



Instituto

Mora

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
DR. JOSÉ MARÍA LUIS MORA**

“Entre el vicio, la enfermedad y el crimen: discursos médicos y
criminológicos en torno a los consumidores de heroína en la Ciudad
de México, 1920-1947”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN HISTORIA MODERNA Y CONTEMPORÁNEA

P R E S E N T A :

LOURDES BAUTISTA HERNÁNDEZ

Directora: Dra. María Cristina Sacristán Gómez

Ciudad de México

Diciembre de 2022

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

Ciudad de México, a 2 de diciembre de 2022

ASUNTO: **AUTORIZACIÓN DE DIFUSIÓN**

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DR. JOSÉ MARÍA LUIS MORA
PRESENTE**

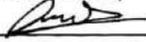
Lourdes Bautista Hernández, en mi calidad de alumno del programa del **Doctorado en Historia Moderna y Contemporánea** del Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, por mi propio derecho y bajo protesta de decir verdad, manifiesto expresamente que soy el autor único y primigenio, así como legítimo titular exclusivo de todos los derechos morales y patrimoniales de la obra intitulada **"Entre el vicio, la enfermedad y el crimen: discursos médicos y criminológicos en torno a los consumidores de heroína en la Ciudad de México, 1920-1947"** así como, de forma meramente enunciativa, más no limitativa, de toda clase de material, información, gráficas, mapas, dibujos, ilustraciones, esquemas, diseños, fotografías y/o imágenes, etc., contenidas y que forman parte de la misma en el formato publicado y entregado a Ustedes, la cual fue elaborada como trabajo de investigación en calidad de tesis para obtener el grado de **Doctora en Historia Moderna y Contemporánea** con lo que se acredita haber concluido los estudios en el Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.

En virtud de lo anterior, confirmo la plena autorización al Instituto Mora, sin limitación de vigencia alguna y restricción alguna, para que la obra, junto con todos y cada uno de los elementos que la conforman y complementan, tal y como es entregada permanezcan y se encuentren disponibles en y a través de la Biblioteca, para su conservación, preservación, difusión, préstamo público y/o puesta a disposición para consulta, tanto en formato físico o a través de los medios dispuestos por la Institución sin restricción alguna.

Queda claro que la presente autorización se otorga cuyo principal propósito es contribuir a la difusión del conocimiento sin fines de lucro alguno y bajo ninguna condición.

Desde ahora deslindo al Instituto de cualquier reclamación que pudiera surgir por cualquier tercero que viera afectados sus derechos de índole civil y/o específicamente de propiedad intelectual y, de ser necesario y/o a solicitud de Ustedes, me obligo a comparecer para ratificar el contenido del presente documento ante cualquier autoridad local o federal, administrativa o judicial, incluso fedatario público si así fuese necesario y/o solicitado por Ustedes para que surta plenos efectos, manifestando que para el otorgamiento del presente consentimiento no ha habido error, dolo, perjuicio, lesión, violencia o mala fe, siendo mi voluntad libre y espontánea y que deja sin efectos todo documento suscrito con anterioridad.

Protesto lo necesario,



Lourdes Bautista Hernández

A mi familia

El problema de las toxicomanías, tan molesto y costoso y cuya existencia considero yo puramente artificiosa, tiene su origen, por una parte, en la falta de comprensión, y por consiguiente, torpeza legislativa, y por otra, en la reconocida falta de honestidad de diversas organizaciones y autoridades, todo lo cual ha contribuido a crear una situación de ventaja y privilegio para el traficante.

Leopoldo Salazar Viniegra, 1938¹

¹ Báez, Carmen, “La entrevista de hoy. Dr. Leopoldo Salazar Viniegra”, *El Nacional*, 7 de junio de 1938, México.

Agradecimientos

Durante el desarrollo de esta investigación conté con la valiosa ayuda de muchas personas quienes sin duda contribuyeron a que este trabajo llegara a buen término. En primer lugar agradezco a mi directora de tesis, la Dra. Cristina Sacristán, por todo su apoyo y su excelente guía. Sus comentarios, comprensión, paciencia y compromiso me ayudaron en todo momento para el desarrollo de esta tesis. Asimismo, agradezco los valiosos comentarios y el tiempo que me brindaron la Dra. Martha Santillán Esqueda y el Dr. José Domingo Schievenini quienes amablemente leyeron los avances de este trabajo y me hicieron importantes observaciones.

También agradezco a las y los integrantes del Seminario Salud, Historia y Sociedad Contemporánea del Instituto Mora por leer las diversas versiones de los capítulos de esta tesis y por sus excelentes sugerencias. Al Seminario Poder, Salud, Prevención y Enfermedad de la Dirección de Estudios Históricos del INAH por permitirme exponer mis avances y por los comentarios que me hicieron. Un especial agradecimiento a la Dra. Luz María Uhthoff López por el apoyo que siempre me ha brindado y a la Dra. Mónica Palma por toda su ayuda.

El apoyo de todo el personal del Instituto Mora fue fundamental para esta investigación. Agradezco especialmente al coordinador académico del Doctorado en Historia Moderna y Contemporánea, Dr. Gerardo Gurza Lavalle, por su disposición y apoyo durante el programa. A mis profesores y al personal de la Biblioteca “Ernesto de la Torre Villar”, al Departamento de Servicios Escolares y al área de informática, quienes con su eficiente trabajo favorecieron la conclusión de esta investigación.

El personal de los acervos históricos ha sido parte esencial para desarrollar esta tesis. Mi especial gratitud a todo el personal del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud por su amable atención y orientación, así como al Archivo General de la Nación, a la Hemeroteca Nacional de México, a la Biblioteca “Dr. Nicolás León” y a la Biblioteca Miguel Lerdo de Tejada por permitirme la consulta de sus acervos.

Un profundo agradecimiento a mis compañeros de la VII generación del Doctorado en Historia Moderna y Contemporánea por su atenta lectura a mis avances de investigación, por sus comentarios y sugerencias, y sobre todo por los buenos momentos que compartimos durante las clases y fuera de ellas.

También agradezco a mis amigas y amigos que desde hace años me brindan su apoyo y compañía, en especial a Nancy, Edgar, Toño, Annia, Eli, Tere, Lili, Jorge, Sandra, Teresa, Monse, Olivia y Oswaldo, quienes han estado presentes de diversas formas durante la elaboración de esta tesis.

Finalmente agradezco infinitamente a las personas que me acompañan día con día, me apoyan y expresan su cariño en todo momento, mis padres y mis hermanas, a quienes dedico este trabajo por su ayuda, comprensión y cariño.

ÍNDICE

Agradecimientos	v
Lista de cuadros y gráficas	ix
Introducción	10
Capítulo I. La emergencia del problema de la toxicomanía y la intervención internacional y nacional sobre el consumo de heroína	22
1. El origen de la producción y el consumo de heroína a nivel internacional	23
1.1 Del consumo de opio a la síntesis de la heroína	24
1.2 Los usos lícitos de la heroína	31
2. El inicio de las discusiones sobre el problema de las drogas y las primeras restricciones hacia el uso de heroína.....	33
2.1 La Convención de La Haya de 1912	39
3. La heroína en México y las primeras disposiciones legales para su regulación y prohibición.....	47
3.1 La heroína: usos y regulación en México	55
Conclusiones	64
Capítulo II. Los discursos médicos y criminológicos en torno al consumo de heroína y el inicio de la intervención institucional sobre sus consumidores 65	
1. “Predestinados, agotados y noctámbulos”: la campaña contra las drogas y las representaciones sobre los consumidores de heroína	66
2. Los discursos médicos y criminológicos sobre los consumidores de heroína y los códigos penales de 1929 y 1931	84
3. Los consumidores de heroína y su asociación con el crimen y la pobreza....	89
4. El Reglamento Federal de Toxicomanía de 1931 y el nuevo estatus de los toxicómanos.....	97
Conclusiones	101

Capítulo III. Prácticas y negociaciones de los consumidores de heroína frente a la intervención policial y judicial	103
1. La vida en la ciudad y una intoxicación de moda: el heroínismo	104
2. Los rumbos de distribución de heroína en la ciudad y los espacios de socialización de sus consumidores.....	113
3. Mecanismos de defensa y negociación: los consumidores de heroína frente a la aplicación de la justicia	126
Conclusiones.....	136
Capítulo IV. Los consumidores de heroína frente a la intervención médica-psiquiátrica en el Hospital Federal de Toxicómanos	137
1. Medicina Social, Higiene Mental y Asistencia Social: tres pilares para el inicio de la atención a los toxicómanos	138
2. El breve periodo en Tolsá (1933-1934): protestas e indisciplina	146
3. La puesta en marcha del Hospital Federal para Toxicómanos y el proyecto de reglamento interno de 1935	158
4. Los consumidores de heroína en el Hospital Federal de Toxicómanos y su perfil social.....	165
4.1 El proceso de internamiento y la población del Hospital.....	170
4.2 Los ingresos voluntarios y el papel de las familias	177
4.3 Las razias contra los “rateros” y toxicómanos y el apogeo de las campañas contra los vicios y contra la mendicidad	184
Conclusiones	195
Conclusiones generales	197
Bibliografía	199

Lista de cuadros y gráficas

Plano 1. Puntos de detención de los consumidores de heroína en la Ciudad de México, 1929-1935.

Gráfica 1. Número de ingresos por año de los pacientes del Hospital Federal de Toxicómanos, 1933-1948.

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

Gráfica 3. Tipo de droga consumida por año por los pacientes del Hospital Federal de Toxicómanos de la Ciudad de México, 1933-1943.

Cuadro 1. Instancia remitente de los consumidores de heroína del Hospital Federal de Toxicómanos, 1933-1935.

Cuadro 2. Motivos de detención de los consumidores de heroína del Hospital Federal de Toxicómanos, 1933-1935.

Gráfica 4. Grupos de edad de los consumidores de heroína del Hospital Federal de Toxicómanos, 1933-1935.

Gráfica 5. Lugar de procedencia de los consumidores de heroína del Hospital Federal de Toxicómanos, 1933-1935.

Gráfica 6. Lugar de origen de los consumidores de heroína del Hospital Federal de Toxicómanos, 1933-1935.

Cuadro 3. Tipo de ocupación de los consumidores de heroína del Hospital Federal de Toxicómanos, 1933-1935.

Introducción

El fenómeno del consumo problemático de heroína no es un problema reciente pues el uso de dicha sustancia data ya de más de un siglo. Al acercarnos a la historia de las drogas y en particular al desarrollo de las llamadas toxicomanías podemos dar cuenta de que la heroína entró al mercado como medicamento en 1898 y su uso se popularizó a inicios del siglo XX, se comercializó, recetó y consumió sin mayor problema e incluso se consideró una alternativa para sustituir el uso de morfina. No obstante, el denominado “heroinismo” y la “heroinomanía”, comenzaron a aparecer a nivel internacional en la década de 1900-1910 y en México se visibilizó en la década de 1920, y aunque su uso se concentraba en las esferas media y alta de la sociedad, pronto se extendió entre los sectores populares debido a las restricciones que se impusieron a otras sustancias como el opio y la morfina.

Ese cambio entre un consumo de élite a otro realizado por los sectores populares causó preocupación entre los grupos religiosos, médicos, criminológicos y políticos quienes esgrimieron un discurso para persuadir del peligro que el consumo de dicha sustancia podía ocasionar no solo individualmente sino socialmente. Al ser los médicos y los criminólogos los profesionales que más buscaron comprender el fenómeno del consumo de drogas y desarrollaron investigaciones en torno a ello, en esta investigación propongo analizar los discursos médicos y criminológicos en torno a los consumidores de heroína para dilucidar las concepciones y representaciones que se tenían de los consumidores de heroína, así como las políticas gubernamentales que se pusieron en marcha entre 1920 y 1947 para combatir y prevenir el consumo de heroína y para atender a esos consumidores. Del mismo modo, también me interesa acercarme al consumidor para reconstruir su perfil social y analizar la forma en que asimilaron o enfrentaron las políticas hacia ellos.

El periodo de estudio de esta investigación comprende los años que van de 1920 a 1947. Iniciaré en 1920 porque en esta década se impusieron las primeras reglamentaciones hacia las drogas en México, además de que a nivel

internacional inició una etapa de regulación y de lucha contra el uso de drogas desde los ámbitos médico y legal. Culminará en 1947, debido a que en ese año las autoridades de salud dejaron de tener el predominio sobre el control de drogas pasando a manos de la Procuraduría General de la República. Específicamente el 14 de noviembre de 1947 se anunció en la prensa un decreto con el cual se reformaron y adicionaron los artículos 193, 194 y 197 del Código Penal Federal, con el que se endurecieron las penas relativas a los delitos contra la salud, se ampliaron las sustancias controladas y se instituyó el proselitismo como delito.¹ De esta forma, es importante examinar el periodo 1920-1947 como una etapa de debates en torno al control de drogas y a la concepción de los toxicómanos.

El espacio de esta investigación es la Ciudad de México, no sólo porque en ella se localizaba el Hospital Federal de Toxicómanos (1935-1948) sino porque la mayoría de los ingresados en dicha institución residían en esta ciudad. La información sobre los “heroinómanos” encontrada en los expedientes clínicos y judiciales remite a ciertos rumbos de la ciudad como la colonia Morelos, Tepito, Balbuena, la Merced o Peralvillo, zonas que eran mencionadas como de venta y distribución de heroína, así como de detenciones de consumidores y traficantes, y que se caracterizan por su población perteneciente a los sectores populares, pero esto no era exclusivo de ellos pues en otros rumbos de la Ciudad también hubo casos relacionados con la venta de drogas.

Aunque la historiografía respecto a las drogas es amplia y diversa en cuanto a los temas que se han estudiado, para el caso mexicano, a pesar del aumento de la historiografía en los últimos 20 años debido al recrudecimiento de la lucha contra las drogas, los estudios históricos siguen siendo pocos y la mayor parte han sido realizados por diversos especialistas como sociólogos, antropólogos, economistas, juristas y periodistas. Desde mi punto de vista lo que hace falta es visibilizar a los consumidores dentro del entramado de actores que participan del negocio de las drogas, el consumidor es el fin último de ese negocio y sin embargo es del que menos se sabe. Si bien la historiografía ha retomado algunos aspectos sobre salud y hace referencia a los llamados toxicómanos, aún

¹ Véase Olvera, “Modernidad, seguridad y corrupción”, 2021, pp. 135-141.

falta examinar qué papel jugaron en el contexto del combate a las drogas, saber cuál era su perfil social y cómo recibieron o enfrentaron las políticas prohibicionistas impuestas por los gobiernos del periodo 1920-1947.

Del mismo modo, en la historiografía falta acercarse a la reconstrucción histórica de drogas específicas pues, aunque existen historias de la prohibición del opio o de la marihuana, aún falta estudiar casos de sustancias como la heroína que fueron creadas para ser empleadas como medicamentos y que terminaron usándose con fines recreativos sumándose a las sustancias consideradas adictivas.

Dentro de la historiografía sobre las drogas tenemos estudios que se refieren a las historias generales de las drogas que abarcan un periodo amplio, en algunos casos retomando desde las civilizaciones antiguas hasta llegar al siglo XX, en este tipo de estudios se hace una reconstrucción histórica del uso de las drogas y se menciona a los consumidores, se describe algunas prácticas y sobre todo se expone a consumidores conocidos por haber sido gobernantes, hombres de letras, médicos, etc., Entre los trabajos que se refieren a las historias generales de las drogas destacan los textos de Antonio Escohotado² y Richard Davenport-Hines³. Su enfoque está puesto en reconstruir una historia general de las drogas en un sentido muy amplio retomando aspectos religiosos, médicos y culturales.

Esos autores basaron sus estudios en una perspectiva social y cultural y recuperan aspectos políticos en relación con las medidas prohibicionistas. Su interés es mostrar el uso que se hacía de las sustancias psicoactivas antes de su prohibición, para después, analizar la génesis del conflicto de la guerra contra las drogas y señalar las contradicciones y el fracaso del prohibicionismo. Este tipo de trabajos suelen ser recopilaciones extensas y son importantes para contextualizar y rastrear los primeros usos que se le daban a las drogas. Aunque en estas investigaciones sí se menciona a los consumidores no logran profundizar en aspectos sociales quedándose más en lo cultural sin hacer un análisis que vincule

² Escohotado, *Historia de las drogas*, 1998.

³ Davenport-Hines, *Búsqueda del olvido*, 2003.

las medidas prohibicionistas con los efectos sobre los consumidores a principios del siglo XX.

En una perspectiva más económica se encuentran los trabajos de Paul Gootenberg quien propone estudiar a las drogas como mercancías, sugiere que la perspectiva de las mercancías puede usarse para producir un retrato más claro y relacional de los intereses económicos y las estructuras detrás de los flujos globales de drogas.⁴ Acorde con Gootenberg, Fernández Labbé señala que las drogas tienen características particulares que permiten estudiarlas como mercancías, por ejemplo, tienen una doble utilidad, tanto para aliviar el dolor como para un uso recreativo, esta particularidad fue lo que llevó a una compleja convivencia entre la oferta y el expendio regulado y legal de las drogas, su uso extramédico y la constitución de un mercado negro para proveer a los consumidores.⁵

Derivado del surgimiento de ese mercado negro el autor señala que las drogas en Chile fueron asociadas con la peligrosidad para la población debido a que se decía tenían efectos degenerativos, desmoralizadores y disolventes sobre sus consumidores. Este aspecto es interesante, ya que parece existir una generalización en distintos países al utilizar estos argumentos para descalificar el uso de drogas y a sus consumidores.⁶

En México, existen trabajos que combinan el análisis económico con el del control de drogas. Su objetivo es acercarse al tema del prohibicionismo, pero también enuncian la relevancia económica de las drogas, como por ejemplo del opio, en cuanto a que se formaron zonas de producción y tráfico en regiones del noroeste mexicano y se descubrieron sustancias que fueron usadas como medicamentos para ser vendidas libremente en farmacias. Los trabajos de Axayácatl Gutiérrez⁷ y Zinnia Capó⁸ se ocupan del caso del opio. Estas investigaciones son interesantes porque ayudan a entender y ubicar la producción

⁴ Gootenberg, "Hablar como el Estado", 2014, pp. 16-17.

⁵ Fernández, "Ficticio entusiasmo", 2009, pp. 63-64.

⁶ Véanse los trabajos de Pérez Montfort, *Hábitos, normas y escándalo*, 1997, pp. 145-210; Campos, "Degeneration and the origins of Mexico's War on Drugs", 2010.

⁷ Gutiérrez, "Consumo y tráfico", 1996.

⁸ Capó, "Clandestinidad, fiscalidad y tolerancia", 2015, pp. 79-80.

y comercialización del opio en la frontera norte de México y las ciudades como Tijuana. Zinnia Capó aporta datos importantes sobre el opio que ayudan a rastrear las redes internacionales de su comercio y los usos que tenía, ya que menciona que una parte del opio procesado se convertía en opio fumable y otra en derivados como la morfina y heroína, señalando así la importancia que el opio tuvo en el noroeste mexicano, principalmente en Mexicali, región en donde desde las primeras décadas del siglo XX se establecieron redes internacionales que buscaban llevar opio al mercado estadounidense.⁹

Una gran parte de los trabajos sobre drogas se centran en las políticas de control impuestas al consumo y producción de drogas, y en su más radical medida, el prohibicionismo. En México esta tendencia es la que más se ha cultivado y en ella se concentra la mayor parte de los trabajos, así como los más importantes en materia de drogas. Varios autores retoman el trabajo de David F. Musto.¹⁰ El texto de Musto se inscribe dentro de la historia política, social y médica de las drogas. Se trata de un libro que proporciona un recorrido general a través de la historia del control estatal del opio, la cocaína, la marihuana y la heroína. El objetivo del autor es profundizar en el estudio de los orígenes del control de narcóticos en Estados Unidos para reconstruir la historia del uso, abuso y control de drogas en ese país. Le interesa analizar el surgimiento de la adicción, su tratamiento y el papel desempeñado por los médicos en este problema, además de señalar la política internacional de Estados Unidos en materia de drogas.

Para el caso mexicano los trabajos de Ricardo Pérez Montfort son pioneros y los más completos en historia de las drogas. Su enfoque está puesto en la historia social y cultural. En su libro más reciente *Tolerancia y prohibición*¹¹, pretende mostrar las circunstancias que dieron lugar a la conciencia prohibicionista y delinear algunas ideas y posturas que la sociedad mexicana mantuvo respecto a las llamadas “drogas enervantes” a lo largo del periodo que va de 1840 a 1940. Sus investigaciones han sido muy importantes en México porque han sido las primeras en reconstruir el prohibicionismo como un proceso histórico,

⁹ *Ibid.*, p. 82.

¹⁰ Musto, *Enfermedad americana*, 1993.

¹¹ Pérez Montfort, *Tolerancia y prohibición*, 2016.

además de proporcionar una amplia bibliografía y referencias de acervos documentales sobre las drogas.

Pérez Montfort realiza varios aportes al estudio de las drogas, en primer lugar, logra trazar el cambio de concepción de estas como medicamentos hasta ser concebidas de forma peyorativa. En segundo lugar, destaca la participación y la influencia de los médicos y juristas en la “satanización de las drogas” y, finalmente, muestra las sanciones al uso médico y recreativo hacia las drogas y cómo la imposición del prohibicionismo provocó la criminalización de traficantes y consumidores de drogas, destacando no sólo el papel de la policía a principios del siglo XX, sino acercándose al perfil social de los aprehendidos por posesión y venta de drogas, entre los que destaca que “la mayoría de las aprehensiones se llevaron a cabo por venta y posesión de marihuana y heroína”.¹² Ese dato es importante porque sugiere que la heroína probablemente era la segunda sustancia en importancia de tráfico y consumo en México.

Otro tema que se ha estudiado en México es el de la criminalización, de traficantes y consumidores, esto responde a la disponibilidad de fuentes que permiten acercarse a esa historia mediante documentos administrativos y judiciales. Al respecto están las investigaciones de Luis Astorga, que ha intentado reconstruir la geografía del narcotráfico examinando los casos de algunos estados del país en donde se conformaron mercados ilícitos de drogas, por ejemplo, Baja California, Sonora, Sinaloa y Durango.¹³ Este autor ha denunciado la intromisión de Estados Unidos en la política contra las drogas en México y otros países y aboga por la búsqueda de alternativas al prohibicionismo que ha sido la base del problema de violencia que ha padecido el país en los últimos años. En sus investigaciones retoma desde finales del porfiriato hasta la década del 2000, ofreciendo un panorama general de la formación de las regiones ligadas al narcotráfico, de los traficantes y de las políticas encaminadas a contener la producción, el tráfico y el consumo de las drogas, principalmente del opio, la marihuana, la heroína y la cocaína.¹⁴

¹² *Ibid.* p. 236.

¹³ Astorga, *Drogas sin fronteras*, 2015.

¹⁴ Astorga, *El siglo de las drogas*, 2016.

Por otro lado, algunas tesis retoman las discusiones sobre el prohibicionismo y el control de drogas en sus temáticas de investigación, además de que introducen cuestiones de salud pública y el análisis de los discursos científicos que justificaron la regulación de las drogas para después volverlo un asunto de seguridad. En ese sentido destaca la tesis de Nidia Olvera que investiga el control de las drogas en la Ciudad de México a través del estudio de la conformación de la Policía de Narcóticos durante el periodo 1920-1943.¹⁵ Su objetivo es mostrar el papel que jugó ese cuerpo policíaco en el control de drogas, rastreando la conformación de esta policía, su organización, evolución y prácticas. En su tesis doctoral Olvera logra trazar el paso de un problema considerado de salud pública a otro de seguridad en el que el control policial se hizo más severo y dio lugar a la consolidación del prohibicionismo en México.¹⁶

Por su parte, José Domingo Schievenini en su tesis doctoral estudia la criminalización del consumo de marihuana en México desde 1912 hasta 1961¹⁷, en esta investigación señala que la “criminalización implica no sólo una prohibición sino la estipulación de un castigo penal, privativo de la libertad que etiqueta al individuo en cuestión como un delincuente peligroso y anormal ante los ojos de la sociedad”¹⁸, en este sentido será importante retomar sus investigaciones para analizar los discursos que criminalizaron a los usuarios de drogas.

Los estudios que se acercan a la heroína desde la perspectiva de la medicina, los efectos en la salud o los consumidores son pocos en relación con los trabajos que se enfocan en el control antinarcóticos. Hasta el momento sólo he encontrado tres investigaciones centradas en la heroína que han sido realizados desde disciplinas diferentes a la Historia. Un texto importante es *One Hundred Years of Heroin* editado por David F. Musto, este libro reúne una serie de artículos que sobre todo reconstruyen el descubrimiento y los efectos que produce la heroína en los consumidores sin meterse demasiado en las políticas o aspectos

¹⁵ Olvera, “Policías, toxicómanos y traficantes”, 2016.

¹⁶ Olvera, “Modernidad, seguridad y corrupción”, 2021.

¹⁷ Schievenini, “La criminalización del consumo de marihuana”, 2018.

¹⁸ *Ibid.*, p. 21.

sociales sobre su consumo.¹⁹ El objetivo del libro es entender la evolución histórica de la heroína desde su introducción y su uso como medicamento hasta su concepción como droga ilegal. La mayoría de los textos fueron escritos por médicos y psiquiatras que se han dedicado a investigar la historia de la medicina y de la salud pública, por lo tanto, su principal aporte son los datos sobre el origen de la heroína, sus primeros usos en la medicina y su posterior prohibición en Estados Unidos.

Entre los textos destaca el de David T. Courtwright quién realiza un recuento de los usos y el desarrollo de la adicción a la heroína en Estados Unidos, además de señalar que en ese país emergió un estereotipo más “aterrador del adicto a la heroína” que el del adicto a la morfina, ya que los adictos a la heroína eran jóvenes “en la flor de la vida” a diferencia de los morfinómanos que generalmente eran “viejos, enfermos y a menudo mujeres”.²⁰ Otros textos recientemente encontrados son *Heroin Century* de Tom Carnwath e Ian Smith²¹ y *¿Nos matan con heroína?* de Juan Carlos Usó²², ambos textos se centran en la propagación de esta sustancia después de la Segunda Guerra Mundial aunque también aportan algunos datos históricos sobre la historia del opio y la heroína.

Juan Carlos Usó desmitifica el uso de la heroína como arma de Estado para neutralizar las rebeliones juveniles en la década de 1970 mientras que Carnwath y Smith desmitifican las ideas asociadas con el uso y los efectos de la heroína en los adictos. Ambos textos son interesantes porque ofrecen ideas sobre cómo esta sustancia ha sido demonizada debido a los efectos físicos que producen en los adictos y también enuncian la importancia de rescatar la experiencia de los consumidores.

Otros trabajos importantes son los de Isaac Campos²³ y Laura Alcántara²⁴, ambos ofrecen nuevas perspectivas de estudio respecto a la prohibición de

¹⁹ Musto, *One Hundred Years*, 2000. Esta obra es el resultado de la recopilación de artículos presentados en una conferencia en New Haven el 19 de septiembre de 1998 con motivo de los cien años de la introducción comercial de la heroína.

²⁰ Courtwright, “The Roads to H: The Emergence of the American Heroin Complex”, p. 8.

²¹ Carnwath and Smith, *Heroin Century*, 2002.

²² Usó, *¿Nos matan con heroína?*, 2005.

²³ Campos, *Home Grown*, 2012.

²⁴ Alcántara, “Hospital Federal”, 2017.

sustancias psicoactivas y su relación con las políticas de salud. Campos analiza el tema de la prohibición de la marihuana, como parte de un proceso de prohibición que él llama el “enigma psicoactivo”²⁵ en referencia a la dificultad de determinar por qué se han prohibido algunas sustancias psicoactivas y otras no. A través de la perspectiva de la historia social y cultural, Campos recopiló en la prensa del siglo XIX, notas sobre la marihuana y sus efectos, encontrando que la mayoría de la prensa vinculaba a la marihuana con la violencia y la locura, dos aspectos que pretendían legitimar la prohibición de la marihuana en México en 1920, sin embargo, Campos señala que la vinculación del uso de la marihuana con grupos indígenas y sectores marginales influyeron en que el uso de esta planta no fuera bien visto.

Por su parte, Laura Alcántara²⁶ retoma en su investigación los proyectos del Estado mexicano para combatir el comercio y uso de sustancias ilegales. Refiere tanto a aspectos legales como a las instituciones creadas para combatir esas sustancias, en un contexto de instauración del prohibicionismo como paradigma mundial, que tuvo lugar entre finales del siglo XIX y la Segunda Guerra Mundial. La principal aportación de Alcántara es el análisis histórico de las políticas públicas en torno al tráfico ilícito de drogas, se enfoca en el estudio de las instituciones de salud creadas para combatir el uso de estupefacientes, como fue el caso del Hospital Federal de Toxicómanos y se acerca al estudio de los consumidores, aproximándose a su perfil social y al tipo de atención que se les prestó en el Hospital.

El texto de José Luis Pérez González, “Toxicomanías” también será de gran utilidad para esta investigación ya que el autor realiza una comparación de los pacientes toxicómanos del Manicomio General La Castañeda y del Hospital Federal de Toxicómanos.²⁷ Sus bases de datos realizadas con una muestra del 20% de los expedientes de cada institución, son importantes para comparar y ayudar a establecer las diferencias entre los adictos a la heroína respecto a otros, así como de las visiones médicas que se tenían acerca de la toxicomanía.

²⁵ Campos, *Home Grown*, 2012, pp. 1-14.

²⁶ Alcántara, “Hospital Federal”, 2017.

²⁷ Pérez, “Toxicomanías”, 2017.

Con mi investigación pretendo reconstruir la aparición de la figura del consumidor problemático de heroína o “heroinómano” para entender los motivos y la forma en que fueron patologizados y criminalizados. Por ello es importante examinar las acciones que puso en marcha el Estado mexicano para contener el tráfico, el consumo de heroína y la toxicomanía en el contexto nacional e internacional. Así como rescatar las acciones o experiencias de los usuarios de heroína frente a las medidas y los discursos médicos, criminológicos y gubernamentales.

En ese sentido, la pregunta que guía esta investigación es ¿qué factores contribuyeron a la patologización y criminalización de los consumidores de heroína en la Ciudad de México entre 1920 y 1947? Sugiero que en esos años se conjugaron varios factores, por un lado, los discursos científicos —principalmente de médicos y criminólogos— que exponían a los consumidores de drogas como individuos con hábitos viciosos, para después categorizarlos como enfermos o delincuentes, y por otro lado, la influencia de las disposiciones para el control de drogas que se dictaban internacionalmente, así como la cercanía de México con Estados Unidos contribuyeron a incrementar el tráfico y consumo de drogas y desataron campañas para su combate que mediante su discurso de prevención favorecieron la aplicación de políticas en ocasiones represivas y de persecución hacia los consumidores de drogas, en especial hacia los consumidores de heroína de quienes se creó una imagen estereotipada que transitó entre las concepciones del vicio, la enfermedad y el delito.

Para la perspectiva teórica, se consideró el constructivismo sociocultural señalado por Paul Gootenberg e Isaac Campos para el estudio de las drogas.²⁸ Esta perspectiva derivada de la sociología propone que muchos de los efectos de las drogas han sido aprendidos o construidos socialmente, por lo que darle una dimensión temporal a esta dinámica, desde el surgimiento de la droga, en este caso la heroína, hasta su prohibición y los resultados de ésta, permitirán

²⁸ Gootenberg and Campos, “Toward a New Drug History” 2015, pp. 20-22.

comprender los cambios en los discursos, las percepciones y formas de actuar sobre el uso de la heroína.

Para desarrollar esta investigación se recurrió a una diversidad de fuentes que se encuentran dispersas en diferentes acervos. En primer lugar, se realizó una búsqueda de la bibliografía relacionada con la historia de las drogas y su prohibición y sobre la historia de la salud pública y de las toxicomanías, así como textos relacionados con las mercancías y el comercio global de las drogas. En segundo lugar, se buscó la hemerografía y fuentes, se consultaron notas periodísticas relacionadas con la heroína en la República Mexicana, además de las que relataban detenciones de traficantes y toxicómanos. Se recopilaron leyes, decretos y códigos en torno a las drogas y se examinaron tesis médicas, revistas científicas y prensa de la época con la finalidad de analizar qué decían los discursos científicos y jurídicos sobre la heroína y su uso, además de rastrear los lugares de consumo que a veces eran descritos en la prensa.

Se revisó el *Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA)*, ya que el Departamento de Salubridad Pública fue la institución encargada de las disposiciones sobre drogas desde 1920 hasta 1947. Los fondos *Manicomio General* y *Hospital Federal de Toxicómanos* son importantes pues en ellos se encuentra información sobre los toxicómanos, sus expedientes clínicos y su paso por otras instituciones.

Esta investigación está dividida en cuatro capítulos. En el primer capítulo se explica el surgimiento del consumo de heroína en el contexto internacional y nacional, desde su síntesis²⁹ en 1898 hasta su regulación en México en 1926. Se expone el surgimiento de su producción, tráfico y consumo legal, y su paso hacia la ilegalidad. Se analizan los primeros argumentos en contra de su consumo y las primeras reglamentaciones para su control y prohibición. Este primer capítulo busca comprender la legislación en materia de drogas que nuestro país puso en marcha como parte de la firma de los tratados internacionales a partir de la década de 1920 y dilucidar cuáles fueron los argumentos iniciales para considerar que la heroína era una sustancia capaz de provocar toxicomanía y que, por lo tanto, se

²⁹ Proceso por el cual se producen compuestos químicos.

tenía que contener. Se sugiere que el control gubernamental sobre la heroína fue resultado de las reglamentaciones sobre el opio y del contexto internacional de control de drogas.

En el capítulo dos se analizan los discursos y las representaciones de los consumidores de heroína tomando como espacio a la Ciudad de México durante la década de 1920, años en los que el discurso prohibicionista se visibilizó en la prensa y en los estudios médicos y criminológicos. Se intenta responder cómo se percibía a los consumidores de heroína y bajo qué argumentos se configuró la primera imagen pública del consumidor de heroína como problemático y a quiénes se les confería esa imagen, además se examina qué tipo de problemas conllevaba el consumo de heroína según los discursos médicos y criminológicos.

En el capítulo tres se analizan las prácticas de consumo de los usuarios de heroína en la Ciudad de México, así como la puesta en marcha de las políticas sanitarias y policiales para su contención. Se intenta reconstruir dónde conseguían la sustancia, cómo la consumían y cuáles fueron las primeras medidas que se llevaron a cabo para controlar el consumo de heroína.

Finalmente, en el capítulo cuatro se analiza a los consumidores de heroína ante la aplicación de las medidas de terapia que se pusieron en práctica por parte de las autoridades médicas, se exponen las experiencias de los consumidores en el Hospital Federal de Toxicómanos y sus resistencias o negociaciones ante las políticas de criminalización y patologización.

Capítulo I. La emergencia del problema de la toxicomanía y la intervención internacional y nacional sobre el consumo de heroína

Introducción

Como ha destacado la historiografía sobre las drogas, el movimiento global por su prohibición ocurrió después del 1900, sin embargo los señalamientos negativos hacia el uso no medicinal de especies vegetales como la amapola, la marihuana y las hojas de coca iniciaron desde finales del siglo XIX.¹ Incluso en China se han detectado prohibiciones locales de opio desde el siglo XVIII.² Si bien la historiografía ha determinado de manera general qué tipo de sustancias y cuándo emergió la connotación negativa hacia las drogas, aún están en discusión los factores que llevaron a considerar algunas sustancias legales y a otras no. De ahí la importancia de comenzar a particularizar los procesos históricos por los cuales algunas sustancias fueron prohibidas.

De esta manera, en este capítulo se analizará el surgimiento de las iniciativas gubernamentales internacionales y nacionales para controlar el consumo de opio y sus derivados, se examinarán las disposiciones derivadas de las conferencias internacionales del opio de 1909 y 1912 y el papel que jugó la heroína dentro de ellas para aproximarnos a las razones de su control y proscripción. El discurso que las autoridades gubernamentales internacionales esgrimieron sobre dichas sustancias, así como las convenciones y las

¹ Véanse Gootenberg, “Hablar como el Estado”, 2014, pp. 13-49; Gootenberg y Campos, “Toward a New Drug History of Latin América”, 2015, pp.1-35; Escohotado, *Historia General de las drogas*, 1998.; Courtwright, *Las drogas y la formación del mundo moderno*, 2002; Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido*, 2003; Pérez Montfort, *Tolerancia y prohibición*, 2016; Schievenini, “La criminalización del consumo de Marihuana”, 2018, Astorga, *Drogas sin fronteras*, 2015; Olvera, “Policías, toxicómanos y traficantes”, 2016.

² Antonio Escohotado ha señalado que en China desde mediados del siglo XIV la dinastía Ming impuso restricciones al uso de tabaco lo cual provocó el aumento del uso de opio para fumar, posteriormente en 1793, el emperador Chia-ch'ing prohibió el cultivo de adormidera y la importación de opio. Sin embargo, esas medidas fueron locales y no tuvieron mucho alcance debido a la resistencia de la población y a que las mismas cortes imperiales siguieron haciendo uso del opio. Escohotado, *Historia General de las drogas*, 1998, pp. 23-26.

disposiciones internacionales que se llevaron a cabo para controlarlas ayudarán a explicar porque la heroína fue una de las sustancias que junto al opio, la marihuana, la morfina y la cocaína se quiso controlar y proscribir tanto en el ámbito internacional como en el nacional.

1. El origen de la producción y el consumo de heroína a nivel internacional

En el otoño de 1804 Thomas De Quincey probó por primera vez el opio, a causa de un dolor agudo en la cabeza y en la cara que se prolongó por veinte días, recordaba la fecha porque para él fue un acontecimiento decisivo que no podía olvidar. El día vigésimo primero, “un domingo lluvioso de Londres”, salió a la calle y se encontró con un conocido que le recomendó el opio, de regreso a casa De Quincey pasó por una botica y adquirió tintura de opio (láudano) que tomó al llegar a su morada. Una hora más tarde sus dolores se desvanecieron, según sus palabras para él eso “fue una insignificancia: este efecto negativo se hundía en la inmensidad de los efectos positivos que se abrían ante mí, en el abismo de divino deleite súbitamente revelado.”³

El testimonio de De Quincey es muy valioso ya que muestra lo fácil y común que era adquirir opio en el siglo XIX y de alguna manera una de las razones por las que se generalizó su uso, es decir su capacidad para combatir el dolor y al mismo tiempo proporcionar un estado de placer. El opio es una sustancia de gran importancia ya que contiene más de veinte alcaloides y es la base de los llamados opiáceos o narcóticos entre los que destacan la morfina y la heroína.

Para lograr desentrañar cómo y porqué la heroína fue una de las sustancias a las que se impuso un control estatal a pesar de haber sido ampliamente usada como medicamento desde 1898 y hasta principios del siglo XX, es necesario primero entender su descubrimiento y su introducción al mercado como un medicamento y analizar los primeros argumentos que encenderían las alarmas

³ De Quincey, *Confesiones de un inglés comedor de opio*, 1822, pp. 35-36.

sobre su uso y la posibilidad de causar toxicomanía, estas son las cuestiones que se desarrollaran en este primer apartado.

1.1 Del consumo de opio a la síntesis de la heroína

Durante el siglo XIX, la búsqueda por develar los misterios del opio y la difusión de los conocimientos que se tenían sobre él, propiciaron el interés de muchos científicos por estudiar su composición. El análisis químico del opio se inauguró a principios de ese siglo con la finalidad de mejorar la dosificación y controlar los efectos que producía. En 1803, Friedrich Serturmer aisló la morfina, el principal alcaloide psicoactivo derivado del opio. El interés de Serturmer inició debido a que le “irritaban las inseguridades derivadas de usar opio”, pues el despacho que le hacían de la sustancia le provocaba unas veces, efectos insuficientes, y otras, excesivos.⁴ Serturmer redujo el opio a una solución en ácido mecónico que neutralizó con amoníaco, obteniendo una sustancia pura a la que llamó primero *principium somniferum opii* y después *morphium*, en honor al dios griego Morfeo.

Serturmer trabajó en el aislamiento de la sustancia de 1803 a 1805 y publicó sus resultados en una breve nota en 1805, pero su hallazgo no recibió mayor atención hasta 1817 cuando publicó un artículo más amplio en la revista *Annalen der Physik*.⁵ En esos años el uso de la morfina se prefirió debido a que los médicos de la época sospechaban que el opio que utilizaban era adulterado frecuentemente o estaba deteriorado a diferencia de la morfina considerada una sustancia pura. La morfina era hidrosoluble e inyectable y de este modo su empleo se incrementó a medida que se expandió la medicación hipodérmica.⁶ En adelante la morfina fue aclamada como una droga diez veces más potente que el opio.⁷

Alrededor de 1825 el farmacéutico Heinrich Emanuel Merck (1794-1855), emprendió la producción de morfina al por mayor. La compañía farmacéutica Macfarlan & Company de Edimburgo comenzó a elaborar el alcaloide a principios

⁴ Escohotado, *Historia General de las drogas*, 1998, vol., 2, p. 42.

⁵ Revista científica dedicada a la física, publicada desde 1799, originalmente en alemán. Courtwright, *Las drogas y la formación del mundo moderno*, 2002, p.66. Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido*, 2003, p. 71.

⁶ Courtwright, *Las drogas y la formación del mundo moderno*, 2002, p.67.

⁷ Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido*, 2003, p. 71.

de 1830 y en 1836, la morfina entró en la *London Pharmacopoeia*.⁸ Hacia 1840, la morfina ya era popularmente aceptada, pero fue a mediados del siglo XIX cuando el descubrimiento de Serturmer adquirió relevancia al inventarse la jeringuilla hipodérmica en 1855 por el médico Alexander Wood.⁹ A partir de entonces la aplicación de inyecciones de morfina se generalizó. Según Antonio Escotado, los médicos la aplicaban como una “panacea mágica”, sinónimo de ciencia infalible.¹⁰

Pero fueron los conflictos armados los que contribuyeron definitivamente a la popularización y aplicación masiva de la morfina. Durante la guerra civil americana (1861-1865), la morfina se empleó masivamente, las inyecciones de morfina se convirtieron en el tratamiento habitual en los hospitales militares.¹¹ Antonio Escotado menciona que las inyecciones fueron aplicadas intravenosamente varias veces al día durante meses, de tal forma que al final de la guerra aparecieron casos de lo que se llamó *army disease* (mal militar o enfermedad del ejército) y “dependencia artificial”.¹²

Otro caso ocurrió durante la guerra franco-prusiana de 1870, en donde la producción alemana de morfina pasó de aproximadamente dos toneladas en 1869 a cinco toneladas en 1872, de ese aumento en la producción, al menos tres toneladas correspondían a personas con *army disease*, además la morfina no solo se usaba para tratar el dolor sino también para “resistir incomodidades y darse valor”.¹³ De esa forma, como resultado de los enfrentamientos armados y los tratamientos aplicados para mitigar el dolor de los heridos, surgieron más casos del uso problemático de morfina o lo que comúnmente conocemos como adicción.

En 1877, el doctor Eduard Levinstein publicó una monografía titulada *Die Morphiumsucht*, traducida al inglés en 1878 como *Morbid Craving for Morphia* [La mórbida pasión por la morfina]. En ella describió la enfermedad a la que llamó “deseo mórbido de morfina” o “mórbida pasión por la morfina” a la cual diferenció

⁸ *Ibid.*

⁹ Véase Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido*, 2003, p. 94. También Courtwright, *Las drogas y la formación del mundo moderno*, 2002, p. 67.

¹⁰ Escotado, *Historia General de las drogas*, 1998, vol., 2, p. 43.

¹¹ Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p. 20.

¹² Escotado, *Historia General de las drogas*, 1998, vol., 2, p. 44.

¹³ *Idem.*

de otras posibles designaciones como la de “Morphinismus”, “Morphia delirium” y “Morphia-evil” las cuales, señaló, no respondían suficientemente al carácter de una enfermedad.¹⁴ Levinstein explicó que un paciente tratado durante meses con inyecciones de morfina a causa de una enfermedad aguda y dolorosa podía mostrar todos los síntomas de morfinismo, que él definía como una intoxicación con morfina, pero si al terminar su enfermedad, no sentía ningún deseo por la droga, entonces no tenía la enfermedad, es decir no tenía, “deseo mórbido de morfina”.

La diferencia entre el “deseo mórbido de morfina” y las otras acepciones radicaba en los síntomas que la persona presentaba. Por ejemplo, un individuo podía sentir por años ansias de morfina sin manifestar síntomas de morfinismo, razón por la que el nombre de “Morphia-evil” era inaceptable; tampoco el término morfinomanía le parecía adecuado ya que implicaba caracterizar el “deseo mórbido para la morfina” como debido a un estado mental enfermo con lo cual Levinstein no estaba de acuerdo pues consideraba que ese estado era sólo un síntoma que al consumir la droga podía o no aparecer.¹⁵

De esa forma, Levinstein fue uno de los médicos pioneros en observar e investigar los efectos del uso de las inyecciones de morfina en diversos pacientes, advirtió de las consecuencias que podía ocasionar el uso excesivo de morfina y definió lo que él ya consideraba una enfermedad, el “deseo mórbido de morfina”, como “el deseo incontrolable de una persona de usar la morfina como estimulante y tónico, y el estado de enfermedad del sistema causado por el uso imprudente de dicho remedio”.¹⁶ Esa definición se basaba en sus observaciones clínicas y era completamente biologicista, no tenía implicaciones morales o legales y fue una de las primeras definiciones que se conocen sobre el uso problemático de morfina.

Debido a los informes negativos que desató la aplicación de inyecciones hipodérmicas de morfina algunos médicos se encargaron de buscar alternativas al uso de esa sustancia, fue así como el químico C.R. Alder Wright comenzó a buscar un sustituto de la morfina que fuera eficaz y no adictivo contribuyendo con

¹⁴ Levinstein, *Morbid craving for morphia*, 1878, pp. 2-3.

¹⁵ *Ibid.* pp. 2-3.

¹⁶ *Ibid.* p. 3.

ello a sintetizar la heroína en 1874, sustancia que sería comercializada años más tarde, en 1898, por la compañía Bayer.

El descubrimiento de la heroína se originó durante el florecimiento de la química sintética que se produjo en Alemania en la segunda mitad del siglo XIX.¹⁷ Augustus Mathiessen, químico y físico británico, discípulo de Bunsen, fue quien abrió la línea de investigación que condujo al descubrimiento de la heroína. Mathiessen trabajó como profesor en el hospital St. Mary's en Londres, su principal ayudante fue C. R. Alder Wright, ambos exploraron la codeína y la morfina, sintetizaron centenares de compuestos basados en esas sustancias y cuando Mathiessen dejó esa investigación, Wright la continuó.¹⁸

Según los autores Carnwath y Smith, a principios de 1874 Wright exploraba el efecto de la acetilación¹⁹ en la codeína y la morfina, añadió grandes cantidades de anhídrido acético a la morfina y aplicó una fuente de calor, la sustancia resultante fue la diacetilmorfina abreviada después a diamorfina y posteriormente llamada heroína.²⁰ Sin embargo, no se le dio importancia a su descubrimiento porque se consideró que no ofrecía ninguna ventaja en comparación con la morfina.

Hacia finales del siglo XIX, la industria química alemana se había enriquecido con los colorantes de anilina que prácticamente desplazaron a los colorantes naturales en todo el mundo. Hacia 1890, la hegemonía alemana en la industria química se vio amenazada por el aumento de la competencia y la dificultad de acceder a las materias primas, muchas empresas querían diversificarse y encontrar otras salidas para su producción química.²¹ Una de esas salidas era la medicina, de tal forma que muchas compañías invirtieron en equipo para laboratorios y compitieron por contratar a los químicos farmacéuticos más renombrados.

¹⁷ Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p.31.

¹⁸ *Idem*.

¹⁹ La acetilación es un proceso clave en la producción de heroína, consiste en alterar una molécula añadiendo un grupo acetilo de carbono, hidrógeno y oxígeno. Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p.260.

²⁰ *Idem*.

²¹ Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p.33.

En 1898, el médico alemán Joseph Von Mering informó a la compañía farmacéutica Merck sobre una serie de derivados de la morfina. Debido a que en esos años la neumonía y la tuberculosis eran las enfermedades que estaban liderando las causas de enfermedad y muerte, la farmacéutica Merck estaba buscando un supresor para la tos.²² La compañía Merck se interesó por la etilmorfina y la comenzó a comercializar en 1898 bajo el nombre de Dionina, esta sustancia se convirtió en el primer derivado de morfina en entrar al mercado comercial.²³ Von Mering descartó la diacetilmorfina argumentando que no podía igualar la capacidad de la morfina para suprimir la tos y aliviar el dolor.

Otra gran firma de colorantes que invirtió mucho en investigación farmacéutica fue Bayer.²⁴ Su laboratorio era considerado el más avanzado del mundo y contaba con los servicios de un químico cuya reputación estaba en ascenso, llamado Heinrich Dresser. Dresser estaba interesado en la acetilación, pues creía que ese proceso reducía los efectos secundarios y aumentaba la potencia de los medicamentos. De tal forma que integró un grupo de investigación para estudiar la acetilación. Los directores del grupo fueron Felix Hoffman y Arthur Eichengrun. En 1897 acetilaron el ácido salicílico, obteniendo el compuesto que se conocería como aspirina y quince días más tarde acetilaron la morfina y produjeron diamorfina, después llamada heroína.²⁵

De inmediato Dresser mostró entusiasmo por la diamorfina debido a que se convenció de sus propiedades para el tratamiento de la tuberculosis. La desarrolló rápidamente y realizó pruebas en animales y humanos, finalmente la sacó al mercado en 1898.²⁶ La nombró heroína en atención a los tratamientos “heroicos”

²² Musto, *One Hundred Years of Heroin*, 2002, pp. xiii-xiv.

²³ *Idem*.

²⁴ Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p.34.

²⁵ *Idem*.

²⁶ Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p., 35. Carnwath y Smith mencionan que Dresser, orgulloso de su medicamento, se atribuyó todo el mérito sin mencionar el trabajo de Hoffman y Eichengrun. Como la aspirina no lo convenció vetó su desarrollo, pero Eichengrun ignoró las instrucciones de Dresser y siguió con las investigaciones. Así en 1898 la aspirina se comercializó junto con la heroína. Aunque Eichengrun tuvo la iniciativa en la investigación, la compañía le atribuyó a Hoffman el descubrimiento de la aspirina. Eichengrun fue víctima de antisemitismo, pues era judío y durante la Segunda Guerra Mundial estuvo prisionero en el campo de concentración de Theresienstadt. Poco antes de su muerte escribió un informe detallando su participación en el descubrimiento y desarrollo de la aspirina, pero no reclamó para sí su

que estaban en boga en esa época, basados en potentes medicamentos y dosis altas.²⁷ Eduardo Hidalgo menciona que Bayer registró el nombre “heroína” en junio de 1898, pero la presentó en público el 19 de septiembre. El apelativo le vino dado del alemán *heroisch* término que se aplicaba a los tratamientos de moda en esos años, basados en las sustancias heroicas.²⁸ David Musto menciona que el término *heroisch* aplicado a la medicina significa “fuerte” y que de hecho la heroína es aproximadamente dos veces más fuerte que la morfina en peso.²⁹

La heroína fue recibida con gran entusiasmo por los médicos. Sin embargo, la preocupación por la morfinomanía como finalmente se comenzó a llamar al uso problemático de morfina, seguía latente entre los médicos. Según Musto durante 1898 el laboratorio Bayer publicó al menos tres artículos sobre la heroína y las revistas médicas también le dedicaron muchos artículos, la mayoría alabando a la nueva sustancia.³⁰ Theobald Floret, médico de la Compañía Bayer, reportó resultados favorables al usar heroína en 60 casos entre los que atendió enfermedades como faringitis, traqueítis, bronquitis y tuberculosis. La heroína era suministrada por Floret en polvo o píldora en dosis que iban desde 5 a 10 mg, tres o cuatro veces al día, sin exceder de 10 mg en una sola dosis o 20 mg en un día.³¹

En 1899 Floret aseguró que “he tratado a muchos pacientes por semanas con heroína, sin una sola observación de que puede conducir a la dependencia; en estos casos, dosis iguales al principio y al final tuvieron el mismo efecto”.³² Pero no todos los médicos eran optimistas sobre la aplicación de la diamorfina, George Strube tenía dudas, temía que al morfinismo le siguiera el heroínismo, argumentó que la heroína debía ser usada “sólo bajo control médico, y no dispensado generosamente, de modo que, a pesar de su buen efecto cuando se usa para las indicaciones adecuadas, no caiga en el descrédito a través del mal

participación en el descubrimiento de la heroína. Véase Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p.35.; Hidalgo, *Heroína*, 2007, p. 31.; Inglis, Lucy, *Milk of Paradise*, 2018, p. 371.

²⁷ Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p. 35.

²⁸ Véase Hidalgo, *Heroína*, 2007, p. 31.

²⁹ Musto, *One Hundred Years of Heroin*, 2002, p. xv.

³⁰ *Idem.*

³¹ *Idem.*

³² Citado en Musto, *One Hundred Years of Heroin*, 2002, p. xv.

uso o la indolencia.”³³ Strube apelaba a hacer un buen uso de la nueva sustancia para evitar lo que había pasado con la morfina y también no permitir que los médicos recetaran heroína para cualquier dolor, usarla precavidamente era para Strube una forma de prevenir cualquier uso excesivo de la heroína.

No obstante, según Musto, a decir de los médicos, en la mayoría de los informes no encontraron ningún problema con la heroína y la elogiaron por carecer de los efectos secundarios indeseables que provocaba la morfina. En 1898, el médico A. Holtkamp afirmó que en 187 casos atendidos por él, que iban desde dolor de cadera hasta insomnio, no había tenido ni un solo resultado desfavorable y concluyó que la heroína era “un remedio extraordinario que supera con creces a la morfina en velocidad y certeza de efecto y, sobre todo, por la falta de efectos secundarios y consecuencias negativas”.³⁴ Las opiniones favorables hacia la heroína y la convicción de los médicos de que se trataba de una sustancia segura, incapaz de generar dependencia, llevó a que algunos médicos sugirieran su uso para destetar a los “morfinómanos” y, en épocas posteriores, surgió la idea de que la heroína había sido introducida con ese fin, sin embargo, Musto menciona que no fue así.³⁵

Las advertencias sobre las propiedades adictivas de la heroína no tardaron en aparecer, a tan sólo un año del inicio de su comercialización el profesor H.C. Wood de la Universidad de Pennsylvania advirtió de la posible adicción. Al año siguiente su advertencia tuvo eco en el *American Yearbook of Medicine and Surgery* que reconoció el valor de la heroína como un supresor de la tos, pero advirtió que “por el momento pequeñas dosis deben ser usadas y administradas con cierto cuidado, ya que las propiedades tóxicas de la droga no son completamente bien conocidas.”³⁶

Como se observa, habían pasado solo dos años del inicio de la comercialización de la heroína, cuando algunos médicos empezaron a reconocer que dicha sustancia no era una panacea, que quizá se habían precipitado en

³³ *Idem.*

³⁴ *Idem.*

³⁵ *Idem.*

³⁶ Citado en Musto, *One Hundred Years of Heroin*, 2002, p. xvi.

haberla lanzado al mercado apenas un año después de haberla sintetizado por primera vez, ya que aún no se conocían bien sus propiedades tóxicas. En 1906 la Asociación Médica Americana advirtió severamente a la profesión que “el hábito [de la heroína] se forma fácilmente y conduce a los resultados más deplorables”.³⁷ Sin embargo, no hubo mucha preocupación ni se legisló en torno al asunto, la heroína se siguió usando de forma legal, como veremos a continuación.

1.2 Los usos lícitos de la heroína

Al sintetizarse la heroína de inmediato la compañía Bayer comenzó a publicitar y difundir su producto. La presentaron como un medicamento libre de los “indeseables efectos” producidos por la morfina y lanzaron una campaña dirigida a los médicos en la cual les enviaron muestras gratuitas del nuevo fármaco.³⁸ En un año la producción ya era de una tonelada y se exportaba a 23 países convirtiéndose en el producto más importante de la compañía.³⁹ La heroína se usaba prácticamente para cualquier dolencia, pero predominó su uso, como antitusígeno, principalmente contra la pulmonía y la tuberculosis, aunque también era usada para la tos catarral, la bronquitis, la faringitis y el asma.⁴⁰

Los primeros productores de heroína usaron la misma técnica que Wright. Calentaban la morfina con anhídrico acético y después usaban un álcali como el bicarbonato sódico para precipitarla en forma de polvo.⁴¹ Después de su lanzamiento comercial, la producción de heroína se racionalizó para adaptarla a la producción industrial, pero aún dependía de la morfina y el anhídrido acético.⁴² Carnwath y Smith mencionan que en un principio solo existía una preparación de heroína, concretamente, pura diamorfina base, descrita en *Lancet* en 1898 como “polvos blancos cristalinos solubles en alcohol, pero insolubles en agua”.⁴³ Era de

³⁷ *Idem.*

³⁸ Hidalgo, *Heroína*, 2007, p. 32.

³⁹ *Idem.*

⁴⁰ *Idem.*

⁴¹ Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p.35.

⁴² *Idem.*

⁴³ Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p.54.

sabor amargo y difícil de administrar porque no se podía disolver en bebidas, pero los médicos encontraron la forma de sortear esas dificultades.

En 1899, se publicó que “se puede obtener una solución añadiendo unas gotas de ácido acético. También puede amasarse con azúcares y despacharse en polvos”.⁴⁴ Esa sustancia era hidrocloreto de heroína y se anunciaba como “unos polvos blancos cristalinos de fácil disolución en agua.”⁴⁵ Así a finales del siglo XIX, ya circulaban dos variedades de heroína. La producción legal avanzó rápidamente y las compañías británicas se convirtieron en los mayores productores. Algunas firmas importantes fueron Whiffens, T&H. Smith y Macfarlan’s las cuales exportaban heroína y morfina a China.⁴⁶ Según Lucy Inglis, la heroína tuvo un tremendo éxito en su comercialización en Europa y Estados Unidos en 1900.⁴⁷ Los pacientes afectados por la tuberculosis y otros que padecían enfermedades pulmonares, aunque no podían declararse curados, redujeron rápidamente sus síntomas.⁴⁸

La heroína podía adquirirse libremente, incluso se vendía por correo en los Estados Unidos, y formaba parte de diversos jarabes y preparados usados como remedio para la tos y en ocasiones adaptados al paladar de los niños. Algunos productos eran el sirope Herophosphides estaba compuesto de hierro, magnesio, lima, quinina, estricnina y heroína, las pastillas de Parke Davis de heroína envueltas en chocolate, la glicoheroína de Bayer o las pastillas Bonald de cocaína, codeína y heroína.⁴⁹ Además de jarabes, siropes, elixires, comprimidos y pastillas, también se vendían sales de heroína, es decir heroína en polvo, y según Eduardo Hidalgo, existían empresas que distribuían heroína disuelta en agua inyectable, en ampollas que formaban parte de un *kit* completo en el que venían acompañadas de una jeringuilla de cristal.⁵⁰

El comercio de heroína continuó su marcha sin mayor problema, pero a pocos años del inicio de su venta, en 1901, aparecieron los primeros casos de

⁴⁴ *Idem.*

⁴⁵ *Idem.*

⁴⁶ Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p.36.

⁴⁷ Inglis, Lucy, *Milk of Paradise*, 2018, p. 373.

⁴⁸ *Idem.*

⁴⁹ Hidalgo, *Heroína*, 2007, p. 32.

⁵⁰ *Ibid.* p. 33.

abuso en su consumo, al año siguiente el médico Thomas D. Crothers introdujo el término “narcomanías” en su trabajo sobre la adicción a los opiáceos.⁵¹ Los temores de los médicos sobre los “efectos indeseables” de la morfina comenzaron a hacerse presentes también con la heroína. Sin embargo, eso no redujo la producción ni el comercio de heroína legal, al menos hasta que entró en vigor la regulación y prohibición de las actividades relacionadas con el opio después de 1912, como se explicará en el siguiente apartado.

2. El inicio de las discusiones sobre el problema de las drogas y las primeras restricciones hacia el uso de heroína

Durante la primera década del siglo XX la heroína era muy accesible en muchos países, se podía comprar directamente o por prescripción médica, pero aún no era muy conocida ni popular.⁵² De la misma forma, a principios de siglo XX, el consumo de opiáceos estaba instaurado en todo Occidente y fue en Estados Unidos donde su uso se encontraba más arraigado y extendido, de tal forma que los médicos comenzaron a preocuparse.⁵³ Pero la preocupación de los médicos no actuó sola pues a ella se sumaron las presiones comerciales que Estados Unidos y Gran Bretaña ejercían sobre China desde finales del siglo XIX, así como la emergencia de un espíritu prohibicionista.

El problema del opio en China no fue en mayor medida un asunto moral, como ya ha señalado la historiografía sobre el opio el problema de fondo fueron los intereses comerciales entre China e Inglaterra cuestión que desencadenaría las denominadas Guerras del Opio.⁵⁴ Esos sucesos motivaron las primeras reuniones internacionales para el control del opio y los ordenamientos jurídicos derivados de esas convenciones provocaron mayores restricciones hacia el opio y

⁵¹ Inglis, Lucy, *Milk of Paradise*, 2018, p.375.

⁵² Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p.74.

⁵³ Hidalgo, *Heroína*, 2007, p. 34.

⁵⁴ Algunos autores que retoman el problema del opio en China hacen ese señalamiento. Véase, por ejemplo, Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido*, 2003, pp. 42-44; Escobedo, *Historia General de las drogas*, 1998, vol., 2, pp. 21-28, 146-155; Courtwright, *Las drogas y la formación del mundo moderno*, 2002, pp. 62-66; Schievenini, “La criminalización del consumo de Marihuana”, 2018, pp.160-173.

sus derivados así como el inicio de la búsqueda de su prohibición como se explicará en este apartado.

Durante el siglo XVIII, el comercio de opio entre China e Inglaterra era muy importante, sobre todo para Inglaterra que en 1776 había perdido sus trece colonias en América, por lo cual su situación económica era difícil. China trataba de mantener sus fronteras comerciales blindadas y solo entraba mercancía extranjera por el puerto de Cantón y en ocasiones por Macao, las importaciones se encontraban sometidas a estrictas regulaciones y altos impuestos.⁵⁵ De esa manera, China trataba de equilibrar su balanza comercial evitando la salida de capitales a cambio de mercancías de poca importancia para ellos, naturalmente esa postura no era del agrado de los ingleses debido a que ellos dejaban sus capitales en China para llevarse a cambio mercancías suntuarias y prescindibles como la porcelana, la seda y el té.⁵⁶

Así los ingleses buscaron la forma de inclinar la balanza económica a su favor. Por esa razón introdujeron enormes cantidades de opio a China aún de forma ilegal⁵⁷, esa situación también fue posible debido al interés y a la demanda del opio por parte de la población China y a los intereses de los mismos emperadores que lejos de tener algún interés altruista o de protección hacia su población actuaban por el mismo afán de lucro que los comerciantes ingleses.⁵⁸

Hasta la tercera década del siglo XIX el gobierno manchú se limitó a responder al contrabando con un gravamen compensatorio sobre el té exportado. En 1838, por primera vez la balanza comercial china arrojó un saldo

⁵⁵ Schievenini, "La criminalización del consumo de Marihuana", 2018, p.162.

⁵⁶ *Idem*.

⁵⁷ En 1729, el emperador Yong Zheng proclamó el primer edicto en contra del opio, en el que se establecían penas severas para los vendedores y distribuidores de opio y para los dueños de fumadores, pero aún no se mencionaba a los fumadores. Los vendedores de opio eran castigados con la muerte por estrangulamiento y sus asistentes con cien latigazos y el ostracismo. A pesar de esa restricción el hábito de fumar opio se siguió extendiendo, de tal forma que en 1793 las penas aumentaron, en ese año el emperador Chia-Ching ordenó destruir los cultivos locales y extendió la pena de muerte hacia los usuarios, a partir de entonces el contrabando de opio despegó. Véase Connelly, "Comercio y consumo de opio", 1990, p. 386; Escotado, *Historia General de las drogas*, 1998, vol., 2, p. 147.

⁵⁸ Escotado, *Historia General de las drogas*, 1998, vol., 2, pp. 148-149; Usó, *¿Nos matan con heroína?*, 2015, p. 7.

desfavorable.⁵⁹ Una parte considerable de la plata y el oro del país se destinaba a la adquisición de opio, y sólo parcialmente retornaba como pago de las exportaciones. Inglaterra ya no necesitaba exportar metales preciosos y la magnitud del tráfico les permitió a los contrabandistas amasar enormes fortunas.⁶⁰

Frente a ese panorama un sector de la corte imperial planteó legalizar nuevamente el uso del opio y volver a cultivar adormidera como solución inmediata, pero otro sector no estuvo de acuerdo y sugirió aplicar mano dura para acabar con el problema. La propuesta consistía en no ceder ante la contumacia popular consiguiendo que todo traficante o usuario de opio, chino o extranjero, fuera efectivamente estrangulado.⁶¹ Las nuevas medidas del imperio chino fueron recibidas con asombro por los ingleses quienes no estaban dispuestos a abandonar una fuente de ingresos tan importante como el monopolio de la *East India Company* en materia de opio.

Los ingleses respondieron con todo su poderío bélico cuando el mandarín Lin Hse Tsu ordenó el confinamiento de todos los extranjeros residentes en China, la incautación y destrucción de unas veinte mil cajas de opio británico y, sobre todo, cuando la corte manchú ofreció pagar sumas en metálico por cada cabeza de inglés presentada en alguna oficina o destacamento.⁶² Debido a esas medidas y a la inconformidad de los ingleses, se desataron las llamadas Guerras del opio. La primera fue entre 1839 y 1842 y la segunda entre 1856 y 1858. Como resultado de esas guerras los británicos obtuvieron cuantiosas compensaciones, Hong Kong pasó a manos de los británicos y cinco puertos chinos se abrieron al exterior, además por petición de los ingleses el opio siguió nominalmente prohibido y las importaciones de opio siguieron creciendo.⁶³

Las Guerras del opio y los resultados de ellas revelan que esos conflictos estuvieron fundamentados en los intereses económicos en torno al control del comercio del opio con justificaciones basadas en la moralidad y, en menor medida,

⁵⁹ Escotado, *Historia General de las drogas*, 1998, vol., 2, p. 149.

⁶⁰ *Idem.*

⁶¹ *Idem.*

⁶² Escotado, *Historia General de las drogas*, 1998, vol., 2, pp. 150-151; Usó, *¿Nos matan con heroína?*, 2015, p. 8.

⁶³ Escotado, *Historia General de las drogas*, 1998, vol., 2, pp. 151-153.

en la salud, ya que antes de los primeros edictos prohibicionistas el hábito de fumar tabaco y opio estaba bastante arraigado. Sin embargo, no representaba un problema de salud y no existía el contrabando de opio, mientras que al concluir las dos guerras el uso del opio se incrementó y el contrabando siguió creciendo a la sombra de los intereses de los implicados en el negocio del opio.

Las importaciones de opio alcanzaron su nivel más alto a finales de 1880, cuando entraron aproximadamente cien mil cajas, casi siete millones de kilos.⁶⁴ Pero a partir de la segunda guerra del opio la política británica ya no tenía el apoyo en el foro internacional, ni en su país, en 1870 se fundó una asociación para abolir el tráfico de opio.⁶⁵ En 1880, el imperio chino asestó el golpe final a los intereses británicos cuando el Emperador dio un giro a su política, poniendo en marcha programas de información pública e instalaciones hospitalarias para hacer frente a los casos problemáticos de consumo de opio y al mismo tiempo decidió aprobar nuevamente el cultivo de adormidera.⁶⁶

Hacia 1890, el país producía el 85 por ciento de su demanda interna, provocando que la *East India Company* temiera su desplazamiento como exportador de opio en el mercado asiático. Unos años más tarde el Parlamento inglés consideró que el tráfico de opio en gran escala destinado a los fumaderos era “una empresa moralmente injustificable” y como en esos años Estados Unidos estaba en su ascenso como potencia mundial, la expansión China como productor de opio, quedó frenada por la acción conjunta de ambos países.⁶⁷ De esta forma, el interés comercial de Inglaterra y Estados Unidos los llevó a usar argumentos morales para impedir el ascenso de China en el comercio del opio, ese argumento atacaba directamente al tráfico de opio destinado a su venta para ser fumado, pero aún no se atacaba el uso medicinal del opio y, la morfina, su principal alcaloide, seguía siendo una panacea en Europa y Estados Unidos.

Inglaterra y Estados Unidos presionaron mediante el *The Ten Years Agreement of 1907* (Acuerdo de los diez años de 1907) para que el consumo legal

⁶⁴ *Ibid.* pp. 152-153.

⁶⁵ *Ibid.* p. 153.

⁶⁶ *Idem.*

⁶⁷ Escohotado, *Historia General de las drogas*, 1998, vol., 2, p.154.

de opio en China desapareciera por completo de su territorio en diez años.⁶⁸ De acuerdo con José Domingo Schievenini, las intenciones de ese acuerdo fueron el antecedente inmediato de las Convenciones diplomáticas sobre drogas llevadas a cabo en Shanghái, en 1909, y en La Haya, en 1912 que se orientarían hacia la prohibición.

Para entonces el espíritu prohibicionista ya estaba presente en Estados Unidos. El prohibicionismo no solo se basaba en preocupaciones económicas y políticas, sino también en inquietudes morales y raciales. En un primer momento el prohibicionismo buscó controlar bebidas alcohólicas, esto desde la primera mitad del siglo XIX, después se incorporaría al discurso el opio y la morfina, desde la segunda mitad del mismo siglo, y en las primeras décadas del siglo XX incluyó a la marihuana, la cocaína y la heroína.⁶⁹

Cecilia Autrique señala que la prohibición de las drogas tiene un origen ideológico protestante.⁷⁰ La revolución industrial y el crecimiento económico coincidieron con el movimiento de reforma social de los protestantes estadounidenses, conocido como *Social Gospel* (o Evangelio Social), movimiento que tomó fuerza en 1898 cuando Estados Unidos venció a España y asumió el control de Filipinas, Guam, Puerto Rico y Cuba.⁷¹ Ese hecho marcó el despegue de Estados Unidos como potencia mundial y para los evangélicos la adquisición de Filipinas significó la oportunidad de llevar sus ideas de reforma social hacia otros territorios.

Fue en esos años cuando tomó fuerza el discurso contra los denominados vicios como el alcoholismo, la prostitución, las enfermedades venéreas, y el uso no médico de las drogas, Courtwright lo llama un movimiento antivicio de carácter internacional que tuvo su auge entre 1870 y 1930.⁷² Ese movimiento comenzó con el objetivo de promover la templanza en países protestantes de Norteamérica y Europa, pero en el siglo XIX constituyó la base del movimiento anti vicio internacional.

⁶⁸ Schievenini, "La criminalización del consumo de Marihuana", 2018, p. 167.

⁶⁹ *Idem.*

⁷⁰ Autrique, "Los orígenes de los movimientos prohibicionistas", 2019, p. 147.

⁷¹ *Idem.*

⁷² Courtwright, "Una breve historia de políticas", 2012, p. 19.

Por otra parte la iniciativa de acabar con el tráfico de opio, con su consumo y “vicios semejantes” también estaba relacionada con la doctrina del “destino manifiesto” que justificaba la intervención americana en el Atlántico y el Pacífico.⁷³ Por esos mismos años el gobierno de Estados Unidos introdujo los argumentos raciales en su discurso global contra las drogas. Esos argumentos estaban dirigidos sobre todo a los chinos, asociados con el opio, a los afroamericanos relacionados con la cocaína, y a los mexicanos relacionados con la marihuana, así el espíritu prohibicionista y la descalificación racial fueron dos de los fundamentos morales que contribuyeron a la organización de las Convenciones internacionales de 1909 y 1912.

La primera Convención se llevó a cabo en Shanghái, China del 1 al 26 de febrero de 1909. El obispo Brent dirigió el evento y asumió la presidencia de la reunión. También estuvieron presentes el médico H. Wright y el misionero en China C.C. Tenney. La propuesta principal de la comisión fue prohibir todo uso no médico del opio.⁷⁴ En la Convención se mencionaron argumentos morales que exponían al opio como una sustancia peligrosa con “poderes siniestros”, pero esa postura no prosperó porque la mayoría de los presentes tenían nociones de farmacología y hablaban desde una perspectiva laica.⁷⁵

Además, China, a quien pretendían socorrer, puntualizó cómo había resuelto en su territorio el problema de desobediencia civil y corrupción a partir de la derogación de la política prohibicionista.⁷⁶ En la conferencia se habló principalmente del opio y se hicieron pocas menciones a la morfina, Schievenini menciona que se empleó la palabra “drogas” para referirse a las sustancias objeto de abuso, también se incorporó la terminología de los usos “médicos y científicos” como los únicos usos “legítimos” de las drogas.⁷⁷

Después de cuatro semanas de sesión, no se llegó a ningún acuerdo y la Conferencia solo formuló varias recomendaciones. La Recomendación II instaba a que “los gobiernos tomaran medidas para la gradual supresión del opio fumado y

⁷³ Escohotado, *Historia General de las drogas*, 1998, vol., 2, p. 226.

⁷⁴ *Ibid.* p. 235.

⁷⁵ *Ibid.* p. 236.

⁷⁶ Schievenini, “La criminalización del consumo de Marihuana”, 2018, p. 171.

⁷⁷ *Idem.*

la Recomendación IV propuso que las naciones no exportasen opio a las naciones cuyas leyes prohibieran la importación.⁷⁸ Debido a los pocos resultados de las deliberaciones, los representantes americanos propusieron la celebración de otra reunión de manera inmediata, pero no hubo interés de parte de los asistentes.

2.1 La Convención de La Haya de 1912

Tres años después de la primera Convención de Shanghái el gobierno de Estados Unidos siguió presionando para acelerar la organización de la nueva reunión. En 1912, se congregaron en La Haya doce delegaciones: EUA, Alemania, Francia, Gran Bretaña, Rusia, Persia, Países Bajos, Portugal, Siam, Italia, Japón y China.⁷⁹ La convención se llevó a cabo del 1 de diciembre de 1911 al 23 de enero de 1912, nuevamente el obispo Charles H. Brent fue el director y presidente de la reunión. En esa nueva convención se retomarían las recomendaciones realizadas años antes en Shanghái. Las discusiones ya no solo se enfocarían en el opio y la morfina, sino que a petición de Italia y Gran Bretaña, se incluirían a otras “drogas” como el “cáñamo indio” y la cocaína. En la convención se reiteró que los únicos usos legítimos de cualquier droga serían los medicinales y científicos.⁸⁰

Al finalizar la reunión solamente el opio, la morfina y la cocaína quedaron sujetas a regulación internacional que consistía principalmente en controlar la importación y exportación transfronteriza. La producción, el comercio y el consumo seguirían adelante, pero el gobierno de Estados Unidos no quedó conforme porque consideró que faltaba rigor en los acuerdos, de tal forma que siguió ejerciendo presión para que los países firmantes ratificaran la Convención de 1912 en sus territorios.⁸¹ Como veremos en este apartado, después de la Convención de 1912 las medidas que se impondrían a las drogas serían de carácter internacional y los organizadores buscarían la forma de adherir más países a los acuerdos de esa convención.

⁷⁸ Escotado, *Historia General de las drogas*, 1998, vol., 2, p. 237.

⁷⁹ *Ibid.* p. 180.

⁸⁰ *Ibid.* p. 182.

⁸¹ *Idem*,

Como resultado de la Convención Internacional del Opio de 1912, los países firmantes debían promulgar leyes o reglamentos eficaces para controlar la producción y distribución del opio en bruto, limitar el número de ciudades, puertos o localidades mediante las cuales se permitiría su exportación e importación, así como restringir dichas actividades sólo a las personas autorizadas.⁸² En cuanto al opio preparado, los países contratantes adoptarían medidas para la supresión gradual y eficaz de su fabricación, comercio interior y uso, además se prohibiría su importación y exportación, si los países aún no estaban listos para esa prohibición se les permitiría comenzar con la restricción de los puntos de exportación.⁸³

El capítulo III del convenio mencionó al opio medicinal, la morfina, la cocaína y la heroína, para estas sustancias también se debían dictar leyes y reglamentos, limitar su fabricación, venta y empleo, restringiéndolas solo a usos “medicinales y legítimos”, se debía controlar a las personas que fabricaran, importaran, vendieran, distribuyeran o exportaran dichas sustancias y las instalaciones en las que se ejerciera esa industria o comercio, además se debía otorgar permisos a quienes se dedicaran a esas operaciones y se les exigiría que consignaran las cantidades fabricadas, las importaciones, las ventas y exportaciones, pero esa regla no se aplicaría forzosamente a las prescripciones médicas y a las ventas hechas por farmacéuticos que estuvieran debidamente autorizados.⁸⁴

El convenio también resaltó que todas las preparaciones, incluyendo los llamados remedios antiopio, con más de 0.2 por ciento de morfina o más de 0.1 por ciento de cocaína o las sales y preparaciones con más de 0.1 por ciento de heroína, que pudieran dar lugar a abusos y tener efectos nocivos, se les debía aplicar leyes y reglamentos de fabricación, importación, venta y exportación.⁸⁵ Como se observa todas esas medidas se centraron en el opio, la morfina, la cocaína y la heroína aunque Italia propuso que se regulara el cáñamo indio éste no se mencionó en el convenio.

⁸² *Convenio Internacional del Opio*, La Haya, 23 de enero de 1912, arts., 1-5. en *Filosofía en español*, <<https://www.filosofia.org/mon/dro/1912cio.htm>> [Consultado: 8 de abril de 2022.]

⁸³ *Ibid.*, arts. 6-8.

⁸⁴ *Ibid.*, art., 10.

⁸⁵ *Ibid.*, art., 14.

Según Domingo Schievenini hubo dos conferencias posteriores: en junio de 1913 y en julio de 1914, que dieron como resultado dos protocolos complementarios.⁸⁶ Destaca el “Protocolo de Clutere” ya que retomó la propuesta italiana de controlar el cannabis, estableció la elaboración de un estudio “científico y estadístico” sobre el “cáñamo indio” y la incorporación de medidas para la revisión de los servicios postales internacionales para evitar el envío de drogas por ese medio.⁸⁷

A pesar de lo establecido en el convenio, esas medidas no se aplicaron de inmediato debido al estallido de la Primera Guerra Mundial, la cual retrasó la adhesión de más países al convenio y la ratificación del mismo. Las discusiones sobre el control de drogas sólo se retomarían al finalizar la guerra con la firma del Tratado de Versalles (1919) y la conformación de la Liga de las Naciones en 1920. Sin embargo, ya con el antecedente de la Convención Internacional del Opio de 1912, algunos países pusieron en marcha medidas locales para el control de las llamadas drogas, principalmente del opio y sus derivados, la cocaína y la marihuana.

Estados Unidos fue uno de los primeros países en poner en marcha los acuerdos de la Conferencia. Si bien, desde 1909 su política interna en relación con las drogas prohibió, mediante la firma de la Ley de Exclusión del Consumo de Opio, la importación y el consumo de opio sin fines medicinales, fue hasta 1914 cuando en su territorio se aprobó la primera ley para regular los llamados narcóticos. Conocida como Ley Harrison, esta disposición no fue una ley prohibitiva, ya que se enfocó en controlar el tráfico de opiáceos y cocaína.⁸⁸ Muchas medicinas conocidas como de patente que contenían cantidades permitidas de opio, cocaína, morfina o heroína continuaron vendiéndose por correo o en almacenes.⁸⁹

La aprobación de la Ley Harrison significó el cumplimiento del compromiso internacional que Estados Unidos había adquirido en La Haya, sin embargo, desde

⁸⁶ Schievenini, “La criminalización del consumo de Marihuana”, 2018, p. 180.

⁸⁷ *Ibid.* p. 186.

⁸⁸ Musto, *La enfermedad americana*, 1993, p. 90.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 89.

su discusión y, posteriormente con su aprobación y aplicación, suscitó divergencias en su país principalmente entre los médicos y farmacéuticos quienes se disputaban el expendio de las drogas, debido a esto la Ley Harrison, que entró en vigor el 1 de marzo de 1915, exigía que aquellos que importaran, produjeran, traficaran, vendieran o regalaran opio u hojas de coca y sus derivados, se registraran o pagaran un impuesto por su ocupación, además todos los registrados debían archivar las devoluciones, detallando la utilización de las drogas y dejando constancia de sus transferencias en impresos especiales, así se volvió ilegal la compra, venta, preparación o distribución de cualquiera de esas drogas sin una orden oficial.⁹⁰

Por esos años el discurso contra las drogas se endureció y comenzó a imponer ideas que asociaban al consumidor de esas sustancias con el crimen. Al finalizar la Conferencia de La Haya, William Collins, uno de los delegados de Inglaterra mencionó que era un hecho reconocido por la autoridades internacionales que el abuso de esas drogas [opio, morfina y cocaína] fomentaban la repetición y finalmente llevaban a la adicción, provocaban la parálisis volitiva, la degradación moral, el vicio y el crimen.⁹¹

Según Davenport-Hines ese dogmatismo originó una nueva actitud hacia los consumidores de drogas, quienes desde el siglo XIX en Europa habían sido señalados como “individuos improductivos, deshonestos y faltos de autocontrol”, pero nunca fueron señalados como delincuentes. Con la Conferencia de La Haya esa concepción comenzó a transformarse, pues el consumo de opio y cocaína se asoció con el mundo criminal norteamericano. Algunos legisladores europeos adoptaron la concepción norteamericana de la adicción como delito y también consideraron a este tipo de consumidor como un “contaminador”.⁹²

Es decir, en este punto, el discurso de control hacía las drogas comenzaba a centrarse más en los consumidores que en las sustancias; las opiniones versaban, por un lado, en los usuarios de morfina y cocaína como víctimas, “seres inválidos y dignos de lástima”, y, por otro, como “una de las plagas más peligrosas

⁹⁰ Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido*, 2003, p. 200.

⁹¹ *Ibid.*, pp. 197-198.

⁹² *Idem.*

de la sociedad”, “propensos al vicio y aptos para el crimen”.⁹³ De esta forma, los consumidores pasaron a ser identificados con el discurso de la criminalidad y a ser vistos no como portadores de una “enfermedad contagiosa” sino a ser considerados ellos mismos como fuente de contagio. Como resultado de esas ideas a partir de 1912 y con la aplicación de la Ley Harrison las medidas de control hacia las drogas se generalizaron y fueron más enérgicas, no sólo en Estados Unidos sino en varios países.

Los argumentos antinarcóticos se propagaron rápidamente. En algunos estados, además de la Ley Harrison, se establecieron restricciones locales e incluyeron no solo al opio a sus derivados y a la cocaína, sino también a la marihuana. En 1912 se necesitaban recetas para adquirir cocaína en cuarenta y cinco estados, opiáceos en treinta y tres y cloral en quince.⁹⁴ En una docena de estados se prohibió a los médicos dispensar recetas a personas que tuvieran algún grado de adicción con las drogas. En 1914, El Paso publicó una ordenanza que prohibía la posesión y venta de cannabis, y su comercialización sin prescripción médica se prohibió en los Estados de Maine (1913), Massachusetts (1914), Vermont (1915) y Rhode Island (1918).⁹⁵

En Francia apareció la idea de una política de lo criminal en materia de estupefacientes con la finalidad de luchar contra esa “plaga” que, al igual que al alcohol, se le consideró como el origen de la “degenerescencia”, “despoblación” y de la desorganización social.⁹⁶ En julio de 1916, en plena Guerra Mundial, se aprobó una ley concerniente a la importación, el comercio, la conservación y el uso de sustancias venenosas, como se le llamó al opio, la morfina y la cocaína, además se introdujo la noción de *estupefaciente*.⁹⁷

En Reino Unido el 28 de julio de 1916 se decretó la Regulación 40B de la Ley para la Defensa del Reino (DORA) la cual impuso controles más estrictos hacia la cocaína y el opio, esa ley fue propuesta por el inspector jefe de policía sir Edward Henry, quien había escrito que el “mal” de la cocaína “estaba adquiriendo

⁹³ Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido*, 2003, p.198.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 201.

⁹⁵ *Idem.*

⁹⁶ Postel y Quérel, *Nueva Historia de la Psiquiatría*, 2000, p., 263

⁹⁷ *Idem.*

rápidamente enormes dimensiones”.⁹⁸ Con la Regulación 40B las leyes de Farmacia que regulaban el comercio al por menor, se anularon, el suministro de drogas peligrosas a las tropas se convirtió en un delito criminal al igual que su posesión sin prescripción médica entre la población civil, se prohibió la importación sin licencia de cocaína y opiáceos, así como su venta en las farmacias sin prescripción médica.⁹⁹

En el caso mexicano nuestro país también se adhirió a las convenciones internacionales para imponer políticas más enérgicas en materia de drogas. Aunque no estuvo presente en las reuniones de La Haya, México firmó los acuerdos de esa Convención entre 1912 y 1913, pero fueron ratificados hasta 1924 y publicados en el *Diario Oficial de la Federación* en 1927.¹⁰⁰ La demora en su ratificación y publicación se debió al caos internacional de la Primera Guerra Mundial y sobre todo a la inestabilidad política del periodo armado de la Revolución Mexicana.

Como se ha visto la heroína no fue motivo de preocupación en las primeras convenciones internacionales, incluso se prefirió su uso frente al opio y la morfina, y su venta continuó siendo legal por lo menos hasta los años veinte en México y Estados Unidos, en otros países se siguió usando legalmente hasta la década de 1950. Sin embargo, después de que se dictara el Convenio de La Haya de 1912, Bayer tomó una previsión sustentándola en el rumbo que iba tomando el control de los derivados del opio. En 1913, la compañía Bayer decidió cesar la producción de heroína y enfocarse en la comercialización de la aspirina, iniciando así su retirada del negocio de la heroína, que en los siguientes años pasaría a manos de pequeñas compañías farmacéuticas ubicadas en Reino Unido, Francia, Holanda, Suiza, Bulgaria y Japón.¹⁰¹ De esta forma, se puede decir que a partir de la Convención Internacional de 1912 la cuestión de las drogas adquirió tintes globales y aunque la heroína no fue el centro de las discusiones se contempló en tanto que era uno de los principales derivados del opio.

⁹⁸ Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido*, 2003, p., 207.

⁹⁹ *Ibid.*, p. 208.

¹⁰⁰ Schievenini, “La criminalización del consumo de Marihuana”, 2018, p.191.

¹⁰¹ Hidalgo, *Heroína*, 2007, p. 36.

La generalización del uso de heroína tiene que ver con que se le atribuyeron propiedades curativas para muchas enfermedades de tipo respiratorio, pero también como cura para la adicción a la morfina y al opio. Además, con las restricciones al opio y la morfina muchos usuarios recurrieron a la heroína, ya que desde finales del siglo XIX, existía un descontrol generalizado sobre las medicinas que se despachaban sin receta. En Estados Unidos se podían comprar libremente “curas”, que prometían acabar con la adicción a la morfina y al opio, en los drugstores y por correo.¹⁰² Esas “curas” eran comprimidos de heroína que servían para atajar el síndrome de abstinencia, pero que de igual manera podían desencadenar dependencia.

Las píldoras de heroína fueron muy populares en China y Hong Kong, se usaban como tónico general, pero también se presentaron como un “medicamento antiopio”, las primeras incautaciones de esas píldoras por parte del gobierno ocurrieron en 1921 y es probable que para entonces su uso fuera generalizado.¹⁰³ Los comprimidos eran de color rosa y contenían heroína, cafeína, estroscina y quinina, a menudo eran aromatizadas con agua de lavanda. La producción de esos comprimidos estaba en manos de químicos no titulados y existían incontables marcas, por ejemplo, “El Dragón de Oro”, “El Tigre” o “El Caballo Alado”. Cada marca tenía ligeras variaciones en su composición. Para 1923, se emplearon más de diez toneladas de heroína en la producción de esas píldoras.¹⁰⁴

Los fumadores de opio comenzaron a usar las píldoras como sustituto del opio y las prefirieron por su precio más bajo y porque descubrieron como fumarlas. Solían fumar entre diez y veinte píldoras seguidas, se dice que algunos fumadores podían alcanzar los quinientos comprimidos diarios, según Carnwath y Smith, los llamados “divanes de píldoras” empezaron a reemplazar a los antiguos fumadores de opio en Hong Kong.¹⁰⁵ En Estados Unidos se usaba hidrocloreuro de heroína de baja pureza esnifado o inyectado. En los primeros años de su circulación se podía obtener heroína farmacéutica con facilidad y pronto

¹⁰² Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p. 56.

¹⁰³ *Ibid.* p. 57.

¹⁰⁴ *Idem.*

¹⁰⁵ Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p. 57-58.

reemplazó al opio, en parte por el hostigamiento policial a los fumadores. Un testimonio de un médico de la época relataba lo siguiente:

Era barata, no requería preparación ni jeringuilla hipodérmica y podía tomarse durante mucho tiempo sin perjuicio para la salud. Quitaba el mono sin disminuir la capacidad de trabajar y así se podía ganar lo suficiente para pagar la droga. Y, por último, pero no por ello menos importante, al ser esnifada por la nariz mediante un “rulo” el adicto podía tomarla sin temor a ser detectado.¹⁰⁶

El médico menciona varias de las razones por las cuales los consumidores de drogas preferían el uso de heroína, además de señalar que su detección era difícil porque aún no la usaban mediante inyección. Al suprimirse el opio y endurecerse la política estadounidense contra traficantes y usuarios de drogas, el uso de heroína comenzó a crecer, ya que durante varios años fue más fácil de obtener que otros opiáceos. Carnwath y Smith, mencionan otro testimonio de esta situación:

Los drogadictos que veían cómo la presión policial dificultaba el acceso al opio, la morfina y la cocaína, pronto descubrieron que la heroína podía obtenerse con facilidad. No hacía falta receta. En consecuencia, se pasaron a esta droga y su uso aumentó a pasos agigantados.¹⁰⁷

De esa forma las restricciones hacia el opio y la morfina incentivaron el consumo de heroína. David Musto señala que para 1912 las admisiones relacionadas con heroína en los hospitales de Filadelfia y Nueva York aumentaron rápidamente.¹⁰⁸ Entre los consumidores recreativos de drogas, la heroína se había vuelto popular como reemplazo de la morfina, por ejemplo en el Hospital Bellevue de Nueva York, la heroína superó a la morfina como la causa principal de las admisiones por adicción en 1915.¹⁰⁹ De acuerdo con Musto desde el momento en

¹⁰⁶ Bailey, P. “The heroin habit”, *New Republic*, 1916, pp. 314-316. Citado en Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p. 62. Con “mono” el autor se refiere al síndrome de abstinencia y un “rulo” es una pajita o papel enrollado. Según los autores es posible que ese método provenga del modo en que se consume la cocaína sustancia que fue profusamente utilizada a finales del siglo XX.

¹⁰⁷ “Prevalence of morphine and cocaine habits”, *Journal of American Medical Association*, 1913, citado en Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p.77.

¹⁰⁸ Musto, *One Hundred Years of Heroin*, 2002, p. xvi.

¹⁰⁹ *Idem*.

el que el número de admisiones aumentaron, el camino de la heroína avanzó rápidamente hacia la prohibición.

En 1919, la heroína ya era popular entre las pandillas conformadas por hombres adolescentes de la ciudad de Nueva York, por lo cual el comisionado de salud acuñó la frase "la enfermedad americana" para describir el fenómeno.¹¹⁰ En 1920, la policía defendió que la *American Medical Association* (AMA) adoptara la resolución de "eliminar la heroína de cualquier preparado médico [...] y solicitar que la importación, producción y venta de heroína se prohíba en Estados Unidos".¹¹¹ En 1921 un estatuto federal prohibió la importación de narcóticos manufacturados (morfina, cocaína, heroína, etc.), sólo permitió la importación de opio crudo y hojas de coca, con los cuales los fabricantes estadounidenses fabricarían las drogas.¹¹²

En 1922, se calcula que se prescribieron 1 740 gramos de heroína en Estados Unidos, frente a los 2 280 000 gramos que circulaban ilegalmente por las calles de Nueva York.¹¹³ Así, entre la sociedad estadounidense, inició un creciente miedo hacia el consumo de heroína que dio como resultado que en 1924, se prohibiera la fabricación de la droga a partir del opio crudo, aunque teóricamente seguía siendo posible que un médico recetara la droga y que algún farmacéutico tuviera suministros para dispensarla, esta situación fue regulada por la Ley de Control de Narcóticos hasta el año de 1956.¹¹⁴

3. La heroína en México y las primeras disposiciones legales para su regulación y prohibición

Como se ha explicado en los apartados anteriores, en 1900 el opio y sus derivados eran sustancias legales empleadas, en su mayoría, con fines medicinales, que podían ser compradas, vendidas y usadas sin ninguna dificultad.

¹¹⁰ *Idem.*

¹¹¹ Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p.79.

¹¹² Musto, *One Hundred Years of Heroin*, 2002, p. xvi.

¹¹³ Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, 2006, p.79.

¹¹⁴ Musto, *One Hundred Years of Heroin*, 2002, p. xvi.

Aunque desde mediados del siglo XIX ya existían preocupaciones por el abuso en el consumo del opio y sus derivados, no fue hasta después de la Convención Internacional del Opio de 1912 que se tomaron medidas para poner en marcha la supresión gradual del abuso del opio, de la morfina y de la cocaína, además de las drogas preparadas o derivadas de esas sustancias que pudieran dar lugar a abusos similares, por ejemplo, la heroína.¹¹⁵ En ese sentido, en este apartado explicaré cómo las disposiciones internacionales comenzaron a ser retomadas en México, además de indagar sobre el uso de heroína y su regulación en nuestro país a principios del siglo XX.

Mediante la firma de los acuerdos de la Convención Internacional del Opio, México se comprometía a cumplir con las resoluciones establecidas en ella. Como se ha explicado, esa convención quería establecer un control internacional del opio y sus derivados, y de la cocaína para asegurar su uso estrictamente medicinal. También se tenían que crear controles para vigilar a quienes se les autorizara a fabricarlas, venderlas, distribuirlas, importarlas o exportarlas y se sugirió que los países contratantes promulgaran leyes para castigar la posesión ilegal de esas sustancias.¹¹⁶

A pesar de que México se adhirió a las resoluciones de la Convención Internacional del Opio de 1912, nuestro país no contó con ninguna disposición oficial para avalar esos acuerdos debido a la inestabilidad política, económica y social que se vivió en esos años. La lucha armada entre las distintas facciones revolucionarias, las tensiones políticas entre Estados Unidos y el gobierno de Francisco I. Madero, y el propio asesinato de Madero contribuyeron a que las resoluciones de 1912 no se ratificaran de inmediato sino hasta enero de 1925 y se publicaran en el *Diario Oficial* en 1927.

No obstante, en el lapso entre la firma del tratado y su ratificación y publicación, se dictaron algunas disposiciones legales en 1916, 1920, 1923 y 1925 que buscaban controlar el uso no medicinal de la marihuana, el opio, la morfina, la heroína y la cocaína. La puesta en marcha de más leyes para el control de drogas

¹¹⁵ *Convenio Internacional del Opio*, La Haya, 23 de enero de 1912, arts., 1-5. en *Filosofía en español*, <<https://www.filosofia.org/mon/dro/1912cio.htm>> [Consultado: 8 de abril de 2022.]

¹¹⁶ Cárdenas, *Toxicomanía y narcotráfico*, 1976, p. 43.

claramente fue una influencia de la Convención de 1912 cuyas resoluciones fueron incorporadas a nivel mundial en el Tratado de Versalles de 1919 y así tomaron fuerza las presiones diplomáticas para hacer cumplir a los países firmantes los acuerdos de 1912.

Es importante mencionar que antes de la firma de los acuerdos de la Convención de 1912, en México ya se habían regulado algunos aspectos relacionados con las drogas, pero la palabra “droga” aún no tenía una connotación negativa para la mayoría de la población mexicana pues era entendida como medicina o remedio, incluso como sinónimo de “trampa, fullería o deuda”, y su uso o difusión no causaba preocupación¹¹⁷ a diferencia de lo que ocurría en Estados Unidos.

Hacia la década de 1840 aparecieron algunos reglamentos para controlar e inspeccionar las drogas y medicinas, por ejemplo, la ley del 24 de enero de 1842 que prohibía la venta de sustancias medicinales fuera de las “oficinas de farmacia” y el reglamento del 26 de noviembre de 1846 sobre boticas, almacenes y fábricas de drogas, esas medidas respondían al conocimiento de las autoridades sobre la adulteración de sustancias como práctica entre los boticarios¹¹⁸, pero aún no existía preocupación por su consumo, tráfico o producción, ni mucho menos alguna condena o sanción.

Fue hasta 1870 cuando se pretendió establecer limitaciones en la venta y uso de algunas sustancias consideradas nocivas para la salud pública, entre esas sustancias también llamadas drogas estaban el láudano, la adormidera, la marihuana y el toloache.¹¹⁹ La restricción se limitó a que esas drogas se expendieran preferentemente con la presentación de recetas médicas o autorización administrativa. Sin embargo, esa restricción no se cumplía, pues un año después, el Consejo Superior de Salubridad insistió en que los encargados de las boticas no despacharan recetas que no estuvieran suscritas por facultativos o

¹¹⁷ Pérez Montfort, *Tolerancia y prohibición*, 2016, p. 31.

¹¹⁸ Pérez Montfort, *Hábitos, normas y escándalo*, 1997, p. 151.

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 152.

de lo contrario se aplicarían “las penas que las leyes relativas establecen” las cuales consistían en sanciones monetarias.¹²⁰

La insistencia, en 1871, del Consejo Superior de Salubridad sobre el cumplimiento de los reglamentos señalados y la indicación de que en caso de que no se cumplieran se aplicarían las penas correspondientes denota que existía una preocupación por regular la venta de esas drogas, pero aún no se mencionaba el consumo ni al consumidor. Las preocupaciones de las autoridades sanitarias se centraron en las dosis a partir de las cuales el consumo de esas sustancias podía provocar intoxicaciones, así como en las adulteraciones realizadas por personas ajenas a la profesión farmacéutica.¹²¹ El uso terapéutico de las drogas no se ponía en duda y tampoco su consumo era penalizado.

El Título Séptimo del Código penal de 1871 que se refería a los delitos contra la salud pública, en su artículo 842 estableció que “el que sin autorización legal elabore, para venderlas, sustancias nocivas a la salud o productos químicos que puedan causar grandes estragos, sufrirá la pena de cuatro meses de arresto y una multa de 25 a 500 pesos”.¹²² La misma pena se aplicaría a los que comerciaran dichas sustancias sin autorización y al que las despachara sin cumplir con las formalidades de los reglamentos respectivos.¹²³ El artículo 844 señaló que los boticarios y los comerciantes en drogas que “falsifiquen o adulteren las medicinas, de modo que sean nocivas a la salud, serán castigados con dos años de prisión y multa de segunda clase.”¹²⁴

Como se observa esas medidas estaban dirigidas a los comerciantes, expendedores de drogas o boticarios y solo se referían a la alteración o adulteración de medicinas y alimentos, a las ventas sin receta o a su modificación y a la variación en la dosis de la sustancia, no se mencionaba a los compradores o usuarios y se dejó claro que se necesitaba estar autorizado para dedicarse a las actividades de comercio y despacho de las sustancias, de esta forma el consumo no estaba condenado y no parecía preocupar a las autoridades.

¹²⁰ *Idem.*

¹²¹ Astorga, *El siglo de las drogas*, 2016, p. 22.

¹²² *Código penal de 1871*, art. 842

¹²³ *Idem.*

¹²⁴ *Código penal de 1871*, art. 844.

Poco después, entre 1872 y 1877, esa situación comenzó a transformarse, una de las causas fue que las autoridades sanitarias se dieron cuenta de que los farmacéuticos y boticarios privados hacían un uso excesivo de la venta de sus fórmulas adulteradas.¹²⁵ Esta situación se descubrió porque se presentaron varios casos de envenenamiento debido a errores por parte de los farmacéuticos y aunque los intentos de control reglamentario persistieron, no tuvieron éxito, pues el uso y venta de las llamadas drogas continuó sin mucha dificultad. Pérez Montfort señala que durante esos años hubo un aumento en el establecimiento de boticas y farmacias en el país. En la Ciudad de México la clientela aumentó rápidamente, a finales de la década de los setenta había 64 boticas registradas y unos diez años después ya se contaban entre 114 y 116.¹²⁶

El 15 de julio de 1891 se promulgó el primer Código Sanitario, en el cual se establecieron reglas para el funcionamiento de las boticas y droguerías y la venta de sustancias para uso medicinal. Se determinó que en todos los establecimientos debía haber un farmacéutico legalmente autorizado que sería responsable “civil y criminalmente” de la pureza y buen estado de dichas sustancias.¹²⁷ Cualquier prescripción médica se tenía que hacer exclusivamente en las boticas y en las dosis correctas para evitar adulteraciones o intoxicaciones.

En el código se mencionaron los términos “medicamentos peligrosos” o “sustancias venenosas o peligrosas”, pero no se especificó cuáles eran. El código sugirió que esas sustancias debían recibir especial cuidado, por ejemplo se les debía colocar en estantes especiales y señalar que eran peligrosas, además el farmacéutico no podía vender dosis extras de ellas a menos que ratificara la prescripción con el médico.¹²⁸

Así ambos códigos, el penal y el sanitario, comenzaron a regular por la misma época la forma de expender las llamadas drogas, medicamentos o “sustancias nocivas a la salud”, su prioridad era proteger al consumidor de la adulteración de esas sustancias. Sin embargo, también en la década de 1870 y,

¹²⁵ Pérez Montfort, *Hábitos, normas y escándalo*, 1997, p.152.

¹²⁶ *Ibid.* p. 155.

¹²⁷ *Código Sanitario de 1891*, art. 201.

¹²⁸ *Ibid.*, arts. 208, 211, 212.

sobre todo, a principios del siglo XX, la apreciación que la población mexicana tenía sobre las drogas comenzó a cambiar, uno de los factores de ese cambio fue la asociación de las drogas con la embriaguez. Aunque la condena hacia la embriaguez se orientó sobre todo al consumo de alcohol basándose en las ideas de la moral cristiana que imperaba en la sociedad del siglo XIX, ese argumento no tardó en trasladarse al caso de las drogas relacionándolas también con la embriaguez y la alteración de los sentidos.¹²⁹

Pérez Montfort ha señalado que el rechazo moral hacia la embriaguez se entrelazó con ideas xenófobas y con modelos europeizantes, que dieron como resultado el rechazo hacia el consumo de drogas de origen vegetal y químicas¹³⁰, principalmente del opio, la morfina, la cocaína y la marihuana. En algunos periódicos comenzaron a aparecer signos de que la relación de la población con determinadas sustancias se estaba transformando.

Por ejemplo, en la prensa aparecieron anuncios de medicamentos en donde se aclaraba que no contenían opio. En 1888, en *La Voz de México*, un anuncio promocionó el Pectoral de Nafé, se hizo la aclaración de que los análisis clínicos hechos por “químicos de la facultad de París” demostraron que ese pectoral no contenía opio, ni morfina, ni codeína y por lo tanto podía ser suministrado con “buen éxito y segura confianza, a los niños atacados por la tos o por la coqueluche.”¹³¹ El anuncio apeló a la científicidad —basada en los análisis clínicos realizados por especialistas en París, lo que mostraba también un aspecto de cosmopolitismo, en una época en la que la influencia francesa estaba en boga—, para sustentar que dicho medicamento era confiable incluso para ser usado por los niños.

En *El Tiempo*, en 1898, se anunciaba con frecuencia el jarabe calmante para la dentición de los niños, “Francisco Bustillos” el cual se decía “no contiene opio, ni alcaloide alguno de opio, tan nocivos a la infancia” y se vendía en todas las droguerías y boticas.¹³² En otro anuncio publicado también en *El Tiempo*, en

¹²⁹ Pérez Montfort, *Hábitos, normas y escándalo*, 1997, p. 157.

¹³⁰ *Idem.*

¹³¹ “Ningún pectoral”, *La Voz de México*, México, 29 de agosto de 1888, p. 4.

¹³² “Jarabe calmante”, *El Tiempo*, México, 24 de julio de 1898, p.3.

1899, se advertía que tomar narcóticos es “jugar con fuego” ya que la morfina y sustancias similares no curaban y en muchos casos hacían un daño palpable, exclamaba “¡cuántas personas son hoy víctimas del opio por haber tratado de curar el insomnio con esa droga!” (Véase figura 1).

PARA DORMIR BIEN,



Es indispensable tener los nervios en buena condición. Cuando los nervios están enfermos se pasan horas tras horas con la mirada fija en el espacio, revolviéndose en la cama, oyendo las campanadas del reloj y pensando en todo lo que desagrade.

Tomar narcóticos es “jugar con fuego.” La morfina y sustancias semejantes si bien inducen sueño temporalmente, no curan ni han curado nunca nada y en muchos casos hacen daño palpable. Cuántas personas son hoy víctimas del opio por haber tratado de curar el insomnio con esa droga! Las

**PILDORAS ROSADAS
DEL DR. WILLIAMS,**

restablecen los nervios a su condición normal y de ese modo CURAN el insomnio sin narcotizar. Centenares de personas en toda la América han visto prácticamente demostradas las virtudes de las Pildoras Rosadas del Dr. Williams en casos de falta de sueño. He aquí una prueba:

Mineral de los Reyes, Décimo Canton, Estado de Jalisco, México, Marzo 24, 1897.

Muy señores míos de mi afecto y respeto:
Salud! Perdonad mi entusiasmo. Hace cinco noches que duermo perfectamente como un niño. Hace ocho días que como con apetito devorador. Benditos mil veces las Pildoras Rosadas del eminente Dr. Williams. Adios el Cloral, Sulfonal, Opio, Eter, narcóticos, etc., que solo me producian letargo, pero nunca sueño reparador. Han de tener presente que solo he tomado esas magnificas *granos de oro*, las Pildoras Rosadas del Dr. Williams, *por espacio de diez dias*. Ustedes estan acostumbrados a ver éxitos semejantes con su brillante preparacion, pero para mi el resultado obtenido hasta ahora es simplemente maravilloso. Si supieran Ustedes que hacia tanto tiempo que no dormia bien! Y ¡qué bueno es el sueño! Nunca puede realizarse toda la importancia de dormir bien hasta que las enfermedades traen consigo el horrible insomnio. Entonces es que se comprende la importancia del sueño. Ya van calmándose mis nervios, ya tengo apetito, ya duermo!

FRANCISCO GONZALEZ V.

GRACIAS! GRACIAS! GRACIAS!
A los Señores de la casa Dr. Williams Medicine Co., Schenectady, N. Y., Estados Unidos.

El entusiasmo que se nota en la carta anterior es realmente conmovedor. Bien dice el señor Gonzalez que para comprender la importancia y beneficio del sueño reparador es necesario haber sufrido insomnio. Hay centenares de personas que—como el señor Gonzalez—deben el beneficio de dormir bien a las Pildoras Rosadas del Dr. Williams.

MILES CURADOS. MILES CURANDOSE.

Dr. Williams Medicine Co., Schenectady, N. Y., Estados Unidos. Num. 3.

Figura 1 “Para dormir bien”, *El Tiempo*, México, 18 de mayo de 1899.

Esas referencias al opio, dan pistas de que las ideas negativas sobre esa sustancia estaban llegando a América, como se explicó en el segundo apartado de

este capítulo¹³³ hacia 1880 se reconocieron casos de uso problemático de opio en China y una década más tarde, en 1890, el Parlamento inglés consideró que el tráfico de opio en gran escala era una “empresa moralmente injustificable”, además Estados Unidos estaba en ascenso como potencia mundial y, en 1898, con la anexión de Filipinas, se puso en marcha y tomó fuerza el movimiento prohibicionista que además de fundamentarse en preocupaciones económicas y políticas, se basó en inquietudes morales y raciales.

Esas inquietudes raciales también se presentaron en México cuando la comunidad china comenzó a establecerse, principalmente en el noroeste de la república. Entre 1877 y 1911, bajo el gobierno de Porfirio Díaz, se alentó la migración china con el propósito de contar con mano de obra barata y suficiente, pero al mismo tiempo con su llegada se creó un clima de animadversión hacia ellos basado en prejuicios raciales y el desconocimiento de su cultura.¹³⁴ Al igual que en Estados Unidos, en México surgió una imagen negativa de la población china, de su cultura y sus costumbres, un odio racial que provocó persecuciones y masacres de centenares de chinos en Torreón (1911) y en Chihuahua (1916).

De esta forma, una de las costumbres que provocó animadversión hacia la población china en México fue el uso de opio y ese rechazo se expresó constantemente en la prensa, aún antes de la Comisión Internacional del Opio (1909) y sobre todo después del Convenio Internacional del Opio celebrado en La Haya en 1912.

En 1899, un artículo publicado en *El Tiempo* estimaba que en Monterrey vivían entre 300 o 400 chinos, los cuales se dedicaban al lavado de ropa, otros tenían fondas o restaurantes y muy pocos vivían de los productos de una huerta que cultivaban en inmediaciones de la ciudad; criticaban su forma de vida pues en el artículo se mencionó que coexistían en “cuartuchos sucios, sin aire y sin luz y se alimentan de la peor manera posible.”¹³⁵ También se referían a todos como consumidores de opio y se alentaba a la defensa de esa ciudad mediante

¹³³ Véase el segundo apartado de este capítulo “El inicio de las discusiones sobre el problema de las drogas y las primeras restricciones hacia el uso de la heroína”, pp. 33-39.

¹³⁴ Trujillo, “La casa del silencio”, 2017, p. 365.

¹³⁵ “Chinos en Monterrey”, *El Tiempo*, México, 14 de junio de 1899, primera plana.

reglamentos para que los chinos abandonaran sus “costumbres de relajación y miseria”, el artículo concluía diciendo que las costumbres del celeste “son de lo más abominable, por cualquier lado que se las considere”.¹³⁶

Hacia 1901 el disgusto por la inmigración china continuó creciendo, según otra nota, en Guaymas, Sonora los chinos que llegaban a radicar ahí eran hábiles jugadores de naipes que en vez de trabajar honradamente se dedicaban a explotar con sus cartas a cuantos cándidos encontraban, pues “los que no juegan roban, todos fuman opio, son sumamente inmorales y asquerosos, y, en fin, que es una verdadera plaga la que azota a Guaymas con la presencia de los hijos del Celeste Imperio.”¹³⁷ Ese tipo de notas que insultaban y denostaban a la población china fueron cada vez más frecuentes y contribuyeron a asociar el consumo de opio con los inmigrantes chinos y con el vicio.

A pesar de que otros sectores sociales también eran consumidores de derivados del opio como la morfina, ellos no eran tildados de viciosos, inmorales ni eran denigrados, ya que pertenecían a las clases altas y sus prácticas antes que vicios eran consideradas una forma de imitación o en algunos casos de enfermedad. Así, a principios del siglo XX, el rechazo hacia el opio, la morfina, la cocaína y la marihuana se generalizó y se comenzó a pedir la persecución y el castigo de su abuso y su comercio.

3.1 La heroína: usos y regulación en México

En nuestro país fue a finales del siglo XIX cuando el cultivo de amapola se impulsó por factores externos como la demanda de morfina en los Estados Unidos debido a la Guerra Civil (1861-1865) y el arribo de las primeras inmigraciones de trabajadores chinos, que llegaron como mano de obra para la construcción del ferrocarril en el noroeste del país, principalmente a Sinaloa, Durango y Chihuahua.¹³⁸

¹³⁶ *Idem.*

¹³⁷ “Inmigración china”, *El Tiempo*, México, 22 de mayo de 1901, p. 4.

¹³⁸ Ospina, *Amapola, opio y heroína*, 2018, p. 12.

En Sinaloa se consignan registros de la amapola o adormidera blanca desde 1886 y en Sonora el cáñamo indio o marihuana se ha consignado desde 1828, ambas eran clasificadas como plantas textiles u oleaginosas, pero no como medicinales.¹³⁹ A pesar de la existencia de amapola en nuestro territorio al parecer su cultivo no existía o aún era insignificante, pues hasta 1912 en la conferencia de La Haya se señaló a México como una de las naciones donde se traficaba opio proveniente de otros países que después era enviado a Estados Unidos.¹⁴⁰ El opio que se importaba procedía de Estados Unidos, Europa y Asia, y las cantidades de opio importado oscilaron entre los ochocientos kilos y cerca de 12 toneladas en el periodo que va de 1888 a 1911.¹⁴¹

En el caso de la heroína, a pesar de ser también un derivado de la morfina, en México su uso fue bien aceptado sobre todo entre 1900 y 1912. Desde 1900 existía un interés médico por conocer los usos y beneficios de la heroína. En la revista *La Farmacia* se publicaron un par de artículos en los cuales se describía dicha sustancia, sus características y reacciones químicas, con la finalidad de emplearla en la medicina. En uno de esos artículos se mencionó que la heroína tenía muchas similitudes con la morfina y la codeína, pero era menos narcótica, menos analgésica y menos tóxica.¹⁴²

Se resaltó que actuaba calmando la tos y la disnea, siendo su efecto “muy superior al que producen la morfina y codeína”. Según el artículo su eficacia se comprobaba porque la heroína era empleada por multitud de médicos como calmante de la tos y disnea de la tuberculosis, bronquitis agudas y crónicas, laringitis, laringotraqueitis, enfisema pulmonar, coqueluche, asma y arteriosclerosis, “conviniendo todos en que los buenos resultados son constantes, infalibles y superiores a las de todos los demás medicamentos”.¹⁴³ Otra prueba que los médicos daban de su eficacia era que el Dr. Pérez Noguera¹⁴⁴ había

¹³⁹ Astorga, *El siglo de las drogas*, 2016, p. 22.

¹⁴⁰ Schievenini, “La criminalización del consumo de Marihuana”, 2018, p.192.

¹⁴¹ Valdés, *Historia del narcotráfico*, 2013, p. 30.

¹⁴² “Revista de periódicos extranjeros. Heroína”, *La Farmacia*, México, 15 de septiembre de 1900, p. 207.

¹⁴³ *Ibid.*, p. 208.

¹⁴⁴ Médico español del Cuerpo de Sanidad Militar correspondiente de las Reales Academias de Madrid y Barcelona, premiado por el Ministerio de Guerra y varias Sociedades. Véase *La Medicina*

apreciado por sí mismo el efecto de dicho medicamento en varios casos de tuberculosis, bronquitis agudas y crónicas, asma y artritis crónica, confirmando las opiniones de los otros médicos en el extranjero.¹⁴⁵

Un año después en la misma revista se publicó un artículo del mismo Dr. Pérez Noguera en donde confirmó que “la heroína o diacetilmorfina es un poderoso sedante de la respiración, superior en tal concepto a la morfina y la codeína” además de que “era menos narcótica que la morfina, a la vez que mucho menos tóxica”¹⁴⁶ En ese artículo la heroína era considerada un medicamento con gran capacidad curativa y de fácil suministro en forma de gránulos, píldoras, pociones o jarabes. En la prensa desde 1906 se pueden encontrar anuncios del Jarabe Vido, proveniente de París, se describía como una asociación de medicamentos de eficacia garantizada y absolutamente inocua. Según el anuncio su eficacia se debía a la heroína la cual proporcionaba un sueño rápido y sosegado.¹⁴⁷

A pesar de que la heroína es un derivado del opio, en los anuncios parecía que se desconocía esta situación, por ejemplo, el mismo Jarabe Vido a base de heroína se desligaba del opio, haciendo la aclaración de que la sustancia “no ofrece los inconvenientes de los compuestos con base de opio o de sus derivados morfina, codeína”.¹⁴⁸ Ese jarabe con heroína se anunció constantemente entre 1906 y 1912, tanto en *El Tiempo* como en *La voz de México*, después de ese año prácticamente desaparece de los periódicos. Esta situación coincide con la puesta en marcha de las disposiciones del Convenio Internacional del Opio (1912) que México suscribió entre 1912 y 1913 y que principalmente buscaba controlar la producción, distribución, importación y exportación del opio y sus derivados, lo cual contribuyó al surgimiento del contrabando de opio y sus alcaloides en México.

Militar Española y la Revista de Clínica, Terapéutica y Farmacia, Madrid, 10 de agosto de 1904, núm. 204, tomo XVII, pp. 340-341. En <https://bibliotecavirtual.defensa.gob.es/BVMDefensa/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=229270> [Consultado: 27 de mayo de 2022.]

¹⁴⁵ “Revista de periódicos extranjeros. Heroína”, *La Farmacia*, México, 15 de septiembre de 1900, p. 208.

¹⁴⁶ Pérez Noguera, Emilio, “La Heroína”, *La Farmacia*, México, 15 de junio de 1901, p. 174.

¹⁴⁷ “Jarabe Vido”, *La voz de México*, México, 20 de febrero de 1906, p.2.

¹⁴⁸ “Jarabe Vido”, *La Voz de México*, México, 13 de febrero de 1907, p. 2.

Como ha señalado Zinnia Capó, fue en las primeras décadas del siglo XX cuando en el noroeste de México se establecieron redes internacionales que buscaban llevar opio al mercado estadounidense.¹⁴⁹ El opio crudo muy probablemente provenía de China o India y salía hacia los Estados Unidos de América en navíos trasatlánticos que partían de Macao, Hong Kong y Singapur.¹⁵⁰

Algunos buques viajaban al este y arribaban directamente al puerto de San Francisco, una vez ahí, el opio era considerado como producto en tránsito hacia México. Otros buques partían hacia el oeste, zarpando eventualmente en el puerto de Nueva York, posteriormente algunos de estos navíos viajaban al sur, atravesando el continente americano a través del canal de Panamá y deteniéndose en Nicaragua antes de subir por la costa oeste de México. Estas navegaciones, y aquellas que viajaban hacia el sur desde San Francisco, anclaban en puertos como Salina Cruz, Manzanillo, Guaymas, Mazatlán o Ensenada.¹⁵¹ Esos puertos también recibían cargamentos procedentes de Inglaterra, Italia, Alemania y Japón.

Una vez en México parte del cargamento era transportado al interior del país vía terrestre, en burro o en tren. La carga mayor se traspasaba a navíos más pequeños en donde eran llevados a su destino final. Los grupos que trabajaban en el noroeste de México recibían el producto en el puerto de Ensenada, en el Distrito Norte de Baja California. Al llegar ahí el opio crudo era procesado en una refinería o fábrica, una parte del opio procesado se convertía en opio fumable, pero la mayor parte se convertía en opiáceos, usualmente morfina o heroína.¹⁵² Del opio procesado, una parte se quedaba en el Distrito Norte para consumo local, mientras que la proporción mayor era enlatada y reexportada de forma clandestina a California.¹⁵³

De esta forma a principios del siglo XX el tráfico y comercio de opio y sus principales derivados, la morfina y la heroína contaban ya con una amplia red de distribución y circulación de escala global que en gran medida respondió al

¹⁴⁹ Capó, "Clandestinidad, fiscalidad y tolerancia", 2015, p. 82.

¹⁵⁰ *Idem.*

¹⁵¹ *Idem.*

¹⁵² Capó, "Clandestinidad, fiscalidad y tolerancia", 2015, p. 83.

¹⁵³ *Idem.*

incremento en la demanda de esas sustancias debido a la Primera Guerra Mundial. En nuestro país, si bien su consumo estaba destinado principalmente a Estados Unidos, ya existía un consumo local en lugares como Mazatlán, Guadalajara, Ciudad Juárez, Ensenada y Ciudad de México. Fue así como ante el incremento del consumo, las denuncias por adulteración, las intoxicaciones por “sustancias peligrosas”, las ideas en contra de la población china y las presiones de Estados Unidos para que México cumpliera con los compromisos internacionales, se dictaron las primeras medidas en contra del consumo de las drogas.

El primer decreto para el control de las drogas promulgado en México fue firmado en 1915 por Venustiano Carranza y entró en vigor el 1 de enero de 1916. Con ese decreto se prohibió la producción, exportación, importación y tráfico de opio destinado a fines “no legítimos”, es decir los usos que no se consideraran “medicinales” o “científicos”.¹⁵⁴ Sin embargo, los permisos de importación y venta de opio en bruto, y para la venta de morfina, heroína y cocaína se siguieron otorgando sin dificultad.¹⁵⁵ Mediante ese decreto México formalizó los compromisos adquiridos en la Convención de La Haya de 1912 y según Domingo Schievenini la promulgación de ese decreto sirvió para que el gobierno de Estados Unidos reconociera a Carranza como titular del poder Ejecutivo.¹⁵⁶

Un año más tarde en el Congreso Constituyente de 1917 se discutió la necesidad de que el ejecutivo federal se encargara de las disposiciones de salud. El médico militar José María Rodríguez, jefe del aún Consejo Superior de Salubridad, sugirió que las medidas de higiene debían estar unificadas en órganos rectores a nivel nacional, controladas desde el centro y que debían seguir lineamientos internacionales esto se interpretó como una “dictadura sanitaria”.¹⁵⁷

Para lograr ese objetivo el doctor Rodríguez sugirió la creación de un Departamento de Salubridad General de la República que debía estar a cargo de todas las medidas de higiene, ser dependiente del ejecutivo federal y cuyas

¹⁵⁴ Schievenini, “La criminalización del consumo de Marihuana”, 2018, p.192.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 193.

¹⁵⁶ *Idem.*

¹⁵⁷ Aréchiga, “Educación, propaganda o ‘dictadura sanitaria’”, 2007, p. 64.

disposiciones debían ser obligatorias para los gobiernos de los estados.¹⁵⁸ El mismo doctor señaló que era impostergable el establecimiento de esa “dictadura sanitaria” a nivel nacional. Para él la acción del ejecutivo federal sobre la unificación de las medidas de higiene se debía imponer por la urgencia de la “regeneración de nuestra raza enferma”, en alusión a los sectores populares de quienes decía “en inmensa mayoría están degenerados por el alcohol y son descendientes de alcohólicos o degenerados por las enfermedades”¹⁵⁹, situación que preocupaba a las autoridades médicas y al gobierno porque la enfermedad y el consumo de alcohol significaban una baja en la productividad y un impedimento para el trabajo.

De ahí que el doctor Rodríguez insistiera en que era una “necesidad nacional” que el gobierno interviniera, “aun despóticamente”, sobre la higiene del individuo, de forma particular y colectiva. Esa intervención “despótica” se justificaba, según el doctor Rodríguez, porque el Estado mexicano tenía el “derecho de imponer reglas de bien vivir” para la “defensa de la mayoría.”¹⁶⁰ De esa forma, el tema de la higiene y la salubridad eran vistos por los gobiernos posrevolucionarios como un asunto colectivo, en donde la individualidad se debía dejar de lado porque las enfermedades no afectaban solo individualmente sino que ponían en riesgo a toda la sociedad.

Además del alcoholismo otra de las preocupaciones del doctor Rodríguez era el “envenenamiento por sustancias medicinales como el opio, la morfina, el éter, la cocaína, la marihuana, etcétera.”¹⁶¹ Según el doctor Rodríguez, el abuso del comercio de esas sustancias “tan nocivas a la salud” contribuía a la “degeneración de la raza” y por tal motivo urgía contrarrestarlas de manera efectiva y eficaz.¹⁶² Así justificó la intervención de las autoridades sanitarias en las iniciativas para procurar la salud de la población y en el control del comercio de las

¹⁵⁸ *Diario de los debates del Congreso Constituyente*, 18 de enero de 1917, t. II, p. 447. En <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/9738> [Consultado: 27 de mayo de 2022.]

¹⁵⁹ *Idem.*

¹⁶⁰ *Idem.*

¹⁶¹ *Diario de los debates del Congreso Constituyente*, 19 de enero de 1917, t. II, p. 469. En <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/9738> [Consultado: 27 de mayo de 2022.]

¹⁶² *Idem.*

llamadas “sustancias nocivas a la salud” que, a pesar de eso seguían siendo consideradas medicinales.

Las medidas propuestas por Rodríguez se llevaron a la práctica con la promulgación de la nueva Constitución Política el 5 de febrero de 1917. Fue así como el Consejo Superior de Salubridad se convirtió en Consejo de Salubridad General cuyas disposiciones serían obligatorias para todo el país, tendría un carácter ejecutivo y dependería directamente del presidente de la república sin intervención de ninguna Secretaría o Estado.¹⁶³ Se estableció el Departamento de Salubridad Pública, el cual 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.¹⁶⁴ Las medidas que el Consejo pusiera en vigor en la campaña contra el alcoholismo y las sustancias que “envenenan al individuo y degeneran la raza” serían revisadas por el Congreso de la Unión.¹⁶⁵

El 2 de marzo de 1920, se emitió el decreto titulado “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”¹⁶⁶ Ese decreto estableció que para introducir al país opio, morfina, heroína y cocaína o algún otro preparado que pudiera servir para “fomentar las manías de usar dichas drogas” se necesitaría permiso del Departamento de Salubridad, quien lo concedería a los establecimientos, comerciantes en drogas que tuvieran un responsable farmacéutico legalmente titulado.¹⁶⁷

También estableció que estaba “estrictamente prohibido el cultivo y el comercio de la marihuana”, esta planta fue la única prohibida sin posibilidad de ser regulada como en el caso de la adormidera cuyo cultivo y extracción de sus productos podía hacerse con permiso del Departamento de Salubridad.¹⁶⁸ Esas disposiciones iniciaron el camino hacia el prohibicionismo de dichas sustancias, y

¹⁶³ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 5 de febrero de 1917, art. 73, fracción XVI.

¹⁶⁴ *Idem.*

¹⁶⁵ *Idem.*

¹⁶⁶ “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, *Legislación de salubridad*, 1945, p. 97.

¹⁶⁷ *Idem.*

¹⁶⁸ *Idem.*

la primera en prohibirse fue la marihuana a pesar de que el opio también había sido fuertemente criticado.

En junio de 1923, el Departamento de Salubridad, publicó un acuerdo en el cual se estipulaba que a los denunciantes del tráfico o comercio ilícito de drogas heroicas se les concedería hasta un 50% de la multa que se impusiera a los infractores, cuando el Departamento de Salubridad decomisara drogas y acordara su remate la persona denunciante percibiría el 50% de los productos líquidos que se obtuviera de dicho remate.¹⁶⁹ Las drogas que se rematarían debían ser solamente las que pudieran destinarse al uso medicinal, pues las que estuvieran preparadas para el “vicio”, en el caso del opio, se refiere a su preparación para ser fumado, tenían que ser destruidas de acuerdo con el código sanitario vigente.¹⁷⁰

Según el acuerdo señalado los remates serían practicados por la Secretaría de Hacienda de acuerdo con el Departamento de Salubridad Pública y solo podían adjudicarse a los establecimientos expendedores de medicinas que cumplieran con los requisitos que señalaba el Decreto de 1920 y que garantizaran por su honorabilidad que los productos tendrían un uso legal.¹⁷¹

Un mes después la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, emitió otro decreto, el cual prohibió la importación de drogas heroicas que incluía al opio y extracto de opio; a la cocaína, sus sales y derivados; la heroína, sus sales y derivados, y la morfina, sus sales y derivados.¹⁷² Ese decreto es importante porque mencionó que la infracción a dicha disposición se consideraría como contrabando y las oficinas administrativas procederían al aseguramiento de las drogas conservándolas en depósito en tanto se pronunciara la sentencia judicial definitiva.¹⁷³ El 8 de enero de 1925, el presidente Calles expidió otro decreto que derogaba al de julio de 1923. El nuevo decreto señalaba las bases sobre las cuales se permitiría la importación de opio, morfina, cocaína y otras drogas bajo el permiso del Departamento de Salubridad Pública, pero prohibió la importación del

¹⁶⁹ “Acuerdo concediendo un tanto por ciento a los denunciantes del tráfico o comercio ilícitos de drogas heroicas”, *Diario Oficial de la Federación*, México, 26 de junio de 1923.

¹⁷⁰ *Idem.*

¹⁷¹ *Idem.*

¹⁷² “Decreto prohibiendo la importación de drogas heroicas”, *Diario Oficial de la Federación*, México, 28 de julio de 1923.

¹⁷³ *Ibid.*, Art. 2.

opio preparado para fumar, de marihuana en cualquiera de sus formas, y de heroína, sus sales y derivados; además establecía que se darían gratificaciones para quienes denunciaran el contrabando de las sustancias prohibidas.¹⁷⁴

Así iniciaban las restricciones más severas hacia las drogas, incluida la heroína. Un año más tarde, al promulgarse un nuevo Código Sanitario en 1926, la heroína quedó prohibida en nuestro país, al igual que sucedió en 1924 en Estados Unidos, las razones de su prohibición no parecen haberse discutido, sin embargo su prohibición se enmarca en un contexto en el que la prensa oficial y los saberes médicos comenzaron a señalar un incremento en el consumo de las llamadas drogas heroicas entre las cuales se incluía a la heroína.

Los años 1925 y 1926 marcan un comienzo en la radicalización de las políticas hacia el control de la producción, comercio y consumo de las drogas, ya que a partir de esos años fueron más severas y no se limitaban a la regulación de la compra-venta de sustancias sino también a su consumo y hacia los traficantes y consumidores, fue a partir de entonces que las autoridades sanitarias y las judiciales implementaron medidas para combatir el consumo de esas sustancias, como explicaremos en el siguiente capítulo.

¹⁷⁴ Astorga, *El siglo de las drogas*, 2016, pp. 34-35.

Conclusiones

En este capítulo se analizó el contexto en el que se sintetizó la heroína y las iniciativas gubernamentales que se pusieron en marcha para controlar el consumo del opio y sus derivados. Se retomaron las iniciativas contra el opio y la morfina porque su control contribuyó a que el uso de heroína aumentara al ser usada como alternativa al uso de morfina en algunas enfermedades, principalmente respiratorias como la tuberculosis e incluso se sugirió que tenía buenos resultados para ayudar a los “morfinómanos” a dejar de consumir morfina sin los riesgos que ésta conllevaba, de esa forma la heroína despertó grandes expectativas entre los médicos. Sin embargo, pronto algunos médicos advirtieron sobre las propiedades tóxicas de la heroína y aunque algunos lo sabían la siguieron suministrando a los pacientes lo cual originó los primeros casos de intoxicación por heroína.

Entre los argumentos que dieron origen a la prohibición del opio y posteriormente a sus derivados, los que más peso tuvieron fueron los intereses comerciales de los países involucrados, principalmente China, Inglaterra y Estados Unidos, esos intereses comerciales se mezclaron con la emergencia del espíritu prohibicionista y finalmente se sumaron los argumentos raciales en contra de las minorías que habían migrado hacia los Estados Unidos en busca de trabajo como los chinos y los mexicanos. Todos esos argumentos contribuyeron a que el opio y sus derivados fueran las principales sustancias que se tenían que regular y prohibir.

En el caso de la heroína la situación fue distinta pues esta sustancia alcanzó su mayor consumo cuando el opio y la morfina comenzaron a ser controlados, esa situación contribuyó a que la heroína se popularizara entre los consumidores de opio y morfina en los Estados Unidos y su venta continuó siendo libre hasta la segunda década del siglo XX para el caso mexicano y el de Estados Unidos, sin embargo en otros países se siguió usando hasta la década de 1950.

Capítulo II. Los discursos médicos y criminológicos en torno al consumo de heroína y el inicio de la intervención institucional sobre sus consumidores

Introducción

En México a mediados de los años veinte se promulgaron disposiciones legales importantes para el control de la producción, distribución y consumo de drogas como el Código Sanitario de 1926 y los Códigos Penales de 1929 y 1931. También en el ámbito internacional se celebró la Convención de Ginebra de 1925 y las medidas que se sugirieron para el control de drogas se volvieron más enérgicas. Esos dispositivos legales coinciden con el periodo de la primera posguerra en la cual el tráfico de sustancias se intensificó y adquirió dimensiones globales, además se suscitó una creciente preocupación por el aumento de las toxicomanías como resultado de las diversas afectaciones físicas y psicológicas derivadas de la Gran Guerra.

Es por eso que en este capítulo considero importante examinar cuáles eran los discursos médicos y criminológicos en torno al consumo de drogas y, en particular, hacia los consumidores de heroína en nuestro país para entender bajo qué argumentos se justificó la intervención gubernamental sobre el consumo de heroína y las acciones a las que recurrió el gobierno mexicano, a través del Departamento de Salubridad Pública, para combatir y prevenir su consumo durante los primeros años de la puesta en marcha del paradigma prohibicionista en México.

Al mismo tiempo esto permitirá cuestionar si la intervención gubernamental sobre el consumo de heroína se basó en una evidencia real sobre la existencia de un problema en el consumo o se construyó un problema desde los discursos médicos, criminológicos y desde el Estado mexicano.

1. “Predestinados, agotados y noctámbulos”: la campaña contra las drogas y las representaciones sobre los consumidores de heroína

Como se explicó en el capítulo anterior, con las convenciones de Shanghái en 1909 y La Haya en 1912, inició el desarrollo del paradigma prohibicionista en materia de drogas a nivel mundial, posteriormente con la adhesión de México a los acuerdos de La Haya nuestro país estaba obligado a limitar y controlar las actividades relacionadas con el opio como las importaciones, la venta y la posesión, sin embargo debido al caos derivado de los conflictos revolucionarios esos compromisos se dejaron de lado hasta por lo menos 1916 cuando se comenzaron a dictar reglamentaciones encaminadas al control de las drogas, que incluso adquirieron carácter nacional al plasmarse la importancia de poner en vigor la campaña contra el alcoholismo y atender la venta de “sustancias que envenenan al individuo y degeneran a la raza” en la Constitución Política de 1917.¹

Después de las disposiciones de 1920 y los posteriores acuerdos de 1923, en 1925, con el gobierno de Calles, se dio un nuevo impulso a las reglamentaciones en materia de drogas y a nivel internacional se celebró una nueva conferencia para el control de las drogas en Ginebra, Suiza. A partir de entonces México optaría por el prohibicionismo y la patologización y criminalización de los usuarios de drogas, siendo el Código Sanitario de 1926 y los Códigos Penales de 1929 y 1931 los dispositivos legales que ayudaron a consolidar esa vía. La historiografía sobre las drogas ya ha señalado cómo durante el periodo presidencial de Calles la persecución hacia los llamados toxicómanos se radicalizó debido a que los acuerdos y decretos en contra de la circulación e importación de drogas se multiplicaron, además en ese año se

¹ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 5 de febrero de 1917, art. 73, fracción XVI.

oficializó el Servicio de Narcóticos cuyo objetivo era impedir el comercio ilícito de drogas mediante la persecución de traficantes y viciosos.²

El gobierno mexicano para comenzar a tomar acciones contra el tráfico y consumo de enervantes se enfocó en dos estrategias, una fue la de profilaxis mediante lo que podemos denominar una campaña contra las drogas como táctica para prevenir el consumo y advertir de los peligros que podía ocasionar su uso. Esa campaña se apoyó en la difusión de noticias en la prensa mexicana relacionadas con el incremento del tráfico de drogas o el peligro de su consumo, así como con la información sobre las acciones gubernamentales que se llevaban a cabo nacional e internacionalmente en materia de drogas. La segunda estrategia consistió en la puesta en marcha de los dispositivos legales que legitimaron el control y la coacción sobre el consumo y los consumidores de enervantes. La promulgación de un nuevo código penal y un reglamento de toxicomanía para atender el “problema” de los usuarios que se consideraba representaban un peligro para la sociedad son parte de esa estrategia estatal para combatir a las drogas.

Ambas estrategias funcionaron paralelamente ayudando a construir una nueva forma de percibir el uso de drogas en la cual predominaron las ideas negativas sobre el consumo. De esta forma, en este apartado me centraré en la primera estrategia, la campaña contra las drogas, que comenzó a ser notoria a principios de los años veinte, y en cómo eran caracterizados o percibidos los consumidores de heroína tanto en la periódicos como en las descripciones médicas. Me basaré en la prensa de la época, en tesis médicas y algunos

² Véase Pérez, *Yerba, goma y polvo*, 2006, p. 19. Olvera, “Policías, toxicómanos y traficantes”, 2016, p. 69. 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, toxicómanos y traficantes”, 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 y prohibición*, 2016, p. 18

artículos difundidos en revistas, ya que son los principales testimonios de esas representaciones.

En México desde finales del siglo XIX aparecieron las primeras observaciones y descripciones clínicas sobre los consumidores de drogas, en específico sobre la morfina, sin embargo sobre la heroína comenzaron a aparecer hasta la década de 1920 y 1930. Esto se debe a que antes de estos años el llamado “problema de las drogas” no era algo que le preocupara al gobierno y a la sociedad, desde el punto de vista del tráfico y consumo, situación que cambió cuando el Estado mexicano se adhirió a las convenciones internacionales que promovieron la regulación y prohibición de las drogas enervantes y se emprendieron acciones que visibilizaron ese “problema” apoyándose en las ideas sobre la “degeneración de la raza” que circulaban en el país desde el siglo XIX.

Las primeras caracterizaciones que se pueden encontrar sobre los consumidores de heroína son de tipo médico, y fueron resultado de la experiencia de los practicantes adscritos a alguna sección médica o algún establecimiento de corrección, como la Penitenciaría del Distrito Federal, que fueron los lugares a donde eran enviados los toxicómanos antes de 1931. Uno de esos practicantes fue Carlos Alatorre³, este médico realizó estudios y observaciones en establecimientos de Beneficencia y Penales de la Ciudad de México en donde tuvo contacto con diversos consumidores de heroína.

Alatorre mencionó en su tesis *Contribución del estudio del heroínismo* (1924) que cuando comenzó a concurrir a la Penitenciaría quedó “admirado del contingente vastísimo que de toxicómanos” pusieron a su disposición.⁴ Esta afirmación fue una de las características importantes de los estudios y las noticias que se difundieron en la prensa oficialista de los años veinte y treinta, la idea de que los consumidores de heroína eran numerosos y aumentaban cada día

³ Existen pocos datos sobre este médico, sin embargo, su tesis *Contribución al estudio del heroínismo* (1924) constituye uno de los primeros testimonios sobre el consumo de heroína y sus usuarios en México. Ofrece datos sobre el diagnóstico, el tratamiento, el consumo y las prácticas de los consumidores de heroína. En la obra de Jesús Galindo y Villa (1867-1937), *Geografía de la República Mexicana*, del año 1927, también se publicaron extractos de la tesis de Alatorre.

⁴ Alatorre, *Contribución al estudio del heroínismo*, 1924, p. 22.

funcionó como una alarma que encendió las preocupaciones de las autoridades médicas, judiciales y de los especialistas de la época.

Alatorre aludía a que un gran número de los consumidores de enervantes se encontraban recluidos, en las prisiones o en instituciones de Beneficencia y que un porcentaje elevado de ellos eran consumidores de Clorhidrato de heroína, aspecto que despertó su curiosidad sobre la heroína declarándola una sustancia de moda.⁵ Por su parte, el médico Leopoldo Flores indicó que existía un grupo de sustancias venenosas llamadas drogas heroicas o enervantes, como el opio, la morfina, la heroína, la cocaína y la marihuana mismas que eran una verdadera “plaga social” que había invadido toda la tierra, “siendo enorme la expansión que ha tomado en los últimos años” y que debido al abuso que de ellas se hacía significaba un factor de “despoblación y degeneración” por lo cual frecuentemente eran causa de locura o demencia.⁶

De esta forma, el médico Leopoldo Flores, al igual que Alatorre, pensaba que el consumo de las drogas enervantes se estaba extendiendo y que representaba un peligro porque llevaban a la “degeneración”, esta idea de que algunas sustancias podían llevar a la degeneración estuvo presente en México desde mediados del siglo XIX y fue señalada sobre todo para el caso del consumo de alcohol. Como ha mencionado Rafael Huertas, la teoría degeneracionista o del degeneracionismo fue propuesta por August Benedict Morel en su *Tratado de degeneración de la especie humana* publicado en Francia en 1857, en ese tratado planteó que “los trastornos psíquicos eran expresión de la constitución anormal del organismo de los sujetos que la 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”.⁷

De acuerdo con esa teoría, las enfermedades tanto físicas como psíquicas se transmitían de una generación a otra a través de la herencia lo cual se pensaba

⁵ *Ibid.*, p. 10.

⁶ Citado en Galindo y Villa, Jesús, *Geografía de la República Mexicana*. Tomo II. Geografía, Biología y Geografía Humana, México, 1927, p. 28.

⁷ Huertas, *Locura y degeneración*, 1987, pp. 21-22.

peligroso, pues la población podía caer en un estado total de degradación si no se tomaban medidas para frenar y proteger a los habitantes. Además, Flores también se refirió a que el consumo de enervantes podía llevar a la locura, cuestión que fue una de las discusiones con respecto a la marihuana, pero que, en el caso de la heroína era poco mencionado, pues esta sustancia estaba más asociada con el crimen, la pobreza y los estragos físicos, que con la locura.

Pero volviendo al estudio de Alatorre, él mencionó que el heroínismo era el “vicio más en boga. De las intoxicaciones por venenos de la inteligencia, el heroínismo es la más reciente y generalizada de todas. En los centros de viciosos, priva la heroína como reina y señora”⁸, de acuerdo con esta cita de Alatorre, el uso de heroína era un vicio que atacaba la inteligencia de sus consumidores por eso se refería a la heroína como un “veneno de la inteligencia” que posiblemente volvía a sus consumidores víctimas y las enfermaba, sin embargo, no dejaba de considerar su uso como un vicio asociado con la relajación de las costumbres, es decir con la inmoralidad, y que se transmitía por imitación, por lo cual pensaba que su uso se estaba popularizando.

Alatorre se preguntaba, “¿pero de los innúmeros seres que forman el vasto y heterogéneo grupo humano, quiénes son los más avocados a esta esclavitud impuesta por los venenos de la inteligencia?” Para dar respuesta realizó una clasificación sobre quiénes eran los consumidores de heroína. Alatorre señaló que los más abocados a la toxicomanía eran los llamados “predestinados”. Entre ellos colocaba a los médicos y farmacéuticos, a quienes consideraba como seres particularmente predispuestos a las intoxicaciones con alcaloides como la morfina o la cocaína y también a la heroína.⁹ Alatorre explicaba ese aspecto refiriéndose a sus observaciones en las cuales mencionó que “la inmensa mayoría de los toxicómanos” habían usado varias especies de alcaloides antes de adoptar el uso de heroína y también registró que había otros consumidores de drogas que usaban varias sustancias a la vez. Aunque Alatorre no mencionó otras razones para considerar a los médicos y farmacéuticos como predestinados, es probable

⁸ Alatorre, *Contribución al estudio del heroínismo*, 1924, p.16.

⁹ *Ibid.* pp. 21-22.

que pensara que los médicos y farmacéuticos tenían facilidad de conseguir e incluso de aplicarse las sustancias.

El médico Manuel Renero, fue otro de los primeros en interesarse por definir la toxicomanía y explicar “la génesis de esos hábitos tóxicos”, en su tesis *Ligeros apuntes sobre la toxicomanía de las drogas heroicas en la capital de la República*¹⁰ señaló que la génesis de esos hábitos estaba “ligada al espíritu de imitación, al contagio mental y a la imprudencia médica que es más frecuente de lo que se cree.”¹¹ Renero al igual que Alatorre le confería a la imitación el poder de desencadenar una toxicomanía y consideraba que junto con la imprudencia médica eran la base de las intoxicaciones por drogas enervantes, a diferencia de Alatorre, Renero no consideraba a los médicos o farmacéuticos como predispuestos a algún tipo de toxicomanía, sino más bien los veía como parte de los que propiciaban el consumo problemático de enervantes.

Otro grupo que Alatorre identificó con el consumo de heroína era el de los agotados o “surmenés”, ese grupo estaba relacionado con la neurastenia, considerado otro de los males de moda, al respecto Alatorre mencionó que la “batahola de la vida moderna” y las necesidades mismas del moderno vivir eran el conjunto de causas que engendraban la neurastenia.¹² Según Alatorre, ese grupo era enorme a causa de las condiciones de vida del hombre en esos tiempos, pues la inmensa mayoría estaba inconforme con su suerte y se empeñaban en una lucha perpetua desigual en la que solo los más fuertes llegaban a triunfar.¹³

Según Alatorre, si esos seres se ponían en contacto con algún médico para combatir el agotamiento nervioso y sus complicaciones, como el insomnio, la debilidad general o la necesidad de estimulantes, seguían los consejos de un mal

¹⁰ Renero, *Ligeros apuntes sobre la toxicomanía de las drogas heroicas en la capital de la República*, 1925.

¹¹ *Ibid.* p. 12.

¹² Alatorre, *Contribución al estudio del heroínismo*, 1924, p. 23. El término *neurastenia* fue propuesto en 1879 por el médico Beard, Georges Miller (1839-1883). Y se usó para designar un estado de fatiga física y psicológica permanente acompañada de malestares funcionales diversos y variables. Beard consideró que ese tipo de neurosis era esencialmente estadounidense y masculina a consecuencia del clima de Estados Unidos, en el que una atmósfera seca y cargada de electricidad se combinaba con cambios de temperatura, y un ritmo de vida trepidante a que estaba sometido el hombre del Nuevo Mundo. Véase Postel y Quézel, *Nueva Historia de la Psiquiatría*, 2000, p. 589.

¹³ Alatorre, *Contribución al estudio del heroínismo*, 1924, p. 23.

amigo o la “impulsión malsana” los llevaba a probar por ellos mismos las “excelencias” de la heroína, estarían condenados, ya que la adaptación del “surmené” sería más rápida.¹⁴ En ese grupo de “surmenés”, Alatorre, colocaba a los obreros, de quienes decía que motivados por el deseo de experimentar sensaciones nuevas se ponían en contacto con la heroína contribuyendo así a engrosar las “pobladas filas del heroínismo”.¹⁵

Un grupo más era el de los “noctámbulos”, estos se encontraban tanto en la clase alta como en la clase media de la sociedad, eran personas que acudían a los espectáculos nocturnos: bailes, teatros, conciertos, etc., y señaló que ese tipo de espectáculos les provocaban vigiliadas prolongadas y repetidas que a la larga les producía un agotamiento de su sistema nervioso.¹⁶ El hábito de desvelarse era lo que les impedía escuchar “la voz de sus órganos en estado de necesidad” y por lo tanto abrían las puertas a todos los desórdenes nerviosos y a una predisposición a los “envenenamientos pasionales.”¹⁷

Alatorre reconoció que el heroínismo se encontraba en todas las clases sociales, pues “no respetaba rango social, y lo mismo se introduc[ía] en la oficina, que en el salón de sociedad o en el taller”, incluso en el grupo obrero que, según Alatorre, había llegado a engrosar las filas de esa intoxicación. Las motivaciones del consumo eran las mismas para todas las clases: el deseo de experimentar sensaciones nuevas y la búsqueda de lo desconocido, pero el mismo doctor consideró que en el caso de los obreros había mayor motivación pues tenían una vaga percepción de las satisfacciones humanas y por lo tanto buscaban un medio para olvidar sus ideas molestas y gustar de las “felicidades desconocidas”.¹⁸

Alatorre expuso que la literatura, el teatro y las artes se esforzaban por dar a conocer “la misteriosa dulzura y las paradisíacas delicias que proporciona la heroína.”¹⁹ Desde su punto de vista, el mal que la heroína había provocado se había extendido como gota de aceite y había penetrado en los otros medios

¹⁴ *Ibid.*, p. 24.

¹⁵ *Idem.*

¹⁶ Alatorre, *Contribución al estudio del heroínismo*, 1924, p. 25.

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ Alatorre, *Contribución al estudio del heroínismo*, 1924, p.24.

¹⁹ *Ibid.*, p. 26.

sociales “los de gente útil”, allí donde el trabajo parecía ser una garantía contra los excesos, se comenzaba a filtrar la heroína y era una cuestión que preocupaba no sólo a los médicos sino a la sociedad en general.

Así, para este médico, el que el heroínismo se extendiera entre los sectores populares, representaba un verdadero problema, pues aunque las motivaciones del consumo fueran las mismas, las consecuencias o el impacto sobre los menos favorecidos era mayor, idea que comenzó a circular en un contexto en el cual la productividad de la población era importante para superar el caos que habían ocasionado las pugnas revolucionarias y, por lo mismo, hábitos como el alcoholismo o el uso de enervantes eran incompatibles con el nuevo proyecto de gobierno.

La idea de relacionar el peligro de la toxicomanía con ciertos sectores sociales también fue mencionada por Renero para quien existían causas predisponentes que producían la toxicomanía. Esas causas eran la depresión psíquica, bajo la forma de psicastenia²⁰ y el hipofuncionamiento glandular.²¹ Según Renero en el primero la falta de los elementos necesarios para obtener la “satisfacción mental”, debido a la “falta de cultura”, o bien, por “escases de facultades mentales”, hacía que “determinados individuos se vuelvan toxicómanos”, ya que para lograr obtener esa satisfacción mental, recurrían al uso de “tóxicos”.²² Y en el segundo aspecto mencionó que “parecía” que el funcionamiento de las glándulas “vasculares-sanguíneas” no era ajeno a la patogenia de la toxicomanía, indicó que “dícese que una insuficiencia hepática adquirida o congénita transmitida por herencia, por ejemplo en, sujetos

²⁰ El término *psicastenia* fue acuñado por Pierre Janet en 1903. Lo uso para definir un debilitamiento de la fuerza nerviosa y su etimología significa “cansancio del alma”. Pierre Janet la definió como “una forma de depresión caracterizada por una disminución de las funciones que permiten actuar sobre la realidad debido a la sustitución por operaciones inferiores y exageradas, como las dudas, agitaciones y angustias y por la presencia de ideas obsesivas” Citado en Krassoievitch, “Pierre Janet y su influencia”, en *Salud Mental*, vol., 13, núm., 1, marzo de 1990, p. 12. Véase también Gómez Obregón Myriam, “Psicastenia: la fatiga del alma”, en <<https://www.psicoadactiva.com/blog/psicastenia-la-fatiga-del-alma/>>, [Consultado: 26 de julio de 2021]

²¹ Renero se refiere a la disminución de la actividad funcional y normal de un órgano o una parte de él, especialmente de los glandulares. “Hipofunción” en <https://www.definiciones-de.com/Definicion/de/hipofuncion.php#definicion_snip>[Consultado: 26 de julio de 2021]

²² Renero, *Ligeros apuntes sobre la toxicomanía*, 1925, p. 13.

tuberculosos, sifilíticos, heredo-alcohólicos, etc., viene a explicar en parte dicha patogenia; otro tanto debe resultar de las de secreción interna.”²³

En ese sentido, Renero también hizo referencia a la teoría degeneracionista al hablar de la transmisión de una insuficiencia hepática a través de la herencia, pero además llama la atención que este médico mencionaba directamente a grupos que se asociaban con enfermedades que se consideraban contagiosas y hereditarias, a esta lista Renero agregaba a los toxicómanos.

Otro grupo que mencionó Alatorre, era el de los “neurópatas o desequilibrados” en quienes la “herencia neuropática” y el género de vida habían contribuido a crear seres débiles, irritables, con “todas las condiciones malsanas que conducen al heroínismo: la investigación de lo desconocido, la necesidad de excitación intelectual o física, las tendencias a la imitación, la sugestionabilidad, la impresionabilidad exquisita o las impulsiones invencibles.”²⁴ Según Alatorre, esas características se encontraban de forma natural en ese grupo de “neurópatas”, pero en la mayoría de “heroínómanos” observó una “predestinación hereditaria” refiriéndose a anomalías físicas o mentales pertenecientes a una degeneración individual.²⁵

La “predestinación hereditaria” y la “herencia neuropática” señaladas por Alatorre colocaban a la herencia como una de las causas más importantes para que un individuo se convirtiera o no en “heroínómano” y también estigmatizaba a los consumidores de heroína al señalar que la mayoría de esos consumidores ya estaban predestinados al poseer anomalías físicas o mentales que provenían de una degeneración. Esa “degeneración” registrada por Alatorre, la había observado principalmente en *heroínicos* jóvenes, en quienes se habían presentado síntomas como: desórdenes nerviosos precoces, desarrollo físico precario y perturbaciones diversas de la nutrición que los ponía en un estado de debilidad general.

A pesar de esto, Alatorre mencionó que la inteligencia de los consumidores de heroína no se veía afectada, pues muchos de ellos conservaban una gran

²³ *Idem.*

²⁴ Alatorre, *Contribución al estudio del heroínismo*, 1924, p.26.

²⁵ *Ibid.*, p. 27.

imaginación y facilidad para expresarse correctamente.²⁶ No obstante, eran de carácter triste y solitarios, de adultos presentaban síntomas de neurastenia, insomnio, perturbaciones de la sensibilidad, jaquecas y tenían un carácter voluntarioso y rebelde, todo eso constituía el punto de partida de su “pasión por la heroína”.

Finalmente Alatorre señaló que la heroína también era usada por algunos como instrumento para el suicidio, mencionó que todo heroinómano verificaba su “suicidio moral”, pero para algunos “desesperados” el consumo de heroína constituía un medio de muerte voluntaria, una muerte lenta que alejaba las sospechas de la opinión pública.²⁷ Denunció que los servicios médicos de mujeres eran un foco de propagación muy peligroso pues ahí se encontraban numerosas “histéricas y predestinadas de todo género”²⁸ cuestión difícil de comprobar, debido a que existen pocos registros sobre mujeres consumidoras de heroína.

En las observaciones y el cuadro general que Alatorre ofrece muestra los diferentes grupos asociados con el consumo de heroína y deja entrever una preocupación por la filtración del heroínismo entre los sectores populares, así como por las consecuencias de ese consumo entre los sectores privilegiados, también hace énfasis en la cuestión de la moda y la imitación entre las personas para consumir heroína como un factor de riesgo en la sociedad mexicana.

Al igual que en el ámbito médico en la prensa de otras ciudades como Guadalajara se hizo un llamado para remediar la “degeneración” en la que “gradualmente se estaba sumiendo la juventud metropolitana.”²⁹ Las noticias que aparecieron en los años veinte también trataron el consumo de enervantes como un problema relacionado con la moda, la imitación y la juventud que se decía ocasionaban la propagación del consumo. *El Informador* puso un ejemplo de esto:

— ¿Gusta usted tomar una copa?

Le dice a uno con la mayor frescura

²⁶ *Idem.*

²⁷ *Ibid.*

²⁸ *Ibid.*, p. 30.

²⁹ Zutano, “Sin comentarios”, *El informador*, Guadalajara, 20 de diciembre de 1920, p. 2.

— ¿Acepta usted una inyección de morfina, mi querido amigo?

Y aunque en el fondo sienta usted terror por estas modas químicas, hay casos en que, por estar al corriente con las costumbres, acepta usted la invitación, y se mete con su amigo a un antro de los innumerables que existen en pleno centro y descende usted a abismos inenarrables y participa de cosas que solo un senador marihuano podría imaginar en sus mejores ratos.

[...]

— ¿Qué van a tomar los señores?

[...] Tres cocteles y dos cajas de cocaína, pero que estén bien servidos.³⁰

Ese tipo de notas, publicadas antes de la prohibición de los alcaloides derivados del opio, que ocurrió en 1926 cuando se publicó el nuevo Código Sanitario, fueron útiles para llamar la atención sobre un supuesto aumento del consumo de drogas como la morfina y la cocaína que se relacionaba con los sectores más adinerados, también pretendía mostrar la facilidad de adquirir dichas sustancias.

Desde 1924, comenzaron a aparecer en la prensa nacional, de manera poco frecuente, referencias a detenciones de vendedores de drogas enervantes y a una campaña contra las drogas heroicas. Por ejemplo, en Ciudad Juárez la prensa indicó que la campaña contra el consumo y explotación de las llamadas drogas heroicas continuaba activa en la ciudad, aunque no se mencionó que fuera parte de una disposición federal, sino más bien estatal.³¹ En esa nota se reveló que uno de los últimos golpes dados por la policía judicial fue contra la botica llamada de “La Cruz Roja” en donde se detuvo al propietario y al farmacéutico, quienes fueron puestos en libertad, no sin antes decomisarles varios paquetitos de heroína que habían vendido a un individuo.³²

³⁰ *Ibid.*

³¹ “Continúa la campaña contra la explotación de drogas heroicas”, *El Informador*, Guadalajara, 28 de mayo de 1924, p.6.

³² *Ibid.*

En otro de los casos informados en la nota, un alemán fue aprehendido por encontrársele una “gran cantidad de morfina” traída de Alemania, pero fue puesto en libertad luego de pagar una fuerte multa. La nota cerraba advirtiendo que los castigos serían mayores debido a que el gobierno de la república tendría injerencia directa en ese tipo de cuestiones, pues “la campaña de referencia se quiere que sea efectiva y ejemplar.”³³

El 8 de enero de 1925, Calles publicó un nuevo decreto en el cual se mencionaron los productos cuya importación estaría sujeta al permiso del Departamento de Salubridad Pública, así como los que no necesitaban permisos de importación cuando no excedieran de ciertas cantidades, por ejemplo 2% de opio, 1% de extracto de opio, 0.2% de morfina, 20% de hojas de coca y 2% de extracto de coca.³⁴ El decreto estableció que “queda estrictamente prohibida la importación de opio preparado para fumar, de marihuana en cualquiera de sus formas, de heroína, sus sales y derivados”.³⁵ Sin embargo, no se aludió a la razones específicas para prohibir la importación de cada sustancia, pero como hemos visto la campaña en contra del comercio y consumo de esas sustancias ya estaba en marcha y seguramente la visión que se difundió en la prensa influyó en el cambio de percepción hacia las drogas de ser consideradas sustancias medicinales a peligrosas.

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.³⁶ Al mismo tiempo, como ha señalado la historiografía sobre las drogas, esas disposiciones legales, sentaron las bases para poner énfasis en la posición prohibicionista que justificó la criminalización de

³³ *Ibid.*

³⁴ Astorga, *El siglo de las drogas*, 2016, p. 35.

³⁵ *Idem.*

³⁶ Schievenini, *La prohibición de las drogas*, 2013, pp. 63-64.

la producción, venta y consumo de varias sustancias por el Estado mexicano, sustancias que unos años antes eran consideradas medicamentos.³⁷

Ese mismo año 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”.³⁸ Para finales de 1925, una noticia proveniente de la Ciudad de México, anunció en *El Informador* que el Departamento de Salubridad dictaría nuevas y enérgicas medidas para evitar que en el país desembarcaran drogas heroicas, según la nota, esas medidas se tomarían como resultado del “intenso incremento de los individuos que se dedican a aspirar cocaína y heroína en esta capital, así como el opio y otras drogas que contribuyen a la degeneración del individuo que las usa”.³⁹ También se mencionó que se impondrían duras penas para los infractores aparte de la confiscación de las drogas.

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 marihuana en cualquiera de sus formas, además de los preparados que contuvieran alguna de las sustancias señaladas anteriormente.⁴⁰ Las autoridades sanitarias, tenían el predominio sobre las políticas en torno a las drogas, incluso el Consejo de Salubridad General podía aumentar la lista de drogas enervantes, 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”.⁴¹

El artículo 197, estableció que el comercio, la importación, exportación, elaboración, posesión, uso, consumo y en general todo acto de adquisición,

³⁷ Véase Pérez, *Tolerancia y prohibición*, 2016; Pérez, *Hábitos, normas y escándalo*, 1997; Pérez, *Yerba, goma y polvo*, 1999; Astorga, *Drogas sin fronteras*, 2015; Escohotado, *Historia general de las drogas*, 1998; Gutiérrez, “La Prohibición de las drogas”, 1996, Enciso, *Nuestra historia narcótica*, 2015; Schievenini, “La prohibición de la marihuana”, 2012.

³⁸ Véase Viesca, “Eduardo Liceaga”, 1998. pp.16-17.

³⁹ “Se evitara la entrada a México de drogas heroicas”, *El Informador*, Guadalajara, 12 de noviembre de 1925, p. 5.

⁴⁰ *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, 8 de junio de 1926, art. 198.

⁴¹ *Ibid.*, art. 199

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.⁴² La importación, exportación, elaboración, uso y consumo del opio preparado para fumar, la heroína, sus sales y derivados y la marihuana, quedaron prohibidas.⁴³ Así como el cultivo de la marihuana y de la adormidera.⁴⁴

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.⁴⁵ 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.⁴⁶

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.⁴⁷ De esta forma las nuevas normas consideraban el consumo habitual de las drogas como una enfermedad, al ordenar su reclusión para conseguir su curación.

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

⁴² *Ibid.*, art. 197.

⁴³ *Ibid.*, art. 200.

⁴⁴ *Ibid.*, art. 203.

⁴⁵ *Ibid.*, art. 201.

⁴⁶ *Ibid.*, art. 205.

⁴⁷ *Ibid.*, art. 206.

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.

La repentina prohibición de heroína también despertó algunos desacuerdos entre los farmacéuticos y los médicos del Departamento de Salubridad, así lo sugiere un artículo publicado en *La Farmacia*. En esa publicación se reprodujo una nota sobre el tratamiento de la Hemoptisis tuberculosa mediante la heroína, dicho tratamiento era usado en el Hospital Fermín Ferreiro en Montevideo, en ese artículo se defendía el uso terapéutico de la heroína, considerándola más eficaz que la morfina y la codeína, ya que se decía “no producía depresión, cardiaca, malestar, vómito, laxitud ni hábito”. Por tal motivo los farmacéuticos consideraban que la heroína era un medicamento seguro e indiscutible en el tratamiento de la hemoptisis y declararon que se debía:

[...] pensar en el perjuicio que ha hecho a los pacientes el Departamento de Salubridad al proscribir y retirar del arsenal terapéutico y del práctico, el uso de esa droga eminentemente útil. [...] El Cuerpo Médico Mexicano y la Academia Nacional de Medicina deben tomar nota de este caso terapéutico e iniciar una campaña humanitaria en favor de los pacientes, a fin de que se levante la prohibición, recientemente acordada, acerca del uso, *exclusivamente médico y terapéutico* de algunos medicamentos, que como el cannabis y la heroína son insubstituíbles en el tratamiento de muchas enfermedades.⁴⁸

Sin embargo, no hubo ninguna respuesta de las autoridades sanitarias y tanto la marihuana como la heroína perdieron su utilidad como medicamentos para pasar a la clandestinidad. Una vez decretado el nuevo Código Sanitario de 1926 y de haberse señalado cuales eran las llamadas drogas enervantes, el Estado mexicano implementó otras estrategias para atender el “problema de las drogas y las toxicomanías”, que si bien no existe evidencia suficiente para afirmar que el

⁴⁸ “Nota terapéutica”, *La Farmacia. Órgano de la Sociedad Farmacéutica Mexicana*, número 20, agosto de 1926, México, p. 308. Las cursivas aparecen en el original.

consumo de enervantes representara un problema grave en la República Mexicana, en la prensa se promovió, de manera sensacionalista, la idea de que sí lo era. Además, en los círculos de médicos y criminólogos también se discutió sobre el uso no medicinal de las drogas y sus consecuencias individuales y sociales.

A partir de 1926, con la prohibición de las drogas enervantes por el Código Sanitario, las noticias contra las drogas, los vendedores y sus consumidores fueron más frecuentes. En la prensa se informaba que se habían quemado quince kilos de heroína y diez de cocaína decomisados en un contrabando que se trataba de introducir al país por la frontera norte de México.⁴⁹ También se anunció que el gobierno seguiría en su “intensa campaña en contra de los explotadores de las drogas heroicas y contrabandistas en general.”⁵⁰ De acuerdo con la nota, la campaña ya no solo era contra las drogas enervantes sino también contra los traficantes y consumidores, ya que desde ese entonces existía dificultad para diferenciar a los consumidores de los traficantes.

En 1927, otra nota anunció que varios “viciosos” habían sido capturados, un “cocainómano” quien ya había sido castigado numerosas veces en la cárcel pública y que en esa ocasión había sido aprehendido en los momentos en que se dedicaba a “aspirar la fatal droga” de la que se le recogió “un papel conteniendo varios gramos”.⁵¹ También se detuvo a otro individuo, su proveedor, que, según la prensa, desde hace tiempo vendía cocaína, heroína y toda clase de drogas y quien “para completar su buen servicio, pon[ía] inyecciones de esas mismas drogas a los que así lo solicita[ban]”.⁵² Ambos fueron llevados a la Penitenciaría del Estado en donde se les aplicaría un “duro castigo” debido a que, según la nota, estaba “terminantemente prohibido el comercio de drogas y el uso de ellas, salvo en casos que los autorice la prescripción médica.”⁵³

⁴⁹ “Fueron quemados veinticinco kilos de drogas heroicas”, *El Informador*, Guadalajara, 12 de marzo de 1926, p. 3.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ “Varios viciosos capturados ayer”, *El Informador*, Guadalajara, 18 de septiembre de 1927, primera plana.

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Ibid.*

La nota anterior ejemplifica como después de la publicación del Código Sanitario de 1926, se comenzó a perseguir a traficantes y consumidores de enervantes, ya que el uso, consumo o producción de opio, heroína y marihuana, quedo prohibido y solo el Departamento de Salubridad debía encargarse de las actividades relacionadas con ellas. El Departamento de Salubridad tenía la autoridad para “evitar o castigar cualquier acto que implique o favorezca el uso vicioso de drogas enervantes”.⁵⁴ Pero, aún no existía un fundamento de tipo penal para privar a los consumidores de su libertad.

Sin embargo, en la prensa continuaron apareciendo noticias sobre la detención de traficantes y toxicómanos por igual, como muestra del “éxito” que estaban teniendo las disposiciones del nuevo Código Sanitario. Como se ha mencionado el término “toxicómano”, ya era empleado —en los círculos médicos y en las notas periodísticas—, el capítulo tercero del Código Sanitario 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.⁵⁵ En el capítulo sexto dedicado a las drogas enervantes, no se mencionó el término toxicómano sino que se refirió a ellos como “personas que hubieran adquirido el vicio de drogas enervantes”.⁵⁶ En ese sentido, existía una ambigüedad en la forma de entender al consumidor de drogas pues entre los médicos se comenzaban a referir a ellos como enfermos, pero en el Código Sanitario los consideraban como viciosos.

A partir de entonces la campaña de prevención contra las drogas se hizo más presente en la sociedad. Se organizó la “Semana dedicada a la propaganda contra las drogas enervantes”, influenciada por la política antinarcótica de Estados Unidos, que en febrero de 1927 organizó la “Semana de educación contra las drogas”.⁵⁷ 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

⁵⁴ *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, 8 de junio de 1926.

⁵⁵ *Ibid.*, art. 72.

⁵⁶ *Ibid.*, art. 206.

⁵⁷ Véase Gutiérrez, “Consumo y tráfico de opio en México”, 1996, p.94. Del mismo autor “La prohibición de las drogas en México”, 1996, pp. 91-92.

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.⁵⁸ La “Semana de educación contra las drogas” tenía la finalidad de esparcir entre la población el espíritu de lucha contra esas sustancias, 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”.

A pesar de su organización, al parecer la campaña no tuvo mucho éxito y hay pocas referencias sobre ella. La película el “Puño de hierro”, filmada en Orizaba, Veracruz en 1927⁵⁹, parece haber sido parte de esa campaña. Aunque esta película no llegó a exhibirse en la Ciudad de México, fue estrenada en el Teatro Llave de Veracruz. “El puño de hierro” sirvió para reafirmar una clara representación de quiénes eran o cómo lucían los toxicómanos y de su asociación con el crimen, la enfermedad y la miseria.

La película muestra como un joven movido por la curiosidad accede a que El Buitre, quien regentea un “antro de vicio”, le aplique una inyección de morfina adquiriendo así la afición por esa droga, en la película se refieren a la toxicomanía como una “depravación” que mina la salud y se representa la promoción de conferencias públicas dictadas por un médico para advertir los “horrores del uso de las drogas heroicas”. A pesar de eso, también se resalta que las drogas aplicadas por expertos, como los médicos, podían ser benéficas, pero se hizo mayor hincapié en las “deformidades” que supuestamente padecían los hijos de los “drogadictos” y en el porvenir que les esperaba a los “viciosos” mostrando imágenes de lo que parece ser un manicomio.

Otro argumento de dicha cinta es la venta de drogas como un gran negocio y la explotación de los consumidores que caían en las manos de los traficantes, se sugiere que muchos de los toxicómanos eran personas de buena posición social, pero que terminaban en la miseria por el consumo de drogas, además se alude a que los traficantes, tanto hombres como mujeres, trabajaban organizados y

⁵⁸ *Idem.*

⁵⁹ García Moreno, Gabriel, *El puño de hierro*, México, 1927.

muchas veces encubiertos de personas de “bien” para hacer prosélitos, incluso se muestra a los médicos como los responsables de abastecer a los traficantes.

Los toxicómanos son representados como personas “perdidas en el vicio” en un “cuartucho” sucio, sobre colchones viejos y antihigiénicos, gastando mucho dinero y untándose en las encías o aspirando un polvo que parecía ser heroína o morfina, en la cinta el lugar era llamado “antro de vicio” o “departamento de los sueños”. De esta forma, “El Puño de hierro” claramente funcionó como propaganda en contra del uso de drogas y ayudó a reforzar la idea de que se debía perseguir el consumo por las consecuencias que podía ocasionar individual y socialmente.

2. Los discursos médicos y criminológicos sobre los consumidores de heroína y los códigos penales de 1929 y 1931

La segunda estrategia usada por el gobierno mexicano para intervenir y controlar el problema de las drogas fue la puesta en marcha de los dispositivos legales que ayudarían a legitimar la persecución y reclusión de traficantes y consumidores de drogas enervantes. En este apartado se explicará en que consistían esos dispositivos y cuáles eran los discursos en torno al consumo de heroína.

En 1929 se decretó un nuevo código penal que derogaba al de 1871. En el nuevo código confluyeron ideas del ámbito sanitario, médico-psiquiátrico y criminológico que legitimaron las acciones legales que se emprenderían contra los traficantes y consumidores de enervantes. Hasta ese momento las cuestiones que tenían que ver con los toxicómanos habían quedado en el ámbito sanitario, lo cual cambió en el nuevo código, ya que se establecieron sanciones para la embriaguez habitual y la toxicomanía.

El nuevo código estaba basado en las ideas de la escuela positivista del derecho penal, la cual consideraba que “las acciones humanas estaban determinadas por factores ajenos a la voluntad del actor”, esos factores podían estar en el entorno social, cultural o ambiental (simpatizantes de la sociología criminal) o en el organismo del delincuente (defensores de la antropología

criminal).⁶⁰ Esta cuestión llevó a plantear una justicia diferenciada de acuerdo al peso que en cada individuo tenían los factores que determinaban su conducta criminal, es decir, según la peligrosidad de cada delincuente.

El término *peligrosidad* fue acuñado por Enrico Ferri, uno de los más célebres representantes de la criminología positiva, según Ferri la peligrosidad podía ser de dos tipos: la criminal, que se manifestaba en los individuos que delinquirían, y la social o predelictual presente en individuos propensos a cometer crímenes debido a factores biológicos, psicológicos y sociales, por ejemplo: alcohólicos, toxicómanos, vagos y mendigos, entre otros.⁶¹ De ahí 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 exijan”.⁶²

Según José Almaraz, presidente de la comisión redactora del código, “la pena, en vez de ser expiación de un pecado cometido, debía ofrecer una protección, una defensa de la sociedad contra los individuos peligrosos”.⁶³ Así, mediante el código, el Estado defendería a la sociedad de los peligros que la acechaban o más bien de los considerados “peligrosos”. En este sentido, en el código se reiteraba en varios artículos, que el toxicómano debía ser recluso.

El capítulo X del código se tituló “De las sanciones para los delincuentes en estado de debilidad o anomalías mentales” en el cual se incluyó a los “ebrios habituales y a los toxicómanos”. El artículo 126 especificó “Los delincuentes locos, idiotas, imbeciles, o los que sufran cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, serán reclusos en manicomio o en departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación y sometidos, con autorización de facultativo a un régimen de trabajo”⁶⁴ En ese artículo y en el 128 estaban contemplados los toxicómanos a quienes se debía recluir en caso de delinquir. La reclusión sería en algún hospital o departamento especial del manicomio hasta que estuvieran “completamente curados o corregidos” a juicio de los facultativos

⁶⁰ Speckman, “Reforma legal”, 2008, p. 586.

⁶¹ Rojas, “Una amenaza siempre viva”, 2018, p. 275-276.

⁶² *Código Penal de 1929*, art. 68.

⁶³ Speckman, “Instituciones de Justicia”, 2018, p. 94.

⁶⁴ *Código Penal para el Distrito y Territorios Federales de 1929*, art., 126.

del establecimiento y del Consejo Supremo de Defensa y Prevención Social.⁶⁵ Además, durante el periodo de curación serían sometidos a un régimen de trabajo con aislamiento nocturno.⁶⁶

De acuerdo con esos artículos los toxicómanos eran entendidos como enfermos y esas sanciones se aplicarían solo en caso de que cometieran algún delito. Sin embargo, en otros artículos del mismo código se dictaron medidas que implicaron la criminalización de los consumidores de drogas, no solo de los que cometían un delito, sino también de los que no delinquirían. El artículo 190 mencionó que los “alcohólicos y toxicómanos que hayan sido condenados por delitos distintos de la embriaguez habitual o toxicomanía, y que durante su condena no se hubieran curado, continuarían reclusos en el establecimiento especial respectivo por todo el tiempo necesario para su curación.”⁶⁷ Esto implicaba una reclusión forzosa de tiempo indefinido avalada legalmente por el código penal y que derivaba en una privación de la libertad de los consumidores.

El título séptimo de este código se refería a los “delitos contra la salud” el artículo 507 indicaba que se impondría segregación de uno a cinco años y multa de treinta a noventa días de utilidad al que “importe, exporte, comercie, compre, venda, enajene, use o ministre en cualquier forma o cantidad, alguna substancia exclusivamente preparada para un vicio de los que envenenan al individuo y degeneran la raza”⁶⁸ Con este artículo se comenzó a complicar y a ser ambiguo el cómo considerar a los toxicómanos, como enfermos o como delincuentes, ya que al mencionar el uso, en cualquier forma o cantidad, de las sustancias preparadas

⁶⁵ Esta fue una institución creada el 15 de diciembre de 1929, al ponerse en vigor el Código Penal. El 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. Según la psiquiatra Mathilde Rodríguez Cabo esta 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, encargadas de los estudios médicos sociales de los delincuentes. Véase Rodríguez Cabo, Mathilde, “Estudio médico de los delincuentes”, 1933, pp. 97-109.

⁶⁶ *Código Penal para el Distrito y Territorios Federales de 1929*, art.,128.

⁶⁷ *Ibid.*, art.190.

⁶⁸ *Ibid.*, art. 507, fracción VI.

para un vicio como se consideraba al opio, la marihuana y la heroína, se estaba pensando el consumo como un delito.

También en otro artículo, se señaló que la autoridad judicial competente podía internar por todo el tiempo que fuera necesario para su curación 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”⁶⁹ Este fue un artículo importante ya que permitía la injerencia de la autoridad judicial para perseguir y detener a los consumidores.

De esta forma, como se puede leer en los artículos mencionados, los toxicómanos al estar contemplados por primera vez en el código penal eran vistos como individuos en “estado peligroso” que por su estado mental debían permanecer recluidos en un hospital especial, siempre y cuando se comprobara que sufrían de toxicomanía. Lo mismo pasaría si eran detenidos por cometer algún otro delito. Sin embargo, el código de 1929 sólo estuvo vigente unos meses y fue sustituido por el Código Penal de 1931 que tenía una tendencia “eclectica y pragmática”, ya que este código trató de superar los principios de la escuela clásica y tomó algunos postulados de la escuela 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.⁷⁰

Los redactores del Código de 1931 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.⁷¹ -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.⁷² Las sanciones fueron llamadas “penas y medidas de

⁶⁹ *Ibid.*, art. 521.

⁷⁰ Speckman, “Reforma Legal”, 2008, p. 603.

⁷¹ *Idem.*

⁷² *Ibid.* p. 605.

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.⁷³

En cuanto al caso de los toxicómanos, en todo el código no se les volvió a mencionar salvo en el artículo 255 que se refería a “vagos y malvivientes” en el cual se 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. Es decir, 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.”⁷⁴ En este nuevo código se intentó no criminalizar al consumidor, pero se terminó haciéndolo al incluir la toxicomanía como un mal antecedente y aplicar una sanción de relegación.

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.⁷⁵

Este código hizo referencia a que continuaban vigentes los reglamentos y disposiciones expedidas por el Departamento de Salubridad, devolviéndole su preeminencia a la autoridad sanitaria sobre las drogas enervantes. También se penalizó a quienes sembraran o cultivaran drogas enervantes y a los que importaran o exportaran ilegalmente esas drogas.⁷⁶

El uso de enervantes no se mencionó, solamente la posesión. Esto 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

⁷³ *Código Penal para el Distrito y Territorios Federales de 1931*, art. 24.

⁷⁴ *Ibid.*, art. 255.

⁷⁵ *Código Penal de 1931*, art. 194.

⁷⁶ *Ibid.* arts. 194-197.

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.⁷⁷ De acuerdo con el artículo 21 constitucional si el infractor no pagaba o no podía pagar la multa, podía permutarla por un arresto que no debía ser mayor a quince días.⁷⁸ 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.⁷⁹ Pero, esas circunstancias atenuantes no aplicaban para los consumidores de drogas, ya que su uso no se consideraba accidental, sino habitual y voluntario.

3. Los consumidores de heroína y su asociación con el crimen y la pobreza

En las primeras décadas del siglo XX, la criminalidad era el tema social de mayor preocupación entre las élites y los especialistas de la época. Según Pablo Piccato, los sectores acomodados percibieron que la criminalidad era más intensa y más peligrosa después de 1900 que en cualquier momento previo de la historia de la capital.⁸⁰ Esa percepción fue resultado de la modernización que se experimentó durante el Porfiriato tardío, los cambios tecnológicos que se estaban produciendo, la expansión urbana, la llegada de migrantes a la ciudad y la falta de infraestructura para prestar servicios básicos a la población, pues mientras el centro y las colonias de clase alta recibieron más infraestructura y protección

⁷⁷ *Código sanitario*, 1926, art. 474.

⁷⁸ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 1917, art. 21.

⁷⁹ *Ibid.* art. 15.

⁸⁰ Piccato, *Ciudad de sospechosos*, 2010, p. 21.

policial, la mayor parte de la ciudad creció sin mucho orden debido al abandono de las autoridades urbanas.⁸¹

Piccato señala que el crimen siempre fue una preocupación entre los habitantes de la ciudad, sin embargo, las evidencias estadísticas que ha recopilado⁸² muestran que después del conflicto revolucionario y hasta la década de 1980 hubo un descenso de la criminalidad.⁸³ A pesar de los sesgos que pueden existir en las estadísticas sobre el delito, es posible establecer algunas directrices sobre el tema. Piccato ha dado cuenta de la existencia de tres tendencias generales en las tasas delictivas en el Distrito Federal durante el siglo XX: un aumento, alcanzando los niveles más altos, en la última década del Porfiriato, una disminución a partir de la década de 1920 hasta la década de 1980, y luego un aumento pronunciado hasta la actualidad.⁸⁴

El descenso en las tasas de la delincuencia después de 1920 se ha relacionado con el aumento en los índices de alfabetización, los ingresos monetarios, el gasto estatal, etc., pero también, puede ser el resultado de la apreciación de las víctimas y de los delincuentes sobre la eficacia del sistema policial y judicial.⁸⁵ Es decir, si un crimen tenía menor probabilidad de ser castigado, los delincuentes tenían mayores incentivos para cometer un delito, y las víctimas menos razones para presentar cargos. De esta forma, el descenso en el crimen, puede deberse a que la impunidad y la poca confianza de la población en las autoridades los llevara a no denunciar y por tanto quizá la delincuencia en realidad no haya disminuido.

No obstante, la prensa y las discusiones entre los especialistas de la época dan cuenta de la importancia que tenía el problema de la criminalidad entre la opinión pública y al mismo tiempo muestran cómo esos canales de información

⁸¹ Beltrán y Piccato, "Crimen en el siglo XX: Fragmentos de análisis sobre la evidencia cuantitativa", en <<http://www.columbia.edu/~pp143/fragme~1.htm>> [Consulta: 23 de abril de 2021]

⁸² Las estadísticas del crimen recopiladas por Pablo Piccato están disponibles en Piccato, "Estadísticas del crimen en México: Series históricas, 1901-2001", <<http://www.columbia.edu/~pp143/estadisticascrimen/EstadisticasSigloXX.htm>>; otra versión se encuentra en Piccato, Hidalgo y Lajous, "Estadísticas del crimen en México: Series históricas 1926-2008", en <<https://ppiccato.shinyapps.io/judiciales/>>, [Consulta: 25 abril de 2021]

⁸³ Piccato, "A Historical Perspective on Crime", 2003, p. 3.

⁸⁴ *Idem.*

⁸⁵ Piccato, "A Historical Perspective on Crime", 2003, p. 4.

contribuyeron a exacerbar la percepción negativa sobre el asunto. Martha Santillán señala que entre 1930 y 1950, especialistas como los sociólogos, pedagogos, psicólogos y criminólogos estaban convencidos de que la delincuencia respondía a factores como la pobreza, los vicios y la sexualidad fuera de la norma, por esa razón, se consideraba necesario “adoctrinar a las clases sociales de menor cultura para que huyan del vicio y de la delincuencia”.⁸⁶ Así, los criminólogos consideraron que la herencia no era la única causa de la criminalidad y retomaron el entorno social como otra explicación de la adquisición de conductas envilecedoras y delictivas.⁸⁷

Odette Rojas menciona que la mayoría de autores que escribieron en la revista *Criminalia*, tanto juristas como médicos, tenían influencias de la criminología positiva y reconocían la importancia de los factores hereditarios, genéticos o endocrinos en los delincuentes, sin embargo, también mostraron interés y preocupación por las causas sociales del delito.⁸⁸

Esos especialistas señalaron la importancia que tenía el mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores con menos recursos, como medida de prevención y eliminación del crimen, los vicios y la pobreza. De esa forma, la educación, la higiene, el trabajo, y en general, el progreso material de los sectores populares, se convirtieron en los ejes rectores de las políticas públicas de los años veinte y treinta, pero se dejó de lado el funcionamiento del sistema judicial. Martha Santillán señala que a partir de 1931, con la promulgación del nuevo Código Penal, se puso más énfasis en la persecución policial que en la impartición de justicia, ello debido a que el Código Penal de 1931 estableció la separación entre el Ministerio Público, que llevaba la parte acusadora, el juez de instrucción encargado del proceso y la policía judicial comisionada de la investigación.⁸⁹

Dicho contexto coincide con la criminalización de los traficantes y consumidores de drogas enervantes que ha sido señalada por diversos autores de

⁸⁶ Véase Santillán, *Delincuencia femenina*, 2017, p. 13.

⁸⁷ *Idem*.

⁸⁸ Rojas, *La metrópoli viciosa*, 2019, p. 119.

⁸⁹ Santillán, *Delincuencia femenina*, 2017, p. 4.

la historiografía de las drogas.⁹⁰ De acuerdo con Pérez Montfort, la condena social hacia el consumo de drogas siguió un camino vertical, de arriba hacia abajo, que comenzó entre las élites económicas y políticas y pretendió imponerse en los sectores populares, sin embargo, esos sectores mostraron una evidente tolerancia o, por lo menos, una “complaciente convivencia con las drogas.”⁹¹ Durante los gobiernos de Obregón y Calles se produjeron las primeras disposiciones persecutorias al consumo de narcóticos, pero no fue sino hasta los años treinta cuando la intolerancia se hizo patente y el rechazo generalizado hacia las drogas se consolidó.

A pesar de no haber indicios reales de que existiera un problema de consumo⁹², poco a poco la preocupación por el tráfico de drogas y las toxicomanías se hizo más evidente entre las autoridades y los especialistas, por lo cual, en este apartado pretendo mostrar que la persecución y la inquietud de los expertos y las élites por el consumo de drogas estaba más orientada hacia la asociación del consumo de drogas por los sectores populares y su supuesta proclividad a la delincuencia y la pobreza. Es decir, les preocupaba más que los toxicómanos cayeran en la delincuencia o en la mendicidad, que el consumo en sí mismo, ya que dejarían de ser personas útiles a la sociedad.

Algunos textos de médicos y abogados de las décadas de 1920 y 1930 enfatizaron el medio social en el que vivían los consumidores de drogas, como una de las causas de su hábito y de su posible descomposición, pero también mencionaron a la delincuencia y a la pobreza como consecuencias del uso de drogas, sobre todo en el caso del consumo de heroína que se decía era un “vicio caro”. Existían ambas posturas, pero no había un acuerdo entre ellas, desde mi punto de vista el consumo de drogas y su asociación con el crimen y la pobreza se

⁹⁰ Destacan las investigaciones de Pérez Montfort, *Tolerancia y prohibición*, 2016; Schievenini, “La criminalización del consumo de marihuana”, 2018; Astorga, *El siglo de las drogas*, 2016; Enciso, *Nuestra Historia Narcótica*, 2015; Olvera, “Policías, toxicómanos y traficantes”, 2016; Campos, *Home Grown*, 2012. Para el caso de las mujeres véase Carey, *Women Drug Traffickers*, 2014 y Santillán, *Delincuencia femenina*, 2017, capítulo II.

⁹¹ Pérez Montfort, *Tolerancia y prohibición*, 2016, p. 227.

⁹² Al respecto, en 1935, José Ángel Ceniceros comentó que el problema de los individuos que empleaban drogas que “envenenan al individuo y degeneran la raza”, por fortuna, no era muy grave en el país, pero desgraciadamente el tráfico de estupefacientes iba en aumento. Véase Ceniceros, *El problema social de la insalubridad*, 1935, p. 73.

percibía como un círculo vicioso en el cual vivir en un medio social relajado marcado por el crimen, el alcohol y la violencia podía llevar al consumo de drogas, pero también una vez adquirido el hábito de consumir alguna droga se pensaba que la consecuencia sería la delincuencia y la pobreza cuestión que no siempre ocurría.

Ambas posturas estigmatizaban a los consumidores de drogas, en especial a los usuarios de heroína, ya que se ponía a todos en un mismo saco en donde los consumidores de heroína, al consumir una sustancia de precio más elevado, eran considerados personas que harían cualquier cosa para adquirir la droga y, por lo tanto, eran considerados “potenciales delincuentes”. Esta idea está relacionada con el principio de *responsabilidad penal*, establecido por la Escuela Clásica, que se aplicó en el Código Penal de 1871 y que fue retomado por la Escuela Positiva y aplicada en el Código Penal de 1929, mediante ese principio se declaró delincuentes a los locos, a los menores, a los alcohólicos y a los toxicómanos que “con sus actos” demostraban hallarse en “estado peligroso” y por lo tanto se justificó que la sociedad debía defenderse de esos individuos mediante la aplicación de sanciones adecuadas hasta que ellos dejaran de ser un “peligro social”.⁹³

Sin embargo, como el mismo Carrancá menciona, la Constitución no permitía aplicar todos los preceptos de la doctrina del estado peligroso ya que al hacerlo estaría contrariando las garantías individuales que avalaba la Constitución. Por ese motivo, según Carrancá, el Código Penal de 1931 tomó como base la moderna Escuela Positiva de la defensa social y aplicó el concepto de *temibilidad*, de acuerdo con ese principio la responsabilidad de los sujetos que delinquían cuya debilidad mental fuera permanente, no recibiría una pena sino una medida de seguridad.⁹⁴ En el caso de las personas que cometieran un delito al ingerir drogas, se discutió si podía aplicarse la excluyente de responsabilidad penal al tratarse de efectos mentales transitorios, pero Carrancá hizo la aclaración de que la excluyente de responsabilidad solo era válida tratándose de debilidades o

⁹³ Carrancá y Trujillo, Raúl, “Responsabilidad penal de los débiles mentales” en *Criminalia*, México, mayo de 1935, pp. 123-125.

⁹⁴ *Ibid.*, p.125-127.

anomalías mentales transitorias e involuntarias, cuestión que no aplicaba para los consumidores de drogas ya que ellos se colocaban en dicho estado por su propia disposición.⁹⁵

Desde 1925, el médico Manuel Renero, mencionó que la toxicomanía más grave era la producida por la heroína, en la cual las recaídas eran más frecuentes, ya que tenían lugar con más facilidad, incluso inmediatamente después de la curación. Además, señaló que las recaídas dependían de la individualidad, de los hábitos, la salud, el medio y las relaciones sociales.⁹⁶ Según Renero, la gravedad de la toxicomanía de las drogas heroicas dependía del resultado de los siguientes elementos:

- Fecha del hábito
- Tóxico empleado
- Coeficiente neuropático individual
- De las recaídas
- Del medio y las relaciones sociales
- De la edad

Para Renero la conjugación de esos elementos intervendría en la gravedad de la toxicomanía y también en su posible curación. Otro autor señaló que el “medio social moderno” influía en la adquisición de los hábitos enervantes⁹⁷, esta idea estaba relacionada con los cambios que la modernización de la ciudad estaban ocasionando, ya que se estableció una relación entre la vida moderna y el relajamiento de la moral que supuestamente podía llevar a contraer prácticas consideradas malsanas como el consumo de drogas o el alcoholismo.

El médico Luciano García Mendiá, opinaba que el heroínismo era un “tremendo mal” en el cual todo se conciliaba para que el enfermo “vaya cayendo”, según el autor, los sufrimientos de los “heroínómanos” llegarían después de iniciar su consumo debido a que con el tiempo su única preocupación sería la adquisición de la droga, de ahí la peligrosidad de los “heroínómanos”.⁹⁸ García Mendiá relató

⁹⁵ *Ibid.*, p. 130.

⁹⁶ Renero, *Ligeros apuntes sobre la toxicomanía*, 1925, p. 26.

⁹⁷ Alatorre, *Contribución al estudio del heroínismo*, 1924, p. 9, 19-20.

⁹⁸ García, *Heroínismo-morfinismo*, 1931, p. 32.

que en la prensa apareció una noticia sobre una “cuadrilla de jóvenes viciosos que asaltaban casas”, entre ellos un enfermo que llevaba varias deshabituaciones, el médico se lamentaba de que aquel joven “pudo, si su vida la hubiera orientado en sentido honrado, tener una magnífica posición”.⁹⁹ En esa nota García Mendia expresa una gran preocupación por las consecuencias sociales del consumo de drogas, para él el uso de ellas podía provocar la pérdida de la productividad económica de los jóvenes y los conduciría a la ruina.

En otro caso, recogido por el médico Heriberto R. Ponce de León, se relató que un joven de 19 años, soltero, originario de México D.F., empleado, comenzó a inhalar dosis muy pequeñas de clorhidrato de heroína, lo cual le proporcionaba “gran placer y mayores aptitudes para el desempeño de su empleo, tomando por esto gran cariño a la droga”.¹⁰⁰ Según el médico, dicho joven fue aumentando poco a poco su dosis hasta alcanzar la cantidad de gramo y medio en 24 horas, a tal grado que en año y medio las facultades tanto morales como físicas del joven tuvieron un “desnivel terrible” y “a decir del mismo enfermo fue despedido de su trabajo, por su poca o nada competencia, por su falta absoluta de aseo y por muchas otras causas”.

Este caso de alguna manera ejemplifica la opinión de los médicos sobre el consumo de heroína que era vinculado a la “degradación moral”, la pérdida de empleo y la caída en la mendicidad o la delincuencia, aunque en este caso el médico señaló que la intervención oportuna de los familiares, quienes llevaron al enfermo al Manicomio General, logró que después de tres meses el joven fuera dado de alta y se volviera “un individuo correcto”. De manera similar, el médico Jesús Siorda Gómez, indicó que los toxicómanos (se refería principalmente a los consumidores de morfina, heroína y cocaína) descendían en su nivel social a causa de su vicio, el estado de degeneración al que ordinariamente llegaban y la “carga” que tarde o temprano constituirían para sus semejantes.¹⁰¹

Por su parte, el abogado Carlos Rosales Miranda, señaló que para los “heroinómanos” solo existía la idea de tener droga y para conseguirla no

⁹⁹ *Idem.*

¹⁰⁰ Ponce de León, *Observaciones sobre algunos casos*, 1931, p. 59.

¹⁰¹ Siorda, *Toxicomanías*, 1933, p. 6.

reparaban en vencer cualquier obstáculo.¹⁰² Pero como eran “abúlicos”, “incapaces de trabajar” y el enervante “es caro”¹⁰³, buscaban el camino de la “menor resistencia, el más fácil y efectivo para cumplir su finalidad”, y ese camino, expreso Rosales, “es siempre el robo, el abuso de confianza, la falsificación, el fraude, el asalto y si es necesario el homicidio para desposeer a su víctima de lo que tenga de valor”.¹⁰⁴ De esta forma, el toxicómano, en especial el consumidor de heroína, era señalado por ser parte de la delincuencia conformando así la figura del traficante –toxicómano o delincuente-toxicómano, ya que no solo se les relacionaba con el tráfico de drogas, sino también con otro tipo de delitos como el robo.

De acuerdo con Rosales, basándose en numerosos informes de esos enfermos, comprobó que muchos traficantes “albergaban en sus casas verdaderas bandas de toxicómanos” las cuales estaban formadas de “hábil carteristas de ambos sexos, ladrones de casas comerciales, de habitaciones y de asaltantes” cuyo producto íntegro de sus “fechorías” cambiaban por droga, principalmente heroína que era la que “más se usa en nuestro medio.”¹⁰⁵ Rosales también explicó que los numerosos antecedentes de los “viciosos” internados en el Hospital Federal para Toxicómanos, motivaron que se les empezara a consignar, después de su desintoxicación, a la Procuraduría del Distrito y Territorios Federales, pero dicha medida no dio el “resultado apetecido”, ya que una vez en la Penitenciaría, los toxicómanos “fácilmente obtenían su libertad”.¹⁰⁶

Rosales advirtió que la peligrosidad del toxicómano no se debía olvidar, ya que tan solo en el Distrito Federal pasaban de cinco mil, sin contar a los “marihuanos”, pues en ese caso “serían unos miles más”. Según Rosales, en esas cifras se hallaría “la razón de la creciente ola de delincuencia” y añadió que solamente en el Hospital Federal para Toxicómanos, “donde se internan una

¹⁰² Rosales, *Intervención penal y administrativa*, 1939, p. 43.

¹⁰³ Según sus notas en esos años el precio de la heroína impura fluctuaba entre los veinte y treinta pesos.

¹⁰⁴ Rosales, *Intervención penal y administrativa*, 1939, p. 43.

¹⁰⁵ *Idem.*

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 50. Rosales seguramente se refería a las diversas formas que tenían los toxicómanos para evadir a la justicia o negociar su libertad, por ejemplo, mencionó el uso de cartas con referencias falsas, también pudo haberse referido a las fugas o a la corrupción de los vigilantes con los que quizá los toxicómanos negociaban.

reducida cantidad de ellos, la de los indigentes que no pueden pagar sanatorio particular o sostenerse sin interrupción de su vicio”, del año 1933 a fines de 1938, “han sido registrados mil ochocientos dos enfermos, de los que a un 70 por ciento se les comprobó, además, dedicarse al tráfico ilícito de enervantes.”¹⁰⁷

Comparando los datos de Rosales con los registros existentes del Hospital Federal de Toxicómanos del que solo se conservan 1 673 expedientes que van de 1933 a 1948, se puede decir que la mayor parte de los pacientes contaban con algún antecedente de detención policial, pero no todos tenían que ver con el tráfico de drogas y algunas detenciones no eran causas penales sino infracciones o detenciones a simples consumidores.

4. El Reglamento Federal de Toxicomanía de 1931 y el nuevo estatus de los toxicómanos

La década de 1930, fue una etapa importante en la construcción de la imagen del toxicómano, así como en el desarrollo de políticas para atenderlos. En esos años los toxicómanos comenzaron a ser considerados enfermos, pero al mismo tiempo los gobiernos en turno desplegaron una política de criminalización hacia ellos, cuestión que despertó mayor interés entre la opinión pública. En esa década hubo cambios importantes en materia de salud pública y asistencia social que redundaron en acciones para atender a la población menos favorecida y combatir los “males sociales” como eran considerados el alcoholismo, la prostitución y las toxicomanías.

De acuerdo con Beatriz Urías entre 1920 y 1950 en México se desarrolló un proyecto de mutar la esencia de la sociedad mediante un programa de “ingeniería social” en el cual se debía transformar a la población en ciudadanos productivos.¹⁰⁸ Al terminar los años veinte, no había duda ya del programa que seguiría el Estado mexicano hacia su consolidación política. Arnaldo Córdova menciona que el poder que los gobiernos posrevolucionarios detentarían “envolvía todas las esferas de la vida social, penetrando hasta lo más recóndito e

¹⁰⁷ Rosales, *Intervención penal y administrativa*, 1939, p.50.

¹⁰⁸ Urías, *Historias secretas*, 2007, p. 12.

imprimiendo su sello hasta en las manifestaciones más simples de la actividad de los mexicanos.”¹⁰⁹

Sin embargo, el control que los gobiernos posrevolucionarios pretendieron establecer entre la población fue más aparente que real, así lo han mostrado diversos estudios sobre el crimen, el alcoholismo y el uso de drogas¹¹⁰, actividades que de alguna manera muestran las limitaciones del Estado mexicano para controlar y homogeneizar a la población. No obstante, en la década de 1930, se intentó consolidar el nuevo proyecto de nación mediante la creación de instituciones y la puesta en marcha de políticas públicas para moldear a los ciudadanos.

Una parte importante de esas políticas se desarrollaron en el campo de la salubridad pública. Ernesto Aréchiga ha señalado que esta situación se debió a que la Constitución de 1917 garantizó, entre otros, los derechos a la educación y a la salud de la población.¹¹¹ Al menos en el papel los gobiernos posrevolucionarios debían garantizar los derechos de las mayorías, pero en la práctica no fue así, pues el gobierno se enfrentaría a una situación económica adversa que impidió la consolidación de muchos proyectos, se puede considerar que uno de esos proyectos fue la aspiración de establecer hospitales para toxicómanos en varios estados de la república.

Cada una de las campañas y de las disposiciones sanitarias, no alcanzaron la extensión que deseaban pues las limitaciones económicas se hicieron presentes. Sin embargo, se hicieron avances en las políticas públicas para crear instituciones y atender a la población más vulnerable. A partir de 1930, la política de salud posrevolucionaria se orientó a la medicina social y, en 1934, con la llegada de Lázaro Cárdenas al poder, se priorizó la asistencia social.

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

¹⁰⁹ Córdova, *La política de masas*, 1974, p. 11.

¹¹⁰ Destacan los trabajos de Pablo Piccato, *Ciudad de sospechosos*, 2010; Santillán, *Delincuencia femenina*, 2017; Pérez Montfort, *Tolerancia y prohibición*, 2016 y Rojas, *La metrópoli viciosa*, 2019.

¹¹¹ Aréchiga, “Educación, propaganda o ‘dictadura sanitaria’”, 2007, pp. 57-58.

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”.¹¹²

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 de Toxicomanía señaló que correspondía al Departamento de Salubridad Pública, fijar los procedimientos curativos a los que se deberían sujetar los toxicómanos.¹¹³ El reglamento consideró como “toxicómano” a “todo individuo que sin fin terapéutico use habitualmente alguna de las drogas enervantes” a las que se refería el Código Sanitario de 1926.¹¹⁴ También estableció que todas las autoridades, los funcionarios, la Beneficencia pública y privada de todas las entidades federativas, 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

¹¹² 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.

¹¹³ Reglamento Federal de Toxicomanía en *Diario Oficial*, 27 de octubre de 1931. Art. 1.

¹¹⁴ *Ibid.*, arts. 1,2. Las drogas eran opio, morfina, cocaína, heroína, adormidera, hojas de coca y marihuana. Véase Código sanitario de 1926, art. 198.

general toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentales tuviera conocimiento de algún caso de toxicomanía.¹¹⁵

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.¹¹⁶ La atención que se les prestaría sería vigilada continuamente por las autoridades sanitarias federales.

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

¹¹⁵ *Reglamento Federal de Toxicomanía*, arts.1-7.

¹¹⁶ *Ibid*, art. 7.

Conclusiones

En este capítulo se examinaron los discursos y las primeras disposiciones legales que en los años veinte dieron sustento a la prohibición del consumo de las llamadas drogas heroicas o enervantes. A diferencia de Estados Unidos país en el que algunos autores han descrito y analizado el desarrollo de una adicción a la heroína muy extendida entre los años 1910 y 1925¹¹⁷, en México no había tal precedente. Aunque en las tesis médicas de esos años se mencionó que la heroína era una sustancia que estaba de moda entre los consumidores de drogas, no existen datos estadísticos que puedan probarlo, sin embargo es posible que la heroína se haya popularizado entre los consumidores de morfina y de otras sustancias ya que era más fácil adquirirla y usarla.

La aparición de manera constante y ascendente de notas en la prensa que difundían ideas negativas acerca del consumo y tráfico de drogas, entre las que destacaban notas sobre el opio, la marihuana y la heroína, dan cuenta de que existía una preocupación por parte de las autoridades sanitarias por prevenir y controlar el consumo de esas sustancias, esto tiene que ver con que fueron los médicos quiénes directamente observaban a los consumidores de drogas y eran ellos quienes podían expresar preocupación por el abuso en el consumo de esas sustancias y alertar del aumento de casos, más que en términos de número de casos, en la velocidad de su aumento.

Ese hecho también coincide con los años en que a nivel internacional se impulsaron las políticas de control de drogas a las que México se adhirió y por lo cual estaba obligado a cumplir con las disposiciones que dictaban las conferencias internacionales. Así, las primeras estrategias usadas por el gobierno mexicano para prevenir y controlar el consumo de drogas funcionaron de forma paralela y establecieron las bases de una política prohibicionista que se enfocó en la profilaxis y el establecimiento de las primeras disposiciones legales que darían pie a la consideración de los consumidores como enfermos y al mismo tiempo, a su

¹¹⁷ Courtwright, *Dark Paradise*, 2001, p. 85. También puede verse Musto, *One Hundred Years of Heroin*, 2002.

asociación con la criminalidad y la pobreza como causa y consecuencia del consumo de heroína.

De esta forma, las autoridades a través de la justificación de la protección a la salud de la población, decretaron leyes prohibicionistas que generaron un tráfico ilícito de drogas, criminalizaron a consumidores y traficantes y propiciaron la corrupción en las distintas esferas involucradas en la persecución y control de drogas. La aparición de más noticias y estudios médicos que alertaban sobre un número mayor de consumidores de heroína y otras sustancias, llevaron a que desde finales de la década de 1920 se comenzara a tomar cartas en este asunto y se desarrollaran políticas públicas e instituciones para contener el avance de las toxicomanías y los problemas ocasionados por el consumo de drogas como veremos en el siguiente capítulo.

Capítulo III. Prácticas y negociaciones de los consumidores de heroína frente a la intervención policial y judicial

Introducción

“Coca, heroína y marihuana. Todos los expendedores de estupefacientes, como los consumidores, hacía tiempo que invadieron diversos centros sociales”, mencionaba una nota de *El Nacional* en 1930.¹ Este tipo de noticias aparecieron en la prensa oficial de la Ciudad de México desde finales de la década de 1920 y formulaban una imagen de la ciudad invadida por traficantes y consumidores de enervantes. La misma nota señaló que en varios lugares de la metrópoli existían vendedores de drogas que “pululaban ofreciendo a diestra y siniestra sus productos” desde un gramo, por lo que respecta a la cocaína y la heroína, hasta un kilo; y en tratándose de la yerba denominada en caló vulgar “Doña Juanita”, los “gánster” capturados cultivaban, según expresión propia, grandes extensiones de tierra.”²

La información que ofrecía la prensa sugería que el tráfico de sustancias psicoactivas era abundante y se estaba extendiendo. Según la nota, en las calles de la ciudad proliferaban los vendedores y los consumidores de enervantes, estos últimos eran “envenenados” por una cuadrilla de hampones cuyas actividades fueron descubiertas por una “verdadera imprudencia suya”, pues “se atrevieron a introducir la droga hasta la avenida 16 de septiembre”, donde existía una “vigilancia muy estricta” desde que se había descubierto a otra pandilla que actuaba por aquellos contornos.³ Además, en la nota se mencionó que los “viciosos” fueron sorprendidos en las calles de la Caridad, en un domicilio que funcionaba como la “guarida de los toxicómanos”.

Como se puede leer en la nota, una de las preocupaciones del uso y venta de drogas era que esas actividades llegaran al centro de la ciudad e invadieran las zonas de la “gente decente”, por esa razón se buscó que dichas actividades estuvieran fuera de la metrópoli, sin embargo, el tráfico, el consumo y la

¹ “El grupo de envenenadores ya fue aprehendido”, *El Nacional*, 18 de julio de 1930, México, p. 9.

² *Idem.*

³ *Idem.*

distribución de enervantes ya estaba presente en determinados rumbos de la capital sobre todo en los denominados bajos fondos.

En este sentido, en este capítulo se examinará cuáles eran los rumbos y los lugares de la Ciudad de México en donde los consumidores de heroína socializaban y adquirían dicha sustancia, así como cuáles eran sus prácticas de consumo y qué estrategias o negociaciones empleaban frente a la intervención policial y judicial. Se utilizan expedientes judiciales, notas de prensa, tesis médicas y expedientes clínicos que proporcionan rastros sobre los rumbos del tráfico y distribución de heroína, las prácticas de los consumidores y de las autoridades policiales.

1. La vida en la ciudad y una intoxicación de moda: el heroínismo

“La actividad de la vida moderna, el afán inmoderado de vivir intensamente, de no desperdiciar un solo momento de nuestra existencia, ha invadido de modo avasallador al hombre, cualquiera que sea su rango social, sin respetar edad, sexo o estado civil.”⁴ Esas palabras forman parte del inicio de la disertación, para convertirse en Médico Cirujano, de Carlos Alatorre. El autor aludía a que, como consecuencia de los conflictos bélicos de principios del siglo XX, el mundo se había transformado y la vida se había acelerado, con ello la humanidad entraba a la vida moderna y se apresuraba a vivir intensamente y a experimentar nuevas sensaciones.

Al hablar de conflictos bélicos el autor se refiere sobre todo a la Primera Guerra Mundial y a sus efectos desastrosos que el autor describió como una “serie de calamidades” entre ellas señaló las intoxicaciones por drogas enervantes. Según Alatorre la causa de esas intoxicaciones era la “inseguridad misma que de la vida se tiene antes de salir al campo de batalla” situación que contribuía a la relajación de los principios de moralidad e incentivaba la curiosidad por los “efectos misteriosos de esos polvos o de esas soluciones”.

La apreciación pesimista de Alatorre coincide con lo que la historiadora Susan Mary Grant ha señalado que ocurrió durante la primera posguerra en

⁴ Alatorre, *Contribución al estudio del heroínismo*, 1924, p. 9.

Estados Unidos, una desilusión, derivada del impacto que tuvo la Primera Guerra Mundial. Dicho impacto no fue físico sino psicológico para un país que inicialmente no quería involucrarse en la guerra y que, aunque no quedó devastado como otras naciones europeas, en el poco tiempo que estuvo implicado tuvo bajas de poco más de 100 000 vidas.⁵

Según Grant los nombres de Era del Jazz o Locos o Felices Años Veinte para denominar a esa década esconden la tensión a la que Estados Unidos se encontraba sometido. Tanto la llamada Gran Guerra como la industrialización fueron dos hechos que intentaron desvanecer la individualidad, a la par que se incrementaba el progreso material y el crecimiento urbano impulsado por la estandarización industrial, la innovación tecnológica, el *boom* del mercado norteamericano y de la construcción (reflejado en la edificación de rascacielos), y la introducción de accesorios del mundo moderno como los frigoríficos eléctricos, las planchas, la radio y el automóvil. Sin embargo, considero que no se puede hablar de una pérdida de la individualidad, sino más bien de una invisibilización de determinados individuos de la sociedad o incluso que se acentuó la individualidad frente a tales cambios.

Las palabras de ambos autores adquieren sentido también para el caso mexicano en el cual existía el referente de la Revolución Mexicana que aún en los años veinte seguía suscitando conflictos derivados de su inicio. Además, un hecho que marcó la historia de Estados Unidos, fue el establecimiento de la Ley Volstead o Ley Seca en 1920, ya que su puesta en marcha provocó que los negocios ilegales de venta de alcohol se incrementaran, así como el contrabando y otras actividades como el juego, la fabricación y consumo de drogas y la prostitución.

En opinión de Alatorre esos hechos habían desencadenado la relajación de las costumbres morales que día a día iban tomando mayores proporciones “contribuyendo de manera muy eficaz a minar la actividad del hombre desde el triple aspecto físico, moral e intelectual.”⁶ Sin duda las consecuencias devastadoras de la Primera Guerra Mundial, el aceleramiento de la

⁵ Grant, *Historia de los Estados Unidos de América*, 2012, pp. 345, 360.

⁶ Alatorre, *Contribución al estudio del heroínismo*, 1924, p. 9.

industrialización y el prohibicionismo como forma de control de la población tuvieron un efecto sobre los individuos que habían sido testigos de esos cambios.

El nuevo ritmo de vida, las atroces consecuencias de las guerras y los grandes inventos de la ciencia, fueron argumentos utilizados por algunos médicos para tratar de explicar el uso de enervantes como forma de sobrevivencia y de experimentación de nuevas formas de placer y, por lo tanto, del desarrollo de las diferentes toxicomanías. Una de las toxicomanías que preocupaba a los médicos era el heroínismo. Alatorre señaló que, debido al porcentaje tan elevado de consumidores de Clorhidrato de heroína que existía en la capital, el heroínismo se había convertido en una intoxicación en boga. Mencionó que la heroína tenía un gran desarrollo en México y en algunas ciudades fronterizas y del Golfo, por lo cual estaba en su temporada de moda convirtiéndose en la preferida de los “viciosos” por su precio, su “nombre evocador y simpático” y por la facilidad de su manejo.⁷

Otros estudios posteriores también señalaron a la heroína como una sustancia que crecía en importancia de consumo. En 1925 Manuel Renero manifestó preocupación por el incremento de los consumidores de heroína, en su tesis: *Ligeros apuntes sobre la toxicomanía de las drogas heroicas en la capital de la República*⁸, mencionó que su abuso en la capital había aumentado de una manera sensible.⁹ Renero recopiló datos estadísticos en cuatro establecimientos que brindaban atención a los toxicómanos, estos eran la Penitenciaría del Distrito Federal, la Cárcel Preventiva de Belén, el Manicomio General y el Sanatorio del Sr. Miguel Lasso de la Vega, los datos correspondían a los años 1920-1924 y encontró 539 casos, de los cuales 422 eran casos por heroína.

Como se puede ver, existían muy pocos casos respecto de la población de la capital que en 1921 era de 615 367 habitantes y en 1930 llegaría a 1 029 068 habitantes.¹⁰ Aunque no podemos saber cuántos casos existían debido a que, como el mismo Renero reconoció, no existía un control oficial sobre las

⁷ *Idem.*

⁸ Renero, *Ligeros apuntes sobre la toxicomanía*, 1925.

⁹ *Ibid.*, p. 17.

¹⁰ Hernández Franyuti, *El Distrito Federal*, 2008, p. 179.

toxicomanías, en la prensa y en las tesis médicas se puede percibir una preocupación por el supuesto aumento que estaba teniendo el uso de drogas heroicas que se asociaba con la imitación o la moda e inquietaba a las autoridades porque el país se encontraba en una etapa de reconstrucción nacional en la que no se toleraba el predominio de vicios o enfermedades. Por ejemplo, en 1930, *El Nacional Revolucionario* informó a sus lectores que el Departamento de Salubridad había resuelto:

[...] intensificar su campaña en contra de los afectos a las drogas heroicas, como una medida de profilaxis social. El aislamiento y curación de los toxicómanos se impone en un medio social tan propicio a la imitación de bajas tendencias. Es incalculable el dispendio de energías del pueblo, en actividades del vicio. En época de reconstrucción nacional, el gobierno reprimirá enérgica e inteligentemente tan lamentable derroche.¹¹

Ese tipo de notas informaban sobre la intensificación de las medidas de prevención contra los consumidores de drogas por parte del Departamento de Salubridad, para evitar la propagación y la imitación de esos hábitos, discurso que servía para justificar las detenciones de los usuarios de narcóticos y alarmaban a la población con argumentos que acrecentaban la idea de que el uso no médico de enervantes se estaba incrementando. Por otra parte, Alatorre y Renero, revelaron ante esferas más restringidas, como la de los médicos, su experiencia como practicantes atendiendo casos de toxicomanías en prisiones y hospitales. La recopilación de esas primeras observaciones muestran una insistencia en exponer la gravedad del uso de heroína para la humanidad, por ejemplo, Alatorre señaló que la sociedad “se ve[ía] seriamente amenazada por las caricias tentadoras de esta moderna Circe”¹², refiriéndose a la heroína, y haciendo notar lo nociva que podía ser la práctica de esa intoxicación.

Parte de las preocupaciones y explicaciones que comenzaron a circular en los años treinta sobre el uso de drogas prohibidas tenían que ver con el medio social en el que se desenvolvían los consumidores y su descenso en la escala

¹¹ “Gráficas”, *El Nacional México*, 21 de febrero de 1930,

¹² Alatorre, *Contribución al estudio del heroínismo*, 1924, p. 11.

social. El consumo de drogas tenía significados diferentes de acuerdo a la clase social y los más señalados eran los sectores más empobrecidos.

En los estudios clínicos y en la prensa de esta década, frecuentemente se asociaba el consumo y tráfico de heroína y otras drogas con las zonas más marginadas de la ciudad de México y se comenzó a establecer un vínculo entre el consumo de narcóticos y el medio en el que vivían los toxicómanos. El médico Jesús Siorda Gómez, en su tesis *Toxicomanías. Ensayo de interpretación*, no solamente expuso aspectos médicos sobre las toxicomanías, sino que trató de explicar el medio social del toxicómano y, sobre todo, las repercusiones del consumo de drogas; en su opinión el proselitismo y la miseria eran los factores determinantes del uso de drogas.¹³

Como señala Mario Barbosa, en las tres primeras décadas del siglo XX la Ciudad de México tuvo un rápido crecimiento demográfico.¹⁴ Desde finales de la década de 1920 la ciudad continuó con la expansión y modernización que había iniciado en la época porfiriana. El aire campirano que la envolvía se intentaba dejar atrás en busca de ser un espacio cosmopolita y de aspecto urbano parecido a las grandes ciudades europeas.¹⁵ Sin embargo, esa aspiración no sería fácil de lograr y, al igual que en los años finales del Porfiriato, se produjo un crecimiento desigual y una segregación de los habitantes de ciertas zonas de la capital que se quedaron al margen de la modernización ya que no contaron con los servicios básicos para vivir.

En la década de 1930 se suscitaron diversos cambios en el país, sobre todo de tipo institucional, que lograron la consolidación política del régimen posrevolucionario a partir de 1935. Los años 1929-1932, fueron años de

¹³ Siorda, *Toxicomanías*, 1933, p 34.

¹⁴ Barbosa, *El trabajo en las calles*, 2008, p.18.

¹⁵ El término *metrópoli* ya era usado en el siglo XIX para nombrar a las ciudades europeas del mundo occidental. Para alcanzar el título de metrópoli, no bastaba con que la ciudad tuviera un crecimiento de su superficie urbana o un aumento de su población, sino que también debía ser considerada moderna, es decir, requería tener una planeación y renovación urbanística, que se vería plasmada en la construcción de grandes edificaciones, amplias avenidas, contar con medios de transporte y nuevas tecnologías para la prestación de servicios públicos, todas esas características reflejarían el fortalecimiento del Estado-nación. Al mismo tiempo los habitantes de la metrópoli debían contar con una población que se comportará de acuerdo a las normas sociales del mundo occidental., como ocurría en Londres, París o Berlín. Véase Barbosa, *El trabajo en las calles*, 2008, p. 31.

transición, en los que existieron tres periodos presidenciales y se recibieron los estragos de la Gran Depresión de 1929.¹⁶ Los problemas políticos existentes fueron hábilmente resueltos por Plutarco Elías Calles y Emilio Portes Gil mediante la creación del Partido Nacional Revolucionario (PNR) lo que le permitió a Calles controlar la crisis política e imponer su voluntad por encima de Portes Gil.¹⁷ La rebelión escobarista fue sofocada y el gobierno de Portes Gil concilió con la cúpula eclesiástica para extinguir el movimiento cristero, además la CROM (Confederación Regional Obrera Mexicana) fue debilitada.¹⁸

En el aspecto económico, la crisis de 1929 agudizó los problemas que se venían arrastrando en años anteriores. Esther Vázquez menciona que “[...] el estallido de la crisis de 1929, sólo incrementó la tendencia descendente de varias de las actividades económicas, que como la minería y la extracción de petróleo hacia años se encontraba operando con saldos negativos.”¹⁹ No obstante, los efectos más graves de la crisis mundial se sintieron durante el gobierno de Ortiz Rubio debido a la dependencia del mercado externo respecto del de Estados Unidos. La balanza comercial fue desfavorable y la producción agrícola y la industrial disminuyeron.²⁰

Según Arnaldo Córdova el producto interno bruto descendió en un 12.5 por ciento; la producción de cereales cayó en 1932 en un 14 por ciento respecto de la de 1929, mientras que la producción de cultivos industriales de exportación descendió en 48 por ciento, todo esto mostró dos cosas, en palabras de Córdova, “el peso que debió soportar la población trabajadora, ya mal alimentada, y [...] la dependencia de la exportación mexicana respecto de los mercados imperialistas en crisis.”²¹ En 1929 el desempleo era de 89 690 y aumentó en 1931 a un promedio mensual de 287 462; en 1932 fue de 339 378 y descendió en 1933 a 275 774. Las repercusiones cayeron de inmediato sobre la clase trabajadora provocando diversos despidos.

¹⁶ Vázquez, “Organización y resistencia popular”, 1996, p. 1.

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ Vázquez, “Organización y resistencia popular”, 1996, p. 2.

¹⁹ *Idem.*

²⁰ Vázquez, “Organización y resistencia popular”, 1996, p. 3.

²¹ Córdova, *La política de masas*, 1974, p. 17.

En medio de los estragos de la crisis, en la ciudad de México y el Distrito Federal se generaron cambios importantes en cuanto al monto de la población y la extensión de la zona urbana.²² El 31 de diciembre de 1928 se aprobó la Ley Orgánica del Distrito y de los Territorios Federales con la cual se puso fin al municipio y se dio paso a una administración centralizada.²³ La capital de la república paso a ser un Departamento Central y con ello, “se borraba toda una tradición histórica [...] la ciudad de México perdía su sentido simbólico de *capitalidad*, como núcleo central, para constituirse en una unidad administrativa que comprendía diversos territorios con habitantes sin voz ni voto.”²⁴

En enero de 1929, la Ley Orgánica entró en vigor, el Distrito Federal quedó dividido en 13 delegaciones y un Departamento Central, conformado por las exmunicipalidades de México, Tacuba, Tacubaya y Mixcoac.²⁵ En 1931, la Ley Orgánica tuvo sus primeros cambios, se anexaron los territorios de Guadalupe Hidalgo y General Anaya al Departamento Central el cual fue renombrado como “Ciudad de México” y el número de delegaciones pasaría de 13 a 11.²⁶ En esta decisión influyeron cuestiones como la planificación urbanística y el impacto de la crisis económica de 1929, ya que el gobierno federal tuvo que realizar recortes presupuestales, en este caso, suprimir los gastos administrativos de dos delegaciones contribuiría a reducir el déficit previsto para 1932.²⁷

La población de la Ciudad de México vivió los momentos más difíciles entre 1929 y 1932 años en que sus condiciones de vida y trabajo empeoraron. La población urbana aumentó debido a la llegada de miles de migrantes del norte y centro del país que se refugiaron en la ciudad; surgieron nuevos asentamientos populares que carecían de todo tipo de servicios; hubo un ascenso de la actividad industrial, aunque la mayoría de los establecimientos eran pequeños y medianos; la actividad comercial era significativa así como la de servicios, debido a esto,

²² Vázquez, “Organización y resistencia popular”, 1996, p. 8.

²³ *Idem.* Sobre la oposición que suscitó esta ley véase Hernández Franyuti, *El Distrito Federal*, 2008, p. 183-189. También Vázquez, “Organización y resistencia”, 1996, p. 9-10.

²⁴ Hernández Franyuti, *El Distrito Federal*, 2008, p. 187-188.

²⁵ Rojas, *La metrópoli viciosa*, 2019, p. 34.

²⁶ *Ibid.* p. 35. En 1934 hubo otra modificación territorial en el Distrito Federal, la Villa Guadalupe Hidalgo volvió a ser una delegación cambiando su nombre a Villa Gustavo A. Madero, por lo que a partir de ese año el Distrito Federal contaría con 12 delegaciones.

²⁷ *Idem.*

tranviarios, choferes, electricistas, telefonistas, empleados de teatros, cines, bancos, hoteles, mesones, casas de huéspedes, empleados de oficinas, entre otros, fueron gravemente afectados por el desempleo en esos años.²⁸

En este escenario de crisis y transformaciones, la forma de vida de los habitantes de la ciudad cambió, pero en la práctica pervivió una combinación de tradición y modernidad que se reflejó en sus actividades diarias, diversiones y costumbres. El gusto por los festejos populares: día de las madres, fiestas patrias, día de difuntos, doce de diciembre, navidad, año nuevo y las festividades de los santos patronos de los diferentes barrios, convivía al mismo tiempo con las actividades culturales impulsadas por el PNR como los domingos culturales o los sábados culturales infantiles.²⁹ En las temporadas vacacionales los sectores más privilegiados acudían a Cuernavaca y Acapulco, mientras que la población de más bajos recursos paseaban en Santa Anita, la Viga o Xochimilco.³⁰

Sergio González Rodríguez señala la existencia de dos fenómenos que revelan este periodo: la imagen y la multitud.³¹ En la década de los treinta surgieron dos industrias que indicaron el cambio moderno del mundo como imagen: el cine y las revistas ilustradas, de historietas o cómicas; y la industria radiofónica con la inauguración, en 1930, de la radioemisora XEW que posteriormente se extendería a la industria de la televisión.³² Ambas industrias mostrarían a la ciudad de México como una urbe moderna. La multitud sería otra clave de esta década, esa multitud o “masas” representarían la fuerza de la movilización de la sociedad que mediante la “política de masas” del cardenismo ayudarían al país a entrar al siglo XX.³³

También en estos años se encuentran tres características importantes de la cultura urbana: la velocidad, la fragmentación y lo multitudinario.³⁴ La velocidad representa el ritmo de crecimiento incesante en lo material y lo técnico. La fragmentación simboliza la forma bajo la que se presenta el mundo moderno que

²⁸ Véase Vázquez, “Organización y resistencia popular”, 1996, p. 15-18.

²⁹ *Ibid.*, p. 19-20.

³⁰ *Idem.*

³¹ González, “Los áridos treintas”, *Nexos*, 1 de agosto de 1989.

³² *Idem.*

³³ *Idem.*

³⁴ *Idem.*

rompe con lo antiguo, con las cosmovisiones pasadas, que ve en el pasado solo ruinas y mira al futuro. Lo multitudinario sería la conciencia de la lucha cotidiana por la vida, del carácter veloz y fragmentario de la nueva realidad moderna, pero también de la pérdida de la individualidad. Sergio González alude a una pérdida de la individualidad en el sentido de que el crecimiento de la ciudad y la entrada a la vida moderna fragmentaron la personalidad de los individuos y de alguna manera fueron dejando atrás un México de aires campiranos para entrar de lleno en la modernidad.

En palabras de Pérez Montfort: “La ciudad, para principios de los años 40, ya no era la misma. En muchos de sus habitantes empezó a adquirir sentido la nostalgia de una época cuando sus calles habían empezado a dejar atrás el sabor de aquella provincia “también llamada México”.³⁵ Así, para muchos, la única forma de soportar los embates de la vida moderna era “el encierro íntimo y la sensibilidad extrema como respuesta: sobrevivir o resistir desde el cuerpo, desde el descubrimiento de sus alcances en tanto vía de afirmación esencial”.³⁶ Las actividades lúdicas de todo tipo serían una vía para hacer la vida más llevadera en una época de constantes cambios y de estragos de las guerras anteriores, así como de preparación para enfrentar un segundo embate de fragmentación mundial, como sería el inicio de la Segunda Guerra Mundial en 1939.

Como menciona Sergio González, la ciudad de México en 1930:

[...] no sólo tenía sus espacios públicos donde residían las señales del progreso metropolitano sino sus “infiernos” o sótanos sociales. [...] Las calles de Meave, Echeveste, Aldaco, Vizcaínas, Ave María, Pajaritos, El órgano, Cuauhtemotzin constituían en los años treinta –con multitud de cantinas, teatros, carpas, cabarets, centros nocturnos y prostíbulos- el paisaje nocturno de una sociedad en reflujos de la movilidad y los acomodos después de años de guerra civil.³⁷

De esta forma, en los “fabulosos treinta” ocurre un cambio en la sociedad mexicana, cambia la idiosincrasia de la clase media, el estilo francés en la moda

³⁵ Pérez Montfort, Ricardo, “Apuntes sobre la cotidianidad en la Ciudad de México”, 2003, p. 17.

³⁶ González, “Los áridos treinta”, *Nexos*, 1 de agosto de 1989.

³⁷ *Idem*,

pasa al inglés, pero sobre todo a la moda de tipo estadounidense; la juventud se adapta a lo que se veía en las películas de Hollywood y en las revistas.³⁸ Ante el comienzo de la libertad sexual surgieron planteamientos de la moral pública, que respaldarían diversas campañas no sólo contra la libertad sexual sino también contra el alcoholismo, la prostitución y las toxicomanías consideradas prácticas malsanas que había que erradicar.³⁹

El cuerpo adquirió relevancia como “recinto de placeres y satisfacción”, como mercancía y como “vehículo de resistencia” a la mercancía, el cuerpo fue central en las actividades recreativas, por ejemplo, en los salones de baile, el Salón México y las academias de baile Dream Land, Lenclos, Simer, Metropolitana, Ebe y Rosales⁴⁰, fueron testigos de esto, además de la gran variedad de cabarets, cantinas, pulquerías, carpas y otros lugares que dominaban la vida nocturna de la ciudad.

En esta ciudad en constante cambio los consumidores de heroína obtenían las diversas drogas enervantes que solían usar para satisfacer las necesidades de su cuerpo, enfrentar la realidad, aplacar el dolor o simplemente obtener nuevas experiencias.

2. Los rumbos de distribución de heroína en la ciudad y los espacios de socialización de sus consumidores

Hacia finales de la década de 1920, la ciudad de México estaba en constante crecimiento, su tamaño y población aumentaron volviéndose una capital más compleja. La fisonomía de la ciudad cambió haciendo evidentes las diferencias entre las zonas habitadas por las clases altas y medias y las ocupadas por los sectores populares. Las familias de sectores privilegiados dejaron de habitar la zona centro de la ciudad para mudarse hacia el poniente a colonias como la Juárez, Cuauhtémoc, Roma o Condesa, mientras que los sectores populares

³⁸ *Idem.*

³⁹ *Idem.*

⁴⁰ *Idem.*

migraron hacia colonias como La Bolsa, Tepito o Valle Gómez, ubicadas al este y sur de la capital.⁴¹

Según Soledad Cruz Rodríguez, la ciudad experimentó un crecimiento anárquico en los años veinte debido a que se seguía aplicando la política porfirista que otorgaba permisos de construcción de casas habitación a las fraccionadoras, aun cuando éstas no garantizaban la dotación de servicios públicos.⁴²

Pablo Piccato menciona que el nuevo diseño de la ciudad y el uso del espacio urbano, desde finales del Porfiriato, se fundamentó en la idea de que ricos y pobres no debían mezclarse; existía una división racional entre las áreas centrales que eran las más seguras y bellas de la ciudad moderna y las zonas marginales, peligrosas e insalubres.⁴³ Los diseñadores y constructores tenían una clara idea del significado social de la modernización: debía desplazarse a los pobres de los asentamientos elegantes, en tanto que los servicios urbanos debían concentrarse sólo en los distritos bien mantenidos.⁴⁴

De esta forma, dentro de la ciudad se creó una modernización desigual que favoreció a los sectores medios y altos por encima de los sectores populares, los cuales pocas veces podían acceder a una vivienda propia y con servicios públicos. Las empresas fraccionadoras basaron su mercado de acuerdo al nivel socioeconómico de sus clientes y contribuyeron a la separación de los diferentes sectores sociales que habitaban la ciudad; además, en muchos casos, incumplieron con la dotación de servicios públicos hacia los compradores, otorgando áreas más privilegiadas a la clase alta y áreas menos favorables a los propietarios de la clase trabajadora.⁴⁵

⁴¹ Rojas, *La metrópoli viciosa*, 2019, pp. 38-39.

⁴² Citado en Vázquez, "Organización y resistencia", 1996, p. 24.

⁴³ Piccato, *Ciudad de sospechosos*, 2010, p. 39.

⁴⁴ *Ibid.* p. 45. Pablo Piccato menciona que desde 1897 las zonas residenciales se expandirían del eje formado por el Zócalo-Alameda-Reforma hacia el oeste y el suroeste. La zona hacia el este se descartó por su proximidad con el lago de Texcoco que tenía condiciones ecológicas desfavorables y también porque en 1900 se inauguraría la Penitenciaría, en la parte este de los llanos de San Lázaro, para enviar a la "miasma" de los prisioneros lejos del centro y así proteger la integridad de los nuevos vecindarios de las clases altas. Véase Piccato, *Ciudad de sospechosos*, 2010, p.46.

⁴⁵ Véase Piccato, *Ciudad de sospechosos*, 2010, pp. 45-46. También Vázquez, "Organización y resistencia", 1996, pp. 24-34.

Debido a la carencia de servicios urbanos los habitantes de las zonas más pobres, ubicadas al oriente de la ciudad, vivían en pésimas condiciones lo cual propició la proliferación de enfermedades e inseguridad pública. Ante esa situación, en septiembre de 1929 el Departamento del Distrito Federal prohibió la venta de terrenos a las fraccionadoras, ya que no habían cumplido con las exigencias sanitarias que se habían pedido desde el gobierno de Obregón.⁴⁶ De acuerdo con Odette Rojas, de 1920 a 1928 se fundaron 32 colonias, de las cuales 31% estaban habitadas por la clase media alta y baja; 28% eran colonias obreras; 19% colonias residenciales; 13% colonias de burócratas y 9% colonias campesinas.⁴⁷

Desde la década de 1920, la ciudad de México experimentó un importante crecimiento poblacional debido a la llegada de migrantes procedentes del norte y centro del país que buscaban empleo. Para 1930, la ciudad de México tenía una población de 1 029 068 habitantes concentrados en un área de 137 km².⁴⁸ El Distrito Federal contaba con 1 229 576 habitantes, de los cuales el 81.8 % residía en la ciudad.⁴⁹ En este sentido, existía un problema de distribución desigual de la población en los once cuarteles y zonas agregadas a la ciudad de México, según Esther Vázquez en los cuarteles II, IV, V, VI, VII y VIII había una elevada densidad de población, mientras que en los cuarteles IX, X y XI y las zonas de Guadalupe Hidalgo y General Anaya la densidad de población era muy baja.⁵⁰

Los cuarteles I al VIII eran los más poblados, mientras que los más alejados del centro de la ciudad (cuarteles IX al XI) eran los menos habitados. Los cuarteles más poblados eran también los más céntricos y mejor comunicados con las áreas de trabajo.⁵¹

Las familias que tenían más dinero preferían vivir alejadas de la zona centro, que se orientaba cada vez más a usos comerciales.⁵² Mientras que las familias de los sectores populares urbanos tenían que enfrentarse a las

⁴⁶ Vázquez, "Organización y resistencia", 1996, p. 27.

⁴⁷ Rojas, *La metrópoli viciosa*, 2019, p. 39.

⁴⁸ Vázquez, "Organización y resistencia", 1996, p.10.

⁴⁹ Rojas, *La metrópoli viciosa*, 2019, p. 39.

⁵⁰ Vázquez, "Organización y resistencia", 1996, pp.10-11.

⁵¹ *Ibid.*, p. 11.

⁵² Piccato, *Ciudad de sospechosos*, 2010, p. 47.

dificultades de conseguir trabajo y vivienda, pero seguían apropiándose de las calles para realizar sus actividades y organizándose para conseguir una morada. Así, desde principios de siglo surgieron asentamientos populares nuevos en diferentes rumbos de la ciudad, carentes de todo servicio, por ejemplo, la colonia Manuel Romero Rubio (1916), Balbuena (1915), Obrera de Bolívar (1924), Prolongación de Guerrero (1919), Valle Gómez (1915) y ex-Hipódromo de Peralvillo (1925).⁵³

Las diferencias entre cada tipo de colonia eran visibles debido al tipo de vivienda y a los servicios con los que contaban sus habitantes. Como menciona Pablo Piccato “los pobres urbanos vivían en condiciones que no podían conciliarse con los modelos burgueses”.⁵⁴ En los viejos barrios cercanos a la capital y en las colonias habitadas por los sectores populares las personas vivían en vecindades que se ubicaban en zonas céntricas y barrios populares, como Tepito, La Candelaria y la Guerrero. Odette Rojas señala que las vecindades eran el tipo de vivienda más socorrida por los sectores populares, ya que tenían precios accesibles de alquiler, había cuartos de cinco a siete pesos sin toma de agua ni escusado; otros de 10 pesos, como las accesorias con puerta directa a la calle, y otros con toma de agua propia, escusado y brasero cuya renta iba de los 15 a los 20 pesos.⁵⁵

Otra opción de vivienda para los sectores con menos ingresos, eran las “colonias proletarias”, éstas se establecieron a partir de los años treinta y eran viviendas improvisadas en terrenos baldíos que habían sido ocupados por un grupo de personas, en otros casos esas colonias se habían formado debido a la venta fraudulenta de terrenos sin ningún tipo de servicios.⁵⁶ Esas colonias comenzaron a expandirse en las inmediaciones de los cuarteles I, II y III, formando una especie de herradura en los límites de la parte centro-oriente de la ciudad.⁵⁷

⁵³ Véase Vázquez, “Organización y resistencia”, 1996, pp. 15-16 y Cuadro I “Colonias creadas entre 1893 y 1928, que carecían de servicios públicos o eran muy deficientes hacia 1930”, s/p.

⁵⁴ Piccato, *Ciudad de sospechosos*, 2010, p. 58.

⁵⁵ Rojas, *La metrópoli viciosa*, 2019, p. 41.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 42.

⁵⁷ *Idem.*

La multiplicación de ese tipo de viviendas y la falta de servicios básicos como el agua potable o la electricidad provocaron críticas por parte de los sectores más privilegiados. En 1931, un artículo del doctor Pedro de Alba publicado en *El Nacional* afirmaba que “desde la garita de San Antonio Abad hasta el centro se ofrece un espectáculo nauseabundo debido a la falta de mejoras materiales”.⁵⁸ Poco a poco los barrios y colonias habitadas por los sectores populares fueron identificados, por las clases privilegiadas, como lugares de vicio y criminalidad, pues se decía que además de vivir en casas antihigiénicas vivían rodeados de vicios, depravaciones y enfermedades.

El ambiente en el que habitaban esos sectores era considerado inadecuado, en 1937 un informe de la Secretaría del Trabajo mencionó que los obreros “se veían empujados a un ambiente de vicio y envilecimiento de las cantinas, cabarets y prostíbulos” que abundaban en los rumbos proletarios.⁵⁹ Esta misma idea circulaba en la prensa, pues constantemente aparecieron notas en las que se mencionó la proliferación de vicios, crimen e inmoralidad en ciertos rumbos de la ciudad que eran considerados zonas propicias para adquirir “malos hábitos” como el consumo inmoderado de alcohol o el uso de drogas.

En el caso de los consumidores de heroína, médicos y consumidores, señalaban como lugar de inicio en el consumo de heroína a la Ciudad de México. El médico Rigoberto Flores mencionó que en la ciudad de México existía la mayor concentración de habitantes y era donde el tráfico de drogas estaba mejor organizado y contaba con mayor número de agentes de distribución.⁶⁰ Definir los lugares en dónde se distribuía la heroína es difícil, pues en muchas ocasiones los usuarios de heroína evitaban señalar lugares precisos, esta práctica era común como forma de evadir responsabilidades frente a las autoridades, pues los consumidores se limitaban a mencionar ciertas zonas o rumbos de la ciudad, sin proporcionar direcciones exactas y mucho menos la de sus proveedores.

⁵⁸ Citado en Vázquez, “Organización y resistencia”, 1996, p. 28-29., la referencia completa es Pedro de Alba, “México Barriada y Arrabal”, *El Nacional*, 22 de enero de 1931, México.

⁵⁹ Rojas, *La metrópoli viciosa*, 2019, p. 43.

⁶⁰ Flores, *Estudio médico social*, 1947, p. 45.

Pablo Piccato y Mario Barbosa han evidenciado que a principios del siglo XX la gente veía a la ciudad como un conjunto de “rumbos” asociados con edificios u otros marcadores urbanos, más que como una cuadrícula.⁶¹ En algunas zonas populares de la ciudad de México no existían o no funcionaban las fronteras administrativas, pero sí las fronteras simbólicas, los habitantes de la ciudad no tenían una idea clara de la ciudad como un espacio centralizado, sino que la veían como un conjunto de rumbos.⁶² Así, la noción de rumbo me permitirá identificar los “rumbos” donde se distribuía heroína y los lugares donde los consumidores adquirirían la droga de acuerdo con la información encontrada en las tesis médicas, la prensa y expedientes clínicos y judiciales de los consumidores de heroína.

Según el médico Rigoberto Flores, el centro del mercado de heroína estaba ubicado en el callejón de San Ciprián por el Mercado de la Merced en manos de una “señora que es la dirigente de toda esta organización”; ella contaba con distribuidores que abarcaban diferentes zonas de la ciudad y que a su vez tenían agentes, establecidos o ambulantes, que se dedicaban a distribuir la droga a habituados conocidos y a lograr nuevos adictos por medio del proselitismo.⁶³

Otros rumbos de distribución, señalados por Flores, fueron Tepito, las calles de Tenochtitlán, en el callejón del mismo nombre, en las calles de Ferrocarril de Cintura, en la colonia Morelos (antigua de la Bolsa), en la colonia Obrera, en la Buenos Aires, en el Rastro, en la colonia 20 de Noviembre, en la Escuela de Tiro, en la colonia Guerrero, en la colonia San Simón, en Portales y en Ixtacalco⁶⁴, en todos esos lugares se había extendido la red de distribución de heroína. Esos rumbos de la ciudad eran señalados como el centro del comercio de drogas, Flores mencionó que “el comercio de drogas tiene su asiento en las colonias pobres y populosas, donde se anida gente que vive al margen de la ley y de muy escasa o nula cultura.”⁶⁵ Esta idea estaba muy extendida entre las élites, pero

⁶¹ Piccato, *Ciudad de sospechosos*, 2010, p.88.

⁶² Barbosa Cruz, M. “Rumbos de comercio en las calles: fragmentación espacial en la ciudad de México a comienzos del siglo XX”, en *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, Barcelona: Universidad de Barcelona, 1 de agosto de 2006, <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-218-84.htm>>. [Consulta: 5 de diciembre de 2019.]

⁶³ Flores, “Estudio médico social”, 1947, p.45.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 46.

⁶⁵ *Idem.*

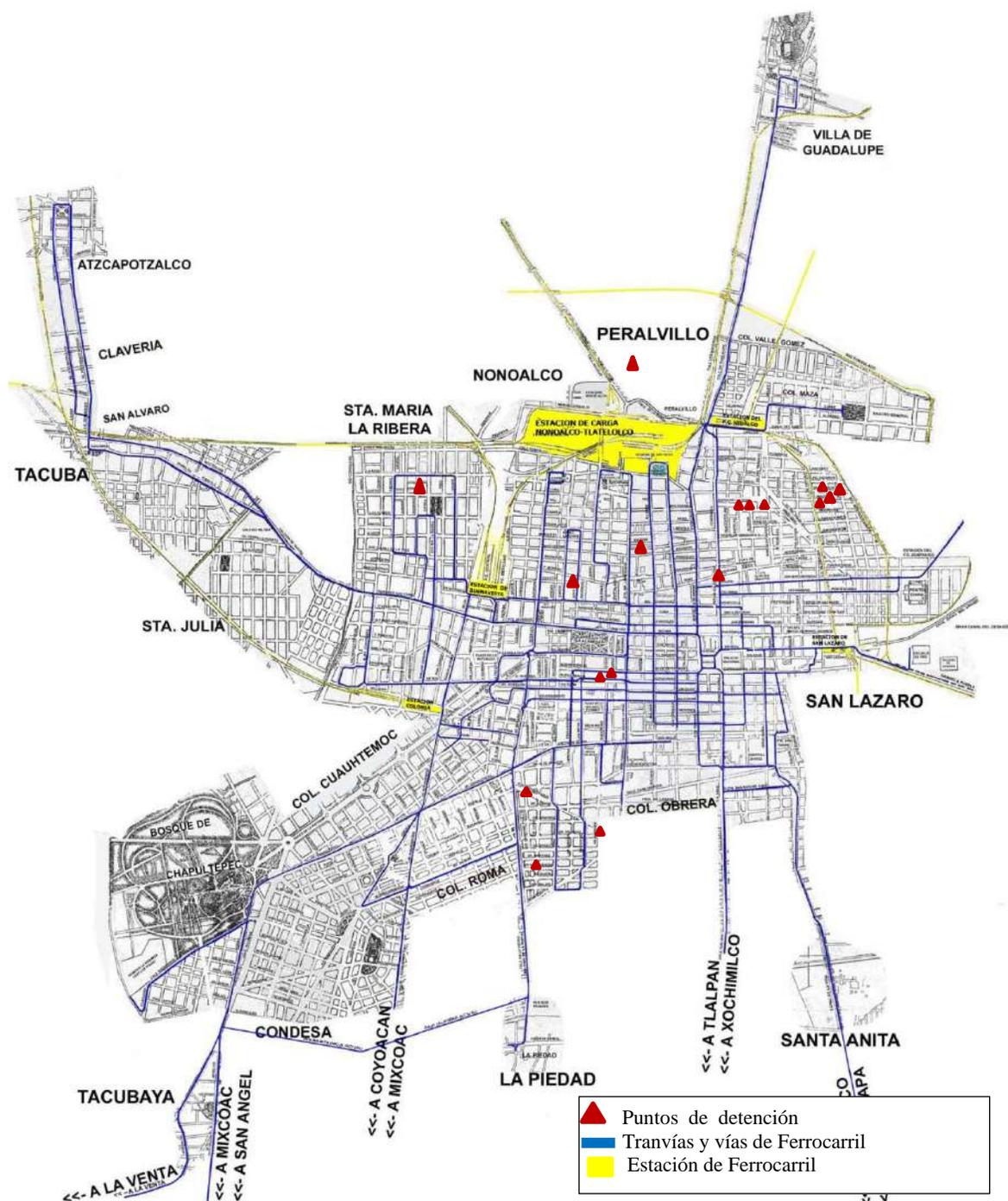
como se observa en el plano 1 las detenciones y el tráfico de drogas se realizaba por toda la ciudad.

Los datos proporcionados por Flores coinciden con lo que he encontrado en los expedientes clínicos y en algunos procesos judiciales que me permiten ubicar los lugares y las calles donde las personas acusadas de traficar o consumir heroína eran detenidas (véase plano 1). Con base en este plano se puede constatar que efectivamente las zonas en donde ocurrían la mayoría de las detenciones se ubicaba hacia el noreste y oriente de la ciudad en donde se encontraban los llamados bajos fondos. En dicha área coincidían tanto la zona más habitada y transitada de la ciudad como el corazón del comercio capitalino, así como la mayoría de los espacios de sociabilidad y por lo mismo era la zona más vigilada y susceptible de ser intervenida por las autoridades policiales.

Con los datos obtenidos en los expedientes judiciales la lista de lugares mencionados por Flores se incrementa dando como resultado una amplia red de distribución de heroína en la ciudad de México, pero que no era a gran escala, sino de pequeños traficantes. Así, los rumbos más mencionados entre los asilados del Hospital Federal de Toxicómanos fueron la Alameda Central, la calle de Hojalateros, las calles de Guerrero, las calles de Peña y Peña, Tepito, la colonia Morelos, la colonia Vallejo, La Merced, la calle Fray Bartolomé de las Casas, la calle de Manzanares, el Barrio de la Candelaria, la Plazuela de Pacheco, San Juan de Letrán, la calle de Dolores y la Villa Gustavo A. Madero, así como cerca de la Penitenciaría y cerca de la Escuela de Tiro.⁶⁶ Los puntos de detención registrados en los procesos judiciales se concentraron sobre todo entre Tepito, Morelos y cerca de la Alameda, en las calles de Dolores.

⁶⁶ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (en adelante AHSSA), fondo: Hospital Federal de Toxicómanos (en adelante HFT), sección: expedientes clínicos (en adelante SeEC), caja 1-10, 1933-1935.

PLANO 1. Puntos de detención de los consumidores de heroína en la Ciudad de México, 1929-1935



Elaboración propia a partir de Archivo General de la Nación (AGN), fondo: Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal (TSJDF), 1929-1935. Fuente del plano: Aguirre Botello, Manuel y Galán Pane, Héctor, "Plano parcial de la Ciudad de México que muestra las rutas de tranvías y las estaciones y vías de ferrocarril entre 1930 y 1950", en: <<http://www.mexicomaxico.org/Tranvías/PlanoRutas/RutasMapa1930.htm>>, [consultado: 12 de febrero de 2021]

Los lugares de consumo de heroína estaban ligados tanto a espacios privados como a los públicos, cada consumidor tenía prácticas distintas y de alguna manera los consumidores buscaban y se relacionaban con la oferta de lugares y rumbos de la ciudad en donde podían relajarse, conseguir drogas o incluso aplicarse sus dosis, esto dependía de las posibilidades de cada persona. Sin embargo, existían ciertos rumbos y espacios de la ciudad que tanto consumidores como autoridades identificaban como ambientes de vicio, relajación y crimen; la ciudad en sí misma era considerada un ambiente nocivo para los consumidores de drogas debido a que había una gran oferta de espacios de sociabilidad en donde se podía filtrar la distribución de drogas.

La idea de la Ciudad de México como un ambiente nocivo estaba presente entre los consumidores de heroína y era uno de los argumentos que usaban para justificar su hábito y también para entrar o salir de los espacios de reclusión. Así, en 1938, Eduardo A., internado en el Hospital Federal de Toxicómanos, solicitó un pase para viajar a la capital del estado de Chihuahua para trabajar y desligarse del “ambiente nocivo que se encuentra en esta capital”⁶⁷ Salvador R.V., ingresó al Hospital de Toxicómanos en 1933, era “heroinómano” y señaló que de 1925 a 1929 había dejado el hábito porque estuvo trabajando fuera de México, pero a finales de 1929 regresó a México al “medio de individuos habituados” reiniciando el hábito.⁶⁸ De 1940 a 1942 volvió a dejar el vicio de la heroína, por “salir otra vez de la capital” a su regreso, a principios de 1943, volvió al consumo de heroína “por haber regresado al medio de habituados”.⁶⁹

Como mencionan Carlos Medina y Carlos Vargas, en la Ciudad de México existían “espacios públicos donde residían las señales del progreso metropolitano, también existían sus bajos fondos, sus “infiernos sociales, su otredad; constituidos por cantinas, pulquerías, piqueras, garitos, cabarets, centros nocturnos y prostíbulos”.⁷⁰ Otras distracciones eran los teatros, las carpas, los cines y

⁶⁷ AHSSA, HFT, SeEC, caja 2, exp., 7.

⁶⁸ AHSSA, HFT, SeEC, caja 2, exp., 20

⁶⁹ *Idem.*

⁷⁰ Medina y Vargas, “La vida nocturna”, 1996, p. 12.

actividades como el box, el fútbol soccer, los toros y la lucha libre.⁷¹ En las calles del primer cuadro de la ciudad se localizaban algunos de los coliseos principales, así como centros de reunión y esparcimiento reconocidos, como el Teatro Principal, el Esperanza Iris, el Olimpia, el Arbeu, el Virginia Fábregas, el Colón y el Lírico.⁷² Las carpas eran muy populares y se encontraban entre el territorio delimitado por las fronteras de Tepito, Niño Perdido, Bucareli, Garibaldi y la Viga.⁷³

Los sitios a donde acudían los “heroinómanos” eran esos espacios de diversión y ahí o en las mismas calles, se encontraban con los distribuidores que actuaban de distintas formas para iniciarlos en el consumo. Por ejemplo, Ángela E. G., fue llevada por su madre a la Quinta Demarcación de Policía el 26 de diciembre de 1930, por hacer uso de drogas enervantes y para que se le impusiera un correctivo ya que “era viciosa desde hace cinco meses”.⁷⁴ Ángela acostumbraba inyectarse en los brazos hasta medio gramo de heroína, se reconocía como mujer pública y mencionó que frecuentaba el cine, los teatros y otros lugares de diversión, también mencionó que era la primera vez que estaba presa, que no tenía apodo, profesaba la religión católica y acostumbraba a “tomar diariamente pulque en la comida y cerveza y tequila de vez en cuando”.⁷⁵

Por lo general, los consumidores de heroína se aplicaban sus dosis tanto de forma privada como en compañía o incluso en complicidad con otros toxicómanos o traficantes. En la década de 1930, además de los espacios tradicionales de sociabilidad como las pulquerías o las cantinas, había una proliferación de cabarets, mesones, salones de baile y centros nocturnos en donde se distribuían y consumían sustancias psicoactivas, especialmente la heroína que era fácil de ocultar.

Entre los espacios que mencionaban los usuarios de heroína para aplicarse sus dosis o en donde eran detenidos, estaban los mesones, hoteles, sus propias casas y accesorias que algunas veces estaban ubicadas en los mismos

⁷¹ *Idem.*

⁷² *Idem.*

⁷³ *Idem.*

⁷⁴ Archivo General de la Nación (en adelante AGN), fondo: Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal (en adelante TSJDF), Archivo Histórico III, caja 120, folio 69570, 1930.

⁷⁵ *Idem.*

domicilios donde los traficantes les proveían la heroína. En 1933, según una nota de *El Nacional*, el grupo de narcóticos del Departamento de Salubridad realizó una razzia de viciosos en la colonia de La Bolsa, que operaba en combinación con Gutiérrez Sotelo, un traficante que se hacía pasar por doctor, con consultorio en el callejón de Cuitláhuac, y que “sólo era un centro de toxicómanos a quienes inyectaba[n] principalmente con heroína”.⁷⁶

En otro caso ocurrido el 21 de junio de 1930, tres “heroinómanos” fueron detenidos en la casa de un traficante en las calles del Doctor Andrade #65. En el domicilio mencionado se encontró una vitrola con 80 papeles de heroína. Los detenidos confesaron haber acudido al domicilio mencionado a comprar la droga cuando fueron detenidos, según su declaración algunos de ellos llevaban los útiles necesarios para inyectarse como una jeringa o gotero.⁷⁷

Los hoteles y mesones, quizá porque otorgaban cierto anonimato y privacidad a las personas que acudían a ellos, eran lugares frecuentes de detención de “heroinómanos”. Jesús L., fue detenido el 24 de diciembre de 1929 por agentes del ramo de narcóticos, Jesús L. declaró que tenía 30 años, era casado, de oficio panadero y natural de Cantón, China. Su domicilio era el Hotel Nuevo México, ubicado en la esquina de López y Nuevo México de la ciudad. Jesús L., fue “sorprendido en el cuarto # 19 del Hotel Nuevo México [...] en posesión de un papel conteniendo heroína”.⁷⁸

En otro caso, el seis de noviembre de 1930, el agente José Monroy, contó que “debidamente autorizado por la Superioridad pasó anoche una visita domiciliaria al Mesón “Azul” que está ubicado en la plaza de Bartolomé de las Casas de esta Ciudad, porque tuvo conocimiento de que en uno de los cuartos de dicho Mesón se reunían algunos viciosos a intoxicarse; que habiendo entrado al interior del referido cuarto encontró a dos mujeres de nombres Rosa [T. G.] y

⁷⁶ “22 toxicómanos aprehendidos en la antigua colonia de la Bolsa”, *El Nacional*, 27 de enero de 1933, México, p. 7.

⁷⁷ AGN, TSJDF, Archivo Histórico I, caja 2355, folio 435577.

⁷⁸ AGN, TSJDF, Archivo Histórico III, caja 89, n° de registro 13374, 1929.

Leonor [S.G.], a quienes sorprendió en los momentos en que iban a inyectarse droga al parecer heroína en los brazos”.⁷⁹

Román L. C., fue detenido en agosto de 1930, en el interior del Hotel “Regio Amatlán”, ubicado en la calle de República Argentina #3, porque, según el agente de narcóticos José Alanís, el detenido usaba habitualmente drogas enervantes de las que tenía algunas en su poder y al ser detenido en el interior del hotel manifestó que:

[...] entregaría las drogas que usaba si lo acompañaban a la calle pues no quería que en el Hotel se dieran cuenta de que era vicioso; se accedió a su solicitud y en la cantina situada en la esquina de González Obregón y República Argentina hizo entrega de un frasco pequeño conteniendo una solución al parecer de heroína y un gotero y una aguja que manifestó le servían para aplicarse la droga extrayendo ambas cosas de uno de los calcetines que traía puestos [...] que le fue recogido también un papel conteniendo droga en polvo al parecer heroína la que también traía consigo.⁸⁰

Los hoteles, mesones y accesorias tenían en común que desempeñaban distintas funciones, servían como espacios de alojamiento, de ocio, descanso y entretenimiento. Desde mediados del siglo XIX, los mesones fueron centros de convergencia de los diferentes grupos sociales, “desde la más pulcra y opulenta hasta la más popular y mísera”.⁸¹ Los mesones eran edificios públicos en los cuales, por dinero, se albergaban viajeros, caballerías, mercancías y carruajes.⁸²

Los hoteles eran un tipo de alojamiento temporal de una categoría más alta que los mesones. La palabra “hotel” apareció por primera vez en 1817, en una casona ubicada en las calles 16 de septiembre e Isabel La Católica, primero fue un mesón, después una posada y al agregársele un piso adicional para alojar y dar albergue con habitaciones privadas, se rotuló en su fachada el título “Hotel de la Gran Sociedad”.⁸³ A principios del siglo XX, en la Ciudad de México se registraban 43 hoteles y 12 mesones, además de otros sitios destinados al

⁷⁹ AGN, TSJDF, Archivo Histórico I, caja 2469, folio 485857.

⁸⁰ AGN, TSJDF, Archivo Histórico III, caja 114, n° de registro 16607, 1930.

⁸¹ López y Calderón, “Sitios de ocio, descanso y vicio”, 2004, p. 53.

⁸² Flores, “El hospedaje en Monterrey”, 2009, p. 131.

⁸³ *Ibid.* p. 133.

descanso o a la vivienda temporal como las casas de huéspedes, las posadas y los dormitorios públicos.⁸⁴

Las accesorias tienen una estrecha relación con el comercio. El término fue utilizado para definir la modalidad de casa conocida como “taza y plato”: una accesoria con tapanco, habitada por gente dedicada al comercio, o como vivienda que satisfacía “las necesidades de la vida de la clase poco acomodada”.⁸⁵ Gabriela Sánchez Reyes ha identificado una tipología de accesorias que ha cambiado desde el siglo XVIII, algunas variantes son: la accesoria tienda, la accesoria-vivienda y la accesoria-bodegón-vivienda, incluso se ha utilizado para denominar al taller, sin embargo, en la década de 1930 parece ser entendida como la definió el lexicógrafo Francisco Javier Santamaría en 1959: “habitación baja, compuesta comúnmente de una sola pieza con puerta a la calle sin ninguna al interior de la casa”.⁸⁶

Según los autores Carlos Medina y Carlos Vargas, en las accesorias ubicadas en las calles de Panamá, Órgano y Cuauhtemotzin, en el primer cuadro de la ciudad, se llevaba a cabo únicamente el comercio sexual, mientras que en los burdeles, además del comercio sexual, se vendían bebidas alcohólicas, alimentos y en ocasiones drogas.⁸⁷ Sin embargo, considero que las accesorias funcionaron como espacios encubiertos donde se vendían drogas e incluso los usuarios podían aplicarse sus dosis.

Un caso que ejemplifica esto es el de Guadalupe P. T., quien fue detenida en mayo de 1930, en una accesoria con número 49 de la calle de Italia, Barrio de Atlampa. Guadalupe, arrendataria de la accesoria, fue sorprendida con tres papeles de heroína en la mano por lo que fue detenida. En la accesoria también se encontró a Alberto S. G. quien tenía dos papeles de heroína en la mano; a Leopoldo P. C. con un papel de droga; a Adolfo F. C. quien les acababa de entregar la droga, y a Isidro L.L. en el momento en que se inyectaba, habiéndosele

⁸⁴ Barbosa, “Insalubres e Inmorales”, 2003, p. 5.

⁸⁵ Sánchez, “La accesoria: una tipología”, 2015, p. 137.

⁸⁶ *Idem.*

⁸⁷ Medina y Vargas, “La vida nocturna”, 1996, pp. 22-23.

recogido un gotero “que utilizan los viciosos como jeringa y una aguja hipodérmica con el mismo fin”.⁸⁸

Como se ha visto en este breve recorrido por los rumbos y espacios de socialización de los consumidores de heroína, el consumo de drogas ocurría en diversos rumbos de la ciudad, principalmente en donde predominaban espacios de sociabilidad con fuerte presencia de los sectores populares, aunque también había casos en las zonas más privilegiadas, la vigilancia y persecución ocurría en los barrios y colonias con más carencias pues existía la idea de que ahí se anidaba el hampa. Este hecho no significa que todos los consumidores fueran personas pobres o que ellos concentraran el tráfico de enervantes o el consumo, pues esas prácticas se encontraban presentes en todos los sectores sociales, pero las autoridades perseguían principalmente a los sectores menos privilegiados.

3. Mecanismos de defensa y negociación: los consumidores de heroína frente a la aplicación de la justicia

En el ámbito penal el problema respecto a los toxicómanos se introdujo en el Código Penal de 1929 promulgado en septiembre. Hasta ese momento las cuestiones que tenían que ver con los toxicómanos habían quedado en el ámbito sanitario, lo cual cambió con la promulgación de ese código, ya que se establecieron sanciones para la embriaguez habitual y la toxicomanía. En este nuevo Código el artículo 521 señaló que la autoridad judicial competente podía internar por el tiempo que fuera necesario, a toda persona que hubiera adquirido el vicio de ingerir o usar, en cualquier forma, sustancias nocivas a la salud, drogas enervantes o plantas prohibidas, en los establecimientos que se destinaran para dicho efecto, y quedarían sujetas a las medidas correccionales y disciplinarias que fijaran los reglamentos respectivos y solo saldrían cuando, a juicio del Consejo Supremo de Defensa y Prevención Social, se encontraran curadas.⁸⁹

Para comprobar la responsabilidad del procesado y determinar el tipo de sanción que recibía el sospechoso, se llevaba a cabo un proceso penal. Como ha

⁸⁸ AGN, TSJDF, Archivo Histórico III, caja 100, n° de registro 14782, 1930.

⁸⁹ Código Penal para el Distrito y Territorios Federales de 1929, art. 521.

señalado Elisa Speckman, el proceso penal es el conjunto de actividades debidamente reglamentadas en virtud de las cuales los órganos jurisdiccionales pueden aplicar la ley a casos concretos y mediante él se busca acreditar la existencia del delito y la responsabilidad del procesado.⁹⁰ Para el caso de los toxicómanos los procesos judiciales permiten entender cómo funcionaba la aplicación de la justicia hacia ellos y también el encuentro de las visiones de los representantes del poder judicial y los transgresores, así como las estrategias y negociaciones usadas por los detenidos para evadir el castigo.

Fernando Aguilar quien presentó su tesis para ser abogado en 1930 recogió algunos datos sobre la situación de los toxicómanos, mencionó que a poco más de dos meses de haberse puesto en vigor el Código de 1929, habían sido consignados por el Departamento de Salubridad Pública, a disposición de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, cincuenta y cuatro individuos, quienes habían sido sorprendidos por Agentes del propio Departamento, unos usando droga, y otros en la “ingrata tarea de suministrar las mismas a los viciosos”.⁹¹ Además, otros individuos habían sido remitidos por el Departamento de Salubridad directamente a la Penitenciaría del Distrito Federal.⁹² A su juicio esa cantidad de detenciones mostraba que en México el uso de drogas enervantes había llegado a “una importancia extrema” que exigía se le dedicara especial cuidado.

Uno de los casos que muestra la forma de proceder de las autoridades en el proceso judicial es el de Alfonso Chiu y Arturo Gómez Sánchez quienes fueron detenidos la tarde del 20 de agosto de 1930.⁹³ El proceso iniciaba cuando existían suficientes elementos para suponer la existencia del delito y la responsabilidad del inculcado.⁹⁴ Existía una etapa prejudicial o pre-procesal también conocida como averiguación previa, ésta iniciaba cuando el Ministerio Público recibía la noticia de un posible delito y comenzaba la investigación en la cual debía reunir pruebas que servirían para solicitar el inicio del proceso mediante el ejercicio de la acción

⁹⁰ Speckman, “Instituciones de Justicia y práctica judicial”, 2018, p. 106.

⁹¹ Aguilar, “La situación legal”, 1930, pp.13. 14.

⁹² *Ibid.*, p. 13.

⁹³ AGN, TSJDF, Archivo Histórico III, 1930, caja 119, número de registro 17013, f. 1.

⁹⁴ Speckman, “Instituciones de Justicia y práctica judicial”, 2018, p.106.

penal.⁹⁵ Así, se ponía en marcha la instrucción judicial, esta etapa comprendía las diligencias practicadas por los tribunales con la finalidad de averiguar la existencia de los delitos, sus circunstancias y la probable responsabilidad de los procesados.

En este caso el acta levantada, en el Servicio de la Jefatura de la Policía Sanitaria, consignaba que Alfonso Chiu se dedicaba al tráfico de drogas enervantes y que era a la vez vicioso. Mientras que Arturo Gómez Sánchez usaba habitualmente heroína. Ambos fueron puestos a disposición del Procurador de Justicia del D.F en la Cárcel de Belén como presuntos responsables de delitos contra la salud de acuerdo al artículo 507 del Código Penal vigente.

Alfonso y Arturo fueron detenidos en las calles de Soto por el jefe de Agentes de Narcóticos, José Monroy Vargas. Esto ocurrió, según declaración del agente, cuando Chiu le vendía un papel de droga a Gómez. Se les recogieron dos papeles con droga, dos a Chiu y uno (que acababa de comprar) a Gómez. En su declaración Chiu dijo que tenía 50 años de edad, era soltero, cocinero, natural de Cantón China con domicilio en la calle de Guerrero número 75 de la Ciudad. Chiu manifestó que “efectivamente le recogieron dos papeles con droga y que vendió un papel por la suma de un peso a Arturo Gómez, que usa todos los días heroína; que en su tierra usaba opio y también en México, pues está aquí desde hace 14 años y que únicamente desde hace un año usa heroína.”⁹⁶

Por su parte, Arturo Gómez dijo tener 22 años de edad, ser soltero, empleado (taquimecanógrafo), natural de la capital y con domicilio en la calle de Guatemala número 77, manifestó que “no era vicioso pues apenas hace ocho días que usó por primera vez heroína por las narices, a instancias de un amigo suyo que encontró en una Academia de Baile; que la segunda vez que iba a usarla fue ayer en que no pudo hacerlo porque fue detenido momentos después de comprar la droga, la que le fue recogida.” También agregó que la droga se la había comprado al asiático Chiu por la suma de un peso y que ya sabía que Chiu vendía heroína pues él se la vendió al amigo de la academia que había mencionado.

⁹⁵ *Ibid.*, p. 109.

⁹⁶ AGN, TSJDF, Archivo Histórico III, 1930, caja 119, número de registro 17013, f. 1.

En la fase de instrucción se debía ilustrar al juez sobre determinada situación, por lo que las partes debían presentar pruebas para verificar o comprobar sus afirmaciones. Las pruebas podían ser la confesión, documentos públicos o privados, dictámenes de peritos, inspección judicial, testimoniales y presunciones.⁹⁷ En el caso de Chiu y Arturo, el resultado del análisis de la droga recogida fue que se trataba de cloruro de heroína mezclado con lactosa, esos datos sirvieron para confirmar que los acusados habían incurrido en un delito contra la salud al aceptar haber comprado una sustancia prohibida como era la heroína, además de que estaba adulterada. No obstante, el día 22 de agosto de 1930, los acusados rindieron su declaración preparatoria, pero ninguno de los detenidos ratificó su declaración.

Los argumentos que usaron los acusados y su defensa para ser absueltos, ya que negaron sus anteriores declaraciones, fueron, en el caso de Gómez, que no era cierto lo que se asentó en su primera declaración, que la había firmado sin haber leído porque así se lo exigieron los que le tomaron declaración y lo hizo el exponente “temeroso de que fuera a golpes al igual que a otros individuos que también se encontraban en las oficinas”, negó “terminantemente haber comprado un papel de heroína y que no es cierto tampoco que el declarante haya tomado en alguna ocasión heroína ni ninguna otra droga”. Agregó que transitaba por las calles de Soto cuando fue aprehendido por unos individuos que dijeron ser policías sanitarios y que cuando iba pasando un individuo de nacionalidad China “lo jalonearon y lo metieron por la fuerza en un automóvil llevándolo detenido.”

De nueva cuenta los detenidos mencionaban el uso de la violencia por parte de los agentes para obligarlos a declarar, al respecto hay indicios de las malas prácticas de las que se valían los agentes de la policía sanitaria para cumplir con sus funciones. Pérez Montfort señala que al menos el 40 por ciento de los inspectores sanitarios nombrados entre 1925 y 1929 para el ramo de narcóticos cometieron irregularidades.⁹⁸ Algunos fueron acusados de traficar con las drogas incautadas y otros fueron despedidos por “graves faltas y probables delitos”. Esas

⁹⁷ Speckman, “Instituciones de Justicia y práctica judicial”, 2018, p.110.

⁹⁸ Pérez Montfort, *Tolerancia y Prohibición*, 2016, p. 185

malas prácticas de los agentes de narcóticos fue aprovechada por los toxicómanos para intentar defenderse de las acusaciones que les hacían los agentes, sin embargo no parece que hayan resultado en su favor pues los jueces se apegaban más a los preceptos que dictaba el código penal vigente.

Alfonso Chiu declaró que lo que se asentaba en el acta no era verdad, pues él se dedicaba a su oficio de cocinero y que “nunca ha vendido drogas heroicas”, que ignoraba por qué lo habían aprehendido y que antes “sí fumó opio pero que se retiró por completo de ese vicio y a la fecha no tiene ninguno; que nunca ha tomado ninguna otra droga y repite que solamente en un tiempo fumó opio”, señaló que cuando fue detenido los agentes sanitarios sacaron unos papeles “haciendo aparecer como que se los sacaban de la bolsa” pero que “repite que él no llevaba ninguna droga, ni las usa ni la vende.”

Para determinar la culpabilidad o la inocencia de los acusados, era muy importante el peritaje médico. Los resultados de Chiu y Gómez, claramente contradecían sus declaraciones sobre el uso de enervantes. El dictamen de Alfonso Chiu registró que presentaba numerosos piquetes sobre el trayecto de las venas de ambos antebrazos y disminución del reflejo faríngeo, signos de usar drogas enervantes. Arturo Gómez presentaba “numerosos piquetes de inyección antiguos en ambas regiones glúteas” y disminución del reflejo faríngeo. En ambos se encontraron marcas físicas del uso de drogas enervantes, lo cual daba por hecho que los acusados eran toxicómanos. Con esas pruebas, el 25 de agosto de 1930, el Juez Octavo pidió que se decretara en contra de los dos detenidos auto de formal prisión por el delito de toxicomanía, previsto en el artículo 525 del Código Penal.

Ambos detenidos buscaron recursos de apelación para obtener su absolución, la cual se concretó el 24 de diciembre de 1930. En esta decisión influyó el hecho de que la pena que debían cumplir los acusados no era clara. La Corte determinó que las disposiciones del artículo 525 del Código Penal, señalaban la reclusión en el Manicomio para toxicómanos, pero que se estaba en la "imposibilidad de aplicar la reclusión de que se trata toda vez que en esos mismos artículos no se señala ninguna sanción determinada para los que

acostumbran estar bajo la influencia de una droga enervante, circunstancia única por la cual esta Corte estima procedente la absolución de los acusados."⁹⁹

Es decir, el artículo no determinaba el tiempo exacto de la condena y aunque se daba libertad al juez para fijarla, el abogado defensor alegó que según el artículo 525 quien debía determinar la duración de la reclusión era el Consejo Supremo de Defensa y Prevención Social. A pesar de la absolución, el agente del Ministerio Público apeló el fallo alegando que “no se trataba de una pena inusitada, sino establecida por la ley, y en cuanto a que no tenga duración esta pena, estima que si la tiene, o sea el tiempo necesario para la curación”.¹⁰⁰ De esta forma, los detenidos fueron condenados a tres años de segregación en la Penitenciaría del D.F. con la finalidad de curarse.

En agosto de 1931 fue puesto en marcha el Código Penal de 1931, hecho que beneficio a Arturo Gómez, quien había interpuesto un amparo en contra de la sentencia que se le había dado, y fue puesto en libertad el 7 de septiembre de 1932. Según se le informó:

[...]fue sobreseído el amparo solicitado por parte del acusado ARTURO GÓMEZ SANCHEZ [...] por falta de materia, porque la toxicomanía no existe como delito independiente en el Código de 1931, sino como uno de los elementos del delito de vagancia definido por el artículo 255 del referido ordenamiento; con fundamento en el artículo 57 del propio código, según el cual debe ponerse en libertad a los acusados que se hallen cumpliendo su pena, cuando una ley quite al hecho u omisión el carácter de delito, póngase en libertad a Arturo Gómez Sánchez.

Pero, en el caso de Alfonso Chiu no sabemos si fue así, pues mando varios escritos a la Tercera Corte Penal, solicitando copia de su sentencia, ya que la había perdido, para pedir su libertad. La única contestación que recibió fue que se

⁹⁹ AGN, TSJDF, Archivo Histórico III, 1930, caja 119, número de registro 17013, f.31.

¹⁰⁰ *Ibid.*, f. 34.

estaba investigando su asunto porque el proceso que se instruyó en su contra lo habían pasado a la Suprema Corte de Justicia desde el 16 de abril de 1931.

En otro caso de 1930, Joaquín Chávez Cobos, Jorge A. Bainett, Ceferino Macías, Roberto Chávez Cobos y Carlos Díaz Leal fueron acusados por Delito contra la Salud Pública por uso y tráfico de drogas enervantes.¹⁰¹ El 21 de junio de 1930, los involucrados fueron detenidos por el agente de narcóticos José Monroy Vargas, en el domicilio de Enrique Torres Rodríguez, conocido como traficante, ubicado en las calles del Doctor Andrade #65, ahí se encontró una vitrola con 80 papeles de heroína que fueron analizados, el dictamen químico confirmó que se trataba de cloruro de heroína mezclado con lactosa, esta práctica de mezclar heroína con lactosa era común entre los traficantes ya que les permitía incrementar sus ganancias.

Joaquín Chávez Cobos, Jorge A. Bainett, Ceferino Macías, Roberto Chávez Cobos y Carlos Díaz Leal, confesaron en su primera declaración, haber acudido al domicilio mencionado a comprar la droga, algunos llevaban los útiles necesarios para inyectarse (jeringa/gotero). En su segunda declaración los detenidos niegan consumir heroína y alegan haber sido detenidos injustamente y obligados con engaños o malos tratos a firmar su primera declaración. Algunos señalan haber sido detenidos antes por el mismo delito y no haberseles comprobado, por lo que sugieren ser víctimas de una venganza del agente Monroy. El detenido Carlos Díaz Leal fue el único que ratificó su declaración señalando que le compraba heroína a Enrique Torres.

El 27 de junio de 1930, se decretó la formal prisión de los detenidos. Apelando a la fracción VI del artículo 507 del Código Penal de 1929 que mencionaba "al que compre, venda, enajene, use o ministre en cualquier forma o cantidad, alguna droga enervante sin llenar los requisitos que al efecto señalen las leyes, reglamentos o disposiciones que el Consejo de Salubridad General de la República expida en uso de las facultades constitucionales; o verifique cualquiera de dichos actos con plantas cuya siembra estuviera prohibida se le impondrá una sanción de uno a cinco años de segregación y multa de treinta a noventa días de

¹⁰¹ AGN, TSJDF, Archivo Histórico III, 1930, caja 2355, expediente 435577, 25 fs.

utilidad." Sin embargo, el Licenciado Eduardo McGregor, defensor de los acusados, apeló tal decisión haciendo referencia a que no se podía equiparar el uso de drogas a la venta o comercio de éstas "porque, unos son enfermos y se les recluye en el manicomio, y otros, los comerciantes, los envenenadores, los delincuentes a que se refiere el citado artículo 507 en todas sus fracciones".¹⁰² No obstante, el auto de formal prisión de los detenidos fue confirmado y fueron puestos a disposición de la Cárcel de Belem.

Otro de los casos encontrados es el de Pedro Jaimes Villafán, quien fue detenido por comercio ilegal de drogas en septiembre de 1930, y a quien también se le acusó de toxicomanía. Villafán tenía entonces veinticinco años de edad, era originario de la capital, estaba casado y era comerciante, vivía en la calle Chimilpa número 3 en Tlalpan. En su declaración ante el Departamento de Salubridad dijo que el día sábado como a las once horas había sido detenido por los agentes del Departamento en la calle de Panaderos en el momento en que compraba a las señoras Juana y Carmen García Hernández tres papeles de heroína, por instrucciones de los propios agentes, para cuyo efecto le facilitaron la cantidad de tres pesos.¹⁰³ Villafán agregó que

“no fue sorprendido en el acto de dedicarse por voluntad propia, sino por el deseo de servirles a los agentes para descubrir el tráfico de droga que estaban llevando a cabo las señoras García Hernández citadas; que los agentes recurrieron al declarante por ser este vicioso conocido y con antecedentes en este Departamento, pero que desde hace mes y medio ya no usa la droga”¹⁰⁴

En la declaración de Villafán se puede notar una de las prácticas que solían usar los agentes, el “método del gancho”, en el cual los consumidores de drogas eran usados por los agentes para descubrir a los traficantes. Este tipo de prácticas tenían resultados adversos para los consumidores, ya que muchos terminaban rindiendo declaraciones ante los juzgados.¹⁰⁵

¹⁰² *Ibid.*, f. 21.

¹⁰³ AGN, TSJDF, Archivo Histórico I, 1930, caja 2355, folio 435562, f. 1.

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ Véase Olvera, “Policías, toxicómanos y traficantes”, 2016, p.150.

En otra declaración se mencionó que el Ministerio Público quería ejercer acción penal en contra de Villafán por delito contra la salud. Sin embargo, en el documento no aparece ninguna declaración formal por parte de algún agente. Villafán ratificó su declaración y confesó haber sido vicioso en época anterior y haber usado heroína, pero que “desde hace mes y medio ha dejado de usarla, tanto en consideración a su madre, como porque una vez lo encontraron los agentes usándola y le golpearon; que nunca le procesaron con este motivo, ni ha estado nunca preso.”¹⁰⁶ En sus argumentos Villafán hacía énfasis en que había hecho la compra involuntariamente, sólo por el “deseo de servirles a los agentes” y reivindicó que ya no era toxicómano, pues había dejado la droga por “consideración a su madre”, además mencionó haber sufrido una golpiza por parte de los agentes.

El dictamen médico de Pedro Villafán arrojó que presentaba marcas de toxicomanía: huellas de piquetes de inyecciones intravenosas¹⁰⁷, temblor fibrilar de la lengua¹⁰⁸, midriasis¹⁰⁹ y disminución del reflejo faríngeo.¹¹⁰ Al comprobarse que presentaba “estigmas de toxicomanía”, debía ser recluido en el “manicomio para toxicómanos”, el cual aún no existía, pero que en la época hacía referencia al Manicomio General La Castañeda. Sin embargo, el Juez determinó que:

En cuanto a la orden de aprehensión solicitada [...] en contra de Pedro Jaimes Villarán [*sic*] por el delito de toxicomanía [...] existe denuncia y consignación, pero no hay declaraciones dignas de fe, que hagan probable la responsabilidad de Pedro Jaimes Villarán, pues existe la declaración de este, en la que manifiesta que usó las drogas, pero que hace mes y medio ya no las usa, y si bien es cierto que en el certificado médico, aparece que el inculpado, presenta estigmas de toxicomanía, bien pueden ser éstas, el resultado de haber usado estas drogas, sin estar comprobado que en la

¹⁰⁶ AGN, TSJDF, Archivo Histórico I, 1930, caja 2355, folio 435562, f. 1

¹⁰⁷ Administración de medicamentos o líquidos a través de una aguja o sonda insertada dentro de una vena.

¹⁰⁸ Contracción o temblor incontrolable de fibras musculares.

¹⁰⁹ Dilatación de las pupilas

¹¹⁰ El reflejo faríngeo o nauseoso, es una reacción en la cual un estímulo que entra en contacto con la parte posterior de la garganta o la base de la lengua, provoca la contracción de los músculos de la faringe, ocasionando náuseas.

actualidad las use ni que las haya estado usando al ser aprehendido, a cuyo caso se refiere el artículo 525 del Código Penal.¹¹¹

Al no poder comprobarse que las marcas de inyección que presentaba Villafán eran recientes, se evidenció que las declaraciones de Villafán coincidían en que no había consumido heroína al momento de ser aprehendido y aunque sí la había comprado, tampoco existían declaraciones de los agentes que lo confirmasen, por tal motivo Villafán no fue aprehendido.

Los casos mencionados permiten ver a los diferentes actores involucrados en los procesos penales en los que eran detenidos traficantes y consumidores de drogas por igual, es posible dar cuenta de los argumentos usados por cada uno de los involucrados para llegar a una resolución respecto de los toxicómanos con quienes se suscitaban ciertas dudas respecto a cómo proceder con ellos pues la ambigüedad entre considerarlos enfermos o delincuentes fue una constante en esos años y fue con el Código Penal de 1931 y la creación del Hospital Federal de Toxicómanos que ese aspecto comenzó a cambiar y se intentó dejar de criminalizarlos proporcionándoles asistencia médica.

¹¹¹ AGN, TSJDF, Archivo Histórico I, 1930, caja 2355, folio 435562, f.4.

Conclusiones

En la década de 1930 se pusieron en marcha los dispositivos legales para contener las toxicomanías. Una de las ideas constantes que se encuentran en los discursos médicos y criminológicos es la asociación de las y los consumidores de heroína con la pobreza y la delincuencia, parte de esa idea se basaba en la creencia de que la necesidad del consumo de heroína era tanta que sus usuarios llegaban a robar o cometer otros crímenes para obtener sus dosis, también se señalaba que el uso de heroína dejaba en la ruina a los “heroinómanos”.

Esos argumentos sirvieron para justificar la criminalización de los consumidores de heroína al considerárseles un peligro para la sociedad debido a lo que su consumo de heroína pudiera desencadenar. Pero esa criminalización parecía solo estar dirigida al consumo de drogas por parte de los sectores populares ya que se persiguió a los consumidores que vivían en las zonas más pobres de la ciudad, pues se relacionó al medio en el que el toxicómano vivía con el consumo problemático de heroína.

Capítulo IV. Los consumidores de heroína frente a la intervención médica-psiquiátrica en el Hospital Federal de Toxicómanos

Introducción

En 1933, el doctor Juan Peón del Valle¹¹², médico encargado del Servicio de Toxicómanos en la Penitenciaría del Distrito Federal, rindió un informe a la Oficina Sanitaria Panamericana en el cual mencionó que “se ha comprendido en México que la toxicomanía no es un asunto que pueda resolverse con medios coercitivos de encarcelamiento, y se ha dado un gran paso adelante encomendando el asunto—como tema biológico, de prevención social y de higiene mental— a la clase médica, y directamente al Departamento de Salubridad Pública.”¹¹³ Esta situación se debió a que en 1931 se dictaron nuevas reglamentaciones para el control de drogas, como el Código Penal de 1931 y el Reglamento Federal de Toxicomanía del mismo año, que junto con el Código Sanitario de 1926, otorgaron a los consumidores de drogas el estatus de enfermos dando paso a que las instituciones de salud tuvieran mayor peso en la forma de actuar sobre ellos.

El Reglamento Federal de Toxicomanía de 1931, fue un parteaguas para la medicalización de los toxicómanos, ya que significó una medida que trató de evitar la persecución y encarcelamiento de los consumidores de drogas para abrir paso a su atención médica y rehabilitación en hospitales especializados. No obstante, en la práctica las condiciones del erario mexicano impidieron cumplir cabalmente con las nuevas disposiciones legales. Además de que en los años treinta, hubo otras prioridades en materia de salud pública, por ejemplo establecer centros de salud para la población en general, de esa forma en esos años se construyeron el Hospital para Tuberculosos en Huipulco (1929-1936), el Hospital de Ferrocarriles

¹¹² Juan del Peón del Valle y Barona (ca. 1905). Fue hijo de Juan Peón del Valle y de Carolina Barona. Se graduó como Médico Cirujano y fue practicante en el Manicomio General. En 1931, prestó sus servicios en el Servicio de Toxicómanos en la crujía F de la Penitenciaría del Distrito Federal. Más tarde fue encargado de diversos pabellones del Manicomio General y director del Hospital Federal para Toxicómanos en los años cuarenta. Véase Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Expedientes de personal, legajo 46, expediente 11.

¹¹³ Peón del Valle, Juan, “Algunos aspectos de la actual lucha”, 1933, p. 350.

de México (1936) y el Instituto Nacional de Cardiología¹¹⁴ (1937), por lo cual, seguramente la construcción de hospitales de especialidades tan específicos como el de toxicómanos se retrasó.

El primer servicio que se estableció para atender a los toxicómanos se situó en la crujía F de la Penitenciaría del Distrito Federal y fue llamado Servicio de Toxicómanos el cual funcionó como tal de 1931 a 1933. En 1933, el Servicio de Toxicómanos fue reubicado en otro edificio en la calle de Tolsá¹¹⁵ y, finalmente, en 1935, el Hospital Federal de Toxicómanos se estableció dentro de los terrenos del Manicomio General. En él se intentó rehabilitar a los consumidores de drogas, pero las limitaciones económicas y las constantes reincidencias de los pacientes, además de las fugas y la introducción clandestina de enervantes, mostraron la complejidad de proporcionarles tratamiento y de curarlos.

En ese sentido en este capítulo analizo al Hospital Federal de Toxicómanos como institución que a través de la práctica médica jugó un papel importante en la definición y cuestionamiento de la toxicomanía como problema y de cómo proceder hacia los consumidores. También me propongo recuperar la acción de los consumidores de heroína, sus estrategias para evitar el encierro o fugarse del hospital, sus negociaciones y las relaciones que establecieron con otros actores del Hospital para de alguna forma acercarme a su propia percepción de la adicción.

1. Medicina Social, Higiene Mental y Asistencia Social: tres pilares para el inicio de la atención a los toxicómanos

La década de 1930 fue, sin duda, una década de gran importancia para el desarrollo de políticas de salud encaminadas a solucionar el que se consideraba un problema en ascenso, el consumo de drogas y las toxicomanías, como se le llamaba al uso problemático de drogas en esos años. En esa década podemos

¹¹⁴ Vargas, "La labor nosocomial", 1999, pp. 108-110.

¹¹⁵ Edificio que anteriormente había sido destinado a Inspección de Sanidad, funcionó en ese sitio de 1933 a 1934.

constatar la confluencia de la medicina con las disciplinas sociales y su influencia en las políticas que el gobierno implementaría hacia la población en general y sobre todo hacia los sectores populares. En ese sentido, en este apartado explicaré la forma en que durante el periodo presidencial de Lázaro Cárdenas se buscó cambiar el rumbo de la política social posrevolucionaria mediante la atención de la educación, la salud y la asistencia social a los sectores menos favorecidos y cómo el caso de los toxicómanos se insertó en esas políticas.

Los años treinta fueron trascendentales para impulsar y fortalecer las iniciativas de salud pública en México. Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas la salud pública estaba en la intersección del cruce de la modernización y los derechos ciudadanos, ya que al mismo tiempo que se promovían los avances tecnológicos, se alentaba la creación de una fuerza de trabajo productiva y se prometía un sistema social redistributivo.¹¹⁶ A lo largo del periodo presidencial de Cárdenas se consolidaría un nuevo Estado con una fuerte presencia del ejecutivo que incorporaría a la población agraria y urbana, redefiniría el equilibrio político y sentaría las bases del desarrollo de la industrialización.¹¹⁷

Esos cambios comenzaron a finales de la década de 1920 con la creación de un partido único, el Partido Nacional Revolucionario (PNR), que llevó al fortalecimiento del presidencialismo en los años treinta. Con Cárdenas se hizo lo posible para impulsar la economía nacional poniendo bajo el control del Estado mexicano los sectores estratégicos como el petróleo o los ferrocarriles y se impulsó una política de fomento industrial basada en la sustitución de importaciones y el desarrollo del mercado interno.¹¹⁸ A partir de esa década, en respuesta a la creciente movilización popular a favor de reformas sociales, se intensificó la reforma agraria y laboral, y se propició el corporativismo de esos sectores, incorporándolos al Partido de la Revolución Mexicana.¹¹⁹

En el ámbito social se buscó atender las necesidades básicas de la población menos favorecida, de ahí que el gobierno cardenista priorizara la

¹¹⁶Birn, "Buscando desesperadamente la descentralización", 2005, p. 291.

¹¹⁷ Carrillo, "Salud pública y poder en México", 2005, p. 146.

¹¹⁸ Véase Uhthoff, "Hacia una política asistencial", 2014, p. 161.

¹¹⁹ *Idem.*

asistencia social como parte integral de su política pública.¹²⁰ Como menciona Luz María Uhthoff “promover el crecimiento económico y simultáneamente atender las necesidades básicas de los “débiles sociales” se convirtió en prioridad estratégica.”¹²¹ De esta forma, los nuevos proyectos para integrar a los más desprotegidos y el cambio de la beneficencia a la asistencia social durante el cardenismo coincidieron con lo que pasaba en el ámbito de la medicina, que se orientaría hacia la llamada medicina social¹²², y con la psiquiatría y el movimiento de la higiene mental.

Al respecto Marcos Cueto ha destacado que la medicina social fue una corriente que nació en Europa como reacción al reduccionismo que había generado el énfasis exagerado en la bacteriología y el descubrimiento de los microorganismos como causa de muchas enfermedades infecciosas, lo cual llevo a pensar que los factores de la salud y la enfermedad eran sólo biológicos.¹²³ En respuesta a ese reduccionismo, la medicina social, resaltó la importancia de los factores sociales, políticos y culturales en la recurrencia de las enfermedades epidémicas y propuso una visión holística de la salud pública y la práctica médica, que luchase contra las verdaderas causas de muchas dolencias como la pobreza, la falta de educación, la indiferencia política y el prejuicio.¹²⁴

Claudia Agostoni indica que otras causas del surgimiento de la corriente de la medicina social fueron: la agudización de los problemas higiénicos y sanitarios de las principales ciudades industriales a finales del siglo XIX y los inicios del siglo XX, así como la imposibilidad de la doctrina microbiana como solución a los

¹²⁰ *Idem.*

¹²¹ *Idem.*

¹²² La medicina social surgió en Francia en 1848 y fue el eje de la medicina en ese país. La expresión fue acuñada por el Dr. Jules R. Guérin (1801-1866) quien la caracterizó como la relación de la medicina con la sociedad. Dicho enfoque de la medicina tuvo relevancia a principios del siglo XX y fue en Francia y en Bélgica donde, en la década de 1930, se precisó el concepto. El médico Rene Sand (1877-1953) la definió como “el arte de prevenir y curar, considerando tanto en sus bases científicas como aplicaciones individuales y colectivas, el punto de vista de las relaciones recíprocas que unen la salud de los hombres a su condición”. En ese concepto Sand, no solo expresó la importancia de estudiar las causas científicas o biológicas de la salud y la enfermedad, sino también señaló la necesidad de examinar las condiciones sociales y su influencia en las enfermedades, para él la salud estaba directamente relacionada o era reciproca a las condiciones sociales del individuo. Fajardo, “La expresión medicina social”, 2004, pp. 256-257.

¹²³ Cueto, Brown y Fee, “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud”, 2011, p. 133.

¹²⁴ *Idem.*

problemas de la salud-enfermedad.¹²⁵ Esas causas provocaron que médicos, funcionarios públicos y teóricos sociales a nivel internacional señalaran la existencia de un estrecho vínculo entre los problemas de salud y las condiciones económicas, políticas y sociales.¹²⁶ De esa forma, con la medicina social se buscaba ofrecer atención médica a los sectores con menos recursos y sobre todo estudiar el contexto en el que se desarrollaban las enfermedades y sus portadores.

En México la medicina social se manifestó entre las décadas de 1930 y 1940. Los médicos Alfonso Pruneda, Miguel E. Bustamante, Enrique Arreguín y Miguel Othón de Mendizábal difundieron los postulados de la medicina social. Esos médicos entendían a la enfermedad como un fenómeno colectivo ligado a procesos económicos, políticos, sociales y culturales y abogaban por que en México se impulsara una nueva forma de ejercer la medicina.¹²⁷

Uno de los mayores defensores de la medicina social fue el médico Alfonso Pruneda quien en 1933 publicó un artículo en el cual cuestionaba la relación maniquea que se había establecido entre pobreza, enfermedad e ignorancia. Pruneda sostenía que todas las clases sociales se veían afectadas por el alcoholismo, la prostitución, las enfermedades mentales y las toxicomanías, y por ese motivo hacía un llamado a los médicos para no partir de prejuicios a la hora de enfrentarse a la enfermedad, sino a hacer uso de otras disciplinas como la antropología y la sociología para comprender el contexto social y cultural de los pacientes.¹²⁸

Con ese objetivo desde 1933 se impulsaron diversas iniciativas en México para poner en práctica la medicina social y conocer las condiciones sanitarias del país, principalmente de las zonas rurales. Ejemplo de esto fue la puesta en marcha, en 1933, del programa de Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales de la República, impulsado por Miguel E. Bustamante, esos Servicios Sanitarios tenían como objetivo impartir educación

¹²⁵ Agostoni, "Médicos rurales y medicina social", 2013, pp. 761-762.

¹²⁶ *Ibid.* p., 762.

¹²⁷ *Ibid.*, p. 764.

¹²⁸ Agostoni y Ríos, *Las estadísticas de salud en México*, 2010, p. 179.

higiénica en todas las delegaciones estatales basándose en las problemáticas locales, por lo cual debían elaborar estadísticas, atacar enfermedades transmisibles como la viruela y el tifo, realizar inspecciones sanitarias de alimentos y bebidas, fomentar obras de ingeniería sanitaria y localizar y eliminar focos de insalubridad.¹²⁹ Pronto esa política fue incorporada al Plan Sexenal en 1934 y durante el gobierno de Cárdenas los servicios de salud en todo el país aumentaron.

El desarrollo de la medicina social en México también se extendió hacia el ámbito psiquiátrico y coincidió con el movimiento de la higiene mental. Andrés Ríos señala que entre las décadas de 1930 y 1940, entre los escritos de la primera generación de psiquiatras que hubo en México, observó un interés por la clínica, las políticas de salud pública y la higiene mental.¹³⁰ El interés en esos temas indica que los psiquiatras buscaban una forma de incidir en las políticas de salud pública desplazándose del terreno de la atención hospitalaria al campo de la prevención.

Como ha mencionado Andrés Ríos, la higiene mental surgió como un movimiento que le dio la oportunidad al gremio psiquiátrico de ingresar a las instituciones públicas para desde ahí promover el saber psiquiátrico. En ese sentido, psiquiatras como Alfonso Millán, Manuel Guevara Oropeza, Mathilde Rodríguez Cabo, Samuel Ramírez Moreno, Raúl González Enríquez, Leopoldo Salazar Viniegra y Edmundo Buentello, fueron fundamentales para promover el movimiento de la higiene mental y de alguna manera tener injerencia en el diseño de políticas e instituciones que traspasaran los muros del Manicomio y ayudaran a prevenir las enfermedades mentales entre los considerados sanos.

En el movimiento de la higiene mental 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

¹²⁹ *Ibid.*, p. 180.

¹³⁰ Ríos, *Cómo prevenir la locura*, 2016, p. 11.

mentales.¹³¹ Para lograr lo anterior se tenía que mejorar 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 de la higiene mental.

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.¹³² Aunque la propagación de la higiene mental en México inició en 1934, de la mano del psiquiatra Samuel Ramírez Moreno¹³³, 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 que hubo en México.¹³⁴ 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.¹³⁵ 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.¹³⁶

Ríos sugiere que “la higiene mental fue la faceta psiquiátrica de la medicina social” y ésta a su vez fue “la rueda central que cohesionó ideológicamente las políticas sanitarias de los gobiernos posrevolucionarios”.¹³⁷ Así, la higiene mental

¹³¹ *Ibid.*, p. 43.

¹³² *Ibid.*, p.41.

¹³³ 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. Véase Ríos, *Cómo prevenir la locura*, 2016, p. 12.

¹³⁴ Como ya se mencionó entre ellos estaban Alfonso Millán, Manuel Guevara Oropeza, Mathilde Rodríguez Cabo, Samuel Ramírez Moreno, Raúl González Enríquez, Leopoldo Salazar Viniestra y Edmundo Buentello.

¹³⁵ Ríos, *Cómo prevenir la locura*, 2016, pp.41-42.

¹³⁶ *Ibid.*, p. 62.

¹³⁷ *Ibid.*, pp. 155-156.

como faceta psiquiátrica de la medicina social, buscó llevar a la práctica medidas para la prevención de las enfermedades mentales averiguando factores sociales y culturales que pudiesen convertirse en una amenaza para la salud mental, además debían crear instituciones para detectar a los individuos que pese a no ser diagnosticados con alguna enfermedad mental, se consideraba que tenían cierta “anormalidad” y, por lo tanto, debían ser tratados.¹³⁸

Tanto la aplicación de la medicina social como de la higiene mental se desarrollaron en un contexto en el cual la forma de entender las políticas sociales estaba cambiando, ya que desde 1934 con el gobierno de Lázaro Cárdenas, se impulsó un programa de asistencia social que se proponía atender de manera integral los problemas de los más necesitados. Entre 1932 y 1934, la asistencia social comenzó a diferenciarse de los preceptos religiosos de la “caridad” y la “limosna” orientándose a los de solidaridad y defensa pública, ya que se consideraba que la “miseria era foco de delitos, carga económica para la sociedad y peligro de desintegración social”.¹³⁹ Por ese motivo, se procuró atender a los sectores populares “únicamente en sus necesidades más vitales”, pues según el concepto de asistencia de la época “todo lo que exceda de la satisfacción de necesidades elementales, significa, tratándose de asistencia pública, un lujo”, de cierta forma las autoridades querían evitar que esos sectores se volvieran improductivos y en lo posible contribuyeran al país mediante el trabajo.

A pesar de que las iniciativas de asistencia solo cristalizaron con la creación de la Secretaría de la Asistencia Pública en 1938, desde 1934 se impulsaron algunas políticas de asistencia dirigidas a combatir lo que se consideraba una debilidad social y económica. Es decir, a las personas que por alguna razón no pudieran atender correctamente por sí mismos, por sus allegados o por la intervención de otras dependencias del gobierno sus necesidades básicas: biológicas-económicas, ético-sociales y educacionales, por ejemplo los niños, las madres y los ancianos.¹⁴⁰ Pero, desde el ámbito psiquiátrico, también se puso atención a otros grupos vulnerables como el caso de los enfermos mentales y de

¹³⁸ *Ibid.*, p. 12.

¹³⁹ Secretaría, *La Asistencia Social en México*, 1940, p. 15.

¹⁴⁰ *Ibid.* p. 20.

los que eran considerados individuos con comportamientos desviados como en el caso de los toxicómanos.

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 beneficiada de algunas mejoras y de reformas que pretendían desahogar la sobrepoblación y superar la leyenda negra que se tenía del Manicomio General. Entre 1925 y 1945, considerada 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.¹⁴¹

Los psiquiatras que encabezaron esas innovaciones fueron Samuel Ramírez Moreno, Alfonso Millán Maldonado y Manuel Guevara Oropeza, quienes ocuparon la dirección de La Castañeda entre 1929 y 1944. El año de 1934 fue importante en cuestiones de atención a los toxicómanos, pues no sólo se puso en marcha el nuevo programa asistencial; se dictó un nuevo código sanitario en el cual se volvió a señalar que el Departamento de Salubridad Pública 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; Alfonso Millán llegó a la dirección del Manicomio, siendo él quien finalmente inauguraría un pabellón especial para toxicómanos en el Manicomio General.

De esta forma, inició una etapa en la cual los conocimientos sobre las drogas y las toxicomanías pasaron de las propuestas de salud para combatirlas a su práctica, pues la convicción de que el consumo de drogas era un problema de salud que iba en aumento, se estaba extendiendo entre la población. Sin embargo también se discutió si en realidad era un problema que les correspondía sólo a las autoridades sanitarias o, por la “naturaleza de los toxicómanos” también a las

¹⁴¹ Sacristán, “La contribución de La Castañeda”, 2010, p. 474.

autoridades judiciales. Así a principios de los años treinta predominó la práctica clínica con la cual se buscó ofrecer tratamiento clínico a los consumidores de drogas en hospitales especializados, como se aspiraba con la creación del Hospital Federal para Toxicómanos, que, sin embargo, como veremos en los siguientes apartados recorrió un sinuoso camino para intentar consolidarse y frenar la expansión de las llamadas toxicomanías.

2. El breve periodo en Tolsá (1933-1934): protestas e indisciplina

En enero de 1933, el Servicio de Toxicómanos ubicado en la Penitenciaría se mudó a un edificio en la calle de Tolsá, número 48, en pleno centro de la ciudad. Ese edificio había funcionado como Inspección de Sanidad, pero a partir de ese año operaría como Hospital de Toxicómanos, siendo el primer establecimiento independiente destinado a la atención médica de los consumidores de drogas. En un informe del 27 de julio de 1933, el jefe del Servicio Jurídico del Departamento de Salubridad, Licenciado Francisco Vázquez Pérez, mencionó que las condiciones del nuevo establecimiento no eran las deseables para un hospital de ese género en la capital de la República, sin embargo, el Hospital de Toxicómanos era un adelanto de mucha consideración que repercutiría favorablemente en la campaña contra enervantes que la Constitución había encomendado al Departamento.¹⁴²

Contar con un edificio exclusivo para el tratamiento de los toxicómanos debió significar tener mejores condiciones para la atención médica de los pacientes al salir de un espacio médico dentro de una prisión en el que se encontraban en la crujía F de la Penitenciaría, sin embargo, en el nuevo Hospital no se obtuvo ningún beneficio considerable, pues las limitaciones económicas predominaron en el establecimiento. La documentación administrativa y el parte de novedades de los encargados de la vigilancia del Hospital permiten mostrar las

¹⁴² Hospital de Toxicómanos. Rinde informe de labores efectuadas durante el periodo del primero de julio de 1932 al 30 de junio del presente año, México, 27 de julio de 1933, en Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (en adelante AHSSA), Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 33, expediente 7, 17 fs.

relaciones que se establecieron al interior y dan testimonio de los pacientes y de su proceder ante las condiciones de vida que prevalecían en ese primer edificio que albergó al Hospital de Toxicómanos.

El nuevo local que ocupó el Hospital de Toxicómanos dependía del Servicio de Química y Farmacia¹⁴³ del Departamento de Salubridad y fue arreglado en lo indispensable para que tuviera “carácter de hospital” y contara con elementos de seguridad para la reclusión de los enfermos. Los médicos esperaban que el nuevo establecimiento fuera un espacio de tratamiento completo donde no sólo se desintoxicaría a los enfermos sino que se comenzaría a aplicar el tratamiento psicoterápico, sin embargo, las condiciones del edificio no eran favorables, se necesitaba hacer arreglos para proporcionar comodidad, seguridad y espacios adecuados para separar y atender a los enfermos.

Según el inspector de salubridad Ricardo Serrano, el edificio era bastante bueno pero carecía de seguridad debido a la falta de enrejados en las ventanas y al mal sistema de las cerraduras.¹⁴⁴ El mobiliario era “desagradable por su poco confort y aseo”. El inmueble tenía dos plantas que eran inadecuadas para los enfermos, ya que en los salones dormitorios de la planta baja uno era demasiado pequeño para el número de asilados y el otro estaba desprovisto de maderas en sus claros por lo cual los pacientes estarían expuestos a corrientes perjudiciales de aire frío; la planta de arriba tenía demasiadas habitaciones desocupadas las cuales se recomendaba acondicionar para lograr la separación de los enfermos entre los que eran principiantes en el “vicio” y los que eran procesados.¹⁴⁵

Para los inspectores y vigilantes era importante establecer la separación entre las personas con procesos penales y las que tuvieran poco tiempo de consumir enervantes, esto como forma de evitar la mezcla entre ambos grupos, ya

¹⁴³ El Servicio de Química y Farmacia fue creado en 1921 con el nombre de Oficina de Química y Farmacia bajo la dirección del farmacéutico Francisco Lisci. Este servicio se encargaba de los asuntos relacionados con el ejercicio de la farmacia, así como de la vigilancia del manejo de narcóticos en droguerías, boticas y otros establecimientos de fabricación y venta de sustancias. Véase Olvera, “Policías, toxicómanos y traficantes”, 2016, p. 66.

¹⁴⁴ Breves notas tomadas en mi inspección al Hospital de Toxicómanos, México, 7 de junio de 1933, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 35, expediente 18, 2 fs.

¹⁴⁵ *Idem.*

que los llamados “procesados” por tener causas penales eran vistos como delincuentes e indisciplinados y se les asociaba con el tráfico de drogas, por lo cual se consideraba que representaban una mala influencia para los recién iniciados en el consumo, que se creía aún no estaban involucrados en el tráfico y por lo tanto los consideraban solo como enfermos. Sin embargo, en esos primeros años de funcionamiento del Hospital todos los asilados convivían sin separación alguna.

El nuevo Hospital de Toxicómanos organizó sus funciones en dos partes: el servicio técnico o médico y el servicio administrativo o económico. El servicio técnico estaba formado por el Director del Hospital y dos médicos sub-auxiliares quienes estaban comisionados uno en el Hospital y otro en la Oficina de Consignaciones del Departamento de Salubridad. El servicio administrativo estaba a cargo de un administrador que realizaba diversas gestiones y proporcionaba informes sobre el Hospital al Servicio Jurídico del Departamento de Salubridad.¹⁴⁶

A pesar de esa organización el servicio presentaba deficiencias que recaían en la atención que se brindaba a los enfermos. Los problemas se presentaron tanto en la parte técnica del servicio como en la económica-administrativa. Existía falta de coordinación y unidad de criterio en la parte técnica del servicio, ya que cada médico hacía lo que “buenamente” podía. En el Hospital laboraba un director, un médico sub-auxiliar y una enfermera¹⁴⁷ quienes recibían a los pacientes que enviaba el médico de la Oficina de Consignaciones, la falla estaba en que los pacientes eran enviados sólo con una orden del servicio jurídico sin ninguna especificación de índole médica, de tal manera que el médico del Hospital recibía al enfermo ignorante de la causa, o de las condiciones en que iba remitido.¹⁴⁸ Esto ocasionaba que en el Hospital los médicos no tuvieran datos exactos sobre el paciente y sus síntomas, lo cual dificultaba diagnosticar o atender

¹⁴⁶ La organización del Servicio de Toxicomanías del Departamento de Salubridad Pública presenta algunas deficiencias, México, s/f, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 36, expediente 3, fojas 3-8.

¹⁴⁷ En septiembre de 1933, ya laboraban dos enfermeras en el Hospital.

¹⁴⁸ La organización del Servicio de Toxicomanías del Departamento de Salubridad Pública presenta algunas deficiencias, México, s/f, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 36, expediente 3, fojas 3-8.

al paciente, pues su sintomatología podía haber cambiado o incluso ellos mismos podían simular síntomas de acuerdo a su conveniencia.

Una de las causas de esas fallas en la parte técnica era la falta de recursos económicos para la elaboración de la historia clínica del paciente. Pues en el Hospital hacían falta elementos indispensables para el diagnóstico como un aparato para medir la tensión arterial, una linterna eléctrica para buscar los reflejos oculares y un martillo de percusión para los reflejos osteotendinosos, cantidad suficiente de jeringas y medicamentos surtidos, además de archiveros para llevar un registro de los asilados y el expediente personal de cada enfermo.¹⁴⁹ Durante 1933 y 1934, las historias clínicas que se han encontrado son sucintas, no tienen un formato establecido y se improvisaban en hojas sueltas.

Otro de los problemas técnicos tenía que ver con las altas de los enfermos. Aunque existía la figura del médico-director este no acudía regularmente al Hospital, dejando a cargo al médico sub-auxiliar y a la enfermera que pasaban más horas atendiendo a los enfermos, sin ser de tiempo completo, dicho escenario ocasionaba una atención deficiente a los asilados y propiciaba que los enfermos manejaran a su modo la situación, estableciendo relaciones más cercanas con uno u otro de los médicos para lograr conseguir la aplicación de sus dosis o su alta del Hospital.

En un informe se señaló la necesidad de que el médico sub-auxiliar, al tener más contacto con los enfermos, tuviera mayor injerencia en el sanatorio, pues no se le daba la libertad suficiente para poder desempeñar su trabajo.¹⁵⁰ Además, el médico sub-auxiliar no podía conceder altas sin previa firma del otro médico sub-auxiliar (el de Consignaciones) y sin la del Director del Hospital, quien era el encargado de opinar, resolver y solicitar el alta definitiva.

Esa falta de organización entre los médicos produjo que los internos actuaran en su propio beneficio. Según el mismo informe, cuando el director realizaba sus visitas a los pacientes y los examinaba se veía “impresionado por las

¹⁴⁹ *Ibid.*,

¹⁵⁰ La organización del Servicio de Toxicomanías del Departamento de Salubridad Pública presenta algunas deficiencias, México, s/f, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 36, expediente 3, fojas 3-8.

mentiras, las súplicas y las simulaciones de los asilados” por lo cual, se anotó, ordenaba las altas sin tomar en consideración que los toxicómanos empleaban cuanto procedimiento estaba a su alcance para lograr salir del Hospital.¹⁵¹ Si bien esas súplicas pudieron ser ciertas, es posible que las condiciones de falta de atención, de abandono y de encierro, además del probable síndrome de abstinencia que se producía ante la falta del consumo de sustancias como la heroína, desataran ciertos comportamientos y protestas por parte de los consumidores de drogas.

En su tesis Laura Alcántara menciona que en esta primera época, el Hospital no estaba acondicionado para brindar actividades alternativas a los internos, de tal forma que sólo podían “recostarse en la cama o vagar por el pequeño recinto donde se les tenía confinados.”¹⁵² Tampoco existía una enfermería para atender padecimientos relacionados con la adicción o accidentes, un lugar para las comidas, ni instalaciones adecuadas para la higiene personal.¹⁵³ Bajo esas condiciones se creaba un ambiente hostil entre los asilados, además influían otros aspectos relacionados con el proceder de los médicos y que no eran bien aceptados por los pacientes, por ejemplo, la salida del Hospital de individuos que tenían poco tiempo o días de haber ingresado al establecimiento, esto era incomprensible para los asilados restantes que se tenían que someter “con cierta docilidad al cautiverio”. A este respecto en un informe se mencionó:

Y naturalmente, aparte de que ese ambiente de hostilidad que se forma por el hecho de que algunos individuos salgan sin razón, según los asilados, antes que otros que tienen más tiempo, y que provoca el que en algunas ocasiones se hayan verificado hasta motines, resulta que el papel del

¹⁵¹ *Idem.*

¹⁵² Alcántara, “El Hospital Federal de Toxicómanos”, 2017, p. 73.

¹⁵³ *Idem.* Un caso de accidente ocurrió el 4 de junio de 1933 cuando a las 21:30 horas el enfermo Fernando Chávez B. fue enviado a la Cruz Verde para su curación, por “haberse luxado un hombro al caerse de la cama regresando a las 24.15 horas, completamente sano.” Informe relativo a los enfermos que se curan en dicho hospital, México, 8 de abril de 1933, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 35, expediente 13, foja 132.

médico adscrito al Hospital es de tal manera insignificante y carente de responsabilidad, que de hecho no es necesario el que esté en el Hospital.¹⁵⁴

Como se observa en el informe, algunas autoridades no estaban de acuerdo en la organización del Hospital, pues sugirieron que la ausencia o poca comunicación entre los médicos, así como la poca autoridad que tenía el médico adscrito al Hospital era grave, ya que afectaba el tratamiento de los asilados quienes no recibían una atención adecuada. Incluso ese informe apuntaba a señalar que en el Hospital existía poca disciplina y se puede inferir un reclamo e inconformidad hacia la figura del director y descalificación hacia su trabajo pues se consideró que no ejercía una función como médico y que quienes proporcionaban el tratamiento a los pacientes eran el médico sub-auxiliar y las enfermeras.

Esa situación de falta de coordinación entre los médicos y las autoridades impidió la estandarización de un tratamiento debido a que el médico sub-auxiliar implantaba determinado procedimiento de deshabituación dejando encargada a la enfermera para que inyectara a los pacientes, pero el director del Hospital al practicar sus visitas y, según el mismo informe, “impresionado seguramente por una corriente afectiva de lástima, ante las quejas simuladas de los toxicómanos”¹⁵⁵ ordenaba directamente a la enfermera que prolongara dichos tratamientos (principalmente de aplicación de morfina) por más tiempo del que el médico sub-auxiliar había ordenado, provocando una interrupción del seguimiento y de la personalización del procedimiento que el médico sub-auxiliar había desarrollado.

Todas esas limitaciones económicas, así como la ineficacia organizativa entre las diferentes instancias y los médicos provocaron y favorecieron las quejas, el comportamiento tildado de “rebelde” y la particular forma de relacionarse de los asilados con los médicos y con los vigilantes quienes pasaban la mayor parte del día con los internos.

El servicio administrativo y la vigilancia, según un inspector de sanidad, eran buenos, pero podían mejorar si se les daban mayores facultades a los

¹⁵⁴ La organización del Servicio de Toxicomanías del Departamento de Salubridad Pública presenta algunas deficiencias, México, s/f, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 36, expediente 3, fojas 3-8.

¹⁵⁵ *Idem.*

celadores “para hacerse respetar sin violencias” y para que la disciplina al interior fuese más rigurosa.¹⁵⁶ Las limitaciones a las que se enfrentaron los pacientes propiciaron su organización, solidaridad y protestas, estos aspectos los podemos ver a través de las tensiones que se vivieron en los primeros años de funcionamiento del Hospital, pues tan pronto como comenzó el servicio para toxicómanos en Tolsá, aparecieron los conflictos entre los internos y los guardias del lugar, así como los desacuerdos entre los médicos y los custodios, pues mientras los médicos querían un espacio menos vigilado y rígido, los vigilantes abogaban por un espacio más controlado.

Al iniciar sus funciones el edificio de Tolsá contaba con 14 celadores divididos en dos turnos diarios de siete personas que dependían de la Penitenciaría del Distrito Federal¹⁵⁷, para agosto de 1933 el personal de vigilancia consistía en seis elementos tres agentes y tres guardias.¹⁵⁸ Y en 1934, se tenían tres vigilantes dependientes de la Policía del Distrito Federal, cuyo trabajo, según palabras del administrador del Hospital, “les resulta pesado y podía llegar a ser deficiente”, por lo cual se solicitaron dos o tres policías más en cada uno de los turnos con objeto de que pudieran relevarse y el servicio resultara más efectivo.¹⁵⁹ Sin embargo, las condiciones del Hospital, su misma ubicación y la cantidad de asilados impidieron el orden y la disciplina al interior.

La falta de recursos que hacían deficiente la atención médica y las malas condiciones en las que vivían los asilados en el Hospital imposibilitaron la buena marcha del establecimiento, propiciando diversas fugas, protestas e incluso motines, los cuales eran traducidos como indisciplina por los vigilantes quienes exigían se les diera más atribuciones para controlar a los enfermos.

¹⁵⁶ Breves notas tomadas en mi inspección al Hospital de Toxicómanos, México, 7 de junio de 1933, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 35, expediente 18, 2 fs.

¹⁵⁷ Memorandum, México, 21 de abril de 1933, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 34, expediente 9, 5 fs.

¹⁵⁸ Lista de asistencia. Hospital de Toxicómanos, México, 22 de agosto de 1933, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 36, expediente 3, foja 1.

¹⁵⁹ Se solicitan dos agentes para el Hospital de Toxicómanos, México, 8 de junio de 1934, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 40, expediente 33, 5 fs.

El doctor Everardo Landa¹⁶⁰, director del Hospital, registró 350 pacientes de primer ingreso, que empleaban heroína, marihuana, opio y cocaína, pero mencionó que “el uso ya generalizado del primero de estos enervantes, hace pensar que los “viciosos heroinómanos” alcanzan una proporción del 95 por ciento”.¹⁶¹ Los consumidores que entraron entre 1933 y 1934 era una población masculina, ya que aún no existía un espacio para atender a las mujeres.¹⁶² La principal vía de consumo de heroína era la vía intravenosa para lo cual los consumidores de heroína usaban dosis de entre cinco centigramos y dos gramos.¹⁶³

La cantidad de asilados en el Hospital era bastante alta para ser atendida por el poco personal médico con el que contaba, por esta razón la responsabilidad quedaba prácticamente en manos de los vigilantes, quienes se quejaban de la poca disciplina de los pacientes y exigían que se les diera mayor autoridad para mantener el orden en el Hospital. Esa situación iba en contra de lo que algunos médicos, como el director, Everardo Landa, pensaban. Everardo Landa defendía la idea de que los asilados debían ser tratados como enfermos y no como delincuentes, para él era importante hacer del Hospital un espacio medicalizado y no uno carcelario. Pero ese ideal era difícil de cumplir, pues los pacientes no eran sujetos pasivos y solían hacer peticiones de todas las formas posibles.

¹⁶⁰ Everardo Landa Carrasco (1877-1950), fue un médico originario de Toluca, Estado de México. Estudió en la Escuela Nacional de Medicina y fue practicante en el Hospital de San Andrés y del Concepción Béistegui. 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 de la medicina*, 2008, pp. 251-252.

¹⁶¹ 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, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 33, expediente 7, 17 fs.

¹⁶² Laura Alcántara señala que en la relación de tratamientos encontró inscrita a una mujer que estuvo internada durante un mes, pero no hay un registro oficial de ella en el Hospital. Véase Alcántara, “El Hospital Federal de Toxicómanos”, 2017, p. 78.

¹⁶³ 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, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 33, expediente 7, 17 fs.

Así ocurrió el cinco de julio de 1933, día en que los asilados se amotinaron, rompieron los cristales y la loza de los servicios, y pretendieron salir a la calle.¹⁶⁴ Según Pérez Montfort, los bomberos contuvieron el motín “a base de manguerazos y duchas que calmaron a los enfermos”, al día siguiente la noticia apareció en *El Nacional* mencionando que la causa del motín había sido la suspensión de las visitas de ese día en el Hospital, situación que disgustó a los internos quienes “lentos de cólera buscaban piedras, palos y lo que fuera para echar abajo las puertas por la fuerza.”¹⁶⁵

Un antecedente del motín pudo haber ocurrido en abril de 1933 cuando varios internos presentaron una queja contra el Jefe del primer grupo de vigilancia, Gumersindo G. Hernández. Según el parte de novedad que rindió el vigilante, “el interno Rafael U. se insubordinó” al estar fuera de su galera en horas no reglamentarias de lo cual se dieron cuenta los demás asilados, como a las 17 horas se presentó un individuo a la reja de entrada solicitando permiso para visitar al “detenido” Federico A., “lo que no se le permitió por estar prohibido”, pero al darse cuenta Federico A., desde la reja de la calle comenzó a gritarle que “no les hiciera caso a los gatos”, que pasara al interior por lo cual el vigilante le llamó la atención y el interno reaccionó “contestando[le] altaneramente y con palabras altisonantes”¹⁶⁶

Dicho incidente fue el detonante para que los asilados se organizarán y exigieran su derecho a recibir visitas de sus familiares y amigos, que según los vigilantes, estaban restringidas para impedir que los asilados tuvieran contacto con los traficantes de drogas que rondaban el Hospital o que sus mismos familiares y amigos les llevarán las sustancias. Los asilados organizados escribieron una “solicitud de peticiones”, firmada por 34 asilados, en la cual exigían que el Sr. Gumersindo Hernández fuera excluido de su puesto porque el trato que les daba era “inquisitorial”, expresando un abuso de poder por parte del vigilante quien,

¹⁶⁴ Pérez Montfort, *Tolerancia y prohibición*, 2016, p. 259.

¹⁶⁵ *El Nacional*, México, 6 de julio de 1933, citado en Pérez Montfort, *Tolerancia y prohibición*, 2016, p. 259- 260.

¹⁶⁶ Parte de novedades, México, 2 de abril de 1933, en AHSSA, Fondo Salubridad pública, Sección Servicio Jurídico, caja 36, expediente 5, foja 6.

según los internos, había llegado “hasta a humillar a nuestros familiares y profiriendo palabras obscenas para cualquier indicación”.¹⁶⁷

También pedían que se les concediera la visita de sus familiares dos veces por semana, así como los alimentos que les llevaran “ya sea en día de visita u otros, sometiéndose a una rigurosa inspección para evitar toda sospecha por parte del personal”, esto alude a la importancia de las visitas para los enfermos y a la necesidad de que dejaran pasar los alimentos, por verdadera necesidad o probablemente porque ocultar la droga en lugares menos insospechados era una práctica común para procurarse las dosis de heroína u otras sustancias.

Finalmente demandaban la presencia del Dr. Everardo Landa como autoridad competente para diagnosticar su estado de salud, pues mencionaron que “la mayoría de los asilados en este Hospital nos encontramos ya completamente sanos y juzgamos 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.”¹⁶⁸ En esta demanda de los asilados se expresa su sentir al estar viviendo en el encierro, en malas condiciones y en el abandono por parte de las autoridades médicas. A través de sus palabras pretendían negociar y apelaban a que ya se sentían bien y por lo tanto se consideraban sanos, para exigir que se presentara el director Everardo Landa quien era el único capaz de otorgarles el alta y lograr así salir del Hospital.

También mencionaron las malas condiciones en las que vivían en el Hospital para que se considerara su situación y para mejorar el entorno en el establecimiento. Sus demandas dejan ver que el Hospital de Toxicómanos no estaba funcionando como tal, sino que seguían predominando las condiciones carcelarias. La vigilancia estricta que predominaba en el Hospital fue justificada por los vigilantes debido a que debían “evitar una fuga, puesto que hay procesados” e “impedir que se introduzcan cosas prohibidas”¹⁶⁹, además se hizo

¹⁶⁷ Solicitud de peticiones que presentamos los suscritos, México, 3 de abril de 1933, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 36, expediente 5, foja 7.

¹⁶⁸ *Idem.*

¹⁶⁹ *Ibid.*, foja 9.

énfasis en que esos “señores son insubordinados de naturaleza” y por ese motivo debían ser castigados para mantener el “buen orden y la disciplina”.¹⁷⁰

De esta forma, los vigilantes insistían en que se les debía dar mayor autoridad para poder reprender a los asilados dado los constantes altercados, intentos de fuga e introducción de drogas al interior del Hospital. En los informes de los vigilantes se destaca la constante insubordinación, fugas y protestas por parte de los enfermos, así como la incapacidad de los vigilantes para establecer el orden, cuestión que atribuían a la falta de autorización para proceder de manera más enérgica contra los enfermos. Por ejemplo, el 8 de abril de 1933, el jefe de vigilantes de guardia comunicó que como a las 12 horas el detenido Rafael U. fue separado de los demás detenidos y se encontraba incomunicado debido a que estaba “alterando el orden y faltando al respeto a todo el personal del Establecimiento.”¹⁷¹ El 14 de mayo de 1933, se reportó que los enfermos: Juan A., Alfonso B. y Federico A. habían empezado una huelga de hambre el día anterior, pero “hoy a las 9 horas tomaron su alimentación acostumbrada.”¹⁷²

El 2 de junio de 1933, el enfermo Eduardo A. solicitó a uno de los agentes que le permitiera hablar por teléfono, concediéndosele el permiso y pasándolo inmediatamente a la habitación donde se encontraba colocado dicho aparato, el agente procuró estar al pendiente de él; pero al estar hablando, el asilado “dejó violentamente el aparato y emprendió la fuga por la puerta del jardín pretendiendo ganar la calle”, el agente logró aprehenderlo con el auxilio de otro vigilante y un policía que estaban en servicio en la reja de la calle, “internándolo en el establecimiento por medio de suplicas, pues se oponía a ello y no tienen instrucciones para proceder con energías.”¹⁷³

En otro caso ocurrido el mismo día, a las 20:30 horas se fugó el enfermo J. Jesús M. dicho enfermo tenía tres días que no se le inyectaba droga. La fuga la verificó “fracturando la chapa de una puerta de la planta alta aprovechando una ventana y saltando a un techo de la lámina de la casa contigua y ganando la calle

¹⁷⁰ *Idem.*

¹⁷¹ Informe relativo a los enfermos que se curan en dicho hospital, México, 8 de abril de 1933, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 35, expediente 13,194 fs.

¹⁷² *Ibid.*, foja 98.

¹⁷³ *Ibid.*, foja 128.

por dicha casa” siendo “completamente imposible poderlo aprender (*sic*)”, pues tanto el vigilante como el policía que estaban de guardia en el jardín mencionaron “no tener instrucciones para proceder con energía en casos análogos.”¹⁷⁴ Los casos de fugas son interesantes, ya que el hecho de que los vigilantes mencionaran que no podían hacer nada para detener las fugas porque no tenían “instrucciones para proceder con energías” puede significar que también se desarrolló una relación de complicidad entre los internos y los vigilantes que podía favorecer a ambos lados y evitar, por un lado, el encierro de los enfermos y, por otro, deslindar responsabilidades por parte de los vigilantes.

La introducción de drogas fue otra de las preocupaciones en el Hospital, hecho que justificó la restricción de las visitas a los asilados. El 19 de junio de 1933, el jefe del primer grupo de vigilantes comunicó al administrador lo siguiente: “Tengo la honra de poner en el superior conocimiento de usted, que hoy como a las 11.1/2 horas se presentó en este hospital el joven Agustín A. pretendiendo introducir al interior una bolsa con fruta para el detenido Santos P., pero al sujetarla al registro reglamentario se encontró un papel al parecer de droga y otro con marihuana, dentro de unos plátanos.”¹⁷⁵ En este caso se nota que en el Hospital sí existía un mecanismo de revisión para evitar el paso de drogas, aunque en ocasiones fallaba, otras veces resultaba exitoso por lo que las personas que pretendían visitar a algún asilado tenían que encontrar nuevas e ingeniosas formas de introducir drogas y los guardias debían estar alertas de cualquier truco.

El 16 de junio de 1933, se suscitó otro caso que muestra la solidaridad y capacidad de organización entre los internos para intentar fugarse del Hospital. El agente de guardia, Pedro Murillo le comunicó al administrador que a las 18:30 horas, al hacer su sobrevigilancia por el jardín, escuchó unos ruidos sospechosos como golpes de martillo que provenían de la sala número uno.¹⁷⁶ Dicho agente, inmediatamente se lo notificó al jefe del grupo de vigilantes, quien al ir a ver qué

¹⁷⁴ *Idem.*

¹⁷⁵ Informe relativo a los enfermos que se curan en dicho hospital, México, 8 de abril de 1933, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 35, expediente 13, foja 156.

¹⁷⁶ *Ibid.*, foja 170.

ocurría en el interior de la sala, sorprendió al detenido Antonio Nieto G. “horadando el muro que comunica al jardín, usando como herramienta unas varillas de una de las camas”.

Además, se dio cuenta de que los demás enfermos recluidos en la misma sala (eran 25) también estaban de acuerdo, pues “mientras éste trabajaba, los otros procuraban gritar y cantar con el objeto de que no se oyera ningún ruido que delatara la maniobra que estaban llevando a cabo.” Ante tal situación los vigilantes “suplicaban” que a los involucrados se les impusiera un castigo para que sirviera de ejemplo a los demás detenidos.¹⁷⁷

Los casos citados nos muestran que entre los internos existían mecanismos de comunicación y negociación —entre ellos mismos y con las autoridades, médicas o de vigilancia— para conseguir mejores condiciones de vida en el Hospital o incluso lograr salir de él. También se organizaban y resistían a través de las protestas escritas o mediante los intentos de fuga o motines que hacían contra los abusos de poder y que eran vistos por las autoridades como actos de rebeldía o indisciplina que se debían eliminar. En esos años se observa un constante choque entre el personal del Hospital y los vigilantes, pues mientras que unos defendían la medicalización de los toxicómanos y los intentaban tratar como enfermos, otros pugnaban por tratarlos como delincuentes y ejercer mayor coerción sobre ellos. Esas tensiones continuaron a lo largo de la historia del Hospital, pero también en ocasiones cambiaron y los asilados lograron establecer relaciones más recíprocas con algunos integrantes del personal.

3. La puesta en marcha del Hospital Federal para Toxicómanos y el proyecto de reglamento interno de 1935

En septiembre de 1933, el doctor Everardo Landa, director del Hospital de Toxicómanos realizó un proyecto de presupuesto para el año de 1934. En ese proyecto insistió en la necesidad urgente de que el servicio contara con un local de primeras atenciones, en donde los enfermos pudieran permanecer hasta que se

¹⁷⁷ *Idem.*

lograra su desintoxicación, así como de un hospital campestre, en el que se les prestara todo el tratamiento que requería “la verdadera curación de una toxicomanía.”¹⁷⁸ En ese sentido, en este apartado se examinará la puesta en marcha del Hospital Federal de Toxicómanos construido en el Manicomio General y se analizará su funcionamiento a través del primer proyecto de reglamento interno de 1935.

La petición del doctor Everardo Landa mostraba que en el Hospital ubicado en Tolsá, aún no se lograba aplicar un tratamiento adecuado para los pacientes y mucho menos curarlos. El mismo doctor mencionó que el servicio aumentaba cada día, pero no era posible atender a mayor número de enfermos debido a que el local y demás elementos no eran suficientes. Según sus palabras:

Los enfermos están recibiendo en la actualidad un simple tratamiento, combatiéndose los accidentes agudos de su estado clínico, más o menos según el caso; pero es frecuente que reingresen al cabo de pocos días y ya se cuentan muchos con cuatro y hasta cinco ingresos. Esto prueba que la verdadera curación no se ha logrado y que no es fácil lograrla si no se recurre a los procedimientos destinados a la psicoterapia del toxicómano.¹⁷⁹

De esta forma, el doctor Everardo Landa aceptaba que la curación de los enfermos no se lograría si no se le daba más presupuesto al Hospital, para mejorarlo y de ser posible ampliarlo e incluso conseguir otro establecimiento ubicado en las afueras de la ciudad en donde se pudiera aplicar la psicoterapia y no solamente la desintoxicación de los enfermos. Llegó así el año 1934 y las condiciones en el Hospital eran las mismas, sin embargo, ese año fue importante, ya que se volvió a dirigir la atención hacia el Hospital debido a la promulgación de un nuevo código sanitario.

El Código Sanitario de 1934, volvió a señalar en su artículo 420 que el Departamento de Salubridad fundaría en los lugares de la República que estimara conveniente, “establecimientos especiales para internar en ellos a quienes

¹⁷⁸ Proyecto de presupuesto del Servicio de Toxicomanías para el próximo año, México, 1 de septiembre de 1933, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 36, expediente 3, foja 9.

¹⁷⁹ *Idem.*

hubieren adquirido el vicio de enervantes”¹⁸⁰, asimismo, determinaría el tiempo que los enfermos debían permanecer recluidos para su tratamiento.

A principios de 1935, el abogado auxiliar Fernando Aguilar informó al Jefe del Servicio Jurídico, Francisco Vázquez Pérez, que en el Hospital “urgía una organización completa tanto en lo material como en los sistemas que se siguen para reclusión y curación de los enfermos” e indicó que en el Manicomio General de La Castañeda hacía mucho tiempo se había construido “un pabellón especial para toxicómanos con recinto especial para mujeres, pero el suscrito ignora los motivos por los cuales hasta la fecha no se haya utilizado”¹⁸¹, hecho que planteó la posibilidad de usar ese pabellón como el anhelado Hospital Federal de Toxicómanos.

Dicho Pabellón contaba con las características espaciales necesarias para llevar a cabo un tratamiento completo de los enfermos y, al fin, lograr dar atención a las mujeres a las que no se les había brindado ningún servicio para su curación. Esa situación caía en un momento muy favorecedor, ya que desde diciembre de 1934, Lázaro Cárdenas del Río, había llegado a la presidencia de la República y con él, una nueva política social que ayudaría a los “débiles sociales”, no para paliar sus necesidades, sino para integrarlos a la vida productiva.¹⁸² Esas políticas eran acordes con lo que se quería lograr con los consumidores de heroína, readaptarlos y reintegrarlos a la nación como personas productivas, ya que a pesar de que según el Reglamento de Toxicomanía de 1931, se les debía considerar como enfermos, en la práctica se les seguía asociando con el vicio y la delincuencia.

La oportunidad de establecer el Hospital Federal de Toxicómanos en el Pabellón de Toxicómanos de La Castañeda, no pudo haber llegado en mejor momento, ya que en el manicomio desde 1929, se estaba llevando a cabo una profunda renovación en la que se reorientaron las prácticas asistenciales, se

¹⁸⁰ Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, art. 420. México, 31 de agosto de 1934, en *Diario Oficial de la Federación*.

¹⁸¹ Consideraciones sobre la situación legal del Hospital de Toxicómanos y su funcionamiento, México, 8 de enero de 1935, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 41, expediente 9, foja 2.

¹⁸² Véase Sacristán, “Para integrar a la nación”, 2008, p. 100 y “Por el bien de la economía nacional”, 2005, p. 689. También Uthoff, “Hacia una política asistencial”, 2014, p. 161.

buscó impulsar la investigación, capacitar al personal que trataba con los enfermos, instaurar nuevos tratamientos como la terapia ocupacional y, con el objeto de profesionalizar la asistencia, se abrió un anexo en el Consultorio número 1, atendido por especialistas en psiquiatría. Además, para brindar atención especializada se inauguraron nuevos pabellones el Pabellón Infantil (1932), la Escuela para Niños Anormales (1933) y el Pabellón de Toxicómanos en 1934.¹⁸³

La inauguración del Pabellón de Toxicómanos en 1934, fue anunciada en la prensa como parte de las reformas hechas en el manicomio¹⁸⁴, pero su funcionamiento inició hasta 1935. El 20 de febrero de 1935, se estableció un convenio entre el Departamento de Salubridad Pública y la Beneficencia Pública del Distrito Federal en el cual se destinaba a los servicios propios del “Hospital Federal de Toxicomanía” el edificio construido en terrenos del Manicomio General “donde se han establecido ya las dependencias del mismo Hospital” que sería regido por el Departamento de Salubridad Pública en los términos que señalaba el Código Sanitario Federal y el Reglamento Federal de Toxicomanías.¹⁸⁵ De esta manera, la beneficencia Pública cedía al Departamento de Salubridad Pública el uso y aprovechamiento del mencionado edificio, constituyéndose así el Hospital Federal de Toxicómanos.

En junio de 1935, se elaboró un proyecto de reglamento interior para el Hospital Federal de Toxicómanos, aunque no se sabe si ese reglamento fue el que se aplicó para el funcionamiento del Hospital, es probable que así haya sido, pues no hubo uno oficial hasta 1945. En el capítulo primero se estableció la finalidad del Hospital que era ser un “Establecimiento de reclusión para la observación, tratamiento y aislamiento de los individuos afectados de las diversas toxicomanías”, se incluía, principalmente, a la heroína, cocaína, morfina, peyote y

¹⁸³ Véase Sacristán, “La contribución de La Castañeda”, 2010, p. 478.

¹⁸⁴ Por ejemplo, el *Excélsior*, publicó que el Manicomio General “cuenta desde ayer con amplios y modernos pabellones para toxicómanos, epilépticas y agitadas, y con nuevos servicios de anfiteatro y de laboratorio, en departamentos que fueron construidos ex profeso”, “Modernos pabellones inaugurados ayer en el Manicomio General”, *Excélsior*, 19 de julio de 1934, México.

¹⁸⁵ Convenio entre el Departamento de Salubridad Pública y la Beneficencia Pública del Distrito Federal, México, 20 de febrero de 1935, en AHSSA, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, caja 2, expediente 8, fojas 1-14.

marihuana.¹⁸⁶ Igualmente debía ser el organismo técnico donde se llevaran a cabo las investigaciones médico-sociales referentes a la “personalidad patológica del toxicómano” y en general los estudios técnicos referentes a la toxicomanía. También debía estar sujeto a los conocimientos científicos y no obedecer a fines “netamente policíacos”, por lo cual su autoridad debía estar puesta en manos de técnicos especializados.¹⁸⁷

En ese sentido, el Hospital no debía ser un espacio de segregación o castigo, sino un verdadero hospital donde se atendería al toxicómano, entendido como enfermo y no como un vicioso o criminal, sin embargo, esas aspiraciones serían muy difíciles de cumplir. En el nuevo establecimiento se tenían que desarrollar investigaciones sobre los enfermos y la toxicomanía en general, por ese motivo, los médicos, en especial los psiquiatras, debían predominar en el Hospital como especialistas, mientras que los elementos policíacos se tenían que descartar y se optaría por vigilantes enfermeros. Asimismo, con la finalidad de proporcionar un mejor tratamiento a los toxicómanos, con el objetivo de curarlos, en el Hospital se ensayarían diversos tratamientos que acompañarían a la desintoxicación como el tratamiento psicológico y mediante el trabajo.¹⁸⁸

El Hospital seguiría formando parte del Servicio de Química y Farmacia del Departamento de Salubridad Pública, y el Director, reconocería como Jefe inmediato al titular de ese Servicio. Para evitar la entrada de personas ajenas al Hospital, el tráfico y la introducción de drogas se estableció un sistema de pases que serían extendidos y autorizados por el director del establecimiento o su jefe inmediato, es decir, el Jefe del Servicio de Química y Farmacia.

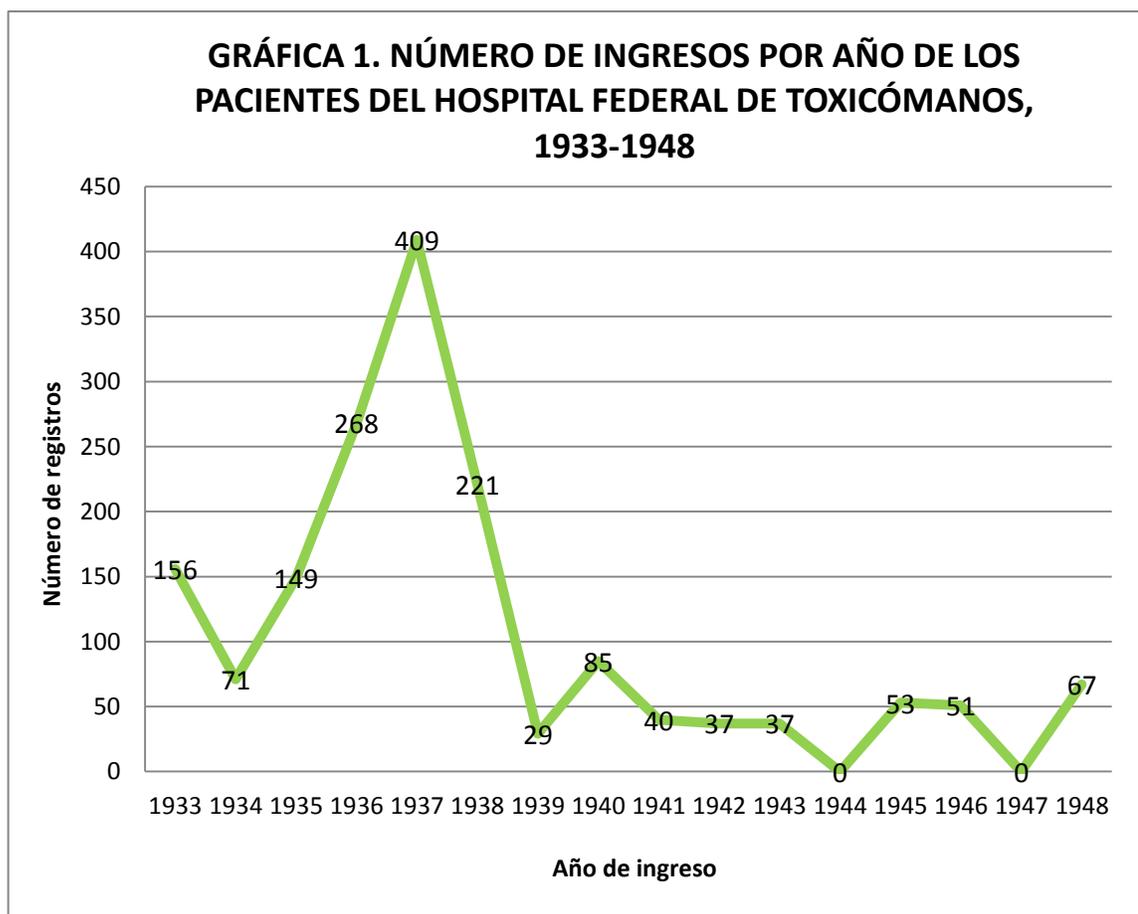
En cuanto a la población, esta no debía exceder de 50 a 60 hombres y de 40 a 50 mujeres, con la finalidad de evitar aglomeraciones. Como muestra la gráfica 1 la población del Hospital superó el número de ingresos señalados entre 1933 y 1938 (véase gráfica 1). En los años de 1935 a 1937 se registró un constante ascenso en las entradas, que comenzaron a descender en 1938. Esa

¹⁸⁶ Proyecto de Reglamento interior para el Hospital Federal de Toxicómanos, México, 6 de junio de 1935, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 43, expediente 15, 13 fojas.

¹⁸⁷ *Idem.*

¹⁸⁸ *Ibid.*, art. 4.

dinámica responde a las políticas públicas que iniciaron durante el cardenismo que, a través de las campañas contra el alcoholismo y las toxicomanías, así como a las campañas contra la mendicidad, remitieron a diversas personas a instituciones de asistencia y de salud, otro factor fue al aumento en la vigilancia por parte de la Policía de Narcóticos hacia los toxicómanos.



Fuente: Elaboración propia con base en José Félix Alonso Gutiérrez y Maite Patricia Cerdán Serrano, *Guía del Fondo Hospital Federal de Toxicómanos*, s/f.

Las personas que quisieran atenderse en un hospital particular debían solicitar autorización del Jefe del Departamento de Salubridad Pública, pues el Hospital Federal de Toxicómanos era la institución oficial para dar seguimiento a esos enfermos. Los indigentes no cubrirían el importe de su curación y a los que pudieran erogar gastos se les impondría el pago de los gastos que hubieran dispendiado.¹⁸⁹

¹⁸⁹ *Ibid.*, arts. 14-15.

El nuevo establecimiento estaría a cargo de un Director-Médico, del cual dependería directamente todo el personal médico y administrativo.¹⁹⁰ Dicho director solo estaría subordinado al Jefe de Química y Farmacia y trabajaría 18 horas a la semana en horario fijo, podía tener a su cargo a un grupo de enfermos para su tratamiento y orientaría las investigaciones sobre toxicomanías que se hicieran dentro del Hospital.¹⁹¹ También habría por lo menos dos médicos dependientes del director que trabajarían en el servicio médico, ordenando a practicantes y enfermeras de acuerdo con el director, trabajarían tres horas diarias debiendo permanecer, cuando menos dos horas en el Hospital a excepción de los domingos. Las enfermeras debían ser tres, trabajarían ocho horas diarias y dependerían directamente de los médicos.

Se seguiría contando con un administrador que dependería directamente del director médico, tendría bajo su órdenes a todo el personal administrativo, mozos, vigilantes, taquimecanógrafa, etc.¹⁹² Resolvería todos los asuntos de orden administrativo (repartición de ropa, cuidado de la misma, alimentación, tramitación de asuntos administrativos, pedidos de la misma índole, etc.,) y tendría acuerdos diarios con el director y según las circunstancias, con el Jefe del Servicio de Química y Farmacia para resolver los problemas de orden general. Para evitar que predominaran las prácticas carcelarias, se designaría a un grupo de vigilantes enfermeros, cuyo número no podría ser menor de doce y dependería directamente del administrador.¹⁹³ Ellos cuidarían la vigilancia del establecimiento y proporcionarían datos derivados de la observación de los reclusos, se elegiría a dos jefes de grupo para que se encargaran de rendir parte diario detallado de las novedades ocurridas en el establecimiento.

De esa forma, con ese reglamento los médicos pretendían que en el Hospital predominaran las prácticas médicas bajo la guía de personal especializado, sin embargo el verdadero funcionamiento del establecimiento distaba mucho de los ideales de los médicos, como veremos en los siguientes

¹⁹⁰ *Ibid.*, art. 16.

¹⁹¹ *Ibid.*, arts. 16-22.

¹⁹² *Ibid.*, art. 37-38

¹⁹³ *Ibid.*, art. 42.

apartados la población que se trataba en el Hospital y las condiciones materiales del mismo limitaron sus funciones y su objetivo de reintegrar a los toxicómanos a la vida productiva de la nación, no obstante sí hubo avances en los tratamientos y en las investigaciones realizadas en el Hospital Federal de Toxicómanos, los cuales sentaron las bases para la posterior atención médica de los consumidores de drogas.

4. Los consumidores de heroína en el Hospital Federal de Toxicómanos y su perfil social

Las historias clínicas de los consumidores de heroína muestran las diversas formas en la cual ellos iniciaron su consumo, sus motivos y algunas experiencias con la droga. Si bien, la información disponible en sus expedientes es exigua y fragmentaria, permiten hacer un primer acercamiento al consumidor, su perfil social y de alguna manera a su historia de vida. A partir de las dos últimas décadas del siglo XX, varios autores comenzaron a explorar el “punto de vista del paciente”, principalmente a través del análisis de las narrativas que produjeron las personas consideradas locas y que quedaron plasmadas en cartas, diarios y cuadernos de notas.¹⁹⁴ En ese sentido, considero que el análisis de los expedientes clínicos de los consumidores de heroína también permite acercarnos al significado que para ellos tenía la toxicomanía y a su punto de vista sobre su consumo, así como a su experiencia como usuarios de drogas.

Como veremos en este apartado en algunos expedientes clínicos se han encontrado cartas, peticiones o frases que fueron registradas por los médicos como palabras propias de los consumidores de heroína, de esa forma y mediante el análisis de las historias clínicas que los médicos hacían del paciente se obtienen datos cuantitativos y cualitativos sobre los consumidores de heroína, sus prácticas de consumo y aspectos del contexto social y cultural en el que vivían.

Entre 1933 y 1948, años en los que el Hospital funcionó oficialmente, se calcula que ingresaron 1 673 pacientes, que son los expedientes clínicos con los

¹⁹⁴ Un balance historiográfico sobre los estudios producidos bajo ese tipo de análisis se encuentra en Wadi, Ordorika y Golcman, “¿Qué expresan los locos iberoamericanos?”, 2019, pp. 173-195.

que cuenta el fondo Hospital Federal de Toxicómanos. Según los autores que han investigado a los pacientes y sus diagnósticos en La Castañeda, el 3.9% (aproximadamente 2 397) de los pacientes que ingresaron al Manicomio fueron diagnosticados con alguna forma de toxicomanía; mientras que al Hospital Federal de Toxicómanos fueron remitidos 1 625 entre 1933 y 1948.¹⁹⁵

Algunas investigaciones han destacado que la principal droga de consumo en el Hospital era la heroína. Laura Alcántara señala que del total de su muestra estudiada, que fue de 204 expedientes, encontró 98 casos de consumo de heroína, los 106 restantes se dividieron entre los consumidores de marihuana, morfina, opio y alcohol, aunque en algunos casos el consumo de heroína se mezclaba o se alternaba con el consumo de otras drogas, por ejemplo, heroína-morfina, heroína-marihuana, heroína alcohol o multiconsumo, por lo cual concluye que predominaba la heroína.¹⁹⁶

Al respecto José Luis Pérez González, encontró que de su muestra del 20% (335 expedientes clínicos) el 21.8% (73 expedientes) correspondían a consumidores de heroína, mientras que el 22.1% (74 expedientes) eran de consumidores de marihuana prácticamente el mismo número; un 24.3% (81 expedientes) se registró solo como “toxicomanía” sin especificar el tipo de sustancia y los demás porcentajes se dividieron entre el consumo de morfina y alcohol. Por su parte, Claudia Unikel señala que en su estudio, basado en 457 expedientes del Hospital, la droga de consumo predominante también fue la heroína.¹⁹⁷

Los datos que proporciona la historiografía expuesta sobre la población del Hospital Federal de Toxicómanos coinciden en que los consumidores de heroína predominaron en el Hospital, cuestión que también pude corroborar con una base de datos de 150 expedientes clínicos que elaboré como parte de mi tesis de maestría la cual corresponde al 10% de los expedientes clínicos del Hospital que

¹⁹⁵ Ríos Molina, Andrés; Cristina Sacristán; Teresa Ordorika Sacristán y Ximena López Carrillo, “Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos”, 2016, p. 9.

¹⁹⁶ Véase Alcántara, “El Hospital Federal de Toxicómanos”, 2017, p.123.

¹⁹⁷ Unikel, “Un siglo de historia del uso de drogas en México”, 1993, p. 53.

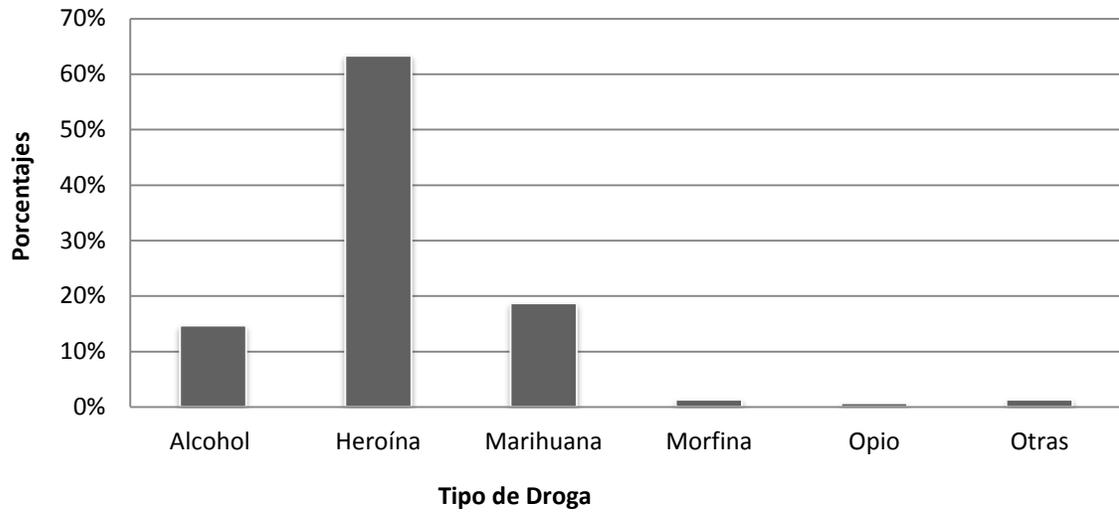
ingresaron entre 1933 y 1943.¹⁹⁸ Con esa base de datos pude dar cuenta de que la mayor parte de los asilados del Hospital eran consumidores de heroína, esa tendencia ya había sido mencionada por el doctor Juan Peón del Valle desde 1931 cuando se estableció el Servicio de Toxicómanos en la crujía F de la Penitenciaría, así como por el doctor Everardo Landa cuando el Hospital se instaló en Tolsá.

De acuerdo con los datos reunidos en la primera base de datos, el 63% de los enfermos eran consumidores de heroína, aunque también usaban otras sustancias como la marihuana. La preponderancia de la heroína se mantuvo entre 1933 y 1938, pero a partir de 1939 comenzó a desvanecerse hasta que en 1942 prácticamente dejó de aparecer en los registros (véanse gráfica 2 y 3).

Debido a esos indicios me propuse analizar el perfil social de esos consumidores, ya que tenían una presencia importante en el Hospital. Para analizarlos he realizado una selección de 215 expedientes clínicos de 1933 a 1935. De los cuales 203 eran hombres (94%) y solo 12 mujeres (6%). El análisis de esos expedientes ayudará a determinar su composición social, comprender las relaciones, las negociaciones y la interacción que esos asilados establecieron con las autoridades médicas y con los diversos actores que intervenían en su proceso de ingreso al Hospital como veremos en los siguientes incisos.

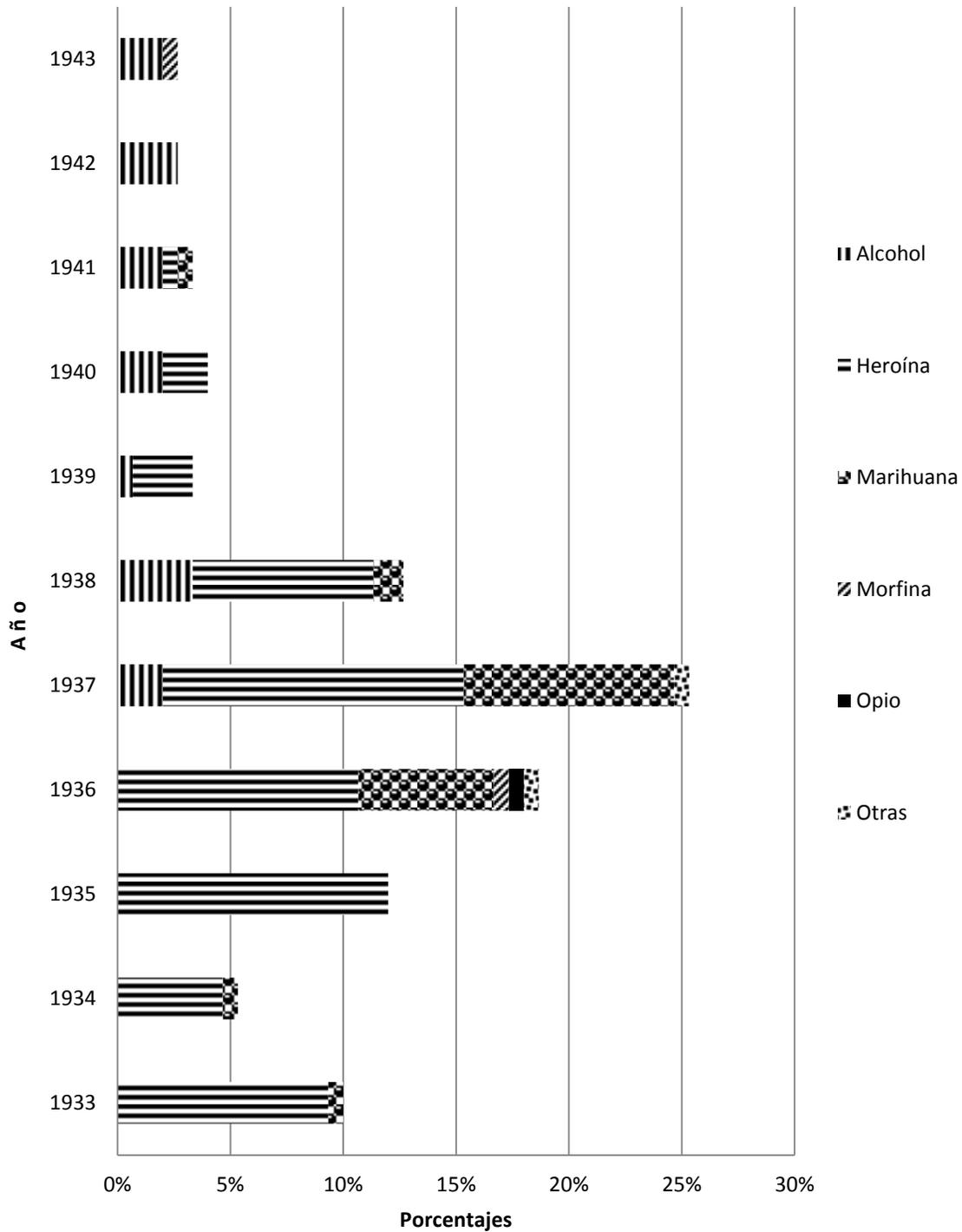
¹⁹⁸ Véase Bautista, "De la Penitenciaría al Manicomio", 2016, pp. 105-113.

GRÁFICA 2
DROGAS CONSUMIDAS POR LOS PACIENTES DEL
HOSPITAL FEDERAL DE TOXICÓMANOS DE LA CIUDAD DE
MÉXICO, 1933-1943



Fuente: Tomado de Bautista, "De la Penitenciaría al Manicomio", 2016, p. 112.

GRÁFICA 3. TIPO DE DROGA CONSUMIDA POR AÑO POR LOS PACIENTES DEL HOSPITAL FEDERAL DE TOXICÓMANOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 1933-1943



Fuente: Tomado de Bautista, "De la Penitenciaría al Manicomio", 2016, p. 113.

4.1 El proceso de internamiento y la población del Hospital

La discusión entre cómo proceder respecto al toxicómano, como enfermo o como delincuente se intentó resolver en 1934 con la publicación del Código Federal de Procedimientos Penales.¹⁹⁹ 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”²⁰⁰ se 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.²⁰¹

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.²⁰²

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 que haría las averiguaciones correspondientes.²⁰³

¹⁹⁹ Código Federal de Procedimientos Penales, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de agosto de 1934.

²⁰⁰ Se consideraron drogas enervantes a la adormidera y el opio en cualquiera de sus formas, la morfina, la metilmorfina (codeína), la etilmorfina, 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 dihidrooxicodeína (Eukodal), la dihidrocodeína (Dikodid), la dihidromorfina (Dilaudid), la acetildihidrocodeína 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.

²⁰¹ Código Federal de Procedimientos Penales, 1934, art. 523.

²⁰² *Ibid.* art., 524.

²⁰³ Véase Olvera, “Policías, toxicómanos y traficantes”, 2016, p. 160.

Los que sólo eran consumidores eran “generalmente enviados al Hospital de Toxicómanos” donde se les sujetaba al tratamiento de deshabitación 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 reclusos y los reincidentes debían ser relegados al penal de las Islas Marías.²⁰⁴ Según el artículo 51 del reglamento del Hospital, todos los individuos que fueran detenidos por la policía sanitaria, por comprobación o sospechas de toxicomanía, serían llevados directamente al Hospital para Toxicómanos.²⁰⁵

De acuerdo con ese artículo la policía sanitaria podía vigilar y detener a cualquier persona y llevarla al Hospital por considerarla sospechosa de consumir drogas, sin embargo eran llevadas al Hospital para ponerlas en observación y determinar si debían ser o no reclusas para su tratamiento en el Hospital. Además, al Hospital también podían ingresar personas acusadas de toxicomanía o tráfico de drogas enervantes que fueran remitidas por otras autoridades como las judiciales.²⁰⁶

En el caso de las personas que resultaran toxicómanos y traficantes, el artículo 63 estipuló que serían sometidos a curación a juicio de los médicos del hospital y sujetándose al Reglamento Federal de Toxicomanía²⁰⁷, de esta forma se priorizaba el tratamiento médico y se mantenía el trato del individuo como enfermo sujeto a curación para después ser remitido a las autoridades judiciales.

Las personas que resultaran únicamente presuntos traficantes serían remitidos a la Penitenciaría del Distrito Federal por el Servicio Jurídico, a disposición del Procurador de Justicia de la Nación.²⁰⁸ En los casos de personas que no fueran toxicómanos y tampoco hubiera motivos suficientes para suponerlos

²⁰⁴ *Idem.*

²⁰⁵ Proyecto de Reglamento interior para el Hospital Federal de Toxicómanos, México, 6 de junio de 1935, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 43, expediente 15, art. ,51.

²⁰⁶ *Ibid.*, art. 52.

²⁰⁷ *Ibid.*, art. 63.

²⁰⁸ *Ibid.*, art. 64.

traficantes serían puestos en libertad, previas órdenes rendidas por el Servicio Jurídico y el de Química y Farmacia.²⁰⁹

Todo ingreso debía estar amparado por un oficio de consignación que se tendría en poder del establecimiento dentro de las 24 horas siguientes al ingreso.²¹⁰ Para los casos de los detenidos por la Policía de Narcóticos, se exigiría un documento firmado por los agentes que condujeran a los sujetos, debiendo ser un recibo o documento por separado para cada enfermo y se debía advertir que “si no presenta signos de intoxicación y no se ha recibido la consignación escrita dentro de las 48 horas siguientes, se dejará al individuo en libertad, avisando por oficio al Servicio Jurídico con copia al de Química y Farmacia.”²¹¹

Según el artículo 11 del reglamento interior del Hospital, se debía evitar la permanencia de sujetos con condenas o sanciones de orden penal común, ya que podían perturbar la disciplina o intentar evasiones.²¹² Sin embargo, existen evidencias de que el ingreso de pacientes con algún antecedente policial en su historial fue frecuente. Aunque no todos fueron procesados, ya que en algunos casos los motivos de sus detenciones no eran causas penales, pues 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.

Como se observa en el cuadro 1 la mayor parte de la población ingresada provenía de las autoridades del Departamento de Salubridad Pública, los toxicómanos eran remitidos mediante la Policía de Narcóticos o por la oficina de Servicio Jurídico, la cual se conformó en 1925 y estaba a cargo de proponer proyectos normativos, compilar la legislación sanitaria, realizar trámites relacionados con el ejercicio de la medicina, la representación del Departamento

²⁰⁹ *Ibid.*, art. 65.

²¹⁰ *Ibid.*, art. 55.

²¹¹ *Ibid.*, art. 56.

²¹² Proyecto de Reglamento interior para el Hospital Federal de Toxicómanos, México, 6 de junio de 1935, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 43, expediente 15, art. 11.

de Salubridad y todo lo concerniente a las averiguaciones y determinación de sanciones relativas al tráfico de drogas enervantes.²¹³

CUADRO 1 INSTANCIA REMITENTE DE LOS CONSUMIDORES DE HEROÍNA DEL HOSPITAL FEDERAL DE TOXICÓMANOS, 1933-1935	
Instancia remitente	Número de casos
Dependencia del Departamento de Salubridad Pública	136
Instancia Judicial	14
Voluntario	5
Familiares	1
No especificado	59
Total	215

Fuente: Elaboración propia a partir de: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), fondo Hospital Federal de Toxicómanos (HFT), sección Expedientes Clínicos (EC), cajas 1-11.

Así, de los 215 expedientes clínicos recopilados el 94% eran hombres (203 expedientes) y el 6% eran mujeres (12 expedientes), de los cuales el 66% (141 expedientes) corresponden a consumidores de heroína con antecedentes policiales, es decir mencionaron haber sido detenidos en alguna ocasión por alguna falta, mientras que el 25% (54 expedientes) no contaba con ninguna detención judicial, del 9% restante (20 expedientes) se desconoce la información. Si bien, no todos los casos tenían que ver con el tráfico de drogas como comúnmente se señalaba en la prensa, la mayoría sí habían sido detenidos por delitos contra la salud, pero también hubo casos en los cuales las detenciones se basaban en la sospecha del consumo de drogas o en la posesión de éstas, otros motivos que los consumidores de heroína expresaron como antecedentes policiales fueron detenciones por robo, vagancia y malvivencia, lesiones, riñas o embriaguez (véase cuadro 2).

²¹³ Olvera, "Policías, toxicómanos y traficantes", 2016, p.66.

CUADRO 2
MOTIVOS DE DETENCIÓN DE LOS CONSUMIDORES DE HEROÍNA DEL
HOSPITAL FEDERAL DE TOXICÓMANOS, 1933-1935

Motivo de detención	Número de casos
Delitos contra la salud	40
Robo	25
Vagancia y malvivencia	15
Razia	6
Lesiones /Riña	3
Falsificación de documentos	1
Inyectarse	1
Embriaguez	1
Homicidio	1
Enfermo reincidente	1
Prostitución	1
Faltas a la oficina de infracciones y a su madre	1
Evasión de presos	1
No especificado	44
TOTAL	141

Fuente: Elaboración propia a partir de: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), fondo Hospital Federal de Toxicómanos (HFT), sección Expedientes Clínicos (EC), cajas 1-11.

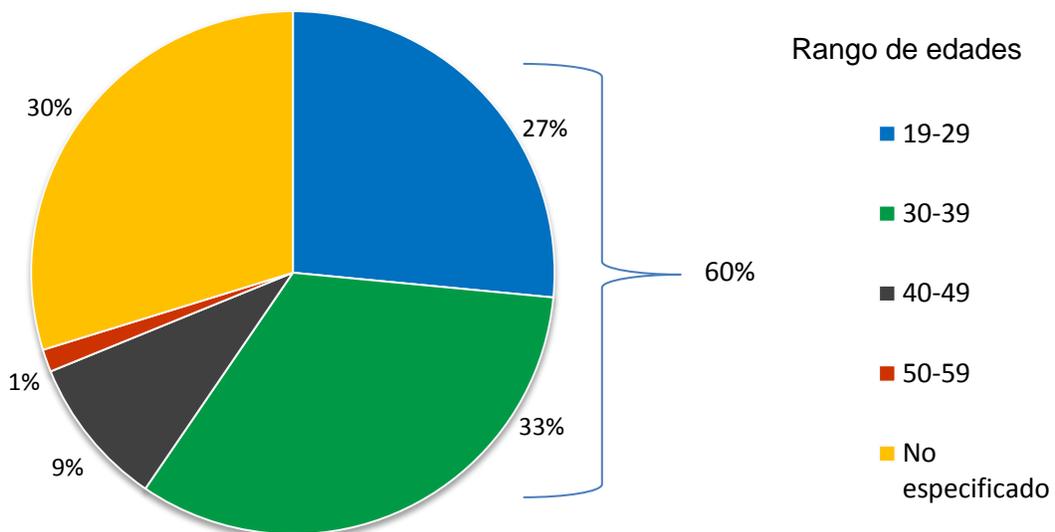
El promedio de edad de los asilados fue de 32 años. Aunque hubo casos de menores de edad que tuvieron algún ingreso antes de los 18 años, fueron dados de alta y años después reingresaron al Hospital. Por ejemplo, el caso de Manuel P. quien ingresó por primera vez en 1934 a los 16 años y tres años después fue reingresado cuando tenía 19 años. De su primer registro solo se sabe que fue remitido por el Servicio Jurídico y estuvo recluido un mes, probablemente eso se debió a que ese ingreso ocurrió en la primera época del Hospital cuando se encontraba en el edificio de Tolsá y las condiciones eran precarias. En 1937, fue remitido por la Jefatura de Policía del Distrito Federal por “vicioso” y por habersele encontrado “un papelito conteniendo al parecer heroína”, pero también fue un

ingreso corto, a partir de entonces tuvo varias reincidencias, registrándose la última en 1942 cuando fue remitido por el “hábito de la morfina”.²¹⁴

Al dividir las edades de los consumidores de heroína por grupos de edad se puede observar que el rango de edad que predominó fue el de los 30 a 39 años con el 33% (71 casos, véase gráfica 4), seguido de los de 19 a 29 años que representaron el 27% (57 casos), entre las dos cantidades resulta que el 60% (128 expedientes) de los consumidores de heroína se encontraban entre los 19 y los 39 años, edades que representaban los años considerados de mayor productividad de una persona y que coincide con una de las preocupaciones de la época sobre evitar la ociosidad e incrementar la fuerza laboral para elevar la productividad de la población y así mejorar la economía nacional que aún estaba en su etapa de reconstrucción y que se encaminaba hacia la industrialización, hecho que también coincidió con las ideas de la terapia ocupacional que los médicos de La Castañeda promovieron en esos años.

²¹⁴ AHSSA, Fondo Hospital Federal de Toxicómanos (en adelante HFT), sección Expedientes Clínicos, caja 6, expediente 26.

GRÁFICA 4. GRUPOS DE EDAD DE LOS CONSUMIDORES DE HEROÍNA DEL HOSPITAL FEDERAL DE TOXICÓMANOS, 1933-1935



Fuente: Elaboración propia a partir de: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), fondo Hospital Federal de Toxicómanos (HFT), sección Expedientes Clínicos (EC), cajas 1-11.

El rango de edad de las mujeres asiladas fue de 21 a 35 años y en el caso de las “procesadas” oscilaban entre los 24 y 34 años. En el caso de los hombres “procesados” las edades de ingreso oscilaron entre los 20 y los 54 años de edad. Las proporciones coinciden con las de los consumidores de heroína en general, pues el grupo de 19 a 29 años representó el 26% de la población con antecedentes policiales, mientras que los de 30 a 39 años concentraron el 40%.

Una vez explicado el proceso general de ingreso de los toxicómanos al Hospital, en los siguientes apartados se seguirá examinando el perfil social de los consumidores de heroína y se verá cómo además de las autoridades médicas del Hospital y las instancias del Departamento de Salubridad Pública, en las formas de ingreso de los consumidores de heroína estaban implicadas otras instituciones

con las que esos consumidores interactuaban, incluyendo a las familias que cumplían con diversas funciones respecto a sus enfermos.

4.2 Los ingresos voluntarios y el papel de las familias

Las personas que desearan internarse voluntariamente en el Hospital tenían que recurrir previamente al Servicio Jurídico del Departamento de Salubridad en donde se expediría la orden necesaria y solo en casos excepcionales se podría recibir a un enfermo directamente, dando aviso inmediato al Servicio de Química y Farmacia y al Servicio Jurídico.²¹⁵ Los artículos del Reglamento no aclaran a que se refieren con “casos excepcionales”, pero, al parecer, se trata de casos que por su urgencia de atenderse, no pudieran cumplir con los trámites necesarios para el ingreso, se puede pensar, por ejemplo, en los casos en que un enfermo presentara serios problemas de intoxicación o un estado crítico de abstinencia.

A pesar de que entre los registros de primer ingreso de los consumidores de heroína con antecedentes policiales solo hubo cinco casos de entrada voluntaria (véase cuadro 2), al revisar los 215 expedientes clínicos se encontró que al menos 32 consumidores (16%) ingresaron voluntariamente en sucesivas ocasiones a partir de su segunda reincidencia. Los indicios documentales sugieren que los ingresos voluntarios se debían a diferentes situaciones que no solo involucraban a los usuarios de heroína, sino también a sus familias.²¹⁶ Por ejemplo, las familias al darse cuenta del consumo de heroína por alguno de sus miembros hacían peticiones para internarlos en el Hospital, cediendo así el

²¹⁵ Proyecto de Reglamento interior para el Hospital Federal de Toxicómanos, México, 6 de junio de 1935, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 43, expediente 15, arts. 53 y 54.

²¹⁶ Como ha señalado Andrés Ríos, los expedientes clínicos son la herramienta *sine qua non* para reconstruir las historias de los pacientes del Manicomio General, pero también, a través de esos expedientes, se puede dar cuenta del papel de las familias y de su apropiación de la institución psiquiátrica de acuerdo a sus propios intereses y necesidades. Véase Andrés Ríos Molina, “El Manicomio General La Castañeda en México. Sitio de paso para una multitud errante”, en *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, [en línea], Debates, 17 de enero, 2009, <<https://journals.openedition.org/nuevomundo/50242>>. [Consulta: 16 de mayo de 2021.] En el caso de los pacientes del Hospital Federal de Toxicómanos, a pesar de que sus expedientes son fragmentarios, al estudiarlos en conjunto ofrecen indicios sobre la relación y la interacción de las familias con sus enfermos y con la misma institución.

cuidado de su enfermo a las autoridades sanitarias y al personal del nosocomio. En ocasiones, las familias también eran las encargadas de solicitar el alta de sus enfermos y las responsables de hacerse cargo de ellos o incluso de abandonarlos cuando se les otorgaba el alta.

En ese sentido, en este apartado se verá qué relación existía entre los ingresos voluntarios de los pacientes del Hospital Federal de Toxicómanos y sus familias y, en general, el papel que éstas desempeñaron frente a sus enfermos, así como el uso que hacían del Hospital, pero también, en sentido inverso, se examinará de qué manera los pacientes se beneficiaban y apoyaban en su familia y en el mismo establecimiento para favorecer sus condiciones de vida dentro y fuera del Hospital.

De esta forma, los expedientes clínicos estudiados en su conjunto o a través de casos particulares ofrecen indicios y respuestas sobre la interacción de los pacientes con sus familias. La revisión de los 32 expedientes clínicos de los consumidores de heroína que tuvieron ingresos voluntarios al Hospital, muestra que las familias, al menos en los primeros años de adicción de sus enfermos, buscaban ingresarlos al Hospital o a algún establecimiento particular en busca de un tratamiento adecuado para ellos. En ocasiones esos consumidores eran convencidos o llevados por sus familiares para internarlos con el propósito de encontrar una cura a la toxicomanía y poner fin a los problemas que pudiera ocasionar el consumo de sustancias como la heroína.

Así ocurrió con Andrés González L., quien ingresó al Hospital por primera vez, remitido por el Servicio Jurídico, en el año de 1933 a los 31 años. En esa ocasión, solo estuvo internado una semana, ya que el día 8 de abril se fugó junto con otros dos asilados.²¹⁷ Ese breve tiempo de internamiento indica que Andrés solo recibió el tratamiento de desintoxicación seguramente para aliviar los malestares del síndrome de abstinencia y una vez sintiéndose en mejores condiciones decidió salir del Hospital sin esperar a que se le diera de alta.

Para 1935, Andrés tenía 33 años. En su historia clínica se registró que era originario de Monterrey, Nuevo León y trabajaba como mecánico y comerciante.

²¹⁷ AHSSA, fondo HFT, sección EC, caja 3, exp. 5.

Era usuario de heroína y morfina. Su consumo inició en 1923, cuando “conoció el uso de la droga en un cabaret, por invitación que le hicieron amigos viciosos”.²¹⁸ Comenzó a usar heroína por vía nasal, tiempo después se inyectó por vía muscular y más tarde directamente en la vena. Según mencionó, “duró con el hábito hasta 1933”. En su expediente clínico, aparecen boletas de ingresos en 1935, 1936 y 1937, por lo cual, Andrés pudo haber dejado de consumir durante el año 1934 y haber retomado el consumo en 1935.

Sin embargo, lo más probable es que nunca haya dejado el consumo y haya estado en prisión, ya que en mayo de 1935, en su registro clínico, se indicó que tenía una investigación por evasión de presos, falsificación de documentos y delitos contra la salud. En esa segunda estancia Andrés estuvo 24 días en el Hospital y en julio de 1936 ingresó por tercera vez. En su hoja de tratamiento se anotó que llevaba un tiempo de intoxicación de 12 años, usando una dosis de 0.30 centigramos. Es posible que el tiempo prolongado de consumo que llevaba Andrés y sus sucesivas entradas y salidas del Hospital, hayan llevado a sus familiares a intervenir para pedir que se le internara nuevamente. El 15 de noviembre de 1937, los familiares de Andrés, lo presentaron en la Oficina de la Campaña contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías²¹⁹ y solicitaron que se le impartiera el tratamiento de desintoxicación.²²⁰

Al parecer la petición fue aceptada, pero Andrés siguió saliendo y entrando del Hospital frecuentemente en los siguientes años. Los numerosos registros de entradas y salidas de los asilados y sus cortos periodos de estancia en el Hospital, usualmente de un mes, sugieren que la mayoría de los pacientes eran dados de alta al ser desintoxicados. Ese tipo de alta estaba avalado por el Reglamento, ya que en su artículo 66, señalaba que “para dar de alta a un enfermo la Dirección rendirá un dictamen, firmado por dos médicos del establecimiento, en el sentido de

²¹⁸ AHSSA, fondo HFT, sección EC, caja 3, exp. 5.

²¹⁹ Está Oficina sustituyó al Servicio de Química y Farmacia dependiente del Departamento de Salubridad. Se creó en 1936 y funcionó hasta 1939, año en que cambió de nombre al de Oficina de Toxicomanías e Higiene Mental. Véase Flores, *Estudio Médico Social*, 1947, p. 53.

²²⁰ *Ibid.*

que el sujeto se encuentra desintoxicado y en condiciones de poder salir del hospital.”²²¹

De esa forma, Andrés logró ser dado de alta y regresar al Hospital sin problema en numerosas ocasiones. Los internos sin responsabilidad penal podían solicitar permisos para salir y regresar al Hospital, pero esas salidas estaban prohibidas para los pacientes con causas penales a quienes solo se les daría permiso de salir para la práctica de diligencias judiciales.²²² No obstante, los permisos sí se otorgaban. En el caso de Andrés, el 8 de agosto de 1939, el Jefe de grupo de vigilantes informó que “hoy en la mañana encontré un papel conteniendo droga, al Sr. Andrés González, quien regreso de su permiso que se le concedió, el día de ayer.”²²³ Ese tipo de permisos ponían en riesgo el tratamiento de los pacientes quienes podían seguir adquiriendo sus dosis con tan solo salir del Hospital o conseguirla dentro del mismo mediante la introducción clandestina.

Así, los reingresos de Andrés continuaron. En 1944, realizó otra petición para ingresar voluntariamente, al parecer sin la intervención de sus familiares. En ese año Andrés cumpliría 21 años de haber iniciado su consumo, tenía 43 años de edad, era comerciante, casado y vivía en Peralvillo. Según su historia clínica Andrés había dejado el hábito por algunos años, pero en 1938 volvió a “enviciarse” durando dos años aplicándose heroína, después dejó el vicio por segunda vez y “hace 8 meses y por padecer reumatismo de origen luético volvió a inyectarse morfina con el fin de calmar sus dolores.”

En julio de 1945, Andrés se encontraba en la Penitenciaría y desde ahí envió una carta dirigida al director del Hospital Federal de Toxicómanos que en ese entonces era el doctor Fernando Rosales, en el escrito hizo una petición para ser internado en el Hospital de Toxicómanos y así evitar su trasladado a las Islas Marías:

²²¹ Proyecto de Reglamento interior para el Hospital Federal de Toxicómanos, México, 6 de junio de 1935, en AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico, caja 43, expediente 15, art., 66.

²²² *Ibid.*, arts., 71-72.

²²³ AHSSA, fondo HFT, sección EC, caja 3, exp. 5.

Con el debido respeto y pidiendo me perdone, ya que no sé a quién dirigirme, le anticipo encontrarme en la Penitenciaría del D.F.; pues señor Fernandito recuerda usted que me enviaron el día que fue el Doctor QUEVEDO y usted sacándonos de ese Hospital y luego a las Isla Marías, pero fue oportuno ver al Doctor Quevedo y le hablé tocante a la hernia que fue por lo que me apartó de la cuerda y ahora ya estoy curado. Ya me operaron y no tengo vicio, pues a la fecha me encuentro desintoxicado y por lo mismo creo que no hay necesidad de ir a la Isla para quitarse el vicio, poniendo todo lo que está de su parte de uno mismo como usted lo sabe mejor, como Sipquiatra (*sic*). Lo que ha hecho suplicarle a usted se sirva librar sus respetables órdenes para qué pase a ese Hospital, ya que me siento muy débil.

Pues aquí dice el Doctor que no hay medicinas y ya sabe usted bien que lo que necesita el recién operado, y más de una hernia, consistiendo en tónicos por acabar de quebrar el vicio no habiéndolos aquí, por lo que suplico preste atención a mi petición para que me regresen a mi destino.

Con lo antes dicho, ya verá usted que todo cuanto le digo es verdad poniendo mi corazón en mis manos para que escuche y tome en cuenta mi sinceridad.

Señor de mis respetos, suplico no tome en cuenta mi persona sino por lo que hago falta a mis hijas y a mi mujer. Pues tengo bajo mi responsabilidad a 7 hijas, niñas todas, lo que ocasionó el que sintiera que me arrancaban el corazón el día que me di cuenta que hiba (*sic*) a salir para las Islas, por la falta que les iba hacer.

Anticipando las gracias por su buena actitud, elevo mi agradecimiento ante usted y quedo en espera de su muy fina resolución.²²⁴

En esta etapa el caso de Andrés muestra otro tipo de interacción entre el enfermo y la familia en la cual intervienen los afectos hacia sus parientes, en este caso sus hijas y su esposa, lo cual nos lleva a pensar en la propia decisión del consumidor para pedir su ingreso al Hospital e intentar curarse. Andrés apeló a sus malas condiciones físicas, incluso de debilidad y expresó preocupación por su familia como estrategias discursivas para lograr ser admitido de nueva cuenta en el Hospital. En su carta se puede ver que hubo casos en los cuales intervenían los motivos personales de los asilados para querer ingresar al Hospital, aunque tampoco se descarta que solo haya querido evitar ser llevado a las Islas Marías y

²²⁴ AHSSA, fondo HFT, sección EC, caja 3, exp. 5.

haber hecho labor de convencimiento con los médicos del Hospital para quedarse en la Ciudad de México y tener cierta seguridad y control sobre su consumo.

Así pues, los ingresos voluntarios también se pueden explicar como una estrategia de negociación de los asilados para ingresar al Hospital y recibir por un tiempo su tratamiento, aliviar el síndrome de abstinencia y atenderse de algunas molestias físicas, ya que el Hospital además de cumplir con funciones médicas también desempeñaba labores asistenciales. A los asilados se les proporcionaba alimento y alojamiento durante su estancia, no obstante, como mencioné, los internos se quedaban poco tiempo en él. A pesar de que el establecimiento carecía de recursos para proporcionar buena alimentación, uniformes y servicios médicos²²⁵ los asilados preferían ingresar a él que a la Penitenciaría donde las condiciones seguramente eran mucho más difíciles.

Finalmente, otro tipo de relación que se identificó entre los pacientes y sus familias fue la de abandono. El 23 de agosto de 1945, Andrés fue enviado de la Penitenciaría al Hospital, no hay registros de cuando salió, pero sí de ingresos posteriores en calidad de indigente. En enero de 1947, Andrés se encontraba de nuevo en el Hospital, pero su familia probablemente ya lo había abandonado, en su expediente se indica que desde abril de ese año las autoridades del Hospital intentaron enviarlo a otro hospital dado sus condiciones físicas:

Atentamente solicito de usted, gire sus respetables órdenes, autorizando la admisión del enfermo Andrés González L., en el Hospital de incurables, este enfermo está asilado en el Hospital para Toxicómanos y padece: Parálisis facial izquierda. Hemiplejía izquierda. Impotencia funcional con reacción al dolor, por ictus que sufrió en el mes de noviembre del año próximo pasado a consecuencia de ingestión de barbitúricos en gran cantidad. Demeról y drogas enervantes. Padecimiento incurable, por lo que es necesario su traslado al Hospital correspondiente.²²⁶

Por los datos que proporciona el oficio, se puede inferir que el paciente tuvo una sobredosis o un intento de suicidio probablemente a consecuencia de malestares físicos, incapacidad monetaria para seguir proveyéndose de heroína u

²²⁵ Un acercamiento a los problemas económicos que se vivieron en el Hospital se encuentra en Bautista, "De la Penitenciaría al Manicomio", 2016, pp. 120-128.

²²⁶ AHSSA, fondo HFT, sección EC, caja 3, exp. 5.

otra sustancia o debido al abandono familiar. Esos casos de abandono eran comunes en el Hospital, ya que hay pocos indicios de que los internos estuvieran largos periodos en el Hospital y de cartas u oficios dirigidos a los familiares de los enfermos para darlos de alta, por lo cual, es posible que los consumidores de heroína actuaran solos, es decir ingresaran y salieran por ellos mismos apropiándose del Hospital como la única institución que los podía ayudar aún sin dinero o familia que los amparara.

En el caso de Andrés, en julio de 1947, seguía internado en el Hospital ya que no había familia ni institución que lo acogiera. El 9 de julio de ese año, el Jefe de Servicio Jurídico, Fidencio Rodríguez, por órdenes del doctor Juan Peón del Valle, les informó a los familiares de Andrés que:

[...] se les remite a su familiar señor Andrés González L. quién ingresó a este Hospital el 24 de enero del corriente año y hasta la fecha no ha tomado ni se le ha prescrito drogas enervantes; por lo que en la actualidad se encuentra desintoxicado. El padecimiento orgánico que padece no es curable en este Hospital. En varias ocasiones se han mandado avisos verbales para que pasen a este Establecimiento a recogerlo, pero como se han negado rotundamente a ello por lo mismo se recurre a externarlo.²²⁷

Quizá los intentos de la familia para internar al paciente y lograr su curación cedieron ante la imperiosa necesidad del enfermo de consumir heroína. Así, posiblemente Andrés fue dado de alta y continuó subsistiendo en la ciudad, quizá mediante trabajos temporales o en el peor de los casos pudo haber pasado a ser una más de las personas que vagaban por la calles o que eran llevadas a instituciones de beneficencia o que regresara al Hospital.

²²⁷ *Ibid.*

4.3 Las razias contra los “rateros” y toxicómanos y el apogeo de las campañas contra los vicios y contra la mendicidad

En la década de 1930 la práctica de mendigar, como forma de subsistencia, se volvió un problema para los gobiernos posrevolucionarios.²²⁸ En esa década, en la Ciudad de México se llevaron a cabo campañas contra la mendicidad o “razias” que dejaron de manifiesto la capacidad de los gobiernos posrevolucionarios de erigir toda una estructura institucional por medio de la cual podían ejercer métodos coercitivos para “regenerar” a la población que consideraban una carga económica o potencialmente peligrosa.²²⁹

En esa década las autoridades capitalinas observaron un aumento en la presencia de niños y adultos que mendigaban en las calles.²³⁰ Eran personas que carecían de recursos para subsistir y que generalmente venían de otros estados de la República y posiblemente no tenían o no podían pagar un lugar fijo para vivir. Tampoco era fácil que consiguieran un empleo o uno estable, lo cual los obligaba a realizar trabajos temporales o los orillaba a mendigar por las calles. Según Alanís, en opinión de las autoridades, esa situación se extendió de forma alarmante, y en 1930 se calculaba que en un día laboral cualquiera, transitaban por el primer cuadro de la ciudad cerca de 500 mendigos, desde infantes hasta adultos mayores.²³¹

El número de mendigos preocupaba a las autoridades, primero porque significaban una carga para el Estado al ser improductivos y segundo porque se consideraba que el aumento de personas sin trabajo, fomentaba la delincuencia. En ese sentido, la Beneficencia Pública emprendió acciones para erradicar la

²²⁸ Entre 1929 y 1930, el problema de la mendicidad fue estudiado por especialistas y por las autoridades de la Beneficencia Pública con la finalidad de llegar a una solución sobre dicho asunto. Dolores Lorenzo ha mostrado cómo el análisis y el diagnóstico de la mendicidad otorgaron un nuevo sentido a lo que se entendía por pobreza urbana desde el Estado, debido a que disciplinas como la sociología brindaron nuevas explicaciones respecto a los pobres y las causas de su indigencia. Si bien en esa década se atendieron las necesidades de los sectores menos favorecidos, sobre todo de la clase trabajadora, Dolores Lorenzo sugiere que la asistencia social para los desfavorecidos fue diferenciada y algunos indigentes fueron estigmatizados por la Beneficencia por sus condiciones de miseria. Véase Lorenzo, “El análisis de la pobreza”, 2018, p. 1677.

²²⁹ Alanís, “La niñez desvalida”, 2014, p. 71.

²³⁰ *Ibid.*, p. 73.

²³¹ *Idem.*

mendicidad mediante el funcionamiento permanente de los dormitorios y comedores públicos, la brigada nocturna y la puesta en marcha de las campañas contra la mendicidad.

Desde 1920, la Beneficencia Pública había implementado un servicio nocturno que recogía de las calles a niños y ancianos que “vagaban” y eran llevados a dormitorios públicos u otras instituciones asistenciales, esas brigadas funcionaban en los meses de noviembre a febrero debido a que eran los meses más fríos por el invierno, pero en la década de 1930 las brigadas se hicieron permanentes conformando las llamadas campañas contra la mendicidad que se extendieron a todas las personas que, según las autoridades, se encontraran mendigando en las calles en el día o en la noche y se denominaron “razias” de mendigos.²³²

En la *Memoria* de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal se asentó que se concentraron 1 842 personas en 1933 y 1 508 en 1934,²³³ según Enrique C. Ochoa, en los años de 1930, 1933, 1936 y 1939 se detuvieron en total a 7 230 personas.²³⁴ Aunque no hay cifras exactas sobre la cantidad de personas “recogidas”, al parecer si fue un número elevado. En 1934, el periódico *Excélsior* publicó una nota en donde se avisaba que se suspendería la “redada de limosneros en la Ciudad” debido a que “han sido tanto los recogidos que ya no hay lugar para darles acomodo”.²³⁵ Según la nota

Alrededor de tres mil mendigos fueron recogidos durante la era de persecuciones al pordioserismo, emprendidas conjuntamente por la Jefatura de Policía y la Beneficencia Pública del Distrito Federal, con el propósito de librar a México de una de sus más temibles y asquerosas lacras. Pero es el caso que las recogidas de pedigileños (*sic*) resultaron tan pródigas, que los establecimientos todos donde estaban siendo distribuidos,

²³² *Ibid.*, p. 74.

²³³ *Memoria de la labor realizada por la honorable Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal de septiembre de 1932 a agosto de 1934*, México, Cultura, 1934, p. 28. Citado en Alanís, “La niñez desvalida”, 2014, p. 74.

²³⁴ Ochoa, “Coercion, Reform and the Welfare State”, 2001, p. 46.

²³⁵ “Suspéndase la redada de limosneros en la ciudad”, *Excélsior*, 4 de enero de 1934, México, en AHSSA, fondo Beneficencia Pública, sección Impresos, serie Hemeroteca, Libro 10. (24 de diciembre de 1933-15 de marzo de 1934)

según los casos, se encuentran congestionados materialmente, y no pueden dar cabida a un sólo individuo más.²³⁶

La nota expresa que la mendicidad se percibía como un grave problema, ya que el número de detenidos era muy alto y no había suficientes instituciones para recluirlos. También deja ver el repudio y la condena social que existía hacía los mendigos, pues en la nota se referían a ellos con adjetivos despectivos que los estigmatizaban, incluso en otra parte de la nota se mencionó que eran los culpables de propagar enfermedades como la lepra.

Si bien, en la nota se informó que las campañas serían suspendidas, éstas continuaron. Enrique C. Ochoa señala que de noviembre de 1935 a junio de 1936 se detuvieron a 781 personas, 450 de junio a julio de 1936, y de agosto de 1938 a julio de 1939 a 973 personas, no obstante el número disminuyó si se compara con el año más álgido de la campaña que fue en 1933 con 4 500 casos.²³⁷ Las campañas estaban destinadas a niños y adultos, pero la prioridad eran los niños. Entre 1930 y 1934, en los dormitorios públicos se calculó un promedio mensual de 300 a 700 niños. Para 1934, se calcula que mensualmente había 950 adultos y más de 300 niños y niñas distribuidos en los diferentes establecimientos asistenciales.²³⁸

De esta forma, muchos hombres y mujeres fueron detenidos y enviados a diferentes establecimientos. Cuando ingresaban, los trabajadores sociales y los médicos, debían determinar el perfil de cada persona para enviarlo a un establecimiento de la Beneficencia Pública como asilos, hospitales, el Manicomio, el Tribunal de Menores, la correccional o la Penitenciaría, pero si se comprobaba que estaban sanos o tenían medios para su subsistencia eran dados de alta.²³⁹ Según los expedientes clínicos analizados algunos consumidores de heroína llegaron de esa forma al Hospital Federal de Toxicómanos, sugiero este aspecto porque sus expedientes clínicos permiten acercarnos a su paso por diversas instituciones y a las condiciones económicas a las que se enfrentaron.

²³⁶ *Ibid.*

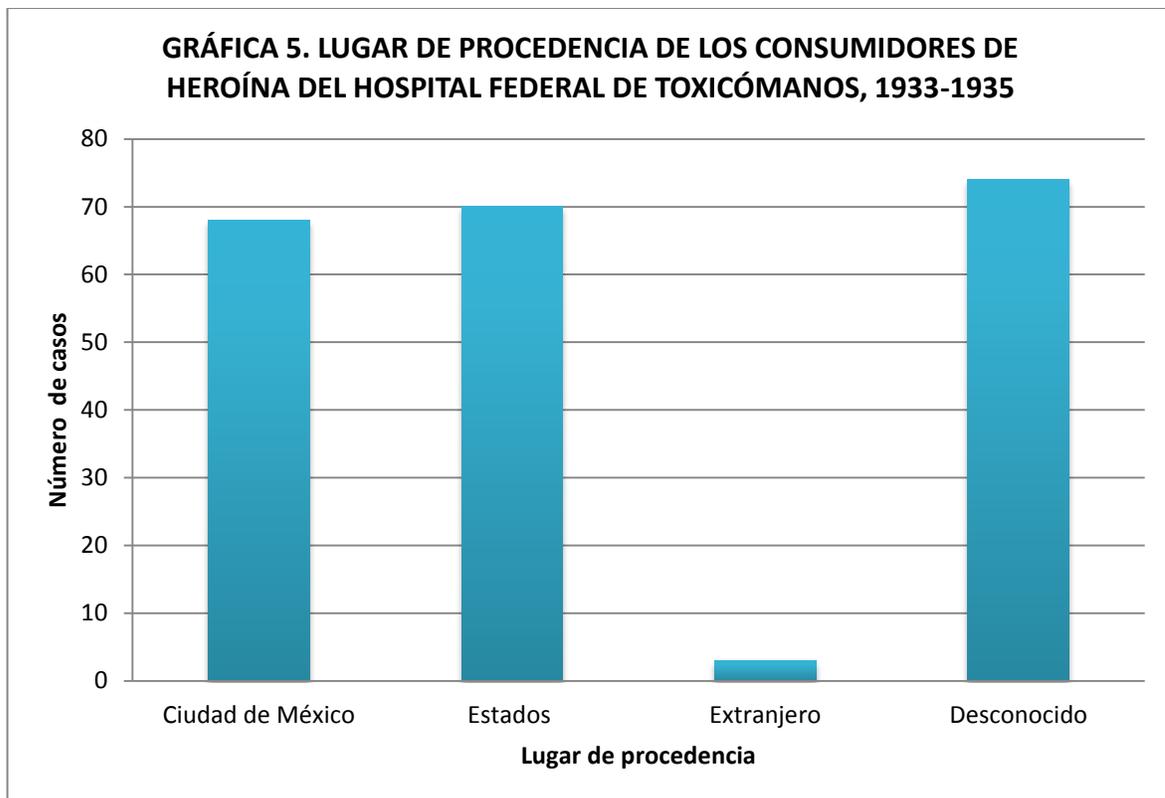
²³⁷ Véase Ochoa, "Coercion, Reform and the Welfare State", 2001, p. 46.

²³⁸ Alanís, "La niñez desvalida", 2014, p.78.

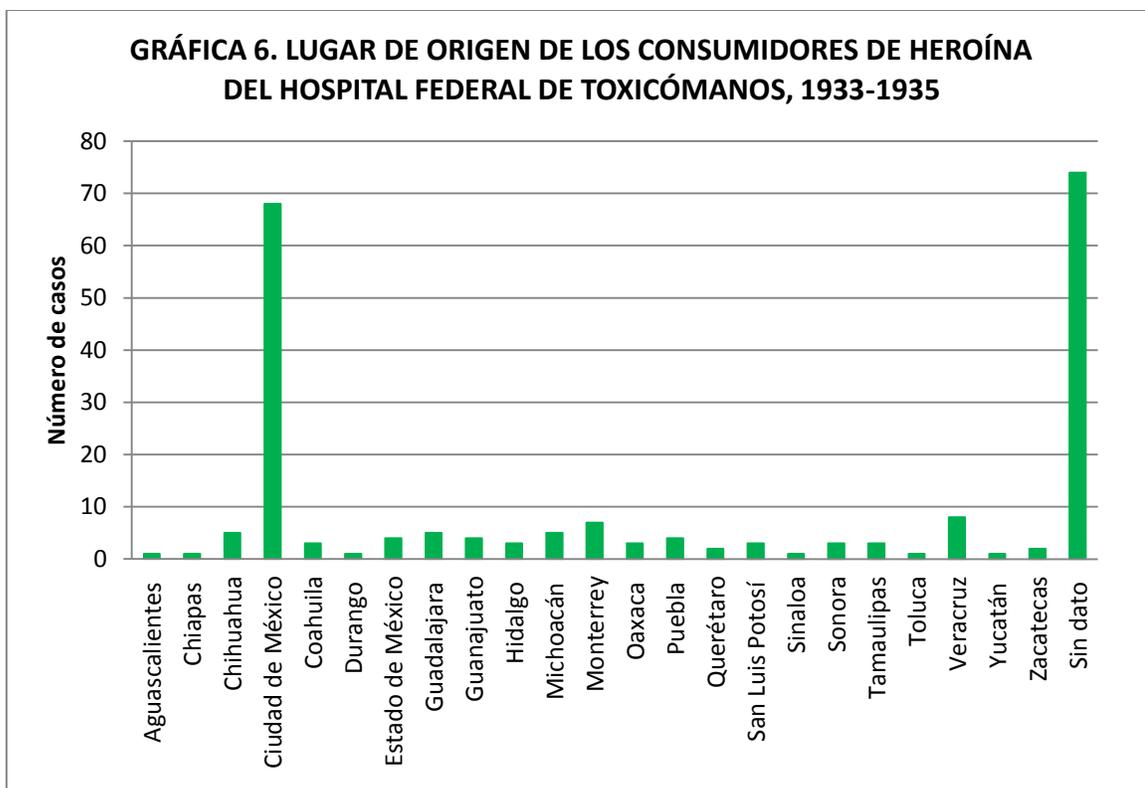
²³⁹ *Ibid.*, p. 78.

Como se puede observar en la gráfica 5, de la mayoría de los asilados se desconoce su lugar de procedencia, esto puede ser un indicador de que esas personas posiblemente fueron recogidas en alguna de las campañas contra la mendicidad o las razias contra los toxicómanos, pues al examinar esos expedientes clínicos contienen datos exiguos, incluso solo se registró la edad de 12 de ellos, la ocupación de ocho y de 37 se sabe que tuvieron antecedentes policiales.

El número de casos de los que provenían de otros estados de la República y de los originarios de la Ciudad de México era prácticamente el mismo (véase gráfica 5). Los estados con mayor número de ingresos fueron: Veracruz, Monterrey, Michoacán, Guadalajara y Chihuahua, pero los asilados originarios de la Ciudad de México predominaron, seguramente por su cercanía al Hospital (véase gráfica 6). También destacaron el Estado de México, Guanajuato, Coahuila, Puebla, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas. Para la población proveniente de los estados el traslado y la vida en la Ciudad de México, implicaba que llegaban a la Ciudad con recursos limitados, probablemente no tenían alojamiento ni empleo fijo o se dedicaban a oficios eventuales que variaban con los años, y muy pocos venían exclusivamente para internarse en el Hospital.



Fuente: Elaboración propia a partir de: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), fondo Hospital Federal de Toxicómanos (HFT), sección Expedientes Clínicos (EC), cajas 1-11.



Fuente: Elaboración propia a partir de: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), fondo Hospital Federal de Toxicómanos (HFT), sección Expedientes Clínicos (EC), cajas 1-11.

De los 215 expedientes analizados el 66% contaba con un trabajo y por lo tanto tenían ingresos monetarios, del 36% restante se desconoce si tenían empleo. Se registraron 70 casos de consumidores de heroína que provenían de otros estados, se desconoce la ocupación de seis y 54 de ellos tenían algún antecedente policial. Esos datos son prácticamente iguales al de los asilados de la Ciudad de México, ya que de los 68 casos registrados, también se desconoce la ocupación de seis y 49 contaban con antecedentes policiales. Entre las ocupaciones más frecuentes estaban comerciantes, mecánicos, empleados, panaderos, zapateros, choferes y carpinteros; en el caso de las mujeres que solo fueron doce predominaron las prostitutas y las costureras (véase cuadro 3). Los casos de profesionistas fueron muy pocos, solo ocho, seguramente porque esos casos se podían atender en establecimientos privados o en el Manicomio General.

CUADRO 3. TIPO DE OCUPACIÓN DE LOS CONSUMIDORES DE HEROÍNA DEL HOSPITAL FEDERAL DE TOXICÓMANOS, 1933-1935

Ocupaciones	Número de casos
Albañil	1
Alfarero	1
Asuntos domésticos	1
Ayudante veterinario	1
Bolero	2
Cajista	1
Carnicero	2
Carpintero	5
Chofer	9
Cocinero	1
Comerciante	13
Corredor de valores	1
Costurera	2
Doméstica	1
Dulcero	1
Ebanista	2
Empleado	12
Encuadernador	1
Ex militar	2
Fabricante	2
Farmacéutico	1
Ferrocarrilero	2
Filarmónico	1
Fogonero	1
Fotógrafo	1
Fundidor	1
Ingeniero	1
Jornalero	1
Joyero	1
Lavandera	1
Licenciado en Leyes	1
Mecánico	13
Mecanógrafo	3
Militar	3
Mozo	1

Ninguna	1
Obrero	1
Panadero	10
Peluquero	4
Pintor	2
Plomero	1
Profesor de box	1
Prostituta	3
Relojero	1
Sastre	2
Sombrerero	2
Tablajero	1
Talabartero	2
Tejedor	3
Voceador	1
Zapatero	10
Sin dato	77
Total	215

Fuente: Elaboración propia a partir de: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), fondo Hospital Federal de Toxicómanos (HFT), sección Expedientes Clínicos (EC), cajas 1-11.

Por el tipo de ocupación que desempeñaban los asilados y al examinar sus expedientes clínicos se puede decir que la mayor parte de la población del Hospital provenían de los sectores populares y hubo casos en los que los consumidores descendieron en la escala social, es decir algunos consumidores habían tenido un estilo de vida que les proporcionaba lo indispensable para vivir, pero al destinar gran parte de sus ingresos monetarios para la compra de heroína, podían quedar en la pobreza o incluso la mendicidad. Sin embargo, esos casos no fueron mayoría porque el consumo de heroína no dificultaba el trabajo de los consumidores, mientras pudieran procurarse sus dosis seguían con sus actividades diarias, los problemas se presentaban cuando no podían costear sus dosis o la droga escaseaba.

Por ejemplo, un caso es el de Salvador Téllez, de 45 años de edad, casado, natural de Morelia, Michoacán y de ocupación Ferrocarrilero, ingresó por primera vez al Hospital el día 26 de abril de 1933, a disposición del Servicio Jurídico.²⁴⁰ En

²⁴⁰ AHSSA, fondo HFT, sección EC, caja 3, exp. 8.

el interrogatorio que se le practicó, mencionó que su padre había fallecido a los 56 años en un accidente de trabajo, ya que también era ferrocarrilero. Su abuela falleció de tifo a los 73 años y de su madre no sabía nada. No tenía hermanos y tenía dos hijos sanos.

En su primera infancia, Salvador fue “completamente sano”. Comenzó su instrucción primaria a la edad de 8 años, pero solo duró en la escuela año y medio, por lo cual no aprendió a leer. Desde la edad de 10 años empezó a trabajar en calidad de mozo. Cuando cumplió 14 años entró a los ferrocarriles donde practicó 2 años “siendo dado de alta a los 16 años” en calidad de garrotero. Según el registro médico “a esa edad eran sus costumbres completamente retraídas. No tenía ningún vicio. Pero cuando llegó a la edad de 22 años comenzó a tomar bebidas alcohólicas y a los 18 se despertó su instinto sexual.” Salvador tuvo varias enfermedades como viruela, tifo, chancros y paludismo.

En el año de 1930, estaba en la Ciudad de México, cuando “conoció la heroína por un compañero de trabajo”, su amigo le inyectó por vía intramuscular una pequeña cantidad, trayéndole ésta un malestar general, acompañado de vómitos, dolores en el estómago y calambres en las piernas. Durante tres días estuvo en esa forma, hasta que “no resistiendo más, se vio en la necesidad de conseguirla.” Lo hizo por la colonia Morelos y se inyectó él mismo por la vía antes dicha 12 ctg., repartidos tres veces en el día durante un mes, al cabo del cual aumentó la dosis a 24 centigramos repartidos en todo el día en la mañana, al mediodía y en la noche. También mencionó que “cuando estaba bajo el efecto de la droga entraba en un estado de astenia física pero solamente en los primeros momentos que seguían a la inyección, después de esto, por el contrario se sentía más ágil y con ganas de trabajar.” Gastaba diariamente dos pesos y conseguía la droga por la colonia Morelos.

Salvador fue detenido en varias ocasiones y llevado a diversas instituciones. En el Hospital de Toxicómanos tuvo varias reincidencias desde 1933 hasta 1947, que es el último registro en el cual aparece. En 1937, fue remitido desde la Cárcel de la Ciudad; en enero de 1941, estuvo en la Casa para ancianos “Vicente García Torres” a donde fue enviado por la Campaña contra la

mendicidad; el 14 de octubre de 1945, fue detenido por “implorar la caridad”, es decir por pedir limosna en las calles, y fue llevado de nuevo a la Cárcel de la Ciudad desde donde fue consignado al Hospital. El 8 de enero de 1947, fue enviado junto con otros dos toxicómanos y otros siete enfermos, del Hospital de enfermos crónicos “Nicolás Bravo, Villa Madero” para su internamiento en el Manicomio General.

Como se ve puede ver, en el caso de Salvador, la mayoría de las veces en las que se le detuvo mediante la campaña contra la mendicidad fue enviado a sitios carcelarios desde donde fue transferido al Hospital Federal de Toxicómanos porque era el sitio donde se le podía brindar el tratamiento médico que le correspondía. Es muy probable que las detenciones de toxicómanos en las campañas de mendicidad hayan sido frecuentes, ya que en varios expedientes clínicos se mencionan remisiones de toxicómanos por parte de la campaña contra la mendicidad, incluso si se considera que las brigadas contra la mendicidad ejercían cierta presión sobre los detenidos para obligarlos a quedarse en algún establecimiento, seguramente las remisiones fueron numerosas.

En otro caso, Anastasio Vidal, soltero, albañil, natural de México D.F., ingresó al Hospital por primera vez el 28 de mayo de 1933. Mencionó que no conoció a sus abuelos ni a su padre, solamente a su madre, la cual aún vivía.²⁴¹ Su consumo comenzó en el año de 1920, cuando “conoció la droga encontrándose en los Estados Unidos” y fue por medio de unos amigos quienes lo invitaron a que la tomara, empezó por inhalarla con la cantidad de 10 centigramos y más tarde se la aplicó por la vía endovenosa hasta alcanzar la cantidad de 40 centigramos.²⁴² Este paciente tuvo múltiples reingresos al Hospital, en abril de 1937, fue remitido por la Campaña contra la mendicidad y también por órdenes del Director de la Casa de ancianos Nicolás Bravo.

En noviembre de 1937, el administrador del Dormitorio número 2, informó que “por acuerdo superior se enviaba a esa Dirección [del Hospital de Toxicómanos] a Anastasio Vidales, de 35 años de edad, procedente de la

²⁴¹ AHSSA, fondo HFT, sección EC, caja 3, exp. 4.

²⁴² *Ibid.*

Campaña contra la Mendicidad”. También se registraron ingresos de Anastasio Vidal provenientes de la campaña antialcohólica y de la Casa para Ancianos “Vicente García Torres”. Su último registro fue el 26 de febrero de 1941, día en que se le dio de alta y ya no regresó.

Casos como los de Salvador y Anastasio eran comunes en el Hospital, los pacientes entraban y salían frecuentemente, es por eso, que los encargados de la vigilancia exigían que hubiera mayor control y se separara a los internos entre los que sólo eran enfermos y los que tenían causas penales, que a su juicio, eran los más indisciplinados, sin embargo, los médicos siguieron defendiendo que se privilegiaran las prácticas médicas y la rehabilitación de todos los asilados.

Un factor importante que pudo haber influido en el inicio en el consumo de drogas por parte de los consumidores de heroína, fue el papel de la familia, ya que como se puede leer en los casos descritos Salvador y Anastasio provenían de familias fragmentadas. En el caso de Salvador su padre murió y su abuela que al parecer era quien lo cuidaba también había fallecido y a su madre nunca la conoció. Por su parte, Anastasio solo conoció a su madre. Esas condiciones suponen una vida difícil que los obligó a trabajar desde muy jóvenes y a crecer prácticamente solos. La falta de una familia que los apoyara y de políticas públicas que atendiera ese tipo de casos seguramente dificultó su rehabilitación.

Conclusiones

A partir de 1931 con la publicación del Reglamento Federal de Toxicomanías se puso más atención a los consumidores de drogas, ya que comenzaron a ser considerados enfermos, sin embargo siguieron siendo perseguidos porque el consumo de drogas siguió siendo un delito y la posesión de alguna de las sustancias prohibidas abrió el camino para que continuara la persecución de toxicómanos.

En este capítulo se analizaron las acciones de los consumidores de heroína y su relación con los diferentes actores con los que interactuaban al interior del Hospital Federal de Toxicómanos. En el primer espacio independiente que ocupó el Hospital en la calle de Tolsá se pudo constatar como las condiciones materiales del establecimiento y la organización del servicio propiciaron diversas formas de protesta por parte de los asilados para exigir mejoras en el trato que se les daba, dichas protestas fueron interpretadas por las autoridades del Hospital como formas de indisciplina.

Esa indisciplina vista en las protestas, las fugas y la introducción de enervantes al Hospital, de inmediato llevaron al personal del establecimiento a cuestionarse qué trato debían darle a los asilados, ya que para ellos los toxicómanos no eran enfermos sino delincuentes a quienes se tenía que vigilar y castigar enérgicamente, cuestión que no era bien vista por los médicos quienes defendían la idea de que el Hospital debía ser un espacio en donde la práctica clínica y la atención a los asilados predominara.

No obstante, las intenciones de los médicos, los documentos administrativos del Hospital muestran que tanto en su primer edificio en Tolsá como en el Pabellón de Toxicómanos en el Manicomio General el comportamiento “rebelde” de los asilados continuó, ya que los internos fueron capaces de establecer mecanismos para burlar la vigilancia del Hospital, negociaciones con las autoridades para lograr salir del establecimiento o para ingresar a él e incluso se solidarizaban con otros internos para propiciar las fugas.

El dilema sobre cómo tratar a los consumidores de heroína, como delincuentes o enfermos, ya que en su mayoría los “heroinómanos” contaban con

causas penales, estaba relacionado con la idea de que el consumo de heroína era un “vicio caro” que llevaría a la ruina a los consumidores de esa sustancia, pero también algunos médicos y abogados de la época hicieron énfasis en las condiciones sociales en las que vivían los toxicómanos y se asoció el consumo de enervantes con la proclividad de sus consumidores hacia el crimen y la pobreza.

Sin embargo, un factor importante que ayudaría a explicar tanto el consumo de enervantes como el fracaso de la rehabilitación es el papel que desempeñaban las familias ante sus enfermos. En muchos casos los pacientes del Hospital provenían de familias fragmentadas o de la ausencia total de ellas, por lo cual enfrentaron condiciones adversas desde muy jóvenes y posiblemente esto los había llevado a tener la autonomía de tomar decisiones sobre su vida y de caer en el consumo de drogas. En otros casos los familiares de los “heroinómanos” intentaban ayudarlos, pero con el paso de los años y ante las reiteradas reincidencias de sus enfermos terminaban por abandonarlos. De cualquier forma, no hay duda de que las familias tuvieron un papel importante en relación con los consumidores de drogas e incluso también ellas se apropiaban del Hospital para satisfacer sus intereses y en ocasiones cedían a las autoridades médicas el control sobre sus enfermos.

Conclusiones generales

Entre 1920 y 1947, el tráfico y consumo de heroína en México no estaba muy extendido ni era un problema de salud o social. No obstante, en las notas periodísticas, artículos médicos o criminológicos e incluso en las disposiciones legales la heroína fue al igual que el opio y la marihuana una de las sustancias que recibió más control y que fue prohibida. Esa situación se debió a que la heroína a diferencia de las otras sustancias cuenta con características que en un principio la hicieron popular entre los consumidores de otras drogas como los “morfinómanos” o los “opiómanos”. Según los testimonios de la época la heroína era fácil de ocultar, se podía adulterar fácilmente y así obtener mayores beneficios con su venta, además al principio su aplicación no implicaba el uso de la jeringa hipodérmica pues se podía aspirar por la nariz.

Esas características popularizaron el consumo de heroína en la década de 1920 y 1930, incluso algunos médicos mencionaron que la mayoría de los casos que se atendían en el Hospital de Toxicómanos eran de “heroinómanos”, sin embargo, la marihuana fue la sustancia de más consumo entre la población, pero a diferencia de la heroína, ésta no produce síndrome de abstinencia probablemente por esa razón aunque los consumidores de marihuana eran llevados al Hospital su condición no ameritaba un tratamiento como en el caso de los consumidores de heroína y por eso había un porcentaje menor de “marihuanos” internados, también es posible que muchos de los consumidores de drogas hayan sido llevados a la Penitenciaría o a algún sanatorio particular en lugar de ser internados en el Hospital Federal de Toxicómanos. Ese es uno de los factores que a nivel local intervendría en la patologización de los consumidores de heroína, el hecho de que los médicos observaron que los “heroinómanos” desarrollaban síndrome de abstinencia por lo cual necesitaban cierto tratamiento no para curarse sino para aliviar los malestares de la falta del consumo de heroína.

Otro factor para la patologización y criminalización de los consumidores de heroína sería la convergencia de discursos médicos y criminológicos. En la

década de 1920, el consumo de drogas que era condenado era el asociado a los sectores populares, lo cual propició un gran interés por saber más acerca de las llamadas “sustancias peligrosas o venenosas” que se decía “degeneraban la raza”. Las notas periodísticas y los estudios respecto a la toxicomanía, comenzaron a ser más frecuentes. Se puede decir que antes de la década de 1920, el consumo de esas sustancias era considerado un vicio y la toxicomanía entendida como un “hábito vicioso.” Sin embargo, la influencia de Estados Unidos de América que desde 1914 había iniciado una cruzada contra las drogas, así como la búsqueda de una explicación a la criminalidad, influyeron en la proliferación de discursos y estudios que discutían cómo prevenir los “males sociales” que se consideraba podían llevar al crimen y a la temida “degeneración de la raza”, entre los cuales se encontraban las toxicomanías.

En la década de 1930 se comenzó a hablar de la higiene mental, que fue otra corriente de pensamiento médico que al inicio del siglo XX hizo de la herencia la piedra angular de la transformación de las sociedades humanas.¹ La higiene mental entrelazó las concepciones de la degeneración social y de la teoría jurídica de la defensa social.² Esta última, surgió en el ámbito del derecho penal y su influencia se plasmó en el código penal de 1929, el cual propuso aplicar “medidas de seguridad” a aquéllos individuos que se consideraba estaban comprendidos dentro del “estado peligroso” como los locos, toxicómanos o alcohólicos, argumentando que la sociedad tenía derecho a protegerse de los individuos inclinados a atentarse contra ella.³ Esas corrientes médicas fueron las que a nivel nacional contribuyeron a la patologización y criminalización de los consumidores de drogas, en el caso de la heroína al ser más notorios los cambios físicos al aplicarse la sustancia, debido a las marcas físicas que dejaban las jeringas en el cuerpo, además de las complicaciones que se pudieran suscitar de su uso, provocaron que fuera una de las toxicomanías más perseguidas.

¹ Urías, *Historia secretas*, 2007, p. 125.

² *Ibid.*

³ Urías, “Locura y criminalidad”, 2005, p.347.

Bibliografía

Acervos

Archivo General de la Nación (AGN)

-Fondo Tribunal Superior de Justicia (TSJDF)

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)

Hemerografía

Diario Oficial de la Federación

La Farmacia

La voz de México

El Informador

El Nacional

El Tiempo

Libros, legislación y artículos

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

Agostoni, Claudia y Ríos, Andrés, *Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810-2010*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, 2010.

Agostoni, Claudia, "Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario (1920-1940), en *Historia Mexicana*, Vol. 63, No. 2 (250), Octubre-Diciembre. 2013, pp. 745-801.

Aguilar Velasco, Fernando, "La situación legal de toxicómanos y traficantes de drogas enervantes (Reformas al nuevo Código Penal), tesis profesional de abogado, México, UNAM, 1930.

Alatorre Isunza, Carlos, "Heroinismo: contribución al estudio del heroinismo", tesis de Médico Cirujano, México, UNAM, Facultad de Medicina, 1924.

Alanís Rufino, Celia Mercedes, "La niñez desvalida y las campañas contra la mendicidad en la Ciudad de México en la década de 1930", en *Antropología. Boletín Oficial del Instituto Nacional de Antropología e Historia*, núm. 98, mayo-agosto, 2014, pp. 71-85.

Alcántara Duque, Laura, "El Hospital Federal de Toxicómanos. El Departamento de Salubridad y la prohibición, 1920-1940" tesis de licenciatura en Historia, México, UNAM, 2017.

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*, México, 2007, n. 33, pp. 57-88.

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

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

Autrique Escobar, Cecilia, “Los orígenes de los movimientos prohibicionistas del alcohol y las drogas. El caso de México (1917-1928)” en *Historia y Geografía*, Universidad Iberoamericana, año 27, núm. 53, julio-diciembre, 2019, pp. 145-183.

Ayala Flores Sandra, “Balas que rompen mentes. Los militares y la violencia en el Manicomio de La Castañeda, México, 1910-1945”, tesis de maestría en Historia Moderna y Contemporánea, Instituto Mora, 2016.

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.

Barbosa Cruz, Mario, “Insalubres e «Inmorales»: alojamientos temporales en la Ciudad de México, 1900-1920”, en *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. Barcelona, Universidad de Barcelona, vol. VII, Núm. 146, 1 de agosto de 2003, < [https://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146\(053\).htm](https://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146(053).htm)>

Barbosa Cruz, Mario, “Rumbos de comercio en las calles: fragmentación espacial en la ciudad de México a comienzos del siglo XX” en *Scripta Nova, Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, Vol. X, núm. 218 (84), 1 de agosto de 2006, < <https://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-218-84.htm>>

Barbosa Cruz, Mario, *El trabajo en las calles: subsistencia y negociación política en la Ciudad de México a comienzos del siglo XX*, México, El Colegio de México, 2008.

Bautista Hernández, Lourdes, “De la penitenciaría al Manicomio. El proceso de Institucionalización del Hospital Federal de Toxicómanos de la Ciudad de México, 1926-1948”, tesis de maestría en Historia Moderna y Contemporánea, México, Instituto Mora, 2016.

Becker, Howard, *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*, Buenos Aires, Argentina, Siglo Veintiuno Editores, 2014.

Beltrán y Piccato, “Crimen en el siglo XX: Fragmentos de análisis sobre la evidencia cuantitativa”, en <<http://www.columbia.edu/~pp143/fragme~1.htm>>

Birn, Anne- Emanuelle, “Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma (los años 20 y 30 y la década de los 80)”, en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol., 25, 2005, pp. 279-311.

Brailowsky, *Las sustancias de los sueños: neuropsicofarmacología*, México, FCE, 2002.

Campos, Isaac, *Home grown: marijuana and the origins of México's war on drugs*, The University of North Carolina Press, Chapel Hill, 2012.

Campos Isaac, “Degeneration and the origins of México's War on Drugs”, *Mexican studies*, University of California Press, 2010, vol. 26, núm. 2.

Capó Valdivia, Zinnia, “Clandestinidad, fiscalidad y tolerancia: el opio en el discurso oficial, Mexicali, México 1915 -1916”, en *Culturales*, Universidad Autónoma de Baja California, vol. III, núm. 2, julio-diciembre, 2015, Mexicali, pp. 77-111.

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

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

Carey, Elaine, *Women Drug Traffickers. Mules, Bosses and organized crime*, University of New Mexico Press, 2014.

Carnwath y Smith, *El siglo de la heroína*, España, Melusina, 2006.

Carrancá y Trujillo, Raúl, “Responsabilidad penal de los débiles mentales” en *Criminalia*, México, mayo de 1935, pp. 123-131.

Carrillo, Ana María, “Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940”, en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 2005, Vol., 25, pp. 145-178.

Cedillo, Juan Alberto, *La cosa nostra en México, 1938-1950*, México, Grijalbo, 2011.

Ceniceros, José ángel, *El problema social de la insalubridad*, Ediciones Botas, 1935.

Connelly, Marisela, “Comercio y consumo de opio en China”, en *Estudios de Asia y África*, Sep.-Dec., 1990, vol. 25, No. 3 (83), pp. 384-423.

Courtwright, David, *Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias adictivas*, España, Paidós, 2002.

Courtwright, David, “Una breve historia de políticas sobre drogas, o por qué declaramos la guerra a unas drogas y no a otras”, *History Faculty Publications*, 22, University of North Florida, 2012, pp. 18-26.

Courtwright, David, *Dark Paradise. A History of Opiate Addiction in America*, Harvard University Press, United States of America, 2001.

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, en *Diario Oficial*, 8 y 9 de junio de 1926.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, México, en *Diario Oficial de la Federación*, 31 de agosto de 1934.

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.

Código Federal de Procedimientos Penales, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de agosto de 1934.

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

Convenio Internacional del Opio, La Haya, 23 de enero de 1912, arts., 1-5, en *Filosofía en español*, <<https://www.filosofia.org/mon/dro/1912cio.htm>>

Córdova, Arnaldo, *La política de masas del cardenismo*, México, Era, 1974.

Cueto, Marcos, Theodore Brown y Elizabeth Fee, “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría”, en *Apuntes. Revista de Ciencias Sociales*, Universidad del Pacífico, Perú, vol. 38, núm. 69, 2011, pp. 129-156.

Davenport- Hines, Richard, *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*, Madrid, Turner, 2003.

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

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.

De Quincey, Thomas, *Confesiones de un inglés comedor de opio*, 1822. [Traducción al español de Luis Loayza]

Di Liscia, Maria Silvia y Bohoslavsky, Ernesto (eds.) *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940: una revisión*, Buenos Aires, Prometeo Libros, Universidad Nacional de General Sarmiento, Universidad Nacional de La Pampa, 2005.

Diario de los debates del Congreso Constituyente, 18 de enero de 1917, t. II

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

Escohotado, Antonio, *Historia General de las drogas*, España, Alianza Editorial, 1998, vol. 2.

Escohotado, “Fenomenología de las drogas. Opio”, en <https://www.escohotado.org/historiageneraldelasdrogas/opio.htm>. [Consulta: 20 de septiembre de 2021.]

Fajardo Ortiz, Guillermo, “La expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI?”, en *Revista de la Facultad de Medicina*, UNAM, Vol. 47, No. 6, Noviembre-Diciembre, 2004, pp. 256-257.

Fernández Labbé, Marcos, “Del ficticio entusiasmo: el mercado de las drogas en el tránsito a la prohibición en Chile. 1920-1960” en *Historia Crítica*, núm. 39, Universidad de los Andes, Bogotá, septiembre-diciembre, 2009, pp. 62-83.

Fernández Labbé, Marcos, “Boticas y toxicómanos: origen y reglamentación del control de drogas en Chile, 1900-1940” en *Revista Atenea*, núm. 508, Universidad de Concepción, Chile, 2013, pp. 73-89.

Flores Garza, Rigoberto, “Estudio médico social del problema de la heroínomanía y morfinomanía en México”, tesis de Médico Cirujano, México, UNAM, Facultad de Medicina, 1947.

Flores Martínez, Rosa Isela, “El Hospital Federal para Toxicómanos en el Manicomio La Castañeda, 1935-1948”, tesis de licenciatura en Historia, México, 2019.

Flores Salazar, Armando V. “El hospedaje en Monterrey: posadas, mesones, ventas y hoteles”, en *Ciencia UANL*, Universidad Autónoma de Nuevo León, Vol. XII, Núm. 2, abril-junio, 2009, México, pp. 131-134.

García Mendiá, Luciano, “*Heroínismo-morfinismo*. Anotaciones al margen de algunas observaciones”, tesis de Médico, cirujano y partero, UNAM, Facultad de Medicina, 1931.

García Moreno, Gabriel, *El puño de hierro*, México, 1927.

Giddens, Anthony, *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1995.

González Rodríguez, Sergio, “Los áridos treinta”, en *Nexos*, 1 de agosto de 1989.

Gootenberg, Paul, “Hablar como el Estado: flujos de drogas y discursos estatales del control” en *Apuntes de Investigación del CECYP*, año XVII, N° 24, Buenos Aires, 2014, pp. 13-49. [Traducción Ariel Fianza y Juan Pablo Ripamonti]

Gootenberg, Paul, “La cocaína en cadenas: auge y caída de una cadena mundial de mercancías, de 1860 a 1950” en Marichal Carlos, Steven Topik y Zephyr Frank (coords.), *De la plata a la cocaína. Cinco siglos de historia económica de América Latina, 1500-2000*, México, FCE/ El Colegio de México, 2017, pp. 455-501.

Gootenberg and Campos, "Toward a New Drug History of Latin America: A Research Frontier at the Center of Debates", *Hispanic American Historical Review*, Duke University Press, 95:1, Durham, North Carolina, February, 2015, pp. 1-35.

Gutiérrez Ramos, Axayácatl, "Consumo y tráfico de opio en México", tesis de Licenciatura, México, UNAM, 1996.

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.

Grant, Susan-Mary, *Historia de los Estados Unidos de América*, España, Akal, 2012.

Hernández Franyuti, R. *El Distrito Federal: historia y vicisitudes de una invención, 1824-1994*, México, Instituto Mora, 2008.

Hidalgo, Eduardo, *Heroína*, España, Amargord ediciones, 2007.

Huertas, Rafael, "Las historias clínicas como fuente para la historia de la Psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos", en *Frenia*, vol. 1-2, 2001, pp. 7-32.

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

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

Inglis, Lucy, *Milk of Paradise: A History of Opium*, London, Macmillan, 2018.

Levinstein, Eduard, *Morbid craving for morphia: a monograph founded on personal observations*, London, Smith, Elder & Co., 1878. [Translated from the German by Charles Harrer]

Lida, Clara, “¿Qué son las clases populares? Los modelos europeos frente al caso español en el siglo XIX” en *Historia Social*, No. 27, 1997, pp. 3-21.

López Martínez, J. y F. de J. Calderón Flores, “Sitios de ocio, descanso y vicio. En la Ciudad de México, 1842”, en Collado, M. del C. (coord.), *Miradas recurrentes II. La Ciudad de México en los siglos XIX y XX*, México, Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana, vol. II, 2004, pp. 50-64.

Lorenzo, María Dolores, “El análisis de la pobreza y la campaña contra la mendicidad en la Ciudad de México, 1929-1931” en *Historia Mexicana*, LXVII, 4, 2018.

Medina Caracheo, Carlos y Vargas Ocaña, Carlos David, “La vida nocturna en la Ciudad de México: centros nocturnos, cabarets y burdeles, 1935-1945”, tesis de Licenciatura en Historia, México, UNAM. 1996.

Midence, Alfredo C., “Conferencia sobre Medicina Social y Asistencia Social”, en *Revista Médica Hondureña*, A 20, No. 6, Tegucigalpa, Colegio Médico de Honduras, 1950, pp. 244-252

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.

Musto, David, *La enfermedad americana: orígenes del control antinarcóticos en Estados Unidos*, Bogotá, Tercer Mundo Editores, 1993 [1ª edición en castellano]

Musto, David (ed.), *One Hundred Years of Heroin*, Westport, Connecticut, Auburn House, 2002.

Ochoa, Enrique C., “Coercion, Reform and the Welfare State: The Campaign against “Begging” in Mexico City during the 1930s”, *The Americas*, Cambridge University Press, vol. 58, No. 1, Jul., 2001, pp. 39-64.

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.

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.

Olvera Hernández, Nidia Andrea, "Modernidad, seguridad y corrupción. Control de drogas en México durante la posguerra (1946-1949)", tesis de doctorado en Historia Moderna y Contemporánea, México, Instituto Mora, 2021.

Ospina y Tinajero, *Amapola, opio y heroína. La producción de Colombia y México*, Ámsterdam: Transnational Institute. 2018.

Ovalle M., Lilian Paola, *Engordar la vena: discursos y prácticas sociales de los usuarios de drogas inyectables en Mexicali*, Mexicali, Baja California, Universidad Pedagógica Nacional/Centro de Investigaciones Culturales-Museo, Universidad Autónoma de Baja California, 2009.

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

Pérez González, José Luis, "Toxicomanías", en Ríos Molina, Andrés, *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos: una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*, México, Instituto Mora/UNAM, 2017.

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

Pérez Montfort, Ricardo (Coord.). *Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío*, México, CIESAS-Editorial Plaza y Valdés, 1998.

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

Pérez Montfort, Ricardo, “Apuntes sobre la cotidianidad en la Ciudad de México” en *Tierra Adentro*, número 123, agosto-septiembre 2003, pp. 10-17.

Piccato, Pablo, *Ciudad de Sospechosos: crimen en la ciudad de México, 1900-1931*, México, CIESAS, 2010.

Piccato, Pablo, “Estadísticas del crimen en México: Series históricas, 1901-2001”, <<http://www.columbia.edu/~pp143/estadisticascrimen/EstadisticasSigloXX.htm>>

Piccato, Hidalgo y Lajous, “Estadísticas del crimen en México: Series históricas 1926-2008”, en <<https://ppiccato.shinyapps.io/judiciales/>>

Piccato, Pablo, “A Historical Perspective on Crime in Twentieth-Century Mexico City”, Columbia University, 2003, pp. 2-31.

Ponce de León, Heriberto R., “Observaciones sobre algunos casos de morfinomanía y heroínomania en relación con la constitución psicopática”, tesis de Médico Cirujano, México, UNAM, Facultad de Medicina, 1931.

Postel, Jacques y Claude Quérel (Coords.), *Nueva Historia de la Psiquiatría*, España, Fondo de Cultura Económica de España, 2000.

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.

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

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.

Remartínez Martín, María Teresa, “Las familias como usuarias del Hospital de Mujeres Dementes en la ciudad de México, 1877-1910”, tesis de doctorado en Historia Moderna y Contemporánea, México, Instituto Mora, 2018.

Renner 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, “El Manicomio General La Castañeda en México. Sitio de paso para una multitud errante”, en *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, [en línea], Debates, 17 de enero, 2009, <<https://journals.openedition.org/nuevomundo/50242>>.

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

Ríos Molina, Andrés, Sacristán, Cristina, *et. al.*, “Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)” en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 68 (1), enero-junio 2016, p. 136.

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.

Rodríguez Cabo, Mathilde, “Estudio médico de los delincuentes según el Código Penal mexicano de 1929”, en *Memoria del III Congreso de la Asociación Médica Panamericana*. Verificado en la ciudad de México del 26 al 31 de julio de 1931, bajo los auspicios del Departamento de Salubridad de México, Imprenta del Departamento de Salubridad Pública, México, 1933, pp. 97-109.

Rojas Sosa, Odette María, *La metrópoli viciosa. Alcohol, crimen y bajos fondos. Ciudad de México, 1929-1946*, México, UNAM. 2019.

Rojas Sosa, Odette María “Un amenaza siempre viva”: alcohólicos y toxicómanos ante la justicia. México, 1929-1931”, en Speckman Guerra, Elisa (coord.). *Horrorosísimos crímenes y ejemplares castigos. Una historia sociocultural del crimen, la justicia y el castigo, México siglos XIX Y XX*, México, El Colegio de San Luis, 2018.

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.

Sacristán, Cristina, “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.

Sacristán, Cristina, “Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940”, en Agostoni, Claudia (Coord.), *Curar, Sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, UNAM/BUAP, 2008, pp. 99-123.

Sacristán, Cristina, “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968”, en *Salud Mental*, Vol. 33, No. 6, noviembre-diciembre 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.

Sánchez Reyes, Gabriela, “La accesoria: una tipología de la arquitectura virreinal en la ciudad de México”, en *Boletín de Monumentos Históricos*, INAH, Núm. 35, 2015, México, pp. 135-148.

Santillán Esqueda, Martha, *Delincuencia Femenina. Ciudad de México, 1940-1954*, México, Instituto Mora/INACIPE, 2017.

Santillán Esqueda, Martha, “Procesos judiciales: ¿únicas fuentes para el estudio sociocultural de la locura criminal?”, en Ordorica, Teresa y Golcman, Alejandra (coords.), *Locura en el archivo: fuentes y metodologías para el estudio de las disciplinas psi*, México, UNAM, 2022, pp.163-179.

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

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

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.

Schievenini Stefanoni, José Domingo, “La criminalización del consumo de marihuana en México, 1912-1961”, tesis de doctorado en Historia, México, UNAM, 2018.

Speckman Guerra, Elisa, “Instituciones de Justicia y práctica judicial. Ciudad de México, 1929-1971”, tesis de doctorado en Derecho, México, UNAM, 2018.

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.

Speckman (Eds.) *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, pp. 347-383.

Terán Rodríguez, Esteban, “El temor a las toxicomanías: la construcción global de un problema de salud, su tratamiento y percepción en la Ciudad de México y

Buenos Aires, 1920-1940”, tesis de maestría en Historia Internacional, México, CIDE, 2016.

Toledo Cortés, Anahí, “«Al preguntarle si había entre sus familiares algún loco...echó a llorar» Las alcohólicas de La Castañeda frente a los discursos de reconstrucción nacional, 1920-1944”, tesis de Licenciatura en Historia, México, UNAM, 2017.

Trujillo Bretón, Jorge Alberto, “La casa del silencio: chinos y mexicanos en el mercado ilegal del opio y sus derivados en Guadalajara, Jalisco, 1917-1950”, en *Passagens. Revista Internacional de Historia Política e Cultura Jurídica*, vol. 9, núm. 3, Universidade Federal Fluminense, Brasil, 2017, pp. 361-381.

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.

Unikel, Claudia, “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.

Unikel, Claudia, “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 “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.

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

Usó, Juan Carlos, *¿Nos matan con heroína? Sobre la intoxicación farmacológica como arma de Estado*, Bilbao, Libros Crudos, 2015.

Vado Johnson, Ignacio “Drogas maléficas”, *La Farmacia*, 1 de octubre de 1923.

Valdés, Guillermo, *Historia del narcotráfico en México*, México, Aguilar, 2013.

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

Vázquez Ramírez, Esther, “Organización y resistencia popular en la Ciudad de México durante la crisis de 1929-1932”, tesis de maestría en Historia Moderna y Contemporánea, México, Instituto Mora, 1996.

Wadi, Yonnisa M., Ordorika, Teresa y Golcman, Alejandra, “¿Qué expresan los locos iberoamericanos? Las fuentes narrativas y sus posibles abordajes”, *Iberoamericana*, vol. 19, No. 71, 2019, pp. 173-195.

Yañez García, David Arturo, “De lo medicinal a lo prohibido. El proceso social de estigmatización de las drogas en los sectores populares de la Ciudad de México, 1890-1950”, tesis de Licenciatura en Historia, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2022.