



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Filosofía y Letras

Colegio de Historia

EL HOSPITAL FEDERAL PARA TOXICÓMANOS EN EL MANICOMIO LA CASTAÑEDA, 1935-1948

Tesis

Que para obtener el grado de Licenciada en Historia presenta:

Rosa Isela Flores Martínez

Tutora de la tesis:

Dra. Claudia Amalia Agostoni Urencio

A mi madre

Agradecimientos

A Claudia Agostoni, por asesorar amablemente esta tesis.

A Cristina Sacristán, por su cuidadosa lectura, sus enseñanzas, atenciones y su trato siempre cálido.

A Martha Santillán, por sus señalamientos puntuales.

A Teresa Ordorika y Susana Sosenski, por sus enriquecedores comentarios.

A los integrantes del Seminario Salud, Historia y Sociedad Contemporánea, por su ayuda tan valiosa.

A mis padres, por hacerme sentir profundamente amada.

Índice

Introducción.....	6
Capítulo 1. Los consumidores de drogas en la legislación mexicana, 1926-1931. El camino legal hacia el Hospital Federal para Toxicómanos.....	14
1.1 La inclusión de los consumidores de drogas en la legislación mexicana: el Código Sanitario de 1926.....	20
1.2 Los consumidores de drogas en los códigos penales de 1929 y 1931.....	26
1.3 El Reglamento Federal de Toxicomanía de 1931.....	32
Capítulo 2. Los intentos por llevar a la práctica la legislación mexicana sobre consumidores de drogas: de la crujía F al Pabellón de Toxicómanos, 1931-1934.....	42
2.1 Los primeros establecimientos mexicanos oficiales dedicados a la curación de toxicómanos.....	46
2.2 Las dependencias del Hospital Federal para Toxicómanos llegan al Manicomio General, 1934-35.....	54
Capítulo 3. El funcionamiento del Hospital Federal para Toxicómanos según reglamentos, 1935-1945.....	62
3.1 Proyecto del reglamento interior del Hospital Federal para Toxicómanos de 1935.....	63
3.2 Reglamento Interior del Hospital Federal para Toxicómanos de 1945.....	78
Capítulo 4. El Hospital Federal para Toxicómanos a través de sus expedientes clínicos.....	86
4.1 Los expedientes clínicos del hospital.....	87
4.2 Sobre el Hospital Federal para Toxicómanos como institución terapéutica.....	97

Conclusiones.....108

Fuentes.....110

Introducción

En la década de 1910 México se adhirió de manera formal al paradigma prohibicionista de drogas. En 1912 el gobierno de Francisco I. Madero firmó la Convención de La Haya, primer evento que resultó en acuerdos para controlar el tránsito de drogas a nivel internacional.¹ En 1916 el compromiso adquirido cuatro años antes se concretó, en un primer momento, en el decreto de Venustiano Carranza mediante el que prohibió la importación y el tráfico de opio sin fines medicinales.² Al año siguiente, en el Congreso Constituyente de Querétaro se discutió la necesidad de regular las sustancias que, se consideraba, envenenaban al individuo y degeneraban la raza; tal urgencia se incluyó en la Constitución de 1917.³ Con el fundamento legal provisto por la constitución y las convenciones internacionales en las décadas de 1920 y 1930 se publicaron decretos, códigos y reglamentos a través de los cuales se prohibieron la producción, el comercio y el consumo de drogas.

En el Código Sanitario de 1926 a los usuarios “viciosos” de “drogas enervantes” se les consideró enfermos para quienes el Departamento de Salubridad Pública establecería en el país lugares para encerrarlos hasta su curación.⁴ En los años siguientes no se legisló más al respecto ni se estableció un lugar semejante. Los códigos penales de 1929 y 1931, aunque de manera poco efectiva, dieron continuidad a la misma lógica: encerrar a los usuarios viciosos o toxicómanos hasta que estuvieran curados. En 1931 seguían sin existir los lugares que se habían señalado en 1926, pero sí había presos por síntomas de toxicomanía. Algunos de ellos presentaron amparos para que se revisara su situación. Debido a que la legislación no

¹ Domingo Schievenini, *La criminalización del consumo de marihuana en México, 1912-1961*, tesis, México, UNAM, 2018, pp. 191-192.

² *Ibid.*, p. 193.

³ Ricardo Pérez Montfort, *Tolerancia y prohibición. Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México, 1840-1940*, México, Debate, 2016, pp. 157-159.

⁴ “Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, *Diario Oficial*, 8 de junio de 1926, p. 592.

contemplaba el padecimiento de toxicomanía como motivo de encierro penitenciario las resoluciones fueron favorables para los procesados. En esta coyuntura, se redactó el Reglamento Federal de Toxicomanía y al Departamento de Salubridad Pública se le prestó la crujía F de la Penitenciaría del Distrito Federal para que empezara a curar a los enfermos, mientras establecía los hospitales federales para toxicómanos que el reglamento contemplaba.⁵

A nivel internacional para 1930 los pronósticos de curación y los esfuerzos por brindar tratamientos a los toxicómanos habían disminuido considerablemente. Acerca de la curación de toxicómanos, los médicos mexicanos, como lo de otros países, distinguieron entre desintoxicación y deshabituación. La primera sólo correspondía a la eliminación de la droga o drogas del cuerpo del enfermo. La deshabituación, en cambio, equivalía a la curación propiamente dicha, la no reincidencia en el consumo. En la crujía F la Penitenciaría se practicaron nada más tratamientos de desintoxicación. Las dependencias de lo que se llamó Servicio de Toxicomanías y Hospital de Toxicómanos se trasladaron en 1933 de la cárcel a un edificio de oficinas en el centro de la ciudad. También ahí sólo se brindaron tratamientos para desintoxicar. En el edificio se mantuvieron hasta el siguiente año cuando se reubicaron en el nuevo Pabellón de Toxicómanos del Manicomio La Castañeda.

Las condiciones materiales de la crujía y del edificio de oficinas habían sido señaladas por los propios médicos que en ellos laboraron como una de las principales causas del fracaso terapéutico de la institución. El Pabellón de Toxicómanos, donde se instaló desde 1934 el Hospital Federal para Toxicómanos, se levantó con el objetivo específico de curar toxicómanos, su diseño siguió las pautas médicas al respecto. A pesar de ello, no había sido

⁵ Schievenini, *op. cit.*, pp. 406-408.

obra del Departamento de Salubridad Pública, sino de la Beneficencia Pública, instancia de quien dependía el manicomio, donde desde la década de 1910 se habían recibido personas con síntomas de toxicomanía. Todo parecía indicar que las nuevas condiciones del hospital serían mucho más propicias para los fines terapéuticos de la institución. No obstante, pese a las mejoras materiales que representó el Pabellón de Toxicómanos con respecto a los lugares anteriores, en 1948 el hospital desapareció súbitamente. Tampoco en los años en los que se ubicó en el pabellón se consiguió deshabituarse a toxicómanos.

La presente investigación busca responder a cómo funcionó el Hospital Federal para Toxicómanos a partir de su localización en el Manicomio La Castañeda y por qué fracasó terapéuticamente. Sobre la primera, en 1935 y 1945 se elaboraron reglamentaciones al respecto; sin embargo, por diversas razones éstas no pudieron llevarse a la práctica en todos los aspectos. Acerca del fracaso terapéutico, se argumenta que el hospital nunca contó con las condiciones que los propios médicos señalaron necesarias para la curación de toxicómanos, enfermos que ya entonces se consideraban prácticamente incurables; su establecimiento y permanencia hasta 1948 se debió a compromisos sobre control de drogas adquiridos con la comunidad internacional que quedaron asentados en la legislación mexicana.

Acerca del hospital se han escrito dos artículos, dos tesis y un capítulo de reciente publicación. Los primeros textos que abordaron de manera específica al hospital fueron los artículos *Aproximaciones a la historia del Hospital de Toxicómanos (1931-1949)* de Patricia Olguín⁶, y *El consumo de drogas según los registros del Hospital Federal de Toxicómanos. Fragmentos de la historia de*

⁶ Patricia Olguín, “Aproximaciones a la historia del Hospital de Toxicómanos (1931-1949)”, en *Cuadernos para la Historia de la Salud*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1995, pp. 87-110.

la farmacodependencia en México (1931-1948) de los psiquiatras Claudia Unikel, Arturo Ortiz y la psicóloga Lourdes Vázquez, ambos publicados en 1995.⁷ Olgúin realizó un breve recorrido por las campañas contra las drogas en las primeras décadas del siglo XX en México, haciendo énfasis en la legislación, sobre todo, la relacionada con el hospital. El artículo de los psiquiatras Unikel y Ortiz y de la psicóloga Vázquez fue el resultado del análisis de una muestra aleatoria de 457 expedientes clínicos de la institución con el objetivo de identificar el perfil del usuario de drogas del hospital como parte de la historia de la farmacodependencia en México.

Lourdes Bautista presentó en septiembre de 2016 la tesis de maestría titulada *De la penitenciaria al manicomio. El proceso de institucionalización del Hospital Federal de Toxicómanos de la ciudad de México, 1926-1948*, en ella se ocupó de “reconstruir y analizar el proceso de institucionalización y quiebre del Hospital Federal de Toxicómanos de 1926 a 1948.”⁸ Si bien uno de los objetivos de la autora fue “entender su funcionamiento”, el abordaje es distinto y las conclusiones son parcialmente diferentes. Laura Alcántara presentó en 2017 la tesis de licenciatura *El Hospital Federal de Toxicómanos. El Departamento de Salubridad Pública y la Prohibición, 1920-1940*. En ella expuso “la experiencia del adicto y su relación con el Estado y sus agentes” y “una reconstrucción del entramado institucional general en el que el HFT se inscribe entre 1920 y 1940”.⁹

⁷ Claudia Unikel (*et. al.*), “El consumo de drogas según los registros del Hospital Federal de Toxicómanos. Fragmentos de la historia de la farmacodependencia en México (1931-1948)”, en *Revista ABP-APAL*, v. 15, n.3, 1993, pp. 75-81.

⁸ Lourdes Bautista, *De la penitenciaria al manicomio. El proceso de institucionalización del Hospital Federal de Toxicómanos de la ciudad de México, 1926-1948*, tesis, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2016, p. 7.

⁹ Laura Alcántara, *El Hospital Federal de Toxicómanos. El Departamento de Salubridad Pública y la Prohibición, 1920-1940*, tesis, México, UNAM, 2017, p. 13.

El trabajo más reciente que aborda de manera directa al hospital es el capítulo *Toxicomanías* de José Luis Pérez.¹⁰ En él se presenta un análisis cuantitativo y cualitativo de los pacientes que ingresaron con algún diagnóstico relacionado con las toxicomanías en el Manicomio General La Castañeda y en el Hospital Federal de Toxicómanos entre 1910 y 1968. Cabe mencionar que el libro donde se ubica el capítulo *Toxicomanías* aborda diferentes padecimientos que fueron atendidos en el manicomio a lo largo de su historia, por ello el autor se refiere no sólo a los internos del hospital, sino también a aquellos cuyo diagnóstico se relacionó con la toxicomanía pero que residieron en distintos pabellones de La Castañeda.

Además de los trabajos donde se le aborda de forma particular, el hospital es mencionado en trabajos sobre historia de la psiquiatría y de las drogas en México, debido a la relación que tuvo con ambos procesos. Entre los primeros se encuentran algunos textos de Andrés Ríos y de Cristina Sacristán¹¹; en los que se hace referencia a la relación entre la historia de La Castañeda y de la psiquiatría mexicana. Los textos que abordan la historia de las drogas, que han sido de utilidad para esta investigación y donde se hace referencia al hospital son los siguientes. Los textos de Ricardo Pérez Montfort sobre historia de las drogas en México, el más reciente y completo es el libro *Tolerancia y Prohibición. Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México, 1840-1940*, en el que, como en sus trabajos anteriores al respecto, a través de una multiplicidad de fuentes, narra la relación entre sociedad mexicana y drogas destacando el tránsito de la tolerancia durante el siglo XIX hacia la prohibición de dichas sustancias en las primeras décadas del siglo XX.¹²

¹⁰ José Luis Pérez, “Toxicomanías” en Andrés Ríos (coord.), *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*, México, UNAM-Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2017, pp. 373-448.

¹¹ Véase Sacristán, “La contribución...”; Ríos, *Como prevenir la locura...*

¹² Pérez Montfort, *op. cit.*

Al Hospital Federal para Toxicómanos se hace referencia sobre todo en tesis de licenciatura y maestría que abordan algún aspecto de la historia de las drogas en México. Ellas son las tesis de Axayácatl Gutiérrez acerca de la historia del opio en México y de la construcción del discurso jurídico de prohibición de drogas en el país entre 1917 y 1931.¹³ Las tesis de maestría y doctorado de Domingo Schievenini, *La prohibición de la marihuana en México, 1920-1940* y *La criminalización del consumo de marihuana en México, 1912-1961* han sido de especial utilidad para este ejercicio. En ella el autor analizó todos los dispositivos legales sobre drogas aparecidos en México entre 1912 y 1961, a través de los que se buscó controlar, prohibir y criminalizar la producción, la venta y el consumo de tales sustancias, haciendo énfasis en el caso de la marihuana. La tesis *Policías, toxicómanos y traficantes: control de drogas en la ciudad de México (1920-1943)* de Nidia Olvera abordó el papel que desempeñó la Policía de Narcóticos, “cuerpo policíaco especializado en el control de sustancias psicoactivas ilegales”, en la ciudad de México entre 1920 y 1943, periodo de reconstrucción social y política a nivel nacional y de consolidación del prohibicionismo de drogas a escala mundial.¹⁴ Finalmente, la tesis de licenciatura de Mariana Flores titulada *La alternativa mexicana al marco internacional de prohibición de drogas durante el cardenismo* en la que analizó la alternativa al prohibicionismo internacional de drogas planteada por médicos mexicanos, particularmente por Leopoldo Salazar Viniegra, que adquirió forma concreta en el Reglamento Federal de Toxicomanía de 1940.¹⁵

¹³ Gutiérrez, Axayácatl, *Consumo y tráfico de opio en México, 1920-1949*, tesis, UNAM, 1996; *La prohibición de las drogas en México. La construcción del discurso jurídico, 1917-1931*, tesis, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1998.

¹⁴ Nidia Olvera, *Policías, traficantes y toxicómanos: control de drogas en la ciudad de México, 1920-1943*, tesis, CIESAS, México, 2016.

¹⁵ Flores, Mariana, *La alternativa mexicana al marco internacional de prohibición de drogas durante el cardenismo*, tesis, México, El Colegio de México, 2013.

El Hospital Federal para Toxicómanos ha sido, pues, abordado de manera específica en varias ocasiones, la particularidad de este trabajo consiste en lo siguiente. El objetivo general de la investigación es estudiar cómo funcionó la institución durante el tiempo que se ubicó en terrenos del Manicomio General, o sea, entre 1935 y 1948. Los años de estudio, que corresponden al periodo en el que el hospital se ubicó en el Pabellón de Toxicómanos de La Castañeda, están relacionados con la manera cómo se propuso estudiar el funcionamiento de la institución, que a su vez, se encuentra vinculada con la agrupación en dos que se hizo de las fuentes. Por un lado, aquellas que fueron planes de cómo funcionaría el hospital y, por otro, los documentos elaborados en la práctica cotidiana del lugar. Las primeras fueron reglamentos internos redactados en 1935 (poco tiempo después de que las dependencias del hospital se instalaran en el Pabellón de Toxicómanos) y 1945. El segundo grupo de fuentes lo integraron expedientes clínicos y documentos administrativos. El funcionamiento del Hospital Federal para Toxicómanos se abordó como una comparación entre ambos grupos de fuentes, ejercicio que sólo es posible realizar a partir de la elaboración de la primera reglamentación interna del lugar, es decir, desde 1935. La institución comenzó a funcionar en la crujía F en 1931 y durante el año de 1934 se instaló en el Pabellón de Toxicómanos del Manicomio General, pero fue a partir de 1935 que contó con un reglamento que guiara su funcionamiento, antes, en la penitenciaría y en el edificio en el centro de la ciudad no tuvo una reglamentación interna.

Acorde con la propuesta anterior, la tesis se divide en cuatro capítulos. El primero busca responder por qué se estableció el Hospital Federal para Toxicómanos, usando como eje la legislación sobre consumidores de drogas. En el siguiente se narran brevemente los primeros años de la institución antes de llegar a La Castañeda, en la crujía F de la Penitenciaría del Distrito Federal y en el número 48 de Tolsá. En el tercer capítulo se expone

cómo se esperó, de acuerdo a reglamentaciones oficiales, que funcionara hospital. Finalmente, en el último capítulo, se señala lo que diversas fuentes elaboradas en la cotidianeidad del hospital indican acerca de cómo éste funcionó en los años que ocupó el Pabellón de Toxicómanos; asimismo, se plantean algunos elementos sobre su fracaso terapéutico.

Capítulo I. Los consumidores de drogas en la legislación mexicana, 1926-1931. El camino legal hacia el Hospital Federal para Toxicómanos

El establecimiento del Hospital Federal para Toxicómanos en la década de 1930 en la Ciudad de México fue, en buena medida, el resultado del esfuerzo por llevar a la práctica la legislación mexicana sobre consumidores de drogas de los años veinte y treinta del siglo XX. Tal legislación formó parte de los ordenamientos jurídicos a través de los cuales México se incorporó al paradigma prohibicionista de drogas.¹⁶ La incorporación formal del país al paradigma se desarrolló durante las décadas de 1910, 1920 y 1930; es decir, en el marco de la Revolución Mexicana y, más tarde, a lo largo del proceso de reconstrucción y pacificación del país iniciado en los años veinte.¹⁷

México se sumó de manera formal al paradigma prohibicionista de drogas a partir de la adhesión por parte del régimen de Francisco I. Madero a la Convención de La Haya de 1912, en la que los países firmantes acordaron prohibir los usos no medicinales del opio y controlar en su territorio la exportación, importación y venta del opio para fines medicinales.¹⁸ A pesar de que la convención fue ratificada por el Senado varios años después, en 1924, y publicada en el *Diario Oficial* hasta 1927, el compromiso adquirido en 1912 se manifestó de diferentes maneras entre este año y la aparición de la convención en el órgano del gobierno. En 1925 se

¹⁶ La incorporación del país al prohibicionismo se ha explicado a partir de factores tanto internos como externos. Como parte de los primeros se han señalado la necesidad de controlar la frontera norte para evitar el tráfico de drogas y de armas en el contexto de la Revolución Mexicana; la intensión de los gobiernos posrevolucionarios de romper con el pasado y el anhelo de que México se convirtiera en una nación “civilizada, moderna y progresista” a través de la regeneración racial. Entre los factores externos se encontraron la presión internacional ejercida sobre todo por los Estados Unidos. Véase Flores, *La alternativa...*; Gutiérrez, *La construcción...*; Schievenini, *La prohibición...*

¹⁷ Véase Luis Aboites y Engracia Loyo, “La construcción del nuevo estado, 1920-1945”, en *Nueva historia general de México*, México, El Colegio de México, 2010, pp. 595-651.

¹⁸ Anteriormente, en 1909, se había celebrado en Shanghái la primera reunión con el fin de controlar las drogas a nivel internacional. En ella no se llegó a ningún acuerdo, pero se sentaron las bases para la convención de 1912.

celebró una nueva convención en Ginebra, que junto con la de La Haya sentó las bases del desarrollo del paradigma prohibicionista a nivel mundial en la primera mitad del siglo XX.¹⁹

El compromiso adquirido por el gobierno de Madero dio lugar, en parte y en un primer momento, a que en 1916 Venustiano Carranza prohibiera en todo el territorio nacional la importación y el tráfico de opio sin fines medicinales. A principios del siguiente año, en los debates del Congreso Constituyente reunido en Querétaro se abordó la necesidad de legislar las sustancias que, se consideraba, envenenaban al individuo y degeneraban la raza. La Constitución de 1917, producto de los debates del Congreso, a través del artículo 73 facultó al Estado para combatirlos.²⁰ Tal artículo continuó acorde con la incorporación formal de México al paradigma prohibicionista y brindó legalidad, junto con las convenciones internacionales, a los decretos, códigos y reglamentos que se publicarían en las décadas de 1920 y 1930 mediante los que se prohibieron de manera paulatina la producción, el comercio y el consumo de drogas, permitiéndosele sólo al Departamento de Salubridad Pública dichas actividades o la concesión de ellas y para fines exclusivamente médicos o científicos.

El 18 de enero de 1917 el Congreso Constituyente reunido en Querétaro discutió, entre otros asuntos, lo relativo al futuro de la salubridad pública del país. Para la élite que se encargó de elaborar la legislación que regiría a partir de entonces las instituciones en este ámbito, el pueblo mexicano era degenerado, vicioso, indisciplinado e ignorante en relación al aseo personal y a la higiene. De acuerdo con ella, dichas características del pueblo

¹⁹ La Convención de Ginebra de 1925 reforzó y complementó las medidas para combatir el tráfico internacional de drogas acordadas en la Convención de La Haya. Al respecto, véase Schievenini, *La criminalización...*, pp. 313-326.

²⁰ El inciso 4° de la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución de 1917 dispuso que “las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.”

mexicano obstaculizaban que México, en contra de sus propios anhelos, se convirtiera en una nación “civilizada, moderna y progresista”.²¹ Asimismo creía que era posible cambiar las características del pueblo mexicano y que esa transformación debía ser dirigida por ella a través de la creación de nuevas instituciones. En este sentido, para convertir a México en una nación civilizada, moderna y progresista, había que regenerar y redimir a su pueblo, que debía llegar a ser “limpio y sano, formado por ciudadanos que cuidaran su salud y asumieran un rígido código de comportamiento.”²² Con este fin, creían los constituyentes, habría que establecer medidas, incluso autoritarias, de higiene y salubridad pública.²³

Entre los temas abordados en la sesión del 18 de enero se encontró “la necesidad de legislar sustancias como el opio y sus derivados, la cocaína, el éter y la mariguana para contrarrestar de manera efectiva y eficaz, el abuso del comercio de estas sustancias tan nocivas a la salud”.²⁴ Uno de los principales oradores fue el médico, general y director del Consejo Superior de Salubridad, José María Rodríguez. El destacado médico propuso que el Consejo Superior de Salubridad dependiera directamente del presidente de la República; que en caso de epidemia el Consejo dictara las medidas preventivas necesarias con base en el código sanitario vigente; la implantación de una “dictadura sanitaria” que permitiera a la autoridad sanitaria castigar de manera directa a quien violara el código sanitario.²⁵ Al proponer la creación del Consejo de Salubridad General, Rodríguez señaló lo enérgicas que

²¹ Ernesto Aréchiga, “Educación, propaganda o “dictadura sanitaria”. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, n. 33, enero-junio 2007, p. 58.

²² Ernesto Aréchiga, “Dictadura sanitaria”, educación y propaganda higiénica en el México Revolucionario, 1917-1934”, en *Dynamis*, v. 25, 2005, p. 118.

²³ Aréchiga, *op. cit.*, p. 61

²⁴ Pérez Montfort, *op. cit.*, p. 158.

²⁵ El Consejo Superior de Salubridad había tenido hasta entonces carácter consultivo, no contaba con presupuesto, dependía de la Secretaría de Gobernación y su radio de acción se limitaba al Distrito Federal y los Territorios. Los estados tenían sus propios Consejos de Salubridad que no estaban subordinados al Consejo Superior, aunque a menudo seguían las pautas marcadas por él. Al respecto véase Carrillo, *Economía...*

debían ser las disposiciones dirigidas a “corregir esta enfermedad de la raza [la degeneración] proveniente principalmente del alcoholismo y del envenenamiento por substancias medicinales”.²⁶ Las propuestas de Rodríguez se aprobaron casi de inmediato.²⁷

Acorde con las recomendaciones de Rodríguez, en la Constitución se facultó al Congreso para dictar leyes sobre salubridad en general de la República. Además, se estableció que el Consejo de Salubridad General “dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.”²⁸ “En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el País, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.”²⁹ La autoridad sanitaria sería desde entonces ejecutiva y sus disposiciones obedecidas por las autoridades administrativas del país. En relación al control de drogas, se estableció que las medidas que “el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de substancias que envenenan al individuo y degeneran la raza, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.”³⁰

Según había quedado asentado en la Constitución, en 1918 se creó el Departamento de Salubridad Pública que “asumió la responsabilidad de regular la legislación sanitaria de la República, vigilar la policía sanitaria de los puertos, costas y fronteras, tomar medidas contra

²⁶ Pérez Montfort, *op. cit.*, p. 158.

²⁷ Ricardo Pérez Montfort (editor), *Cien años de prevención y promoción de la Salud Pública en México, 1910-2010: historia en imágenes*, México, Secretaría de Salud, 2010, pp. 66-67.

²⁸ *Texto original de la Constitución de 1917 y de las reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 5 de febrero de 1917 al 10 de junio de 2009*, pp. 207-208, consultado en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2802/8.pdf>

²⁹ *Ibidem.*

³⁰ *Ibidem.*

el alcoholismo, las enfermedades epidémicas y contagiosas, y difundir los preceptos de la higiene entre la población.”³¹ A partir de su creación, sería la “institución que en adelante habría de dictar las políticas de salud en el ámbito nacional y su compromiso era frenar los rezagos que iba dejando la Revolución”.³² Con la creación del Departamento de Salubridad Pública, el Consejo se dedicó a realizar investigaciones sobre diversas enfermedades, tarea que heredó el Departamento tras desaparecer en 1925.³³

Con las facultades otorgadas por la Constitución de 1917 y en nombre de la salubridad, en las décadas de 1920 y 1930 se emprendieron campañas contra los “males sociales” entre los que se incluían a los drogadictos.³⁴ El proyecto de los gobiernos posrevolucionarios de regenerar física y moralmente a la sociedad había sido planteado durante el régimen de Porfirio Díaz en relación al problema del papel que desempeñaba la herencia racial en el desarrollo de las sociedades, pero su influencia más importante vino después de la revolución.³⁵ El fuerte impulso se debió a las expectativas de cambio generadas por la caída de Díaz, a la urgencia de reconstruir a la sociedad después de la guerra civil y gracias a la asimilación de planteamientos extranjeros degeneracionistas e higienistas por parte de médicos y científicos sociales cercanos a la esfera de poder de los años veinte y treinta.³⁶ El proyecto para regenerarlas consistió, por una parte, en homogeneizar a la sociedad mediante la integración de los grupos étnicos; por otra, en el control de la

³¹ Aréchiga, *op. cit.*, p. 122.

³² Pérez Montfort. *op. cit.*, p. 69.

³³ Aréchiga, *op. cit.*, pp.122-123.

³⁴ Aréchiga, *op. cit.*, p. 67.

³⁵ Beatriz Urías, “De moral y regeneración: el programa de “ingeniería social” posrevolucionario visto a través de las revistas masónicas mexicanas, 1930-1945”, en *Cuicuilco*, 2004, II (septiembre-diciembre), p. 88

³⁶ Beatriz Urías, “Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario”, en *Frenia*, v. 4, n. 2, 2004, p. 40.

degeneración a través de la implementación de medidas profilácticas en el ámbito reproductivo.³⁷

El degeneracionismo fue una teoría desarrollada a mediados del siglo XIX en Francia por Bénédict August Morel, médico en un asilo de alienados de una ciudad de provincia. La propuesta de Morel consistía, de acuerdo con Beatriz Urías, en que la locura “era producto de la transmisión hereditaria de una constitución anormal en cuyo origen era posible identificar una desviación de los tipos raciales primitivos”.³⁸ Andrés Ríos afirmó que “con una fuerte influencia religiosa, [Morel] consideraba que había un hombre primitivo perfecto creado por Dios, según el relato del Génesis”. Las variaciones de los tipos raciales primitivos se transmitían hereditariamente y entre sus causas se hallaban “la intoxicación por alcohol o drogas, la insalubridad del entorno ambiental, alguna afección morbosa anterior, los malos preceptos morales y las enfermedades congénitas”.³⁹

Las primeras estrategias de los gobiernos mexicanos para acabar y evitar la degeneración racial provocada por el consumo de drogas fueron dirigidas hacia productores y comerciantes.⁴⁰ Con relación a los consumidores, hasta 1926 se fijó “la manera en que el Estado enfrentaría el problema de salud que representa la adicción a estas sustancias.”⁴¹ A “las personas que hubieren adquirido el vicio de drogas enervantes” les fue dedicado el artículo 206 del Código Sanitario de 1926 en el que se les calificó como “enfermas” y se

³⁷ *Ibid.*, pp. 38-39.

³⁸ Beatriz Urías, “Locura y criminalidad: degeneracionismo e higiene mental en México posrevolucionario 1920-1940”, en *De normas y trasgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, México, UNAM, 2005, p. 350.

³⁹ Andrés Ríos, *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, tesis, México, El Colegio de México, 2007, p. 69.

⁴⁰ En el estudio histórico de la relación entre drogas y sociedad mexicana se han distinguido tres dimensiones: productores, comerciantes y consumidores. En este primer capítulo se hace referencia a la legislación mexicana relacionada con estos últimos, que al intentar llevarse a la práctica daría lugar al Hospital Federal para Toxicómanos.

⁴¹ Axayácatl Gutiérrez, “Drogas: la historia que hace falta”, en *Revista de la Universidad de México*, diciembre 2003-enero 2004, p. 53

dispuso que el Departamento de Salubridad Pública “podrá fundar” establecimientos especiales para internarlas hasta su curación.

La consideración legal de los consumidores de drogas de los años veinte y treinta llevaría a que en 1931 se estableciera el Servicio de toxicómanos en la crujía F de la Penitenciaría del Distrito Federal, cuyas dependencias llegarían a ser pocos años después el Hospital Federal para Toxicómanos ubicado en el Manicomio General que aquí se estudia. A través del análisis de los ordenamientos jurídicos sobre consumidores de drogas de las décadas de 1920 y 1930, en este primer capítulo se intenta responder a la pregunta: ¿Por qué se estableció el Hospital Federal para Toxicómanos en la década de 1930 en la Ciudad de México? Aludiremos, por lo tanto, al Código Sanitario de 1926, a los códigos penales de 1929 y 1931 y al Reglamento Federal de Toxicomanía de 1931.

1.1. La inclusión de los consumidores de drogas en la legislación mexicana: el Código Sanitario de 1926

A lo largo del periodo estudiado en este capítulo, 1926-1934, los consumidores de drogas fueron nombrados de diferentes maneras en la legislación mexicana. Además de los consumidores de drogas, fueron incluidos los usuarios de drogas, “las personas que hubieren adquirido el vicio de drogas enervantes” (opio, morfina, heroína, cocaína, y marihuana), y los toxicómanos. Este último término fue la manera científica de nombrar a quienes, se

consideraba, padecían una enfermedad⁴² que consistía en el consumo “apasionado”⁴³ de drogas.

Las sustancias sujetas a control, que variaron en los primeros años de la década de 1920, fueron agrupadas bajo el título “drogas enervantes” en el Código Sanitario de 1926. Como tales se incluyeron al “opio en sus diversas formas, opio preparado para fumar, morfina, sus sales y derivados, cocaína, sus sales y derivados, heroína, sus sales y derivados, adormideras, hojas de coca, marihuana en cualquiera de sus formas, y los preparados que contengan cualquiera de las sustancias mencionadas anteriormente.”⁴⁴ A esta lista se añadió “cualquier sustancia con propiedades análogas a dichas drogas y que usándose de manera viciosa, envenena al individuo o degenera la raza.”⁴⁵

El 9 de junio de 1926 se publicó en el *Diario Oficial* el Código Sanitario que sustituyó al de 1902. El capítulo sexto del título segundo del código fue titulado “De las drogas enervantes”, incluyó todas las disposiciones sobre drogas hasta entonces vigentes y añadió otras. En relación a los consumidores, el artículo 197 señaló que el consumo y el uso, entre otras acciones, que se hicieran con drogas enervantes en la República quedaban sujetos a los tratados y convenios internacionales de observancia obligatoria para el país, “a las disposiciones de este Código y sus reglamentos”, a las disposiciones que expidiera el Consejo Superior de Salubridad y a lo que dictara el Departamento de Salubridad Pública.

⁴² Esteban Terán, *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, México, CIDE, 2016, p. 2.

⁴³ El término pasión o apasionado fue usado por varios médicos para referirse al consumo que caracterizaba a la toxicomanía.

⁴⁴ “Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, *op. cit.*, artículos 198 y 199, p. 591.

⁴⁵ *Ibidem*.

El uso y consumo de “opio preparado para fumar”, “heroína, sus sales y derivados”, y “marihuana en cualquiera de sus formas”⁴⁶ quedaron prohibidos; por realizar tales actos, debía pagarse una multa de entre diez y cinco mil pesos o, en caso de no hacerlo o poder hacerlo, permanecer bajo arresto hasta por 15 días, según el artículo 21 de la Constitución de 1917. En la práctica, la mayoría fueron arrestados porque no podían pagar la multa. El opio, la heroína y la marihuana habían sido usadas terapéuticamente; de acuerdo al propio código, pareció que su prohibición respondió a que siendo susceptibles de usarse viciosamente y habiendo otras sustancias que suplieran sus usos terapéuticos sin consecuencias negativas, su consumo no tenía lugar. No obstante, el control de cada una de tales sustancias tenía una historia particular y su prohibición respondió a distintos factores.⁴⁷

El artículo 206, esencial para el futuro establecimiento del hospital, estableció que

El Departamento de Salubridad podrá fundar en los lugares de la República que estime convenientes, establecimientos especiales para internar en ellos a las personas que hubieren adquirido el vicio de drogas enervantes, debiendo permanecer recluidas por el tiempo que juzgue necesario para su curación. Los reglamentos señalarán los casos que la atención se haga a costa de los enfermos y el sistema de curación a que se sometán.⁴⁸

El artículo indicó que “las personas que hubieren adquirido el vicio de drogas enervantes”, fueron, en este momento, consideradas legalmente como enfermos, y enfermos que bien podían curarse mediante, en primer lugar, internamiento. La disposición respondió, por una parte, a los compromisos adquiridos con la comunidad internacional para controlar los actos relacionados con drogas, con los que el Código Sanitario de 1926 estuvo acorde. La norma

⁴⁶ “Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, *op. cit.*, artículo 200, p. 598.

⁴⁷ Para el caso del control del opio en México véase Gutiérrez, *Consumo...*; acerca de la prohibición de la marihuana en México véase Schievenini, *La criminalización...*

⁴⁸ “Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, *op. cit.*, artículo 206, p. 599.

también tuvo que ver con el esfuerzo de los gobiernos posrevolucionarios por controlar todo problema sanitario entre los que se encontraban la producción, el comercio y el consumo de drogas; así como con su esfuerzo de evitar la degeneración racial provocada por el uso de estas sustancias.

A nivel internacional, en las primeras décadas del siglo XX el consumo habitual y sin fines médicos de drogas llegó a considerarse como una enfermedad llamada toxicomanía.⁴⁹ Sólo el consumo de morfina, fuera de cualquier práctica médica, fue considerado como un padecimiento, llamado morfinomanía o tebeísmo, desde la segunda mitad del siglo XIX.⁵⁰ La toxicomanía fue definida por los médicos peruanos Sebastián Lorente y Baltazar Caravedo como la “tendencia mórbida de absorber por ingestión, inhalación o en inyección hipodérmica, tóxicos que habitualmente se emplea[ban] con criterio terapéutico” en la Primera Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad celebrada en Washington en septiembre de 1926, evento donde “se sentaron las bases para luchar contra la toxicomanía”.⁵¹ En el mismo año el médico mexicano Manuel Renero definió la toxicomanía como “la pasión que tiene un individuo de servirse de determinadas sustancias tóxicas, como estimulantes o excitantes y al estado patológico que resulta del uso abusivo de éstas”.⁵² Décadas antes, en 1883 Francisco I. Sánchez había definido la morfinomanía de una forma muy similar a como Renero definió la toxicomanía en 1926: “la pasión que tiene un

⁴⁹ En el siglo XIX se aislaron tres de las sustancias que más tarde se conocerían como drogas enervantes, la morfina (1806), la cocaína (1859) y la heroína (1898). Los primeros usos de estas sustancias fueron médicos, pero rápidamente se diversificaron. A la marihuana y al opio también se les usaba médicamente en el siglo XIX y hasta las primeras décadas del siglo XX. Estas “drogas naturales” también eran consumidas fuera de cualquier práctica médica.

⁵⁰ Gutiérrez, *op. cit.*, pp. 46-47.

⁵¹ Bautista, *op. cit.*, p. 18.

⁵² Manuel Renero, *Ligeros apuntes sobre la toxicomanía de las drogas heroicas en la capital de la República*, tesis, México, UNAM, 1926, p. 11.

individuo de servirse de la morfina como alimento o como excitante, y al estado patológico que resulta de su abuso.”⁵³

Médicos de distintos países consideraron que para curar a los toxicómanos era necesario recluirllos. Acerca de la curación de la intoxicación crónica por marihuana, el médico Ignacio Guzmán, por ejemplo, señaló que “la curación se observa en algunos casos, pero después de un tratamiento largo, con reclusión en sanatorios especiales para toxicómanos.”⁵⁴ Carlos Alatorre afirmó para el caso de los “heroínicos” que “el internamiento en un sitio exclusivamente destinado al tratamiento de estos viciosos, es un requisito fundamental, sin el cual no puede emprenderse ninguna labor encaminada a tal objetivo”⁵⁵ Luis Puig Pizarro estudió cuatro toxicomanías, morfinismo, heroínismo, cocainismo y marihuanismo, para la curación de todas las “intoxicaciones crónicas” con tales drogas advirtió el internamiento como requisito.⁵⁶

La tendencia legislativa internacional fue considerar a los consumidores de drogas como enfermos.⁵⁷ En la Conferencia Internacional Americana celebrada en Uruguay en 1931, por ejemplo, se dijo en relación a los toxicómanos que “debe propenderse a tratar a los enfermos, con la terapéutica adecuada y especial y con el tratamiento y reclusión hasta tanto que los enfermos puedan reintegrarse al medio social, recuperados moral y físicamente.”⁵⁸ El gobierno chino, en contraste, aplicó la medida de dar un plazo a los opiómanos “para que hicieran entrega de su pipa, y del opio que tuvieran en su poder, después de ese plazo, al que

⁵³ Francisco I. Sánchez, *Apuntes sobre la morfinomanía*, tesis, México, UNAM, 1883, p. 13.

⁵⁴ Ignacio Guzmán, *Intoxicación por marihuana*, tesis, México, UNAM, 1926, p. 25.

⁵⁵ Carlos Alatorre, *Heroínismo*, tesis, México, UNAM, 1924, pp. 91-92.

⁵⁶ Puig Pizarro, *Breve estudio clínico de las principales toxicomanías*, tesis, México, UNAM, 1936, p. 71.

⁵⁷ Los eventos internacionales sobre drogas fueron la Conferencia de la Haya de 1912 y las convenciones de Ginebra celebradas en 1925, 1926 y 1931.

⁵⁸ Puig Pizarro, *op. cit.*, p. 71.

persistiera en el vicio, le sería aplicada la pena de muerte.”⁵⁹ En México, el abogado Fernando Aguilar Velasco planteó también en 1931 que quienes cometieran por primera vez el “delito de toxicomanía” fueran sometidos a tratamiento de deshabitación; los reincidentes, relegados perpetuamente en islas deshabitadas; y los que además de ser reincidentes fueran declarados incurables, sufrir un proceso de esterilización con el fin de evitar que procrearan “degenerados.”⁶⁰ Las propuestas eugenésicas como la de Aguilar no fueron generalizadas ni se llevaron a la práctica, al menos en México. Años más tarde, en 1939, Carlos Miranda propuso que “el toxicómano como enfermo peligroso” no volviera a la sociedad sino cuando tal carácter hubiera desaparecido, “de otro modo su curación durará tanto tiempo como lo exija su readaptabilidad, y si ésta es totalmente imposible, su reclusión será perpetua.”⁶¹

La primera resolución gubernamental en relación a los consumidores “viciosos” de drogas fue, según el artículo 206 del Código Sanitario de 1926, considerarlas enfermas conforme a las ideas médicas y a la norma internacional. Acorde con lo que los médicos plantearon, para curar a tales enfermos se les debía recluir en lugares especiales para ello, así lo dispuso también el artículo 206. Si bien existieron diferentes instituciones médicas donde se atendió a los toxicómanos,⁶² hasta 1931 no se estableció ningún sitio de los referidos en la legislación ni se señaló más al respecto. No obstante, en ese año se publicó el Reglamento Federal de Toxicomanía, ordenamiento jurídico que puntualizó al artículo 206, y se adaptó

⁵⁹ Fernando Aguilar, *La situación legal de los toxicómanos y traficantes de drogas enervantes (Reformas al nuevo Código Penal)*, tesis, México, UNAM, 1930.

⁶⁰ Carlos Rosales, *Intervención penal y administrativa del estado frente a la peligrosidad de los toxicómanos y traficantes de estupefacientes*, tesis, México, UNAM, 1939, p. 92.

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² Hubo sitios privados donde se les atendió medicamente aunque sólo tuvieron acceso a ellos los enfermos que pertenecían a las clases medias y altas. El resto podía ser recibido en instituciones oficiales que entre muchas otros padecimientos atendieron a este tipo de pacientes, algunos de ellos fueron el Hospital General, el Hospital Juárez y el Manicomio General. Véase Pérez Montfort, *op. cit.*, p. 258.

la crujía F de la Penitenciaría del Distrito Federal para atender médicamente a los toxicómanos.

El término científico para referirse a los consumidores “viciosos” de drogas fue toxicómanos. Éstos también aparecieron por primera vez en la legislación mexicana en el Código Sanitario de 1926 y en el inciso V del artículo 72 se señaló que los extranjeros que fueran toxicómanos no podrían entrar a la República.⁶³

1.2 Los consumidores de drogas en los códigos penales de 1929 y 1931

El siguiente ordenamiento jurídico mexicano que se refirió a los consumidores de drogas fue el Código Penal de 1929, que sustituyó al primero de 1871. En este primer código no figuraron los consumidores, pues hasta 1916 la legislación sólo se refirió a productores y comerciantes debido a que respondió básicamente a dos preocupaciones de las autoridades sanitarias: la adulteración de sustancias y la calidad de los productos.⁶⁴ Así, en relación a los drogas, el Código Penal de 1871 únicamente prohibió la elaboración y el comercio de sustancias nocivas a la salud sin autorización legal.⁶⁵ Como puede apreciarse, las disposiciones buscaban en este punto proteger al consumidor de sustancias adulteradas o de mala calidad. En cambio, en el código de 1929, la manera de cuidar la salud del usuario era prohibiéndole el consumo o “corrigiéndolo” para que no las volviera a emplear. En las primeras décadas del siglo XX se

⁶³ “Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, *op. cit.*, artículo 72, p. 583.

⁶⁴ Schievenini, *op. cit.*, p. 57.

⁶⁵ “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”, Chihuahua, Librería de Donato Miramontes, 1883, artículos 842 al 846, p. 203, artículos 842 al 846.

transitó de la tolerancia a la prohibición de drogas⁶⁶ en distintos ámbitos incluyendo el legislativo, el Código de 1929 fue un claro ejemplo de ello.

El Código Penal de 1929 se apoyó en la escuela positiva, la cual consideraba que “el delito no nacía de la voluntad del hombre sino que respondía a su personalidad física (temperamento) y psíquica (carácter), ambas determinadas por la herencia psicofisiológica y modificada por el ambiente.”⁶⁷ Bajo esta lógica, los delincuentes no eran considerados responsables de sus crímenes, ya que éstos estaban determinados en última instancia por factores que rebasaban su voluntad. Aunque no eran responsables de los delitos que habían cometido, sí resultaban peligrosos para la sociedad, por lo que ésta podía justificadamente defenderse de ellos ya fuera educándolos, adaptándolos o curándolos.⁶⁸ A los toxicómanos, ubicados entre los “delincuentes en estado de debilidad, anomalía o enfermedad mental”, les correspondió “reclusión en hospital de toxicómanos”⁶⁹ a fin de obtener su curación. Las penas debieron corresponder a la peligrosidad del delincuente, pero ello hubiera ido en contra del principio de igualdad contemplado en la constitución vigente, lo que se hizo, entonces, fue incluir circunstancias atenuantes y agravantes relativas a la personalidad del trasgresor.

El Código Penal de 1929 contempló diferentes circunstancias en relación a los consumidores de drogas. Estuvieron, por una parte, los toxicómanos y los usuarios viciosos a los que se refirieron los artículos 128, 521 y 525 que contemplaron para ellos la reclusión en una institución médica hasta que los médicos del lugar, sus reglamentos y el Consejo

⁶⁶ Sobre la historia general social y cultural de este proceso véase Pérez Montfort, *Tolerancia...*

⁶⁷ Speckman, *op. cit.* 594.

⁶⁸ “Código Penal para el Distrito y Territorios Federales”, *op. cit.*, artículo 68, p. 28.

⁶⁹ *Ibid.*, fracción III del artículo 72, p. 29.

Superior de Defensa y Prevención Social los consideraran curados.⁷⁰ El artículo 128 añadió que “durante el periodo de curación, serán sometidos a un régimen de trabajo con aislamiento nocturno.”⁷¹ El artículo 521 señaló que

la autoridad judicial competente podrá internar por todo el tiempo que sea necesario, a toda persona que hubiere adquirido el vicio de ingerir o usar, en cualquier forma, substancias nocivas a la salud, drogas enervantes, o plantas prohibidas, en los establecimientos que para dicho efecto se destinen, en el concepto de que tales personas quedarán sujetas a las medidas correccionales y disciplinarias que fijen los reglamentos respectivos y sólo saldrán cuando, a juicio del Consejo Superior de Defensa y Prevención Social, se encontraren curadas.⁷²

En este artículo, como vemos, de manera distinta a lo que indicó el código de 1926, en el que la facultad de internar al “vicioso” era exclusiva del Departamento de Salubridad Pública, contempló que también la autoridad judicial tendría tal competencia.

El código se refirió, por otra parte, a los toxicómanos que cometieran delitos “distintos de la embriaguez habitual o toxicomanía”. Para ellos, si es que durante el pago de la pena por este delito no se hubieran curado, continuarían reclusos “en el establecimiento especial respectivo por todo el tiempo necesario para su curación.”⁷³ Lo anterior parece haber implicado la consideración de un llamado delito de toxicomanía que no apareció enunciado como tal en ningún lugar del código. Además, supuso que la pena por cometer un delito “distinto al de toxicomanía” debía pagarse antes de la curación. Ahora que, si médicamente

⁷⁰ El artículo 525 señaló que “se recluirá en el manicomio para toxicómanos: a todo aquel que, sin prescripción médica que llene todos los requisitos, este o acostumbre estar bajo la influencia de alguna droga enervante. La reclusión durará hasta la completa curación del toxicómano.”

⁷¹ “Código Penal para el Distrito y Territorios Federales”, *Diario Oficial*, 5 de octubre de 1929, artículo 128, pp. 39-40.

⁷² *Ibid.*, artículo 521, p. 126.

⁷³ *Ibid.*, artículo 190, p. 53.

tuvieran la capacidad para ser sometidos a un régimen de trabajo, serían “recluidos en colonia agrícola”.⁷⁴

El título séptimo del Código Penal de 1929 se refirió a los “delitos contra la salud.” El artículo 507 “previó los numerosos actos que pueden verificarse con motivo del tráfico ilegal de las drogas enervantes”.⁷⁵ A diferencia del código de 1871, donde sólo aparecieron el comercio y la elaboración de “sustancias nocivas a la salud”, en él se incluyó la importación, exportación, siembra, cultivo, cosecha, compra, venta, enajenación, uso y ministración de las sustancias sujetas a control.⁷⁶ Las penas para todos estos actos, incluyendo el uso de “drogas enervantes”, eran de uno a cinco años de segregación y multa de treinta a noventa días de utilidad.⁷⁷

La inclusión del uso de drogas como uno de los delitos contra la salud pareció contradecir los demás artículos donde los usuarios eran considerados enfermos a quienes les correspondía reclusión con miras a su curación. Al respecto, Domingo Schievenini afirmó que “al tipificarse en el Código de 1929 el “uso” de drogas como un “delito contra la salud” no quedó clara la percepción del legislador en relación al consumidor de drogas, ya que podría ser considerado tanto como un enfermo, como un delincuente, o como ambas simultáneamente.”⁷⁸ La postura de rehabilitar al toxicómano, de acuerdo con él, planteada desde el Código Sanitario de 1926, estuvo presente en este Código, “pero de una manera ambigua y no del todo efectiva”⁷⁹ Concluyó que “independientemente de los vacíos legales

⁷⁴ *Ibid.*, artículo 191, p. 53.

⁷⁵ Aguilar, *op. cit.*

⁷⁶ En este código se amplió la forma de denominar a las sustancias sujetas a control, las nuevas categorías fueron “plantas prohibidas”, “sustancias exclusivamente preparadas para un vicio de los que envenenan al individuo y degeneran la raza”, “productos químicos que pueden causar grandes estragos” y “sustancias nocivas a la salud”.

⁷⁷ “Código Penal para el Distrito y Territorios Federales”. *Op. cit.*, artículo 507, pp. 122-123.

⁷⁸ Schievenini, *op. cit.*, p. 115.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 115.

en relación a la conceptualización del consumidor de drogas como enfermo o delincuente contenidas en el Código Penal de 1929, se destaca la intención del legislador y el espíritu correctivo, profiláctico y disciplinario contenido en este Código”.⁸⁰

En la década de 1920 se planteó “en espacios académicos, en la prensa, el ámbito médico, y claro, en el mundo jurídico y legislativo”⁸¹ el problema de cómo considerar al consumidor de drogas: enfermo o delincuente. Acorde con los médicos, el toxicómano tenía la “salud alterada” y, también, era un sujeto peligroso para la sociedad dada su particular condición: estando intoxicado “no era dueño de sus actos” y durante el síndrome de abstinencia haría cualquier cosa para conseguir la sustancia que lo aliviara. Andrés Ríos hizo referencia a “la masificación del imaginario del consumidor de drogas como un sujeto que no era dueño de sus actos y, en consecuencia, esclavo de sus pasiones que fácilmente lo harían caer en conductas criminales.”⁸²

El médico Manuel Renero comenzó su tesis para obtener el título en Medicina, cirugía y obstetricia con la siguiente cita: “los toxicómanos de las drogas heroicas no son seres viciosos, como malamente se les considera por la generalidad de las personas, sino enfermos a quienes hay que rodear de todos los cuidados necesarios para su curación, ya que, lo vuelvo a repetir, son pura y sencillamente enfermos”.⁸³ Casi al final del texto señaló “como los pacientes de estas drogas son un peligro para la sociedad, ya que no es justo castigarlos, debe recluírseles forzosamente por un tiempo conveniente, a fin de obtener su curación.”⁸⁴ Por otra parte, el licenciado Carlos Rosales afirmó que “la comisión de actos delictuosos sea

⁸⁰ *Ibid.*, p. 116.

⁸¹ Schievenini, *op. cit.*, p. 123.

⁸² Andrés Ríos, *Cómo prevenir la locura: psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, UNAM, 2016, p. 69.

⁸³ Renero, *op. cit.*, p. 11.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 33.

un resultado necesario de la toxicomanía”, de lo cual se desprende que “el toxicómano es un individuo peligroso porque causa y propende a hacer daños a la sociedad, y si además tenemos presente que su salud está alterada, concluiremos diciendo que el toxicómano es un individuo peligroso.”⁸⁵ Se aceptaba, pues, de acuerdo con el código penal, que el toxicómano era un enfermo que representaba un peligro social. La reclusión se consideraba la solución para ambas cuestiones. Recordemos que ésta, de acuerdo a los médicos nacionales y extranjeros, era necesaria para la curación de la toxicomanía.

El Código Penal tuvo distintos y numerosos críticos que exigieron su revocación. El 17 de septiembre de 1931 entró en vigor un nuevo Código Penal. Quienes lo elaboraron optaron “por una tendencia ecléctica y pragmática”,⁸⁶ tomó postulados de la escuela positivista, “aportes de corrientes como el materialismo histórico o los nuevos conceptos de biología, revisión de valores sociales y espirituales a partir de la Primera Guerra Mundial”, y atendió a las formas constitucionales y las tradiciones jurídicas mexicanas, además de las condiciones económicas y sociales, y los patrones de criminalidad y en los delitos”.⁸⁷ Lo anterior significó que sus redactores “consideraron que las acciones están condicionadas por factores biológicos, psíquicos y sociales que escapan a la voluntad”.⁸⁸

En este código los consumidores no aparecieron entre los “delitos contra la salud”, debido a los problemas interpretativos que había causado la inclusión de “usar” drogas en el Código de 1929. Tampoco ningún artículo se refirió específicamente a ellos, aunque sí

⁸⁵ Rosales, *op. cit.*, p. 88.

⁸⁶ Elisa Speckman, “Reforma legal y opinión pública: los códigos penales de 1871, 1929 y 1931”, en Arturo Alvarado (ed.) *La reforma de la justicia en México*, México, El Colegio de México, p. 603.

⁸⁷ *Ibidem.*

⁸⁸ *Ibidem.*

algunas fracciones.⁸⁹ En el artículo 24, entre las “penas y medidas de seguridad” se contempló “reclusión de locos, sordomudos, degenerados o toxicómanos”. Finalmente, ser toxicómano se consideró como uno de los “malos antecedentes” que junto con “no dedicarse a un trabajo honesto sin causa justificada” sería motivo de relegación de tres meses a un año, de acuerdo con el capítulo “Vagos y malvivientes”.⁹⁰

A diferencia de los que sucedió con el código anterior, la facultad para internar a los toxicómanos dejó de ser competencia judicial y pasó a ser administrativa, como lo había señalado el Código Sanitario de 1926. Ya que los usuarios no fueron incluidos en el Código Penal de 1931, quedaron sujetos a las disposiciones contenidas en éste; es decir, a permanecer internados hasta su curación, pero dado que no existía un establecimiento para ello, debían pagar multa de 10 a 500 pesos⁹¹ o permanecer bajo arresto por no más de quince días.⁹² La mayoría de quienes eran detenidos por consumo no podían pagar la multa, de manera que, como criminales, permanecieron arrestados.

1.3 El Reglamento Federal de Toxicomanía de 1931

El Código Penal de 1931, a diferencia del de 1929, no incluyó “usar” drogas entre los delitos contra la salud. La toxicomanía tampoco aparecía como un delito en ninguna parte de la legislación. Sin embargo, muchos consumidores se encontraban en la cárcel por el propio

⁸⁹ Como en el código anterior, se señaló que era “circunstancia excluyente de responsabilidad penal” el “hallarse el acusado, al cometer la infracción, en un estado de inconsciencia de sus actos, determinado por el empleo accidental e involuntario de substancias tóxicas, embriagantes o enervantes; o por un estado toxinfecioso agudo o por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio”.

⁹⁰ *Ibid.*, artículo. 255.

⁹¹ “Constitución de los Estados Unidos Mexicanos”, *op. cit.* artículo 21.

⁹² “Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, *op. cit.*, artículo 474, p.

consumo.⁹³ Desde inicios del siglo fue una práctica común encerrarlos hasta que se encontraran desintoxicados.⁹⁴ Esta situación no cambió ni siquiera después de 1926 cuando la legislación los consideró enfermos y señaló que debían ser reclusos, pero en instituciones médicas. El asunto era, por una parte, que no existían las instituciones que, se asentó, el Departamento de Salubridad Pública fundaría.

En 1931 algunos de quienes se encontraban en la cárcel por tal condición interpusieron amparos que resultaron a su favor, ya que efectivamente la legislación no contemplaba la reclusión penitenciaria por padecer toxicomanía. Sumaban decenas los que debían ser puestos en libertad de las cárceles del Distrito Federal y de los estados. La resolución molestó al Departamento de Salubridad Pública que se había esforzado por encerrarlos para supuestamente curarlos. Fue en ese momento cuando propuso a la Secretaría de Gobernación la utilización de una cruzía de Lecumberri para la atención médica de los toxicómanos. Solicitó que quienes aún no se hallaban desintoxicados se trasladaran a la cruzía y los que sí lo estaban se liberaran pero que pagaran la multa correspondiente por haber trasgredido el Código Sanitario de 1926. Mientras el Departamento esperaba la resolución elaboró el Reglamento Federal de Toxicomanía, publicado el 27 de octubre de 1931.⁹⁵

El Reglamento Federal de Toxicomanía especificó cómo debía aplicarse el artículo 206 del Código Sanitario de 1926, aquel que se refirió al internamiento de los consumidores de drogas. Finalmente, se definió de manera oficial al toxicómano como “todo individuo que sin fin terapéutico use habitualmente alguna de las drogas a que se refieren los artículos 198

⁹³ Schievenini, *op. cit.*, p. 406.

⁹⁴ *Ibidem.*

⁹⁵ *Ibid.*, p. 408.

y 199 del Código Sanitario vigente.”⁹⁶ Ayuntamientos, autoridades sanitarias locales, agentes de relaciones en el extranjero, personal de migración, las instituciones de la Beneficencia Pública y Privada, y demás autoridades, serían auxiliares de las autoridades sanitarias federales, en el cumplimiento del reglamento. Asimismo, médicos, “directores de hospitales, escuelas, fábricas, talleres y asilos; los jefes de oficinas, establecimientos comerciales o de cualquier otra índole, y en general,” cualquier persona que tuviera conocimiento de algún caso o sospecha de toxicomanía avisaría al departamento, en el Distrito Federal directamente a él y en el resto del país a sus delegados.⁹⁷

Los considerados enfermos quedaron obligados a internarse de manera continua durante el tratamiento, ya fuera en los hospitales federales para toxicómanos que el Departamento fundaría, en otros hospitales oficiales o en privados. En los primeros, el tratamiento estaría de acuerdo al reglamento interno del lugar. En los demás, en cambio, tendría que autorizarse por el jefe del Departamento. El permiso sería dado si se cumplían cuatro requisitos que sin contar el primero eran claros: el lugar reúne las condiciones necesarias para el tratamiento; el director de la institución debía ser médico en ejercicio y de “reconocida honorabilidad;” “entregar responsiva médica indicando el sistema de curación a emplear; otorgar fianza o depósito de quinientos a diez mil pesos; “los demás que establezca el Departamento.” A pesar de obtener la autorización para tratarse en un hospital diferente a los propios del Departamento, los toxicómanos estarían, bajo el control de las autoridades sanitarias federales. A fin de garantizarlo, los médicos encargados de la atención de

⁹⁶ Es decir, opio en sus diversas formas, opio preparado para fumar, morfina, sus sales y derivados, cocaína, sus sales y derivados, heroína, sus sales y derivados, adormideras, hojas de coca, marihuana en cualquiera de sus formas, y los preparados que incluyeran cualquiera de las sustancias mencionadas anteriormente. Así como “cualquier sustancia con propiedades análogas a dichas drogas y que usándose de manera viciosa, envenena al individuo o degenera la raza”. “Reglamento Federal de Toxicomanía”, *op. cit.*, p. 3

⁹⁷ *Ibidem.*

toxicómanos en los hospitales ajenos a los del Departamento, tendrían la obligación de informarle mensualmente sobre “el estado del enfermo, los efectos del tratamiento, la cantidad de droga que hayan disminuido, etc.”⁹⁸ El alta de tales toxicómanos también necesitaría su autorización. Además, si en un año no conseguían curarse en tales hospitales, serían trasladados a los federales para toxicómanos. El reglamento también consideró que cuando un enfermo recluso en uno de los hospitales del Departamento solicitara ser atendido por un médico de su confianza obtendría el permiso si seguía el reglamento interno de dicho lugar.

El procedimiento de ingreso de un toxicómano a uno de los hospitales empezaría con la localización de los sospechosos de padecer toxicomanía. Luego, serían llevados al Departamento de Salubridad Pública o con sus delegados donde se les evaluaría médicamente. Si el diagnóstico de toxicomanía resultara positivo, el individuo sería enviado a un hospital federal para toxicómanos. En caso contrario, sería declarado sano. Llegado al hospital estaría en observación por cinco días después de los cuales sería otra vez examinado por el jefe del lugar. Si el diagnóstico resultara nuevamente positivo sería sujetado al tratamiento que éste designaría. En cambio, si el diagnóstico del jefe del hospital fuera contrario al primero, el Departamento seleccionaría un tercer médico para que emitiera un nuevo diagnóstico que sería inapelable. El tratamiento sería gratuito exclusivamente para quienes no pudieran costearlo.

En relación al egreso, cuando el médico encargado del tratamiento de determinado toxicómano, este mismo o cualquier otra persona, juzgara que tal individuo se hallaba sano, obligatoriamente lo notificaría a la dirección del establecimiento. Entonces el asilado sería

⁹⁸ “Reglamento Federal de Toxicomanía”, *op. cit.*, p. 3

examinado por un médico distinto al suyo. En caso de que el nuevo diagnóstico concordara con el primero, el alta sería atendida. Si, por el contrario, los resultados del examen no coincidieran, el Departamento, como al momento del ingreso, designaría otro médico que elaboraría un resultado definitivo. Las penas por infringir el reglamento iban desde diez hasta cinco mil pesos.

Cuando se publicó el reglamento y se adaptó la cruzía F las esperanzas de curar la adicción a nivel mundial habían disminuído. Es importante señalar que la mayoría de internos del hospital fueron consumidores de opiáceos, sobre todo de heroína. La adicción al opio, como más tarde se la llamaría, había sido la primera adicción a una de las drogas enervantes en ser reconocida y desde las últimas décadas del siglo XIX se habían hecho esfuerzos por curarla.⁹⁹ En 1875 el médico alemán Eduard Levinstein¹⁰⁰ informó que la tasa de reincidencia de los pacientes retirados de los opiáceos que él había tratado era de cerca del 75%. Levinstein, de acuerdo a su propia experiencia, era desde entonces pesimista en la cura de la adicción a la morfina, la segunda reconocida y más difícil de curar que la del opio, de acuerdo con los médicos. A partir de la década de 1870 se realizaron investigaciones sobre la adicción al opio. Además, surgieron varias teorías acerca del tratamiento de las adicciones. Entre mediados del siglo XIX y 1920 aproximadamente, los médicos confiaban en que la curación de los adictos era posible en la mayoría de los casos. Para David Musto, “la predicción, hecha por Levinstein en 1875, respecto a la reincidencia del 75% y un estudio, efectuado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en 1942, que indicó que más del 75% de los adictos tratados en el Hospital de Narcóticos de Lexington recaía, marcan el

⁹⁹ David Musto, *La enfermedad americana. Orígenes del control antinarcóticos en EU*, Bogotá, Tercer Mundo, 1993, pp. 103-104.

¹⁰⁰ Levinstein fue uno de los primeros médicos a nivel mundial en tratar de curar adictos a los opiáceos. Diseñó un método de supresión que lleva su nombre.

principio y el fin de un periodo de entusiasmo terapéutico.”¹⁰¹ Este hospital había sido creado en 1929 ya no con el principal fin de curar a los adictos, sino para “albergar al enorme número de adictos encarcelados que había atestado las penitenciarías federales.”¹⁰² En relación a la adicción a los opiáceos, en el año de 1930, de acuerdo al autor, finalizó la era de optimismo terapéutico.¹⁰³ Un año antes de que se publicara el Reglamento Federal de Toxicomanía y comenzara la atención médica de toxicómanos en la Cruzía F.

Los pronósticos de los médicos mexicanos acerca de la curación de toxicómanos eran poco favorables desde la década de 1920. En 1924, antes de la elaboración del Código Sanitario de 1926 donde se les consideraría enfermos, Carlos Alatorre preguntó “¿Puede el habitado crónico a la heroína curar? Tengo razones para creer que sí [...] pero debo advertir que es un hecho muy difícil de realizar de manera total y definitiva.”¹⁰⁴ El médico Jesús Siordia afirmó en 1933, a dos años de la publicación del Reglamento Federal de Toxicomanía, que la resolución de la toxicomanía era “prácticamente imposible.”¹⁰⁵ Carlos Rosales señaló en 1939 que en la mayoría de los casos la curación era infructuosa.¹⁰⁶ Más concretamente, estuvieron los pronósticos de seis casos expuestos por el médico Luis Puig Pizarro en la tesis que presentó en 1936 para obtener el título de Médico, Cirujano y Partero. Cinco de los seis tuvieron pronósticos poco prometedores: “la curación definitiva de este sujeto es irrealizable, ya que se trata de un reincidente cuyo fondo moral encuéntrase perdido”;¹⁰⁷ “muy difícil la curación definitiva del sujeto que nos ocupa, pues no obstante tratarse de un no psicópata,

¹⁰¹ Musto, *op. cit.*, p. 108.

¹⁰² *Ibid.*, p. 115.

¹⁰³ Jesús Siordia, *Toxicomanías*, México, UNAM, tesis, 1933.

¹⁰⁴ Alatorre, *op. cit.*, p. 86.

¹⁰⁵ Siordia, *op. cit.*, p. 7.

¹⁰⁶ Rosales, *op. cit.*, p. 68.

¹⁰⁷ Puig, *op. cit.*, p. 64.

el número de reingresos ensombrece el pronóstico”;¹⁰⁸ “difícil [...] pues dice que nada ni nadie podrá quitarlo de su vicio”;¹⁰⁹ “fatal, en lo que concierne al destierro de la toxicomanía”;¹¹⁰ y “la reincidencia a su salida del Establecimiento en que se le someta a un tratamiento de desintoxicación es casi segura.”¹¹¹ El único pronóstico relativamente favorable señaló “factible la curación definitiva del hombre que nos ocupa, ya que muestra gran optimismo y deseos de curación. Sin embargo, como el cambio de medio no es muy halagador (Penitenciaria), no puede afirmarse la no reincidencia.”¹¹²

En vista de las circunstancias nacionales e internacionales en relación a la curación de toxicómanos el licenciado Carlos Rosales concluyó

En el caso de los toxicómanos psíquicamente predisuestos al uso de enervantes, jamás serán curados, cualquiera que sea el método y los elementos que se empleen pues éstos sólo darán resultados positivos en los enfermos que no poseyendo una constitución predispuesta al hábito de las drogas, accidentalmente han caído en él. Siempre que el toxicómano constitucional retorne a la sociedad en donde puede adquirir el alcaloide reincidirá necesariamente en el vicio. Es en consecuencia, imposible su curación en el seno de la sociedad y su readaptación social es una utopía, lo cual podemos afirmar rotunda y enfáticamente en vista de los hechos que nos aporta la realidad en nuestro medio y el mundo entero.¹¹³

Como se puede apreciar, Rosales consideró que, si bien las medidas contempladas en la legislación mexicana para acabar con las toxicomanías se hallaban en una posición de avanzada con respecto a las de otros países, aún resultaban insuficientes.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 63

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 64.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 65.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 67.

¹¹² *Ibid.*, p. 68.

¹¹³ Rosales, *op. cit.*, p. 56

A pesar de que la tendencia general sobre la curación de toxicómanos era negativa, hubo quienes se mostraron positivos al respecto fuera y dentro de México. Tal es el caso del médico Harry Petters, quien luchó contra las toxicomanías por décadas en sitios como las penitenciarias de Nueva York. En el artículo *¿Es posible una curación completa de la toxicomanía?*, publicado en 1938 en la revista *Criminalia* expuso “el método ideal de abstinencia” elaborado por “los médicos modernos”: fortalecer al individuo contra la recaída.¹¹⁴ Acerca del tratamiento apuntó lo siguiente:

Estos desdichados pacientes se han quejado repetidas veces de que los facultativos que los han pretendido curar, los tratan en forma tiránica, cruel, despectiva e irónica, interrogándolos como si fueran criminales y pronosticándoles que al terminar su curación volverán a tomar inyecciones de tóxico otra vez. Pero el médico moderno evita estas dificultades y lo trata con la misma consideración que a cualquier otro paciente. Lo que más temen los toxicómanos son los dolores físicos y se necesita inspirarles la confianza y se necesita darles la seguridad de que no sobrevendrán ningunos. Si entonces el enfermo presta toda su buena voluntad, es segura una curación definitiva. Un buen pronóstico fortalece el ánimo, y la voluntad del paciente, el cual es el factor capital de toda curación.¹¹⁵

Así, frente al pesimismo generalizado en relación con la curación de toxicómanos, Petters afirmó en este artículo “que con los métodos modernos de tratamiento, y teniendo cuidado minucioso del paciente, el pronóstico y las perspectivas de curación, han mejorado grandemente.”¹¹⁶ En México, el psiquiatra Juan Peón del Valle, último director del Hospital Federal para Toxicómanos y quien a lo largo de su relación con toxicómanos también se mostró positivo en la lucha contra la toxicomanías, apuntó en 1933 a través de una publicación internacional que

¹¹⁴ Harry Petters, “¿Es posible una curación completa de la toxicomanía?”, en *Criminalia*, 1938, p. 299

¹¹⁵ *Ibidem*.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 300

La lucha contra la toxicomanía debe seguirse intensa, incansablemente, por los médicos especialistas, así como se hace contra el cáncer, la lepra, la tuberculosis. Nunca hay que desanimarse, aunque lleve la etiqueta de “incurable” como el cáncer, repetimos, y como tantas enfermedades mentales. Los toxicómanos son curables en mínima proporción, pero son tratables en su totalidad. Además, la profilaxia de la toxicomanía es un deber.¹¹⁷

No obstante los diagnósticos negativos elaborados por médicos nacionales y extranjeros acerca de la curación de toxicómanos a principios de la década de 1930, se publicó el Reglamento Federal de Toxicomanía y se comenzó a atender en la cruzía F de la penitenciaría. Ambos acontecimientos desencadenados por las resoluciones de los amparos que interpusieron los presos por toxicomanía. En 1934 se publicó un nuevo Código Sanitario que en relación a los consumidores de drogas siguió la pauta de su predecesor: “el Departamento fundará en los lugares de la República que estime conveniente, establecimientos especiales para internar en ellos a quienes hubieren adquirido el vicio de enervantes y determinará el tiempo que deberán permanecer reclusos para su tratamiento.”¹¹⁸

Conclusiones

México se sumó a la corriente internacional prohibicionista en materia de drogas en las primeras décadas del siglo XX. El argumento para ello fue frenar la degeneración racial que se decía era producida, entre otras cosas, por el consumo de enervantes. A los productores y comerciantes de drogas se les consideró como delincuentes. Con respecto a los

¹¹⁷ Juan Peón del Valle, “Algunos aspectos de la actual lucha contra la toxicomanía en México”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1933, p. 350.

¹¹⁸ “Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, *Diario Oficial de la Federación*, 31 de agosto de 1934, p. 1194.

consumidores, se suscitó un debate en la década de 1920 y 1930 acerca de si éstos eran delincuentes o enfermos. Las autoridades mexicanas optaron por considerarlos como enfermos al menos durante casi tres décadas. De tal postura dieron cuenta con relativo éxito los códigos sanitarios y penales aparecidos en los años veinte y treinta. A los toxicómanos les correspondió de acuerdo con dichos ordenamientos jurídicos sufrir un proceso de internamiento médico en lugares especializados, que el Departamento de Salubridad Pública establecería, hasta que estuvieran curados. La primera vez que esto fue expresado en la legislación se hizo en el Código Sanitario de 1926 y hasta 1931 no hubo legislación específica al respecto ni un lugar oficial donde los toxicómanos pudieran curarse. Sin embargo, en ese año, 1931, fue publicado el Reglamento Federal de Toxicomanía donde se especificó lo relativo al internamiento de toxicómanos y se acondicionó mínimamente una crujía de la Penitenciaría del Distrito Federal para atender a dichos enfermos. En el capítulo siguiente veremos cómo se desarrolló lo anterior, los intentos por llevar a la práctica lo señalado por la legislación mexicana en relación a los consumidores de drogas, vista en este capítulo. En un primer momento, se adaptó mínimamente una crujía de Lecumberri; luego, el hospital tuvo como sede un edificio que había albergado a Inspección de Sanidad, localizado en el centro de la ciudad de México; y finalmente, las dependencias de la institución se instalaron en el Pabellón de Toxicómanos del Manicomio General.

Capítulo 2. Los intentos por llevar a la práctica la legislación mexicana sobre consumidores de drogas: de la cruzía F al Pabellón de Toxicómanos, 1931-1934

En el marco de la adopción del prohibicionismo en México, los usuarios “viciosos” de “drogas enervantes” y toxicómanos se consideraron enfermos en la legislación de las décadas de 1920 y 1930. La propia ley suponía que la enfermedad que padecían era curable, en principio a través de encierro. Por ello, dispuso en 1926 que el Departamento de Salubridad Pública establecería en el país lugares donde permanecerían encerrados hasta su curación. En los próximos años no se señaló más al respecto ni se construyó ninguno de dichos sitios. No obstante, había presos en distintos cárceles del país por presentar síntomas de toxicomanía. Algunos de reclusos presentaron amparos que se resolvieron a su favor. Ante tal situación, el Departamento se vio obligado a redactar el Reglamento Federal de Toxicomanía publicado el 27 de octubre de 1931 y a solicitar el préstamo de una cruzía de la Penitenciaría del Distrito Federal para atender a los toxicómanos.

Las drogas consideradas enervantes fueron el opio, la morfina, la heroína, la cocaína y la marihuana. En el Código Sanitario de 1926 se agruparon como tales, “drogas enervantes”, sin considerar sus diferencias, que ya habían sido señaladas en la literatura médica. Asimismo, el consumo de todas se consideró susceptible de llegar a convertirse en una enfermedad. A lo largo del siglo XX la inicialmente conocida como toxicomanía sería llamada drogadicción, dependencia, farmacodependencia y adicción.¹¹⁹

La adicción al opio fue la primera de las adicciones a estas sustancias en ser reconocida. El reconocimiento médico de la adicción a la morfina, aislada a principios del

¹¹⁹ Cárdenas Ojeda, Olga, *Toxicomanía y narcotráfico*, México, Fondo de Cultura Económica, 1976, pp.4-7.

siglo XIX, data de la década de 1870 a nivel global.¹²⁰ La cocaína se aisló en 1859, para la década de 1880 ya se habían advertido sus propiedades adictivas, en estos años el médico alemán Erlenmeyer, uno de los primeros en tratar adictos, la consideró la tercera plaga de la humanidad.¹²¹ La heroína se aisló en 1898. Cuatro años después en 1902 en Francia se señaló el riesgo que su consumo acarrearía de producir toxicomanía. A once años de haberse aislado fue prohibida en 1910 los Estados Unidos prohibieron, para ese momento en ese país habían 300 000 adictos a ella.¹²² Acerca del consumo de marihuana, el médico Juan Peón del Valle señaló que “da lugar a estados de intoxicación clínicamente mal conocidos, variables, esbozados y con escasos trastornos de deshabituamiento brusco.”¹²³ El caso de la marihuana era particularmente controvertido respecto a si causaba realmente adicción.¹²⁴

En el tratamiento de toxicomanías se distinguió entre desintoxicación y deshabituación. La primera consistía en eliminar la sustancia tóxica del cuerpo, en este caso, cualquier droga enervante. La segunda, la curación propiamente dicha, tenía como objetivo, además de desintoxicar al individuo, lograr, a través de distintos tipos de terapia (psicológica, ocupacional, entre otras) que jamás reincidiera en el consumo de drogas. Ambas, la desintoxicación y la deshabituación se practicaron de diversas maneras dependiendo del lugar, el país y el sitio particular de curación. En distintos países existieron hospitales oficiales y sanatorios particulares dedicados a la curación de toxicómanos, siendo mayoría los segundos. En algunos incluso no existían hospitales oficiales de este tipo. En

¹²⁰ Musto, *op. cit.*, pp. 103-105.

¹²¹ Patrick Maugeais, “Los estupefacientes en el siglo XIX: nacimiento de las toxicomanías modernas” en Postel, Jacques y Claude Quérel (Coords), *Nueva historia de la psiquiatría*, España, Fondo de Cultura Económica de España, 2000, p. 267.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ Peón del Valle, *op. cit.*, p. 349.

¹²⁴ Véase Schievenini, *La criminalización...*

unos y en otros se practicó sobre todo la desintoxicación de los enfermos, siendo una mínima parte los tratamientos destinados a la deshabitación.

En los hospitales franceses, por ejemplo, generalmente sólo se desintoxicaba al interno mediante la supresión brusca del narcótico y la sustitución de sustancias. El rápido proceso duraba entre cinco y diez días. Después de este periodo se daba de alta a los pacientes porque jurídicamente no era posible mantenerlos el tiempo que se consideraba necesario para la deshabitación (de seis meses hasta años). En contraste, los tratamientos para toxicómanos en Alemania estuvieron guiados por una ley expedida el 24 de noviembre de 1933 que ordenó la reclusión durante un periodo de seis meses a dos años con el objetivo de conseguir la deshabitación y, “en el caso de los viciosos con taras degenerativas, se les practicaba la esterilización.”¹²⁵

Carlos Rosales, miembro de la Oficina General de la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías¹²⁶, consideró como modelo de lugar especializado en la curación de toxicomanías al Hospital Lexington del estado de Kentucky en los Estados Unidos. Lo ideal del lugar consistía, según Rosales, en contar con “el personal más competente, campos de cultivo, criaderos de animales domésticos, dormitorios provistos de buenos muebles, talleres, cine, biblioteca, laboratorios.”¹²⁷ No obstante, a pesar de contar con “todo lujo de elementos y adelantos modernos”, la mayoría de toxicómanos tratados ahí, una vez fuera, reincidió en el consumo de drogas.¹²⁸ Hubo también en los Estados Unidos campos de

¹²⁵ Rosales, *op. cit.*, p. 92.

¹²⁶ Puesta en práctica a partir de la creación en 1929 del Comité Nacional de la Lucha contra el Alcoholismo, que buscaba terminar con el “vicio del alcoholismo” arraigado entre las “clases obreras y campesinas”, que se creía, amenazaba la raza y el futuro de México. Véase “La Campaña contra el Alcoholismo y la Policía Antinarcóticos” en Domingo Schievenini, *op. cit.*, pp. 345-364.

¹²⁷ Rosales, *op. cit.*, p. 52.

¹²⁸ *Ibíd.*, p. 53.

concentración para toxicómanos donde se les mantuvo hasta por seis años “sujetos a los mejores tratamientos,” quienes al volver al seno de la sociedad reincidieron en la toxicomanía.¹²⁹ Recordemos que para la década de 1930 las esperanzas en la curación de las adicciones habían disminuido considerablemente.¹³⁰

En México en 1931, pese a que el mundo penitenciario era un lugar poco propicio debido al tráfico de drogas que en él existía, se adaptó mínimamente una crujía de la Cárcel de Lecumberri para atender médicamente a los toxicómanos, mientras el Departamento de Salubridad Pública establecía uno de los hospitales federales para toxicómanos. Las dependencias de lo que ya desde entonces se llamó Hospital de Toxicómanos fueron reubicadas en 1933 en una sede distinta en el centro de la ciudad de México. El lugar no había sido diseñado para la curación de toxicómanos, de manera que, como en la crujía, debió adaptarse con los escasos fondos que para ello se tenían. En el transcurso del siguiente año, el hospital se trasladó nuevamente, ahora sí a un sitio construido específicamente para la curación de enfermos de toxicomanía, que pese a todo, no había sido obra del Departamento de Salubridad Pública, sino de la Beneficencia Pública y del Departamento del Distrito Federal. La nueva sede, el Pabellón de Toxicómanos, sería el último lugar que albergaría hasta 1948 las dependencias del Hospital Federal para Toxicómanos. En este capítulo se busca responder cómo fueron los primeros intentos de atención médica de toxicómanos.

¹²⁹ *Ibíd.*, p. 53.

¹³⁰ Musto, *op. cit.*, p. 108.

2.1 Los primeros establecimientos mexicanos oficiales dedicados a la curación de toxicómanos

El Departamento de Salubridad Pública no contaba con la capacidad económica para establecer uno de los lugares mencionados en la legislación ni para adaptar debidamente un lugar para el tratamiento de toxicómanos, pero ante la supuesta “necesidad urgente e inaplazable de contar con un establecimiento de esa especie” comenzó a atenderse a los enfermos en la cruzía F de la Penitenciaría del Distrito Federal que el Departamento de Prevención Social le había prestado.

Los médicos de la época consideraban que para conseguir la curación de un toxicómano era necesario recluirlo. Los lugares de reclusión debían contar, por una parte, con “personal competente” integrado por psiquiatras, enfermeros, vigilantes y sirvientes; por otro lado, con sitios que, además de posibilitar la desintoxicación, le permitieran al enfermo realizar actividades encaminadas a la curación propiamente dicha: no volver a consumir drogas enervantes bajo ninguna circunstancia, para reintegrarse productivamente a la sociedad. Entre las actividades que, se creía ayudarían al enfermo a curarse, se encontraban la fisioterapia, la “quimioterapia”, la psicoterapia, así como el cultivo, la crianza de animales, la lectura y la asistencia a proyecciones de cine y a talleres. Para ello, los lugares que pretendieran rehabilitar toxicómanos debían contar con campos de cultivo, criaderos de animales domésticos, talleres, cine, biblioteca, además de laboratorios para toda clase de pruebas, análisis y reconocimientos.¹³¹

¹³¹ Rosales, *op. cit.*, p. 52.

Los tres médicos que laboraron en la crujía, Juan Peón del Valle, Everardo Landa y Alfonso Millán,¹³² se refirieron a ella como Servicio de Toxicómanos, Servicio de Toxicomanías y Hospital de Toxicómanos. El hospital quedó a cargo del Servicio Jurídico y de la Oficina de Química y Farmacia, ambos dependientes del Departamento de Salubridad Pública.¹³³ El ingreso a la crujía siguió básicamente lo establecido en el Reglamento Federal de Toxicomanía.¹³⁴ Un aspecto importante de la atención en este sitio fue que sólo recibió hombres. Llegaban conducidos por agentes de la Policía Sanitaria¹³⁵ desde la Oficina de Consignaciones del departamento, donde habían permanecido varios días hasta que el especialista les había dado el diagnóstico de toxicomanía o sospecha de padecerla. Las

¹³² Juan Peón del Valle, Everardo Landa y Alfonso Millán, fueron médicos destacados que en algún punto de su carrera realizaron investigaciones sobre drogas y sus usuarios, y en el caso de los dos primeros, quedaron a cargo del tratamiento de toxicómanos. Juan Peón del Valle se graduó como médico en 1901. Fue practicante en el Manicomio General, donde años más tarde laboraría como médico encargado de varios pabellones. Entre 1931 y 1933 prestó sus servicios en el Servicio de Toxicómanos de la Penitenciaría del Distrito Federal y fue el último director del HFT. Everardo Landa graduado de la Escuela Nacional de Medicina, fue practicante en el Hospital de San Andrés y del Hospital de Concepción Beistegui. Entre sus actividades académicas y laborales se encontraron desempeñarse como jefe de clínica de obstetricia para parteras a partir de 1915; pertenecer al Instituto Médico Nacional; y ser el encargado del estudio terapéutico experimental de drogas autóctonas. Alfonso Millán fue un destacado psiquiatra con estudios de posgrado en Medicina legal y psiquiatría en París. Algunos de sus logros profesionales fueron ser director del Manicomio General, profesor de medicina legal en las facultades de Derecho y Medicina y fundar una clínica psiquiátrica llamada Sanatorio Floresta.

¹³³ En los años veinte el Departamento de Salubridad Pública sufrió un proceso de reestructuración en el que fueron creados la Oficina de Química y Farmacia y el Servicio Jurídico, de quienes dependió el hospital. La primera fue creada en 1921 para ocuparse del ejercicio de la farmacia. Entre sus actividades se encontró vigilar el manejo de narcóticos en boticas, droguerías y establecimientos de fabricación y venta de sustancias. En 1925 fue creado el Servicio Jurídico que tuvo como funciones “la formulación de proyectos normativos, la compilación de legislación sanitaria, la realización de trámites concernientes al ejercicio de la medicina, la representación de la institución, así como todo lo relacionado con averiguaciones y determinación de sanciones, entre las que se encontraban las relativas al tráfico de drogas enervantes”, Nidia Olvera, *Policías...*

¹³⁴ El capítulo tercero “Del procedimiento” del Reglamento señaló que el procedimiento de ingreso empezaría con la localización de los sospechosos de padecer toxicomanía. Luego, serían llevados al Departamento de Salubridad Pública o con sus delegados donde se les evaluaría médicamente. Si el diagnóstico de toxicomanía resultara positivo, el individuo sería enviado a un hospital federal para toxicómanos. En caso contrario, sería declarado sano. Llegado al hospital estaría en observación por cinco días después de los cuales sería otra vez examinado por el jefe del lugar. Si el diagnóstico resultara nuevamente positivo sería sujetado al tratamiento que éste designaría. En cambio, si el diagnóstico del jefe del hospital fuera contrario al primero, el Departamento seleccionaría un tercer médico para que emitiera un nuevo diagnóstico que sería inapelable.

¹³⁵ La Policía Sanitaria, dependiente del Departamento de Salubridad Pública, fue un cuerpo policiaco especializado en el control de drogas enervantes en la ciudad de México durante las décadas de 1920, 1930 y 1940. A lo largo de estas décadas realizó “persecuciones, investigaciones, vigilancias, inspecciones, aprehensiones, decomisos y otros medios de control del consumo y tráfico de droga”, Véase Olvera, *Policías, traficantes y toxicómanos...*

mujeres, en cambio, en la oficina del Departamento eran registradas y, si no había delito que perseguir, eran dadas de alta, “pues no se han podido realizar los propósitos de su hospitalización.”¹³⁶ No especificó cuáles eran los problemas para internar a las mujeres. En estos años la proporción de mujeres toxicómanas era menor a la de hombres. Años después, cuando el hospital se ubicó en la Castañeda y recibió a toxicómanos de ambos sexos, la proporción contemplada en la normatividad sería de 50 mujeres y 100 hombres.

De acuerdo con Lourdes Bautista, quien realizó un estudio espacial del hospital, no se sabe cuál de las siete crujías que integraron la Cárcel de Lecumberri fue la destinada al tratamiento de toxicómanos. Sin embargo, se cuenta con los siguientes datos acerca de ellas: contaban con dos pisos y tenían medidas que iban de 49 a 121 metros de largo. En su interior “las celdas eran iguales y tenían 3 metros 60 centímetros de largo, 2 metros 10 centímetros de ancho y 4 metros veinte centímetros de altura”; contaban cada una con “llaves de agua, excusado con cesspool y un tubo que conducía a la azotea los gases mefíticos, sirviendo a la vez de desagüe”. Las celdas eran individuales y tenían una cama de acero, suspendida y abisagrada, y servicio sanitario, excusado y lavabo, ambos de fierro fundido, y, finalmente, las ventanas tenían rejas hechas de barras de acero.¹³⁷

La mayoría de los hombres atendidos en la crujía, recordemos que en este lugar sólo se recibieron hombres considerados toxicómanos y no mujeres, más del noventa por ciento, fueron diagnosticados como “enfermos de toxicomanía e intoxicación crónica” por heroína, el resto consumía marihuana, morfina y cocaína, las dos últimas casi siempre en combinación

¹³⁶ Peón del Valle, *op. cit.*, p. 353.

¹³⁷ Bautista, *op. cit.*, pp. 62-63.

con heroína. De acuerdo con el médico Peón del Valle, esto se debía a que la heroína era en ese momento la droga que más fácilmente se podía conseguir.

En el Hospital se les aplicaba el tratamiento de desintoxicación de Erlenmeyer, “con las modificaciones de detalle que el medio y el individuo requieren”,¹³⁸ que consistía en la supresión del tóxico aproximadamente en una semana administrando dos o tres veces al día morfina en dosis de entre 2 y 4 centigramos.¹³⁹ Quienes llegaron al servicio presentaron un sinnúmero de padecimientos que eran anteriores o producto de la desintoxicación. Como la crujía no contaba con un propio lugar para atenderlos, los internos debían trasladarse a la enfermería de la penitenciaría donde también eran atendidos los presos de las demás crujías.

Vagos, mendigos, vendedores de billetes de lotería, choferes y voceadores de la prensa, fueron los habitantes principales del servicio.¹⁴⁰ La mayoría de quienes llegaron a la crujía consumían heroína y eran de las clases pobres. En estos años era la droga más conseguible aunque no era barata. Los heroínómanos de las clases pobres eran detenidos robando para costear su consumo, este era una de las maneras como llegaban al hospital. Los adictos de las “clases pudientes” podían darse en lujo de evitar tales dificultades. Según Peón del Valle, entre enero de 1932 y enero de 1933 fueron tratados en este lugar 315 toxicómanos. Entre éstos 95% pertenecía a la clase baja y raza mestiza; 5% a las clases media y alta, raza blanca y mestiza; y .8% eran asiáticos. Los porcentajes de los diagnósticos eran 91% heroínómanos, 15% cocainómanos, 10% morfinómanos y 9% fumadores de marihuana. La

¹³⁸ *Ibid.*, p. 347.

¹³⁹ Hubo distintos métodos de supresión de drogas que pueden clasificarse en bruscos, rápidos y lentos. La supresión se podía acompañar con la sustitución de sustancias que ayudaran a calmar al enfermo durante el síndrome de abstinencia. La elección del método debía depender, según lo reconocían los propios médicos mexicanos, de la sustancia consumida y del tiempo de consumo. El método de supresión propuesto por el alemán Albrecht Erlenmeyer consistió en un proceso de supresión rápida. Véase “Los estupefacientes en el siglo XIX”, p. 569.

¹⁴⁰ Peón del Valle, *op. cit.*, p. 349.

edad de mayor concentración se hallaba entre los 20 y 40 años de edad, y especialmente entre los 25 y 35. Acerca de las reincidencias, 47 fueron ingresados por segunda ocasión y 14 por tercera. El 23% de los internos tenía menos de un año de habituamiento a la droga, 67% más de un año, pero menos de diez, y el 10% tenía más de 10 años de estar habituado.¹⁴¹

Una vez establecido el Servicio de Toxicómanos en la Crujía F, el tráfico de drogas que era común en la Penitenciaría, aumentó. El crecimiento inició alrededor de dicha crujía. Las sustancias, primero, fueron introducidas en “el doble fondo de un bote de leche, en cápsulas alojadas en las fosas nasales de una embozada, en una pierna de palo que se desatornillaba, en el retrato de la novia, en el timbre o el sello de un sobre, en fin, un sinnúmero de vías de administración.”¹⁴² Más tarde, el tráfico se realizó dentro de la sección misma debido a que los propios familiares les llevaban la o las sustancias a sus internos. Además de que los vigilantes, aun siendo cambiados regularmente, siempre sirvieron de medio de transporte de los enervantes.

Las circunstancias para el tratamiento de toxicómanos en la crujía no eran, desde la óptica de los propios médicos, favorables, al problema del tráfico de drogas dentro del propio Servicio, se sumaba el bajo presupuesto que no permitía acondicionar adecuadamente el lugar para la desintoxicación y mucho menos para ofrecer tratamientos destinados a la deshabituación. A esto se añadía la carencia de un sitio dedicado a curaciones sólo para toxicómanos, la falta de medicamentos, las altas prematuras, las reincidencias y la falta de control del personal del Departamento de Salubridad Pública por la concurrencia con la autoridad administrativa de la Penitenciaría. Ante circunstancias tan desfavorables y sobre

¹⁴¹ *Ibíd.*, pp. 353-354.

¹⁴² *Ibíd.*, p. 348.

todo porque la cruzía F iba a ser ocupada por los presos de la Cárcel de Belén que pronto sería demolida, en 1933 el Servicio tuvo que dejar la Penitenciaría.

Las dependencias del hospital fueron trasladadas al número 48 de la calle Tolsá ubicada en el centro de la ciudad de México. El hospital quedó establecido en un edificio de dos plantas que había albergado a Inspección de Sanidad. En principio, el nuevo lugar debió significar una cierta mejoría con respecto al anterior. Ahora sí el Departamento de Salubridad Pública tenía su control exclusivo, a diferencia de lo que había sucedido en la penitenciaría. Además, el edificio llegó a contar con un servicio de enfermería propio y una enfermera, de manera que los enfermos ya no tuvieron que convivir con presos como lo habían hecho antes en la enfermería de la cárcel. Sin embargo, otras situaciones continuaron siendo las mismas. El proceso de ingreso, por ejemplo, fue el mismo que en ésta. El tratamiento, que duraba entre dos y tres meses, también continuó siendo el de Erlenmeyer.¹⁴³ Es decir, tanto aquí, en Tolsá, como en la penitenciaría se practicó únicamente la desintoxicación. La deshabitación hubiera requerido más tiempo, según los propios médicos, y en este lugar “una vez reparado el organismo del enfermo [hombre], se le conminaba a que abandonara la institución para dejar su lugar a otro doliente.¹⁴⁴ En el caso de las mujeres, éstas sólo permanecían unos cuantos días.¹⁴⁵ En un primer momento, fueron recibidos 350 enfermos, siendo heroinómanos el 90%.¹⁴⁶ Las otras sustancias que consumían los internos eran marihuana, opio y cocaína. El porcentaje de hombres que consumían drogas fue mayor en los tres lugares al de las

¹⁴³ Hubo distintos métodos de supresión de drogas que pueden clasificarse en lentos, rápidos e intermedios. La elección del método debía depender de la sustancia consumida y del tiempo de consumo. El método de supresión propuesto por el alemán Albrecht Erlenmeyer consistió en un proceso de supresión intermedio que buscaba conseguir la alcalinización del cuerpo mediante el suministro de bicarbonato de sodio.

¹⁴⁴ Peón del Valle, *op. cit.*, p. 348.

¹⁴⁵ *Ibidem*.

¹⁴⁶ Pérez Montfort, *op. cit.*, p. 259.

mujeres, en el Pabellón de Toxicómanos, incluso, el lugar contempló el doble de espacio para hombres que para mujeres.

A pesar de las mejoras, en Tolsá tampoco se consiguió curar toxicómanos. Para empezar, el edificio no contó con las condiciones “que fuera deseable para un hospital de este género en la capital de la República”, careció de capacidad suficiente, y particularmente, de “un lugar adecuado para la reclusión de mujeres”.¹⁴⁷ Las características del inmueble fueron un señalamiento constante en las quejas tanto de los inspectores de sanidad como de los internos. Las condiciones materiales del edificio como la falta de camas, de cerraduras y de protección en ventanas y puertas, la escasa altura de la barda, la propia ubicación del edificio, próximo a vecindades, casas y vías públicas, propiciaron constantes fugas y dificultad para aplicar los tratamientos de desintoxicación e imposibilidad de realizar actividades encaminadas a la deshabituación, entre otras cosas. Contrario a lo que sucedió en la penitenciaría, donde pese a las condiciones adversas del lugar los médicos insistían en que se enviaran más enfermos, el hacinamiento fue otra característica del hospital en Tolsá.¹⁴⁸

Las tensiones entre el personal médico y los inspectores de sanidad y entre los internos y quienes estaban encargados de vigilarlos contribuyeron también a que el hospital no funcionara como se esperaba. Los inspectores de sanidad eran los encargados de evaluar el lugar y de hacer sugerencias para su mejor funcionamiento. Algunas de ellas no les parecían adecuadas a los médicos. Los inspectores consideraban, por ejemplo, que las medidas de seguridad eran insuficientes, pues, según ellos, los vigilantes debían estar autorizados para aplicar medidas disciplinarias más rigurosas que las que permitían los médicos; aunque no

¹⁴⁷ *Ibidem*.

¹⁴⁸ Bautista, *op. cit.*, p. 70.

se especificaba cuáles eran dichas medidas, parecía tratarse de castigos corporales. Los médicos veían en la manera de tratar a los internos, como enfermos y no como delincuentes, una de las condiciones para lograr su curación. Las medidas que sugerían los inspectores eran para los médicos maneras de lidiar con delincuentes y no con enfermos, que de forma contraria a lo que se pretendía, perjudicaban el tratamiento contra la toxicomanía.

Otra observación de los inspectores fue que los internos debían separarse según el tiempo de consumo, las reincidencias y si también eran traficantes, pues la posibilidad de curación de quienes tenían menos tiempo de consumo disminuía si se mezclaban con los demás. Incluso, sugirieron que a los reincidentes no se les aceptara después de cierto número de ingresos. Las condiciones del lugar y la falta de fondos para adaptarlo, que debía proporcionar el Departamento de Salubridad Pública, hicieron imposible la separación de los enfermos que convivían entre sí sin la menor consideración desde su llegada hasta que dejaban el lugar.¹⁴⁹

La relación entre los internos y el personal encargado de su cuidado también fue complicada. El número de vigilantes, que llegó a 14 divididos en dos turnos, parece no haber sido suficiente en ningún momento mientras el hospital se ubicó en el centro de la ciudad. Hubo constantes enfrentamientos entre vigilantes e internos, en los que los primeros eran sobrepasados en número e ingenio por los segundos. Los toxicómanos regularmente burlaban a sus cuidadores fugándose, por ejemplo. Tenían claro que los encargados de controlarlos no tenían permitido aplicar sobre ellos ningún tipo de medida violenta. En ciertos momentos, incluso los vigilantes se vieron obligados a pedir refuerzos ajenos a la

¹⁴⁹ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 33, exp. 7.

institución. Algunos de los vigilantes, por otra parte, establecieron acuerdos con los internos para proporcionarles las sustancias de su adicción.¹⁵⁰

En la segunda mitad de 1933 se detectó la presencia de traficantes que fingían estar enfermos para vender drogas dentro del hospital. Las sustancias no sólo llegaron de tal manera, también entraron, como había sucedido en la penitenciaría, a través de familiares, amigos, internos dados de alta y de los propios vigilantes. La falta de reglamentación en relación a las visitas contribuyó a que los enervantes circularan sin gran dificultad. Los visitantes, por ejemplo, no eran registrados antes o después de ver a sus internos ni tenían prohibido el contacto físico con éstos pudiéndoles proveer drogas.¹⁵¹

El 5 de julio de 1933 los asilados se amotinaron, rompieron los cristales y la loza de los servicios y casi pisan la calle si los bomberos, llamados por el director, no contienen el motín a base de manguerazos y duchas. El escándalo ocasionado por el evento parece haber funcionado como presión para que las autoridades consiguieran un mejor lugar donde ubicar el hospital.¹⁵² Como se verá enseguida, las dependencias del Hospital Federal para Toxicómanos fueron reubicadas en el Manicomio General durante el año de 1934.

2.2 Las dependencias del Hospital Federal para Toxicómanos llegan al Manicomio General, 1934-35

Hacia la década de los treinta tanto los directores del Manicomio General La Castañeda como la opinión pública manifestaron su preocupación por el agotamiento del manicomio

¹⁵⁰ *Ibidem.*

¹⁵¹ *Ibidem.*

¹⁵² *Ibidem.*

como modelo terapéutico.¹⁵³ Algunos de los mayores problemas que enfrentó la institución en sus primeras décadas de vida, inaugurada en 1910, fueron el escaso apoyo económico, la negligencia gubernamental, la falta de personal capacitado, la ausencia de leyes en materia psiquiátrica, el creciente y excesivo número de pacientes, la función custodial de la institución, el elevado porcentaje de crónicos e incurables, el ingreso injustificado de pacientes y la dificultad para dar de alta a los rehabilitados.¹⁵⁴

Ante tal situación las principales autoridades del manicomio solicitaron a la Beneficencia Pública una serie de demandas, entre las que se encontraron, obras de remodelación y ampliación. Las demandas fueron escuchadas, la Beneficencia Pública nombró una comisión encargada de referir las reformas necesarias. Enrique Aragón, miembro honorífico en la Academia Nacional de Medicina, encabezó el proyecto. El informe presentado por este médico llevó, en primer lugar, a recuperar instalaciones dañadas. Más tarde, a partir de 1929, gracias al apoyo gubernamental y a la dirección de La Castañeda a cargo de los médicos Samuel Ramírez Moreno, Alfonso Millán Maldonado y Miguel Guevara Oropeza, las reformas se concentraron en las prácticas asistenciales.¹⁵⁵ Entre las transformaciones materiales realizadas estuvieron la reinauguración de seis pabellones con sus antiguos nombres; la apertura de la consulta externa; la inauguración del Pabellón Infantil y la Escuela para Niños Anormales; el establecimiento de un laboratorio que permitía realizar, además de los análisis clínicos tradicionales, los de líquido cefalorraquídeo,

¹⁵³ Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, en *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, septiembre-diciembre, 2001, p. 95

¹⁵⁴ Cristina Rivera-Garza, “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930”, en *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, septiembre-diciembre, 2001, p. 80

¹⁵⁵ Sacristán, *op.cit.*, p. 478.

bacteriológico, de patología y de microfotografía; y la construcción del Pabellón de Toxicómanos.¹⁵⁶

Entre las reformas de la década de los treinta hechas al manicomio se contó con la construcción del Pabellón de Toxicómanos. Éste sería la siguiente y última sede del Hospital Federal para Toxicómanos, de 1934-35 a 1948. El pabellón se inauguró el 18 de julio de 1934 y para febrero del siguiente año las dependencias del Hospital ya se habían instalado en él. El edificio fue diseñado por el arquitecto Aragón Echeagaray, quien había planeado el monumento al General Álvaro Obregón ubicado en San Ángel.

El Pabellón de Toxicómanos era un edificio “de aspecto moderno y sobrio”¹⁵⁷ de dos plantas, dividido en salas con un propósito específico cada una. Anexo al edificio principal había otro pequeño para análisis clínicos.¹⁵⁸ La entrada al pabellón daba a un pasillo largo a la derecha del cual se encontraba el comedor, seguido por la sala de médicos y enfermeros, la sala de curaciones y, finalmente, se llegaba la sala de reuniones que a su derecha tenía la terraza. A la izquierda del pasillo por el que se entraba al hospital se hallaba la sala de utensilios para la cocina y el área de sanitarios, lavabos, regaderas y casilleros. Atravesando hacia la izquierda la parte de los casilleros se hallaba el dormitorio, el área más grande. En el comedor había bancas y mesas de granito fijadas al piso. Como el servicio de alimentación era proporcionado por el manicomio, no había donde se prepararan los alimentos, sólo una sala de utensilios de cocina y un pequeño cuarto donde se ubicaba el montacargas a través del cual se transportaba la comida. Los dormitorios eran salas amplias con 26 camas disponibles para asilados y cuatro habitaciones pequeñas en los extremos, dos para aislar a

¹⁵⁶ *Ibidem*.

¹⁵⁷ Bautista, *op. cit.*, p. 84.

¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 85.

los pacientes indisciplinados y dos donde se localizaban los vigilantes. Los baños, de igual manera que las demás salas, eran de uso común, contaban con sanitarios, regaderas, lavabos y casilleros. La sala de estar y la terraza eran las partes más iluminadas y amplias del pabellón. La segunda planta era igual a la primera.¹⁵⁹

En abril de 1934¹⁶⁰ y en febrero de 1935¹⁶¹ el Departamento de Salubridad Pública y la Beneficencia Pública, de quienes dependían el hospital y el manicomio respectivamente, celebraron dos contratos donde acordaron lo relativo al Pabellón de Toxicómanos que constituiría “por ahora” el Hospital Federal para Toxicómanos. Aunque éste era una institución “autónoma” al manicomio, dada su localización en terrenos de La Castañeda se debieron establecer los términos, aún mínimos, de su relación.

En un primer momento acordaron en relación al personal que sólo los médicos serían “suministrados” por el Departamento, los enfermeros por la Beneficencia. Luego, en el convenio de 1935 todo el personal, al que se añadió el “terapéutico”, sería provisto por el departamento. Los medicamentos y el material de curación “no estupefaciente”, así como los alimentos y el lavado de ropa serían suministrados por la beneficencia. En compensación, se señaló inicialmente que se le pagarían cincuenta centavos diarios por cada asilado en el hospital. Más tarde, el pago equivalía a quince mil pesos anuales entre “artículos medicamentosos,” incluyendo narcóticos, y pagos mensuales en efectivo. Además, se acordó que el Manicomio General “facilitará en casos excepcionales y de extrema urgencia, atención de pequeña cirugía o medicina general a los asilados del Hospital Federal para

¹⁵⁹ *Ibid*, p. 85-92.

¹⁶⁰ AHSSA, FMG, SeSJ, caja 41, exp. 9, f.34.

¹⁶¹ AHSSA, FMG, SeA, caja 2, exp. 8, f. 188.

Toxicómanos.”¹⁶² Los estupefacientes para las desintoxicaciones serían dados por el departamento.

Acerca de los internos, se contempló la posibilidad de que habitaran los pabellones del manicomio a cambio del pago de la cuota más elevada establecida por el manicomio. Aunque existía esta posibilidad, la mayoría de los ingresados pertenecieron a las clases bajas; es decir, no podían costear una estancia “de primera clase”. Sin importar en qué pabellón se hallaran los tratamientos y las altas de los toxicómanos dependerían de manera exclusiva del departamento.

El Hospital Federal para Toxicómanos dentro de los terrenos del Manicomio General funcionó hasta los últimos meses de 1948. En febrero de este año Samuel Ramírez Moreno, entonces Jefe del Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica, autorizó el “proyecto tendiente a transformar el local que actualmente ocupa el Hospital Federal para Toxicómanos en un servicio de Medicina General para el Manicomio y con la idea de modificar la actual reglamentación interna del mismo Hospital”, elaborado por el director del Manicomio General. Meses después, Ramírez Moreno solicitó al director de La Castañeda la lista de razones para justificar tal proyecto. La lista firmada por el Subdirector fue enviada en noviembre.¹⁶³

El hospital desde sus primeros años en La Castañeda tuvo dificultades para funcionar de acuerdo a convenios, y más tarde, según reglamentos, como se verá más a detalle en

¹⁶² *Ibidem*.

¹⁶³ Las razones fueron básicamente la inexistencia y necesidad de un Servicio de Medicina General para el manicomio; la falta de recursos para construir un servicio de ese tipo y la adecuación para tal fin del edificio que ocupaba el Hospital Federal para Toxicómanos; la mínima cantidad de toxicómanos alojados en el hospital en relación con el total de internos y con la capacidad del lugar, éste podía albergar hasta un centenar y medio de enfermos, en esos momentos había 40 internos de los cuales sólo dos eran toxicómanos, los demás eran alcohólicos ya que a partir de cierto momento el hospital había comenzado a recibir a estos enfermos; la capacidad del Manicomio General para atender toxicómanos sin necesidad de modificar ninguna ley.

páginas posteriores. No obstante que, a diferencia de las sedes anteriores, el nuevo pabellón había sido levantado con el propósito específico de curar toxicómanos. Otra diferencia significativa con respecto a la crujía y al inmueble ubicado en la calle Tolsá fue que el Pabellón de Toxicómanos se contempló como un lugar que podía asilar tanto a hombres como a mujeres, aunque en menor proporción, 100 hombres y 50 mujeres aproximadamente.

En febrero de 1948 el entonces director del Hospital Federal para Toxicómanos, el médico Juan Peón del Valle, algo debió saber acerca del proyecto del director del manicomio, pues dirigiéndose al director general de Higiene y Asistencia afirmó que al hospital “se ha llegado a confundirle con un pabellón del manicomio o se ha hablado de suprimirlo.”¹⁶⁴ Al respecto, consideró que “sería tanto como dar un paso atrás y consagrar un despilfarro más, lo que es antipatriótico y antisocial.”¹⁶⁵ Al contrario de pensar en suprimir el lugar, opinó el director, “puede seguirse trabajando intensamente y aprovechar lo que hay, así como lo que se vaya consiguiendo.”¹⁶⁶

Finalmente, los últimos meses de 1948 fueron también los últimos de funcionamiento del hospital. Las mujeres toxicómanas en tratamiento fueron trasladadas al Pabellón de Agitadas y los hombres al Pabellón de Reos y Agitados, que habían comenzado a ser atendidas desde que las dependencias del hospital llegaron al Pabellón de Toxicómanos. El nombre de este último cambió a Pabellón de Reos, Agitados y Toxicómanos. El primer director del rebautizado pabellón fue el último del hospital, el médico Juan Peón del Valle. El edificio que albergó las dependencias del Hospital Federal para Toxicómanos en terrenos

¹⁶⁴ *Ibidem.*

¹⁶⁵ *Ibidem.*

¹⁶⁶ *Ibidem.*

del Manicomio General acabó siendo rentado al Instituto Mexicano del Seguro Social en 1948 para la atención de trabajadores con padecimientos mentales.

El hospital desapareció, pero los toxicómanos continuaron siendo atendidos tanto en el Manicomio General, en los pabellones a los que fueron trasladados los últimos internos, como en diversas instituciones públicas y privadas, que trataban adicciones entre otros padecimientos. Hacia finales de la década de 1940 el combate contra la producción, el comercio y el consumo de drogas atribuidas al Departamento de Salubridad Pública comenzó a volverse competencia de la Procuraduría General de Justicia hasta acabar siendo una tarea completamente suya.

Conclusiones

La legislación sobre consumidores de drogas de las décadas de 1920 y 1930 consideró que éstos eran enfermos que debían ser curados en un lugar especializado que el Departamento de Salubridad Pública establecería. En 1931 no se estableció uno de los lugares que señalaba la legislación, pero se adaptó mínimamente la crujía F de la Penitenciaría del Distrito Federal para atender a los toxicómanos. En el año de 1933, debido a que los presos de la Cárcel de Belén que iba a ser destruida ocuparían la crujía, el Servicio de Toxicómanos se trasladó a un edificio ubicado en la calle Tolsá en el centro de la ciudad de México que había sido sede de Inspección de Sanidad. En tal lugar, pese a que hubo algunas mejoras, no se alcanzó el propósito central de la institución: curar toxicómanos. En el Manicomio General para 1934 se había inaugurado un Pabellón de Toxicómanos que se encontraba sin utilizar. El sitio era ideal para instalar en él las dependencias del Hospital Federal para Toxicómanos, pues había sido construido con el fin de curar enfermos de toxicomanía y contemplaba el internamiento

para mujeres. Las malas condiciones del edificio en Tolsá y el bajo presupuesto con que se contaba para adaptarlo para los tratamientos de intoxicación y deshabituación de toxicómanos habían sido señalados como algunas de las principales causas del poco éxito de la institución. El Departamento de Salubridad Pública consiguió ubicar en el Pabellón de Toxicómanos las dependencias del hospital que fueron trasladadas durante el año de 1934. En terrenos del Manicomio General el Hospital Federal para Toxicómanos se mantuvo funcionando hasta finales de 1948. Con un sinnúmero de problemas, casi al acabar el año el hospital desapareció, los enfermos que en él quedaban fueron trasladados a pabellones de La Castañeda y el edificio que fue el Pabellón de Toxicómanos fue rentado al IMSS.

A continuación, la investigación versará en torno al funcionamiento del hospital una vez llegado al Manicomio General. En el tercer capítulo se analizará cómo se planeó en distintos momentos que operaría la institución. Finalmente, en contraste con el capítulo tercero, en el último se presentará cómo diversas fuentes producidas de manera cotidiana en la institución nos sugieren que ésta funcionó; asimismo se plantearán algunas cuestiones referentes a su fracaso.

Capítulo 3. El Hospital Federal para Toxicómanos según reglamentos, 1935-1945

Durante el año de 1934 las dependencias del Hospital Federal para Toxicómanos se trasladaron del centro de la ciudad al recién construido Pabellón de Toxicómanos del Manicomio General. Ahí permanecerían hasta 1948 cuando de manera repentina el hospital desaparecería. Como vimos hacia el final del capítulo anterior, el Departamento de Salubridad Pública y la Beneficencia Pública, de quienes dependían respectivamente el hospital y el manicomio, celebraron dos acuerdos (abril de 1934 y febrero de 1935) donde establecieron los términos mínimos de la relación entre éstos dada la ubicación del Hospital Federal para Toxicómanos en La Castañeda. Los arreglos fueron básicamente sobre los servicios que el manicomio le prestaría al hospital: el personal, la alimentación, los medicamentos, el lavado de ropa y las compensaciones al respecto.

En el mismo año, en junio de 1935, se elaboró por primera vez en la historia de la institución un proyecto de reglamento interno, que aunque nunca se publicó sirve de referencia acerca de cómo se planeó que éste funcionaría a partir de entonces. Una década después, se redactaría un nuevo reglamento interior del hospital que sí llegaría a publicarse y que estaría vigente durante los tres años restantes del establecimiento. A partir de ambos documentos, en este capítulo se busca responder a cómo se planeó que funcionara el Hospital Federal para Toxicómanos durante los años en los que se localizó en el Manicomio General.

La periodización corresponde al tiempo en el que la institución se ubicó dentro de La Castañeda y no a la vida completa del hospital, es decir, de 1931 a 1948. La periodización tiene que ver, pues, no con el inicio y fin de la institución, sino con el siguiente ejercicio. Según las fuentes disponibles acerca del Hospital Federal para Toxicómanos, he realizado una comparación entre, por un lado, los planes que se elaboraron en distintos momentos sobre

cómo funcionaría el hospital; por otro lado, lo que sugieren fuentes administrativas y expedientes clínicos acerca de la marcha cotidiana de la institución, objeto del último capítulo.

3.1 Proyecto del reglamento interior del Hospital Federal para Toxicómanos, 1935

En los fondos documentales que contienen lo relativo al Hospital Federal para Toxicómanos no aparece ningún reglamento interno de la institución hasta 1945, pero se encuentra un “Proyecto de reglamento interior del Hospital Federal para Toxicómanos” fechado en junio de 1935.¹⁶⁷ Aun si dicho proyecto no llegó a publicarse considero pertinente tomarlo como referencia de cómo se planeó en aquel entonces que funcionaría el hospital. Afirmaciones como la del médico Antonio Monzón sugieren que efectivamente sirvió de guía a la institución. En 1936 señaló que “de acuerdo con el Reglamento Federal de Toxicomanía funciona un Hospital para toxicómanos en Mixcoac, dependiente del Departamento de Salubridad Pública; este hospital tiene un reglamento apropiado y lo mejor posible dentro de sus limitadas condiciones de utilidad.”¹⁶⁸ En esta sección, me basaré, por lo tanto, en el “Proyecto de reglamento interior del Hospital Federal para Toxicómanos” de 1935 para referirme a una de las maneras cómo se planeó que funcionaría el Hospital Federal para Toxicómanos en La Castañeda.

Cristina Rivera-Garza señaló en relación al primer reglamento del Manicomio General que éste no refleja tanto lo que sucedía en la institución como una visión de lo que

¹⁶⁷ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

¹⁶⁸ Antonio Monzón, “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*, n. 3 y 4, septiembre-octubre, 1936, p. 28.

las autoridades creían funcional y efectivo.¹⁶⁹ En este sentido, el documento de 1935 también refleja lo que sus redactores consideraron “funcional y efectivo” para una institución dedicada a la reclusión, estudio y curación de toxicómanos. Rivera-Garza empleó el reglamento para acercarse a la vida cotidiana del manicomio. El documento que nos ocupa también da muestras de ello en relación al hospital, así como de otros varios asuntos. El largo proyecto, de ciento veintiún artículos más 9 transitorios, contempló una amplia variedad de elementos como las finalidades del hospital, las instancias con las que tendría que ver, quiénes serían los distintos actores dentro de la institución, cuáles los papeles que desempeñarían e incluso sus horarios, para cuántos internos estaba pensado y cuáles eran los procedimientos de ingreso y alta.¹⁷⁰

El Hospital Federal para Toxicómanos tuvo como finalidades ser “el Establecimiento de reclusión para la observación, tratamiento y aislamiento de los individuos afectados por las diversas toxicomanías (por heroína, cocaína, morfina, peyote, marihuana).”¹⁷¹ Resulta curiosos que se haya incluido al peyote entre las sustancias mencionadas, que no se consideraba una “droga enervante” ni toxicomanía a su uso vicioso en la legislación. Con respecto al primer objetivo, el hospital sería por excelencia el lugar donde se realizarían investigaciones científicas sobre toxicomanía. Consideremos que el hospital era la primera y única institución pública dedicada de manera exclusiva a la observación, estudio y “tratamiento” de las toxicomanías. Acerca del consumo de marihuana, por ejemplo, no había

¹⁶⁹ Cristina Rivera-Garza, “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930”, en *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, 2001, p. 62.

¹⁷⁰ Específicamente los capítulos se refirieron a la finalidad, dependencia, buen funcionamiento, población, personal administrativo, conexión con otras dependencias o servicios, ingreso, alta, permisos y salidas parciales, visitas, actividades generales, disciplina, castigos, obligaciones y derechos de los “reclusos”, alimentos y medicamentos. AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

¹⁷¹ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

consenso acerca de sus efectos. En este sentido, el hospital se presentó como el lugar idóneo donde se podían realizar investigaciones al respecto.

Acorde con la demás legislación vigente (donde se intentó que prevaleciera el tratamiento médico de los toxicómanos sobre su criminalización) y de manera un tanto contradictoria, la finalidad del hospital estaría “sujeta a los conocimientos científicos que sobre el particular tengan y no obedeciendo a fines netamente policiacos”. Es decir, sí se le reconoció una función de reclusión para quienes se consideraban peligrosos para la sociedad, pero sobre ello se le consideró un lugar terapéutico y de estudio. Bajo la misma lógica, la institución estaría a cargo de “técnicos especializados”, es decir, médicos.¹⁷²

El tratamiento sería individualizado, integral (“médico, psicológico, por el trabajo”), y “por el tiempo sin especificación que cada uno necesita para su curación o desintoxicación en su caso.” Lo anterior implicaba efectivamente un tratamiento destinado a la deshabitación, el hospital tendría, sorprendentemente, la capacidad para ofrecer tanto tratamientos de desintoxicación como de curación, al menos en el papel. Recordemos que los médicos hacían una distinción entre desintoxicación y deshabitación. La primera consistía en la eliminación de la droga del cuerpo a través de la supresión brusca, rápida o lenta del tóxico y, en ocasiones, también mediante la sustitución de sustancias como hipnóticos, tónicos cardiacos y purgantes. La reclusión se consideraba requisito para conseguir la desintoxicación porque se trataba de alejar al enfermo de “las posibilidades de adquisición de la droga”¹⁷³ y de que estuviera bajo el cuidado de personal “especializado y honrado”,¹⁷⁴ que no le proporcionara tóxicos no contemplados dentro del tratamiento. La

¹⁷² *Ibidem.*

¹⁷³ Pérez, *op. cit.*, p. 389.

¹⁷⁴ *Ibidem.*

deshabitación incluía la desintoxicación y tenía como finalidad la curación propiamente dicha, la no reincidencia en el consumo de drogas y la reintegración productiva del individuo a la sociedad. En resumen, el establecimiento sería un lugar de aislamiento, de producción de conocimiento científico, así como terapéutico.¹⁷⁵

El hospital dependió del Servicio de Química y Farmacia, oficina del Departamento de Salubridad Pública, creado en 1921 que “tuvo encomendados los asuntos relacionados al ejercicio de la farmacia, por lo que entre sus actividades estaban la vigilancia del manejo de narcóticos que se hacía en boticas, droguerías y otros establecimientos de fabricación y venta de sustancias.”¹⁷⁶

El “buen funcionamiento del establecimiento” estaría en relación al respecto a la jerarquía del personal, la unificación de criterios entre las autoridades y la restricción y el control del ingreso a personas ajenas. El acceso de éstas estaría restringido a aquellos que tuvieran asuntos justificados que resolver en él. Los limitados “pases para entrar” sólo los podría extender el director o su superior. Se trataba de evitar que, como había sucedido en la cruzía y en Tolsá, los internos encontraran alguna manera de tener acceso a los enervantes.¹⁷⁷

El hospital estaría relacionado con “todas las personalidades judiciales y jurídicas”, hospitales, sanatorios y “demás establecimientos similares”, que serían las que remitirían a los enfermos; con el Manicomio General, por la ubicación del hospital y por su dependencia médica y administrativa con él; el Departamento de Prevención Social, otra instancia remitente de asilados; y con el Servicio Jurídico del Departamento de Salubridad Pública,

¹⁷⁵ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

¹⁷⁶ Olvera, *op. cit.*, p. 66.

¹⁷⁷ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

conformado en 1925 para formular proyectos normativos, compilar la legislación sanitaria, tramitar lo relativo al ejercicio de la medicina, representar a la institución, averiguar y determinar sanciones, incluyendo las relacionadas al tráfico de drogas enervantes.¹⁷⁸

¿Quiénes laborarían en el hospital y cuáles serían sus funciones y horarios? El personal técnico consistiría en un director médico de quien dependería todo el demás personal, dos médicos, al menos dos practicantes, tres enfermeras y una enfermera visitadora social. La organización del personal técnico sería jerárquica y en ella el director médico ocuparía el nivel superior dentro del hospital, sólo respondería al jefe del Servicio de Química y Farmacia de quien éste dependería. El director resolvería “todo lo relativo al buen funcionamiento del hospital,” solucionaría los asuntos legales “que puedan suscitarse con los reclusos”,¹⁷⁹ y orientaría las investigaciones sobre toxicomanía.

Los otros médicos, dependientes directamente del director, serían quienes llevarían a cabo el servicio médico con ayuda de practicantes, enfermeras y personal administrativo. El par de médicos debía atender a entre 90 y 110 pacientes; es decir, cada uno atendería de 45 a 55 pacientes. No resultan tantos si los comparamos con los 300 asilados que un solo médico del manicomio llegó a atender durante los años de sobrecupo de La Castañeda.¹⁸⁰ Laborarían tres horas diarias, realizarían visitas dominicales cada quince días y “guardias nocturnas convencionales.” Los practicantes ayudarían a los médicos “en el desempeño de la labor médica,” “llevando las ordenatas, haciendo exploraciones, poniendo inyecciones”. Ellos y sus

¹⁷⁸ Olvera, *op. cit.*, p. 66.

¹⁷⁹ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

¹⁸⁰ Cristina Sacristán, “Manicomio La Castañeda, recluir para curar”, en *BiCentenario, el ayer y hoy de México*, v. 9, n. 33, 2016, p. 21. La historia del manicomio ha sido dividida en tres periodos de acuerdo a la cantidad *anual* de sus ingresos. El primero va de 1910 a 1919, años de decrecimiento de la población psiquiátrica. El segundo periodo abarca los años de 1920 a 1944, lapso donde aumentó la cantidad de ingresos hasta 1,663 en 1944. El último periodo, entre 1944 y 1968, se caracterizó por la estabilización en el número de ingresos. Véase Ríos, *Los pacientes...*

superiores inmediatos serían quienes llevarían a cabo los trabajos de investigación que el director “orientaría”.¹⁸¹

Las enfermeras llevarían a cabo “las labores propicias de su profesión.” La llamada *enfermera visitadora social*, que dependería directamente del director aunque recibiría indicaciones de los médicos, se presentaría al servicio, en general, de forma diaria para realizar “la investigación o trabajo social requerido en caso de internación, externación, etc., de los reclusos en el hospital o bien trabajos otros de investigación social en relación con estudios que se emprendan.”¹⁸²

El personal administrativo consistiría en un administrador, mozos (no se especificó cuántos), una taquimecanógrafa, un empleado administrativo y *al menos doce* enfermeros-vigilantes. El administrador trabajaría el tiempo designado por el “Administrativo del Departamento, ajustándose al trabajo que haya que desempeñar en el establecimiento.” De él dependería todo el demás personal administrativo y él respondería sólo al director y el jefe del Servicio de Química y Farmacia. Resolvería asuntos tales como la repartición y el cuidado de la ropa, la alimentación, la administración del dinero de los enfermos, la disciplina y, en general, cualquier tramitación de asuntos administrativos. Con sus dos superiores tendría diariamente acuerdos “para resolver los problemas de orden general.” Sobre el dinero de los internos se especificó que ellos lo entregarían a cambio de un vale firmado por el administrador, quien se los racionaría de manera que pudieran comprar artículos como cigarrillos.¹⁸³

¹⁸¹ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

¹⁸² *Ibidem*.

¹⁸³ *Ibidem*.

La taquimecanógrafa y el empleado administrativo trabajarían seis horas diarias desempeñando “los trabajos de escritorio requeridos”. La primera también controlaría el archivo y tomaría dictados del director y de los médicos. El segundo colaboraría “con la Administración según las indicaciones precisas de ésta.”¹⁸⁴

En ciertos aspectos administrativos el hospital dependió del Manicomio General. Los alimentos, el lavado de ropa y los medicamentos no narcóticos, de acuerdo al convenio celebrado el 20 de febrero de 1935, seguirían siendo suministrados por éste. El pabellón no contaba con lugares propios donde preparar los alimentos y lavar ropa ya que había sido pensado como uno más de los pabellones del manicomio, a los que estos servicios les eran provistos por la cocina y la lavandería del manicomio localizadas en el Pabellón de Servicios Generales, “el más grande del complejo”.¹⁸⁵ Entre las reformas que se realizaron en La Castañeda entre 1935 y 1940 se encontró la construcción de una cocina nueva.¹⁸⁶

Los narcóticos los suministraría el Servicio de Química y Farmacia, y “solamente por excepción y por urgencia se podrá solicitar de la botica del manicomio el narcótico que pueda ser útil para las necesidades del momento.”¹⁸⁷ Su control se llevaría de manera muy cuidadosa a través de un libro donde se registrarían “consumo y forma de administración diaria y especificada,” y entradas y salidas, que sería validado cada mes por el Servicio de Química y Farmacia.¹⁸⁸

Las formas de ingresar serían de manera voluntaria y siendo conducido por alguna autoridad, como la Policía Sanitaria. Este cuerpo policiaco tuvo una sección especializada

¹⁸⁴ *Ibidem*.

¹⁸⁵ Ríos Molina, *op. cit.* p. 44.

¹⁸⁶ *Ibid.*, p. 21.

¹⁸⁷ *Ibidem*.

¹⁸⁸ *Ibidem*.

denominada Policía de Narcóticos cuyas funciones fueron el “control del tráfico y consumo de drogas” en la Ciudad de México entre 1920 y 1943.¹⁸⁹ La Policía Sanitaria u otra autoridad llevarían al hospital a toxicómanos, *sospechosos* de serlo y *traficantes de drogas*. Los voluntarios antes de presentarse en él debían acudir al Servicio Jurídico para solicitar la orden de internamiento. Sólo en casos excepcionales y a juicio del director los toxicómanos voluntarios serían recibidos directamente en el hospital con el aviso inmediato tanto al Servicio Jurídico y como al Química y Farmacia. Esta forma de ingreso representó un cambio con respecto a la penitenciaría y a Tolsá donde antes de llegar pasaban días en las oficinas del Departamento de Salubridad Pública hasta que les daban los habían diagnosticado como toxicómanos o como sospechosos de serlo, de acuerdo al Reglamento Federal de Toxicomanía de 1931.¹⁹⁰

Todo ingreso debía “estar amparado por un oficio de consignación que se tendrá en poder del establecimiento dentro de las veinticuatro horas siguientes al ingreso.”¹⁹¹ Cuando quienes presentaran a alguien fueran agentes de la Policía Sanitaria se debía entregar, por persona detenida, un documento firmado por ellos mismos donde se aclararía que si el ingresado “no presenta signos de intoxicación y no se ha recibido la consignación escrita dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, se dejará al individuo en libertad,”¹⁹² avisando a los Servicios Jurídico y de Química y Farmacia.

Llegados a terrenos del manicomio serían registrados minuciosamente por los vigilantes enfermeros “de preferencia en lugar anexo y fuera del pabellón.” Al finalizar, el

¹⁸⁹ Sobre la Policía Sanitaria o de Narcóticos véase el estudio particular de Nidia Olvera, *Policías...*

¹⁹⁰ Véase capítulo 2.

¹⁹¹ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

¹⁹² *Ibidem*.

personal encargado entregaría un comprobante de haber realizado el registro junto con “los objetos recogidos, los mismo droga u otras sustancias que portara el sujeto registrado.” Ahora sí, al entrar al hospital, recibirían un overol limpio y ropa de cama. Las prendas que llevaran puestas al momento de ingresar serían guardadas y si lo ameritaban, desinfectadas. Al irse les serían devueltas con “los objetos de valor o peligro” recogidos al ingreso y ellos devolverían el overol y la ropa de cama.¹⁹³

Como a su llegada al hospital no se sabía si efectivamente padecían toxicomanía (eran llevados los sospechosos de padecerla), en el menor lapso posible a partir de su ingreso les sería practicado un examen médico para determinar “si presentan o no síntomas de toxicomanía y el estado que a este respecto presenten.” Esto se planeó de manera contraria a cómo sucedió en la crujía y en Tolsá y en el manicomio, “para evitar quejas por internamientos arbitrarios” y combatir la saturación del manicomio, en 1932 el director del manicomio Manuel Guevara Oropeza estableció el “certificado de 72 horas” durante las que se observaría al ingresado antes de diagnosticarlo y trasladarlo a un pabellón.¹⁹⁴ En la penitenciaría y en el centro los sospechosos de toxicomanía primero eran llevados a las oficinas del Departamento de Salubridad Pública donde después de varios días eran diagnosticados y en función del resultado, trasladados o no al hospital.¹⁹⁵

Al ingresar los asilados *se volvían sujetos de averiguación* debido a la posibilidad de que también fueran traficantes, así que dicho dictamen médico debía enviarse al Servicio Jurídico con copia al de Química y Farmacia durante los cinco días posteriores al ingreso. Al hospital

¹⁹³ *Ibíd.*

¹⁹⁴ Cristina Sacristán, “La clínica psiquiátrica en el Pabellón Central” en Andrés Ríos (coord.), *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*, México, Instituto de Investigaciones Históricas, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2017, p. 54.

¹⁹⁵ Véase capítulo 2.

debía presentarse diariamente un abogado encargado de todas las averiguaciones. Él, a cambio de un recibo, tendría en su poder los documentos originales de consignación. Los que luego del examen médico resultaran toxicómanos se quedarían para recibir tratamiento de desintoxicación. Lo mismo sucedería con los que además de resultar toxicómanos fueran traficantes de drogas. Aquellos que sólo resultaran traficantes serían puestos a disposición de la Procuraduría del Distrito Federal. Los que no fueran toxicómanos ni traficantes quedarían en libertad, a menos que estuvieran comprometidos legalmente, en cuyo caso serían puestos a disposición de la autoridad competente.¹⁹⁶

La población sería de 50 a 60 hombres y de 40 a 50 mujeres “para evitar aglomeraciones peligrosas,” aunque excepcionalmente el número podría ser superior. Si bien el tiempo de estancia estaría de acuerdo a cada caso particular, “deberá evitarse la permanencia en el Hospital, excepción hecha de casos.” En este proyecto de reglamento, a diferencia de los que contempló el convenio del 20 de febrero de 1935, los toxicómanos dejarían de tener expresamente la posibilidad de habitar los pabellones del manicomio a cambio del pago de determinada cuota. Todos quienes pudieran pagar el costo de su curación así lo harían.¹⁹⁷

Se contemplaron dos tipos de “salidas parciales” de acuerdo a la situación legal de los internos. Los asilados sin responsabilidad legal podrían salir a juicio del Director y “previa la seguridad del caso”. Llama la atención que se contemplara esta posibilidad tomando en cuenta que una de las características principales de esta población eran los reingresos¹⁹⁸ (debido a la recaída en el consumo) y que en el mismo proyecto se consideraron medidas

¹⁹⁶ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

¹⁹⁷ *Ibidem*.

¹⁹⁸ Ríos Molina, *op. cit.*, p. 9

para evitar el contacto entre internos y personas ajenas a la institución con la finalidad que los primeros no lograran conseguir drogas. Este permiso también se les concedía “con frecuencia a criterio de los médicos”¹⁹⁹ a los asilados en los pabellones del manicomio. En cambio, quienes estuvieran comprometidos legalmente sólo saldrían por diligencias judiciales. En este caso, se señaló que el proceso de la salida quedaría asentado, incluyendo las horas de salida y llegada. Al regresar de las “salidas parciales” serían registrados minuciosamente para asegurarse de que no introdujeran enervantes.²⁰⁰

Todos los asilados tendrían derecho a visitas, pero se las intentaría limitar hasta donde fuera posible. Tendrían lugar en los días de las del manicomio y sólo si el médico encargado del tratamiento estuviera de acuerdo y lo autorizaba el director. Consistirían en una charla de máximo quince minutos, a distancia y vigilada. Al visitante, una vez habiéndose identificado con el administrador, se le entregaría “una tarjeta firmada por el director donde quede especificado el número de personas que pueden visitar y el parentesco que tienen con el reo.” Él a su vez la entregaría al jefe de enfermeros del manicomio “quien enviará un vigilante exprofeso” para acompañarlo hasta la “reja exterior” del hospital donde avisaría al administrador sobre la visita. Cuando el visitante se retirara le sería devuelta la tarjeta para visitas sucesivas, pero en caso de que infringiera el reglamento le sería recogida y prohibidas nuevas visitas. Otra vez con el fin de evitar el consumo de drogas ajeno al tratamiento, los visitantes tendrían prohibido llevarle al toxicómano cualquier clase de objetos, si llegarán con alguno les sería retirado al entrar y en caso de que intentaran introducir o de hecho introdujeran droga, les sería recogida y enviada al Servicio Jurídico con

¹⁹⁹ Cristina Sacristán, “Manicomio La Castañeda, recluir para curar”, en *BiCentenario, el ayer y hoy de México*, v. 9, n. 33, 2016, p. 20.

²⁰⁰ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

el documento de consignación del culpable; aun si lo que ingresaran fueran objetos o alimentos, la persona sería “consignada por sospechosa de tráfico de drogas.”²⁰¹

Cristina Sacristán señaló, para el caso de los pacientes de La Castañeda, que a través de un “régimen dirigido por el orden y la disciplina”, los psiquiatras buscaron que éstos, “sobre todo los crónicos con ciertas capacidades”, recuperaran habilidades perdidas y creyeran que se reintegrarían a la sociedad cuando pudieran desempeñar un trabajo. En el caso de los internos del hospital, también se pretendió rehabilitarlos a través de actividades como el trabajo, así como mediante la ordenación del tiempo y el espacio. Recordemos la distribución del pabellón en la que se contempló un sitio especial para cada actividad;²⁰² el tiempo también fue ordenado y la trasgresión a cualquiera de esos dos órdenes ameritaba sanción. “La terapia ocupacional basada en el trabajo, los deportes y las actividades artísticas” fue una medida terapéutica incorporada por el director del manicomio a partir de 1932.²⁰³ Además, dichas actividades iban acorde con lo que los médicos consideraban curativo para los toxicómanos.

En la mayoría de los casos los internos se levantarían a las 6:30 de la mañana en verano y media hora más tarde en invierno. En seguida, tomarían un “baño de aseo” para después limpiar sus salas y los utensilios de cocina. La hora para acostarse no rebasaría las diez de la noche. La trasgresión a orden espacial y temporal, estar levantado después de la orden para acostarse o fuera de la sala correspondiente, ameritaría reporte. Con respecto a estas disposiciones sólo una orden médica sería eximente de responsabilidad. Con el fin de que el internado “no permanezca en ociosidad” y, *cuando fuera posible*, le sería asignado un trabajo de

²⁰¹ *Ibidem*.

²⁰² Lourdes Bautista realizó un análisis del espacio en el hospital, véase *De la penitenciaría...*

²⁰³ Ríos Molina, *op. cit.*, p. 5.

taller o de campo y secundariamente una actividad deportiva. Asimismo, se trataría de “realizar labor social y cultural.”²⁰⁴

Si bien todo el personal velaría por la disciplina, los enfermeros-vigilantes estarían especialmente encargados de ella. Vigilarían *permanentemente* a los asilados, no podrían abandonar su lugar sin haberlo entregado a un compañero. Llama la atención la continua vigilancia que pesaría sobre los toxicómanos cuando se insistía en que eran enfermos y no delincuentes y que se les debía tratar como tales. Médicos como Harry Petters remarcaron que el éxito de los tratamientos dependía en gran medida de ello, de que se les tratara como enfermos y no como delincuentes.²⁰⁵

Los propios enfermeros-vigilantes debían estar pendientes de ellos mismos para no caer en “familiaridades indebidas” entre sí y con el resto del personal. Manifestaciones de su propia indisciplina como “la embriaguez habitual” y presentarse “alcoholizado” se castigarían con la destitución; en caso de que traficaran con drogas serían consignados de manera inmediata. Los vigilantes enfermeros, como se advierte, serían de acuerdo a su propio nombre, una especie de combinación entre custodios y ayudantes de los médicos. En realidad la única “ayuda médica” que proporcionarían consistiría en informar a los médicos sobre el comportamiento de los asilados, a quienes habían estado observando de manera permanente. El horario de los vigilantes enfermeros no quedó fijado, sino que trabajarían “según el horario que de acuerdo con el Jefe de Química y Farmacia” les fije la dirección del establecimiento.” Su labor consistiría en vigilar, observar e informar lo que se les pidiera sobre los “reclusos”, *“para lo cual serán aleccionados por el personal médico”*, es decir, hasta entonces no contaban con

²⁰⁴ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

²⁰⁵ Petters, *op. cit.*, p. 299.

formación en enfermería. Entre ellos habría dos jefes de grupo que diariamente rendirían “parte diario detallado [con copia a la dirección] de las novedades ocurridas en el establecimiento al Administrador”.²⁰⁶ En resumen, tendrían varias y diversas tareas: la vigilancia continua de los internos incluyendo las visitas; los registros minuciosos a los ingresos; dar parte de las novedades diarias; facilitar información que contribuyera a la recuperación de los asilados; los castigos a los enfermos.

Los castigos a los asilados estarían en relación a la falta y a juicio del administrador, los médicos y el director. Irían desde consignación a otras autoridades, aislamiento, hasta los golpes, aunque únicamente para “repeler agresión o por defensa propia.” El aislamiento del “insubordinado” o del “individuo que se juzgue peligroso, o del cual se sospeche que trama una evasión” sería en una “celda que para el efecto se ha de construir o bien en el pabellón de enfermos mentales agitados del Manicomio General.”²⁰⁷ El Pabellón de Toxicómanos, de acuerdo a sus planos, contaba con pequeños espacios de aislamiento en dos de las esquinas de los dormitorios.²⁰⁸

Es muy significativo que, contrario a los fines sujeta científicos del lugar, se contempló una vigilancia continua e, incluso, castigos hacia los asilados entre los que se encontraron golpes, aun con la restricción señalada, y su traslado al Pabellón de agitados y peligrosos. En éste se hallaban los asilados violentos, impulsivos o agitados, “cuya permanencia en otros pabellones puede ser nociva para los otros asilados”, y “los presos peligrosos de cuya seguridad no pueda confiarse en los otros pabellones.”²⁰⁹ Resulta

²⁰⁶ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

²⁰⁷ *Ibidem*.

²⁰⁸ Bautista, *op. cit.*, p. 89.

²⁰⁹ María del Carmen Schleske, “Sujetos a Doble Condena: los reos del pabellón de peligrosos en el Manicomio General (1910-1915)”, en *Diacronías. Revista de divulgación histórica*, año 4, n. 8, septiembre de 2011- agosto de 2012, p. 13.

revelador que aún en el sitio que era prueba de que se les consideraba enfermos antes que criminales, se contemplaran tales medidas.

Los enfermos tendrían el derecho de quejarse por maltrato o tiranía con el administrador o el director; solicitar audiencia con éstos “para preguntas relativas a su situación y a varios”; reclamar su salida “aduciendo las razones que puedan apoyarla”; solicitar certificados de buena conducta; exigir atención médica distinta a la relacionada con su toxicomanía. Sus obligaciones, por otra parte, consistirían en obedecer el reglamento, observar la disciplina general, ser sujetos del tratamiento anti-venéreo y mantener “aseo absoluto” en sus salas y limpiar los utensilios de cocina.²¹⁰

Cuando el recluso estuviera *desintoxicado*, no curado, la dirección debía redactar un dictamen firmado por mínimo dos médicos y dirigido al Jefe del Servicio de Química y Farmacia sobre “que el sujeto se encuentra desintoxicado y en condiciones de poder salir del hospital.” También debía enviarse copia del dictamen al Servicio Jurídico. Finalmente, el Servicio de Química y Farmacia decidiría la suerte de quien se solicitaba el alta, “ya sea para ponerlo en libertad o para que quede a disposición del Servicio Jurídico o de autoridad competente si tiene responsabilidad legal.” El hospital debía contar físicamente con la orden de autorización del alta antes de permitir la salida del asilado. Excepcionalmente la autorización para el alta podía solicitarse y concederse mediante *vía telefónica* siempre que en las siguientes veinticuatro horas se enviara el dictamen que la justificara.²¹¹

²¹⁰ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

²¹¹ *Ibidem*.

3.2 Reglamento Interior del Hospital Federal para Toxicómanos de 1945

La higiene mental fue un movimiento social articulado a principios del siglo XX que buscó “un mejoramiento de las condiciones de vida de los pacientes psiquiátricos y prevenir las enfermedades mentales.”²¹² La recepción en México de la higiene mental la llevó a cabo la primera generación de psiquiatras: Mathilde Rodríguez Cabo, Samuel Ramírez Moreno, Edmundo Buentello, Manuel Guevara Oropeza, Leopoldo Salazar Viniegra, Alfonso Millán Maldonado y Raúl González Enríquez; “nacidos al filo de 1900, profesionalizaron y consolidaron la disciplina. Formados como médicos durante los años veinte, comenzaron a trabajar en La Castañeda siendo muy jóvenes y con muy poca experiencia”.²¹³

Cristina Sacristán junto con Andrés Ríos señaló que el caso de la higiene mental en México es particularmente interesante porque sus postulados estuvieron acorde con los objetivos de los gobiernos posteriores a la Revolución de construir al nuevo ciudadano que surgía ésta. “Por ello, durante los gobiernos de Lázaro Cárdenas, Manuel Ávila Camacho y Miguel Alemán se instrumentaron campañas, se aprobaron leyes y se crearon numerosas dependencias públicas comprometidas con la formación de ciudadanos sanos, educados y productivos.”²¹⁴

En un primer momento, estos psiquiatras crearon el 22 de febrero de 1938 la Liga Mexicana de Higiene Mental a través de la que impulsaron, junto con otros sectores sociales, “campañas educativas y políticas de prevención para reducir los factores de riesgo que generaban las enfermedades mentales.”²¹⁵ Más tarde, llevaron la higiene mental a las

²¹² Ríos Molina, *op. cit.*, p. 43.

²¹³ Cristina Sacristán, “Sobre Andrés Ríos Molina, Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950”, en *Historia mexicana*, v. 67, n. 4, abril-junio 2018, p. 1916.

²¹⁴ Sacristán, *op. cit.*, p. 1915.

²¹⁵ Ríos Molina, *op. cit.*, p. 42.

secretarías de Gobernación y Educación Pública donde propusieron varias maneras de incorporarla en las políticas públicas. Así, “pasó de ser un movimiento social a convertirse en un sector del Estado especializado en la detección y corrección de sujetos cuya conducta, sin llegar a ser delito o forma de locura, eran claras desviaciones de la norma.”²¹⁶

En 1940 entró en vigor por seis meses un nuevo Reglamento Federal de Toxicomanía basado en las recomendaciones de Leopoldo Salazar Viniegra, aparecidas en el artículo “Exposición de motivos para el nuevo reglamento de toxicomanía” publicado en la revista *Criminalia* en 1938.²¹⁷ Una de las diferencias más sobresalientes con respecto al anterior fue que contempló, además de los hospitales federales para toxicómanos, el establecimiento de dispensarios que brindarían tratamiento a toxicómanos. En el Distrito Federal llegaron a funcionar algunos de ellos. Sin embargo, debido a presiones del gobierno estadounidense, la nueva reglamentación quedó suspendida, volviendo a estar vigente la de 1931.²¹⁸

Bajo la lógica del higienismo psiquiátrico, en 1942 se creó el Consejo Mexicano de Toxicomanías e Higiene Mental “para vincular a los psiquiatras de La Castañeda con las autoridades del sector salud”²¹⁹ respecto a los problemas suscitados por la toxicomanía y la higiene mental. Lo integraron Mathilde Rodríguez Cabo, Edmundo Buentello, Manuel Guevara Oropeza, Leopoldo Salazar Viniegra, el subsecretario de Salubridad, Manuel Martínez Báez, el director de Asistencia, Raoul Fournier y Clemente Robles, director de Asistencia Médica. Las sesiones comenzaron hasta marzo de 1944; cinco psiquiatras del manicomio y tres representantes de la secretaría se reunían para discutir, entre otros, el gran

²¹⁶ *Ibidem*.

²¹⁷ Leopoldo Salazar, “Exposición de motivos para el nuevo reglamento federal de toxicomanía”, en *Criminalia*, año V, n. 9, 1938, pp. 555-560.

²¹⁸ Un estudio particular al respecto es el de Marina Flores, *La alternativa...*

²¹⁹ Ríos Molina, *op. cit.*, p. 68.

problema “del tratamiento más idóneo para la desintoxicación de los toxicómanos”.²²⁰ En relación a “los problemas creados por la anexión al Manicomio del Hospital Federal de Toxicómanos”,²²¹ el consejo elaboró el Reglamento Interior del Hospital Federal para Toxicómanos publicado en el *Diario Oficial* el 15 de mayo de 1945.²²²

En 1943 el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública se habían fusionado como Secretaría de Salubridad y Asistencia. Así que, desde entonces, el Hospital Federal para Toxicómanos pasó a depender de ella. A partir de 1945 los objetivos de la institución serían sólo “recibir y tratar a los toxicómanos”.²²³

El personal, como en los inicios de la institución, se dividió en técnico y administrativo. Entre el primero, además de estar el director, los médicos, los practicantes y las enfermeras, fueron agregados los “técnicos especializados”. A diferencia del elaborado una década anterior, en éste no se especificaron los horarios laborales, sólo se contempló que “[el personal] se sujetará a los horarios y normas del Director, desempeñará sus labores con esmero y eficiencia y acatará todas las medidas de disciplina que se implanten.”²²⁴

El director, aparte de contar con título registrado en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y con “mínimo cinco años de ejercicio profesional”, sería especialista en neuropsiquiatría. En el proyecto de la década anterior no se especificó que el director requiriera alguna especialidad. Gracias a que sus campos de estudio eran similares, la neurología y la psiquiatría estuvieron unidas bajo el nombre de “neuropsiquiatría” hasta la

²²⁰ Sacristán, *op. cit.*, p. 1917.

²²¹ AHSS, FMG, SeA, caja 48, exp. 2, 1945.

²²² “Reglamento Interior del Hospital Federal para Toxicómanos” en *Diario Oficial*, 15 de mayo de 1945, pp. 6-8.

²²³ *Ibidem*.

²²⁴ *Ibid.*, p. 6.

segunda mitad del siglo XX.²²⁵ A partir del siglo XVII la neurología se consideró la disciplina encargada del estudio del sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal). En la psiquiatría, por otra parte, durante el siglo XVIII “se desarrolló una tendencia psiquiátrica de acuerdo con la cual la enfermedad mental tenía un origen somático y, por lo tanto, su estudio dependía de investigaciones anatómicas tanto en el cerebro como en los nervios.”²²⁶

Entre las funciones del director estarían acordar horarios de trabajo y admisión de pacientes, reglamentar sus visitas, seleccionar al personal y distribuir sus labores, designar y calificar los tratamientos y programas de readaptación de los pacientes, solicitar y controlar los enervantes y demás medicamentos, promover las altas, designar encargados de “recibir, clasificar y despachar los asuntos que se reciban,” “controlar y archivar todos los documentos y registros clínicos de los asilados, llevando a cabo el control de correspondencia con las oficinas centrales de la Secretaría”.²²⁷

Los médicos, por otro lado, también con título registrado en la secretaría y con al menos dos años de ejercicio profesional, tuvieron a su cargo, según el artículo sexto, “las labores técnicas que el director les encomiende y llevarán los registros clínicos habituales.” Colaboraron con ellos los practicantes, alumnos regulares de quinto año de la carrera de medicina.²²⁸

Las enfermeras tendrían título registrado, o bien, comprobarían “poseer conocimientos sobre la materia y tener, cuando menos, dos años de práctica.” Seguirían las

²²⁵ Daniel Vicencio, “Trastornos neurológicos” en Andrés Ríos (coord.), *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*, México, Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Históricas/ Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2017, pp. 219-220.

²²⁶ *Ibíd.*, p. 219.

²²⁷ *Ibíd.*, pp. 6-7.

²²⁸ *Ibíd.*, p. 7.

instrucciones de los médicos llevando a cabo “todos los aspectos de los tratamientos inherentes a su profesión.” Estarían a cargo del “cuidado del arsenal, medicamentos, equipo y mobiliario y llevarán la documentación y registro de los inyectables empleados con especificación de la naturaleza y dosis y registro del enfermo.”²²⁹

Los técnicos especializados también contarían con título o demostrarían, igual que las enfermeras, estar capacitados. Esta nueva figura entre el personal técnico tendría como función *desarrollar labores de readaptación para los asilados por medio de trabajo*. Es decir, los técnicos especializados se encargarían de la parte destinada a la deshabitación o curación; en ellos descansaría, en parte, el éxito terapéutico de la institución.²³⁰

Al personal administrativo lo integrarían el intendente, los agentes y la servidumbre. A esta última la proveería el Manicomio General. El intendente, parecido al antiguo administrador, se encargaría, según instrucciones del director, de la economía interior, la vigilancia, el cuidado del lugar, la disciplina de los asilados y el personal inferior. Asimismo, vigilaría la entrada y salida de los trabajadores y de “bultos” del establecimiento, e impediría el comercio y la preparación de alimentos dentro de éste.²³¹

Los agentes serían los “encargados inmediatos de la vigilancia, custodia y disciplina de los asilados”. Igualmente, comunicarían al director “faltas o hechos que puedan entrañar para éste la adopción de medidas.” Ejercerían “su iniciativa” sólo para “impedir una fuga o resolver una indisciplina.”²³²

²²⁹ *Ibidem.*

²³⁰ *Ibidem.*

²³¹ *Ibidem.*

²³² *Ibidem.*

El ingreso se daría cuando, en primer lugar, “a instancia de parte o por determinación de la autoridad” se solicitara. Los médicos del hospital, después, en la oficina de admisión de La Castañeda y en un horario específico examinarían el caso. Fuera de este horario sólo se admitirían remitidos por la autoridad judicial. Según el examen, el director o la Oficina de Control de Enervantes autorizarían la admisión. El médico que examinara expediría “las formas especiales de control” y ordenaría “la emisión, por duplicado, de la boleta de ingreso y la anotación del cardex.” El procedimiento de ingreso representó nuevamente un cambio con respecto al contemplado en 1935; ahora, los sospechosos de padecer toxicomanía llegarían en primera instancia a la oficina de admisión del manicomio y no al hospital.²³³ Entre abril de 1944 y mayo de 1945 el hospital dependió administrativamente por completo del Manicomio General. En ese tiempo los toxicómanos antes de llegar al Hospital Federal para Toxicómanos pasaron por la Oficina de Admisión del manicomio, como cualquier enfermo mental antes de ser canalizado a determinado pabellón.

Los vigilantes, finalmente, registrarían, igualmente que los vigilantes enfermeros debieron hacer el “registro minucioso,” y darían uniforme al individuo. Una vez ingresados, los asilados estarían obligados a sujetarse al tratamiento asignado, “al programa de readaptación o por medio del trabajo que se le señale, a las prevenciones de este Reglamento y a las medidas de orden y disciplina que rijan o que le imponga el director.”²³⁴

Ahora, ya no se contemplaron salidas parciales, los internos saldrían del lugar, además de cuando fueran dados de alta o trasladados a otros hospitales por atención médica urgente, únicamente cuando la instancia que los remitiera así lo solicitara y no existieran

²³³ *Ibíd.*, p. 7.

²³⁴ *Ibíd.*, p.8.

inconvenientes médicos. Tendrían visitas cuando así lo autorizaran el director, la Oficina de Control de Enervantes y la de Admisión del manicomio, aunque no se especificó en qué consistirían. Igualmente sucedería con las altas de las que no se explicó su procedimiento.²³⁵

El tratamiento tendría un costo de trescientos pesos mensuales para los asilados “no indigentes” que podrían reducirse “a juicio de los funcionarios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, atendiendo las indicaciones del director y del jefe de la Oficina de Control de Enervantes, teniendo siempre en cuenta las posibilidades económicas del asilado y sus familiares, a dosis de alcaloide que el paciente requiera, según los médicos del Hospital y el número de ingresos anteriores.”²³⁶ Se señaló que el pago de la cuota no sería “motivo de preferencia en la ministración de enervantes.” El dinero obtenido, administrado por la Dirección General de Patrimonio, se utilizaría en “gastos y necesidades del Hospital, de preferencia a la adquisición de enervantes e implementos para el régimen de ocupación de los asilados.” Las inversiones las acordarían el director del Patronato, el jefe de la Oficina de Control de Enervantes y el consejo de toxicomanías. Finalmente se habló de las infracciones y de las “faltas o hechos graves.”²³⁷

Conclusiones

Como es posible apreciar, el proyecto contempló importante y variada información acerca de lo que a mediados de la década de 1930 se pensó propicio para el aislamiento, estudio y tratamiento de toxicómanos en el Pabellón de Toxicómanos. Entre los diferentes elementos

²³⁵ *Ibidem.*

²³⁶ *Ibidem.*

²³⁷ *Ibidem.*

considerados en el proyecto, destacan la dependencia del hospital con respecto al Servicio de Química y Farmacia y al manicomio; el riguroso respeto al escalafón al que se le atribuyó en buena medida el “buen funcionamiento” de la institución; las contradicciones sobre los tratamientos que ofrecería el hospital, entre desintoxicación y deshabitación; en particular, el trato criminalizador que se contempló hacia los internos.

El proyecto de reglamento interno fechado en 1935 y el reglamento interior publicado de 1945 fueron dos maneras de planear cómo funcionaría el hospital ubicado en el manicomio. El primero fue más detallado, se refirió incluso a las actividades diarias que todos los actores involucrados deberían realizar. El segundo fue un texto mucho más breve que, sin embargo nos puede dar indicios para pensar lo que sucedió en los diez años de diferencia.

Capítulo 4. El Hospital Federal para Toxicómanos a través de sus expedientes clínicos

En el capítulo anterior se presentaron las propuestas que en 1935 y 1945 se elaboraron sobre el funcionamiento del Hospital Federal para Toxicómanos. Ahora, en este capítulo se examinará, a partir de fuentes administrativas y expedientes clínicos, cuáles de los elementos contemplados en los reglamentos se llevaron a la práctica y de qué manera. Para finalizar, se señalarán algunos elementos acerca del fracaso terapéutico de la institución.

El archivo del Hospital Federal para Toxicómanos, ubicado en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, contiene 1, 673 expedientes clínicos de los años 1931 a 1948. Los expedientes de 1931 hasta mediados de 1934 corresponden al tiempo cuando las dependencias del hospital se encontraron en la crujía F de la Penitenciaría y en el edificio de la calle Tolsá que había albergado a Inspección de Sanidad. Como parte de esta investigación fueron consultados diez expedientes clínicos por año a partir de 1934, año en que las dependencias de la institución se instalaron en el Pabellón de Toxicómanos, y hasta 1948, momento de desaparición del hospital. La revisión inició con los expedientes de 1935 porque a partir de ese año se pueden contrastar éstos con el primer proyecto de reglamento interno del Hospital Federal para Toxicómanos, ejercicio propuesto en este trabajo.

El capítulo está dividido en dos apartados. En el primero está dedicado a los expedientes clínicos, su contenido y análisis en relación con el funcionamiento del Hospital Federal para Toxicómanos. La segunda sección se refiere a los resultados de la institución como lugar para curar toxicómanos, de acuerdo a los expedientes clínicos, artículos, tesis y según diversos documentos administrativos.

4.1. Los expedientes clínicos del hospital

Los expedientes clínicos cambiaron continuamente a lo largo del periodo considerado. Además, hay, al menos entre los consultados, algunos muy nutridos y otros con apenas dos o tres documentos. Los primeros contienen generalmente información sobre alguien con numerosos reingresos al hospital. Es importante señalar que no todos los expedientes incluyen los documentos que registrarían lo mejor posible el tránsito de un individuo por el Hospital Federal para Toxicómanos, es decir, no incluyen todo lo que deberían. Algunos, por ejemplo, no incluyen historias clínicas o información sobre los tratamientos. En cambio, existen otros que incluso contienen cartas de los asilados o de sus familiares.

Los documentos con los que en general cuentan los expedientes clínicos consultados son solicitud de ingreso, informe médico, historia clínica y solicitud del alta. Como hemos visto, a lo largo de su vida el Hospital Federal para Toxicómanos dependió de diversas instancias. Éstas fueron el Servicio Jurídico, el Servicio de Química y Farmacia, la Campaña contra el Alcoholismo y Otras Toxicomanías, la Oficina de Toxicomanías e Higiene Mental y la Oficina de Control de Enervantes, dependientes a su vez, del Departamento de Salubridad Pública, y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a partir de su creación en 1943.

El procedimiento de ingreso consistió en lo siguiente. El supuesto toxicómano era llevado o a veces él mismo acudía voluntariamente a cualquiera de dichas instancias. Ahí le practicaban un examen médico. En vista del examen, el individuo, junto con la solicitud de ingreso, era trasladado por agentes de la Policía Sanitaria al Hospital Federal para Toxicómanos. Las solicitudes, firmadas por el jefe de la oficina y dirigidas al director del hospital, decían más o menos así: “Sírvese usted internar en ese hospital a su cargo para

imponer el tratamiento correspondiente al señor tal, quién según dictamen médico de esta oficina, es un (aquí iba la toxicomanía diagnosticada); así mismo procederá usted a rendir los informes necesarios, haciendo la aclaración que dicho señor se presentó voluntariamente”. La última aclaración “se presentó voluntariamente,” presente en algunos casos, informaba la situación legal del toxicómano, que una vez concluido su tratamiento, sería devuelto a la instancia que lo envió o se dejaría “libre al sanar.” Como lo contemplaron los distintos reglamentos, no sólo el Departamento de Salubridad Pública, a través de la instancia correspondiente remitió toxicómanos al hospital. También lo hicieron otras como la Penitenciaría del Distrito Federal, la Cárcel de ciudad y la Procuraduría General de la República. La mayoría de las solicitudes de ingreso consultadas fueron hechas por éstas o las dependencias del Departamento de Salubridad Pública y, más tarde, por las de la Secretaría de Salubridad Asistencia, muy pocas fueron hechas por los mismos toxicómanos.

Cuando instancias como la “Cárcel de Ciudad” o la Penitenciaría remitían a un individuo, lo hacían con la solicitud de ingreso por escrito y con certificado médico adjunto que avalara la toxicomanía. La solicitud, además, especificaba la situación legal de éste. Como ejemplo está el caso de Felipe Estrada Villegas quien fue remitido por las autoridades de la Cárcel de ciudad el 26 de agosto de 1939 “para su observación y tratamiento,” pues presentaba “depresión nerviosa por toxicomanía crónica (Heroinismo) según certificado médico que le anexo.”²³⁸ Se especificó, además, que debía ser devuelto al término del tratamiento. Tres días después de su llegada al hospital, el director de éste envió copia de la solicitud de ingreso al jefe de la Oficina de Toxicomanía e Higiene Mental. Un día más tarde, le envió el informe médico con el siguiente diagnóstico: “se le encontraron signos y síntomas

²³⁸ AHSSA, FHFT, SeEC, caja 37, exp. 17.

de intoxicación por heroína, quedando por tanto sujeto a tratamiento de desintoxicación”²³⁹

Una vez terminado, el tratamiento el director del establecimiento solicitó el alta al jefe de la oficina y éste lo devolvió a la cárcel el siguiente 9 de septiembre solicitando acuse de recibo. A Melesio Téllez lo enviaron el 14 de noviembre de 1941 de la Penitenciaría del Distrito Federal al Hospital Federal para Toxicómanos “para el solo efecto de su curación quedando libre al sanar.” Tres días después el director de éste envió, como correspondía al caso, copia de la solicitud de la penitenciaría al jefe de la Oficina de Toxicomanías e Higiene Mental. Melesio llegó a la penitenciaría acusado de delito contra la salud, específicamente por posesión de cuatro cartuchos de marihuana, además, él mismo confesó “usarla desde hace bastante tiempo.” Como supuesto toxicómano fue enviado al hospital, mientras su proceso legal continuaba. La resolución dictaba contra él fue “libre, pero a Disposición del Departamento de Salubridad Pública.” Sin embargo, él ya estaba en el Hospital Federal para Toxicómanos, donde el resultado arrojado por el examen médico inicial fue “no se le encontraron signos ni síntomas de intoxicación por enervantes.”²⁴⁰

El formato de las solicitudes de ingreso de las dependencias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió con los años. A partir del 4 de diciembre de 1945, por ejemplo, todos los individuos que solicitaron voluntariamente el ingreso debieron “antes que nada presentar un comprobante de haber sido identificados dactiloscópicamente”,²⁴¹ es decir, debían comprobar que el Departamento contaba con la impresión de sus huellas para identificarlos a través de ellas. Luego de esa fecha las solicitudes contenían algo como lo que

²³⁹ *Ibidem*.

²⁴⁰ AHSSA, FHFT, SeEC , caja 40, exp. 15.

²⁴¹ AHSSA, FHFT, SeEC, caja 48, exp. 11.

sigue: habiendo sido filiado dactiloscópicamente el enfermo tal con el número tal puede esa dirección admitirlo en ese Establecimiento a su cargo.

Al día siguiente o a los pocos días de llegado el toxicómano al hospital, se enviaba su informe médico a la instancia correspondiente, el Servicio Jurídico, la Oficina de Control de Enervantes, etc. En él se informaba cuándo y quién había remitido al toxicómano, así como el resultado del examen médico practicado al ingreso y las acciones a seguir. Jesús San Román Sayeda, por ejemplo, fue remitido por el Servicio Jurídico el 1º de abril de 1936, según el informe médico enviado del hospital a éste el día siguiente “presenta síntomas atenuados de intoxicación por marihuana confiesa por su parte fumar cigarrillos de este estupefaciente. Debe permanecer internado por tres semanas para su desintoxicación.” El informe médico de Cruz Reyes Lara, fechado el 11 de mayo de 1936 y dirigido al jefe de la oficina, informó que éste se presentó voluntariamente a la Oficina Jurídico Consultiva para solicitar su ingreso. Además, según el mismo papel, firmado por el director del hospital, “presenta síntomas y signos de intoxicación crónica por drogas enervantes. Hay igualmente fenómenos acentuados de necesidad por abstinencia.”²⁴² Otro ejemplo de diagnóstico incluido en el informe es el de Luz Manríquez Zamora a quien en junio de 1937 “se le encontraron signos y síntomas de intoxicación por heroína, quedando por lo tanto sujeta a tratamiento.”²⁴³ Hubo individuos a quienes en la inspección médica no se les encontró ninguna intoxicación. En el informe médico de Ernesto de la Vega Prieto remitido a principios de 1938 se incluyó la solicitud de su alta, pues “no habiéndosele encontrado ningún síntoma de intoxicación alguna, ruego a usted se sirva dar de conformidad el alta respectiva.”²⁴⁴

²⁴² AHSSA, FHFT, SeEC, caja 17, exp. 18.

²⁴³ AHSSA, FHFT, SeEC, caja 36, exp. 22.

²⁴⁴ AHSSA, FHFT, SeEC, caja 22, exp. 38.

Entre los expedientes revisados, hay algunos, pocos y de los primeros años, que contienen el reporte del “registro minucioso” hecho por los jefes de grupo de los vigilantes enfermeros. Como ejemplo está el siguiente: “practicado el reconocimiento minucioso del asilado Cruz Reyes Lara, según lo dispuesto en el Reglamento Interior de este Establecimiento, no se le encontraron drogas ni objetos de los que figuran como prohibidos.”²⁴⁵

Entre los expedientes clínicos revisados también hay reportes de fuga. Éstas debieron ser constantes; sólo recuérdese que el reglamento de 1945 contempló entre las tareas de los agentes ejercer su “iniciativa” cuando tuvieran que impedir una fuga.²⁴⁶ El director del hospital, Fernando Rosales avisó el 2 de marzo de 1945 al jefe de la Oficina de Control de Enervantes que el enfermo Santos Colín Millán se fugó “por la barda que está junto al taller y que da para el lado de la hortaliza, llevándose un pantalón, una chamarra, un plato, una taza y una cuchara.” La varias veces asilada Olga Fernández acostumbró fugarse con sarapes y prendas de cama y de vestir propiedad del hospital. No sólo eso, también entregó artículos del lugar a una de sus visitas, que por cierto había sido interno del lugar. En uno de sus reportes de fuga, redactado por el jefe de servicio y dirigido al director del manicomio, apareció lo siguiente: “tuvo amoríos con el asilado Gustavo del Castillo Córdoba, este fue dado de alta hace un mes aproximadamente. Pero con frecuencia ha estado viniendo a entrevistarse con Olga Fernández por las ventanas que dan hacia la hortaliza; tengo noticias de que cada vez que viene Gustavo del Castillo Olga le pasa un sarape por los huecos de los vidrios rotos por lo mismo el Hospital ha sufrido grandes pérdidas de ropa.” Olga y Gustavo supieron burlar repetidamente y de distintas maneras el reglamento del lugar. Ya que,

²⁴⁵AHSSA, FHFT, SeEC, caja 17, exp. 18.

²⁴⁶ “Reglamento Interior del Hospital Federal para Toxicómanos”, *op. cit.*, artículo II, p. 7.

además de haber mantenido una relación cuando estaba prohibido, entraron y salieron irregularmente de la institución, sin mencionar los continuos robos que hicieron al hospital. Algunos expedientes también incluyen el resultado de análisis clínicos, reportes por introducción de droga y solicitudes de traslado a pabellones del manicomio, medida disciplinaria contemplada desde 1935 en el proyecto de reglamentos.

Después del informe médico y del “registro minucioso” se encuentra la historia clínica. La mayoría de las consultadas fueron fechadas días después del ingreso al hospital. Hay distintos tipos de ellas. Las diferencias entre unas y otras tienen que ver, por un lado, con los cambios administrativos que sufrió el hospital. Algunas, por ejemplo, están completamente escritas a mano. Otras son formatos llenados a mano o a máquina. Aquí sólo mencionaré dos de ellas. La primera es la historia clínica es la que contenía en primer lugar los datos personales de asilado, o sea, nombre, edad, estado civil, lugar de nacimiento, ocupación y fecha de ingreso. Antecedentes familiares del interno, es decir, antecedentes del padre, de la madre y de los hermanos e hijos. En seguida vinieron los antecedentes personales patológicos y no patológicos. Luego, la historia de la toxicomanía. Más adelante los efectos, la inspección general y, por último, la exploración física dividida en sistemas (respiratorio, digestivo, etc.) Fueron elaboradas también historias clínicas muy semejantes a ésta, pero con un par de datos más, el diagnóstico y el pronóstico. También las hubo que además de contener los datos personales del paciente, incluyeron lugar de residencia, nacionalidad, nombre del padre, de la madre, del cónyuge, del tutor o responsable legal, domicilio de este último, teléfonos y otras referencias. Éstas proporcionaron información sobre quién había solicitado u ordenado el ingreso, en calidad de qué se hallaba el asilado (pensionista o indigente), qué médico lo había examinado, cuál había sido el “diagnóstico de presunción,” y en qué pabellón se debía admitir.

Entre abril de 1944 y mayo de 1945 el hospital dependió en la parte administrativa por completo del Manicomio General. En ese tiempo los toxicómanos antes de llegar al Hospital Federal para Toxicómanos pasaron por la Oficina de Admisión del manicomio, como cualquier enfermo mental antes de ser canalizado a determinado pabellón. En los expedientes de los toxicómanos que ingresaron en este periodo se incluyó a parte de la historia clínica del hospital, certificado médico e historia clínica elaborados por un médico de la Oficina de Admisión del manicomio.

Las historias clínicas, como puede apreciarse, son, entre los documentos contenidos en los expedientes clínicos, la principal fuente sobre las características de la población del hospital.²⁴⁷ Sabemos que el lugar se contempló para dar tratamiento a entre 90 y 110 enfermos. Algunos médicos involucrados con el lugar expresaron lo siguiente sobre la cantidad de asilados en él: “tiene en tratamiento un centenar,”²⁴⁸ “con capacidad para cien enfermos, máximo,”²⁴⁹ “teniendo un cupo máximo para cien hombres y cincuenta mujeres.”²⁵⁰ Los 90 y 110 asilados aproximados, se dividían entre 50 a 60 hombres y 40 a 50 mujeres. La diferencia de cantidades entre ambos sexos fue mucho mayor en la práctica: 84.1 % de hombres contra 15.8 % de mujeres, porcentajes de hombres y mujeres con sólo un ingreso.²⁵¹

La cantidad de toxicómanos en la capital del país, “que es donde se concentra la mayoría de adeptos [a las drogas enervantes], se calcula en seis mil,” según mencionó Leopoldo Salazar Viniegra en octubre de 1938. Casi una década más tarde, en febrero de 1948,

²⁴⁷ Investigaciones al respecto son las de Unikel, *El consumo...*; Bautista, *De la penitenciaría...*; Pérez, *Toxicomanías...*; Alcántara, *El Hospital...*

²⁴⁸ AHSSA, FMG, SeA, caja 2, exp. 8, f. 188.

²⁴⁹ Salazar, *op. cit.*, p. 555.

²⁵⁰ Rosales, *op. cit.*, p. 54.

²⁵¹ Pérez, *op. cit.*, p. 384.

Juan Peón del Valle afirmó que existían “de cinco a seis mil conocidos en la Capital (que bien pueden ser muchos más).”²⁵² Ninguno de los dos médicos mencionó cómo obtuvo las cifras, pero ambos fueron directores del hospital y, Salazar Viniegra, además, Jefe de la Campaña Contra el Alcohol y Otras Toxicomanías.

En relación al consumo de drogas, el médico Leopoldo Salazar Viniegra dijo en octubre de 1938 que los principales clientes del Hospital Federal para Toxicómanos fueron los “toxicómanos por el opio y la marihuana.”²⁵³ Años más tarde, el 7 de febrero de 1948, el director del hospital desde enero de 1946 y hasta el cierre del lugar, el médico Juan Peón del Valle expuso que los principales huéspedes del establecimiento fueron los morfinómanos y los heroínómanos, “continúa siendo la heroína el opiáceo más extendido entre los habituados, y sigue siendo la vía endovenosa la más usada. Sigue después por la gravedad y frecuencia la morfinomanía. La cocainomanía y el marihuanismo no constituyen problema por lo que se refiere a la dificultad del deshabituamiento o al aumento progresivo de dosis.”²⁵⁴ Unikel junto con su equipo de investigadores, por su parte, encontraron que la heroína fue la droga más usada alcanzando un 50.9% de consumidores.

Sobre los tratamientos hay poca información en los expedientes clínicos. Algunos cuentan con una hoja, la única con información al respecto, donde además de indicar el nombre del interno, tiempo de intoxicación, dosis diaria, número de expediente, fecha de ingreso y número de reingresos, aparece una tabla que indica los días del tratamiento, la dosis de droga empleada diariamente como parte de éste, así como el pulso, la tensión arterial, la temperatura y el peso tomados diario, y finalmente, el tratamiento adyuvante y las

²⁵² AHSSA, FMG, SeA, caja 2, exp. 8, f. 188.

²⁵³ Salazar, *op. cit.*, p. 555

²⁵⁴ AHSSA, FMG, SeA, caja 2, exp. 8, f. 188.

observaciones (síntomas del destete, simulación). Las tablas generalmente no se completaron, sobre todo, en la parte de la dosis utilizada en el tratamiento.

Según Carlos Rosales, al menos hasta 1939, en el Hospital Federal para Toxicómanos no se logró practicar la deshabituación sino sólo la desintoxicación.²⁵⁵ Recordemos que la deshabituación correspondía a la cura, es decir, a la no reincidencia en el consumo. En cambio, la desintoxicación sólo consistía en eliminar del cuerpo la sustancia a la que el toxicómano era adicto. La deshabituación incluía a la desintoxicación, pero también terapia ocupacional, psicológica, entre otras. En el Hospital Federal para Toxicómanos se aplicó el método de desintoxicación de Ehrlenmeyer que consistía en suprimir la droga enervante en una semana aproximadamente. La permanencia de los toxicómanos en el lugar era en promedio de entre 15 y 90 días. Algunos llegaron con la indicación de recibir tratamiento por una cantidad específica de tiempo.

Según el proyecto de 1935, “se tratará, por los medios que se puede disponer, de que el internado no permanezca en ociosidad y se le dedicará preferentemente a un trabajo (taller o campo, cuando se pueda disponer de ellos y previos programas que se confeccionarán para el caso) secundariamente a deportes.”²⁵⁶ Todo indica que lo anterior se llevó a la práctica de manera temporal. Carlos Rosales reportó en 1939 que “se han podido instalar en él pequeños talleres de encuadernación, alfarería y carpintería y se ha procurado la recuperación del vigor físico de los asilados con el incremento de muchos deportes.”²⁵⁷ Hubo quien, incluso,

²⁵⁵ Rosales, *op. cit.*, p. 54.

²⁵⁶ AHSSA, FSP, SeSJ, caja 43, exp. 15, f. 13.

²⁵⁷ Rosales, *op. cit.*, pp. 53-54.

aprovechó que la ventana del taller estaba rota para fugarse “aprovechando la hora en que se les pasa a los asilados a sus dormitorios,” es decir, a las 18.30.²⁵⁸

Mantener ocupados a los asilados se consideró parte de un tratamiento de deshabitamiento lo más eficaz posible. Leopoldo Salazar Viniegra afirmó que “para alentar justificadamente la esperanza de curación de un toxicómano, deberá permanecer internado de 5 a 15 años en hospitales-granjas donde adquieran la aptitud y el hábito de algún trabajo y un cambio psicológico que haga poco probable la reincidencia.”²⁵⁹ El 30 de julio de 1940 el director del Hospital Federal para Toxicómanos solicitó permiso al del Manicomio General para que los asilados del primero salieran diariamente a ocuparse en los terrenos de cultivo adyacentes a éste. Los toxicómanos que salieran a trabajar, según el permiso, “se sujetaran al trabajo que se sirva asignar el encargado de usted y a la vez la vigilancia que se encargue de ellos responderá de las herramientas que se les proporcionen para trabajar.”²⁶⁰ La solicitud fue atendida. Hacia finales de la vida del hospital, los talleres se abandonaron por la falta de material.²⁶¹

El alta se solicitaba una vez que terminara el tratamiento de desintoxicación y, por tanto, no existieran síntomas de intoxicación, ni fenómenos de abstinencia. Eran solicitadas por el director del Hospital Federal para Toxicómanos a la instancia de la dependiera éste. Días después de solicitada el alta el individuo salía “libre” del establecimiento. A menos que tuviera responsabilidades legales por las cuales responder. En ese caso se enviaba a la instancia que lo hubiera remitido. El jefe de la dependencia correspondiente, por ejemplo, la

²⁵⁸ AHSSA, FMG, SeA, caja 2, exp. 8, f. 188.

²⁵⁹ Salazar, *op. cit.*, p. 556.

²⁶⁰ AHSSA, FMG, SeA, caja 2, exp. 8, f. 188.

²⁶¹ *Ibidem*.

Oficina Control de Enervantes, luego de que el director del hospital le solicitara el alta, él lo enviaba de vuelta a determinada instancia y solicitaba la confirmación de haberlo recibido.

4.2 Sobre el Hospital Federal para Toxicómanos como institución terapéutica

En repetidas ocasiones se ha señalado el fracaso terapéutico del Hospital Federal para Toxicómanos, tanto por aquellos tuvieron relación con él como por quienes desde la historiografía lo han estudiado. Según la normatividad de las décadas de 1920, 1930 y 1940, una de las principales finalidades del hospital fue curar toxicómanos. En los diecisiete años de vida la institución no alcanzó ni medianamente tal propósito, ¿por qué? Veamos primero lo que los involucrados directamente con el hospital señalaron.

Los médicos que laboraron en el hospital atribuyeron su fracaso terapéutico a varios elementos. Algunos de ellos fueron el insuficiente presupuesto destinado a la institución, “las características propias de los toxicómanos”, la continua introducción irregular de drogas, la incapacidad del personal que ahí laboró y las frecuentes remisiones de autoridades administrativas y judiciales. Lo primero, el insuficiente presupuesto, se tradujo en falta de material para talleres y otras actividades, de personal, de reparaciones al edificio y de medicamentos. Sin embargo, hubo otros factores como los reingresos y la introducción clandestina de drogas por parte de los asilados, los visitantes y del mismo personal del lugar, que no dependieron sólo del presupuesto.

La falta de recursos materiales fue un factor constante en las argumentaciones sobre el fracaso de la institución. Leopoldo Salazar Viniegra encontró en las reglamentaciones sobre toxicómanos y traficantes de drogas la causa del fracaso en la asistencia médica de los

primeros.²⁶² Acerca del hospital, este médico afirmó que además del perfil del toxicómano que hacía prácticamente imposible su curación, la institución no contaba con los recursos suficientes para proporcionar un tratamiento medianamente exitoso.²⁶³ El licenciado Carlos Rosales expresó al respecto que el Hospital Federal para Toxicómanos tenía “cupos muy limitados” con respecto a los miles de toxicómanos que existían en el Distrito Federal. La poca capacidad del lugar provocaba, según él, que los asilados estuvieran máximo un mes en éste no pudiendo recibir un tratamiento eficaz, el cual implicaba más tiempo. Lo anterior tampoco era posible ya que, de acuerdo con él, no había “la posibilidad de sujetarlos a métodos terapéuticos eficaces por falta de elementos.” Además, dijo, “no cuenta con los adelantos que es de desearse,” aunque no explicó cuáles serían. El último director fue quien más escribió acerca de la situación del hospital. La principal razón que dio Juan Peón del Valle para justificar que el hospital no funcionaba como debía fue: “no se ha podido contar con los elementos materiales para cumplir los artículos del Reglamento Interior del Hospital.”²⁶⁴ Los talleres de carpintería, encuadernación y alfarería se abandonaron por falta de material e incluso la falta de presupuesto se tradujo en la carencia de droga para suprimir sin brusquedad determinado enervante, de acuerdo con este médico. Así pues, al menos dos de los tres directores del hospital, encontraron en la falta de presupuesto para el hospital uno de los motivos del fracaso de éste.

La falta de personal fue otro elemento que contribuyó al fracaso del establecimiento. A mediados de mayo de 1945 entró en vigor el Reglamento Interior del Hospital Federal para Toxicómanos. Acerca del personal el reglamento estableció que habría un director, médicos,

²⁶² *Ibidem*.

²⁶³ *Ibid.*, p. 556.

²⁶⁴ AHSSA, FMG, SeA, caja 46, exp. 4, f. 103.

practicantes, enfermeras, técnicos especializados, intendente, agentes sanitarios y servidumbre. En mayo de 1947 además del director, había sólo un practicante, dos enfermeras, quince vigilantes, una mecanógrafa y “un empleado que funge como intendente o administrador.” Tampoco hubo servidumbre, los propios internos se encargaron del aseo del lugar. A falta de médicos, el director era, cuando se encontraba en el hospital, el único que asistió a los internos. En su ausencia, el director del Manicomio General colaboró con los asuntos del establecimiento “a cualquiera hora del día o de la noche ha atendido los servicios urgentes del Hospital, las llegadas inopinadas de alcohólicos o heroinómanos, las recetas de urgencia, etc.”²⁶⁵

Entre los factores que intervinieron en el fracaso del hospital se encontró también el constante ingreso de alcohólicos, pese a que el propio Manicomio General contó con un pabellón destinado específicamente a su atención. Entre las razones que a principios de 1948 dio el subdirector del manicomio a Samuel Ramírez Moreno para justificar la transformación del Hospital Federal para Toxicómanos en un Servicio de Medicina General, estuvo la reducida cantidad de toxicómanos asilados en el lugar, dos. Éstos no eran los únicos habitantes del lugar, había 40, pero sólo un par de ellos padecían toxicomanía, los demás eran alcohólicos. Como muestra de que efectivamente hubo alcohólicos recibiendo tratamiento por alcoholismo en el Hospital Federal para Toxicómanos están algunos de los expedientes clínicos consultados del año 1939. Tres de diez de éstos corresponden a alcohólicos con dos,²⁶⁶ seis²⁶⁷ y once²⁶⁸ ingresos. Este último fue Luis Lejarza Trejo quien, a solicitud de Leopoldo Salazar Viniegra, jefe de la Oficina de Toxicomanía e Higiene Mental,

²⁶⁵ AHSSA, FMG, SeA, caja 2, exp. 8, f. 188.

²⁶⁶ AHSSA, FHFT, SeEC, caja 37, exp. 27.

²⁶⁷ AHSSA, FHFT, SeEC, caja 37, exp. 12.

²⁶⁸ AHSSA, FHFT, SeEC, caja 36, exp. 7.

fue internado por primera vez el 2 de enero de 1939 “para someterse a tratamiento de desintoxicación alcohólica.” Ese mismo día fue elaborado su informe médico encontrándosele “síntomas y signos de alcoholismo crónico, quedando por lo tanto sujeto al tratamiento respectivo.” Luis salió a finales del siguiente mes. Así continuó entrando y saliendo del hospital para recibir el mismo tratamiento hasta febrero de 1945.

Los médicos encargados del tratamiento de toxicómanos siempre lidiaron con la introducción de drogas desde que las dependencias del hospital se ubicaron en la crujía. La introducción de drogas al hospital una vez localizado en los terrenos del Manicomio General tampoco faltó. El 26 de enero de 1944, por ejemplo, fueron sorprendidos los internos J. Ramiro Reyes y René Pichard introduciendo al hospital un paquete de marihuana por el vidrio roto de una ventana.²⁶⁹ Otro interno, Antonio Galicia Hernández, al regresar de una “salida” trajo consigo, entre otras cosas, un jarro con crema de leche. Mientras era inspeccionado el jarro se cayó y rompió. La droga que también contenía éste se evidenció.²⁷⁰ Paradójicamente los médicos no siempre contaron con las sustancias requeridas para los tratamientos de desintoxicación. En los primeros meses de febrero de 1948, el director expuso que “habiendo gestionado desde octubre del año pasado, la cantidad de clorhidrato de morfina [la sustancia principal que los médicos del hospital emplearon en los tratamientos de desintoxicación de opiáceos] indispensable para el tratamiento de los enfermos (trámites hechos por todos los conductos: Boticas del Manicomio, Administración y Dirección del mismo, Patrimonio de la Beneficencia, Laboratorio Central, Contabilidad,

²⁶⁹ AHSSA, FHFT, SeEC, caja 45, exp. 2.

²⁷⁰ AHSSA, FMG, SeA, caja 2, exp. 8, f. 188.

Oficialía Mayor, Sub-Secretaría). Hasta la fecha no se ha suministrado y se han paralizado parcialmente las labores.”²⁷¹

La entrada y salida de toxicómanos al hospital estuvieron claramente reglamentadas desde los primeros años de la apertura de la institución. No obstante, éstos entraban y salían irregularmente. Lo mismo sucedió con las visitas. Las fugas también fueron constantes. Los enfermeros-vigilantes y los agentes fueron en distintos momentos el personal encargado de regular dichos asuntos. A ellos se dedicaron los anuncios colocados en diversos puntos del establecimiento recordando las disposiciones sobre entradas, salidas, visitas, y tráfico interno e ilícito de estupefacientes.²⁷² Algunas otras irregularidades del personal del lugar, señaladas por Juan Peón del Valle, fueron la recepción de toxicómanos sin la orden correspondiente; la falta del registro minucioso al ingreso o al regreso de una diligencia; la tardanza en realizar el examen médico inicial que debía hacerse lo más pronto posible.²⁷³

Los toxicómanos no indigentes, según reglamentos, estuvieron obligados a cubrir el costo de su tratamiento. La situación económica de los internos debió fijarla, de acuerdo con el primer reglamento, la enfermera visitadora. Sin embargo, no muchos de los que debieron se hicieron cargo económicamente de su estancia en el hospital. A lo anterior responde el que Juan Peón del Valle haya insistido en varios reportes sobre el hospital “procurar que los toxicómanos paguen al comisionado de Patrimonio cuotas mayores de \$50.00 mensuales. El recibo de Patrimonio es indispensable para recibirlos en el Hospital.”²⁷⁴ El dinero de las

²⁷¹ *Ibidem.*

²⁷² *Ibidem.*

²⁷³ *Ibidem.*

²⁷⁴ *Ibidem.*

cuotas pensaba utilizarse para las actividades terapéuticas que eran prácticamente nulas debido a la falta de presupuesto.²⁷⁵

La ubicación del hospital dentro del Manicomio General fue otro factor importante en la marcha del hospital. Las relaciones entre el personal de ambos fueron tensas desde los primeros años. El hospital dependió en varios aspectos del manicomio, le proporcionó alimentos, medicinas, vigilancia, servicio de lavandería, entre otras cosas. Además, el personal del hospital hizo uso de varios servicios de La Castañeda, como la Botica, el Pabellón de Cirugía, el Laboratorio, los Rayos X, Oftalmología, Odontología y el Pabellón de Reos y Agitados. Así que cuando alguien sugirió al último director del hospital, según contó en mayo de 1947, que aprovechara las buenas relaciones que tenía con el gobierno en turno y con el propio presidente para trasladar a éste a un lugar lejano al Distrito Federal y así desconectarlo del Manicomio General, él celebró la ubicación del establecimiento y expresó que “sigue siendo indispensable la interdependencia del Hospital de Toxicómanos del Manicomio General.”²⁷⁶

Al inaugurarse el hospital, pese a que así lo estableció el reglamento, no contó con vigilantes propios, el Manicomio General le prestó tres. A inicios del 1936 el director del manicomio le solicitó la devolución de los empleados “en vista de que el presupuesto actual para el Manicomio General está muy reducido.” Alegó además que “como lo hemos visto hasta hoy, los servicios que estas tres personas por la índole de su comisión de este establecimiento a aquel, no son suficientemente eficaces.” El entonces director del hospital, Palomino Dena, contestó que serían devueltos los vigilantes señalando que “la conducta por

²⁷⁵ AHSSA, FMG, SeA, caja 48, exp. 2.

²⁷⁶ *Ibidem*.

ellos observada amerita su retiro.” También tuvieron problemas por la administración de alimentos. Uno de los administradores del hospital exigió al Manicomio General más comida de la que le correspondía al Hospital Federal para Toxicómanos. Además, hubo reclamos del Departamento de Salubridad Pública sobre el tratamiento de toxicómanos al director de La Castañeda. Sin embargo, Juan Peón del Valle abogó por el mantenimiento del hospital en terrenos del manicomio y por la dependencia administrativa que aquél tenía con éste. En la segunda mitad de 1947, el director del hospital redactó una serie de “disposiciones reglamentarias perfectamente sabidas y que, sin embargo, no siempre se cumplen” dirigidas al director del Manicomio General.²⁷⁷

El problema de las reincidencias se consideró como otro factor clave en el fracaso de la institución. El promedio de ingresos de los 457 internos de quienes Claudia Unikel y su equipo de investigadores revisaron los expedientes clínicos fue de 3. Hubo, según ellos, algunos que tuvieron hasta 30 ingresos. Leopoldo Salazar Viniegra, por su parte, encontró en la constante clientela una manifestación de la falta de éxito en la asistencia del hospital, pues “desde su fundación ha sido invariable y así los pacientes han tenido ingresos de dos a diez veces en un lapso de dos años.”²⁷⁸ El médico encontró entre las causas del fracaso del hospital la carencia de establecimientos similares, la falta de “dotación necesaria” para un tratamiento medianamente exitoso y las características de los toxicómanos:

La mayor parte de ellos reincide al poco tiempo de externamiento y casi todos manifiestan su incapacidad de regeneración y su falta de interés y deseo por alcanzarla. Su capacidad y rendimiento social generalmente son ínfimos [...] Quiere decir que de los asilados en

²⁷⁷ *Ibidem*.

²⁷⁸ Salazar Viniegra, *op. cit.*, p. 555.

el Hospital, prácticamente poco puede obtenerse, aun suponiendo que se deshabituaran definitivamente.²⁷⁹

De acuerdo con Carlos Rosales, entre 1933 y 1938 “un gran porcentaje” de quienes estuvieron internados en el Hospital Federal para Toxicómanos “han vuelto al Hospital en seis u ocho ocasiones, en todas las que fueron desintoxicados pero reincidieron sin excepción y nos manifiestan que inmediatamente que salen del Hospital van directamente en busca del traficante de estupefacientes para intoxicarse.”²⁸⁰ Los reingresos fueron frecuentes hasta el último año de funcionamiento de la institución. El director Juan Peón del Valle propuso en febrero de 1948 “restringir los reingresos. Enfermos que a partir de estas disposiciones tengan cinco ingresos, no se reciben.”²⁸¹ Los ejemplos de toxicómano son, pues, numerosos. Aquí sólo me referiré al caso de Juan Moncada Moreno quien entre el 2 de octubre de 1941 y el 6 de agosto de 1946 ingresó en quince ocasiones.²⁸²

Hubo entre los involucrados en el tratamiento de toxicómanos, como se mencionó en el segundo capítulo, propuestas sobre qué hacer con los llamados incorregibles. El licenciado Rosales casi al terminar la década de los treinta afirmó:

...hemos llegado a confirmar que casi la totalidad de los toxicómanos son absolutamente incurables en el seno de la sociedad y que la idea de readaptarlos a la misma es por completo imposible y debe desecharse. La conclusión de este silogismo no puede ser otra que la de apartar a radical y definitivamente de la sociedad a los toxicómanos considerados incurables, y para conseguir este resultado no hay más que dos medios: la muerte y la reclusión perpetua.²⁸³

²⁷⁹ *Ibidem*.

²⁸⁰ Rosales, *op. cit.*, pp. 54-55.

²⁸¹ AHSSA, FMG, SeA, caja 46, exp. 4, f. 103.

²⁸² AHSSA, FHFT, SeEC, caja 40, exp. 4.

²⁸³ Rosales, *op. cit.*, p. 88-89.

Juan Peón del Valle propuso enviar a los “incurables o incorregibles” a establecimientos penales u hospitalarios distintos del Hospital Federal para Toxicómanos.²⁸⁴ Él mismo en vista de que “la mayor parte de los que ingresan son casi siempre los mismos” sugirió “destinar granjas para el tratamiento de reincidentes incorregibles, a base de terapia ocupacional.” La propuesta específica de Carlos Rosales fue establecer una colonia de reclusión para los toxicómanos incurables, situada “preferentemente en una isla.”²⁸⁵

Ahora bien, desde la historiografía se ha atribuido el fracaso de la institución a los elementos señalados por las figuras relacionadas con el hospital, como la falta de “una infraestructura óptima para la atención de dicha población”²⁸⁶, el “completo caos” institucional, la carencia de recursos, de vigilancia y de disciplina, así como la atención exclusiva a residentes del Distrito Federal; inclusive se ha planteado que el hospital “probablemente también estuvo cercado por la corrupción.”²⁸⁷ Una perspectiva complementaria es la que señala que “el fracaso de este proyecto hospitalario fue marcado por la complejidad de las patologías clínicas que buscaba tratarse, y por los enigmas antropológicos y embrollos sociopolíticos que históricamente han envuelto al consumo y abuso de sustancias con propiedades farmacológicas.”²⁸⁸

Las condiciones materiales que los médicos plantearon como indispensables para la curación de toxicómanos nunca se tuvieron de manera sostenida en la institución, especialmente entre 1931 y 1934. Sin embargo, el hospital siguió operando hasta 1948. Vale la

²⁸⁴ AHSSA, FMG, SeA, caja 45, exp. 8, f. 102.

²⁸⁵ Rosales, *op. cit.*, p. 91.

²⁸⁶ Pérez, *op. cit.*, p. 409.

²⁸⁷ Bautista, *op. cit.*, p. 139.

²⁸⁸ Schievenini, *op. cit.*, p. 430.

pena recordar que incluso las esperanzas de curación de adicción a los opiáceos (considerando que la mayoría de los internos eran heroínómanos) eran mínimas desde que se comenzó a tratar a los toxicómanos en la crujía F a principios de los años treinta. Aún si las condiciones materiales hubieran sido las óptimas, es lícito preguntar por qué se estableció un lugar destinado a curar una enfermedad que prácticamente ya se consideraba incurable, especialmente ante la falta de presupuesto. Si la explicación de la enfermedad estaba en la herencia genética, no es del todo desencaminado pensar que las acciones debieron enfocarse a la prevención del desarrollo de la enfermedad y no a buscar la rehabilitación para un padecimiento que habiéndose presentado tenía un pronóstico altamente desfavorable. Abogados y médicos mexicanos señalaron que aún en los lugares donde se contaba con las condiciones materiales y el personal calificado requeridos el fracaso era evidente. Los esfuerzos proyectados y realizados en hospital parecieron no ser suficientes para hacer frente, sobre todo sin recursos, a un fenómeno complejo que era en cierto sentido relativamente nuevo para los médicos y que se impuso comprender y resolver de forma apremiante en el contexto de la adopción del prohibicionismo en México.

No obstante el fracaso terapéutico del Hospital Federal para Toxicómanos, se mantuvo en funciones hasta 1948. Así lo señalaba la legislación en México, acorde con las convenciones internacionales sobre drogas de 1931 y 1936. Los propios miembros del Consejo Mexicano de Toxicomanías e Higiene Mental “después de discutir la utilidad real de los tratamientos aplicados a los toxicómanos en el Distrito Federal, y de llegar a la conclusión de que solo escaso número de éstos se benefician positivamente, llegaron, entre otras, a la

conclusión de que el hospital debía seguir funcionando porque tenía una existencia marcada por la ley.²⁸⁹

²⁸⁹ AHSSA, FMG, SeA, caja 48, exp. 2

Conclusiones

La investigación tuvo como propósito estudiar el funcionamiento del Hospital Federal para Toxicómanos durante los años que ocupó el Pabellón de Toxicómanos de La Castañeda, entre 1935 y 1948. Cuando las dependencias del Hospital Federal para Toxicómanos llegaron a La Castañeda hubo dos documentos firmados por los representantes del Departamento de Salubridad Pública y la Beneficencia Pública, de quienes dependían respectivamente el hospital y el manicomio, donde en términos generales se señaló lo relativo al funcionamiento de la institución. Ambos documentos fueron elaborados en fechas cercanas y en los primeros meses a la llegada del hospital a La Castañeda, uno está fechado a mediados de 1934 y el otro en el segundo mes del siguiente año. Las fuentes administrativas indicaron que el personal de la Beneficencia Pública cumplió con lo estipulado en los contratos, proporcionó, por ejemplo, el servicio de alimentación al hospital a través del comedor del Manicomio General. En cambio, las autoridades del hospital no cumplieron con su parte, pues no pagaron la cantidad que debían por ocupar el Pabellón de Toxicómanos y los servicios prestados por el manicomio.

Una vez elaborado el primer Reglamento Interno del Hospital Federal para Toxicómanos, se especificaron las reglas que debían guiar la marcha del lugar. Gracias al estudio de los expedientes clínicos, fuentes administrativas, tesis y artículos fue posible averiguar que algunos aspectos del reglamento fueron generalmente cumplidos, como el trámite relativo al ingreso y las altas, entre otros. En cambio, otros como el “registro minucioso” al ingreso o al regreso de una salida no se cumplieron ni siquiera medianamente, al menos esa es la información que arrojan los expedientes clínicos consultados y los informes de los directores. La práctica del examen médico posterior al ingreso y la

elaboración de la historia clínica fueron otros aspectos que se realizaron, pero fuera del tiempo que determinó el reglamento. Es decir, el hospital operó sólo en algunos aspectos como señaló el reglamento.

El reglamento interior del establecimiento, publicado en el *Diario Oficial* en 1945, por otra parte, tampoco pudo ser llevado a la práctica en su totalidad, según expresaron el director y otros médicos que laboraron en el hospital. Algunos otros factores señalados fueron la falta de personal, de medicinas, de material para talleres, así como los numerosos reingresos de los toxicómanos y los continuos ingresos de alcohólicos, entre otros.

Con numerosos problemas y habiendo demostrado durante más de una década su incapacidad para curar toxicómanos, su principal objetivo, el Hospital Federal para Toxicómanos que tuvo su última sede en el Pabellón de Toxicómanos ubicado dentro de los terrenos del Manicomio General La Castañeda, desapareció a finales de 1948 cuando el pabellón fue rentado al Instituto Mexicano del Seguro Social. Los internos que aún quedaban en el hospital fueron trasladados a pabellones del manicomio.

El fracaso terapéutico del hospital ha sido un señalamiento constante tanto entre quienes se relacionaron directamente con él como por la historiografía. La incapacidad del establecimiento para curar toxicómanos se ha explicado a partir de una serie de problemas concretos, como la indisciplina y la falta de presupuesto, que acompañaron a la institución a lo largo de su historia. En este sentido, resultó pertinente preguntar por su mantenimiento que pareció estar en relación sobre todo con su existencia marcada por la ley. El proceso de patologización del consumo de drogas era relativamente reciente y tenía un carácter muy complejo. Ante circunstancias tan adversas, los esfuerzos de quienes proyectaron y trabajaron en la rehabilitación de toxicómanos no pudieron llegar muy lejos.

Fuentes

ARCHIVOS

AHSSA Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia

FSP Fondo Salubridad Pública

SeSJ Sección Servicio Jurídico

FMG Fondo Manicomio General

SeA Sección Administrativa

FHFT Fondo Hospital Federal para Toxicómanos

SeEC Sección Expedientes Clínicos

LEGISLACIÓN

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, Chihuahua, Librería de Donato Miramontes, 1883.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial*, 8 de junio de 1926.

Código Penal para el Distrito y Territorios Federales, *Diario Oficial*, 5 de octubre de 1929.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial*, 31 de agosto de 1934

Código Penal para el Distrito y Territorios Federales, *Diario Oficial*, 14 de agosto de 1931

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

Código Federal de Procedimientos Penales, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de agosto de 1934.

Reglamento Federal de Toxicomanía, *Diario Oficial*, 17 de febrero de 1940.

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

HEMEROGRAFÍA Y BIBLIOGRAFÍA

Agostoni, Claudia, *Estadísticas de Salud Pública en México: 1810-2010*, México, Secretaría de Salud, 2010.

Agostoni, Claudia, “Salud pública y control social en la Ciudad de México a fines del siglo diecinueve”, en *Historia y geografía*, UIA, n. 17, 2001, pp.73-97.

Alatorre, Carlos, *Heroinismo*, tesis, México, UNAM, 1924.

Alcántara, Laura, *El Hospital Federal de Toxicómanos. El Departamento de Salubridad y la Prohibición, 1920-1940*, tesis, México, UNAM, 2017.

Aréchiga, Ernesto, “Educación, propaganda o “dictadura sanitaria”. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945”, en *Estudios de historia Moderna y Contemporánea de México*, n. 33, enero-junio, 2007, pp. 57-88.

Astorga, Luis, *El siglo de las drogas en México. El narcotráfico, del Porfiriato al nuevo milenio*, México, Janés, 2005.

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

Davenport-Hines, Richard, *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003.

Escohotado, Antonio, *Historia general de las drogas*, Madrid, Alianza Editorial, 1989.

Flores, Mariana, *La alternativa mexicana al marco internacional de prohibición de drogas durante el cardenismo*, tesis, México, El Colegio de México, 2013.

Gutiérrez, Axayácatl, *Consumo y tráfico de opio en México, 1920-1949*, tesis, México, UNAM, 1996.

_____, *La prohibición de las drogas en México. La construcción del discurso jurídico, 1917-1931*, tesis, México, Instituto Mora, 1998.

_____, “Drogas: la historia que hace falta”, en *Revista de la Universidad de México*, diciembre 2003-enero 2004, pp. 45-53.

Guzmán, Ignacio, *Intoxicación por marihuana*, tesis, México, UNAM, 1926.

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

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, n. 3 y 4, septiembre- octubre, 1936, pp. 5-31.

Olguín, Patricia “Aproximaciones a la historia del Hospital de Toxicómanos (1931-1949)”, en *Cuadernos para la Historia de la Salud*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1995, pp. 87-110.

Olvera, Nidia, *Policías, toxicómanos y traficantes: control de drogas en la ciudad de México (1920-1943)*, tesis, CIESAS, México, 2016.

Peón del Valle, Juan, “Algunos aspectos de la actual lucha contra la toxicomanía en México”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1933, pp. 347-354.

Pérez González, José Luis “Toxicomanías” en Andrés Ríos (coord.), *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*, México, UNAM-Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2017, pp. 373-448.

Pérez Montfort, Ricardo, *Yerba, goma y polvo. Drogas, ambientes y policías en México, 1900-1940*, México, Era, 1996.

_____, “Historias primigenias”, en *Nexos*, marzo de 2000. Consultado en línea.

_____, coord., *Cien años de prevención y promoción de la Salud Pública en México, 1910-2010: historia en imágenes*, México, Secretaría de Salud, 2010.

_____, *Tolerancia y prohibición. Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México 1840-1940*, México, Debate, 2016.

Harry, Petters, “¿Es posible una curación completa de la toxicomanía?”, en *Criminalia*, 1938, pp. 297-299.

Puig, Luis, *Breve estudio clínico de las principales toxicomanías*, tesis, México, UNAM, 1936.

Renero, Manuel, *Ligeros apuntes sobre la toxicomanía de las drogas heroicas en la capital de la República*, tesis, México, UNAM, 1926, p. 11.

Ríos Molina, Andrés, *La locura durante la Revolución Mexicana: los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009.

Ríos Molina, Andrés *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*, Madrid, v. 68, n. 1, enero-junio de 2016, pp. 1-19.

_____, *La locura durante la Revolución Mexicana: los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009.

_____, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Siglo XXI, 2016.

Rivera-Garza, Cristina, “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930”, en *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, septiembre-diciembre, 2001, pp. 57-89.

Rosales, Carlos, *Intervención penal y administrativa del estado frente a la peligrosidad de los toxicómanos y traficantes de estupefacientes*, tesis, México, UNAM, 1939.

Sacristán, Cristina, “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968” en *Salud Mental*, v. 33, n. 6, noviembre-diciembre, 2010, pp. 473-480.

_____, “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, en *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, septiembre-diciembre, 2001, pp. 90-120.

Salazar, Leopoldo, “Exposición de motivos para el nuevo reglamento federal de toxicomanía”, en *Criminalia*, año V, n. 9, pp. 555-563.

Schievenini, José, *La prohibición de la marihuana en México, 1920-1940*, tesis, México, Universidad Autónoma de Querétaro, 2012.

_____, *La criminalización del consumo de marihuana en México, 1912-1961*, tesis, México, UNAM, 2018.

Siordia, Jesús, *Toxicomanías*, tesis, México, UNAM, 1933.

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

Tagle, Fernando, *El control social de las drogas en México*, México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, 1991.

Esteban Terán, *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, México, CIDE, 2016.

Unikel, Claudia (et. al.), “El consumo de drogas según los registros del Hospital Federal de Toxicómanos. Fragmentos de la historia de la farmacodependencia en México (1931-1948)”, en *Revista ABP-APAL*, v. 15, n.3, 1993, pp. 75-81.

Urías, Beatriz, “Degeneracionismo e Higiene Mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”, en *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, v. IV, n. 2, 2004, pp. 37-67.

_____, “Eugenesia e ideas sobre razas en México, 1930-1950”, en *Historia y gráfica*, UIA, n. 17, 2001, pp. 171-205.