Hipólito. Unikel, "Consumo", 1993, p. 76.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

internacionales, se siguió poniendo énfasis en las sustancias. Y aunque sólo se mencionó someramente la existencia de la afición a las drogas enervantes, entendiendo esa afición, como un vicio, este código fue un referente para las futuras legislaciones penales que estarían más preocupadas por el consumo y el tráfico de enervantes.

El término "toxicómano", ya era empleado —por ejemplo, en los círculos médicos y en las notas periodísticas—, el capítulo tercero del código de 1926, indicó que "no podían entrar a la república los extranjeros toxicómanos" que se dedicaran al tráfico ilegal de drogas enervantes, lo fomentaran o explotaran.[123]

A partir de entonces iniciaron campañas de prevención contra las drogas como la "semana dedicada a la propaganda contra las drogas enervantes", que fue influenciada por la política antinarcótica de Estados Unidos, que en febrero de 1927 organizó la "semana de educación contra las drogas".[124] La Secretaría de Relaciones Exteriores invitó a participar a las secretarías de Industria, Comercio y Trabajo, al Departamento de Salubridad, a la Secretaría de Educación Pública y a la Beneficencia Pública. Se organizaron conferencias en cines, fábricas, teatros, cárceles, cuarteles y hospitales, se imprimieron carteles y folletos en donde se informaba sobre las drogas heroicas y sus perjuicios.[125] Toda esa jornada estuvo apoyada por la prensa y por diversas instituciones con la finalidad de esparcir entre la población el espíritu de lucha contra las drogas, esa iniciativa era similar a las campañas que se organizaban en contra del alcoholismo y las enfermedades venéreas con la finalidad de prevenir los "males sociales".

En 1929 se decretó un nuevo código penal en el cual el título séptimo del libro tercero se refería a los delitos contra la salud y en su artículo 527 imponía pena de segregación de uno a cinco años y multa de treinta a noventa días de utilidad al que sin autorización elaborara, introdujera o comerciara al por mayor o en detalle drogas enervantes, al que sembrara o cosechara plantas prohibidas por el Departamento de Salubridad o el Consejo de Salubridad y al que "importe, exporte, comercie, compre, venda, enajene, use o ministre en cualquier forma o

[123] *Ibid.*, art. 72.
[124] Véase Gutiérrez, *op. cit.* pp. 91-92.
[125] *Idem.*

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

cantidad, alguna sustancia exclusivamente preparada para un vicio de los que envenenan al individuo y degeneren la raza".[126] Este código además de sancionar con segregación imponía una multa económica a todos los que infringieran las medidas mencionadas y por primera vez se señalaba que no contar con la autorización para manejar esas drogas era considerado ilegal y por lo tanto castigado.

El código de 1929 estableció sanciones para la embriaguez habitual y la toxicomanía,[127] siendo la primera vez que el término aparecía en un código penal, pues en las disposiciones anteriores sólo se hacía referencia a las sustancias que "degeneraban la raza" o que eran nocivas para la salud. También era la primera vez que se establecía una sanción legal hacia los que usaran esas sustancias. La razón de que el código penal de 1929 consideraba al toxicómano un ser peligroso para la sociedad estaba relacionado con el hecho de que podía incurrir en delitos para satisfacer su necesidad de droga o estando bajo el influjo de la droga podía cometer algún crimen.

4. ¿Criminal o enfermo?

Las ideas de la escuela positivista del derecho predominaron en el código de 1929, a diferencia del de 1871 que se fundamentaba en la escuela clásica o liberal. Esta diferencia no es menor pues la escuela clásica o liberal basaba la penalidad en el delito cometido, sin considerar las características del delincuente. Su premisa fundamental era la de igualdad, es decir, consideraba que "las acciones humanas dependían de la voluntad del actor y que los mayores de edad —considerados como iguales entre sí— gozaban de la misma libertad para decidir y actuar y tenían la misma posibilidad de conocer el carácter y las consecuencias de sus actos".[128]

La escuela positivista, en cambio, consideraba que "las acciones humanas estaban determinadas por factores ajenos a la voluntad del actor", esos factores ajenos podían estar en el entorno social, cultural o ambiental (simpatizantes de la

[126] *Código penal*, 1929, art. 507.
[127] *Ibid*. arts. 523, 525.
[128] Speckman, "Reforma", 2008, p. 580.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

sociología criminal) o en el organismo del delincuente (defensores de la antropología criminal).[129] De cualquier forma, ambas vertientes de la escuela positivista estaban de acuerdo con que los criminales actuaban por factores determinantes y ajenos a su voluntad, por lo que no se les podía considerar responsables de sus actos, pero sí peligrosos para la sociedad. Lo que justificaba que ésta se defendiera contra ellos recluyéndolos. En ese sentido, se desechó el principio de responsabilidad moral como sustento del castigo y fue sustituído por el de responsabilidad social.[130] Esta cuestión llevó a plantear una "justicia diferenciada en razón del peso que, en cada individuo, tenían los factores que determinaban su conducta criminal o, lo que es lo mismo, según la peligrosidad de cada delincuente."[131]

Así, el código penal de 1929 estableció que el objeto de las sanciones era prevenir los delitos, reutilizar a los delincuentes y eliminar a los incorregibles, aplicando a cada tipo de criminal los procedimientos de educación, adaptación o curación que su estado y la defensa social lo exigieran.[132] Se estableció una clasificación de delincuentes de acuerdo con su peligrosidad y se contemplaron sanciones para los "delincuentes en estado de debilidad, anomalía o enfermedad mental" entre los que se incluía a los toxicómanos a quienes se les sancionaría con reclusión en hospital de toxicómanos.[133] Se señaló que "se recluiría en el manicomio para toxicómanos: a todo aquél que, sin prescripción médica […] esté o acostumbre a estar bajo la influencia de alguna droga enervante"[134]

La reclusión duraría hasta la completa curación del toxicómano a juicio de los facultativos y del Consejo Supremo de Defensa y Prevención Social.[135]

---

[129] *Ibid.,* p. 586.
[130] *Idem*.
[131] *Idem.*
[132] *Código penal*,1929, art. 68.
[133] *Ibid*., art. 72.
[134] *Ibid.*, art. 525.
[135] *Idem.* Ese Consejo se ocuparía de la clasificación y separación de los delincuentes mediante un estudio previo, integral y minucioso. También debía diversificar los tratamientos atendiendo al tipo de delincuente. En el tratamiento quedaron comprendidos, además del terapéutico, el régimen higiénico, la educación intelectual y moral, así como, la clase de trabajo que debía aplicarse a cada caso. Esa institución estaba dirigida por tres abogados especialistas en derecho penal moderno, un sociólogo y un médico psiquiatra. El Consejo contaba con una sección médica y una sociológica,

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Además durante el periodo de curación los toxicómanos serían sometidos a un régimen de trabajo con aislamiento nocturno.[136] En este caso, el objeto de la sanción era una cuestión de prevención del delito y de la posibilidad de readaptar al toxicómano, no tanto de imponerle un castigo. Al mismo tiempo, en el código se habla de una "curación" por lo que se puede decir que también se entendía al toxicómano como enfermo. Esta sería una dualidad en la forma de entenderlo pues aunque el código criminalizó el uso de enervantes, también impuso la sanción de reclusión para curarlo.

Un factor importante es que en este código sí se consideró el papel de la intervención del médico en la administración de justicia, ya que para determinar la sanción se debía oír previamente a los facultativos legistas, sin olvidar al Ministerio Público de acuerdo con el Código de Procedimientos Penales.[137] A pesar de esto, el código tuvo varios problemas de aplicación pues se crearon algunas confusiones entre las facultades de las autoridades sanitarias y las judiciales. Por ejemplo el código estableció que:

> […] la autoridad judicial competente podrá internar por todo el tiempo que sea necesario, a toda persona que hubiere adquirido el vicio de ingerir o usar, en cualquier forma sustancias nocivas a la salud, drogas enervantes o plantas prohibidas, en los establecimientos que para dicho efecto se destinen, en el concepto de que tales personas quedarán sujetas a las medidas correccionales y disciplinarias que fijen los reglamentos respectivos y sólo saldrán cuando, a juicio del Consejo Supremo de Defensa y Prevención Social, se encontraren curadas.[138]

En ese artículo se puede notar la contradicción entre el código penal y el código sanitario, pues supuestamente el Departamento de Salubridad era la única autoridad facultada para que directamente o por medio de sus delegados e inspectores especiales controlara en la república toda operación o acto que se relacionara con las drogas enervantes y cuidara de la observancia de las leyes y disposiciones sobre las drogas enervantes.[139] No obstante, el nuevo código

---

encargadas de los estudios médicos sociales de los delincuentes. Véase Rodríguez, "Estudio", 1933, p. 100.

[136] *Código penal*, 1929, arts. 128,189-192, 523, 525.

[137] *Ibid*. art. 189.

[138] *Ibid*. art. 521.

[139] *Código sanitario*, 1926, art. 209.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

parecía ignorar las facultades de las autoridades sanitarias al establecer que las judiciales podían internar a los "viciosos" y que el Consejo Supremo de Defensa y Prevención Social determinaría cuándo debían salir. Con el nuevo código penal tanto las funciones de las autoridades judiciales como las sanitarias se tornaban cada vez más en persecuciones judiciales de traficantes y consumidores. Debido al traslape de funciones, no existía una diferencia clara entre cómo proceder con respecto a uno u otro.

El código de 1929 sólo estuvo vigente unos meses, debido a las críticas que se suscitaron por las contrariedades y dificultades de aplicación, siendo substituido por el código penal de 1931 que tenía una tendencia ecléctica y pragmática. Este código trató de superar los principios de la escuela clásica y tomó algunos postulados de la positivista como el de "responsabilidad social", además consideró los aportes de corrientes como el materialismo histórico o los "nuevos conceptos de biología, revisión de valores sociales y espirituales", atendió a las formas constitucionales y a las "tradiciones jurídicas" mexicanas, a las condiciones económicas y sociales, así como a los patrones de criminalidad en los delitos.[140] Los redactores del código consideraron que las acciones estaban condicionadas por factores biológicos, psíquicos y sociales que estaban fuera de la voluntad por eso dejaron fuera el concepto de voluntariedad y se inspiraron en el de defensa social.[141]

En cuanto a las penas, éstas se basaron en sanciones con fines educativos y de rehabilitación, pues los redactores del código creyeron en la enmienda del delincuente.[142] Las sanciones fueron llamadas "penas y medidas de seguridad" entre las que se incluía prisión, relegación y reclusión de locos, sordomudos, degenerados o toxicómanos. Se podía optar por el confinamiento, prohibición de ir a lugar determinado o bien sanción pecuniaria, entre otras.[143] Sin embargo, en cuanto al caso de los toxicómanos, en todo el código no se le volvió a mencionar salvo en el artículo 255 que se refería a "vagos y malvivientes" en donde se

[140] Speckman, *op. cit*., p. 603.
[141] *Idem.*
[142] *Ibid.* p. 605.
[143] *Código penal,* 1931, art. 24.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

estableció que se aplicaría sanción de tres meses a un año de relegación a los que no se dedicaran a un trabajo honesto y tuvieran malos antecedentes. Todos aquellos que fueran identificados como "delincuente habitual o peligroso contra la propiedad o explotador de prostitutas o traficante de drogas prohibidas, toxicómano o ebrio habitual, tahúr o mendigo simulador y sin licencia."[144] Aunque el hecho de ser toxicómano, no era el principal motivo de la sanción, ya se preparaba un reglamento especial para el caso.

Como sucedió en el código de 1929, en el de 1931 se volvieron a incluir sanciones para los delitos contra la salud. En este caso, se estableció pena en prisión y multa económica. El artículo establecía que al que "comercie, elabore, posea, compre, enajene, ministre gratuitamente, y en general, verifique cualquier acto de adquisición, suministro o tráfico de drogas enervantes sin llenar los requisitos que fijaran las leyes y disposiciones sanitarias" recibiría una pena en prisión de seis meses a siete años y una multa de 50 a 5 000 pesos.[145] Este código hizo referencia en primer lugar a que continuaban vigentes los reglamentos y disposiciones expedidas por el Departamento de Salubridad, así como las que en lo sucesivo se expidieran, devolviéndole su preeminencia a la autoridad sanitaria sobre la drogas enervantes. También se penalizó a quienes sembraran o cultivaran drogas enervantes y a los que importaran o exportaran ilegalmente esas drogas.[146]

El uso de enervantes no era mencionado, solamente la posesión. Lo que continuó causando confusión en la aplicación de las sanciones, pues para imponerlas se debía determinar la finalidad de la posesión de la droga. El consumo quedaba sujeto a las disposiciones del código sanitario de 1926 que imponía una multa de 10 a 500 pesos por infracción a las disposiciones en materia de enervantes que establecía el código sanitario.[147] De acuerdo con el artículo 21 constitucional si el infractor no pagaba o no podía pagar la multa, podía permutarla

[144] *Ibid.*, art. 255.
[145] *Código penal,* 1931, art. 194.
[146] *Ibid*. arts. 194-197.
[147] *Código sanitario*, 1926, art. 474.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

por un arresto que no debía ser mayor a quince días.[148] Si la posesión era con fines de comercio o cualquier actividad enunciada en el código de 1931 recibiría la sanción de cárcel y multa mencionada.

El código de 1931 no contemplaba circunstancias atenuantes o agravantes pero sí se refería a las excluyentes de responsabilidad penal. En ese sentido, se señaló que los acusados que se encontraran al cometer la infracción en un estado de inconsciencia de sus actos, determinado por el empleo accidental e involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes o enervantes estaban excluidos de responsabilidad penal.[149]

Unos meses después de la promulgación del código penal de 1931, Pascual Ortiz Rubio decretó un Reglamento Federal de Toxicomanía. En este reglamento colaboró el Departamento de Salubridad a través de sus departamentos de Servicio Jurídico y de Química y Farmacia a cargo del licenciado Francisco Vázquez Pérez y del doctor Demetrio López respectivamente. Según el Lic. Francisco Vázquez Pérez la razón de su promulgación fue que el código penal de 1931, consideraba sólo como delincuentes a los traficantes de narcóticos, por lo cual, el Departamento de Salubridad Pública mediante su representante el doctor Gastón Melo, sugirió que se debía atender el "problema de los toxicómanos que cada vez se agravaba en el país", considerándolos como enfermos de acuerdo con el código sanitario de 1926, y a las ideas "médicas actuales".[150]

La promulgación del Reglamento de Toxicomanía, fue importante porque por primera vez se definió legalmente a quién se consideraba un toxicómano y se estableció una diferencia entre toxicómanos y traficantes, para dar paso a la puesta en marcha de políticas de salud encaminadas a la curación y readaptación de los toxicómanos. El reglamento consideró como "toxicómano" a todo individuo que sin fin terapéutico usara habitualmente alguna de las drogas enervantes a que

[148] Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917, art. 21.
[149] *Ibid*. art. 15. Esta cuestión también se contempló en el código de 1929.
[150] Esas políticas también respondieron a la Convención de Ginebra de 1931, que se llevó a cabo en mayo de ese año, y que fue firmada por México. El Departamento de Salubridad, confirmó que suministró informes sobre importación y comercio de drogas estupefacientes. Véase Departamento, *Memoria*, 1931, pp.31, 32.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

se refería el código sanitario de 1926.[151] También estableció que todas las autoridades, los funcionarios, la Beneficencia pública y privada, debían ser auxiliares de las autoridades sanitarias federales, para el buen cumplimiento del reglamento. Toda persona que ejerciera la medicina tenía la responsabilidad de dar aviso de los casos confirmados o sospechosos de toxicomanía dentro de las 24 horas siguientes al diagnóstico "cierto y probable" de la enfermedad, lo mismo debían hacer los directores de hospitales, escuelas, fabricas, talleres y asilos; los jefes de oficinas, establecimientos comerciales y de cualquiera otra índole, y en general toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentales tuviera conocimiento de algún caso de toxicomanía.[152]

De acuerdo con este reglamento, el Departamento establecería hospitales federales para toxicómanos en los lugares del país que juzgara más adecuados, y la internación de los toxicómanos en el hospital sería obligatoria y continua durante el tratamiento.[153] Sin embargo, los médicos se encontraron ante un grave problema: no contaban con un lugar, ni con las herramientas necesarias para atender a estos pacientes. En México no se tenían lugares especializados para tal labor. Como se ha explicado, muchos toxicómanos, al ser considerados simples viciosos o al ser criminalizados, fueron recluidos en alguna prisión o en el Manicomio General y pocos eran los que tenían acceso a un sanatorio privado.

Por lo tanto, los toxicómanos que acababan de adquirir el estatus de enfermos, encontrarían muchos obstáculos para poder recibir una atención médica adecuada, incluso en la práctica la sociedad los seguiría estigmatizando influenciados no sólo por la prensa, sino también en los discursos políticos o los de algunos doctores. El afán persecutorio ya había comenzado y se radicalizaría con los años, al tiempo que algunos médicos intentarían rescatar a los que se consideraban enfermos. A pesar de esto, el reglamento significó un avance para definir al toxicómano como un enfermo que necesitaba un tratamiento especializado y que no debía estar en prisión. Una vez establecido lo anterior, los

[151] Reglamento Federal de Toxicomanía en *Diario Oficial,* 27 de octubre de 1931. Art. 1,2. Las drogas eran opio, morfina, cocaína, heroína, adormidera, hojas de coca y marihuana. Véase Código sanitario de 1926, arts. 198. *Vid. supra*., p. 39.
[152] Reglamento Federal de Toxicomanía, arts.1-7.
[153] *Ibid,* art. 7.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

médicos a través del Departamento de Salubridad, buscarían los medios para proveer esta atención a los toxicómanos para “curarlos” y reintegrarlos a la sociedad.

Conclusiones

A mediados de la década de 1920, se intensificaron las iniciativas para regular las sustancias que se consideraron tóxicas. Esto fue resultado tanto de la generalización de su consumo debido a la ingobernabilidad que reinó tras las pugnas revolucionarias en la república, como por la intensificación de las tendencias prohibicionistas del gobierno de Estados Unidos que extendió su influencia hacia otros países y también por la preocupación médica por la posible degeneración social. Si bien no existen estadísticas que puedan comprobar el incremento en el consumo de drogas, se puede decir que así fue debido a la intensificación de las noticias en torno a la persecución de toxicómanos y traficantes y en el incremento de las reglamentaciones.

Así, en este capítulo a través del marco legal establecido para el control de las drogas, expliqué el proceso mediante el cual se pasó de la regulación de las drogas heroicas o enervantes hasta prestar atención en el consumidor, diferenciándolo del traficante y estableciendo que el toxicómano era un enfermo. La participación de México en las reuniones internacionales y la firma de tratados para regular las drogas, dieron como resultado la promulgación de nuevas reglamentaciones, como el código sanitario de 1926, que estaba en consonancia con las políticas internacionales en materia de narcóticos y que fue la primera disposición que señaló la necesidad de atender a los “viciosos”.

En muchos países por los mismos años iniciaron las restricciones y el papel del Estado apareció con fuerza para tomar las riendas de esas medidas, se estableció un vínculo entre autoridades sanitarias y judiciales para librar una lucha contra las toxicomanías y evitar la propagación de éstas. Muchas veces la confusión sobre quién tenía la atribución para atender al consumidor fue un problema. Jurídicamente, con la promulgación del Reglamento Federal de Toxicomanía, se definió al toxicómano como un enfermo, diferenciándolo del

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

traficante y estableciendo que debía estar recluido en establecimientos especiales llamados hospitales federales para toxicómanos en donde se debía procurar su curación, sin embargo aún faltaba mucho para lograr conseguir que esos espacios especializados proporcionaran una atención adecuada a los enfermos.

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca
Instituto
Mora

CAPÍTULO II. LA MATERIALIZACIÓN DEL HOSPITAL FEDERAL PARA TOXICÓMANOS

"Las pésimas condiciones que han soportado los toxicómanos sorprendidos por el Departamento de Salubridad teniéndo[los] como delincuentes, en crujía antihigiénica de la Penitenciaría del Distrito Federal, son de las que urgentemente se deben resolver. La jefatura del Departamento ha sabido comprender la situación, y por eso acaba de resolver que a los toxicómanos se les preste un mejor servicio de acuerdo con las exigencias sociales"[154] Esta declaración fue hecha en 1933 por el doctor Everardo Landa, uno de los tres doctores que se encargaron del primer servicio para toxicómanos ubicado en la Penitenciaría del Distrito Federal. Su interés en propagar esta noticia en la prensa era conseguir que se adaptara un nuevo local para la atención de estos pacientes en la calle de Tolsá.

Como se explicó en el capítulo anterior, el Reglamento Federal de Toxicomanía consideró como enfermos a los toxicómanos. Ese reconocimiento implicó la necesidad de atención médica para éstos, pasando así a ser un asunto de salud pública que le correspondía al Estado y a las autoridades sanitarias resolver. Las reglamentaciones internacionales y la subsecuente criminalización y patologización de los consumidores volvieron a los toxicómanos individuos que necesitaban de un tratamiento adecuado, el problema era ¿cómo lograrlo? pues no existía un consenso de cómo atender a esos pacientes, ni mucho menos una institución adecuada para hacerlo.

De acuerdo con el Reglamento Federal de Toxicomanía el Departamento de Salubridad Pública establecería hospitales federales para toxicómanos en los lugares del país que juzgará más adecuados.[155] Sin embargo, esto no sucedió hasta 1934, año en que, en consonancia con un nuevo código sanitario y una nueva política asistencial emprendida por los gobiernos de Abelardo L. Rodríguez y Lázaro Cárdenas, se construyó un pabellón para toxicómanos anexo al Manicomio General. Ese pabellón un año más tarde sería oficialmente reconocido

[154] AHSSA, FSP, SeSJ, caja 37, exp. 5, f.2.
[155] Reglamento Federal de Toxicomanía, Artículo 7º, en *DOF*, 27 de octubre de 1931.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

como Hospital Federal para Toxicómanos. Hecho que también coincidió con un periodo en el que la psiquiatría adquirió mayor presencia en la opinión pública y los psiquiatras promovieron la higiene mental, movimiento que se enfocó en instituir un mejor trato a los enfermos mentales y en la prevención de esas enfermedades, lo que a su vez, ayudó a que los psiquiatras tuvieran influencia en las políticas estatales.

El objetivo en este capítulo es analizar el Hospital Federal para Toxicómanos. Me interesa rescatar el espacio físico de este Hospital porque su diseño y construcción se inserta en un periodo de creación de instituciones necesarias para la consolidación del Estado mexicano como un Estado asistencial. También fue una época en que el sector médico, en este caso, los psiquiatras salieron de su función de sólo atender a los enfermos mentales en el manicomio para extender sus actividades al campo de la prevención. Así, en este Hospital se pretendió materializar los valores y los objetivos que los médicos y los políticos quisieron poner en práctica.

Tomar como hilo conductor la variable espacial,[156] es novedosa en el sentido de que permite entender cómo se llevaron a la práctica ciertas ideas para crear un hospital especializado para recluir y readaptar a los toxicómanos. Si bien, esta institución fue concebida como una institución de reclusión, es importante entender al Hospital como un espacio que fue resultado de las tensiones entre los intereses administrativos, judiciales y médicos. Los diferentes espacios que ocupó este Hospital adquirieron varias funciones primero como un espacio de asistencia

[156] La historiografía sobre el *espacio* es amplía, ya que las discusiones incluyen a geógrafos, sociólogos, antropólogos e historiadores. Entre los cuales predomina la idea de que el espacio está construido socialmente y que no sólo remite a un espacio físico, sino a las relaciones sociales inmersas en él y a las prácticas vividas, así como a un significado simbólico. Por lo tanto, el espacio está continuamente en construcción, por su naturaleza está lleno de poder y simbolismo, no es estático ni plano, porque las relaciones sociales que lo crean son dinámicas por sí mismas. Véase Massey, "Politíca", 2005, Certeau, *Invención*, 2000, Bourdieu, *Capital*, 1997, Tuan, *Space*, 1997, Chaoul, *Esperanza*, 2014, Ramírez, "Transformaciones", 1993, Gonzalbo, *Espacios,* 2014. El *espacio cerrado* ha sido estudiado por Donzelot, "Espacio", 1991, pp. 27-51 y Huertas propone el *espacio semicerrado* como el hospital o la escuela, que tienen como objetivo la segregación, separación o custodia física de aquellos sujetos a los que se les aplican tratamientos o programas normalizadores. Véase Huertas, *Laboratorios*, 2008.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

y coacción, al que llamaré hospital-cárcel[157] para después intentar convertirse en un hospital-escuela: un campo fértil para el desarrollo de investigaciones y laboratorio para la posible curación y readaptación de toxicómanos.

1. Hacia un nuevo diseño de las políticas sociales

Lo que salta a la vista en la década de los años treinta fue el giro que tomaron las políticas sociales y el papel de los médicos en su diseño. Como menciona Luz María Uhthoff, "promover el crecimiento económico y simultáneamente atender las necesidades básicas de los 'débiles sociales' se convirtió en prioridad estratégica."[158] Así a partir de esta década, los gobiernos posrevolucionarios priorizaron la asistencia a la población y se proyectaron y diseñaron nuevas herramientas para atenderla. Todo esto estuvo acompañado de un discurso en torno a la salud pública y a la prevención de diversas enfermedades que ponían en peligro a la sociedad, no sólo física sino moral y hasta psíquicamente.

Diversos profesionistas tenían que participar en esta nueva tarea para "servir a la patria" pues el nacionalismo fue otra de las vertientes en las que se tenía que trabajar para lograr fortalecer a la nación en todos sus sentidos. Los profesionistas, contaban con una investidura científica que les otorgaba autoridad para proponer y desarrollar nuevas políticas sociales, tal fue el caso de los juristas, criminólogos, médicos, educadores, antropólogos y demógrafos quienes tuvieron influencia en el quehacer público de los años treinta. De entre ellos, los psiquiatras que se abocaron a la higiene mental, fueron muy importantes para el movimiento que se enfocó en el ámbito de la prevención de las enfermedades mentales y que tuvo su auge en los años treinta.

Andrés Ríos señala que la higiene mental surgió como un movimiento que le dio a los psiquiatras la posibilidad de tener injerencia en el diseño de políticas sociales y campañas preventivas al exterior del Manicomio General para llegar a los que nos eran habitantes del manicomio, sugiere que este movimiento sirvió

[157] Este término también ha sido utilizado por Ana María Carrillo haciendo referencia al encierro forzoso al que se confinaba a las prostitutas enfermas del Hospital Morelos. Véase Carrillo, "Dentro", 2014, pp. 400-401.
[158] Uhthoff, "Política", 2014, p. 161.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

para que el gremio psiquiátrico ingresara a las instituciones públicas para desde ahí promover el saber psiquiátrico.[159] En ese movimiento coincidieron psiquiatras, profesores, psicólogos, psicómetras, trabajadoras sociales, enfermeras, intelectuales, funcionarios del sector salud, políticos, abogados, sacerdotes y representantes de los padres de familia, con el objeto de luchar por un mejoramiento de las condiciones de vida de los pacientes psiquiátricos y prevenir las enfermedades mentales.[160]

Para lograr el objetivo propuesto por la higiene mental, se tenía que optimizar la atención psiquiátrica y enseñarle a la población qué eran las enfermedades mentales y cómo tomar medidas para tratarlas y prevenirlas a tiempo, también era decisivo contar con el apoyo del gobierno, para que desde sus dependencias se realizaran políticas de salud mental y se crearan nuevas instituciones para alcanzar los objetivos propuestos.[161] Así la higiene mental se institucionalizó cuando, de ser un movimiento social interesado en la prevención de las enfermedades mentales, sus representantes alcanzaron cargos públicos desde donde crearon instituciones e impulsaron políticas y reformas legislativas para lograr sus fines.[162]

De esta forma, el papel de los psiquiatras cambió y su presencia pasó al campo de la prevención en donde adquirieron la facultad de diseñar mecanismos para prevenir la locura entre la población considerada sana. Aunque la propagación de la higiene mental en México inició en 1934, de la mano del psiquiatra Samuel Ramírez Moreno[163], fue en 1938 cuando se fundó la Liga Mexicana de la Higiene Mental. Con este acontecimiento se inauguró la primera etapa de recepción de esta corriente entre la primera generación de psiquiatras

[159] Ríos, *Prevenir*, 2016, pp. 11-15.
[160] *Ibid*. p. 43.
[161] *Idem*.
[162] *Ibid*.p.41.
[163] En ese año dictó una serie de conferencias en el Palacio de Bellas Artes que fueron transmitidas por radio, el objetivo de esas conferencias fue dar a conocer qué era la higiene mental, su utilidad, lo que se hacía en otros países y cómo impulsar la higiene mental escolar en México. *Ibid*, p. 12.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

que hubo en México.[164] En la Liga se articularon los intereses de los psiquiatras con otros sectores de la sociedad con la finalidad de impulsar campañas educativas y políticas de prevención de las enfermedades mentales pero, debido a la falta de recursos económicos la Liga se limitó a la organización de ciclos de conferencias en eventos públicos.[165] En una segunda etapa, algunos psiquiatras ingresaron a instituciones del Estado para desde ahí impulsar políticas y crear establecimientos para la prevención de la locura.[166]

La higiene mental logró entrar al terreno de la salud pública, ya que coincidió, con un cambió en la política de salud posrevolucionaria que a partir de 1930 y, sobre todo con la llegada de Lázaro Cárdenas al poder en 1934, se orientaría a la medicina social que resaltaba la importancia de los factores sociales, políticos y culturales en la recurrencia de enfermedades epidémicas. [167] También proponía una visión holística de la salud pública y la práctica médica, que luchase contra las verdaderas causas de muchas dolencias.[168] En el concepto de "medicina social" subyacía una nueva propuesta en la cultura médica mexicana.[169] En ese concepto, ampliamente expuesto, discutido y defendido por el médico Alfonso Pruneda, se cuestionaba la relación maniquea que se había establecido entre pobreza, enfermedad e ignorancia. Por lo que el médico no debía partir de prejuicios a la hora de enfrentarse a la enfermedad, sino hacer uso de disciplinas como la antropología y la sociología para comprender cabalmente el contexto social y cultural de los pacientes.[170]

Esto significó una nueva forma de ejercer la medicina, en la cual los médicos debían llegar a lo social, salir de sus consultorios o centros de investigación, "sensibilizarse", olvidarse de sus prejuicios y comprender a sus pacientes. Por tal motivo, Ríos sugiere que "la higiene mental fue la faceta psiquiátrica de la medicina social" y ésta a su vez fue "la rueda central que

---

[164] Entre ellos estaban Alfonso Millán, Manuel Guevara Oropeza, Mathilde Rodríguez Cabo, Samuel Ramírez Moreno, Raúl González Enríquez, Leopoldo Salazar Viniegra y Edmundo Buentello. *Ibid*. p., 11.
[165] *Ibid*. pp.41-42.
[166] *Ibid*. p. 62.
[167] *Ibid*. p. 153.
[168] *Idem*.
[169] Agostoni, *Estadísticas*, 2010. p. 179.
[170] *Idem.*

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

cohesionó ideológicamente las políticas sanitarias de los gobiernos posrevolucionarios".[171]

En ese sentido la atención a la reciente enfermedad conocida como toxicomanía, coincidió con la aparición de la corriente médica de la higiene mental y las nuevas políticas de salud impulsadas por los médicos y el Estado. La idea de fundar establecimientos especiales para atender a los toxicómanos iban de acuerdo a esa oleada de *revival* científico impulsado por los médicos y a una ideología nacionalista propugnada por los gobiernos posrevolucionarios que llamaban a la unión de todos los sectores en la búsqueda de un "hombre nuevo", sano y sin vicios, lo que a partir de 1934, se conocería como un programa de asistencia social. A partir de entonces, el Estado tendría la obligación de satisfacer las necesidades de subsistencia o de tratamiento médico de los individuos "socialmente débiles" para hacer de ellos "factores útiles a la colectividad en bien de los intereses generales del país."[172] En este contexto se consolidó la idea de crear una institución especializada que brindara la asistencia a los enfermos que consumían sustancias enervantes e iniciaría el difícil camino para la construcción de un hospital para toxicómanos.

2. Los primeros pasos: de la Crujía F a Tolsá

El camino para la construcción de un hospital especial para atender a los toxicómanos inició a mediados de los años veinte cuando los conocimientos más divulgados en torno a las toxicomanías, fueron sustentados por los doctores que habían realizado prácticas en alguna sección médica de policía. Esos médicos asociaron al toxicómano con la delincuencia, debido a los efectos de las sustancias tóxicas en el organismo del individuo y en sus facultades psíquicas, pues según ellos ante el "habituamiento" a una sustancia, sobrevenía la degeneración.

Las experiencias de los doctores Manuel Renero e Ignacio Guzmán son las más representativas en este aspecto. Tal como Renero sugiere en su tesis

[171] Ríos, *op. cit.* pp. 155-156.
[172] Secretaría, *Asistencia*, 1940, p. 16.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

llamada “Ligeros apuntes sobre la toxicomanía de las drogas heroicas en la capital de la República”[173], la toxicomanía era “la pasión que tenía un individuo de servirse de determinadas sustancias tóxicas, como estimulantes o excitantes y el estado patológico que resulta[ba] del uso abusivo de éstas”[174], afirmación que se sustentaba con los datos recogidos durante sus cuatro años como practicante del Servicio Médico de la Penitenciaría del Distrito Federal.

En el caso de los fumadores de opio, Renero dijo que pudo observar varias veces que “se ponían como locos furiosos y maniacos; no querían permanecer en su celda, sino correr como endemoniados!”[175], anotó que en muchos casos los toxicómanos terminaban en una verdadera miseria fisiológica y moral, pues:

> Al abandono moral e intelectual que se ha instalado y acentuado poco a poco, sucede el decaimiento orgánico, en el que el cuerpo primero, y la inteligencia después, van a ensombrecerse lentamente. En virtud del debilitamiento gradual de la voluntad, el desgraciado intoxicado vuélvese [sic] como un niño, que se deja llevar por violentos arranques; el vicioso es irresoluto y sobre todo, incapaz de resistir al menor deseo; es capaz de todo: la mentira, la falta de dignidad y comete actos fraudulentos sin tener el sentimiento exacto de la gravedad de estos hechos.[176]

El doctor Renero respaldaba la idea de que a los toxicómanos por ley, se les tratara como enfermos a fin de procurar rodearlos de todos los cuidados inherentes a los mismos. Sugirió que era indispensable una “reclusión intencional y forzada” del paciente para provocar en él un “estado de necesidad”[177] con el fin de comprobar si realmente se trataba de un toxicómano o no. Con base en su experiencia en la Penitenciaría, el diálogo de Renero era congruente con las discusiones de la época en donde se criminalizaba al toxicómano pero en donde también se le comenzó a concebir como un enfermo, principalmente en el código sanitario de 1926 y las discusiones internacionales de salud. Recurriendo a sus observaciones, Renero entendía al toxicómano como una víctima de la oferta de estupefacientes, por lo que pensó que esos enfermos debían ser recluidos

---

[173] Presentada para obtener el grado de médico, cirujano y obstetra en 1925. Véase Renero, “Ligeros”, 1925.
[174] *Ibid*. p. 11.
[175] *Ibid*. p. 23.
[176] *Ibid*. pp.23-24.
[177] *Ibid.* p. 25.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

temporalmente para evitar la propagación de la enfermedad y evitar que se continuaran intoxicando.

El tratamiento para esos enfermos debía aplicarse en sanatorios o en establecimientos que reunieran las condiciones convenientes, y la reclusión del paciente después de la supresión del tóxico no debía ser menor a quince días. Regularizar, aislar y vigilar estrictamente al paciente eran, en su opinión, las mejores formas de llevar a buen puerto el tratamiento e impedir que el paciente colapsara.[178]

El doctor Renero, propuso varias medidas para una buena profilaxis, entre las que destacan: la realización de una buena legislación internacional, ya que sin ésta "todo sería inútil", pues sin el control sobre los centros de producción de las drogas heroicas, todas las demás medidas "saldrían sobrando", también sugirió una legislación local para castigar enérgicamente a los vendedores y contrabandistas de drogas y finalmente, como los toxicómanos eran enfermos, no era justo castigarlos pero sí recluirlos forzosamente para su curación por un tiempo no menor de seis meses, ya que consideraba que esos enfermos eran un peligro para la sociedad.[179] La propuesta de este médico se concentró en atacar la oferta de estupefacientes, pues a su juicio esa oferta convertía en víctimas a los que por algún motivo se atrevían a adquirir y probar las sustancias tóxicas, para combatir la oferta de estupefacientes se necesitaba atacar los centros de producción y a los traficantes, defendiendo siempre a las víctimas de los "paraísos artificiales".

Ignacio Guzmán, fue el otro médico que en su tesis: "Intoxicación por marihuana"[180], relató su experiencia durante su estancia en el Servicio Médico de Policía, en donde vio muchos casos de intoxicación por marihuana. Guzmán consideró importante realizar su investigación desde un punto de vista social e higiénico, dado que esa intoxicación "tra[ía] consigo la degeneración del individuo" y lo hacía susceptible de adquirir cualquier enfermedad, pero también, desde un

[178] *Ibid.* pp. 27-29.
[179] *Ibid.* pp. 32-33.
[180] Guzmán, "Intoxicación", 1926.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

punto de vista de la Medicina Legal "porque la intoxicación era causa de múltiples delitos."[181]

Este médico registró que el carácter de los enfermos se alteraba volviéndose áspero, perdían la noción de moralidad y en ocasiones aparecía en ellos la idea del crimen, además la inteligencia disminuía y el decaimiento físico favorecía las infecciones. Esos fenómenos podían terminar con la muerte, "cosa poco frecuente", o en la demencia. La curación ocurría en algunos casos, pero después de un tratamiento largo, con reclusión en sanatorios especiales para toxicómanos.[182] Este fue un punto importante porque si una de las consecuencias del uso de drogas era el aumento de la demencia, eso implicaba que el gobierno debía cargar con los gastos que la atención del enfermo involucraba y que, como no se tenían sanatorios especiales para atenderlos, esos enfermos iban a parar al manicomio contribuyendo al hacinamiento de La Castañeda.

Como se ha visto, los médicos Renero y Guzmán, basaron sus observaciones en secciones médicas de instituciones judiciales a donde iban a parar otra parte de los toxicómanos, pues hasta principios de los años treinta no hubo una institución especial que se hiciera cargo de ellos. Al respecto, las observaciones de Guzmán sirven de ejemplo, pues él señaló que era frecuente que los doctores de comisarías o los practicantes hicieran diagnósticos de intoxicación, lo que también era usual entre los médicos de las prisiones, manicomios u hospitales militares, por lo cual era muy útil saber diagnosticar la intoxicación.[183] Lo que estaba en juego no sólo era la creación de un lugar para la atención de los enfermos sino también defender el papel del médico, principalmente del psiquiatra, como autoridad legítima para dar un diagnóstico certero.

De acuerdo con lo anterior, podemos decir que además de no haber hospitales adecuados para atender a los toxicómanos tampoco había personal especializado y mucho menos un procedimiento estándar para atender a esos pacientes. Les correspondía, por tanto, a los psiquiatras impulsar ambas

[181] *Ibid.* p. 8.
[182] *Ibid.* p. 25.
[183] Guzmán, *op.cit.* p. 26.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

prioridades, tanto los espacios adecuados como el personal competente. A lo largo de este tiempo, hasta finales de los años veinte, los toxicómanos eran enviados a las secciones médicas de policía, a la Penitenciaría del Distrito Federal, a la Cárcel de Belén, al Manicomio General, a algún sanatorio particular como el del Dr. Miguel Lasso de la Vega, a hospitales como el Hospital General o el Juárez y también se sabe que eran enviados a las Islas Marías, así como, en el caso de los militares a hospitales de ese tipo.

La tensión por disponer de un espacio específico se gestó entre los encargados de poner el orden y recluir a los delincuentes y los médicos que veían en la cárcel un elemento que imposibilitaba la curación. Esta tensión también se presentaba en otros países. En los Estados Unidos, el Sub-cirujano General del Servicio de Salud Pública, Dr. Walter L. Treadway, mencionó que la reclusión de los toxicómanos en prisiones no se debía hacer más, pues las repetidas sentencias de encarcelamiento impuestas a los narcómanos no servían de nada, "las reincidencias representaban el doble entre ellos", lo que ponía en tela de juicio la utilidad de atacar a la narcomanía exclusivamente con penas de encarcelamiento. Por esta razón, el doctor Treadway sugirió que en lo tocante a "políticas públicas remediales" la narcomanía no debía ser tratada como un problema de orden penal y correctivo sin tomar en cuenta su "significación médico-social y económica."[184] Por lo que propuso la idea de que era necesario el "aislamiento y segregación de los narcómanos con miras terapéuticas más que punitivas" ya que consideraba que el contacto de estos enfermos con otras poblaciones constituía "un peligro potencial y un factor causante de la producción de más narcomanía".[185]

Lo que buscaban algunos psiquiatras era concentrar la atención a estos enfermos en un solo lugar que brindara la posibilidad de mostrar los resultados de la profilaxis. En México a partir del código penal de 1931 y del reglamento de toxicomanía del mismo año, el toxicómano tenía que ser tratado como un enfermo y alejado de la prisión pues también se había llegado a la conclusión de que el uso

[184] Treadway, "Narcomanía", 1932. p.1257.
[185] *Ibid*. p.1260-1261.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

de enervantes no se iba a detener recluyendo en una prisión a los viciosos, ya que en esa situación sólo podían pasar dos cosas: "o sucumben por falta de droga, o se la procuran por medios más ilícitos de los que antes empleaba, continuando con el vicio al salir de la prisión"[186], por eso, era urgente establecer los hospitales para toxicómanos, sin embargo, el Reglamento de Toxicomanía, desde su publicación tuvo dificultades de aplicación, principalmente porque el gobierno federal no tenía la capacidad de establecer hospitales especializados de desintoxicación y de curación.[187] Aunque se sabía que, además de la desintoxicación, era necesaria una adaptación social del vicioso o sea "una curación fisiológica después de la desintoxicación" esto no fue viable, pues el primer servicio que se destinó para atender sólo a los toxicómanos estuvo precisamente dentro de una prisión, en la crujía F de la Penitenciaría ubicada en San Lázaro.

La crujía F comenzó a funcionar de forma muy económica y se realizaron las adaptaciones mínimas para poder aplicar los tratamientos. No se sabe la ubicación exacta de esta crujía pero fue una de las siete que se construyeron para albergar las 886 celdas que tenía la Penitenciaría del Distrito Federal también llamada Lecumberri. Este edificio suntuoso y monumental, que fue un espacio escrupulosamente diseñado, calculado y ordenado, albergó a los primeros enfermos toxicómanos, paradójicamente el enfermo fue puesto en el espacio carcelario más representativo de la época porfiriana que sobrevivió durante la reconstrucción posrevolucionaria. Cada una de las crujías semejaban los brazos de una estrella que convergían en una torre de control o panóptico desde donde los presos eran vigilados. (Véase foto 1).

[186] "Nuestro Reglamento Federal de Toxicomanía y la economía nacional", México, enero de 1933, AHSSA, FSP, SeSJ, caja 29, exp.7, fs. 6.
[187] *Ibid*. fs. 7.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

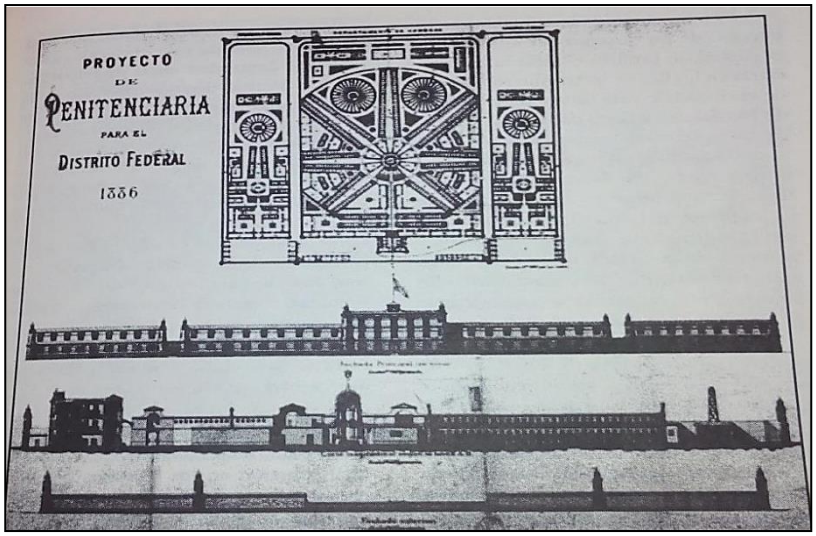


Foto 1. *Proyecto de Penitenciaría para el Distrito Federal*, 1886. Tomado de González, *Lecumberri*, 2000, p.65.

Las crujías eran de distintas longitudes, la más pequeña era de 49 metros de largo y la mayor de 121 metros, dentro de ellas se agrupaban las celdas. En todas las crujías las celdas eran iguales y tenían 3 metros 60 centímetros de largo, 2 metros 10 centímetros de ancho y 4 metros veinte centímetros de altura; cada celda tenía llaves de agua, excusado con *cesspool* y un tubo que conducía a la azotea los gases mefíticos, sirviendo a la vez de desagüe.[188] (Véase foto 2).

[188] Los detalles sobre la construcción y los materiales utilizados en la Penitenciaría pueden verse en González, *Lecumberri*, 2000, pp. 96-108.

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca
Instituto
Mora

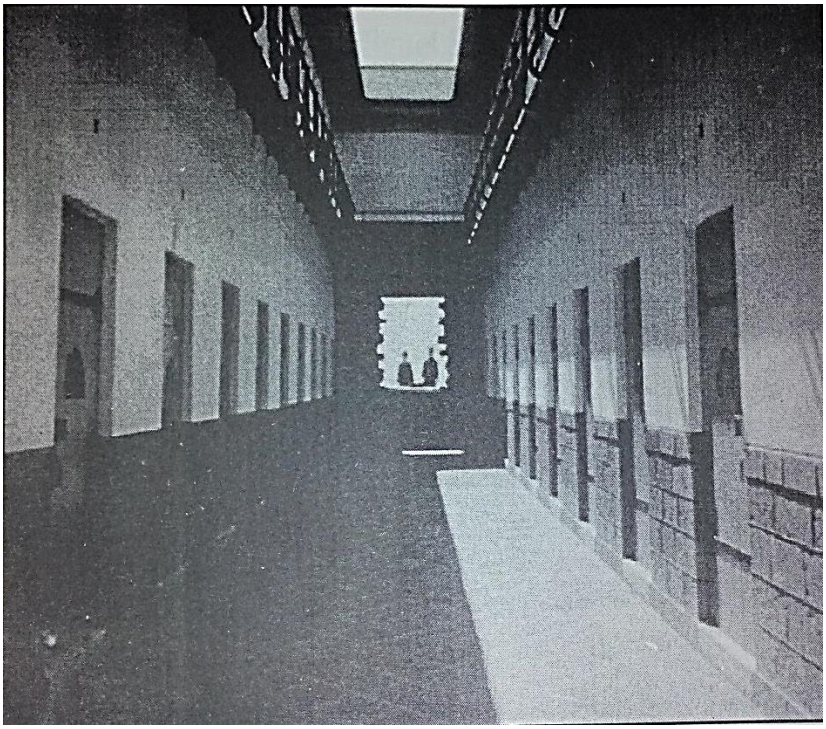


Foto 2. *Vista de una de las siete crujías del penal de Lecumberri*. Tomado de González, *Lecumberri*, 2000, p.17.

Las celdas eran individuales con cama y servicio sanitario. Las camas eran de acero, suspendidas y abisagradas, los excusados y lavabos eran de fierro fundido y las ventanas tenían rejas hechas de barras de acero.[189] (Véase foto 3) El área de celdas estaba dividida en tres áreas. Algunas áreas de celdas eran menos vigiladas y los presos podían estar más "libres", pero también había celdas de castigo sin servicio sanitario y con poca ventilación. Además esta prisión contaba con áreas de talleres, enfermería, cocina, panadería y sección de servicio médico. Sin embargo, los datos disponibles no permiten saber qué tipo de actividades o cómo eran atendidos los toxicómanos en ese espacio, pero al estar en un espacio carcelario en convivencia con reclusos es de suponer que se ajustaban a las mismas condiciones de los presos con la excepción de que se procuraba brindarles un tratamiento que no siempre se llevaba a cabo.

[189] *Ibid*., pp. 104-108.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

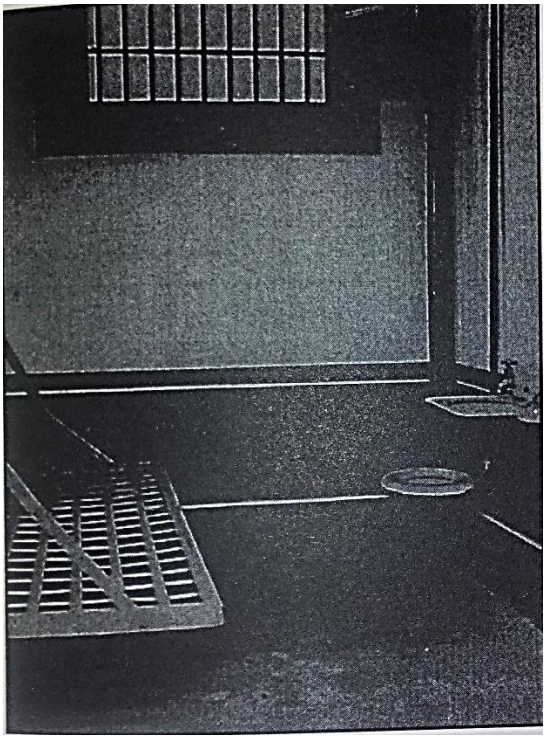


Foto 3. *Interior de una celda*. Tomado de González, *Lecumberri*, 2000, p.107.

El servicio médico de la penitenciaría podía ser utilizado para atender a los toxicómanos de padecimientos ajenos a la toxicomanía, pero esto implicaba un traslado del enfermo de la crujía a la enfermería y representaba un peligro en la vigilancia del interno y en el dominio que el médico intentaba ganar. La segunda planta de la prisión era totalmente de acero y el lugar en sí se percibía como un lugar lúgubre, frío y con poca ventilación, sin duda bajo esas condiciones los enfermos se encontraban más bien presos que en un hospital y los médicos no podían proporcionarles un tratamiento adecuado debido a las limitaciones económicas.

Así, el Servicio de Toxicómanos en la crujía F fue un establecimiento provisional. Ese servicio estaba a cargo del Departamento de Servicio Jurídico dependiente del Departamento de Salubridad, ahí se internaba a los enfermos de toxicomanía e intoxicación crónica que eran remitidos por el Departamento de Salubridad Pública tras su detención y después de haber pasado cinco días en un local preventivo conocido como Oficina de Consignaciones del Departamento de Salubridad.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Este primer establecimiento, era llamado indistintamente, Servicio de Toxicómanos, de Toxicomanías u Hospital para Toxicómanos y estuvo a cargo del doctor Everardo Landa[190] junto con otros dos médicos: Alfonso Millán[191], encargado de primeras atenciones y observación, y Juan Peón del Valle[192], encargado del servicio del Hospital.

La crujía F había sido acondicionada para atender a los toxicómanos, pero no contaba con los más mínimos requerimientos para la readaptación del enfermo. Las condiciones de este hospital-cárcel eran malas y el mismo medio en el que se encontraba, impedía que se llevaran a cabo las labores de curación, además de

[190] El doctor Everardo Landa Carrasco (1877-1950), originario de Toluca, Estado de México, viajó a la ciudad de México para estudiar en la Escuela Nacional de Medicina. Fue practicante del Hospital de San Andrés y del Concepción Béistegui, donde trabajo al lado de los doctores Francisco de P. Chacón y José Olvera. Sustentó su examen profesional en septiembre de 1901, con la tesis "La analgesia quirúrgica por la inyección intrarraquidiana de cocaína". Impartió clases de biología, anatomía, fisiología e higiene en la Escuela Nacional Preparatoria. En la Escuela de Medicina se desempeñó como jefe de clínica de obstetricia para parteras desde 1915. Interinamente fue jefe de clínica quirúrgica, profesor de patología médica y de obstetricia teórica. Perteneció al Instituto Médico Nacional, donde intervino en sanidad pública, especialmente en la campaña contra el tifo en 1915, la fiebre amarilla y la uncinariasis. Tuvo a su cargo el estudio terapéutico experimental de las drogas autóctonas. Como jefe del Departamento de Propaganda y Educación Higiénica, escribió numerosos artículos y folletos para la divulgación de temas de higiene y profilaxis. Véase Rodríguez, *Protagonistas*, 2008, pp. 251-252.

[191] Alfonso Millán (Sinaloa, 1906- 1975). Psiquiatría que comenzó su carrera de medicina en la Escuela Nacional de Medicina de 1924 a 1927 y terminó en la Universidad de París de 1928 a 1931. Allí mismo realizó estudios de posgrado en Medicina legal y psiquiatría de 1931 a 1932. Su tesis doctoral, fue sobre *La inadaptabilidad social de los epilépticos y su papel en la delincuencia.* De regreso a México, se incorporó al Manicomio General de "La Castañeda" como médico auxiliar. Posteriormente fue nombrado médico especialista, jefe de servicio y finalmente director de 1934 a 1938. En 1938 fundó una clínica psiquiátrica: el Sanatorio Floresta. También fue profesor de medicina legal en la Facultad de Derecho de la UNAM, en la de Medicina impartió medicina legal y medicina social, y en la Escuela Nacional Preparatoria enseñó psicología. Participó con los doctores Raúl González Enríquez y Guillermo Dávila en el proyecto de enseñanza del psicoanálisis y en la invitación a Eric Fromm a México. Al retirarse Fromm, el maestro Millán continuó como profesor encargado del curso del psicoanálisis de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina. Fue uno de los primeros en estudiar la problemática psicosocial de México desde el campo de la psiquiatría. Sus trabajos en el área de la adicción a las drogas, los problemas legales de los enfermos mentales y la situación de los alienados en México, así como los que se refieran a las causas sociales de la delincuencia, fueron las primeras publicaciones, en estos campos hasta entonces prácticamente inexplorados. Formó parte de un grupo que junto con Leopoldo Salazar Viniegra, Raúl González Enríquez, Guillermo Dávila y Samuel Ramírez Moreno, inició el desarrollo de la psiquiatría moderna en México. Véase Rodríguez, *Protagonistas*, 2008, pp. 309-311.

[192] El doctor Juan Peón del Valle y Barona (ca. 1905). Fue hijo de Juan Peón del Valle y de Carolina Barona. Se graduó como Médico Cirujano. Inició su actividad profesional como practicante en el Manicomio General y después, en 1931, prestó sus servicios en el Servicio de Toxicómanos en la crujía F de la Penitenciaría. Más tarde fue encargado de diversos pabellones del Manicomio General como el de reos y agitados que a finales de los años cuarenta sería llamado Pabellón de agitados, reos y toxicómanos. También fue nombrado director del Hospital Federal para toxicómanos en sus últimos años de funcionamiento. Véase AHSSA, FMG, EP, Leg. 46, exp. 11.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

que la misma crujía favorecía el "maldito negocio de compra-venta de estupefacientes" en el cual, según Peón del Valle, participaban familiares y vigilantes, pues los familiares de los enfermos les llevaban ropa, dinero, alimentos y hasta el propio tóxico, mientras que, los vigilantes no eran incorruptibles.[193]

El doctor Everardo Landa destacó que por falta de recursos la crujía tenía deficiencias, consideraba que este lugar no era un medio satisfactorio para el tratamiento de los toxicómanos pues "ni es posible llevar a buen término las exploraciones clínicas, ni aplicar de manera provechosa tratamientos, ni gozar de absoluto dominio médico, ya que nuestros enfermos si requieren medicaciones ajenas a la naturaleza de su toxicomanía, necesitan forzosamente ingresar a la enfermería de la prisión."[194] Everardo Landa, como Jefe del Hospital, mencionó que al igual que en la crujía, tampoco era favorable la permanencia previa de los pacientes en el local preventivo del Departamento, porque allí los enfermos pasaban cinco días en malas condiciones, en un "lugar insalubre, yacentes en pleno piso de cemento y en verdadera promiscuidad con los detenidos por infracciones al código sanitario"[195]

Los toxicómanos que llegaban al Servicio pasaban por un procedimiento, en el cual participaban diferentes autoridades, pues no sólo la policía de narcóticos podían informar de un toxicómano sospechoso, si el Ministerio Público tenía conocimiento del tráfico o uso de enervantes debía ponerse en contacto con el Delegado Sanitario Federal, quien decidiría si debían intervenir en el caso las autoridades judiciales o las sanitarias, dependiendo de la acción con enervantes y poniendo al sospechoso en detención preventiva hasta que se comprobara si era toxicómano o no.[196] Las mujeres eran registradas y dadas de alta cuando no se les comprobaba delito que perseguir, pues no había lugar para su hospitalización. Los hombres, en cambio, permanecían en la Oficina de Consignaciones del Departamento de Salubridad hasta que el especialista los diagnosticaba y remitía "por toxicómanos clínicamente conocidos o por sospechosos" a la crujía. Según

[193] Peón del Valle, "Aspectos", 1933, p.348.
[194] "Informe de las labores efectuadas por el servicio de toxicomanías" México, 1932, en AHSSA, FSP, SeSJ, caja 31, exp. 2.
[195] *Idem.*
[196] Véase Olvera, *op. cit*. p. 133.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

datos de Peón del Valle de enero de 1932 a enero de 1933, se recibieron y trataron a 315 toxicómanos en ese lugar.[197]

Una vez admitidos como enfermos, los toxicómanos eran atendidos de padecimientos antiguos y otros adquiridos durante el tratamiento. Según Everardo Landa se encontraron casos de alcoholismo crónico, uretritis blenorrágica aguda, tuberculosis pulmonar, hepatitis, sífilis, nefritis, epilepsia y epididimitis gonocócica; además de padecimientos intercurrentes como: gripa, insuficiencia hepática aguda, diarreas, disenterías, abscesos por piquetes infectados y perturbaciones mentales transitorias. No se tenían cifras exactas por la falta de recursos y de un buen local para el estudio de los pacientes.[198]

Las limitaciones económicas provocaron la falta de medicamentos y hasta de una vitrina para guardarlos,[199] por lo cual, el tratamiento que se aplicaba para la toxicomanía fue el rápido de Erlenmeyer. Ese procedimiento permitía llevar al enfermo a la supresión del tóxico aproximadamente en una semana y consistía en emplear morfina en dosis variables de entre 2 y 4 centigramos, dos o tres veces al día, sin embargo, ese método sólo desintoxicaba al enfermo pero no suprimía el hábito.[200] La necesidad de emplear dos métodos de curación era urgente. Everardo Landa señaló que no había sido posible poner en práctica las dos curas: desintoxicación y supresión del hábito, por no contarse con elementos de "fisioterapia, quimicoterapia (sic) en amplia forma y psicoterapia. Tampoco fue posible recurrir a medicación sintomática y reguladora del metabolismo, por falta de medicamentos indicados.

Así pues, en este hospital-cárcel en donde predominaron las funciones de reclusión y la falta de recursos, casi toda la labor quedó reducida a combatir el heroinismo y no la toxicomanía propiamente dicha.[201] El espacio carcelario estaba presente no sólo por el hecho de estar en Lecumberri sino porque los enfermos estaban forzados a atenderse en ese lugar al que llegaban detenidos y en el que

[197] Peón del Valle, *op. cit*., p.353.
[198] "Informe de las labores efectuadas por el servicio de toxicomanías" México, 1932, en AHSSA, FSP, SJ, caja 31, exp. 2.
[199] *Idem.*
[200] *Idem.*
[201] *Idem.*

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

estaban sujetos a la vigilancia de la Penitenciaría. Por falta de recursos en la crujía se hicieron muy pocas modificaciones y no contaba con un lugar para atender a las mujeres, a las que se les dejaba libres "casi inmediatamente", asilándose sólo a hombres. Ellas sólo recibían "una especie de tratamiento" que no era otra cosa más que "una prolongación de su hábito" y "después de unos cuantos días (cinco u ocho) quedaban en libertad las que no pasan a la Cárcel de Belén por traficantes".[202] La crujía F fue un lugar predominantemente para la atención masculina pues brindó la posibilidad de tener una atención aunque fuera mínima para los hombres, el que las mujeres no tuvieran esa oportunidad dependió de la falta de recursos económicos que marcaron las características de este primer espacio de atención médica.

La desorganización del Servicio Juriídico se hizo patente en la incongruencia de los registros de los asilados pues el establecimiento estaba a cargo del Departamento de Servicio Jurídico y del Departamento de Química y Farmacia dependientes del Departamento de Salubridad. Entre una y otra instancia los registros variaban. Por ejemplo, en el segundo trimestre del año de 1932, se registraron cinco cifras de ingreso distintas, a saber: 97, 90, 84, 87 y 92 enfermos. Por lo tanto, era necesario que el Servicio Jurídico remitiera directamente al Servicio de Toxicómanos los expedientes relativos a los enfermos para poder realizar sus propios registros y para saber, en caso de alta, cuando un toxicómano estuviera consignado.[203]

Las tensiones entre el espacio y las autoridades involucradas dan cuenta de las deficiencias en que comenzó a ponerse en práctica el Reglamento de Toxicomanía. Las condiciones iban en contra de lo que se necesitaba para la posible readaptación del toxicómano. Peón del Valle mencionó que los toxicómanos eran curables en mínima proporción pero eran tratables en su totalidad, por lo cual era necesario seguir en la lucha contra las toxicomanías, los médicos debían externar el "firme propósito de no cejar en la lucha", pedir que el presupuesto fuera ampliado y que el Hospital para toxicómanos se acondicionara

[202]"Informe de las labores efectuadas por el servicio de toxicomanías" México, 5 de agosto de 1932., en AHSSA, FSP, SJ, caja 31, exp. 2., fs. 29.
[203] *Ibid*., fs. 27-29.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

debidamente.[204] La lucha de los médicos en última instancia era centralizar la atención y validar su trabajo como psiquiatras.

En ese sentido, Everardo Landa, en su informe hizo una petición al Jefe del Departamento de Salubridad, en el cual pedía la adaptación de dos o tres piezas en el mismo edificio donde estaba ubicado el Departamento. Esas piezas se usarían como enfermería, también solicitó otra crujía mejor acondicionada para que se pudiera atender a las mujeres. Esos espacios solicitados eran desde luego temporales porque lo que los médicos esperaban era que se instalara un Hospital para toxicómanos en debida forma, pues el vicioso requería de "magníficas circunstancias de medio para su tratamiento" y su permanencia en una instalación penitenciaria era una "contraindicación para su estado clínico, sobre todo desde el punto de vista psicoterápico."[205]

Alfonso Millán y Peón del Valle por su parte, presentarían un proyecto de modificación en la aplicación del Reglamento de Toxicomanía, pero se desconoce si éste se realizó o no, lo cual indica que en ese reglamento posiblemente no fue tomado en consideración la opinión de los especialistas. En el caso del tratamiento terapéutico, el doctor Peón del Valle iniciaría un estudio físico y químico de la sangre de los toxicómanos con la finalidad de aplicar una terapéutica nueva y definida.[206]

Así, al inicio de las actividades de la crujía, los médicos buscaron realizar nuevas investigaciones para ayudar a los enfermos, era la oportunidad de estos especialistas de demostrar que con sus hallazgos era posible tratarlos. Por su parte el Departamento de Salubridad, como autoridad administrativa encargada de contener el problema de las toxicomanías no dejó de reconocer las limitaciones económicas a las que se enfrentó y destacó su objetivo como autoridad sanitaria:

> Los especialistas en la materia están de acuerdo en que además de la desintoxicación es necesaria una *adaptación social del vicioso* o sea una curación fisiológica después de la desintoxicación. El Departamento se ha concretado en la primera fase o sea desintoxicación material, no porque considera que ahí terminó

[204] Peón del Valle, *op. cit*. 351.
[205] "Informe de las labores efectuadas por el servicio de toxicomanías" México, 1932, en AHSSA, FSP, SJ, caja 31, exp. 2.
[206] *Idem.*

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

> su labor, sino porque tiene que contentarse con esto, limitado como está económicamente, pero una vez que cuente con los elementos indispensables para fundar su hospital para toxicómanos, se dedicará de lleno a la labor completa que requiere la *readaptación social de los viciosos*, para hacerlos nuevamente *útiles a la sociedad y a los suyos*.[207]

Las autoridades del Departamento se referían a la readaptación social de los enfermos en el aspecto moral, físico, mental y productivo, es decir hasta que los enfermos fueran capaces de dedicarse a un oficio o trabajo considerado honrado y pudieran reintegrarse a su familia, con lo que también contribuirían a la "buena marcha de la nación". Pero el país aún estaba lejos de contener el problema de las toxicomanías, pues no se tenían los recursos económicos para establecer un hospital adecuado. Así, la responsabilidad recayó casi por completo en los psiquiatras que enfrentaron una lucha constante para conseguir mejores condiciones y tratar de que a los toxicómanos se les tratara como enfermos y no como criminales. A pesar de esto, en un ambiente penitenciario la crujía F empezó a funcionar como un hospital-cárcel. Era un hecho que la mayor dificultad que los enfermos enfrentaban en ese espacio era el constante tráfico de enervantes. Aun así, Landa insistía en que lo toxicómanos se encontraban en mejores condiciones que en la Oficina de Consignaciones manejada por el Departamento de Salubridad. Con ello demostraba que pese a las características del espacio concedido a los médicos, era mejor la atención psiquiátrica que la administrativa. Como mencionó el mismo Everardo Landa en su informe, allí:

> Los enfermos viven en absoluta promiscuidad con otros detenidos de índole diversa, en cuartos sumamente desaseados, pequeños, de atmósfera cargada de humo de tabaco y de olores insoportables, cuartos en donde se han acumulado hasta más de cuarenta personas, que no podían disponer para todas sus necesidades más que de unos cuantos metros cúbicos de aire viciado. Además, como ha habido toxicómanos con otros padecimientos, aún externos, de atenciones locales, los sufrimientos de dichos enfermos son mucho mayores; sin tener en cuenta por último, la casi imposibilidad de hacer las curaciones indicadas.[208]

---

[207] "Nuestro Reglamento Federal de Toxicomanía y la economía nacional", México, enero de 1933, en AHSSA, FSP, SJ, caja 29, exp. 7. Las cursivas son mías.

[208] "Informe de las labores efectuadas por el servicio de toxicomanías" México, agosto de 1932, en AHSSA, FSP, SJ, caja 31, exp. 2. Fs. 28-29.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Con ello demostraba que la crujía F era un "paraíso" frente a lo que ofrecía el Departamento de Salubridad. Tal era la confianza en su capacidad de atención a los toxicómanos que exhortaba a que la Policía Sanitaría redoblara su actividad en la detención de toxicómanos, pues según los médicos "el personal está en condiciones de rendir mayor suma de trabajo y la crujía de la Penitenciaría, de albergar a más enfermos."[209]

Los testimonios expuestos muestran que al entrar los años treinta, en la concepción médica había un consenso en la necesidad de recluir a los toxicómanos y proporcionales un tratamiento adecuado, esos establecimientos también debían servir como centros de investigación de la toxicomanía. Visto de esta forma, en México, el hecho de considerar al toxicómano como enfermo abrió la puerta para la investigación de las toxicomanías y aunque quizá tomó por sorpresa a los médicos porque era una enfermedad nueva, también significó una oportunidad para ellos, para mostrar que el toxicómano podía ser curado, y a partir de entonces el incipiente Hospital sirvió de laboratorio para incentivar investigaciones más serias acerca de esa enfermedad.

3. El Hospital en Tolsá

No obstante la insistencia de los médicos, el improvisado hospital-cárcel de toxicómanos se tuvo que trasladar a otro edificio porque la crujía F fue destinada para alojar a internos de la Cárcel de Belem que fue demolida en 1933. El argumento central para hacer ese desalojo fue que, aunque las autoridades de la Penitenciaría habían mostrado "un apoyo franco y decidido al Departamento en su labor de desintoxicación de los vicios", en ese espacio no se podía desarrollar una labor efectiva por "estar los mismos más bien presos que en hospitalización forzosa" por lo cual, el Hospital se trasladó a un local de la calle Tolsá que anteriormente había sido destinada a Inspección de Sanidad.[210]

---

[209] *Idem.*

[210] "Hospital de Toxicómanos. Rinde informe de labores efectuados durante el periodo del primero de julio de 1932 al 30 de junio del presente año", México, 27 de julio de 1933, en AHSSA, SP, SJ, caja 33, exp. 7

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

En este edificio ubicado en la calle Tolsá número 48, las autoridades sanitarias volvían a insistir en que las condiciones no eran las deseadas para un "hospital de este género en la capital de la República", sin embargo, se reconocía que el adelanto logrado era de mucha consideración y repercutía "favorablemente en la campaña contra enervantes" que la Constitución encomendaba al Departamento.[211]

En el edificio de Tolsá, el procedimiento para que los toxicómanos ingresaran era el mismo que en la crujía y las condiciones del lugar, seguían siendo malas. Incluso la seguridad era menor por las características que tenía el edificio. De ahí que, poco a poco se fueron integrando elementos de vigilancia y disciplina, al tiempo que los médicos intentaban tener mayor intervención en el lugar, con la finalidad de que este sitio fuera un espacio medicalizado y no carcelario. Se creó cierta tensión entre los médicos que luchaban por conseguir mejoras en el Hospital y los propios inspectores de sanidad, que eran los encargados de revisar las condiciones materiales del edificio y realizar recomendaciones para su buen funcionamiento.

En el testimonio del agente Ricardo Serrano, encargado de la inspección del lugar, se puede notar una voz que consideró insuficientes las medidas de seguridad, pues apeló a imponer castigos a los enfermos para disciplinarlos y dejó entrever las dificultades no sólo materiales sino las tensiones que se vivieron dentro del Hospital, lo cual contrasta con las ideas que los médicos habían estado manejando, y su preocupación para que éstos fueran tratados como enfermos. Es importante, resaltar que no se tenía un reglamento interno, por lo cual la dirección del Hospital a cargo de Everardo Landa tenía que ir adaptando diversas medidas, que muchas veces fueron resultado de recomendaciones hechas por los inspectores sanitarios.

El edificio de Tolsá constaba de dos plantas, pero éstas, según el inspector no estaban bien aprovechadas pues en la parte alta había "bastantes habitaciones sin empleo" que se podían acondicionar para "principiantes en el vicio aislándolos del contacto íntimo y morboso del hampa en toda su plenitud y maldad, que tan

[211] *Idem.*

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

inconvenientes enseñanzas, pueden transmitirles"[212]. Esto se sugirió debido a que todos convivían desde su llegada sin separación alguna, tanto los enfermos principiantes como los crónicos o los traficantes. De acuerdo a lo que sugería el inspector esta era una de las principales reformas que se tenían que hacer, como mencionó Serrano "el edificio […] amerita algunas reformas de adaptación para la seguridad, comodidad y separación de los enfermos, quienes, aunque se consideran como tales, su nivel moral deja mucho que desear, convirtiéndolos algunas veces en elementos peligrosos entre sí y para sus custodios."[213]

Para lograr separar a los internos era necesario dejar de admitir a traficantes de drogas pues, desde el punto de vista de la autoridad, se consideraban altamente perjudiciales y según el agente esa "clase de parásitos" no ameritaba las consideraciones que se les daba a los enfermos. En ese aspecto, el inspector propuso hacer una selección cuidadosa de los elementos que "llevan esperanzas, al ser internados, de curarse y los que pueden considerarse perdidos" mediante el uso de fichas para marcar sus reincidencias y el estudio de su conducta intermedia, es decir, de su conducta entre dos reclusiones. A los que eran considerados perdidos, se les debía cerrar las puertas definitivamente, por ser "injusto que el H. Consejo de Salubridad esté gastando cantidades relativamente fuertes en parásitos sociales desprovistos totalmente de todo principio de moral y conservación."[214] Sin embargo, el director del establecimiento Everardo Landa no pensaba igual pues para él, la imagen que tenían las autoridades administrativas era la del toxicómano como delincuente y era necesario hacer sentir al toxicómano que no lo era. En ello radicaba la validación de la psiquiatría como medicina social. En ese sentido, Landa afirmaba que:

> […] siguen con la idea de que son delincuentes [los toxicómanos] y que se les aprende y aísla en un presidio, a fin de castigarlos. En el presidio son considerados como todos los reclusos, maltratados y casi nunca por nadie escuchados en sus quejas y peticiones muchas veces justas. Así, llega a formarse en ellos un estado psicológico de disgusto y odio hacia cuanto los rodea, inclusive las personas con quien deben tratar, y se muestran como rebeldes a todo y

[212] Ricardo Serrano, "Breves notas tomadas en mi inspección al Hospital de Toxicómanos", México, 7 de junio de 1933, AHSSA, FSP, Se SJ, caja 35, exp.18.
[213] *Ibid*. f.1
[214] *Ibid.* f. 2

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

> procuran fugarse cuando pueden, como acaba de suceder con cuatro de ellos en el edificio de Tolsá.[215]

Según el doctor, se les debía convencer de que eran enfermos y que el local que ocupaban no era un presidio sino un Hospital, por lo tanto era necesario difundir en ellos "el mejor conocimiento de su estado, que es el de un enfermo salido de un medio social relajado". El doctor Landa deseaba extender el servicio del Hospital "hasta el grado apetecible, de acuerdo con necesidades universales", ya que podría ser el lugar donde se iniciara el tratamiento psicoterápico de esos hombres. Mediante esas medidas, creía que el toxicómano al ver "claramente las intenciones reales" que con él se tendrían se sometería de buen agrado al médico y entonces no sería necesario "guardarlo con una fuerza policiaca de tanta importancia" como la que los vigilaba.[216] Landa apelaba a poner en práctica la medicina social pues para él era importante comprender al enfermo y dejar de tratarlo como un presidiario, lo que llevaría a que ellos mismos propagaran los beneficios del tratamiento, según sus palabras:

> Cuando el toxicómano se vea rodeado de aceptables comodidades, él mismo seguramente, será un propagandista que anime a otros enfermos a solicitar tratamiento. No son raros los casos de individuos que se han presentado voluntariamente en el Departamento y que han rogado no se les remita a la penitenciaria.[217]

Cabe señalar que el Hospital contaba con 14 celadores divididos en dos turnos diarios de 7 personas.[218] Según el inspector, su labor era buena pero recomendaba que se ampliara la facultad de esos celadores para "hacerse respetar sin violencias, autorizándolos a que la disciplina interior fuese más rigurosa."[219] La seguridad y la vigilancia comenzaron a ser dos aspectos fundamentales en el Hospital. No bastaba con tener a 14 celadores en servicio

---

[215] "Carta al Jefe del Departamento Jurídico. Firmado por el director del Hospital, Everardo Landa", México, 6 de febrero de 1933. AHSSA, FSP, SeSJ, caja 37, exp. 5, f. 1-3.
[216] *Ibid*., fs. 3-5.
[217] *Idem.*
[218] "Expediente relativo a la solicitud del administrador del Hospital de Toxicómanos ", México, 21 de abril de 1933, en AHSSA, FSP, SeSJ, caja 34, exp. 9, f.2.
[219] Ricardo Serrano, "Breves notas tomadas en mi inspección al Hospital de Toxicómanos", México, 7 de junio de 1933, AHSSA, FSP, Se SJ, caja 35, exp.18, f. 1.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

sino que se debía corregir el sistema de cerraduras y poner enrejados en las ventanas del frente del edificio, las visitas debían ser reglamentadas procurando tener a los enfermos separados de sus familiares "a distancia tal que permitiera a los vigilantes estar pendientes del registro de todos y cada uno de los objetos que les llevan" pues estimaban que ese era el principal medio en que los enfermos recibían drogas.[220] El teléfono para uso de los enfermos, también se tenía que reglamentar para evitar que los toxicómanos tuvieran contacto con "malos elementos". Incluso se pensó en usar extensiones fácilmente aislables "en el momento en que la conversación a juicio del que la escuchara fuera inadecuada."[221]

Otra de las recomendaciones que se hizo fue en referencia a los dormitorios del primer piso, pues los enfermos se encontraban hacinados, ya que uno de esos salones era demasiado pequeño y el otro estaba desprovisto de "maderas en sus claros" por lo cual entraban corrientes de aire muy frías que eran perjudiciales. Además el mobiliario con el que contaban, tenía un aspecto "desagradable por su poco confort y aseo", el departamento de baños y desinsectización (sic) se tenía que mejorar y debía obligarse a los enfermos a utilizarlo diariamente.[222]

A pesar de las malas condiciones del Hospital, hubo algunas batallas ganadas por los médicos, como la puesta en marcha de un servicio de enfermería, que estaba en la parte superior del edificio. La sugerencia de Serrano fue que se cambiara al primer piso y que estuviera junto a la administración, donde se debían guardar las medicinas, las cuales debían ser entregadas diariamente a la enfermera de guardia de acuerdo con la lista que el doctor ordenara.[223] Contar con esta enfermería o "sala de curaciones" fue uno de los logros que obtuvieron los médicos, ya que el director del Hospital Everardo Landa, había solicitado meses atrás una sala para atender a los enfermos con algún "padecimiento intercurrente de más o menos gravedad", además de que, en adelante se contaría con la ayuda de una enfermera, elemento indispensable para realizar las curaciones en el

[220] *Idem.*
[221] *Idem*
[222] *Ibid.*, f.2
[223] *Ibid.*, f.1

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Hospital.[224] De esta forma, el control de las medicinas tenía que ser cuidadoso para evitar que los enfermos pudieran hacer un uso indebido de ellas, con este servicio se inició la atención de las enfermedades intercurrentes o malestares que aquejaban a los toxicómanos.

En contraste con las malas condiciones del inmueble, se consideraba que el Hospital podía servir como laboratorio para seguir avanzando en el conocimiento de las toxicomanías, por lo que se pensó en la necesidad de establecer turnos constantes de practicantes para que estudiaran la psicología de los enfermos. El practicante debía informar al médico, en su visita diaria, sobre las observaciones que hiciera.[225] También, se recomendó tener conferencias frecuentes dadas por especialistas con un lenguaje "instructivo, ameno y convincente" seguramente para hacer ver a los toxicómanos los perjuicios que causaban las toxicomanías.[226]

Finalmente, en el aspecto terapéutico aún no se tenían pensadas actividades, pues el nuevo local, no tenía las condiciones adecuadas. Lo único que se contempló fue adaptar una pequeña biblioteca y conseguir algunos periódicos que distrajeran a los enfermos la mayor parte del tiempo posible, pues a decir del agente de inspección, la lectura serviría para hacerles "olvidar siquiera algunos ratos sus vicios y deseos."[227]

En esta segunda etapa del Hospital los internos aumentaron, según datos de Everardo Landa, ingresaron 350 toxicómanos que utilizaban principalmente las siguientes sustancias: heroína, marihuana, opio y cocaína. El uso de la heroína, seguía siendo mayor incluso Landa mencionó que "los viciosos heroinómanos alcanzan una proporción del 95 por ciento". Muchos de los heroinómanos llegaban al Hospital en un mal estado de salud pues la aplicación de la heroína por vía intravenosa era "rudimental, impropia y peligrosa", ya que rarísimas veces usaban una jeringa de Pravaz, tan sólo usando un gotero llamado de pipeta a "guisa de impulsar el líquido a través de una aguja en malas condiciones" de lo cual

[224] "Carta al Jefe del Departamento Jurídico., firmado por el director del Hospital, Everardo Landa", México, 6 de febrero de 1933. AHSSA, FSP, SeSJ, caja 37, exp. 5, f. 3-5.
[225] Ricardo Serrano, "Breves notas tomadas en mi inspección al Hospital de Toxicómanos", México, 7 de junio de 1933,AHSSA, FSP, SeSJ, caja 35, exp.18, f. 2.
[226] *Idem.*
[227] *Idem.*

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

resultaban infecciones frecuentes.[228] El tratamiento que se aplicó, seguía siendo el de desintoxicación rápida o de Erlenmeyer y en un año se aplicaron 2 594 inyecciones, utilizando 51 gramos y 88 centigramos de cloruro de morfina.

A pesar de que los médicos querían que este espacio funcionara también como un hospital-escuela no sólo para emprender estudios de toxicomanía sino para reeducar a los enfermos, los tratamientos terapéuticos que se basaran en el trabajo o en actividades recreativas prácticamente no se emplearon debido a las condiciones del servicio, a pesar de esto, en ocasiones a los toxicómanos se les tenía en reclusión de uno a tres meses.[229] Everardo Landa informó que "había tenido oportunidad de ver posteriormente a uno que otro individuo de los que estuvieron internados en el hospital, habiendo podido cerciorarse de su curación", sin embargo, los problemas iban en aumento y en este Hospital de Tolsá, al igual que en la penitenciaría, la atención a las mujeres toxicómanas no se pudo establecer en forma definitiva.

Además se sabía que algunos traficantes, fingiéndose enfermos y "aun siendo enfermos algunos de ellos", se presentaban voluntariamente a solicitar tratamiento "más en realidad, lo que procuran es tener ocasión de medrar, con los perjuicios que sin dificultad se comprenden." Los vigilantes, habían sorprendido variadas formas de introducción de la heroína en el hospital, para los doctores todas esas dificultades iban señalando "nuevas orientaciones para el mejoramiento de ese servicio social de verdadera trascendencia" pues "la constante difusión del mal obliga a forzosas medidas de salud."[230]

Pero los problemas iban en aumento, la prensa capitalina informó que el 5 de julio de 1933 había ocurrido un motín en el hospital, "los asilados rompieron los cristales y la loza de los servicios", pretendiendo salir a la calle.[231] El motivo: la suspensión de la visita, lo que disgustó a los internos. Esto ya se venía anunciando pues en abril de 1933 varios internos habían presentado una queja

---

[228]" Informe de las labores efectuadas en el servicio de Toxicomanías en el periodo comprendido del 1º de julio de 1932 al 30 de Junio del presente año", México, 18 de agosto de 1933, en AHSSA, SP, SeSJ, caja 33, exp. 7
[229] *Idem.*
[230] *Idem*.
[231] Pérez, "Tolerancia", 2016, pp. 259-300.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

contra el vigilante Gumersindo Hernández para que fuera excluido de su puesto porque el trato que les daba era "INQUISITORIAL" llegando a humillar a los familiares de los internos y "profiriendo palabras obscenas para cualquier indicación."[232] Los enfermos pedían que se les concediera la visita de sus familiares dos veces por semana y que les dieran los alimentos que les llevaran, ya fuera en día de visita u otros, sometiéndose a una rigurosa inspección para evitar toda sospecha por parte del personal. Por último, solicitaban la presencia del Dr. Everardo Landa como "autoridad competente" para diagnosticar el estado de salud de los enfermos, que se consideraban "ya completamente sanos" por lo que juzgaban: "perjudicial a nuestra salud moral e intereses, el seguir mayor tiempo del debido dado el mal ambiente que reina en esta Institución que carece en lo absoluto de higiene, más la deficiente alimentación, falta de camas, etc."[233] Este argumento vertido a la opinión pública caía como "anillo al dedo" para la causa de los psiquiatras que los colocaba como los únicos capaces de tratar humanamente a los toxicómanos. Los médicos pensaban que debía ser un espacio netamente medicalizado para aplicar un tratamiento adecuado y readaptar a los pacientes, tratarlos como enfermos y estudiarlos, mientras que las autoridades judiciales también presentes dentro del hospital, apelaban a tener un espacio cada vez más vigilado, disciplinario y que castigara los malos comportamientos, un hospital-cárcel amparado en un reglamento que confinaba a los enfermos a una reclusión forzosa. El Reglamento Federal de Toxicomanía expresaba que "la internación en el Hospital Federal para Toxicómanos sería obligatoria y continua durante el tratamiento y estaría sujeta a los sistemas que impongan los reglamentos interiores de los hospitales federales para toxicómanos[234], reglamento que aún no existía en el hospital. Todavía haría falta conseguir los recursos para construir el anhelado hospital.

---

[232] Agustín de Cervantes, Manuel de Regil M., *et. al.* "Solicitud de peticiones que presentamos los suscritos", México, 3 de abril de 1933, AHSSA, FSP, SeSJ, caja 36, exp. 5, fs. 7-9.
[233] *Idem.*
[234] Reglamento Federal de Toxicomanía, Artículo 8º, en *DOF*, 27 de octubre de 1931.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

4. La creación del Hospital Federal de Toxicómanos: el espacio y su funcionalidad.

Para 1933, la práctica médica derivada del ejercicio psiquiátrico en el incipiente hospital-laboratorio de Tolsá generó sus propios resultados. Surgieron trabajos derivados de la observación directa de pacientes toxicómanos que en ocasiones incluían descripciones de experimentos. Para los médicos, los primeros servicios basados en el control y la concentración de toxicómanos en un espacio "especializado", posibilitó un mayor interés por conocer la enfermedad, sus efectos y su posible tratamiento. Sin embargo, debido a que aún no se conseguía un hospital adecuado algunos médicos empezaron a desconfiar de la supuesta curación del toxicómano proponiendo otras. Un ejemplo es la investigación de Jesús Siorda Gómez, quien en su tesis "Toxicomanías. Ensayo de interpretación"[235] se interesó por el aspecto médico y social de las toxicomanías. Para conocer ese aspecto se dirigió al Hospital para Toxicómanos aún ubicado en Tolsá en donde encontró un terreno fértil para hacer sus observaciones. A pesar de que pensaba que la resolución de la toxicomanía era prácticamente imposible[236] señaló que se tenía que seguir atacando el negocio de las drogas pues en este aspecto radicaba la resolución del problema. Según Siorda a los "viciosos" se les podía considerar "irredentos", pero el ataque contra las drogas debía continuar, sobre todo en las nuevas generaciones que "aun cuando trajeran ya factores temperamentales hacia el vicio se obraría sobre ellos modificando el medio en que viven, su educación y su nivel económico-social"[237]

Siorda compartía la idea de que los toxicómanos debían ser recluidos y tratados dado su "estado potencial delincuente" y como medida de defensa social y prevención del delito. El tratamiento que sugería consistía fundamentalmente en la segregación y debía incluir la modificación de los distintos factores intrínsecos y extrínsecos (individuo y medio ambiente) concurridos en el determinismo de la toxicomanía, el toxicómano debía ser aislado y obligado a trabajar por ejemplo en

[235] Tesis presentada para obtener el título de médico-cirujano. Siorda, "Toxicomanías", 1933, p. 5.
[236] *Ibid* .p. 7.
[237] *Ibid.* pp. 8-9.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

colonias especiales para aplicar tratamientos forzosos cuya duración no fuera menor de tres o cuatro años, además sugirió que esta colonia podía establecerse en la Islas Marías.[238]

Esas sugerencias, si bien extremas, estaban en consonancia con la reestructuración que comenzaba en el país en la que se redefinirían las políticas sociales y que hacían hincapié en la preocupación por la construcción de la nación y el fortalecimiento de un nacionalismo revolucionario.[239] Los programas de educación, salud y cultura, bajo este esquema, debían llegar a todos los sectores sociales, sobre todo a los campesinos, obreros, indígenas, niños, pero también a todos los llamados "débiles sociales". Esa nueva política social apelaba a la solidaridad de la población económicamente activa para disminuir la cantidad de "enfermos, viciosos y anormales". El Estado debía "asistir" mientras la sociedad debía "beneficiar". Si bien el Estado asumía su obligación a acudir en auxilio del necesitado no como forma de caridad sino como un deber, la sociedad tenía una corresponsabilidad como benefactora. Las notas de prensa en estos años se encargaron de difundir estas nuevas ideas y de impulsar un discurso de solidaridad entre la sociedad y el Estado:

> El Estado dice que hay que asistir y no beneficiar, que los necesitados tienen derecho a la asistencia y que, para su alivio, no deben esperar las obras de caridad, siempre humillantes. La sociedad debe acudir en ayuda del necesitado, debe tener hospitales, hospicios, casas de cuna, lugares de retiro para ancianos, colonias veraniegas, escuelas para anormales, correccionales, etc., etc., En otras palabras, la sociedad debe satisfacer las necesidades de los individuos. La sociedad, desde luego no es el Estado y, si el Estado tiene obras de Asistencia, esto no exime a la sociedad de acudir en beneficio del necesitado. Puede haber, debe haber asistencia, pero también y a su lado, y para completarla, puede haber y debe haber beneficencia.[240]

En ese sentido, el campo de acción del Estado se debía extender y crear las instituciones necesarias para satisfacer diversas necesidades sociales. No era suficiente crear las instituciones sino también propagar una ideología "institucionalista" para legitimar los programas por medio de una adhesión masiva

[238] Siorda, *op. cit*. pp. 41-45.
[239] Véase Uhthoff, *op. cit*. p.164.
[240] "¿Asistencia en lugar de Beneficencia?", Excélsior, México, 7 de marzo de 1934, en AHSSA, FBP, IMP, SH, Libro 10.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

al mismo plan.[241] Uno de los objetivos del gobierno federal, fue establecer centros de salud para la población, que por sus dimensiones, se convirtieron en lugares referenciales, no sólo para México sino para buena parte de América Latina. Por ejemplo, en esta época se construyeron el Hospital para Tuberculosos en Huipulco (1929-1936) proyectado por el arquitecto José Villagrán, el Hospital de Ferrocarriles de México (1936) proyecto del ingeniero Federico Ramos y el arquitecto Carlos Greenham, así como, el Instituto Nacional de Cardiología (1937-1944) y el Gea González (1943-1947) ambos proyectados por Villagrán.[242]

Los psiquiatras que tenían mayor presencia en estos años, en conjunción con la nueva política posrevolucionaria de asistencia social entraron en esta dinámica, pues el Manicomio General como dependencia de la Beneficencia Pública se vio beneficiado de algunas mejoras y de reformas que pretendían desahogar la sobrepoblación y superar la leyenda negra que se tenía de La Castañeda. Entre 1925 y 1945, periodo que se consideró la segunda etapa de profesionalización de la psiquiatría mexicana, el Manicomio tuvo una importante reforma médica y administrativa que permitió instaurar la terapia ocupacional como medio de rehabilitación. Se comenzó a dar consulta externa a pacientes que no necesitaban de hospitalización, se inauguró el Pabellón Infantil, la Escuela para niños anormales y el Pabellón de Toxicómanos.[243] Los psiquiatras que encabezaron estas innovaciones fueron: Samuel Ramírez Moreno, Alfonso Millán Maldonado y Manuel Guevara Oropeza, quienes ocuparon la dirección de La Castañeda entre 1929 y 1944.

Para 1934, fue crucial la atención a los toxicómanos, pues no sólo se puso en marcha el nuevo programa asistencial sino que se dictó un nuevo código sanitario en el cual se volvió a señalar que el Departamento de Salubridad fundaría establecimientos especiales para internar en ellos a quienes hubieran adquirido el vicio de enervantes y determinaría el tiempo que debían permanecer recluidos para su tratamiento. En ese mismo año, Alfonso Millán llegó a la dirección del Manicomio, siendo uno de los especialistas que tenía amplia

[241] Martini, “Ideología”, 1983, p. 47.
[242] Vargas, “Labor”, 1999, p. 108-110.
[243] Sacristán, “Contribución”, 2010, p. 474.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

experiencia en toxicomanías. Fue él quien finalmente inauguraría el Pabellón especial para Toxicómanos anexo al Manicomio General.

La construcción del Pabellón de Toxicómanos, se tenía proyectada desde 1933, como lo muestran los planos. El arquitecto encargado de realizar el proyecto fue Enrique Aragón Echeagaray[244], un arquitecto poco estudiado, a pesar de haber sido el artífice del famoso Monumento al General Álvaro Obregón, situado en San Ángel. El proyecto que data de 1934 remite al compromiso de este otro gremio profesional, el de los arquitectos, con los gobiernos posrevolucionarios. Aragón Echeagaray en la justificación de su proyecto al Monumento, mencionó que "el trágico sitio del crimen [el asesinato de Álvaro Obregón], hoy propiedad de la ciudad, será un bello parque público, abierto al pueblo, como un templo patriótico"[245]. Con estas palabras sellaba su filiación con el gobierno federal y con el llamado a fortalecer un nacionalismo patriótico que debía hacer visibles a los héroes revolucionarios y, al pueblo, como beneficiario de su legado.

Los planos del Pabellón fueron realizados por la Dirección General de Servicios Urbanos y Obras Públicas del Departamento del Distrito Federal. Hasta septiembre de 1932 la Beneficencia Pública, encargada de conservar en buen estado el edificio de La Castañeda, contaba con una oficina llamada de Construcción y Conservación de Edificios. Sin embargo, a raíz de las reformas para el mejoramiento de la atención psiquiátrica, esa oficina adquirió el grado de Departamento de Ingeniería para emprender construcciones nuevas y adaptar con

[244] Este arquitecto nació en la Ciudad de México el 23 de agosto de 1906. Estudió en la Facultad de Arquitectura de la Universidad Nacional de México durante 1925-1929. Se sabe que fue miembro del New York Society of Architects (1936) y de la American Society of Planning Officials. En 1934, junto al escultor Ignacio Asúnsolo, ganó el primer lugar en un certamen convocado por el Departamento del Distrito Federal para la realización de un monumento dedicado a Álvaro Obregón. En 1945 fue nombrado Miembro del Consejo de Arquitectura de la Ciudad de México y fue Director de la Primera Exposición Nacional de Urbanismo y Construcción. Nuevamente, en 1947, ganó el primer lugar en el Concurso Nacional para el Monumento a los Niños Héroes en Chapultepec. Fue colaborador en *Novedades* y publicó varios libros entre los que destacan: *Fisonomías de la ciudad; Lo urbano y lo rural en la planeación de México; Los siete pecados capitales del urbanismo; Monumento al General Álvaro Obregón. Homenaje nacional en el lugar de su sacrificio; México: ciudad multiforme,* y *10 años de trabajo profesional*. Véase Percy, *Who´s who in Latin America: a biographical dictionary of the outstanding living men and women of Spanish America and Brazil*, 1940, p.5. Aragón, *Urbano*, 1956.

[245] Departamento, *Monumento*, 1934, s/p.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

instalaciones modernas las ya existentes.[246] Considero que la construcción del Pabellón fue una obra conjunta tanto de este Departamento de Ingeniería como el del Distrito Federal.

En paralelo con el diseño y construcción del Pabellón, algunos psiquiatras expusieron los resultados de los experimentos que realizaban en animales y personas para conocer las toxicomanías. El texto de Samuel Ramírez Moreno puede considerarse el primer texto psiquiátrico publicado al respecto y se concentró en conocer los efectos causados por la intoxicación de la marihuana, planta que, según Ramírez Moreno, había "causado graves actos anormales y delictuosos". A través de un experimento realizado en una persona sana, el psiquiatra concluyó que la marihuana fumada aún en dosis pequeñas era suficiente para provocar en un sujeto sano y no acostumbrado a su uso, una serie de alteraciones psíquicas principalmente "disgregamiento y automatismo de las funciones cerebrales, dominando los trastornos psicosensoriales (alucinaciones visuales y onirismo especialmente) rapidez y desorden en la asociación de las ideas, euforia e incoordinación motriz."[247] Debido a esas reacciones el doctor Ramírez Moreno veía en el toxicómano a un enfermo peligroso que debía estar recluido para evitar que pusiera a la sociedad en riesgo.

Desde 1930, este psiquiatra sugirió la creación de tener un local adecuado con personal especial para atender a los toxicómanos que debía estar separado de los enfermos mentales bien definidos y ser amplio para procurar la desintoxicación y reeducación del enfermo.[248] El espacio que sugería este doctor era idealmente un espacio vigilado en donde se apartara de la sociedad a los que habían caído en el vicio, los terrenos amplios del Manicomio eran para él, adecuados para establecer talleres y campos preparados para trabajos de agricultura para la desintoxicación y regeneración de "esos pobres seres victimas de su voluntad o de la herencia."[249]

---

[246] Memoria de la labor realizada por la H. Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal Memoria, 1934, pp. 437-438.
[247] Ramírez, "Trastornos", 1934., p. 9-16.
[248] FBP, EH, MG, Leg. 47. Exp. 8, fs. 7-8.
[249] *Ibid*. p. 8

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

De este modo, la inauguración, en 1934, del Pabellón de Toxicómanos representó la consolidación de todas esas voces que habían pedido un establecimiento especial para "curar" a los toxicómanos y también cumplía con el afán del gobierno federal de atender las necesidades de los "débiles sociales", iniciando así la supuesta resolución del llamado "problema de los toxicómanos".

Ahora bien, ¿cómo era ese Pabellón?, ¿cómo funcionó una vez reconocido como Hospital Federal? Para analizar el Hospital de Toxicómanos como espacio es importante considerar este edificio como el resultado de la interacción de diversos actores que señalaron la necesidad de crearlo, entre ellos los médicos, cuyas ideas fueron puestas en práctica para que funcionara este establecimiento, los objetivos que desde su punto de vista debían ponerse en práctica y los intereses político administrativos que entraron en juego.

Para el análisis de la materialidad, a modo de etnografía documental, me basaré en planos, fotografías y documentación administrativa del hospital. En ese sentido, el primer acercamiento al Hospital fue el bosquejo realizado por el arquitecto Aragón Echeagaray en 1933 (véase foto 4), en éste se muestran los ideales que se tenían para lograr la readaptación del toxicómano. Se trata de un edificio de aspecto moderno y sobrio de sólo dos pisos. Las grandes explanadas tienen prioridad en el plano, lo que sugiere un ambiente de libertad y de movimiento, de sol y luz para los pacientes. La hospitalización pasa a un segundo plano de importancia. No se trata de un edificio majestuoso, más bien se sugiere una arquitectura acorde con la idea de un concepto utilitario donde la función debía preceder a la forma.[250] La fachada plana con ventanas simplifican el diseño y siguiere una uniformidad aséptica acorde con el uso del edificio. Una frase del arquitecto Aragón que quizá refleje este concepto es "Dime en dónde vives o qué construyes y te diré quién eres", para explicar que el hombre refleja el medio en el que habita y éste, a su vez, le transmite un carácter propio.[251]

[250] Schorske, *Viena*, 1981,p. 105
[251] Aragón, *Siete*, 1948, p. 9.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

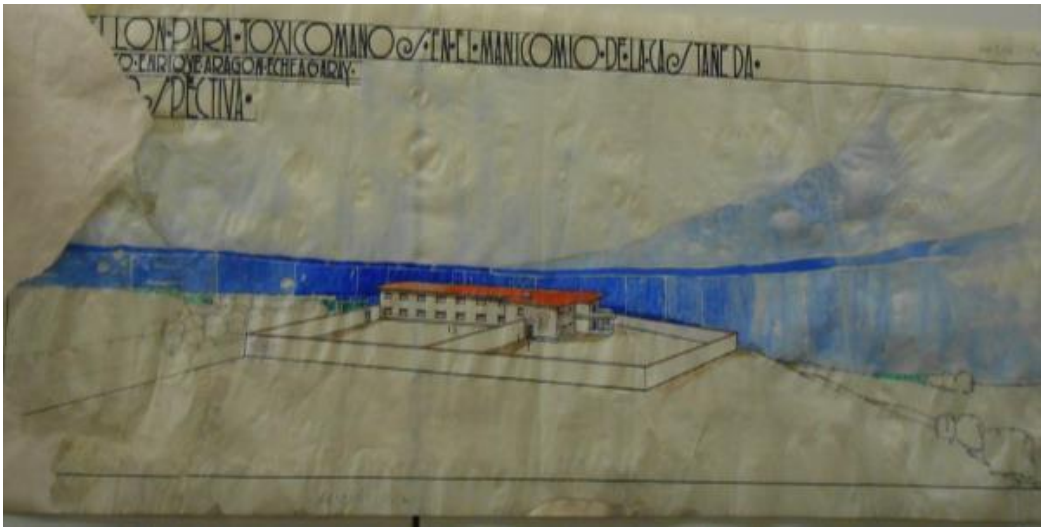


Foto 4. Aragón Echeagaray, Enrique, *Proyecto Pabellón para Toxicómanos en el Manicomio de La Castañeda*, México, *ca*. 1933, México, AHDF, Planoteca, 415.3 (073)42

Acorde con el pensamiento médico y la preocupación por mostrar que las enfermedades se podían combatir mediante el mejoramiento del medio en el que se vive, el arquitecto elegido para proyectar el Pabellón en sus textos también mostró una preocupación por construir espacios adecuados donde primara la higiene, "la amplitud, la belleza, el aire, el sol, la luz y los deseos de volar", en donde se pudiera hacer "una vida en común con todas las comodidades y en un ambiente favorable a la salud y a la tranquilidad del espíritu".[252]

El 18 de julio de 1934, finalmente se inauguró el Pabellón para Toxicómanos. *El Excélsior*, informó al día siguiente que "El local destinado a los toxicómanos es un verdadero modelo en su género, entre los de américa y todo el mundo".[253] La inauguración se realizó en absoluta austeridad, sin "acto oficial ni declaratorias" pero los visitantes tuvieron oportunidad de ver la remodelación de algunos pabellones de La Castañeda y del nuevo edificio destinado a los toxicómanos, el cual se levantó desde sus cimientos y contaba con un edificio anexo para análisis clínicos, el que a su vez, tenía un departamento para toda clase de animales destinados al estudio y preparación de sueros.[254] (Véase foto 5 y 6) Así, en el nuevo pabellón confluían las aspiraciones médicas y las políticas. El

[252] *Ibid*, pp, 81, 101.
[253] "Modernos pabellones inaugurados ayer en el Manicomio General", *El Excélsior*, jueves 19 de julio de 1934.
[254] *Excélsior*, 4 de julio de 1934.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

día de la inauguración, para sellar el nuevo logro institucional se ofreció un banquete "de más de cien cubiertos".[255]

El costo del Pabellón de Toxicómanos fue de 106.647.85 pesos[256] , la arquitectura del edificio como símbolo de higiene, modernidad, tranquilidad y funcionalidad se ve reflejado en las líneas curvas de su fachada y en su sencillez (Véase foto 5). En el primer plano se aprecia el tanque de agua que provee al edificio y al fondo se puede apenas apreciar el edificio de La Castañeda que contrasta con la modernidad de la nueva construcción. De acuerdo con la normatividad vigente, el Pabellón debía ser un lugar apto para la rehabilitación del enfermo, pero también debía ser un espacio de reclusión, es decir, un espacio normado, cuyas ventanas estaban enrejadas para evitar fugas o cualquier otra indisciplina. A pesar de ello, las rejas no se perciben como una característica distintiva del edificio.

[255] Entre los asistentes estaban las siguientes personas: General José María Tapía, Director de la Beneficencia Pública; Senador Carlos Riva Palacio, Presidente del PNR; Licenciado Emilio Portes Gil, Procurador General de Justicia; Doctor Fabio Lozano y Lozano, Ministro de Colombia en México; Licenciado Juan B. Amescua, secretario general de la Beneficencia y el doctor Alfonso Millán, director interino del Manicomio, entre otros. "Modernos pabellones inaugurados ayer en el Manicomio General", *El Excélsior*, México, 19 de julio de 1934.

[256] "Radical transformación en el Manicomio de Mixcoac", *Asistencia*, México, 1934, año 1 , núm.1

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Foto 5. *Pabellón de Toxicómanos,* México, 1933. ©462126, SECRETARÍA DE CULTURA. INAH.SINAFO.FN.MÉXICO. REPRODUCCIÓN AUTORIZADA POR EL INAH

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Foto 6. *Edificio de análisis clínicos, anexo al Pabellón de Toxicómanos en el Manicomio General*. México, 1933. ©462130, SECRETARÍA DE CULTURA. INAH.SINAFO.FN.MÉXICO. REPRODUCCIÓN AUTORIZADA POR EL INAH

Como se observa en el plano general del Hospital (véase plano 1), el inmueble contaba con un sistema compuesto por salas separadas en el cual cada salón tenía una función específica. A diferencia del Manicomio y el Hospital General cuya distribución estaba planeada en función de grandes pabellones y la vigilancia no era efectiva, ni el personal podía tener la rapidez que se necesitaba para atender a los pacientes, este edificio, en cambio, tenía una ordenación detallada en la que cada actividad contaba con un lugar específico y por tanto con una supervisión clara con respecto a los tiempos y a los requerimientos de los pacientes.

Así en el plano 1, se puede apreciar que la entrada corresponde a un pasillo que proviene del edificio de La Castañeda. La primera sala que se puede ver a la derecha es el comedor cuyo abastecimiento y atención estuvo previsto por un cuarto donde estaba el montacargas y otro donde se guardaban utensilios de

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

cocina, ambos lugares daban servicio al comedor por estar emplazados justo enfrente. Es interesante hacer notar que el Pabellón no contaba con cocina propia y la preparación de los alimentos provenía de La Castañeda acentuando así la dependencia e interconexión entre un edificio y otro.

Una vez fuera del área del comedor, se logra ver la sala de enfermeras y la de médicos que estaban colocadas al centro del inmueble. Para la atención a los pacientes estas salas contaban con un espacio anexo para las curaciones. Al estar ubicados al centro, estos lugares posibilitaban el control y a la vez podían servir como una frontera que separaba el área más íntima conformada por los baños, los dormitorios, la sala de estar y la terraza, de las áreas del comedor y la entrada. Por la distribución general, se sugiere que la zona de mayor vigilancia y reclusión era la de los dormitorios que se encontraba al fondo del edificio. Este cuarto de amplias dimensiones con capacidad para 26 pacientes, estaba supervisado en cada extremo y contaba con dos salones en las esquinas para aislar a los enfermos más difíciles. La disponibilidad de camas era menor a la capacidad que supuestamente podía albergar el Hospital máximo 60 hombres y 50 mujeres, esa inconsistencia posiblemente se deba a que se pensaba dar tratamiento ambulatorio. El Pabellón fue previsto para la vida en común, en ese sentido no se aprecian ni dormitorios ni baños privados, en cambio la sala de estar y la terraza representan las partes más iluminadas y amplias del inmueble. La uniformidad y la estandarización de los espacios sugieren el tratamiento del paciente como un ser impersonal.

La segunda planta era exactamente igual, a manera de espejo a la descrita y probablemente estaba pensada para recluir a las mujeres las que, en la Crujía como en Tolsá no habían podido ser atendidas. Sin embargo, la convivencia entre sexos no estaba planeada por la disposición espacial del edificio. El Hospital tenía un cupo máximo para 100 hombres y 50 mujeres.[257]

[257] Rosales, “Intervención”, 1939. p. 54.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Plano 1. Aragón Echeagaray, Enrique, (atribuido) *Proyecto Pabellón para Toxicómanos en el Manicomio de La Castañeda*, México, 1933, AHDF, Planoteca, 415.3 (073) 42

Los materiales utilizados hablan de un lugar aséptico y funcional. La nueva construcción tenía pisos de cemento y de mosaicos, lo cual contrastaba con el empleo de madera que antes de la reforma emprendida en el Manicomio, componían los “antihigiénicos pisos”. Los servicios sanitarios tenían materiales

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

resistentes y eran fácilmente lavables para evitar la existencia de “nidos de ratas” que habían invadido los pabellones psiquiátricos años atrás. (Véase foto 7)

Foto 7. “Instalación sanitaria del Hospital de Toxicómanos”, tomado de Departamento de Salubridad Pública. *Memoria de las labores realizadas durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 1934 y el 15 de julio de 1935.* México, 1936, p. 22.

El comedor tenía bancas y mesas de granito “artificial” y estaban colocadas de forma tal, que permitían una eficaz circulación de alimentos, además de que tenía una buena luz y ventilación.[258] (Véase foto 8) Seguramente este espacio estaba planeado para que las comidas se hicieran de manera eficiente y rápida en la que se usaban platos y tazas de aluminio, tanto por lo higiénico como por lo

[258] Véase Memoria de la labor realizada por la H. Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal Memoria, 1934, pp. 455-467.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

durable.[259] Los dormitorios sólo contaban con las camas de los pacientes y se entiende que las pertenencias de los enfermos debían estar guardadas en los casilleros anexos a los lavabos. (Véase foto 9). Los objetos fijados al piso del inmueble reflejan las medidas de seguridad que se debían imponer a los toxicómanos al considerárseles enfermos peligrosos.

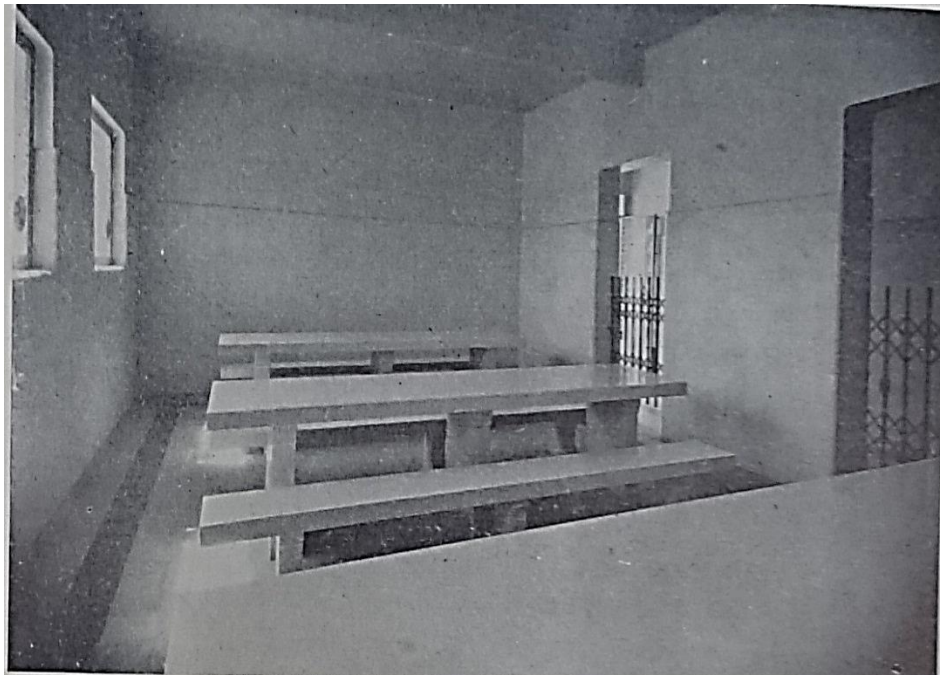


Foto 8. "Comedor del Hospital de Toxicómanos", tomado de Departamento de Salubridad Pública. *Memoria de las labores realizadas durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 1934 y el 15 de julio de 1935.* México, 1936, p. 23.

[259] "Reformas al manicomio", *El Nacional*, México, 20 de enero de1934

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

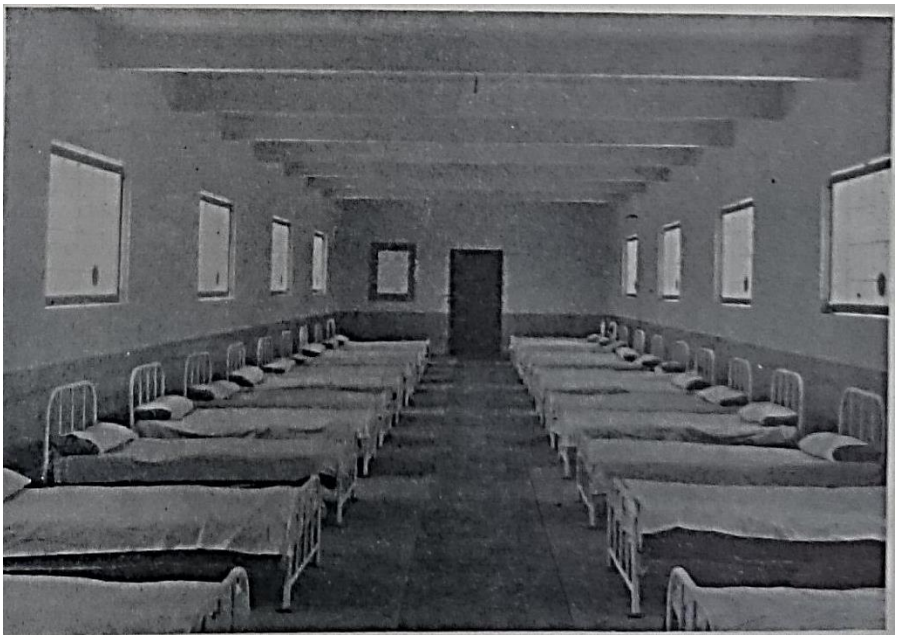


Foto 9. “Dormitorios del Hospital de Toxicómanos”, tomado de Departamento de Salubridad Pública. *Memoria de las labores realizadas durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 1934 y el 15 de julio de 1935.* México, 1936, p. 23.

A pesar de las expectativas que se tenían con este establecimiento, en la práctica se vivieron múltiples tensiones, pues los médicos que se harían cargo de él, estaban supeditados a los recursos que tanto el Departamento de Salubridad como la administración del Manicomio les otorgaran. El pabellón pretendía iniciar labores de inmediato, pero esto no fue así, pues hasta 1935 el Hospital siguió instalado en el edificio de Tolsá. En enero de 1935, circulaba la opinión entre los médicos y el administrador del Hospital en Tolsá, que era necesaria una reorganización completa, tanto en lo material como en los sistemas que se seguían para la reclusión y curación de los enfermos. Se sabía que en los terrenos anexos al Manicomio General de La Castañeda hacía un año que se había terminado la construcción de un pabellón especial para toxicómanos con un recinto especial para mujeres —que fue una de las peticiones más frecuentes que habían hecho los médicos encargados del hospital—, sin embargo no se sabía por qué hasta la fecha no se había utilizado.[260] Probablemente lo complicado de llegar

[260] “Consideraciones sobre la situación legal del Hospital de toxicómanos y su funcionamiento”, México, 8 de enero de 1935, en AHSSA, FSP, SJ, caja 41, exp. 9, fs. 1-7.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

a un acuerdo entre las autoridades del Departamento de Salubridad Pública y las de la Beneficencia Pública sobre el Hospital demoraron su puesta en marcha.

El abogado auxiliar del hospital, Francisco Aguilar V. señaló que la fundación del primer Hospital para Toxicómanos llenaba un "requisito social imposible de eludir", por lo cual, el control de hospitales para toxicómanos que se crearan en el futuro, tenían que estar forzosamente bajo la tutela del Departamento de Salubridad Pública y no en manos de otra autoridad[261], refiriéndose con ello a la intromisión de la Beneficencia Pública y de los mismos médicos en la atención a los toxicómanos.

El abogado reconoció que hasta la fecha no se había conseguido el objeto deseado ya que el "vicioso" únicamente desintoxicado "nada más espera ansiosamente la salida del hospital para usar de nuevo la droga" resultando también una pérdida constante para el erario pues los agentes de policía destinados a la vigilancia y captura de viciosos tenían que seguir dedicando su atención a los mismos individuos que abandonaban el hospital. Su objetivo era entonces, señalar que la reclusión debía ser mayor y con mejor control para "poder afirmar con más o menos seguridad que los que abandonan el establecimiento no volverán más".[262] Por tanto, lo que se pretendía era que el Pabellón de Toxicómanos pasara por completo a manos del Departamento de Salubridad, porque se tenía la esperanza de que en ese lugar por fin la campaña contra las toxicomanías tuviera buenos resultados.

Fue así como en febrero de 1935, se estableció un convenio entre el Departamento de Salubridad Pública y la Beneficencia Pública del Distrito Federal. En ese convenio se determinó que quedaría destinado a los servicios propios del "Hospital Federal de Toxicomanía" el edificio construido en terrenos del Manicomio General (Pabellón de Toxicómanos) en donde se habían establecido ya, las dependencias del mismo Hospital, que sería regido por el Departamento de

[261] *Idem.*
[262] *Ibid*. fs. 5.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Salubridad Pública en los términos que señalaba el Código Sanitario Federal y el Reglamento Federal de Toxicomanías.[263]

De esa forma, la Beneficencia Pública cedió al Departamento de Salubridad el uso y aprovechamiento del mencionado edificio. En calidad de compensación, el Departamento de Salubridad se comprometió a pagar a la Beneficencia Pública la cantidad de $15,000.00 pesos anuales, $3,000.00 pesos podían ser cubiertos en artículos, medicamentos y narcóticos. Dichos productos serían solicitados por la Beneficencia Pública, por medio de su Departamento de Abastecimientos. La suma restante de $12,000.00 pesos sería cubierta en efectivo y en mensualidades adelantadas de $1,000.00 pesos a la caja de la Beneficencia Pública, por el Departamento de Salubridad.[264] Finalmente, en mayo de 1935, se estableció el contrato en el que quedó determinado que a partir de ese momento el Pabellón de Toxicómanos constituía el Hospital Federal de Toxicómanos, el cual dependería exclusivamente del Departamento de Salubridad Pública. Pero, como se explicó, al estar ubicado dentro de los terrenos del Manicomio General, quedo ligado materialmente a La Castañeda y sujeto al apoyo de la Beneficencia Pública.[265]

De esta forma, el funcionamiento del Hospital se dividió en técnico y administrativo, la parte técnica relativa al personal, sobre todo en cuanto al nombramiento de médicos, dependería únicamente del Departamento de Salubridad. El equipo de enfermeros y enfermeras, así como la comida y materiales de curación sería suministrado por la Beneficencia Pública. Sin embargo, todo debía ser supervisado por el Departamento, éste último debía pagar a la Beneficencia 50 centavos diarios por cada toxicómano asilado, a pesar de que el gasto estimado por paciente en La Castañeda en 1934 era de 170 centavos.[266] Esto significaba que el Departamento otorgaba a la Beneficencia

[263] "Convenio entre el Departamento de Salubridad Pública y la Beneficencia Pública del Distrito Federal", México, 20 de febrero de 1935, AHSSA, FMG, SeA, c. 2, exp. 8.
[264] Idem.
[265] "Contrato que celebran por una parte el señor general don José María Tapia y por la otra el señor doctor Manuel F. Madrazo, para el funcionamiento del pabellón de toxicómanos, construido en el Manicomio General", México, 23 de mayo de 1935, AHSSA, FSP, SJ, caja 41, exp. 9, fs- 8-11.
[266] Idem. Véase también Memoria de la labor realizada por la H. Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, 1934, p. 371.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Pública casi un 30% del gasto estimado de cada enfermo, un porcentaje bajo del costo total de mantenimiento de cada asilado.

Es importante destacar que, aunque en el Manicomio General podían ser atendidos los toxicómanos que estuvieran en calidad de pensionistas de primera, el Departamento de Salubridad debía tener el control sobre ellos. Ningún médico del Manicomio podía atender a los toxicómanos asilados en el Hospital y si un toxicómano dejaba de pagar su cuota como pensionista, pasaría de inmediato al Hospital de Toxicómanos perdiendo todos sus privilegios.[267] De este modo, se pretendía que el nuevo establecimiento, ya designado como institución federal, fuera un espacio dominado por el Departamento de Salubridad, pero en la práctica subyacía la dependencia del Hospital respecto de la Beneficencia Pública.

En 1935, los médicos redactaron un proyecto de reglamento que les daría cierta autonomía de acción y, si bien nunca fue oficial, sería el que estaría vigente hasta 1945. En esta normatividad se privilegió la disciplina, la vigilancia y el control de los internos. Por primera vez se estableció que el Hospital tenía el objetivo de ser un "establecimiento de reclusión para la observación, tratamiento y aislamiento de los individuos afectados de las diversas toxicomanías", del mismo modo, debía ser el "organismo técnico en donde se llevaran a cabo las investigaciones médico-sociales sobre la personalidad patológica del toxicómano y estudios referentes a la toxicomanía.[268] De esta manera, el Hospital aspiraba no sólo a contener el problema de las toxicomanías como problema médico-social, sino emprender estudios sobre éstas y no limitarse a una labor meramente policíaca. Por esta misma razón, el reglamento era enfático en que los encargados del Hospital debían ser "técnicos especializados" y el tratamiento debía ser tanto médico como psicológico.

Por tal motivo, a la cabeza del Hospital se encontraba un director médico del cual dependía todo el personal, tanto médico como administrativo del establecimiento. Este director dependía del Jefe de Servicio de Química y Farmacia del Departamento de Salubridad Pública. Ambos, jefe y director, tenían

[267] "Contrato", México, 23 de mayo de 1935, AHSSA, FSP, SJ, caja 41, exp. 9, fs- 8-11
[268] "Anteproyecto de reglamento interior del Hospital Federal para Toxicómanos", AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp.15, 1935, fs.13

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

que trabajar conjuntamente para resolver y tomar las medidas necesarias que pudieran suscitarse en el Hospital o con los recluidos. El director médico, tenía un turno de 18 horas a la semana y orientaría las investigaciones respecto a las toxicomanías, además tendría a su cargo a un grupo de enfermos para su tratamiento, así como, a dos médicos a su cargo. Estos médicos, trabajarían tres horas diarias y debían permanecer por lo menos dos horas en el hospital, exceptuando los domingos. En un plazo de quince días pasarían visita médica dominical, de acuerdo al horario designado por el director.[269] A pesar de esto, el director médico perdió presencia dentro del Hospital pues como se observa en el plano general (véase plano 1) no existía una oficina para el director médico, teniéndose que conformar con recibir a los asilados a través de otras oficinas tanto del Departamento de Salubridad como del Manicomio.

El Hospital contaría con dos practicantes que trabajarían tres horas diarias y harían guardias nocturnas. Esos practicantes podían resolver asuntos de urgencia en caso de ausencia del director o de los médicos. Sus funciones eran llevar las ordenatas en donde se registraban los medicamentos, hacer exploraciones, aplicar inyecciones y otras actividades generales. También se contaba con tres enfermeras dependientes de los médicos, que trabajaban ocho horas diarias llevando a cabo las labores "propias de su profesión" obedeciendo las indicaciones de los médicos o excepcionalmente de los practicantes. El papel de las enfermeras fue muy importante dentro del hospital, ya que eran ellas las que realizaban la mayor parte de las curaciones y aplicaban los tratamientos a los recluidos. Del mismo modo, había una enfermera visitadora social que tenía un turno de ocho horas, llevaba a cabo la investigación o trabajo social requerido en caso de internación o externación de los recluidos en el hospital, así como, otros estudios de investigación social.[270]

Los médicos se aseguraron en el reglamento que el administrador dependiera directamente del director. Sus tareas estaban sujetas a supervisar a todo el personal desde mozos, vigilantes, taquimecanógrafa, etc., y resolver todos

[269] *Idem.*
[270] "Anteproyecto de reglamento interior del Hospital Federal para Toxicómanos", AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp.15, 1935, fs.2-3.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

los asuntos de orden administrativo como la repartición de ropa, alimentación y tramitación de asuntos sobre alta y baja de pacientes. Lo que colocaba al administrador en tareas de enlace con el suministro que provenía de La Castañeda.

Aunque el reglamento establecía que para evitar "aglomeraciones peligrosas", la población no debía exceder de 50 a 60 hombres y de 40 a 50 mujeres, es muy probable que la población haya superado ese número pues, por ejemplo, de enero a mayo de 1938 se atendieron a 365 asilados[271], desde luego hay que considerar que las estancias de los pacientes eran cortas y que algunos pudieron ser ambulatorios debido a las pocas camas con las que contaba el hospital.

Bajo esa organización, el Hospital comenzó a funcionar, como se ha explicado su creación fue más compleja de lo que se pensó y a pesar de que su construcción simbolizó la materialización no sólo de las ideas médicas sino del proyecto de la autoridad federal, estuvo inmersa en un espacio de confrontación. Este nuevo Hospital llamado ahora Federal de Toxicómanos, con todas sus pretensiones, buscaba atender un problema considerado de alcance nacional. No obstante, el pequeño edificio, quedó unido como con un cordón umbilical, al Manicomio y su destino también quedó sellado irremediablemente a él.

Conclusiones

En la década de 1930 se pensó que se podía normar y delinear la conducta, las costumbres y actividades de los sectores populares a través de la ampliación de la atención educativa y sanitaria. El Estado debía adoptar un nuevo papel, como benefactor, para impulsar a todos los sectores sociales a colaborar en el nuevo proyecto para lograr el fortalecimiento y la consolidación de la nación.

En esta década, la autoridad federal impulso políticas educativas, culturales y sanitarias para transformar a la población. Dotó al espacio urbano de una

[271]"Lista de los asilados atendidos en este Hospital durante los meses de enero a mayo del presente año", AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7, México, 12 de julio de 1938.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

infraestructura necesaria para mejorar las condiciones de vida, impulsando políticas de salud, programas de higiene y “campañas contra los vicios” o enfermedades infecto-contagiosas, se construyeron hospitales, asilos, dormitorios y consultorios públicos. Entre esos hospitales, la propuesta de fundar hospitales para toxicómanos fue innovadora pues en el país no existían instituciones especiales para atender a los recién considerados enfermos, lo cual provocó interés no sólo de parte de los médicos sino de otros gremios profesionales que veían en ellos un “peligro social”. Los psiquiatras empezaron a desarrollar investigaciones a partir del establecimiento de los primeros servicios para toxicómanos pero, al parecer, no hubo textos de psiquiatría especializados en toxicomanía hasta 1934.

Así, se puede decir que la creación del Hospital Federal para Toxicómanos, no sólo significó seguir las reglas de las convenciones internacionales para combatir las drogas, sino también fue la materialización de un espacio en el que confluyeron el pensamiento político y el médico e incluso el de los arquitectos que se insertaron en esta dinámica a través de la proyección de esos espacios que debían permitir mejorar las condiciones de vida de la sociedad, bajo un techo aséptico, funcional y organizado.

El Hospital pasó por tres espacios diferentes en los cuales desempeñó varias funciones: como un hospital-cárcel y un hospital- escuela. Estas funciones estuvieron relacionadas con la capacidad de acción que los psiquiatras lograron instrumentar. En la crujía como en Tolsá, a pesar de la opinión de los médicos de tratar a los toxicómanos como enfermos, persistieron las prácticas que los criminalizaban pues en ambos sitios se encontraban sometidos a la vigilancia de policías que debían cuidar el orden entre los internos. Al mismo tiempo, los psiquiatras a cargo no creían necesario que los internos estuvieran tan vigilados y pedían más recursos para proporcionales actividades que los mantuvieran ocupados y que ayudaran a su rehabilitación. El objetivo de crear un Hospital como una escuela, que fuera más funcional y que reeducara a los internos enseñándoles medidas de higiene, trabajo y disciplina y que diera la oportunidad de emprender más y mejores investigaciones sobre la toxicomanía se llevaría a

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

mediante un proceso gradual que no estuvo lejos de conflictos con la misma comunidad médica y las autoridades judiciales.

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca

Instituto
Mora

CAPÍTULO III. EL FUNCIONAMIENTO, LA RUTINA Y LOS PROBLEMAS DEL HOSPITAL

A un año de la apertura del Hospital Federal para Toxicómanos, algunos médicos no estaban convencidos todavía de su eficacia. Por ejemplo, en 1936 el doctor Antonio Monzón publicó un artículo sobre el problema de las toxicomanías y las medidas para su prevención en México.[272] En ese texto señaló que los servicios de desintoxicación sí existían pero eran inútiles. Refiriéndose al Hospital, indicó que tenía un reglamento apropiado dentro de sus limitadas condiciones de utilidad, pero su servicio era sólo para deshabituaciones temporales y "no para curar ni menos para prevenir."[273] En ese sentido, creía que los alcances de la institución eran limitados pues los enfermos entraban y salían haciendo prácticamente imposible su curación.

Lo anterior permite cuestionar qué pasó a raíz de la puesta en marcha del Hospital. ¿Cómo se desenvolvieron los médicos y los enfermos al interior?, ¿cuáles fueron las dificultades que ambos enfrentaron? Con base en estas preguntas, el objetivo de este capítulo es reconstruir cómo funcionó este establecimiento, acercarse a las tensiones que se tejieron dentro del espacio hospitalario y señalar algunas limitaciones que contribuyeron a su desaparición.

Para lograr este acercamiento se usarán fuentes de carácter administrativo por ejemplo reglamentos, quejas y peticiones para el uso de algunos servicios del Manicomio. Estos documentos reflejan los ideales que los médicos quisieron poner en práctica en el establecimiento y ayudan a entender el tipo ideal de organización que concibieron y los problemas que se vivieron dentro del Hospital. También se usará una base de datos de 150 expedientes clínicos que brindan un primer acercamiento a los pacientes y proporcionan información sobre el funcionamiento de la institución. De los 1673 expedientes disponibles se revisaron 1502 y se tomó una muestra aleatoria del 10% de los enfermos que ingresaron entre 1933 y 1943.

[272] Monzón, "Problema", 1936.
[273] *Ibid*. p. 28.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Se tomaron los expedientes de ingresos registrados desde 1933, cuando el hospital funcionaba en el edificio de Tolsá porque una vez hechos los cálculos, el porcentaje no varía con respecto a los datos que se tendrían si se iniciara el conteo a partir de 1935, en cambio realizar la muestra con datos desde 1933 proporciona una perspectiva más amplia y completa del movimiento de pacientes además de que pone a prueba la relevancia de la creación del hospital.

1. La llegada al Hospital

Una vez que el Hospital Federal para Toxicómanos entró en funcionamiento, las actividades de los enfermos y los médicos debían estar reglamentadas para su buena marcha. La organización y la disciplina se pensaron necesarias para que el enfermo no sólo se recuperara de la toxicomanía, sino para que al salir pudiera observar la conducta adecuada y ser un individuo útil a la sociedad, lo que al mismo tiempo beneficiaría al Hospital, pues el enfermo no tendría que reincidir y dejaría su lugar a otro toxicómano. Del mismo modo, la readaptación del enfermo redundaría en el prestigio de los psiquiatras a cargo del Hospital pues mostraría al fin su dominio sobre la "funesta" enfermedad y sobre las autoridades judiciales que insistían en criminalizar a los consumidores.

En 1935, los doctores crearon un proyecto de reglamento que pretendía asegurar las rutinas de los enfermos, las que supuestamente debían llevarse a cabo en cada sala diseñada específicamente para ello. Los médicos reunieron en ese proyecto los parámetros de disciplina, los derechos, las obligaciones y los castigos para los internos, así como la organización básica del lugar. Sin embargo, esas medidas a menudo eran transgredidas debido a las limitaciones espaciales, económicas y a las dificultades establecidas, principalmente entre el personal del Hospital y el de La Castañeda como se verá más adelante.

Procurar un espacio seguro y en óptimas condiciones para atender a los pacientes fue una de las prioridades de los médicos. Con esta perspectiva, los psiquiatras establecieron que se debían evitar las "aglomeraciones peligrosas" y sólo se aceptarían como máximo 60 hombres y 50 mujeres, procurando que la población regular fuera de 50 hombres y 40 mujeres. A pesar de esos parámetros,

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

los dormitorios del Hospital sólo tenían capacidad para atender a 26 enfermos en cada piso, por lo que es posible inferir que casi el 50% de esos pacientes tuvieran que ser ambulatorios pues no existían las condiciones para hospitalizarlos a todos.

Otra medida que se estableció en el proyecto de reglamento fue evitar la entrada de sujetos con condenas o sanciones de orden penal ya que consideraron que esos individuos podían perturbar la disciplina o intentar evasiones.[274] Ese aspecto fue difícil de cumplir pues en el hospital además de los toxicómanos que sólo eran "viciosos" también había otros a los que se les había comprobado ser traficantes y todos podían convivir entre ellos sin restricción pues no había una separación entre unos y otros.

Para conservar el buen funcionamiento del establecimiento en el proyecto se estableció que sólo los toxicómanos considerados indigentes estaban exentos de pago, los que pudieran erogar gastos —según el informe de una enfermera visitadora—, se les impondría una cuota que sería establecida por el director del Hospital y el Jefe de Química y Farmacia.[275] Por lo tanto, el pago no era obligatorio y es difícil saber si en realidad hubo quienes pagaran para internarse. Por el tipo de oficio[276] que desempeñaban los pacientes podemos decir que la mayoría pertenecía a los sectores populares y por lo tanto es muy probable que no pagaran ninguna cuota.

El proceso para que un enfermo pudiera ser internado en el Hospital era complicado. La discusión entre cómo proceder respecto al toxicómano, como enfermo o como delincuente persistía aunque se intentó resolver en 1934 con la publicación del Código Federal de Procedimientos Penales.[277] En ese código, se estableció que cuando el Ministerio Público tuviera conocimiento de que una persona hiciera "uso de drogas, sustancias, semillas o plantas enervantes"[278] se

[274] "Proyecto del reglamento interior para el Hospital Federal de Toxicómanos", AHSSA, SP, SeSJ, caja 43, exp. 15, arts. 10-11.
[275] *Ibid*., arts. 14-15.
[276] Los oficios que más se registraron fueron panaderos, zapateros, chóferes y comerciantes.
[277] Código Federal de Procedimientos Penales*, DOF,* 30 de agosto de 1934.
[278] Se consideraron drogas enervantes a la adormidera y el opio en cualquiera de sus formas, la morfina, la metilmorfina (codeína), la etilmorftina, la tebaína y las sales de todas esas sustancias; también las diversas variedades de hojas de coca, la cocaína y sus sales, las diversas especies de cannabis (entre ellas la marihuana) en cualquiera de sus formas, derivados o preparados farmacéuticos, la dihidrooxicedeínona (Eukodal), la dihidrocedeinona (Dikodid), la dihidromorfina

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

iniciaría una averiguación y el Ministerio Público se pondría "inmediatamente en relación" con el Departamento de Salubridad para determinar la intervención que debían tener en el caso las autoridades sanitarias o las judiciales según correspondiera.[279]

En la averiguación, las autoridades sanitarias diagnosticarían si el inculpado era un toxicómano o no, mientras que el Ministerio Público determinaría si la compra o posesión de enervantes por parte del inculpado tenía como finalidad un uso personal. Según el diagnóstico de la autoridad sanitaria, si el inculpado era toxicómano no se haría consignación a las autoridades, en caso contrario se ejercería la acción penal.[280]

En la práctica la Policía Sanitaria ejercía una constante vigilancia sobre los toxicómanos como parte de la campaña contra el uso de drogas y también con la finalidad de sorprender a sus proveedores. Cuando se aprehendía a algún toxicómano o traficante era consignado a la autoridad sanitaria (Jefatura de Policía Sanitaria o del Servicio Jurídico), ésta decomisaba las drogas que se les encontraban, las cuales eran mandadas a analizar, se levantaba el acta y se realizaba un peritaje médico a los detenidos para determinar si eran toxicómanos, cuando se comprobaba que se trataba de un traficante o de un toxicómano traficante se le consignaba ante el Ministerio Público quien haría las averiguaciones correspondientes.[281] Los que sólo eran consumidores eran "generalmente enviados al Hospital de Toxicómanos" donde se les sujetaba al tratamiento de deshabituación para luego ser puestos en libertad en el caso de que no tuvieran alguna responsabilidad penal, pero quedaban sujetos a vigilancia. Los toxicómanos y traficantes que eran declarados culpables eran recluidos y los reincidentes debían ser relegados al penal de las Islas Marías.[282]

Al llegar al Hospital, la idea de los doctores era que todo toxicómano fuera puesto en observación por cinco días. Transcurridos éstos, el jefe del Hospital

---

(Dilaudid), la acetildihidrocodeinona o acetildemetilodihidrotebaina(Acedicone), así como otras sustancias derivadas de la morfina, por ejemplo las sustancias registradas como Paramorfon y Genomorfina. Véase Código sanitario, 1934, art., 406.

[279] Código Federal de Procedimientos Penales, 1934, art. 523.

[280] *Ibid*. art., 524.

[281] Véase Olvera, "Policías", 2016, p. 160.

[282] *Idem.*

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

debía rendir un nuevo diagnóstico, si no había acuerdo entre un diagnóstico y otro, se nombraba a un tercer médico cuyo dictamen era definitivo. Cuando los dos primeros diagnósticos estaban de acuerdo o el tercero era positivo, se autorizaba proporcionar el tratamiento al enfermo.[283] No obstante, en el plano no se observa un lugar específico para mantener en observación al paciente (véase plano 1, p. 90) probablemente esos días de observación no se llevaban a cabo o en caso de realizarse, los recién llegados ingresaban directamente al Hospital y a la rutina impuesta en el establecimiento aunque fuera por unos días.

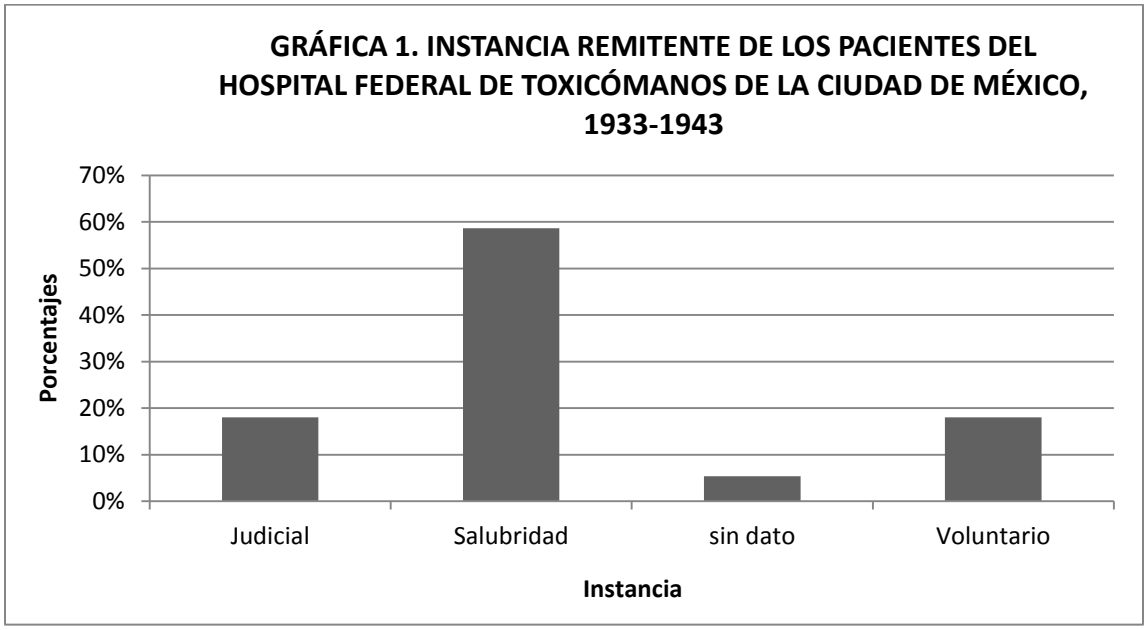
En el caso de que un supuesto toxicómano fuera declarado sano el médico del Hospital tenía la obligación de manifestarlo por escrito a la Dirección del establecimiento.[284] La persona sería sometida a nuevas pruebas con un médico distinto para determinar si era toxicómano o no. Si el nuevo diagnóstico resultaba de acuerdo al primero se ordenaba el alta en caso de no tener alguna responsabilidad penal. Si resultaba toxicómano se le practicaría otra prueba que sería realizada por un tercer médico cuyo dictamen sería definitivo. Las personas que quisieran internarse voluntariamente tenían que recurrir previamente al Servicio Jurídico del Departamento de Salubridad en donde se les expedía la orden para ingresar.[285]

La mayoría de los ingresados al Hospital, entre 1933 y 1943 provenían del Departamento de Salubridad. De una muestra de 150 expedientes, el 59% de ellos fueron remitidos por el Departamento de Salubridad a través de la Policía Sanitaria.[286] El 18% entró por instancia judicial, por ejemplo por parte de la policía del Distrito Federal, de las jefaturas de policía, cárceles o del Ministerio Público, y de igual forma otro 18% ingresó voluntariamente, también llegó un 5% de los que no se registró la instancia remitente. (Véase Gráfica 1). De tal modo, se puede ver que el Departamento de Salubridad desempeñaba una labor preponderante en la detención de toxicómanos. Los ingresos por autoridades sanitarias y judiciales

[283] Reglamento Federal de Toxicomanía, México, 27 de octubre de 1931, arts. 20-22.
[284] *Ibid*. art. 24.
[285] "Proyecto del reglamento interior para el Hospital Federal de Toxicómanos", AHSSA, SP, SeSJ, caja 43, exp. 15, art. 53.
[286] Los porcentajes fueron obtenidos de una base de datos de elaboración propia. La muestra tomada fue del 10% de 1 502 expedientes clínicos consultados en el AHSSA, HFT, EC, cajas 1-42, correspondientes al periodo 1933-1943.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

indican que casi el 80% de los enfermos llegaron al hospital a través de las redadas que eran parte de la campaña contra la toxicomanía.



Fuente: elaboración propia con base en datos de AHSSA, HFT, EC, cajas 1-42.

Al cruzar el estrecho pasillo que llevaba a la puerta del Hospital, los toxicómanos eran objeto de un registro minucioso realizado por un vigilante o una enfermera, en caso de tratarse de una mujer. El vigilante expedía un comprobante en el cual se anotaba que se había hecho la inspección correspondiente e incluía los objetos o las sustancias que hubiera recogido.[287] Debido a que en el hospital ingresaban personas que enfrentaban procesos penales por "delitos contra la salud" o algún otro proceso judicial, el reglamento interno señalaba que diariamente debía pasar al hospital un abogado quien haría las averiguaciones y practicaría las diligencias necesarias.[288]

El cuidado que se tenía para catalogar a los toxicómanos como enfermos estaba relacionado con que las instancias judiciales intentaban tener mayores atribuciones sobre el Departamento de Salubridad en la persecución de

[287] "Proyecto del reglamento interior para el Hospital Federal de Toxicómanos", AHSSA, SP, SeSJ, caja 43, exp. 15, arts. 57-58.
[288] *Ibid.*, arts., 61-62.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

toxicómanos. No obstante, entre ambas instancias, sanitarias y judiciales, se empezó a señalar una complicidad entre los traficantes y policías de narcóticos lo que imposibilitaba que las medidas contra las drogas y la toxicomanía prosperaran.

2. El ingreso y la población

Una vez que se confirmaba al toxicómano como enfermo, se incorporaba a las normas impuestas por el personal médico y administrativo. En principio el enfermo recibiría un overol que debía devolver cuando se le daba de alta, su ropa era recogida y guardada en los casilleros que estaban junto a los lavabos contiguos a los dormitorios (véase Plano 1). El uso del uniforme, la autorización para rapar a hombres y mujeres de manera indistinta y separarlos en los dormitorios delataban el objetivo de unificar la conducta. Mediante esas medidas los médicos pretendían estandarizar a todos los pacientes para ser tratados por igual. Sin embargo los estudios de Cristina Sacristán han referido las pésimas condiciones de los pacientes en el Manicomio durante esta época, lo que nos permiten pensar que este ideal del reglamento no se llevó a cabo.[289]

Lo más importante para el médico era obtener la información personal del paciente para indagar sobre la causa y los efectos de la toxicomanía. El doctor anotaba lo que consideraba relevante para conocer la enfermedad y encontrar la posible causa o los factores que intervenían en ella. Mediante un interrogatorio o el relato que el paciente hacía de su vida, nacía la historia clínica del enfermo. Ésta constaba de los siguientes apartados: antecedentes familiares, personales y patológicos, historia de la toxicomanía, efectos de la sustancia usada, inspección general y exploración física que incluía datos del aparato digestivo, respiratorio, circulatorio, urinario y del sistema nervioso. Desafortunadamente no todos los internos contaban con su historia clínica, pero de los datos disponibles, se puede inferir que los médicos intentaban conocer la forma en que el paciente vivía, sus antecedentes patológicos y datos sobre su vida, que servirían para descartar o

[289] Véase Sacristán, “Valoración”, 2001, pp. 97-109.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

reafirmar que la toxicomanía fuera hereditaria o para conocer mejor los efectos de cada sustancia en el organismo.

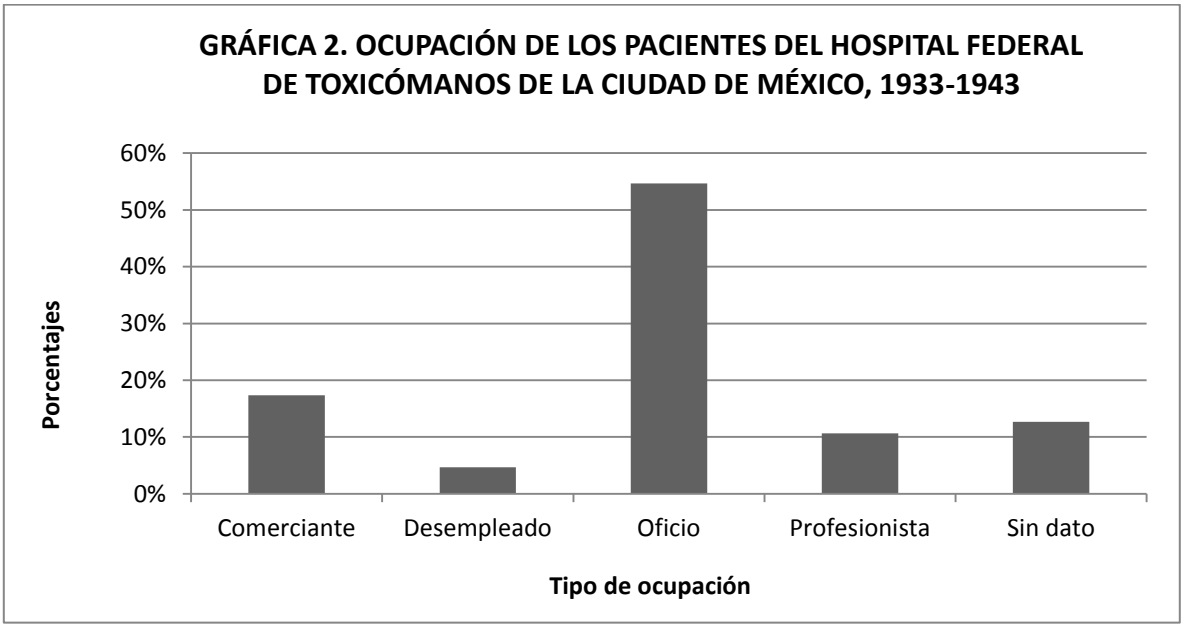
A través de esos historiales clínicos se sabe que aproximadamente el 88% de los internos eran hombres y el 12% mujeres. Las mujeres entraron sobre todo entre 1935 y 1937 por lo que posiblemente llegaron como resultado de la intensificación de la campaña contra las toxicomanías pues fueron remitidas por la Policía Sanitaria y quizá la falta de espacio en el Hospital dio preferencia a la hospitalización de los hombres. Los pacientes provenían mayoritariamente de los sectores populares. Como se observa en la Gráfica 2, durante el periodo 1933-1943, el grupo de ocupación que predominó fue el de "oficios" (55%), en donde se incluye a las personas que se dedicaban a actividades como: dulceros, panaderos, mecánicos, carpinteros, zapateros, peluqueros, choferes, carniceros, jornaleros, campesinos, obreros, empleados, domésticas, costureras, prostitutas, entre otros.

El segundo grupo más frecuente fue el de los comerciantes pues representaban el 17% de los toxicómanos. En esta misma muestra de pacientes un 11% eran "profesionistas". La gran mayoría de los que ingresaron al Hospital fueron detenidos en barrios populares como Tepito o Balbuena y colonias como la Morelos y Peralvillo, en donde predominaban los sectores sociales menos favorecidos. Los que podían pagar un tratamiento de desintoxicación eran atendidos en clínicas privadas[290] o podían cubrir la cuota de pensionistas en el Manicomio General. Entre los pocos "profesionistas" se registró un fotógrafo, un músico o filarmónico, un agente, un ingeniero azucarero, un pintor y un periodista. Otra razón de la poca frecuencia de "profesionistas" puede ser la que mencionó Peón del Valle, con base en sus registros de pacientes de la crujía F: "pocas veces un burgués adinerado, un culto profesionista, un sacerdote o un cacique del hampa, pasa por nuestras manos. Esos se esconden mejor."[291]Según su experiencia, las personas que más trataban en la crujía eran vagos, mendigos, vendedores de billetes de lotería, choferes y voceadores de la prensa. Finalmente,

[290]En los expedientes clínicos se encontraron algunas boletas que remitían toxicómanos provenientes de sanatorios particulares de los mismos psiquiatras que trabajaban en el Manicomio, como por ejemplo del Dr. Francisco Elizarraras Jr., de Fernando Rosales y de Juan Peón del Valle.
[291] Peón del Valle, "Aspectos", 1933, p. 349.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

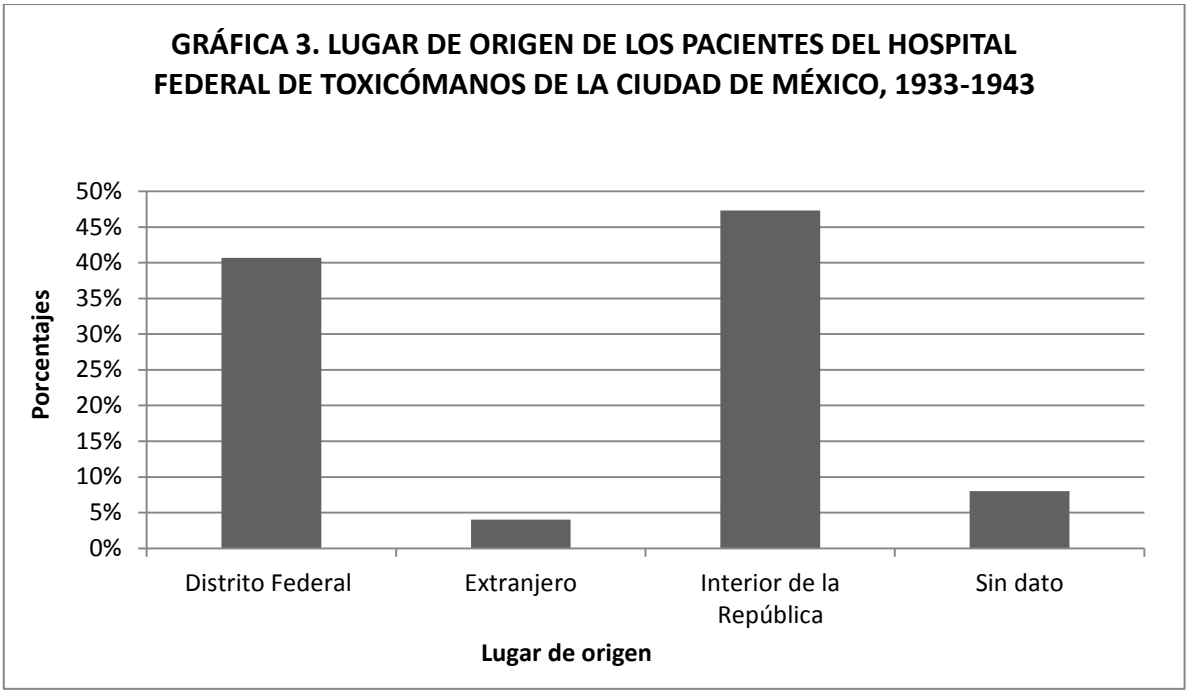
un 5% de los pacientes estaban desempleados. En el caso de las mujeres predominaron las domésticas y las prostitutas y algunas amas de casa.



Fuente: elaboración propia con base en datos de AHSSA, HFT, EC, cajas 1-42.

También es importante ver el lugar de origen de los pacientes que ingresaron. En ese sentido, el 47% de ellos eran originarios del interior de la república principalmente de Veracruz, Michoacán, Hidalgo, Coahuila y Guadalajara, mientras que el 41% nació en el Distrito Federal. Sólo ingresó un 4% de extranjeros que provenían de Estados Unidos, Guatemala, China, España y Alemania y un 8% de los que no se sabe su procedencia (véase Gráfica 3). Del total de la muestra analizada, el 71% dijo residir en el Distrito Federal, es decir casi todos los pacientes cuando fueron remitidos residían en la capital. Esto permite inferir que el Hospital tuvo un alcance limitado, pues no pudo cumplir con las expectativas de ser un hospital federal que atendiera a los toxicómanos de toda la república, limitando la atención sólo a los habitantes de la capital.

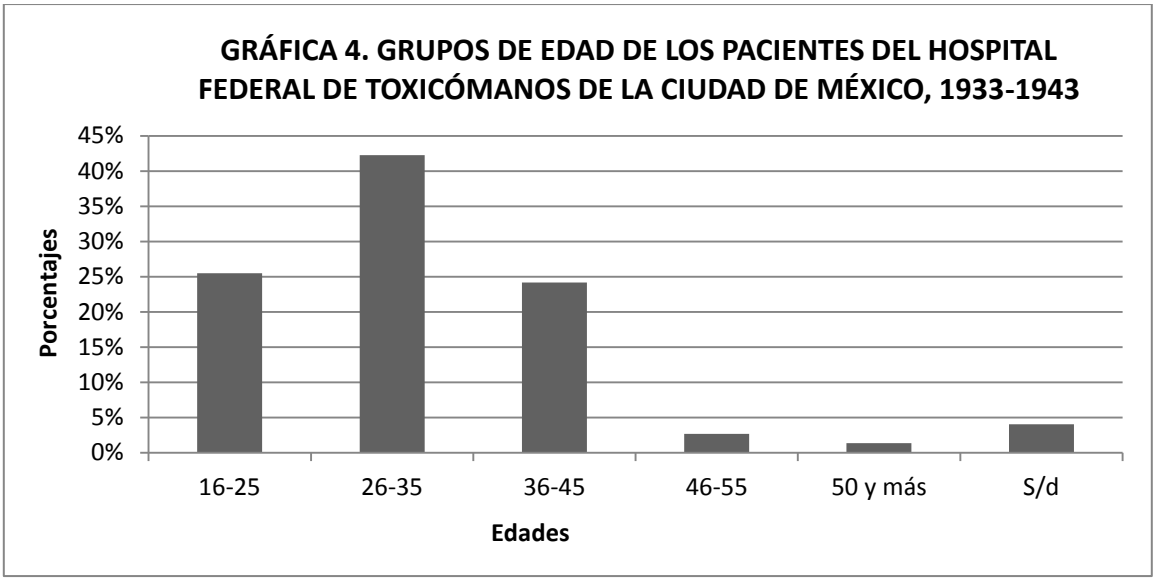
Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora



Fuente: elaboración propia con base en datos de AHSSA, HFT, EC, cajas 1-42.

Otro rasgo interesante fue la edad promedio de los pacientes que era de 32 años. Se registró un porcentaje mayor entre los pacientes de 26 y 35 años de edad, como se muestra en la Gráfica 4. Los enfermos de esas edades representaron un 42% del total de pacientes atendidos. Estos pacientes se encontraban entre las edades que podemos considerar productivas y la mayoría de ellos contaba con un trabajo que les permitía tener cierta capacidad de compra.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

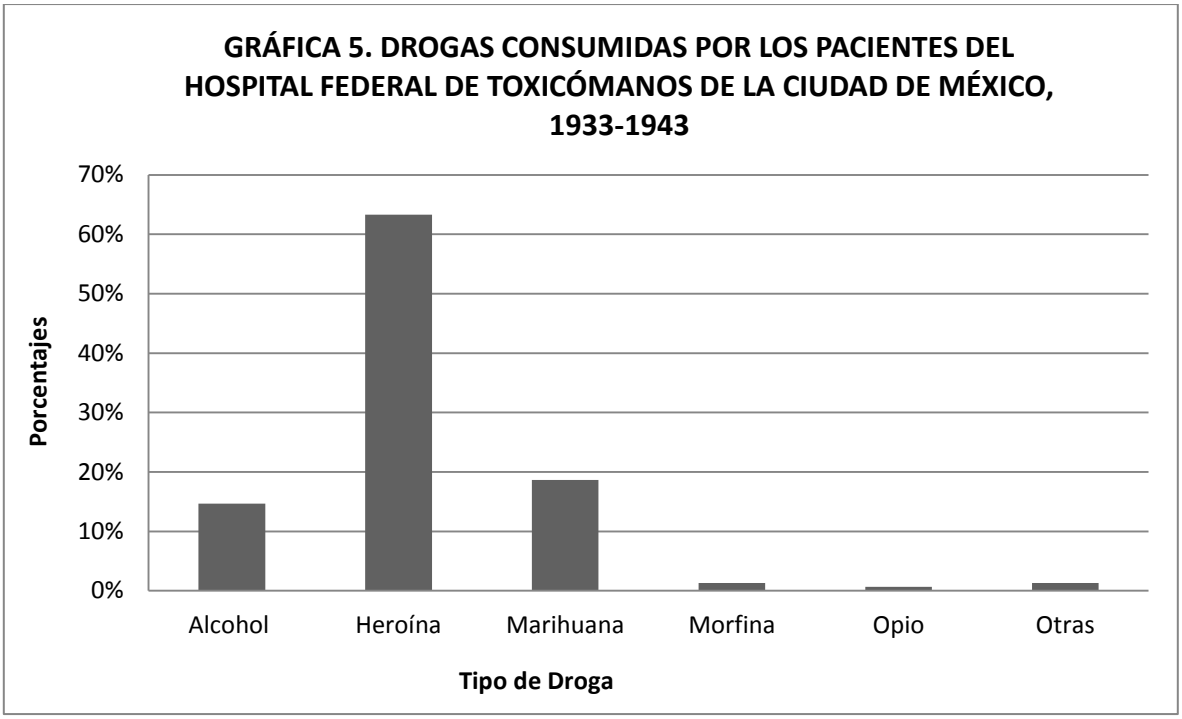


Fuente: elaboración propia con base en datos de AHSSA, HFT, EC, cajas 1-42.

La mayor parte de los enfermos eran consumidores de heroína, tendencia que fue observada por el doctor Peón del Valle desde 1931 cuando se abrió el Servicio de Toxicómanos en la crujía F de la penitenciaría, así como por Everardo Landa cuando el hospital estaba en Tolsá. De la muestra analizada, el 63% de los enfermos, al entrar al hospital, dijo ser consumidor de heroína (véase Gráfica 5 y 6) aunque también usaban otras sustancias como la marihuana. La preponderancia en el ingreso de heroinómanos se mantuvo desde 1933 hasta 1939 (véase Gráfica 6). A partir de 1940 comenzó a descender hasta que prácticamente desapareció en 1942.

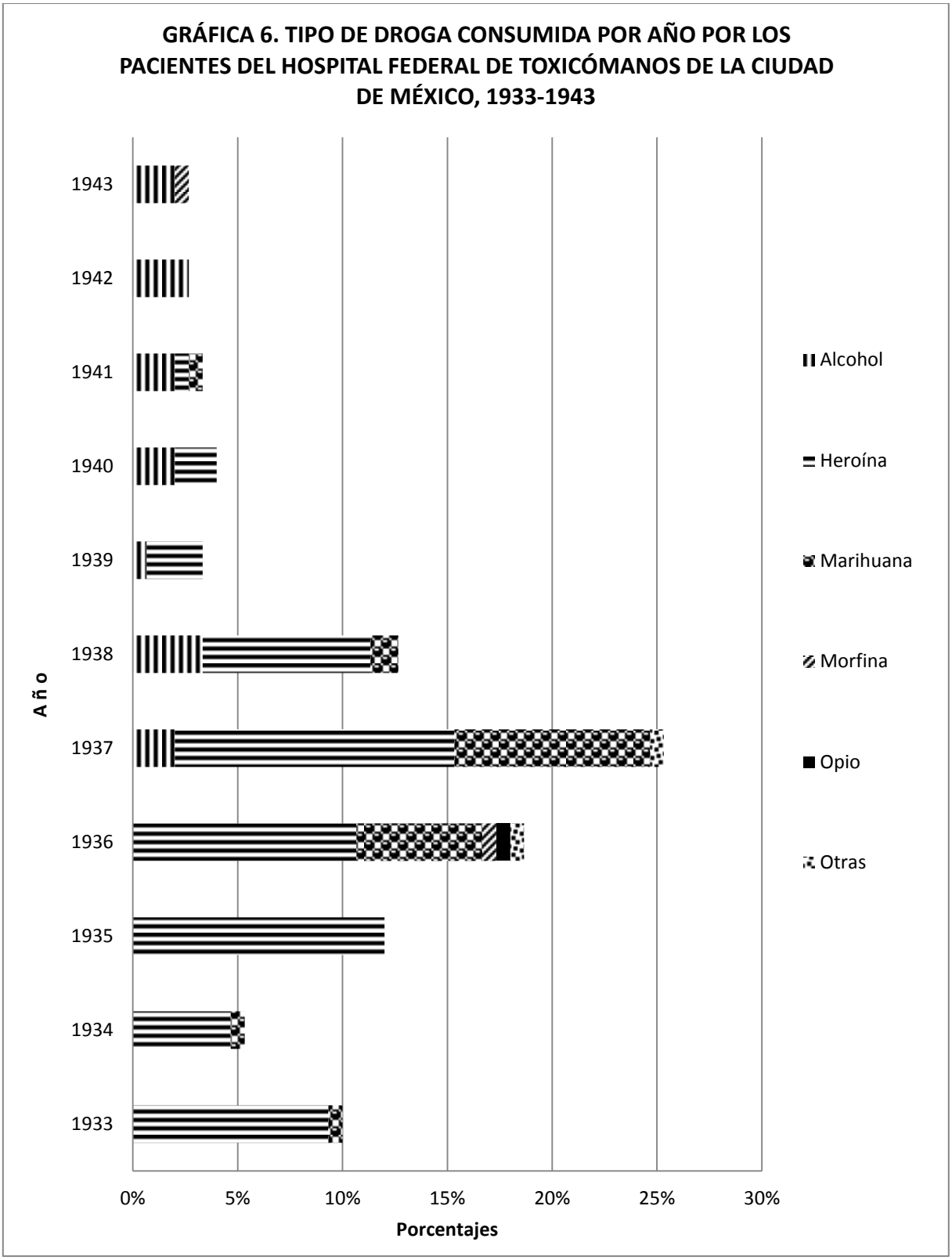
Los consumidores de marihuana representaron el 19% de los ingresos. Siendo los años de 1936 y 1937 cuando entró el mayor número de ellos (15 %). (Véase Gráfica 6). Es interesante destacar que si bien se trataba de un espacio para la atención de toxicómanos, los casos de alcoholismo comenzaron a aparecer en 1937, lo que complicó el hacinamiento en el Hospital. A lo largo del periodo de 1937-1943, los alcohólicos representaron el 15%. Los casos menos numerosos fueron los pacientes que usaban morfina, opio y otras sustancias, como el Eukodal, pero con una proporción menor pues entre los tres sumaron un 3%.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora



Fuente: elaboración propia con base en datos de AHSSA, HFT, EC, cajas 1-42.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora



Fuente: elaboración propia con base en datos de AHSSA, HFT, EC, cajas 1-42.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

3. La rutina

La delimitación específica de los espacios en el hospital estuvo relacionada con el control del tiempo y de las actividades de los enfermos. De esta manera, los internos debían levantarse a las 6:30 en verano y a las 7:00 en invierno y a más tardar a las 10:00 de la noche debían estar acostados. Siempre custodiados por un vigilante, la primera actividad del día era darse un baño y estaban obligados a mantener la limpieza de la sala que habitaban.[292] Después de bañarse y ordenar su cama, los asilados acudían al comedor en donde recibían los primeros alimentos del día: café con leche, frijoles condimentados y una pieza de pan (véase cuadro 1).[293]

[292] "Proyecto del reglamento interior para el Hospital Federal de Toxicómanos", AHSSA, SP, SeSJ, caja 43, exp. 15, arts. 82-84.
[293] "Alimentos proporcionados" AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Cuadro 1. Alimentos proporcionados por el Manicomio General al Hospital Federal de Toxicómanos, 1936

Desayuno para 64 personas:
Café con leche (38 Lts.)
Frijoles condimentados (15 Kg.)
Pan (92 pzas.)

Empleados:
Café con leche (6Lts.)
Frijoles condimentados (2 Kg)
Carne condimentada (0. 750 Kls.)

Dietas:
10 Lts. de leche

Comida para internos:
Arroz condimentado (4 Kls.)
Carne (8 Kls.)
Garbanza (8 Kls.)
Frijol (15 Kls.)
Pan (182 pzas. Comida y merienda)

Comida de empleados
Arroz condimentado (1 kg)
Carne (3 Kg)
Chícharos en salsa blanca (3 Klg)
Frijol condimentado (3 Kg)
Atole (38 Lts)
Merienda para empleados:
Café con leche (4 Lts.)

Elaboración propia con base en datos de AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.

La alimentación era proporcionada por el Manicomio. Seguramente el montacargas ubicado en la planta baja del hospital, junto al cuarto en donde se guardaban las provisiones para la cocina, era usado para transportar los alimentos.[294] La puerta de entrada se volvió un punto de encuentro entre el personal de ambas instituciones, en la que confluían el ir y venir del personal, de los pacientes y de las provisiones. (Véase foto 10).

[294] Véase Plano 1. *Vid. Supra*., p. 90.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

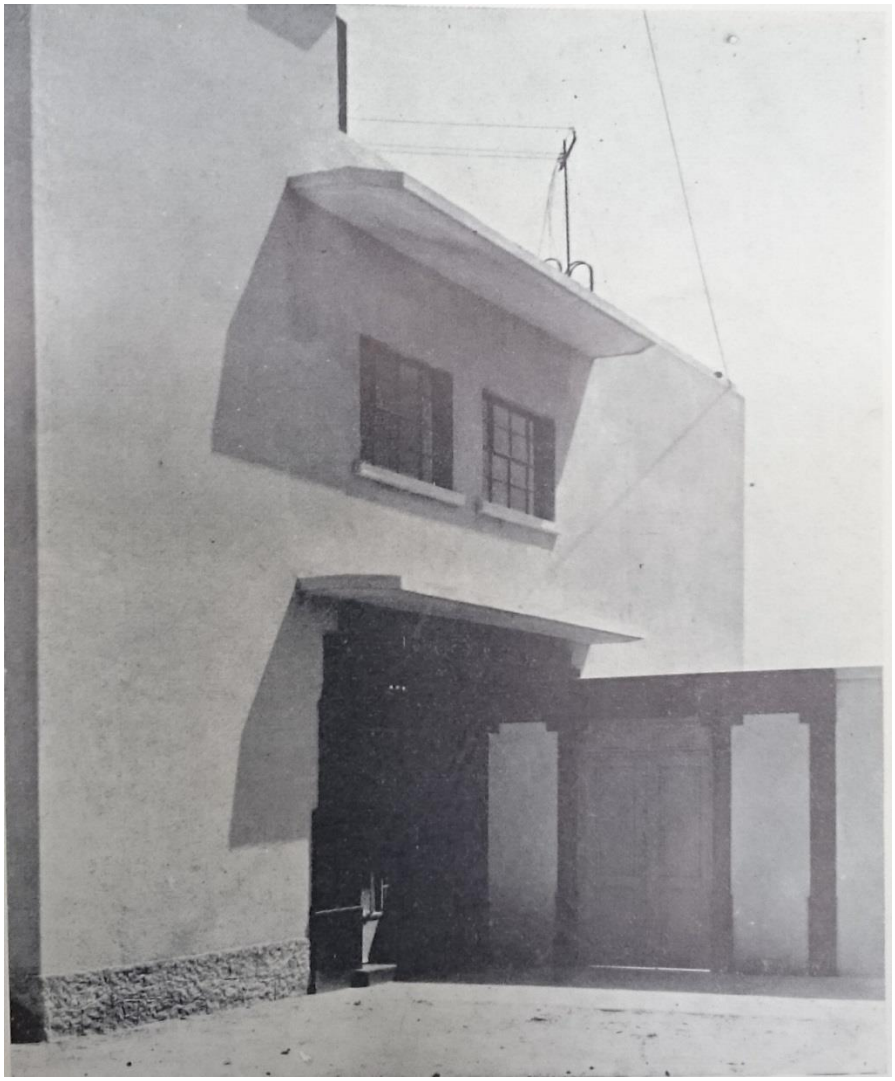


Foto 10. “Entrada del Hospital de Toxicómanos”, tomado de Departamento de Salubridad Pública. *Memoria de las labores realizadas durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 1934 y el 15 de julio de 1935.* México, 1936, p. 21.

Este espacio fue un punto crítico pues generó problemas y enfrentamientos. La entrada y salida constante de asilados, ocasionó que no se tuviera un conteo exacto de los internos. Por esta razón, en poco tiempo este aspecto originó un problema entre el personal de La Castañeda y el del Hospital, como veremos más adelante.

Después del desayuno, los enfermos asistían a la sala de curaciones que se encontraba contigua al comedor, en ella el médico o las enfermeras les aplicaban a los internos un tratamiento de desintoxicación que casi siempre consistía en una inyección. El objetivo de ese tratamiento era la supresión del

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

tóxico de forma súbita o gradual, así como proporcionar las medidas encaminadas al restablecimiento de la salud, al menos físicamente.[295] Cada tipo de toxicomanía seguía un tratamiento distinto, aunque el más común fue el de Erlenmeyer. Según testimonio del doctor Luis Puig Pizarro, se empleaba un tratamiento en el que durante cinco días se aplicaba una inyección intramuscular de morfina. Un centigramo el primer día y los restantes medio centigramo en la mañana y medio en la noche.[296]

Durante los primeros años del funcionamiento del hospital, además de la inyección de morfina se suministraban algunas sustancias reconstituyentes, como la cafeína, la tonikina o tonikeina, el veramón, el luminal, la emetina y el aceite alcanforado.[297] Esos eran medicamentos que servían para combatir el insomnio, el cansancio o la debilidad cardiaca, el dolor de estómago o las diarreas. Para tener éxito en el tratamiento, los médicos debían procurar que el enfermo tuviera confianza en él, animarlo e intentar que ignorara el momento de la supresión del tóxico.[298] Se debía evitar la represión física y tratar de establecer una relación armoniosa entre el médico y el paciente.

El hospital dependía para surtirse de medicamentos del Manicomio General y del Servicio de Química y Farmacia del Departamento de Salubridad que proporcionaría los llamados narcóticos.[299] Depender de esas instancias para proveerse de medicinas dificultó la capacidad de los médicos para dar tratamientos en forma adecuada y suficiente, teniendo que recurrir en múltiples ocasiones a la "buena voluntad" de las autoridades encargadas, sobre todo del Manicomio. Por ejemplo, el doctor José Siorda Gómez refirió que en muchas ocasiones los toxicómanos eran remitidos al Manicomio, específicamente al pabellón de enfermos agitados. Esos enfermos llegaban en estado de carencia pues a veces ingresaban antes de terminar su desintoxicación, por tal motivo el doctor Siorda tenía que prescribir sustancias narcóticas para atenderlos sin

[295] Adams, "Tratamiento", 1933, p.1206.
[296] Puig, "Breve", 1936, p. 62.
[297] "Tratamientos y novedades", AHSSA, SP, Se SJ, caja 35, exp. 14, 1933, 325 fs.
[298] Renero, "Ligeros", 1925. pp. 26-27.
[299] "Proyecto del reglamento interior para el Hospital Federal de Toxicómanos", AHSSA, SP, SeSJ, caja 43, exp. 15, art. 118.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

conocer los antecedentes de las dosis que se le aplicaban, lo que resultaba ser un grave problema pues esos pacientes ocupaban un gran número de celdas y producían un gasto doble en medicamentos.[300]

El tratamiento completo que se aplicaba era el psicoterapéutico que constaba de dos partes: una de desintoxicación y otra de deshabituación. La fase de deshabituación incluía la atención psicológica y la terapia por medio del trabajo.[301] Esa segunda fase apostaba por la readaptación o rehabilitación del enfermo mediante el empleo del trabajo y actividades recreativas. La terapia ocupacional y la rutina fueron las herramientas que los médicos utilizaron para llevar a cabo la rehabilitación del enfermo, era una forma de reeducarlos pues en los primeros años de funcionamiento del hospital ellos se ocupaban del aseo de las salas, lavaban los utensilios como platos y tazas o ayudaban a llevar la ropa a la lavandería del Manicomio. Poco a poco, a petición de los directores, se fueron consiguiendo facilidades para que los toxicómanos tuvieran acceso a actividades recreativas y culturales.

El reglamento dictaba que se procuraría que el interno no permaneciera en ociosidad y se dedicara preferentemente a un trabajo (taller o campo) y se planteó tener actividades deportivas y realizar labor social y cultural.[302] Así, después de que los pacientes recibían su comida por la tarde, que incluía arroz condimentado, carne, garbanza, frijol y pan (véase cuadro 1), los enfermos podían estar en la sala de reunión o la terraza. Esos espacios estaban diseñados para procurar la convivencia y la reeducación del paciente, ahí podían platicar o desempeñar alguna actividad, alguna vez se propuso llevarles conferencistas que les explicaran las consecuencias de la toxicomanía pero no se sabe si éstas se llevaron a cabo.

El hospital también tenía un patio y terrenos al frente del hospital y en 1938 el doctor Salazar Viniegra solicitó autorización al director del Manicomio –Alfonso Millán- para que los enfermos del hospital pudieran trabajar en el campo en la faja que se encontraba “detrás del laboratorio entre la zanja y la barda y en la parte

[300] “Memorandum”, México, 28 de febrero de 1938, en AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp.7.
[301] “Proyecto del reglamento interior”, AHSSA, SP, SeSJ, caja 43, exp. 15, art.4.
[302] *Ibid*., art. 86.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

trasera del horno de ladrillo, pues ambas estaban sin cultivar y nadie trabaja[ba] en ellas."[303] En los años cuarenta, a cinco años de funcionamiento, el hospital contaba con talleres de encuadernación, de carpintería y de campo, además los internos se entrenaban en el juego de "volleyball" y asistían como espectadores al tiro al blanco.[304]

Al caer la tarde, se servía la merienda en donde se les ofrecía café con leche y pan. A partir de las 20:00 horas, los enfermos tenían unas horas de "libertad" aunque se movían en un espacio vigilado en el que sólo podían convivir entre ellos. Las relaciones personales con los vigilantes, empleados o enfermeros estaban estrictamente prohibidas.[305] Además las visitas de sus familiares estaban restringidas y debían ser el mismo día que se llevaban a cabo en el Manicomio y solamente duraban 15 minutos.[306] En ocasiones, los médicos realizaban investigaciones dentro del hospital, rompiendo con la rutina, como relató el doctor Salazar Viniegra —nombrado Jefe de la Dirección de Toxicomanías y del Hospital de Toxicómanos en 1938— cuando realizó pruebas sobre los efectos de la marihuana en algunos pacientes del hospital:

> Por la noche de 20 horas en adelante, en confortable habitación que sirve de taller para encuadernar, con una gran mesa en el centro y bancas alrededor, nos sentamos todos a charlar amistosamente y a "tronárnoslas." Hombres y mujeres, asilados todos en el Hospital, la mayor parte morfinómanos, pero todos con larga experiencia en marihuana; otros puramente fumadores de la yerba, casi todos también alcohólicos en mayor o menor grado. Clientes habituales del Hospital […] en su mayoría incorregibles. […] Se charla en nuestras sesiones sobre tópicos diversos que a todos interesan: los trabajos del día en la encuadernación, la carpintería, el campo o las pequeñas máquinas que para otros menesteres se utilizan; los incidentes del juego de "volleyball" en que se entrenan o del tiro al blanco al que asisten como espectadores o, en fin, sucedidos a cualquiera de ellos. Al mismo tiempo se va preparando la yerba, desmenuzando las "colas" y

[303] "Se solicita autorización para que se permita trabajar en el campo a los enfermos del Hospital para Toxicómanos", México, 16 de julio de 1938, AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.
[304] Salazar, "Mito", 1938, p. 220. El doctor Leopoldo Salazar Viniegra (Durango, 1898- 1957) estudió medicina y una especialización en psiquiatría en España. Comenzó a trabajar en el Manicomio General de La Castañeda en 1925 del cual fue director. Realizó numerosas investigaciones sobre la marihuana, concluyendo y desmitificando que su consumo producía efectos nocivos y que propiciara la locura o la criminalidad. Véase Ríos, *Prevenir*, 2016, pp. 31-32. Una biografía detalla se encuentra en Flores, "Alternativa", 2013, pp. 70-93.
[305] "Proyecto del reglamento interior", AHSSA, SP, SeSJ, caja 43, exp. 15, art. 89.
[306] *Ibid*., arts. 74-81.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

separando la semilla; se tuercen los cigarrillos en papel de estraza. Yo les interrogo cuando ello me interesa y recojo simplemente sus impresiones.[307]

Para desmitificar la asociación de la marihuana con la criminalidad o enfermedades mentales, este médico realizó experimentos para observar el comportamiento y estudiar directamente a los toxicómanos. Al mismo tiempo dejó constancia de las actividades, del espacio y las relaciones personales que en este caso eran bastante armoniosas. Sin embargo, fueron muchas las limitantes que los psiquiatras enfrentaron para asistir a los enfermos, problemas que se suscitaron principalmente entre el personal del Manicomio General y el de Toxicómanos. Cada día el hospital se enfrentaba a nuevos problemas muchos de ellos económicos pero también de "mal comportamiento" que no siempre provenía de los enfermos.

4. Los problemas

Al contrastar el proyecto de reglamento con documentos sobre quejas o novedades ocurridas en el Hospital, se puede dar cuenta de los múltiples problemas que se tuvieron al interior del lugar pues no sólo las limitaciones económicas, sino también la falta de disciplina provocaron tensiones con las autoridades administrativas del Manicomio.

Un ejemplo interesante fue el que se suscitó respecto a la alimentación y a la ropa. El reglamento marcaba que los alimentos serían proporcionados por el Manicomio General de acuerdo a sus disposiciones reglamentarias.[308] No obstante, a un año de haber comenzado a funcionar el Hospital, el Director del Manicomio General, Alfonso Millán, envió un oficio al director, en el que informaba al doctor Feliciano Palomino Dena,[309] que "a pesar de la buena voluntad manifestada por el suscrito y sus colaboradores" la administración y el personal de

[307] Salazar, "Mito", 1938, p. 220-221.
[308] "Proyecto del reglamento interior", AHSSA, SP, Secc. SJ, caja 43, exp. 15, art. 109.
[309] El primer director del hospital fue el psiquiatra Raúl González Enríquez que sólo estuvo durante unos meses de 1935. En septiembre del mismo año el director a cargo fue Feliciano Palomino Dena, médico del que no se conocen más datos.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Toxicómanos estaba inconforme con los servicios facilitados por la Beneficencia Pública al Departamento de Salubridad a través de ellos.[310]

Según Millán, el administrador del Hospital de Toxicómanos hacía reclamos injustificados sobre la alimentación, por lo que les recordó que en razón de la reglamentación interior del Manicomio, las comidas debían ser de "indigentes" y la de los empleados debía ser igual a la de los empleados del Manicomio. El cuadro básico aprobado por la H Junta Directiva de la Beneficencia Pública para no pensionistas consistía en arroz, azúcar, café, carne, frijol, garbanza y leche, además de maíz, pan, papa, pasta, piloncillo, sal y chile ancho, pero el Manicomio daba más alimentos de los que podía no sólo para los enfermos sino también para los empleados (véase cuadro 1). Para evitar dificultades el Manicomio proporcionaba el desayuno, la comida y la merienda para todos por igual.

Millán resaltó la "buena voluntad" de esta medida que sobrepasaba los límites legales, tan sólo con la intención de dar facilidades al Hospital de Toxicómanos y advertía que en caso de "continuar recibiendo […] reportes absolutamente injustificados en términos de violencia que no pueden seguirse tolerando, me veré obligado a seguir lo estrictamente estipulado en el contrato."[311] A partir de entonces, Millán estableció un "protocolo" para proporcionar los alimentos.

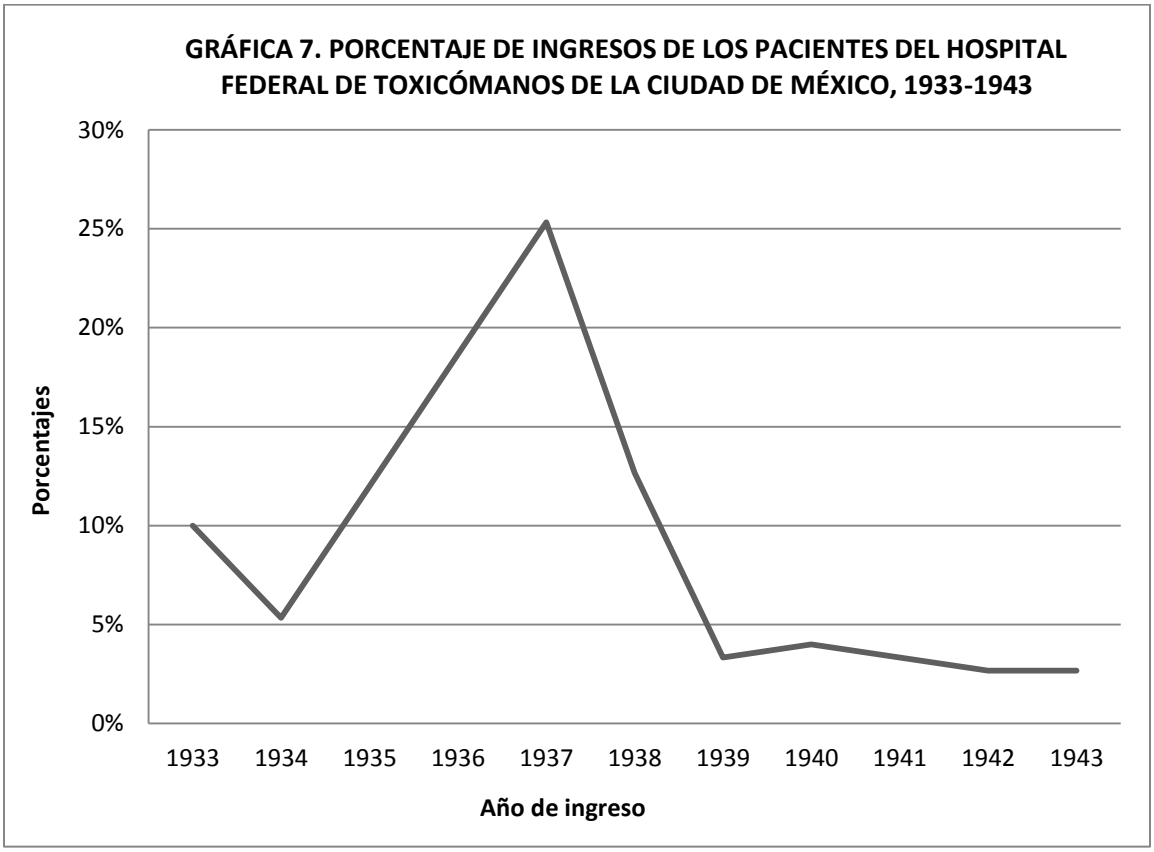
Todos los días a las nueve de la mañana una persona autorizada del Manicomio pasaría al Hospital para informarse y cerciorarse de la cantidad de enfermos y personal que requerían comida. Según el conteo realizado por la mañana, se proporcionarían las tres administraciones de alimentos, la entrega sería hecha por personal del Manicomio quien recogería los utensilios para el traslado a las puertas del Hospital. Un recibo debía dar cuenta de dicha alimentación, en donde se hacía constar la cantidad recibida y si eran de mala calidad también se debía mencionar en el recibo.

Sin embargo, la primera dificultad de llevar a cabo ese procedimiento fue que en el hospital pocas veces se tenía certeza de cuántos enfermos se atendían,

[310] "Relativo a la alimentación del Hospital Federal de Toxicomanías", México, 17 de febrero de 1936, AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.
[311] *Ibid*., f.3.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

pues la entrada y salida de pacientes estaba en continuo movimiento, de ahí la desorganización que se tenía en muchos aspectos y las peticiones del administrador y del director que no siempre fueron claras sobre la cantidad de alimentos que se debían proporcionar. Además es importante mencionar que desde 1935 hasta 1937 la entrada de los pacientes se fue incrementando. De la muestra analizada, en esos años ingresó el 56% de los pacientes. (Véase Gráfica 7).



Fuente: elaboración propia con base en datos de AHSSA, HFT, EC, caja 1-42.

En agosto de 1936 una nueva petición del director Palomino Dena decía que cada día el número de asilados en el establecimiento estaba aumentando y las necesidades “por razón natural, han sido mayores” por lo que suplicaba al director del Manicomio ordenara que diariamente se entregara la leche para dietas

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

ya que desde cierto tiempo se había notado que se entregaba menos de la que se pedía.[312]

Alfonso Millán investigó el asunto con el Jefe de la cocina general, quien expresó que se entregaban 12 litros de leche hervida extra, en lugar de 10, además se suministraban 27 litros que correspondían a 70 indigentes toxicómanos y 20 empleados, de cualquier forma el doctor Millán ordenó se atendiera la solicitud del doctor Palomino Dena. Las peticiones del Hospital al Manicomio iban en aumento, ambas instituciones enfrentaban limitaciones económicas lo que dificultaba las relaciones entre una y otra provocando tensiones incluso entre el personal, mientras que, el Departamento de Salubridad exhortaba al Director del Manicomio y a su personal a colaborar cordialmente con el Hospital de Toxicómanos.

El caso de la ropa también se convirtió en un problema y debía ser regulado. Como se mencionó anteriormente, el reglamento hacía responsables a los internos y al administrador de llevar la ropa a la lavandería del Manicomio. El problema surgía cuando esta ropa era regresada al Hospital, pues en varias ocasiones el director Palomino Dena reclamó faltantes de batas de enfermera y sábanas.[313] En respuesta, el director Alfonso Millán y el administrador del Manicomio informaron que esto se debió a que una de las máquinas lavadoras sufrió una descompostura y retardó la eficacia del servicio.[314] Para evitar malentendidos Millán estableció que en adelante la ropa iba a ser entregada íntegramente y no por partidas.

Era claro que, no veía con agrado las reclamaciones del administrador de Toxicómanos pues, "dicho señor" se presentaba ante los empleados subalternos del Manicomio a hacer reclamaciones personales o mandaba a otros empleados a que las hicieran en un tono al "que no tiene ningún derecho", contribuyendo a crear una situación que a la postre redundaría en cuestiones personales entre

[312] "Doctor Feliciano Palomino Dena, suplica que se proporcione la leche que se pide", México, 4 de agosto de 1936, AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.
[313] Pongo como ejemplo un memorándum de 1936 en donde el director Palomino Dena reclamó la falta de dos batas y ocho sábanas. "Memorandum", México, 8 de abril de 1936 y 22 de abril de 1936. AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.
[314] "Dirección. Manicomio General", México, 29 de abril de 1936, AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

subalternos de ambas instituciones. Millán exhortó al director de Toxicómanos a dar órdenes a su personal para que "observe la línea de conducta que convenga para trabajar en armonía".[315] Esta hostilidad latente entre ambas instituciones provocaron desconfianza, sobre todo entre las autoridades del Manicomio, quienes determinaron que todos los servicios que se proporcionaran al Hospital estarían a cargo de su propio personal, evitando la circulación de personas ajenas en el Manicomio y en caso de tener que hacerlo serían estrictamente vigilados.

Un aspecto importante que establecía la regulación institucional era la observancia de la disciplina y la vigilancia de los internos. Los pacientes desarrollaron formas de sobrellevar la rutina impuesta y algunos trasgredían las normas. Por ejemplo, en diciembre de 1935, el director Feliciano Palomino Dena, comunicó al Jefe del Servicio Jurídico del Departamento de Salubridad Pública, la fuga del asilado David Tesorero Sánchez efectuada el 11 de diciembre.

La fuga tuvo lugar cuando se comisionó al vigilante Francisco Lugo para que fuera con una fajina de cuatro asilados a llevar a la lavandería del Manicomio cuatro bultos de ropa sucia para su aseo, cuando el vigilante estaba inclinado haciendo entrega de dicha ropa "no se dio cuenta que se separó del grupo el asilado David Tesorero, que ya al regresar notó su desaparición y creyendo que hubiera regresado al pabellón, se vino violentamente a buscarlo" y habiendo comprobado su ausencia dio parte a su superior haciéndole entrega de los demás asilados. Comunicó la fuga a la Consejería del Manicomio y salió a buscarlo por todo el establecimiento sin lograr localizarlo.[316]

Este caso revela que los internos podían aprovechar cualquier actividad para fugarse del hospital, esto se hacía frecuentemente pues la vigilancia no era adecuada y los pacientes reincidían muchas veces o eran "recapturados" cuando se fugaban, por lo que conocían distintas formas de volver a hacerlo aunque no siempre lo lograban. También pudo haber tratos entre los internos o incluso los vigilantes para lograr evadir por un tiempo el encierro, algunos regresaban voluntariamente tiempo después pidiendo se les proporcionara el tratamiento. En

[315] *Idem.*
[316] AHSSA, HFT, EC, caja 8, exp. 8.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

el caso expuesto el administrador aprovechó la ocasión para evidenciar que la seguridad no era suficiente ni efectiva pues:

> […] tiene ordenado a los jefes de grupo de vigilantes que por ningún motivo ocupen en las fajinas en servicio fuera del pabellón a los asilados que tengan procesos pendientes y que esta disposición ha sido desobedecida en el presente caso. Que posiblemente la fuga de Tesorero Sánchez se haya efectuado por la parte del Manicomio en que se cultiva la hortaliza, pues existe un tramo como de diez metros sin bardear."[317]

Otro caso de fuga que tuvo lugar en 1936, comprueba lo endeble de la vigilancia y hasta material en que estaba cayendo el hospital. El asilado Víctor Gaytán se escapó rompiendo una de las rejillas de alambre que protegían las ventanas del edificio. El administrador advirtió, como comentario al suceso anterior, que creía conveniente y oportuno manifestar "como ya se ha hecho en otras ocasiones, que el edificio no presenta ningunas condiciones de seguridad, porque especialmente estas rejillas de las ventanas de los dormitorios, tanto de la planta alta como de la planta baja están hechas con unos alambres muy delgados que pueden destruirse con los dedos"[318] A pesar de la moderna arquitectura del Hospital, la vigilancia parece no haber sido efectiva y los materiales que se habían pensado eficaces para la contención de los enfermos pronto empezaron a deteriorarse, además si se pedía reforzar la vigilancia era porque seguramente las fugas eran frecuentes o se consideraba a los internos indisciplinados.

El mal comportamiento no era privativo de los internos pues algunos vigilantes también ponían el desorden. De acuerdo con el reglamento no se permitía la entrada a personas que no tuvieran que resolver asuntos en el hospital. Para entrar se debía obtener un pase extendido por el director o por el Jefe del Servicio de Química y Farmacia. Debía evitarse la permanencia de sujetos con condenas o sanciones por orden penal ya que podían perturbar la disciplina o intentar evasiones,[319] como se comentó en los ejemplos anteriores. Esto era importante porque algunas veces eran remitidos menores de edad y en el hospital no se tenían las condiciones para su permanencia.

---

[317] *Idem*.
[318] AHSSA, HFT, EC, caja 8, exp. 16.
[319] "Proyecto del reglamento interior", AHSSA, SP, SeSJ, caja 43, exp. 15, arts. 8-9,11.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Por ejemplo, el 24 de octubre de 1936 fue remitido por el Jefe del Servicio Jurídico del Departamento de Salubridad Pública un menor de 14 años. El Director Palomino Dena, informó que el menor no podía permanecer internado allí y que sabía que en casos análogos los menores debían ser consignados al Tribunal para Menores.[320] Sin embargo, casi un mes después, el Jefe de la Oficina Jurídico Consultiva de Toxicomanía, expresó que:

> [No era] conveniente que se prolongue la permanencia de aquél en dicho Hospital, donde están recluidos numerosos traficantes y viciosos empedernidos y siendo de continuar el menor de referencia sin sujeción a vigilancia alguna, seguramente se iniciará en la delincuencia como confiesa haberse iniciado ya en el vicio de la marihuana."[321]

A tan sólo un año de haber iniciado su funcionamiento, el Hospital ya tenía muchas carencias. El quebrantamiento de las reglas inició de inmediato. Para evitar que el lugar se percibiera como una prisión se darían permisos para salir, a aquellos pacientes que no tuvieran responsabilidad legal. Las fugas no fueron contempladas en el proyecto pues el inmueble contaba con una terraza y muchas ventanas y estas estaban enrejadas simplemente con alambre y no con barrotes. Al mismo tiempo, ese material era poco resistente, lo que indica que no había una total reclusión. Los toxicómanos con responsabilidad legal, no debían salir por ningún motivo, solamente para la práctica de diligencias judiciales.[322]

En muchas ocasiones las reglas eran violadas. Frecuentemente llegaban personas que querían entrar al hospital y que conseguían introducirse con la finalidad de traficar drogas. Cuando esto pasaba, se consignaba al sospechoso a las autoridades judiciales, así sucedió en abril de 1936 con un sujeto que fue detenido por haberse introducido sin permiso y cuando los guardias lo arrestaron se le encontró un paquete de tres cigarros conteniendo marihuana.[323] Este tipo de casos ocurrían por la falta de vigilancia en algunas áreas, como pasaba en la puerta que conducía a una hortaliza, en donde la falta de vigilancia era aprovechada por personas ajenas para intentar introducir enervantes y por los

[320] HFT, EC, caja 21, exp., 19.
[321] *Ibid*., f.6.
[322] "Proyecto del reglamento interior", AHSSA, SP, Secc. SJ, caja 43, exp. 15, arts. 71,72.
[323] "Al C. Administrador del Establecimiento", México, 24 de abril de 1936, AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

internos para intentar fugarse.[324] La petición hecha al Manicomio para nombrar un vigilante en esa puerta fue resuelta favorablemente pero según se expresa en los documentos siempre se encontraban formas de transgredir la vigilancia.

En el Hospital se pretendía que sólo hubiera enfermeros-vigilantes que serían los encargados del mantenimiento de la disciplina, pero poco después se integraron policías. Las relaciones personales entre vigilantes, empleados y enfermeros, estaban prohibidas.[325] Cuando se sospechara de tráfico de drogas se debía proceder a la consignación inmediata del sospechoso. Si se suscitaba algún caso de embriaguez entre los vigilantes o empleados sería causa de destitución y las manifestaciones de indisciplina se reprimirían enérgicamente.[326] Si bien, los castigos por medio de golpes para los internos estaban prohibidos, éstos solo se permitían cuando se tratara de repeler una agresión o en defensa propia.[327] Al que se considerara insubordinado o peligroso sería aislado en una celda especial, ubicadas a la entrada y al fondo del dormitorio justo al lado de los lugares para vigilantes.[328] (Véase Plano 1).

A pesar de los intentos por tener una vigilancia eficiente, lo propios encargados de mantenerla no ayudaban. Los vigilantes del Manicomio frecuentemente informaban de la indisciplina del personal del Hospital de Toxicómanos, específicamente se recibían quejas en contra del personal de policía. Por ejemplo en 1939, la queja fue contra un policía porque durante la noche, establecía pláticas con las enfermas y las empleadas del manicomio por lo que fue relevado.[329] En otro caso, un vigilante del hospital también se puso a molestar a las enfermas del manicomio "haciendo cosas inmorales". El vigilante fue amonestado pero éste no hizo caso respondiendo que no le interesaban las autoridades del establecimiento.[330]

---

[324] "Se solicita se comisione vigilante", México, 5 de diciembre de 1936. AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.
[325] "Proyecto del reglamento interior para el Hospital Federal de Toxicómanos", AHSSA, SP, Secc. SJ, caja 43, exp. 15, arts. 88-89.
[326] *Ibid*. arts. 89-94.
[327] *Ibid*., art. 100.
[328] *Ibid*., art. 94.
[329] "Relativo a las quejas recibidas en contra del personal de policía del Pabellón de Toxicómanos", México, 24 de noviembre de 1939, AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.
[330] "Memorándum", México, 22 de marzo de 1940, AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Las manifestaciones de indisciplina del personal, las fugas y los permisos de salida que se otorgaba a los enfermos, impedían que la organización al interior del hospital y la rehabilitación del toxicómano prosperara. Todas esas transgresiones derivaron en una mala imagen que no sólo marcó al enfermo sino también al personal, principalmente a los vigilantes y al administrador que eran señalados por el personal del Manicomio como de mala conducta y hasta de incitar a la violencia. El Hospital Federal para Toxicómanos pasó así a ser el "hermano incómodo" del Manicomio, a quien tenía que proporcionar vigilancia, alimentos y préstamos de laboratorios o servicio de reparaciones. Las relaciones entre ambas instituciones generaron mayor tensión debido a las limitaciones que tenía el Manicomio General y se agravaron al tener que absorber muchos gastos del Hospital Federal de Toxicómanos.

5. El ocaso del Hospital

El Hospital Federal de Toxicómanos fue una institución que, al menos hasta 1940, tuvo como principal objetivo recluir al toxicómano para curarlo y reintegrarlo a la sociedad. Esta institución aspiraba a ser lo que se ha denominado una *institución total*[331] en la que la dinámica al interior se desarrollaría bajo la tutela y conducción de una autoridad médica que a su vez respondía a una autoridad mayor, en este caso el Departamento de Salubridad. El proyecto contemplaba que todos los aspectos de la vida de los asilados se desarrollaran en un mismo lugar y se dispondría de los mismos ritmos y tiempos para cada una de las actividades. La consolidación de esas características daría como resultado el fortalecimiento de la disciplina, el orden y la búsqueda de la normalización de los pacientes, así como un espacio para la práctica y la observación. Objetivos que estaban en relación con la creación de la institución.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de los médicos el Hospital no logró esas aspiraciones y a partir de 1940 las carencias y los problemas se hicieron insostenibles. No sólo la escasez, sino el caos administrativo y hasta una posible corrupción que se refleja en las malas condiciones económicas que había en el

[331] Véase Goffman, *Internados*, 2012.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Manicomio y en el Hospital impidieron que el establecimiento siguiera en funcionamiento.

En efecto, hacia los finales de la década de los años treinta, los médicos respondieron por los enfermos convirtiendo el lugar no sólo en un establecimiento que daba tratamiento clínico para la toxicomanía sino en un espacio asistencial en donde se hacía lo posible para proporcionar techo, comida, trabajo, actividades recreativas y, sobre todo, atención médica de otros padecimientos a los internos de escasos recursos o en condición de calle. Todas esas prestaciones demandaban mayores gastos económicos que en su mayoría fueron absorbidos por el Manicomio.

A partir de 1938, los problemas en el hospital se agudizaron, el problema de la alimentación fue cada vez más grave pues se dejó de proporcionar comidas a los empleados y, por ejemplo, algunos internos fueron acusados de substraer legumbres como cebollas, chiles y zanahorias de la hortaliza del Manicomio.[332] Ante los problemas que se suscitaban, el Departamento de Salubridad parecía seguir su propia agenda pues, en ese mismo año, aprovechando una publicación en *Criminalia* se señaló que a los "viciosos" se les atendía en un hospital de desintoxicación bien montado y atendido.[333] Las autoridades del Departamento exponían las buenas condiciones y atención que se proporcionaba a los enfermos, hechos que estaban muy lejos de lo que se puede leer en los documentos administrativos del hospital, en los que se infiere una carencia de los implementos básicos para su funcionamiento y la constante lucha por obtener mejoras materiales, así como, una acentuación cada vez mayor de su dependencia con el Manicomio.

En 1939, Carlos Rosales Miranda de profesión abogado, apuntó en su tesis que el Hospital Federal de Toxicómanos era el único que existía en el país, que éste tenía un cupo muy limitado y no contaba con los adelantos que se deseaban para la atención de los enfermos.[334] El constante cambio de directores influyó en

[332] "Memorándum", México, 17 de agosto de 1938 y "Novedades", México, 29 de agosto de 1938, AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.
[333] Ceniceros, "Memorias", 1938, p. 470.
[334] Rosales, "Intervención", 1939, p. 53.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

que las iniciativas de uno u otro director no se consolidaran pues después del director Palomino Dena, el Hospital estuvo a cargo el doctor Fernando Rosales que ocupó el puesto de 1937 hasta principios de 1946, cuando fue sustituido por Juan Peón del Valle. Durante unos meses en 1938 Rosales alternó la dirección con el doctor Leopoldo Salazar Viniegra, quien fungió al mismo tiempo como Jefe de la Oficina de Toxicomanías e Higiene Mental.[335]

Fue precisamente por iniciativa de los doctores Leopoldo Salazar Viniegra y de Fernando Rosales Miranda,[336] que se instalaron pequeños talleres de encuadernación, alfarería y carpintería. También se procuró el vigor físico de los asilados mediante el incremento de muchos deportes,[337] pero según el abogado mencionado, esos esfuerzos fueron insuficientes, pues el hospital tenía un cupo máximo para 100 hombres y 50 mujeres y quedaban sin atender "muchos millares de toxicómanos" que existían tan sólo en el Distrito Federal, por ese motivo los enfermos sólo se podía internar máximo un mes.[338]

De la misma forma, la frecuente remisión de delincuentes por parte de las autoridades judiciales y administrativas ocasionó un serio problema de alojamiento para los asilados.[339] Según los cálculos de Rosales, de los 1802 internados entre 1933 y 1938, no se conocía "un solo caso de alguno de ellos que se haya curado definitivamente". Al contrario, un gran porcentaje en el periodo indicado regresaba al hospital en seis u ocho ocasiones en las que eran desintoxicados pero reincidían.[340] Estos problemas parecen confirmarse al realizar una exploración en los expedientes clínicos de los pacientes del hospital, pues de la muestra analizada, el 81% de los pacientes reincidieron, algunos en más de 10 ocasiones.

Mientras el hospital enfrentaba las críticas y los problemas administrativos, la campaña contra la toxicomanía, en el terreno político, se volcó hacia el control de la producción y por lo tanto hacia la detención de traficantes y sospechosos.

---

[335]Esta Oficina fue resultado de la fusión de la Oficina de Toxicomanías y la de Higiene Mental en 1939. Véase Flores, "Alternativa", 2013, p. 147.
[336] El doctor Rosales acumuló experiencia en el Hospital de Toxicómanos y estuvo a cargo del Instituto de Psicopedagogía, tenía un consultorio de medicina Interna, cirugía general y partos. Véase Salazar, "Mito", 1938, pp. 206-207.
[337] Rosales, "Intervención", 1939, pp.53-54.
[338] *Idem.*
[339] *idem.*
[340] *idem.*

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Entre 1937 y 1938, la persecución fue más severa y por lo tanto los ingresos de pacientes al hospital aumentaron, obligando a los médicos a acortar el tiempo de estancia y seguramente al aplicar tantas desintoxicaciones, los medicamentos fueron cada vez más escasos. Curiosamente en mi consulta del archivo, a partir de esos años las ordenatas en donde se registraban las dosis suministradas a los enfermos comenzaron a desaparecer de los expedientes clínicos.

Bajo ese contexto, algunos médicos como Antonio Monzón desde 1936, habían sugerido un cambio en la atención que se daba a los toxicómanos. Monzón sugirió proporcionarles varias oportunidades de curación cada vez más enérgicas y no "la actual curación irregular e inútil de nuestros tratamientos habituales", según su testimonio, si el enfermo recaía varias veces se veía la inutilidad de esfuerzos posteriores y se preguntaba "si el enfermo es ya incurable ¿para qué hacerle sufrir?", este doctor llegó a proponer una eutanasia lenta de los incurables que así lo desearan por medio de la administración definida de drogas heroicas en colonias agrícolas o industriales de reclusión indefinida, en donde se cubrirían sus necesidades y estarían alejados de la tentación.[341]

En 1938, el Jefe del Departamento de Salubridad Pública, José Siurob renunció al puesto, quedando al frente el doctor Leónides Andrew Almazán quien invitó a Salazar Viniegra a encabezar la Dirección de Toxicomanías, sustituyendo al ingeniero Luis G. Franco. Al mismo tiempo, Salazar Viniegra, fue nombrado director del Hospital de Toxicómanos.[342] Estos cambios ocasionaron un giro en la lucha contra las toxicomanías pues el doctor Salazar Viniegra tenía una visión diferente sobre la forma en que éstas se debían combatir. En su texto sobre la marihuana, elaborado mediante pruebas científicas aplicadas en el Hospital, refutó otros trabajos en donde se acusaba a esta planta de ser la causa de enfermedades mentales y de la delincuencia. [343]

Para este médico, el fracaso de las políticas prohibicionistas y de criminalización podía ser revertido si el Estado proveía de drogas a los

[341] Monzón, *op. cit*, 1936, pp. 29-31.
[342] Véase Flores, "Alternativa", p. 81.
[343] Véase Salazar, "Mito", 1938, pp. 205-237

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

toxicómanos que las necesitaran.[344] El argumento era que con una oferta de las mismas a un precio que hiciera imposible la competencia, los traficantes ya no tendrían mercado y desaparecerían. Salazar Viniegra también buscaba que los médicos, en especial los psiquiatras, fueran los únicos que trataran la toxicomanía. Para llevar a cabo lo anterior, se crearían dispensarios en los que con previa autorización médica, se administraría a bajo costo la cantidad de droga que requería el enfermo. Como era de esperarse esas ideas no fueron del agrado de Estados Unidos quien presionó para que no se llevaran a cabo dando como resultado la destitución de Leónides Andrew Almazán y de Salazar Viniegra en agosto de 1939.[345]

No obstante, el 17 de febrero de 1940 entró en vigor un nuevo Reglamento Federal de Toxicomanías, en él se reconoció que la campaña contra las toxicomanías sólo había propiciado la persecución de "viciosos" y de algunos traficantes, quienes por carecer de suficientes recursos no lograban asegurar su impunidad, además por la falta de recursos económicos el Estado no había podido establecer el suficiente número de hospitales para tratarlos.[346] El Departamento de Salubridad seguía siendo la instancia encargada de fijar los procedimientos de curación y debía establecer los dispensarios y hospitales necesarios que dependerían de la Oficina de la Campaña contra las Toxicomanías.[347] Los pacientes quedaban obligados a someterse a tratamiento, ya bien en los dispensarios o por médicos particulares y los que no cumplieran con ese requisito serían internados en el Hospital para Toxicómanos.[348]

El primer dispensario se inauguró en marzo en la calle de Sevilla 33, en la colonia Juárez, esto no significó la desaparición del Hospital Federal de Toxicómanos pues este siguió funcionando. En sus primeros días el dispensario atendió alrededor de 200 pacientes al día y, en menos de dos semanas, el

[344] Flores, *op. cit.* p. 89.
[345] *Ibid*., pp. 137.
[346] Reglamento Federal de Toxicomanías, *DOF*, México, 17 de febrero de 1940.
[347] *Ibid*., art. 5.
[348] *Ibid*., art. 6.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

promedio ascendió a 500.[349] A pesar de la buena aceptación, el 7 de junio del mismo año, a menos de cuatro meses de entrar en vigor, el nuevo Reglamento fue suspendido. La razón oficial fue que la guerra en Europa estaba dificultando la adquisición de drogas de los laboratorios de donde se abastecía el Departamento de Salubridad, pero el motivo real fue la presión diplomática y comercial que Estados Unidos ejerció sobre México mediante el embargo de medicinas.[350] Mientras esto ocurría, en el Hospital Federal de Toxicómanos, el ingreso de pacientes disminuyó.

Con base en la muestra analizada, 1939 es el año en que descendieron los ingresos al Hospital pues sólo se registró un 3%. Mientras que en los años anteriores, de 1935 a 1938, ingresó en total un 69% de los pacientes. De 1940 a 1943 se registró el 13% de ingresos (véase Gráfica 7). Una posible respuesta es que con los cambios en las medidas contra la toxicomanía, las autoridades sanitarias iban perdiendo preponderancia en su tarea de internar a los enfermos pues la persecución contra el tráfico iba en aumento y probablemente las remisiones a cárceles crecieron.

El administrador informó que en el año de 1940 el número total de enfermos atendidos fue de 976, con un promedio mensual de 81 pacientes. [351] Como se ha explicado es posible que una parte de esos toxicómanos hayan sido ambulatorios ya que el hospital no contaba con camas suficientes para asilar a todos ellos. En cada dormitorio había solo 26 camas por lo que supuestamente solo se tenía capacidad para internar a 52 enfermos, pero también existe la posibilidad de que algunos tuvieran que dormir en el suelo como de hecho sucedía en otros pabellones de La Castañeda.[352]

Al parecer otra razón de la disminución en el número de pacientes atendidos se debió a la incapacidad para proporcionar los tratamientos que demandaban las constantes entradas y salidas, pero también por el estado de

---

[349] Para una descripción del dispensario y de su funcionamiento puede verse Flores. *op. cit*. pp.146- 159; Enciso, *Historia*, 2015, pp. 85-90.
[350] Las razones de la suspensión del Reglamento, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación el 3 de julio de 1940. Véase Flores. *op. cit*. pp.153-159.
[351] "Memorándum", México, 8 de febrero de 1941, AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.
[352] Véase Sacristán, "Valoración", 2001, p. 97.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

abandono en que se encontraba el inmueble pues sus alrededores se convirtieron en un depósito de basura, tal como le informó en 1941 el administrador del hospital, Alfonso Baeza, al administrador del Manicomio General:

> Con motivo de que últimamente a espaldas de éste Establecimiento, el lugar ha quedado convertido en tiradero de basura, ocasionando la invasión de gran cantidad de moscas, me permito suplicar a usted de la manera más atenta, se sirva ordenar a quien corresponda, sea retirado el mencionado tiradero, así como prevenir a los empleados a sus merecidas ordenes se abstengan en lo sucesivo de tirar desperdicios en el lugar indicado.[353]

El espacio innovador que representó el Hospital Federal de Toxicómanos cada vez quedó más desdibujado. En 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la que se fusionaron el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública creada en 1937. Debido a esa unión, como señala Patricia Olguín, "la situación del Hospital fue de incertidumbre"[354] pues no se sabía su nueva adscripción institucional. A pesar de que el Manicomio prácticamente había absorbido al Hospital, no se consideró buena idea que quedara legalmente bajo su tutela pues eso anularía su representatividad internacional, según lo estipulado en la Convención de Ginebra de 1931. De ahí que finalmente se decidió que el Hospital funcionaría bajo la supervisión de la Dirección General de Higiene de la Alimentación y Control de Medicamentos, a través de su Oficina de Control de Enervantes.[355]

En 1944, el Consejo Psiquiátrico de Toxicomanía e Higiene Mental,[356] creado en 1942, discutió en sus sesiones la utilidad del Hospital Federal de Toxicómanos, concluyendo que debía seguir en sus funciones debido a que su existencia estaba marcada por la ley.[357] Sin embargo, era necesario mejorar las

---

[353] "Memorándum", México, 25 de febrero de 1941, AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.
[354] Olguín, "Aproximación", p. 100.
[355] *Idem.*
[356] Este Consejo fue creado en 1942 y estaba conformado por Mathilde Rodríguez Cabo, Edmundo Buentello, Manuel Guevara Oropeza, Leopoldo Salazar Viniegra, el subsecretario de Salubridad, Manuel Martínez Baez, el director de Asistencia, Raoul Fournier y Clemente Robles, director de Asistencia Médica. El Consejo tenía como función vincular al gobierno con los psiquiatras para abordar problemas sobre la toxicomanía y la higiene mental. Ríos, *op. cit*, pp. 75-76.
[357] Se mencionó la anexión del Hospital al Manicomio, como se constata en el punto siete del acta: "Por razones de la anexión de dicho Hospital al Manicomio, debe desaparecer la designación de director del mismo, substituyéndolo sin embargo por el de Jefe de Servicio" lo que significaba que aunque el hospital seguiría existiendo, prácticamente sólo conservaría el nombre, pues dependería

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

condiciones de trabajo y las condiciones de operación en general. No obstante, se decidió que la autonomía del Hospital con relación al Manicomio debía subsistir ~~y~~ también se recomendó la aprobación del reglamento interior.[358]

Para mejorar las condiciones de esta institución se necesitaba tener más ingresos y para lograr readaptar a los internos era fundamental tener en funcionamiento los talleres, por lo que se acordó que el tratamiento sólo se impartiría gratuitamente a aquellos "que no pudieran cubrir su importe"[359] lo que implicaba una investigación minuciosa para determinar quiénes serían beneficiados con la gratuidad. El dinero recaudado debía ser usado para el sostenimiento de los talleres, debido a los problemas de ociosidad suscitados por su suspensión.

Como medida de rescate, en 1945 se publicó en el Diario Oficial un Reglamento Interior del Hospital Federal para Toxicómanos, después de diez años del inicio del funcionamiento finalmente se publicaba un reglamento oficial con una versión más sencilla de la que hasta entonces se había utilizado.[360]

La mayor parte del reglamento se refiere al personal y a las labores del director quien debía ser forzosamente un médico especialista en neuro-psiquiatría con cinco años de ejercicio profesional. En el director se concentraba el manejo del Hospital y del personal, la solicitud y control de los enervantes y la formulación de programas de readaptación por medio del trabajo.[361] En ese sentido el reglamento fue un logro para los médicos pues eran ellos, con base en su profesión, y experiencia quienes seguirían al mando.

También se contaría con otros médicos que debían estar titulados y tener dos años de experiencia profesional, enfermeras tituladas y practicantes que

---

del Manicomio y su función sería la de un pabellón más de La Castañeda. "Acta de la cuarta sesión del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental" México, 6 de abril de 1944, AHSSA, FMG, SeA, caja 48, exp. 2.

[358] "Acta de la décima Junta del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanía e Higiene Mental" México. 1 de junio de 1944, AHSSA, FMG, SeA, caja 48, exp. 2.

[359] "Acta de la cuarta sesión del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental" México, 6 de abril de 1944, AHSSA, FMG, SeA, caja 48, exp. 2.

[360] Según este Reglamento el Hospital Federal de Toxicómanos era una institución oficial dependiente de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, que tenía por objetivo "recibir y tratar a los toxicómanos, con sujeción a los requisitos que fijaba ese reglamento" Reglamento Interior del Hospital Federal para Toxicómanos, DOF, México, 15 de mayo de 1945, art. 1.

[361] *Ibid.,* art. 5.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

debían ser alumnos regulares del quinto año de la carrera de medicina como adjuntos. Además se tendría personal administrativo: un intendente, agentes y servidumbre.[362] Toda esa organización implicaba un "renacimiento" pues ese reglamento pretendía reforzar la disciplina y además aseguraba una autonomía relativa frente al Manicomio. La organización se veía reforzada al evitar las carencias económicas mediante las cuotas del asilado. Se eliminó la idea de un gobierno dispuesto a proveer lo necesario para el "buen funcionamiento" del establecimiento dejando en claro que los asilados no indigentes pagarían una cuota de 300 pesos mensuales que podían reducirse a juicio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el hecho de que los asilados pagaran cuotas no sería motivo de preferencia en la ministración de enervantes.[363]

Este reglamento no marcaba la rutina de los enfermos, sólo fijaba que los asilados quedaban sujetos al tratamiento que se les asignara, al programa de readaptación por medio del trabajo y a las medidas de orden y disciplina que les impusiera el director.[364] Los asilados no podían abandonar el tratamiento a menos que lo requiriera la autoridad que había pedido su ingreso, el traslado de los pacientes a otro hospital para recibir atención médica debía ser autorizada por el director.[365]

Con todo, los esfuerzos de los médicos no prosperaron. Las condiciones del lugar empeoraron y las grandes anomalías no ofrecían la seguridad que se requería para atender a los enfermos. En julio de 1945, una inspección hecha por un jefe de enfermeros del Manicomio, dio como resultado que la mayoría de los internos estaban a disposición de alguna autoridad y por lo mismo se les consideraba en calidad de reos, la inseguridad del edifico era un constante peligro porque a diario se consumaban fugas, que se realizaban principalmente por los que estaban consignados y ellos mismos incitaban a otros pacientes a fugarse.[366]

---

[362] *Ibid*., arts. 10-13.
[363] *Ibid.,* art. 19.
[364] *Ibid*., art.16.
[365] *Ibid.,* art.17.
[366] "Secretaria de Salubridad y Asistencia. Hospital Federal para Toxicómanos", México, 2 de julio de 1945, AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

El deterioro y las condiciones del edificio facilitaban las fugas. Las bardas eran muy bajas, los alambrados de las ventanas del dormitorio de hombres eran tan débiles que según el inspector "basta un ligero esfuerzo para ser despegadas quedando libre el paso", las cerraduras eran violadas con frecuencia y se dieron casos en que los asilados abrieron el botiquín "apoderándose de las ampolletas de heroína y morfina, para saciar el hábito del tóxico preferido por ellos" poniendo en peligro al personal que intervenía para evitar ese asalto y mantener el orden.[367] Por estos motivos, un enfermero recomendaba elevar las bardas tres metros más de altura, que las ventanas del dormitorio de hombres fueran clausuradas con tabique, o en caso contrario, con enrejados, lo más cerrados posibles "fuertes y sólidos." El diseño arquitectónico había resultado un fracaso. El taller de carpintería debía ser transformado haciendo las adaptaciones necesarias para asilar en ese lugar a los enfermos que ingresaran en calidad de detenidos o a disposición de alguna autoridad.[368]

Para evitar la interacción de agentes y narcómanos se sugirió efectuar algunos cambios entre el personal del servicio de vigilancia. Se señaló la necesidad de adaptar un departamento especial para las mujeres, con el fin de evitar la promiscuidad de ambos sexos, cuestión que se suponía resuelta al inaugurarse el establecimiento pero para esos años todavía no había quedado clara. Finalmente, era necesario contar con personal de servidumbre para el servicio, cuestión que había sido contemplada en el nuevo Reglamento de 1945, pero aún no se contaba con ningún tipo de ayuda para la limpieza.

En 1946, el doctor Juan Peón del Valle fue nombrado nuevamente director, un año después de los cambios realizados expresó que a pesar de su lucha y la de sus predecesores, no se había podido contar con los elementos materiales para cumplir con el Reglamento Interior del Hospital.[369] Los problemas que enfrentaba la institución eran muchos empezando por la constante salida y entrada de enfermos, la introducción clandestina de narcóticos y la necesidad de tener cada vez mayor vigilancia. El hospital-escuela se había transformado

[367] *Idem.*
[368] *Idem*.
[369] Olguín, *op. cit*. p. 102.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

inevitablemente en hospital-cárcel, esa denominación que los psiquiatras habían querido revertir desde que estaba en la Crujía F de la penitenciaría.

En enero de 1948 el Subdirector del Manicomio Dr. Jesús Siorda le envió un memorándum al doctor Peón del Valle donde le informo lo siguiente:

> A partir de esta fecha [3 de enero de 1948] se servirá usted hacerse cargo del servicio en el Pabellón de Reos y Agitados de este Establecimiento. Asimismo se servirá usted resolver en ese mismo servicio los problemas relacionados con el trato que deba darse a los toxicómanos que sean enviados al Hospital correspondiente y que ha dejado de funcionar."

El hospital llegaría a su fin de forma sorpresiva, la razón fue que el edificio construido especialmente bajo las ideas psiquiátricas sobre la idea de que los toxicómanos podían ser rehabilitados ya era cuestionable. El inmueble fue rentado al Instituto Mexicano del Seguro Social, mientras que los enfermos fueron atendidos en un anexo del Pabellón de Reos del Manicomio, en donde se les daba tratamiento a los "pocos toxicómanos que se avienen a recibirlo."[370] Peón del Valle nunca se dio por vencido, en la documentación revisada seguían apareciendo las referencias a su papel como cabeza del Hospital y diversas peticiones para que se les proporcionara medicamentos a los toxicómanos. Todavía en 1955, el doctor Peón del Valle realizó una petición para:

> Que se asigne a los toxicómanos un local independiente, si no es posible devolverles su edificio de enfermos mentales, ya que pueden ser neurópatas o psicópatas, pero no son por el hecho de ser toxicómanos, psicopáticos; considerando aún más inadecuado que estén con los reos y los excitados.[371]

De esa forma, el Hospital Federal de Toxicómanos dejó de funcionar casi de una forma tan silenciosa como había sido su inauguración. El legado de esta institución fue el hecho de que se llevaron a cabo algunas investigaciones basadas en los pacientes, mismas que no pudieron contar con un seguimiento porque se abandonó el interés por la toxicomanía mientras crecía la persecución de los traficantes haciendo a un lado la atención a los enfermos.

---

[370] "Acuerdo", México, 26 de Octubre de 1955, AHSSA, FMG, EP, Leg. 46, exp. 11
[371] "Se emite opinión", México, 13 de abril de 1955, AHSSA, FMG, SeA, caja 20, exp. 7.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Conclusiones

La creación del Hospital Federal de Toxicómanos, pareció ser un logró para los psiquiatras y también para el gobierno federal pues con este Hospital, por un lado se intentaban concretar muchas de las aspiraciones médicas y, por otro se mostraba la capacidad del Estado para atender un problema social. La mayor virtud del proyecto fue que por primera vez se tenía un espacio especializado para la atención de los toxicómanos y en este espacio se concentraron las esperanzas de readaptar al enfermo. Sin embargo, esta aspiración fue temporal pues pronto su funcionamiento se fue deteriorando debido a los problemas que se hicieron visibles a tan sólo un año de su puesta en marcha.

Fueron muchos los problemas que las autoridades del Hospital tuvieron que enfrentar. Los psiquiatras como directores realizaron constantes peticiones para mejorar las condiciones del establecimiento y proporcionar el tratamiento adecuado a los pacientes. A través de esas peticiones se pudo dar cuenta de los problemas que se vivieron al interior y tener una visión tanto de los ideales médicos como del funcionamiento del Hospital. Esas peticiones mostraron que el Hospital fue una institución en completo caos, carente de recursos, de vigilancia y de disciplina. Probablemente también estuvo cercado por la corrupción. Muchos de esos problemas fueron síntomas de un abandono presupuestal que lo dejó a merced de La Castañeda, que en esos años a su vez se enfrentaba a las mismas carencias económicas y por lo tanto era imposible que le proporcionara al Hospital la cantidad de provisiones, medicinas y alimentos que solicitaba.

Otro aspecto relevante fue que, el Hospital no pudo proporcionar atención para pacientes de toda la república. Por su escaso presupuesto y su capacidad, a pesar de ser un Hospital de carácter Federal, sólo atendía a la población local residente en el Distrito Federal. El descenso de los ingresos a principios de la década de 1940 tuvo que ver con que la lucha contra las toxicomanías dio un viraje que privilegió la persecución policiaca de todas las acciones relacionadas con las drogas dejando de lado las cuestiones de salud. Aun así, los médicos insistieron en que la existencia del Hospital estaba justificaba tanto por cuestiones

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

de internacionales como por la obligatoriedad legal que establecían las diferentes disposiciones legales en el país. Sin embargo, la falta de apoyo institucional impidió su supervivencia y dejó de funcionar de manera sorpresiva.

En el abandono del Hospital y de la idea de fundar más hospitales para toxicómanos, tuvo que ver el hecho de que en 1947, las atribuciones que tenía el Departamento de Salubridad en materia de drogas pasaron a manos de la Procuraduría General de la República, a partir de entonces persistiría una creciente criminalización de los toxicómanos y un abandono de la atención a los enfermos habituados a alguna sustancia enervante.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

CONCLUSIONES

El discurso en torno al uso de las llamadas sustancias que “degeneraban a la raza” adquirió relevancia en México desde mediados de los años veinte. Las ideas sobre factores ambientales o sociales que podían afectar la constitución “normal” del individuo fueron utilizadas por los gobiernos posrevolucionarios para tomar medidas en contra de todo lo que pudiera afectar el desarrollo de la población, por ejemplo el alcoholismo, las enfermedades venéreas, la mendicidad y las toxicomanías.

En forma paralela, las reuniones internacionales sobre salud como las conferencias sanitarias panamericanas, discutieron sobre la toxicomanía, entendida como el hábito de consumir alguna sustancia para un uso no medicinal. En esas reuniones, se mencionó que no todos los usuarios eran simples “viciosos” pues también existían personas que involuntariamente habían adquirido el hábito de usar alguna sustancia nociva, por esta razón entre los médicos surgió un mayor interés por definir qué era la toxicomanía y llegar a las causas que la ocasionaban.

La idea de legislar para controlar la producción, el comercio y el consumo de las sustancias tóxicas adquirió fuerza en estos años no sólo en México, sino en muchos países. El gobierno de Estados Unidos encabezó gran parte de esas iniciativas con el afán de regular todas las actividades relacionadas con las sustancias consideradas nocivas, como el opio, la morfina, los derivados del cáñamo y de la coca. El interés por regular esas sustancias sentó las bases para que las medidas prohibicionistas se consolidaran como una política de Estado en los años treinta.

Además de la influencia de Estados Unidos en México las diversas disposiciones legales refieren razones de salud pública para controlar el cultivo, el comercio, la distribución, la exportación e importación y todo lo concerniente a esas sustancias, además en esas reglamentaciones se le otorgó a las autoridades de salud la obligación de controlar el uso estrictamente medicinal de las sustancias tóxicas.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

En 1926, se promulgó un nuevo código sanitario que sustituyó al de 1902 en el que se concentraron las iniciativas para controlar las “sustancias nocivas”, que a partir de entonces se denominaron “drogas enervantes”. En este código, sólo se dedicó un artículo a las “personas que hubieran adquirido el vicio de las drogas” a las cuales se debía internar por tiempo indefinido, también el código señaló que se debían fundar establecimientos especiales para internar a los “viciosos” pero no se le dio seguimiento a esta iniciativa.

A pesar de que en el discurso las disposiciones legales de estos años, señalaban que se debía procurar la salud de la población para protegerla de la “degeneración”, en la práctica predominaron las medidas de control de los enervantes, de vigilancia y de persecución hacia todos los que estuvieran relacionados con actividades de drogas. Con el código de 1931 ya no se penalizaba el uso de enervantes sino que, se consideró sólo como delincuentes a los traficantes y por lo tanto las autoridades sanitarias debían hacerse cargo de los consumidores.

Aunque el término de toxicómano era común en algunas tesis de medicina y en la prensa, fue en 1931 cuando en México se decretó el primer Reglamento Federal de Toxicomanía que definió por primera vez a quién se le consideraba un toxicómano otorgándosele el estatus de enfermo. A partir de entonces, inició una campaña que, al menos en el discurso, ya no pretendía criminalizar y recluir en una prisión al toxicómano. El toxicómano se consideró un enfermo peligroso con posibilidad de delinquir y como medida de “defensa social”, se pensó que debía estar recluido en un espacio especializado donde se pudiera rehabilitar a través de un tratamiento médico. Los testimonios encontrados en algunas investigaciones médicas de la época coincidieron en señalar que para lograr la curación y readaptación del toxicómano era necesario mantenerlo en reclusión forzosa con la finalidad de evitar que continuara siendo blanco de los traficantes o se siguiera intoxicando.

Por este motivo, el principal mandato del Reglamento Federal de Toxicomanía fue la creación de hospitales federales para toxicómanos en los diferentes lugares de la república donde se considerara necesario. El

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Departamento de Salubridad Pública al ser la autoridad encargada de las medidas concernientes al control de las drogas para procurar la salud de la población, tenía la facultad de establecer esos hospitales.

El camino que las autoridades sanitarias siguieron para conseguir la creación de un hospital adecuado comenzó en 1931. Como se explicó en este trabajo, el hospital pasó por tres etapas para llegar a ser reconocido como Hospital Federal de Toxicómanos. El primer establecimiento estuvo localizado en la crujía F de la Penitenciaría del Distrito Federal y fue denominado indistintamente Servicio de Toxicómanos u Hospital de Toxicómanos. Ese lugar representó un primer paso para iniciar la atención a los aficionados a alguna droga, aunque el espacio que se le concedió dentro de la prisión de Lecumberri, aún no cumplía con las características de un hospital ni con las condiciones adecuadas para tratar a los pacientes, en este primer espacio predominaron las prácticas carcelarias y ahí los médicos se limitaron a proporcionar un tratamiento rápido de desintoxicación y los enfermos estaban bajo una vigilancia y custodia que los seguía criminalizando a pesar de que se les había definido como enfermos.

La confusión entre cómo proceder ante un traficante o un toxicómano era consecuencia de la falta de claridad entre las disposiciones legales, pues el código penal de 1931 no castigaba el consumo pero sí la posesión, mientras que el código sanitario de 1926, vigente en ese momento, sí sancionaba el uso de drogas enervantes, pues imponía una multa a los infractores que realizaran actividades relacionadas con estas sustancias consideradas ilícitas. Muchos de los infractores pertenecían a los sectores populares y seguramente la mayoría eran incapaces de pagar las multas por lo que tenían que permutarlas por la prisión. Además, aunque las atribuciones en materia de drogas le correspondían al Departamento de Salubridad, el artículo 21 constitucional señalaba que la persecución de los delitos era tarea del Ministerio Público, lo que complicaba aún más el procedimiento para determinar a dónde enviar a un toxicómano y que autoridad debía intervenir o determinar el destino del sospechoso. Esto se resolvería hasta 1934 con la publicación de un nuevo código de procedimientos penales.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

El hecho de mantener a los toxicómanos recluidos en un espacio con características carcelarias resultaba contraproducente pues todos sabían que la prisión era uno de los lugares en donde circulaba un importante tráfico de drogas, lo que hacía imposible que obtuvieran algún beneficio o que se lograra su rehabilitación. Así, se puede decir que ese primer hospital tuvo un resultado adverso, pues no se logró ningún avance en cuanto a la incorporación del enfermo a la sociedad. Los médicos señalaron las malas condiciones del establecimiento y la incapacidad y de las autoridades sanitarias para proporcionar los elementos necesarios para atender a los enfermos. A pesar de esas condiciones los médicos presionaron haciendo constantes peticiones para obtener mejores condiciones en la crujía y lograron sacar al hospital de Lecumberri, consiguiendo un nuevo edificio para albergar a los enfermos.

La segunda ubicación del hospital fue en la calle de Tolsá en el centro de la ciudad. Este edificio era un lugar improvisado para albergar a los enfermos de toxicomanías y tampoco contaba con las condiciones que se necesitaban para atender a los enfermos. La ubicación del establecimiento ofrecía a cualquiera la posibilidad de acercarse, en especial a los traficantes que encontraban formas de continuar vendiendo droga a los internos, además las características del establecimiento propiciaron las fugas de los internos. Si bien los médicos no compartían la idea de que los enfermos debían estar vigilados o castigados, este hospital contó con vigilantes que se encargaban de cuidar el orden y el buen comportamiento de los asilados. A pesar de esto, las fugas mostraron que ese hospital tampoco estaba funcionando como evidenció el motín de 1933.

Los inspectores de salubridad exigían que la vigilancia sobre los pacientes fuera mayor y recomendaban que se estableciera una separación entre traficantes y toxicómanos e incluso entre los enfermos curables o incurables, pues la convivencia de todos por igual se consideró perjudicial para los que eran verdaderos enfermos. Sin embargo, ante la falta de recursos y de espacios adecuados esa clasificación de enfermos no se llevó a cabo, incluso las mujeres prácticamente no eran atendidas pues no se tenía un lugar designado para su atención.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Las voces que pedían un hospital especializado y bien equipado para atender a los toxicómanos se conjuntaron en 1933 cuando por iniciativa de los psiquiatras se proyectó su construcción. La materialización de esta institución fue resultado de la acción de los psiquiatras que defendieron los postulados de la higiene mental. Sin embargo, la construcción de este edificio se inscribió en un contexto donde lo que se pretendía era mejorar la atención a los enfermos del Manicomio y desahogar su hacinamiento. En ese sentido, desde un inicio los recursos con los que se puso en marcha el proyecto del Hospital fueron proporcionados como parte del presupuesto de La Castañeda a través de la Beneficencia Pública. El otro participante fue el Departamento de Salubridad. Ambas instancias colaboraron aportando los recursos necesarios para la creación del pabellón en los terrenos de La Castañeda el cual fue inaugurado en julio de 1934.

El proyecto arquitectónico que fue aprobado privilegiaba la funcionalidad y la asepsia, su planeación y construcción se inscribió en una época en la que también se estaban impulsando diversas políticas sociales para atender a los niños, a los ancianos, a los méndigos y a todos los llamados “débiles sociales”. En esos años se construyeron grandes hospitales como el de Tuberculosos, el de Ferrocarriles, el de Cardiología y el del Niño, entre otros y también se remodeló La Castañeda.

Con la inauguración del Pabellón de Toxicómanos se tenía por primera vez un espacio adecuado para proporcionar un tratamiento completo a los enfermos, no solamente el clínico, sino también el terapéutico que buscaría la readaptación del enfermo para reintegrarlo a la sociedad. No obstante, las tensiones entre las instituciones que colaboraron en su establecimiento impidieron que entrara en funciones de inmediato y no fue sino hasta mayo de 1935, mediante un convenio entre el Departamento de Salubridad y la Beneficencia Pública, cuando se estableció legalmente el Hospital Federal de Toxicómanos y comenzó su ocupación. Todas las esperanzas de curar al toxicómano quedaron concentradas en este espacio, qué mejor lugar que La Castañeda para albergar al incipiente hospital, pues al estar en las afueras de la ciudad con un paisaje campirano, con

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca
Instituto
Mora

grandes jardines y los recién inaugurados talleres se pensó que posibilitaría una atención adecuada para los enfermos y su posterior curación.

Así, el nuevo Hospital también se convirtió en una prueba piloto, que de resultar exitosa, se implantaría en otros lugares de la república. Sin embargo, esto no ocurrió. Una de las causas fue que el reglamento interno que rigió las actividades del hospital por diez años nunca fue reconocido oficialmente. En ese reglamento quedó establecido el objetivo del Hospital como un establecimiento de reclusión en donde se observaría, aislaría y trataría a los enfermos afectados de las diversas toxicomanías y en donde se emprenderían estudios referentes al tema. En ese objetivo estaba presente que al tratar a los enfermos mediante la reclusión y el aislamiento a la postre se lograría la readaptación del enfermo.

También se nota la pretensión de que el hospital no se convirtiera en un hospital en donde primaran la represión o las prácticas carcelarias sino que debía predominar su función como un hospital-escuela para la práctica psiquiátrica y que reeducara al enfermo para su mejor reinserción social. Como los grandes hospitales de especialidad se trataba de que este establecimiento siguiera dando frutos en investigaciones sobre toxicomanía y en la preparación médica de futuros especialistas.

Sin embargo, esos objetivos pronto se vieron mermados debido a que el Hospital sólo fue un apéndice del Manicomio. Era un pequeño edificio que contaba con los servicios necesarios para albergar y atender a los enfermos sin embargo no lo logró por mucho tiempo. Parte de su decadencia se debió a la dependencia creciente hacia La Castañeda con quien quedó unida irremediablemente. La falta de recursos en ambas instituciones fue una constante que dificultó las relaciones entre ambas y afectó el funcionamiento del Hospital que no pudo cumplir con el abastecimiento de alimentos, de medicamentos y tampoco contó con las herramientas y los espacios necesarios para desarrollar la terapia ocupacional que los enfermos requerían como medio de readaptación.

Al ser un Hospital único en su tipo tenía que atender a los toxicómanos de todo el país, cuestión imposible si se tiene en cuenta las dimensiones del mismo, como se mostró en la fotografías. Dada la incapacidad material, el alcance de la

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca
Instituto
Mora

institución fue limitado y prácticamente sólo atendía a la población local que residía en el Distrito Federal. De acuerdo con las fuentes, hubo muy pocos casos de personas que llegaran por voluntad propia a atenderse. Esto también se relaciona con las instancias que remitían a los enfermos pues la policía sanitaria dependiente del Departamento de Salubridad remitió al 59% de los toxicómanos. Desde luego, esos policías se valían de diversas técnicas para descubrir a los enfermos, lo que implicó su persecución y por consiguiente un trato como criminales.

Resulta difícil conocer con exactitud, el total de ingresos, pues la documentación revisada sugiere una entrada y salida constante de los pacientes. Desafortunadamente sólo se conservan 1673 expedientes clínicos, un número bastante reducido tomando en cuenta que el hospital funcionó por trece años. Es posible que por la falta de espacios para asilar a los enfermos algunos no fueran admitidos o fueran dados de alta unos días después. Otras posibilidades son que estuvieran hacinados en los dormitorios o que fueran pacientes ambulatorios. La poca claridad que remiten las fuentes puede ser un indicio del desorden y el poco control que se tenía de los asilados.

Así, el Hospital se fue desdibujando de las discusiones científicas, el interés por replicar la construcción de nuevos establecimientos de este tipo en la república ya no continúo. A partir de los años cuarenta, se acentuó la participación de las autoridades judiciales en los asuntos de combate hacia las drogas y en 1945 la campaña contra éstas pasaría a manos de la Procuraduría General de la República. Si bien las autoridades sanitarias siguieron colaborando en un segundo plano, las iniciativas nacionales e internacionales en materia de enervantes serían más represivas. La novedad fue que la Policía Judicial creó un grupo de agentes especiales que se dedicarían a la persecución de delitos contra la salud y en 1947 se reformó el código penal en lo relativo a delitos de este tipo y se le otorgó a la Procuraduría más atribuciones sobre el control de las drogas.

Finalmente, se puede decir que si bien la institución fue construida con el objetivo de que fuera un espacio de reclusión y rehabilitación del toxicómano, pronto se enfrentó a múltiples problemas presupuestales y de funcionamiento que

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

dan indicios de una posible corrupción. Estos inconvenientes acrecentaron las malas condiciones materiales que impidieron cumplir con el objetivo propuesto. En su génesis fue una institución que debía tener un funcionamiento totalitario[372] pero se fue transformando de acuerdo a las condiciones materiales y a los problemas que se enfrentaron al interior del establecimiento. El Hospital no pudo cumplir con su cometido debido a los problemas que se suscitaron desde su puesta en marcha. Su dependencia con La Castañeda impidió la autonomía presupuestal y material reflejada en la escasez de alimentos, de medicinas y en la falta de espacios. Las propias carencias en el Manicomio arrastraron el desarrollo institucional del Hospital.

Todos estos problemas permiten concluir que aunque el Hospital fue un proyecto con claro sentido médico y asistencial, no hubo voluntad para llevarlo a cabo de forma eficiente siendo sólo una aspiración más que no llegó a institucionalizarse, por lo que dejó de funcionar repentinamente y de manera súbita provocando un vacío en la atención del enfermo que nuevamente La Castañeda y los psiquiatras tendrían que resolver.

[372] Me refiero a los características que Goffman dio a las *instituciones totales,* es decir que todos los aspectos de la vida se desarrollarían en el mismo lugar y bajo la misma autoridad, cada actividad se debía realizar en compañía de otros a quienes se les daría el mismo trato y con quienes se debía llevar una vida en común, las actividades diarias estarían estrictamente programadas y todas se imponían desde arriba mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo de funcionarios, por último las actividades obligatorias se integrarían en un solo plan racional, concebido ex profeso para lograr los objetivos de la institución. Véase Goffman, *Internados*, 1970., pp. 21-22.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

BIBLIOGRAFÍA

Acervos

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA)

Fondo Salubridad Pública (FSP)

Sección Servicio Jurídico (SeSJ)

Fondo: Manicomio General (MG)

Sección: Administrativa (SeA)

Sección: Expedientes de personal (EP)

Fondo: Beneficencia Pública (BP)

Sección: Impresos (IMP)

Serie: Hemeroteca (SH)

Fondo: Hospital Federal de Toxicómanos (HFT)

Sección: Expedientes Clínicos (EC)

Caja: 1-42

Archivo Histórico del Distrito Federal, México (AHDF)

Fondo: Planoteca

SECRETARÍA DE CULTURA. INAH.SINAFO.FOTOTECA NACIONAL, MÉXICO.

Legislación

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, 5 de febrero de 1917.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca

Instituto Mora

Código penal para el Distrito Federal y territorio de la Baja California sobre delitos del fuero común, y para toda la República sobre delitos contra la Federación, México, Edición Oficial, 1871.

Código sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, México, Imprenta de la Patria de I. Paz, 1891
Código sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*,* México, *Diario Oficial*, 8 y 9 de junio de 1926.

Código Penal para el Distrito y Territorios Federales, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1929.

Código Penal para el Distrito y Territorios Federales en materia de fuero común, y para toda la República en materia de fuero Federal. México, Talleres Gráficos de la Nación, 1931.

Reglamento Federal de Toxicomanía*, Diario Oficial*, México, 27 de octubre de 1931

Código Federal de Procedimientos penales*, Diario Oficial, 30 de agosto de 1934.*

Código sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*,* México, *Diario Oficial,* 1934.

Disposiciones sobre el comercio de Productos que pueden ser utilizados para fomentar vicios que degeneren la raza y sobre el cultivo de las plantas que pueden ser empleadas con el mismo fin", México, 2 de marzo de 1920 en Ayanegui F., Antonio, *Legislación de Salubridad. Compilación completa de reglamentos y disposiciones vigentes sobre medicamentos, drogas enervantes, ejercicio de la medicina, comestibles, bebidas y similares.* México, Publicaciones Legales Salubridad e Higiene, 4ª edición, 1945, p. 97

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Reglamento Federal de Toxicomanías, *Diario Oficial*, México, 17 de febrero de 1940.

Reglamento Interior del Hospital Federal para Toxicómanos*, Diario Oficial*, México, 15 de mayo de 1945

Libros, tesis y artículos

Adams, E. W., "Tratamiento de las narcomanías: reseña", *Oficina Sanitaria Panamericana*, 1933, p.1203-1218.

Agostoni Claudia, Andrés Ríos Molina y Gabriela Villarreal Levy*, Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810-2010,* México, Secretaría de Salud-Dirección General de Información en Salud, 2010.

Aragón Echeagaray, Enrique, *Los siete pecados capitales del urbanismo*, México, Publicaciones Atlántida, México, 1948.

---------- *Monumento al General Álvaro Obregón. Homenaje Nacional en el lugar de su sacrificio,* México, Departamento del Distrito Federal, 1934

----------*Lo urbano y lo rural en la planeación de México*, Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 1956.

Aréchiga Córdoba, Ernesto, "Educación, propaganda o "dictadura sanitaria". Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México Posrevolucionario, 1917-1945". *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México,* núm. 33, enero-junio, 2007, p. 64.

Asistencia. Órgano Oficial de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, México, año 1. núm.1, 15 de agosto de 1934.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Asistencia, Órgano Oficial de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, México, año 1, núm. 2, 15 de septiembre 1934.

Asistencia, Publicación mensual de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, México, II época, núm.1, noviembre de 1935.

Astorga, Luis, *Drogas sin fronteras,* México, Debolsillo, 2015.

------- *El siglo de las drogas*, México, Espasa-Calpe, 1996.

Bliss, Katherine Elaine, *Compromised positions: prostitution, public health, and gender politics in revolutionary Mexico City*, Pennsylvania State University Press, 2001.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, "Bases fundamentales para la Organización de la Defensa Social contra la toxicomanía" en *Pan American Health Organization* [Versión en línea], Washington, 1928, vol.7, núm. 1, p. 192, < http://iris.paho.org/xmlui/>, [Consulta: 21 de noviembre de 2015]

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, "Conferencia de directores de sanidad" en *Pan American Health Organization* [Versión en línea], Washington, 1926, vol.5, núm. 11, p. 523-534, < http://iris.paho.org/xmlui/>, [Consulta: 21 de noviembre de 2015]

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 10, núm.1, enero de 1931.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 10, núm.3, marzo de 1931

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 10, núm.5, mayo de 1931

Bourdieu Pierre, *Capital cultural, escuela y espacio social*, México, Siglo XXI editores, 1997.

Buffington, Robert M., *Criminales y ciudadanos en el México moderno*, México, Siglo XXI editores, 2001.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Campos Isaac, “Degeneration and the origins of México´s War on Drugs” [Versión en línea] *Mexican studies*, University of California Press, 2010, vol. 26, núm. 2, < http://www,jstor.org > [Consulta 14 de enero de 2016]

--------*Home grown: marijuana and the origins of Mexico’s war on drugs,* Chapel Hill, The University of North Carolina Press, 2012.

Caponi, Sandra “Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel “en *Scientiae Studia*, São Paulo, v. 7, n. 3, 2009, p. 425-445.

Cárdenas de Ojeda, Olga, *Toxicomanía y narcotráfico. Aspectos legales*, México, Fondo de Cultura Económica, 1976.

Carrillo, Ana María, “Entre dentro y fuera: el Hospital Morelos para prostitutas enfermas” en Gonzalbo, Aizpuru (ed.) *Espacios en la Historia. Invención y transformación de los espacios sociales,* México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2014.pp. 377-404.

Certeau, Michel de, *La invención de lo cotidiano*, México, Universidad Iberoaméricana/ Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, 2000. [Vol. 1 Artes de hacer]

Chaoul Pereyra, María Eugenia. *Entre la esperanza de cambio y la continuidad de la vida. El espacio de las escuelas primarias nacionales en la ciudad de México, 1891-1919,* México, Instituto Mora, 2014.

Davenport- Hines, Richard, *La búsqueda del olvido*, Madrid, Turner, 2003.

Departamento de Salubridad Pública. *Memoria de las labores realizadas durante el año fiscal julio 1931-junio 1932.* Imprenta del Departamento de Salubridad Pública, México.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Departamento de Salubridad Pública. *Memoria de las labores realizadas durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 1934 y el 15 de julio de 1935.* México, Imprenta del Departamento de Salubridad Pública, 1936.

Diario de los Debates del Congreso Constituyente, *1916-1917*, México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2014, 2 vols. [Cuarta reproducción facsimilar de la edición de 1960]

Di Liscia, María Silvia y Bohoslavsky, *Instituciones y formas de control social en América Latina,* 1840-1940, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2005.

Donzelot, Jacques, "Espacio cerrado, trabajo y moralización", en Michel Foucault, *et.al*. *Espacios de Poder*, Madrid, La Piqueta, 1981, pp. 27-51.

Enciso, Froylán*, Nuestra Historia Narcótica. Pasajes para (re)legalizar las drogas en México*, México, Debate, 2015.

Escohotado, Antonio, "La creación del problema (1900-1929)" en *Reis*, No. 34, Apr. - Jun., 1986, pp. 23-56.

-------*Historia general de las drogas*, Madrid, Alianza editorial, 1998.

Fernández Labbé, Marcos, "Boticas y toxicómanos: origen y reglamentación del control de drogas en Chile, 1900-1940" en *Atenea*, N° 508, II sem. Concepción, Chile, 2013, pp. 73-89

Flores, Guevara Mariana. "La alternativa mexicana al marco internacional de prohibición de drogas durante el cardenismo", tesis de licenciatura en Relaciones Internacionales, México, 2013.

Goffman, Erving, Internados. *Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 2012.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Gonzalbo, Aizpuru (ed.) *Espacios en la Historia. Invención y transformación de los espacios sociales,* México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2014.

González Cicero, Stella María, *Lecumberri, penitenciaría de la ciudad de México*, México, Archivo General de la Nación/ Secretaría de Gobernación, 2a ed. 2000.

Gutiérrez Ramos, Axayácatl, "La prohibición de las drogas en México. La construcción del discurso jurídico, 1917-1931", tesis de maestría en Historia Moderna y Contemporánea, México, Instituto Mora, 1996.

Guzmán, Ignacio, "Intoxicación por Marihuana", Tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, UNAM, Facultad de Medicina, 1926.

Huerta Lara, María del Rosario, "La dictadura sanitaria o la estatalización de lo biológico", *Revistas Letras Jurídicas,* [revista en línea] vol. 22, julio-diciembre 2010, México, pp. 1-15. < http://www.letrasjuridicas.com > [Consulta: 12 de diciembre de 2015]

Huertas García-Alejo, Rafael. *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el Estado liberal*. Barcelona: Octaedro; 2008.

------*Locura y degeneración*. *Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés,* Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas/ Centro de Estudios Históricos, 1987.

------*El siglo de la Clínica. Para una teoría de la práctica psiquiátrica,* Madrid, Historia y critica de la Psiquiatría, 2004.

Knight, Alan, *La Revolución Mexicana. Del Porfiriato al nuevo régimen constitucional,* México, Fondo de Cultura Económica, 2010.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Martínez Cortés, Fernando y Xóchitl Martínez Barbosa, *El Consejo Superior de Salubridad, rector de la Salud Pública en México.* Tomo III: Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General. México, Ed. Smithkline Beecham, 2000. p. 11-13, 33-47 y 57-65.

Martínez Cortés, Fernando, *La epidemia Baudeleriana. Los factores psicosociales y culturales de la drogadicción*, México, 2000.

Martini, Claudio, "Una ideología mexicana: la socialización institucional" en Sylvia Marcos (coord.) *Manicomios y prisiones*, México, Red-ediciones, 1983.

Massey Doreen, "Política y espacio/ tiempo" en Boris Berenzon Gorn y Georgina Calderón Aragón (Coords.*), Coordenadas sociales. Más allá del tiempo y el espacio*, UACM, México, 2005.

Maugeais, Patrick, "Los estupefacientes en el siglo XX: nacimiento de las toxicomanías modernas" en Postel, Jacques y Claude Quétel (Coords), *Nueva historia de la psiquiatría*, España, Fondo de Cultura Económica de España, 2000.

Memoria de la labor realizada por la H. Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal de septiembre de 1932 a agosto de 1934, Editorial cultura, México, 1934.

Monzón, Antonio, "El problema de las toxicomanías y las medidas para su prevención en México", en *Manicomio. Órgano de la Sociedad para Estudios de Neurología y Psiquiatría,* México, números 3 y 4, sep.- oct. 1936, pp. 5-31.

Nacional Financiera, S.A. *La Economía Mexicana en cifras*, México, 1965.

Olguín Alvarado, Patricia, "Aproximación a la Historia del Hospital Federal de Toxicómanos (1931-1949)", *Cuadernos para la Historia de la Salud*, México, Secretaría de Salud y Asistencia, 1995, pp. 87-110.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Olvera Hernández, Nidia Andrea, “Policías, toxicómanos y traficantes: control de drogas en la ciudad de México, 1920-1943”, tesis de maestría en Antropología Social, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), 2016.

Peón del Valle, Juan, “Algunos aspectos de la actual lucha contra la toxicomanía en México”, México, 1933. [Informe, Oficina Sanitaria Panamericana]

Percy Alvin Martin, *Who's who in Latin America: a biographical dictionary of the outstanding living men and women of Spanish America and Brazil*, Stanford University Press, 1940, p. 558

Pérez Montfort, Ricardo “Fragmentos de historia de las “drogas” en México 1870-1920” en Pérez Montfort Ricardo (Coord.) *Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío,* México, D.F., Plaza y Valdés editores, 1997, pp. 145-210.

-----*Yerba, goma y polvo. Drogas, ambientes y policía en México 1900-1940.* México, Ediciones Era/CONACULTA/INAH, 2006.

-----*Tolerancia y prohibición. Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México*, *1840-1940*. Penguin Random House Grupo Editorial, México, 2016.

Piccato, Pablo, *Ciudad de sospechosos: crimen en la ciudad de México 1900-1931*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/ Fondo Nacional para la Cultura y las Artes, 2010.

Pulido Esteva, Diego, “Los negocios de la policía en la ciudad de México durante la posrevolución.” *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, México, núm. 6, julio-diciembre, 2015, pp. 8-31

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Puig Pizarro, Luis, “Breve estudio clínico de las principales toxicomanías: morfina, heroína, cocaína y marihuana”, tesis de Médico, Cirujano y Partero, México, UNAM, Facultad de Medicina, 1936.

Ramírez Kuri, Patricia, “Transformaciones espaciales y modernización urbana: la Ciudad de México y los macro- proyectos comerciales. “Centro comercial Coyoacán” (1989-1993)” tesis de maestría en Estudios Regionales, México, 1993.

Ramírez Moreno, Samuel, “Trastornos mentales producidos por la intoxicación aguda de marihuana”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, noviembre de 1934, vol. 1 núm.4. pp. 9-16.

Renero, Manuel, “Ligeros apuntes sobre la toxicomanía de las drogas heroicas en la capital de la República”, tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Talleres Gráficos “Soria”, 1925.

Ríos Molina, Andrés, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en Mexico, 1934-1950*, México, Siglo XXI editores, 2016.

Rivera Garza, Cristina “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México, 1910-1930” en *Secuencia*, núm. 51, sept.-dic., 2001, pp. 57-89.

-------*La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General, 1910-1930.* México, Tusquets, 2010.

Rodríguez de Romo, Ana Cecilia. “Bosquejo Histórico y uso social de la mariguana” en Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, vol. 55, núm. 5. Septiembre-Octubre 2012, pp. 48-54.

Rodríguez Romo, Ana Cecilia, Gabriela Castañeda López y Rita Robles Valencia, *Protagonistas de la Medicina Científica Mexicana, 1800-2006*, UNAM/ Facultad de Medicina/Plaza y Valdés editores, México, 2008.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora

Rodríguez Kuri, “Desabasto, hambre y respuesta política, 1915” en Carlos Illades y Ariel Rodríguez Kuri (Comp.) Instituciones y ciudad. Ocho estudios históricos sobre la ciudad de México, Colección sábado Distrito Federal, Ediciones ¡Uníos!, México, 2000, pp. 133-164.

-----*Historia del desasosiego: la revolución en la ciudad de México,* 1911-1922, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2010.

Rosales Miranda, Carlos, “Intervención penal y administrativa del Estado frente a la peligrosidad de los toxicómanos y traficantes de estupefacientes”, tesis para sustentar examen profesional de abogado, México, UNAM, Facultad de jurisprudencia, 1939.

Saab, Antonio, “Memorias de un cocainómano” en *Criminalia*, año IV, abril de 1938, pp. 478. [Introducción de José Ángel Ceniceros]

Sacristán, Cristina, “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia*, núm. 51, sept.-dic., 2001, pp. 91-121.

----------“Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944”, *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, vol. II, no. 2, España, 2002, pp. 61-80.

----------“Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, vol. V, no. 1, España, 2005, pp. 9-33.

----------“Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932”, *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, vol. 12, no. 3. Fundación Oswaldo Cruz, Brasil, septiembre-diciembre de 2005, pp. 675-692.

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca

Instituto Mora

----------"La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968", *Salud Mental. Órgano oficial del Instituto Nacional de Psiquiatría*, vol. 33, no. 6, noviembre-diciembre de 2010, pp. 473-480.

Salazar Bermúdez, Alejandro, "De borrachos a enfermos mentales. El alcoholismo en el Manicomio General La Castañeda", tesis de maestría en Historia, México, Instituto de Investigaciones Históricas/UNAM, 2015.

Salazar Viniegra, Leopoldo, "El mito de la marihuana" en *Criminalia*, Año V, Núm. 4, 1 de diciembre de 1938, pp. 205-237.

Salubridad. Órgano del Departamento de Salubridad Pública. vol. VI, núm. 1, México, Enero –diciembre 1935/ enero-junio 1936. Imprenta del Departamento de Salubridad Pública.

Schievenini Stefanoni, José Domingo, "La prohibición de la marihuana en México, 1920-1940", tesis de maestría en Estudios Históricos, México, Universidad Autónoma de Querétaro, 2012.

----------"La prohibición de las drogas en México (1912-1929)", *URVIO*, *Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*, FLACSO, núm. 13, junio 2013, Quito, pp. 57-68.

Schorske, Carl E., *Fin de Siècle Vienna: politique et culture,* New York, Vintage Books, 1981.

Secretaría de Asistencia Pública, *La Asistencia Social en México. Sexenio 1934-1940*, Talleres Gráficos de la Nación, México, 1940.

Siorda Gómez, Jesús, "Toxicomanías. Ensayo de interpretación", tesis para obtener el grado de Médico-Cirujano, México, 1933.

Speckman Guerra, Elisa, "Reforma legal y opinión pública: los códigos penales de 1871, 1929 y 1931" en Alvarado Arturo (Ed.) *La reforma de la justicia en México*, México, El Colegio de México, 2008, pp. 575-613.

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca
Instituto
Mora

Treadway, Walter L. “La narcomanía y las medidas para su prevención en los Estados Unidos” en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 11, núm. 12, diciembre de 1932.

Tuan, Yi- Fu, *Space and place. The perspective of experience,* Minneapolis, University of Minnesota Press, 1977.

Uhthoff López, Luz María, “Hacia una política asistencial. La creación de la Secretaría de Asistencia Pública en México, 1937-1940” en Fernando J. Remedi y Mario Barbosa Cruz, (comps.) *Cuestión social, políticas sociales y construcción del Estado social en América Latina, siglo XX*, Centro de Estudios Históricos Prof. Carlos S.A Sagreti/Universidad Autónoma Metropolitana,-Cuajimalpa, México, 2014.

Unikel, Claudia (*et.al.),* “El consumo de drogas según los registros del Hospital Federal de Toxicómanos. Fragmentos de historia de la farmacodependencia en México (1931-1948)”, *Revista ABP-APAL*, vol. 17, núm.3, 1995, Sau Paulo, Brasil, pp. 102-106.

-----“El consumo de drogas en los registros del Manicomio General de la Castañeda: fragmentos de historia de la farmacodependencia en México (1866-1967), *Revista ABP-APAL*, vol. 15, núm.3, 1993, Sau Paulo, Brasil, pp. 75-81.

-----“Un siglo de historia del uso de drogas en México (1866-1987), en *Las adicciones en México: hacia un enfoque multidisciplinario*, CONADIC/SEP, 1993, pp. 51-55

Urías Horcasitas, Beatriz, *Historias secretas del racismo en México (1920-1950),* México, Tusquets editores, 2007.

-------“Locura y criminalidad: degeneracionismo e higiene mental en México posrevolucionario, 1920-1940” en Claudia Agostini y Elisa Speckman (Eds.) *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, pp. 347-383.

Ernesto de la Torre Villar
Biblioteca
Instituto
Mora

Usó Arnal, Juan Carlos, “La Asociación contra la Toxicomanía (1926-1931). Prevención de salón en vísperas de la II República”, *Norte de Salud Mental, Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria,* [revista en línea] vol. IX, núm. 41, 2011, Bilbao, España, pp. 94-100, < http://revistanorte.es/index.php/revista/search > [Consulta: 8 de abril de 2015]

-----“San Sebastián (Donostia), 1917: la sobredosis que cambió la historia de las drogas en el estado español”, *Norte de Salud Mental*, *Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria,* [revista en línea] vol. XII, núm. 50, 2014,Bilbao, España, pp.101-115 < http://revistanorte.es/index.php/revista/search > [Consulta 5 de febrero de 2016]

Vargas Salguero, Ramón, “La labor nosocomial del Liberalismo” en Cortés Rocha, Xavier, Josefina Muriel (et.al.) *Salud y arquitectura en México,* México, Secretaría de Salud/Universidad Nacional Autónoma de México, 1999

Viesca Treviño, Carlos “Eduardo Liceaga y la participación mexicana en la fundación de la Organización Panamericana de la Salud” en *Revista Cubana Salud Pública*, vol. 23, núm.1, 1998, pp. 11-18.

Zamudio, Carlos Alberto, *et. al*. “La policía de salubridad en la ciudad de México: El caso de la división antinarcóticos 1920-1934”, en “III Congreso Nacional: Estudios Regionales y la Multidisciplinariedad en la Historia” [Versión en línea] Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas, A. C., Etnohistoria, ENAH, México, s/f, <http://filosofia.uatx.mx/memoriasIII/15.pdf>, [Consultado: 10 de octubre de 2015.]

Ernesto de la Torre Villar Biblioteca
Instituto Mora