

EL ALCOHOLISMO Y LAS SUSTANCIAS QUE ENVENENAN AL INDIVIDUO, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CONSTITUCIÓN DE 1917

Jesús Ancer Rodríguez
Juan García Moreno

La salud, producto de diferentes fuerzas convergentes, se valora como reflejo no sólo de las características deseables del individuo y la población en sus diferentes dimensiones, como corporal o física, psicológica, social y cultural, entre otras, sino también como efecto de las fuerzas y pronunciamientos políticos e institucionales que generan normas y con ello modelos de relación entre el individuo y su entorno. Normas que atienden a las necesidades sociales a la vez que generan determinados estilos de vida.

En nuestro país, los esfuerzos para enfrentar los riesgos que amenazan y deterioran la salud, de manera semejante a cualquier otra sociedad, se han asumido por diversas formas de organización institucional, y evidentemente, el presente no se puede valorar con una perspectiva de justicia, sin comprender y valorar la historia, que describe el trabajo de quienes van sentando las bases para refinar una mejor forma de responder ante el panorama epidemiológico que les ha correspondido vivir.

En este contexto, cabe citar al Protomedicato, reflejo de una forma de organización sanitaria creada y fundada en España en marzo de 1477, fue traída a la Nueva España como la primera instancia de asesoría gubernamental sobre aspectos sanitarios, cuyos integrantes deno-

minados protomédicos, designados por el Ayuntamiento de la Ciudad de México en la época virreinal (1527), asumían la responsabilidad de proteger a la población examinando a quienes pretendían ejercer alguna profesión relacionada con los aspectos sanitarios y supervisaban su posterior desempeño, así como las adecuadas condiciones de higiene de los establecimientos.

Se evaluaba de esta manera a los físicos, médicos, especieros, herbolarios, oculistas, ensalmadores y maestros de curar roturas y enfermos de lepra.¹

Más tarde, la propia evolución y organización social, así como los eventos o daños a la salud que históricamente se confrontan, fueron dando la pauta para establecer los ajustes, modificaciones o cambios en su perspectiva sobre las acciones que deben realizarse para restaurar o preservar la salud.

Fue así como el Protomedicato se suprimió y en su lugar se instauró la Facultad Médica del Distrito Federal (cuya denominación fue cambiada al menos en cuatro ocasiones), mediante un decreto que fue promulgado como ley el 21 de noviembre de 1831, firmando don Anastasio Bustamante como Presidente de la República y Lucas Alamán como Ministro de Relaciones.

Dicha Facultad se centró en el ejercicio de la medicina y su enseñanza, dado que el Ayuntamiento era quien asumía la responsabilidad de establecer las acciones para combatir los daños, principalmente de las epidemias, como la del cólera, tifoidea, escarlatina, fiebre, mal del pinto, gripe y paludismo; controlando acciones de policía de salubridad, de hospitales, casas de beneficencia, aplicación de vacunas, aseo y limpieza de calles, cementerios y juntas de sanidad.

Dentro de sus tareas, se estableció la creación de un “Código de leyes Sanitarias” cuyos trabajos quedaron sólo iniciados.² El 4 de enero de 1841 la Facultad Médica del Distrito Federal fue sustituida por el Consejo Superior de Salubridad General, a la que le tocó afrontar

¹ María del Carmen González Lozano y María Guadalupe Almeida-López, “El Protomedicato”, en línea, fecha de consulta: 3 de septiembre de 2016. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/2/700/21.pdf>

² Martha Eugenia Rodríguez, “La facultad médica del Distrito Federal”, en *El Consejo de Salubridad General y las epidemias*, Consejo de Salubridad General, 2010.

las circunstancias históricas, sanitarias y epidemiológicas que develaron serias necesidades sociales, y que propiciaron y sustentaron los argumentos que más tarde quedarían expresados como derechos en la Constitución de 1917.

Si bien existían otras instituciones preocupadas por la salud de la población, como la Academia Nacional de Medicina y la Escuela Nacional de Medicina (1842), fue el Consejo Superior de Salubridad (1841-1917) en quien se depositó oficialmente la responsabilidad de mantener en buen estado la salud de la población, cuyas acciones se vieron limitadas por conflictos e inestabilidad política y carencia de recursos, por lo que la consolidación de este Consejo se pudo apreciar hasta 1880.³

El Consejo Superior de Salubridad inició su trabajo ante un panorama que se caracterizaba por insalubridad, generada por escases de agua en general y de potable en lo particular, el inadecuado manejo y disposición de las excretas que invadían incluso la vía pública, basura y ausencia de conductos desaguadores.

No resulta difícil imaginar la calidad de aire seguramente contaminado y la crítica infraestructura de la vía pública, en donde su ambiente se deterioraba por la existencia de basureros y muladares. Todo lo cual evidentemente era concomitante con un panorama epidemiológico en el que predominaron las enfermedades infectocontagiosas, como el sarampión, paludismo, tifo, fiebre tifoidea, viruela, escarlatina, difteria, tuberculosis pulmonar, erisipela y tosferina.

Panorama cuesta arriba si se considera la situación de inestabilidad política y cambios que tuvo el país en mucho tiempo (50 gobiernos diferentes entre 1821 y 1859),⁴ por lo que las acciones del Consejo no tenían el suficiente respeto a la autoridad en él depositada, además de

³ Claudia Agostoni, “Práctica médica en la Ciudad de México durante el porfiriato: entre la legalidad y la ilegalidad”, en Laura Cházaro, (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2009. También Arturo Fierros, “Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX)”, en *Gaceta Médica de México. Historia y Filosofía de la Medicina*, 2014.

⁴ Mariana Ortiz, Javier Puerto y Patricia Aceves. “La reglamentación del ejercicio farmacéutico en México, parte I (1841-1902)”, en *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*, Vol. 39, 1, enero-marzo 2008.

que sus alcances eran sólo para el Departamento de México (Departamento era la forma en que se designaba a los estados).

No obstante, tenía la facultad de visitar las farmacias anualmente y verificar el título académico del profesor responsable del establecimiento —que debía tener aval del Consejo y del Ayuntamiento respectivo—, asimismo, los libros designados en la tarifa oficial, las pesas y medidas, los utensilios y el laboratorio en general, así como los simples y compuestos usuales y las preparaciones particulares aprobadas por el Consejo.⁵

En su esfuerzo por el control de las medicinas y sustancias de uso medicinal, el Consejo publicó la primera farmacopea nacional elaborada por la Academia de Farmacia y publicada en 1846 como *Farmacopea Mexicana*, conteniendo el listado de medicamentos más usuales y el efecto terapéutico de las plantas medicinales, misma que fue actualizada por la Sociedad Farmacéutica Mexicana y publicada como *Nueva Farmacopea Mexicana* en 1874.⁶

Fue hasta 1883 cuando de manera más sólida se reorganizaron los servicios en nacionales, locales y municipales, y hasta finales del siglo XIX e inicios del XX, con el régimen porfirista, que se impulsaron algunas prácticas relacionadas con la higiene pública, incorporando algunas prácticas sanitarias con enfoque de modernidad.

El reglamento interno del Consejo, elaborado en 1872, estableció dentro de sus funciones los aspectos relativos a la salubridad pública, aunque en ninguno de sus artículos se abordó de manera específica el uso o consumo del alcohol u otras sustancias que afecten la salud, establecía la perspectiva vigente sobre lo que la población debía consumir para cuidar su salud.

En su artículo 5o., fracción II, al hacer mención de los alimentos, especificaba:

⁵ Reglamento sobre inspección de boticas, almacenes y fábricas de drogas, 26 de noviembre de 1846, México.

⁶ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), *Ocursos de la Secretaría de Gobernación y el Consejo Superior de Salubridad sobre la creación de la Farmacopea Mexicana*, México, Fondo SP, sección M, caja 1, exp. 20, 1874. También Sociedad Farmacéutica Mexicana, *Nueva Farmacopea Mexicana de la Sociedad farmacéutica de México*, México, Imprenta de Ignacio Escalante, 1874.

Visitar cuando lo crea conveniente o lo ordene el Gobierno del Departamento, los hospitales, cárceles, panteones, establecimientos públicos, industriales o mercantiles y asimismo cuidar de que las sustancias alimenticias no estén adulteradas y sean propias para el consumo, proponiendo al Gobierno del Departamento las medidas que estime necesarias solamente en lo que se refiere a la higiene pública.

Más tarde, en 1879, actualizó y amplió su reglamento, en donde lo destacable fue su dependencia directa de la Secretaría de Gobernación (artículo 2o.) y formular un proyecto de Código Sanitario (artículo 5o., fracción XVIII).

Lo anterior es comprensible, dado que los mayores esfuerzos estaban puestos en las epidemias, ejemplo de ello es que en 1882, ante la viruela, el cólera y la fiebre amarilla en diferentes lugares del territorio nacional, el Consejo presentó a la Secretaría de Gobernación un proyecto de ley y un reglamento para combatir las enfermedades infectocontagiosas.

En 1883 el aumento de la mortalidad infantil por un brote de sarampión y de enfermedades inflamatorias del intestino, centró la atención en medidas sanitarias como limpieza de caños y atarjeas, plazas y vía pública.⁷ En ese mismo año, mediante el “Proyecto de organización de los servicios” el Consejo Superior de Salubridad adquirió carácter o alcance nacional y en 1891, bajo el mandato de Porfirio Díaz, expidió el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.⁸

En dicho código, en el Libro Segundo, Capítulo II se estableció ya el articulado sobre “Alimentos y bebidas”, destacando:⁹

Artículo 90. Se entiende por “comestible” toda substancia que sirve para alimento o bebida del hombre.

Artículo 91. Los comestibles que se destinen a la venta estarán puros, sanos y en perfecto estado de conservación.

⁷ Rodríguez, *op. cit.*

⁸ Fierros, *op. cit.*

⁹ Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, Imprenta de La Patria, 1891, p. 26 y ss. En línea, fecha de consulta: 18 de abril de 2017. Recuperado de <https://archive.org/stream/cdigosanitariod00mexigoog#page/n10/mode/2up>

Artículo 92. Se considera adulterado un comestible cuando contiene una ó varias sustancias extrañas á su composición natural ó conocida y aceptada, cuando no corresponde por su composición ó calidad al nombre con que se le vende.

Artículo 93. Se considera alterado un comestible, cuando, según su naturaleza, se halle en principio de descomposición pútrida, ó esté agrio, picado, rancio, ó haya sufrido alguna otra modificación espontánea en uno ó varios de sus componentes, la cual disminuya su poder nutritivo ó le haga nocivo para la salud.

Artículo 94. Todo el que venda un comestible adulterado con sustancias que ni positiva ni negativamente puedan alterar la salud, está en la obligación precisa de anunciarlo al público, de una manera clara y terminante, y debe acompañar á cada efecto una etiqueta ó impreso donde conste la naturaleza y composición real de dicho comestible.

Artículo 96. Queda prohibido terminantemente emplear sustancias venenosas ó nocivas para teñir, colorear, pintar, envolver, encajonar ó envasar comestibles.

Artículo 97. Queda prohibido estrictamente adulterar, colorear ó modificar la naturaleza propia de los comestibles con sustancias venenosas ó nocivas a la salud, ya que el efecto tóxico ó nocivo sea inmediato o tardío.

Artículo 101. Reglamentos especiales determinarán las condiciones que deben llenar los expendios de artículos alimenticios (comestibles ó bebidas), los lugares en que se preparen, su preparación misma y su coloración y decoración.

Asimismo, marcó el inicio de los esfuerzos por tener un control sobre los fármacos y sustancias que se prescribían y que evidentemente, además de los beneficios que se buscaba con su administración y consumo, podían generar afectación a la salud de la población cuando su uso carecía de control o era adquirido intencionadamente con otros fines, de esta manera se consignaba:

Capítulo VI Venta de medicinas y otras sustancias
de uso industrial en boticas, droguerías y establecimientos análogos.

Artículo 206. Toda sustancia que se venda como medicamento, se despachará en la dosis estrictamente pedida, tendrá las condiciones de identidad, pureza, y buena preparación y llevará una etiqueta que diga “uso medicinal”

y además el nombre con que se conoce (Por ejemplo, láudano, sulfato de magnesia, etc.) ó aquel con que se pida sea rotulada, cuando la prescripción facultativa lo indique (por ejemplo, gotas, purga, para inhalaciones, etc.) Estas substancias sólo podrán venderse en los establecimientos donde haya farmacéutico.

Artículo 216. Los medicamentos secretos, cosméticos, etc., que a juicio del Consejo Superior de Salubridad, sean esencialmente nocivos o que puedan ser utilizados para algún fin criminal, serán retirados del consumo público y su venta quedará en lo sucesivo prohibida.

Muy importante resulta señalar que se reconocía explícitamente el uso medicinal de la marihuana y sus derivados: se permitía la venta de 0.3 gramos de canabidiona a un individuo cada 24 horas; 2 gramos de *haschich* en una sola venta cada 24 horas; el extracto alcohólico de cannabis, al igual que el tanato de canabina, podía venderse en cantidades no superiores a 0.5 gramos.

El artículo 209 enumeraba una lista de plantas y animales medicinales que los colectores sólo podían vender a los farmacéuticos y droguistas, en las que aparecía la cicuta, el beleño, la belladona, el falso estraminio (o toloache), la yerba de Puebla, el zoapatil, la cebolleja y la marihuana.

El artículo 208 también enumeró la lista de sustancias que sólo podían venderse por prescripción escrita y firmada por médico, incluía: beleño, belladona, cicuta, cloroformo, cocaína, codeína, ergotina, estramonio, opio, morfina, extracto de adormidera y canabina.¹⁰

Los artículos citados evidentemente denotan el control incipiente de las sustancias que el gobierno, a través del Consejo Superior de Salubridad, establecía respecto de las drogas o los estupefacientes tolerados y que desde la perspectiva de los entonces legisladores, debían ser identificadas como sustancias que podrían generar daño al individuo.

En lo anterior habrá de considerar que en el siglo XIX e inicios del XX, no se concebía un sistema público de prestación de servicios de salud, y el gobierno se limitó a llevar a cabo acciones de control epidemiológico, fundamentalmente en puertos y fronteras. La asistencia

¹⁰ José Domingo Schievenini Stefanoni, *La prohibición de la marihuana en México, 1920-1940*, tesis de maestría, Universidad Autónoma de Querétaro, 2012.

social se realizaba con acciones aisladas de organizaciones eclesiásticas, instituciones de beneficencia privada y de particulares, de manera desarticulada y casuística.¹¹

Destacó por ello el valor del farmacéutico como persona responsable de valorar la dispensación de los medicamentos o sustancias prescritas, toda vez que la reglamentación para el ejercicio de la farmacia y la venta de medicamentos obtenía en sí pocos resultados.

Por ello, el Consejo Superior de Salubridad restringió su ejercicio únicamente a profesores autorizados legalmente, al consentirles sólo a ellos la venta de sustancias medicinales en los almacenes, permitir el despacho de medicamentos exclusivamente en las oficinas de farmacias, visitar las boticas, almacenes y fábricas de drogas, y prohibir la venta de remedios caseros secretos sin previo examen, aprobación y licencia.¹²

No obstante el buen propósito de sus disposiciones, esa situación generó serias controversias dado que los farmacéuticos tenían una preparación y experiencia muy heterogénea, misma que derivaba de la formación oficialmente validada —en quienes la tenían—, y por otra parte, la sola experiencia de quienes ejercían la profesión habiéndola aprendido como un oficio por su propia circunstancia. Asimismo, la falta de uniformidad de los planes de estudio de las instituciones formadoras, permitía o generaba un abanico de posibilidades respecto al desempeño de estos profesionales.

Las actualizaciones del Código Sanitario de 1894 y 1902 no resolvieron de fondo el conflicto, emitiendo reglamentaciones que permitían el ejercicio o desempeño de todos los farmacéuticos, mediante leyendas que debían aparecer en los letreros de las farmacias, especificando nombre del responsable, si contaba o no con formación y, en su caso, el origen o institución de la misma.

Sólo a través del “Reglamento para el expendio de medicinas” de 1904, se introdujo una clasificación de farmacias según si el responsa-

¹¹ Secretaría de Salud, Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 17 de agosto de 2012.

¹² AHSSA, *Aviso del Consejo Superior de Salubridad*, México, 1868, Fondo SP, sección IF, caja 1 exp. 73, citado en Ortiz, Mariana; Puerto, Javier; Aceves Patricia, “La Reglamentación del Ejercicio Farmacéutico en México. Parte I (1841-1902)”, en *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*, vol. 39, 1, enero-marzo 2008.

ble había sido “titulado en un estado de la República” y “practicó”. De igual manera, si el establecimiento contaba con un profesor titulado como responsable y que dispusiera de instrumentos y reactivos suplementarios, de tal forma que ofreciera “un servicio científico perfecto”; cumpliendo con estos requisitos podían pedir el nombramiento de “farmacia de primera clase”.¹³

La postura del gobierno resultaba de vital importancia, su trascendencia derivaba de que en ese tiempo, la mayor parte de los medicamentos eran oficinales o magistrales. Pero las argumentaciones de quienes se ostentaban como profesionales de formación y exigían tal característica para que las personas pudieran desempeñarse como farmacéuticos, discutidas en la Cámara de Diputados, fueron insuficientes; circunstancia que desde su punto de vista, determinó la persistencia de tres grandes males: el carácter de profesión de segunda frente a la medicina, la falta de normativas legales claras sobre el ejercicio de su profesión y el menoscabo de la venta de medicamentos en las boticas.¹⁴

Era ese el panorama que prevalecía y sobre el cual se marcaba la forma en que se abordaban las medidas de atención a las necesidades sociales por parte del Consejo Superior de Salubridad como instancia responsable de la salud pública, para mantener las mejores condiciones posibles para la salud de la población.

No es posible omitir que en ese tiempo, la historia de México registró su revolución durante la cual la marihuana, tenía un exagerado consumo, primeramente por sus usos medicinales, pues eran comunes los anuncios en la prensa de la Ciudad de México, promoviendo su uso mediante la venta de cigarros comercializados por empresas extranjeras de París, anuncios a los que se incorporaban leyendas como:

[...] recientes experiencias, hechas en Viena y Berlín repetidas por la mayor parte de los médicos alemanes y confirmadas por las notabilidades médicas de Francia e Inglaterra, han probado que, bajo la forma de cigarrillos, el *Caperonnabis indica* o cáñamo indio era un específico de los más seguros

¹³ J. M. Lazo de la Vega, *Memorias del Segundo Congreso Médico Mexicano celebrado en San Luis Potosí del 5 al 8 de noviembre de 1894*, Congreso Médico Mexicano, México, vol. 2.

¹⁴ Ortiz, *op. cit.*

contra el asma, la presión, las sofocaciones, las bronquitis, la ronquera, la extinción de la voz, la tisis pulmonar, las laringitis, así como en todas las enfermedades de las vías de respiración.

Por otro lado, se le atribuían beneficios durante los partos complicados, al disminuir las contracciones uterinas, obrando también como sedativa de los dolores y ayudando en disminuir el parto hasta en la mitad de su duración y finalmente, estaba incluida en un catálogo de drogas indígenas presentado a la Sociedad Mexicana de Historia Natural por el doctor Alfonso Huerta.¹⁵

Desde la perspectiva externa al país, también se le atribuían beneficios que de alguna manera eran indicaciones consideradas con reserva en la práctica médica de nuestro territorio, como en epilepsia, tétanos, convulsiones en niños, hidrofobia, delirio tremens, enajenación mental y reumatismo articular, sugerencia de los árabes e ingleses. Lo anterior se refleja en los argumentos comparativos que se hacían en esa época:

[...] las semillas de nuestro cáñamo o marihuana no producen el mismo efecto embriagante que la planta y canabina y se usan por lo mismo en emulsión, con mucho provecho en la hemorragia aguda, y como calmante de los ardores de la uretra y pujo, de la vejiga: parece que toda la planta dirige su acción especialmente sobre el aparato génito-urinario pues aún fumada produce efectos afrodisiacos muy marcados [...] Dr. García Peña.¹⁶

Pero su uso rebasaba sus indicaciones de entonces o sus beneficios medicinales, pues se utilizaba también en algunos rituales indígenas con algunas evidencias de uso recreativo. Asimismo, era consumida tanto en el ejército por los soldados como en las cárceles; porque su venta era de complejo control al representar también una forma de soportar el hambre, las enfermedades y seguramente la inestabilidad emocional derivada de las condiciones sociales que privaban.

¹⁵ *El Siglo Diez y Nueve*, Ciudad de México, 19 de julio de 1867, 2 de agosto de 1868, 9 agosto de 1868, 16 de agosto de 1868, 20 de septiembre de 1868, 5 de marzo de 1869; *La Sociedad*, ciudad de México, 7 de marzo de 1867, 21 de marzo de 1867, 28 de marzo de 1867, citados en: Schievenini, *op. cit.*

¹⁶ *Idem.*

De manera concomitante, personas con mayores recursos económicos consumían otra clase de estupefacientes traídos del extranjero como la belladona, el láudano y la cocaína,¹⁷ y no obstante al ser sustancias capaces de alterar los sentidos, se consumían sin penalización por sus beneficios como parte de la medicina vigente, relacionada con el control no sólo de enfermedades diagnosticadas por los médicos, sino como auxiliares de síndromes o simplemente síntomas y signos como el dolor, tos o diarrea.

La belladona por ejemplo, por poseer acción depresora sobre el sistema autónomo parasimpático con efectos miorrelajantes de la musculatura lisa e inhibitorio de las secreciones, se utilizaba exitosamente en la medicina herbolaria y alópata para tratar neuralgias, asma, tos nerviosa, convulsiones, algunas enfermedades de los ojos y constricciones espasmódicas, dolores de cabeza, colon irritable, síntomas de la menstruación, úlceras pépticas, inflamación y mareos.¹⁸

El láudano (descubierto por el suizo Paracelso a mediados del siglo xvi), consistía en una preparación compuesta por vino blanco, azafrán, clavo, canela opio, entre otras sustancias y tenía múltiples usos, particularmente contra el dolor de cualquier naturaleza. Dicho desde otra perspectiva, era una tintura alcohólica de opio, elaborada con base en moléculas de amapolas somníferas, planta del sur de Europa y del norte de África, con propiedades psicotrópicas.

Pero además de su utilidad como analgésico, se utilizaba para adormecer, también contra la ansiedad, el tratamiento de la diarrea y para el control de la tos de cualquier etiología; su principio más activo era la morfina, pero también incluía cantidades menores de codeína y de narcotina, aunque existía una versión de láudano sin este último alcaloide.¹⁹

¹⁷ Arno Burkholder de la Rosa, “...porque le falta, porque no tiene, marihuana que fumar”, en *Clionáutica*, en línea, fecha de consulta: 18 de abril de 2017. Recuperado de: <http://clionautica.blogspot.mx/>

¹⁸ Laura Garcés, “Belladona: sus propiedades y aplicaciones en salud”, en *Propiedades de las plantas medicinales en la salud*, en línea, fecha de consulta: 13 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.plantas-medicinales.es/belladona-sus-propiedades-y-aplicaciones-en-la-salud/>

¹⁹ *Psicofármacos.INFO para profesionales y consumidores*, en línea, fecha de consulta: 16 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.psicofarmacos.info/?contenido=drogas&farma=laudano>

La cocaína, obtenida de las hojas de coca mediante procesos de purificación como polvo blanco e inodoro, era utilizada como anestésico local e incluso se le llegaba a preparar como “tónico estimulante”. Sin embargo, su consumo rebasaba tal propósito por sus efectos inmediatos que se manifestaban por ausencia de fatiga, exaltación del estado de ánimo, sensación de vértigo, aumento de la seguridad en uno mismo, prepotencia, ausencia de cansancio, sueño y hambre. Aspectos que representaban una ventaja sobre la inquietud y angustia que produce manifestación euforizante, seguida de un efecto rebote, caracterizado por cansancio, apatía y angustia, así como una conducta impulsiva y agresiva.²⁰

La morfina, si bien fue utilizada con confianza principalmente como analgésico y sedante, o para otras entidades patológicas por ejemplo como parte del láudano, los usos durante la segunda mitad del siglo XIX, al final del mismo y principios del XX, representó una de las principales preocupaciones de médicos y legisladores, con base en las dosis a partir de las cuales el uso de los opiáceos en general provocaba intoxicaciones, así como la adulteración que hacían algunas personas ajenas a la profesión farmacéutica. Puntos esenciales eran entonces la medida justa según la prescripción, el control de calidad y los agentes sociales o personas cuya competencia podía o no garantizar legítimamente tales requisitos.²¹

Aunque los opiáceos en sus diferentes formas y presentaciones eran en general bien aceptados socialmente por sus efectos benéficos, la publicidad de medicamentos milagrosos condicionaba intoxicaciones que llamaron la atención, en especial por la entidad conocida como morfínomanía y/o tebeísmo, en la que coadyuvaban el consumo de opio, láudano o bien la morfina sola.

La morfínomanía, que para algunos se trataba de una patología simple de rápida curación, se vinculaba con el consumo de morfina fuera de toda prescripción médica. Por lo cual se asociaba también con

²⁰ Centre d'Assistència Terapèutica-Barcelona, “¿Qué es la cocaína y qué efectos produce?”, en *Adicciones y problemas psíquicos*, en línea, fecha de consulta: 2 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-es-la-cocaina-y-que-efectos-produce>

²¹ *El Siglo Diez y Nueve*,... citados en: Schievenini, *op. cit.*

el fuerte argumento de “degenerar la raza”, al dar como resultado que dicha práctica, de igual forma que los hábitos de consumo de heroína o marihuana, degradaban la salud física y mental del individuo, siendo al mismo tiempo una fuente de disolución familiar y social.

No obstante, en la antigua Escuela de Medicina, durante la época que se analiza, se realizaron varias tesis médicas al respecto (1883, 1893, 1920 y 1923). En las cuales, la etiología de la morfinomanía estuvo considerada la posibilidad de secuela de algún tratamiento médico basado en opiáceos, o adquirida por una serie de razones que podía ser desde el esparcimiento intelectual, hasta quienes lo consideraron como una consecuencia de la vida moderna.²²

Destaca dentro de las tesis citadas, que la morfinomanía, según la del doctor Francisco I. Sánchez (1883), no se consignaba en la patología interna, por lo que era necesario darla a conocer a la ciencia médica y aportar una idea que salvara a la sociedad de un padecimiento que por desgracia arrebatava de su seno seres queridos, tanto a la ciencia como a la familia y a la patria. Asimismo, la intención de denunciar el incremento en el abuso de inyecciones de morfina y sus “tristes y deplorables” consecuencias.

Un ejemplo que ratifica la tolerancia, acceso y aceptación ante el consumo de todas estas sustancias, se puede apreciar en el documento mediante el que la Junta Directiva de la Beneficencia Pública, enumeraba las que más se utilizaban en esa institución, entre ellas: adormidera, amapola, belladona, beleño, coca del Perú, semillas de cáñamo, codeína, cigarros medicinales, opio, extracto de *cannabis indica*, láudano, morfina, nicotina, nuez moscada y marihuana.

Dadas las características o beneficios obtenidos por estas sustancias, eran prescritas por los médicos, en el entorno había incluso vinos de coca y cigarrillos de marihuana que fácilmente se obtenían no sólo en las farmacias, sino en los mercados populares e incluso en las ferreterías. El opio era quizá el más empleado y se usaba en cientos de preparados.

²² Gutiérrez Ramos, Axayácatl, “Drogas: La historia que hace falta”, en *Revista de la Universidad de México*, diciembre 2003-enero 2004, en línea, fecha de consulta: 22 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/ojs_rum/index.php/rum/article/view/15971/17209

Las personas obviamente desarrollaban adicción, a pesar de lo cual no eran consideradas enfermas, pero conviene destacar que en el ámbito internacional, se intentaba controlar el opio, crear leyes especiales y penalizar a los infractores. Al tiempo de nuestra Revolución, ocurría por ejemplo con dicho propósito, la Conferencia de Shangai (1909), y la creación de la Ley de Narcóticos de Harrison (1914) aprobada en Estados Unidos.²³

Por otro lado, el alcohol ha tenido siempre una especial atención por las múltiples formas en que se consume y que dan pie a diferentes interpretaciones sobre sus beneficios o riesgos, tanto individuales como sociales. Estudios de antropología realizados en México por Berruecos,²⁴ demostraron que la ingesta de alcohol, como proceso de socialización, propicia espacios de identificación y autorreconocimiento comunitario donde se minimizan, pero no se anulan, las diferencias de clase, de género e intragenéricas.

En especial el pulque (bebida fermentada de bajo contenido alcohólico proveniente de la savia del maguey o aguamiel) llegó a representar una manera de sobrevivir en las regiones áridas y con escasez de agua del país, por ser además parte de la alimentación y fuente de vitaminas, proteínas y calorías, sin omitir la coexistencia de otras bebidas, como la cerveza y otros tipos de destilados aunque en menor proporción.

Es relevante mencionar que los estudios citados documentan que el consumo nacional del pulque, especialmente en la zona centro del país que geográfica y culturalmente tiene al mayor consumo, los consumidores presentan índices de dependencia mayores a los reportados por bebedores de destilados.

Pero el alcohol, en cualquiera de sus presentaciones y debido a los efectos de su consumo, más aún cuando se realiza en forma desmedida

²³ Luis Berruecos Villalobos, “El consumo de drogas en la Ciudad de México”, en *El Cotidiano*, vol. 22, núm. 145, septiembre-octubre de 2007, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco. También Nolasco Morán Pérez, “Narcotráfico en México”, en *Todo sobre el narcotráfico*, 2011, en línea, fecha de consulta: 18 de abril de 2017. Recuperado de: <http://todosobreelcrimennarco.blogspot.mx/>

²⁴ Luis Berruecos Villalobos Berruecos, “El consumo de bebidas alcohólicas y el alcoholismo en la población indígena mexicana”, en *Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas*, Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2005.

produciendo un estado tóxico, se había ya asociado y, más aún, considerado como precursor de la violencia: “Los días de fiesta y las verbenas son peligrosísimos por las riñas, lesiones y homicidios que ocasiona la bebida hasta en miembros de las clases superiores”.²⁵

Hubo incluso quien incluyó bajo la denominación de alcoholismo, la adicción a la cocaína, marihuana y morfina, por las consecuencias ya comentadas y que eran atribuidas al consumo de aquél: “Entendemos por alcoholismo, el estado patológico que resulta de la ingestión de bebidas espirituosas, la morfina, la cocaína, la marihuana”.²⁶

No obstante que Matías Romero en 1892 había reglamentado sobre bebidas alcohólicas y tabaco gravándolos con impuesto proporcional al grado de alcohol, mediante estampillas adheridas, inicialmente a los envases, y posteriormente a las cajas, era un asunto controversial determinar si la cerveza y el pulque debían gravarse, resultando que la cerveza no por contener menos de 6° GL y el pulque sí. Por tanto el 12 de mayo de 1896 se expidió el decreto sobre contribuciones a pulques, aguamiel y tlachique en el cual se especificaba que se pagarían 18 centavos por cubo con capacidad de 27.376 litros.²⁷

Aun así, el consumo per cápita estimado del mismo para 1900, era de 29.4 litros, de otras bebidas entre 20° y 50° GL era de 20 y 0.6 litros de tequila.²⁸

Era tal la apreciación de las consecuencias, que bajo la premisa de evitar la degeneración de la raza y el consumo de sustancias que envenenan al individuo, se diseñaron acciones específicas contra él, como de la Ley Antialcohólica, propuesta por los diputados Francisco J. Múgica y David Pastrana en 1917, que aunque no proliferó, dadas las características radicales de su contenido, se cita por reflejar de alguna manera los puntos de vista de quienes se pronunciaban por ella sin considerar las implicaciones culturales y económicas que ello representaba, dado

²⁵ Gutiérrez, *op. cit.*

²⁶ *Idem.*

²⁷ Jesús Méndez Reyes, “De crudas y moralidad: campañas antialcohólicas en los gobiernos de la postrevolución (1916-1931)”, en *II Congreso de Historia Económica de México*, octubre de 2004, en línea, fecha de consulta: 24 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.economia.unam.mx/amhc/memoria/simposio09/Jesus%20MENDEZ%20REYEZ.pdf>

²⁸ *Idem.*

que se proponía prohibir la fabricación y venta del pulque, del alcohol de maguey y de caña de azúcar para la fabricación de bebidas embriagantes.²⁹

Si bien en nuestro país la atención estaba puesta en los conflictos de índole social y bélico, a su término, el panorama internacional tampoco era ajeno a quienes se pronunciaban por mejorar la salud de la población mexicana, además de considerar el deterioro en el estilo de vida y los efectos negativos en salud tanto del alcohol como de las sustancias nocivas, pues siempre ha constituido un problema la compulsión por su obtención para satisfacer una necesidad primaria o superflua —ya sea con fundamento alimenticio, lúdico, festivo o religioso—, a través de su utilización, generando cambios en el comportamiento, los cuales si bien pueden ser benéficos, también pueden ocasionar daño paulatino que puede incluso llegar a ser fatal. No sin dejar de mencionar la inestabilidad o disfuncionalidad familiar que su abuso puede producir.

Por ello, los profesionales de la medicina al servicio del gobierno, sabiendo que para atender a las necesidades de la sociedad respecto de los daños que le aquejan y/o amenazan, era necesario disponer de información científica, confiable y completa sobre la naturaleza, magnitud y características del fenómeno en cuestión que permitiera dimensionar el estado de salud de la población, cabe mencionar que en 1893, el Estado mexicano logró integrar por primera vez las cifras provenientes de todo el país respecto a los hechos vitales, los cuales habían comenzado a registrarse desde 1859 en las Oficialías del Registro Civil.

Así, el primer Anuario Estadístico de la República mexicana, integrado por datos oficiales remitidos por la totalidad de los estados y territorios del país, fue publicado en 1893, representando un esfuerzo de sistematizar la información. Entre otros, el apartado de movimiento de población incluyó, para algunos estados, información sobre mortalidad clasificada por enfermedad, edad y sexo, asimismo, integró para todo el país la información estadística sobre nacimientos, matrimonios y defunciones.

²⁹ Hugo Vargas, “De cómo se prohibieron las drogas en México”, en *Confabulario*, suplemento cultural de *El Universal*, en línea, fecha de consulta: 17 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://confabulario.eluniversal.com.mx/de-como-se-prohibieron-las-drogas-en-mexico/#respond>

Durante ese mismo año, la Clasificación Internacional de Enfermedades, fue aplicada por primera vez en la República mexicana por el doctor Jesús Monjarás, en la integración de las estadísticas de mortalidad provenientes de San Luis Potosí.

Con esa experiencia y la del anuario de 1894, más la de los censos de 1895, 1900 y 1910 se consolidó el conocimiento estadístico veraz de la población y sus características principales; el cual fue incrementado con la información derivada de la Ley del Divorcio (1914), y la Ley de Relaciones Familiares (1917) promovidas en la administración de Venustiano Carranza, hasta la Carta Magna de 1917, en que se fijaron las bases que sustentaron el Registro Civil y se creó el Departamento de Salubridad Pública.³⁰

Los datos así disponibles permitieron determinar ya en 1922 las causas de defunción que se muestran en el Cuadro 1.

CUADRO 1.
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL.
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1922

<i>Núm. de orden</i>	<i>Causa</i>	<i>Clave CIE 3a. Rev.</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Tasa</i>
Total			364,832	2,545.0
1	Neumonía e influenza	11, 99, 100	40,995	285.9
2	Diarrea y enteritis	112, 113	25,765	179.7
3	Fiebre y caquexia palúdica	5	25,035	174.6
4	Tosferina	9	14,383	100.3
5	Viruela	6	11,986	83.6
6	Debilidad congénita y vicios de conformación	159, 160	10,220	71.3

³⁰ Secretaría de Salud, *Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010*, México, 2011.

236 • EL ALCOHOLISMO Y LAS SUSTANCIAS QUE ENVENENAN

<i>Núm. de orden</i>	<i>Causa</i>	<i>Clave CIE 3a. Rev.</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Tasa</i>
7	Tuberculosis del aparato respiratorio	32	9,856	68.7
8	Muerte violenta (excepto suicidio)	175-203	9,262	64.6
9	Bronquitis	98	7,946	55.4
10	Senilidad	164	7,108	49.5
11	Fiebre tifoidea (tipo abdominal o paratifoidea)	1	4,792	33.4
12	Cirrosis del hígado	121	4,657	32.4
13	Enfermedades del corazón	86-89	3,894	27.1
14	Hemorragia, apoplejía y reblandecimiento del cerebro	74	2,845	19.8
15	Sarampión	7	2,164	15.1
16	Meningitis	71	2,063	14.3
17	Cáncer u otros tumores malignos	43-49	2,057	14.3
18	Afecciones del estómago (excepto cáncer)	110-111	1,790	12.4
19	Nefritis aguda o crónica	127-129	1,749	12.2
20	Septicemia puerperal (fiebre peritonitis puerperal)	146	839	5.8
	Otras causas		175,426	1,223.7

Evidentemente predominaban enfermedades infectocontagiosas, sin embargo, se destaca el lugar 12 que ubicaba a la cirrosis del hígado como efecto muy probablemente de los hábitos etílicos existentes en la población. Clasificación y jerarquización que no necesariamente refleja-

ba los trastornos en la salud derivados del consumo de estupefacientes, por las razones ya comentadas respecto al registro de diagnósticos y la concepción o consideración existente acerca de quienes los padecían.

Estos registros, no obstante sus obvias limitaciones, consignaban el panorama epidemiológico sobre mortalidad predominante durante la gestación y elaboración de la Constitución de 1917, mediante la cual se daría paso a una perspectiva más refinada sobre la salud del pueblo de México.

La preocupación legislativa derivada seguramente de la experiencia que da vivir una realidad que denota los estragos de los problemas sociales, se manifestó en la propuesta del Diputado José María Rodríguez y del doctor Miguel Alonso Romero en la 50 sesión ordinaria del 19 de enero de 1917, al resaltar que México tenía el mayor índice de mortalidad a nivel mundial, sus argumentos relevantes fueron: “La mortalidad general de la República y principalmente de México es la más grande del mundo y, por consiguiente, en México se tiene la obligación de dictar medidas urgentísimas para evitar esa mortalidad”.

Es indispensable que las disposiciones dictadas para corregir esta enfermedad de la raza, proveniente principalmente del alcoholismo y el envenenamiento con sustancias medicinales como opio, morfina, éter, cocaína, marihuana, etcétera, sean dictadas con tal energía que contrarresten, de una manera eficaz, el abuso del comercio de estas sustancias tan nocivas a la salud, que en la actualidad han ocasionado desastres de tal naturaleza que han multiplicado la mortalidad, al grado de que ésta sea también de las mayores del mundo.³¹

Para ello, dentro de sus consideraciones proponía:

- Las autoridades sanitarias de los estados estarán sujetas al Código Sanitario Federal.
- Las Juntas o Congresos de Salubridad locales no deben depender del Departamento de Salubridad General más que en lo que

³¹ Daniel Márquez Gómez, “La Constitución de 1917 y el Consejo de Salubridad General. Concepción original”, en *Análisis del marco jurídico del Consejo de Salubridad General*, México, Secretaría del Consejo de Salubridad General, 2015, pp. 70-71.

afecta a la salubridad general de la República y cuidados de la raza.

- La autoridad sanitaria será ejecutiva y ninguna autoridad administrativa podrá oponerse a sus disposiciones.

Su propuesta en sí consistió en incorporar bases a la fracción del artículo 73 constitucional por las cuales el Consejo de Salubridad General se asumía como autoridad sanitaria, ante la necesidad de que el Estado mexicano tuviera un órgano ejecutivo capaz de prevenir y reaccionar de manera rápida y eficaz ante los distintos problemas que se suscitaban en el país.³²

Ahora bien, con base en información del Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México, la Constitución de 1917 fue la primera en la historia en incluir los derechos sociales y marcó con ello un antecedente para el mundo, lo que le otorgó el reconocimiento de “la primer Constitución social del siglo xx y reflejó de esta manera las demandas no sólo sociales sino económicas y políticas de la Revolución Mexicana, estableciendo también un nuevo orden social cuyo propósito y función esencial fue ser el eje articulador del desarrollo de nuestra Nación”.³³

En materia de salud, con el concepto entonces prevaleciente que omitía desde luego la responsabilidad intersectorial de la misma, analizado en la actualidad como las “Determinantes Sociales de la Salud” y que retomaremos más adelante, el Congreso abordó el proceso de la salud pública federal mediante dos instancias responsables:

- El Consejo de Salubridad General y
- El Departamento de Salubridad.

³² José Ramón Cossío Díaz, *et. al.*, “Reflexiones constitucionales sobre el Consejo de Salubridad General”, en *Gaceta Médica de México*, 2003.

³³ Secretaría de Cultura, *Historia Constitucional. Diputados Constituyentes 1916-1917*, Comité para la Conmemoración del Centenario de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en línea, fecha de consulta: 14 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.constitucion1917.gob.mx/es/Constitucion1917/Historia_constitucional_diputados_constituyentes_1916-1917

Con dichas denominaciones, se bifurcaron las atribuciones y el Consejo de Salubridad General asumía las funciones normativas, en tanto que el Departamento se hacía cargo de ejecutar las actividades en materia de higiene, con capacidad para subordinar en asuntos sanitarios a otras dependencias de la Administración Pública Federal, sobresaliendo en consecuencia la jerarquía del Consejo sobre el Departamento.

Constitución de 1917

Sección III, de las facultades del Congreso

Art. 73. El Congreso tiene facultad:

XVI. Para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones serán obligatorias en el país.

2a. 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.

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

4a. 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.

Como puede apreciarse, en la Carta Magna quedó establecido de manera específica el cambio en la denominación del Consejo Superior de Salubridad por el de Consejo de Salubridad General, con dependencia directa del Presidente de la República.

Además, al Consejo se le facultaba jurídicamente para emitir disposiciones y normas de observancia general en materia de salubridad; en particular de aquellas tomadas respecto de campañas contra el alcoholismo y venta de sustancias que envenenen al individuo o degeneren la especie humana. Por lo que conviene retomar o citar las consideraciones del discurso y entrega de proyecto de Constitución de don

Venustiano Carranza durante la junta inaugural del Congreso Constituyente, en Querétaro el 1 de diciembre de 1916 y que confirieron una sólida plataforma respecto de las funciones y autonomía de las decisiones del Consejo.³⁴

la autoridad sanitaria será ejecutiva y ninguna autoridad administrativa podrá oponerse a sus disposiciones.

[...] propongo que el control lo tenga el Ejecutivo; la práctica ha enseñado que solamente se ha obtenido resultado cuando personal directamente organizado y, por decirlo así, municionado, pertrechado y guiado por el Consejo de Salubridad ha sido el encargado de la campaña. En todas las campañas militares y otras, la unidad de mando y de dirección es la base principal del éxito.

[...] también sostenemos los subscriptos [*sic*] que la autoridad sanitaria será ejecutiva, y esto se desprende de la urgentísima necesidad de que sus disposiciones no sean burladas, porque si la autoridad sanitaria no es ejecutiva, tendrá que ir en apoyo de las autoridades administrativas y judiciales para poner en práctica sus procedimientos.

Cabe recordar que a pesar de que se había proclamado una nueva Constitución, el orden constitucional no se había restablecido en todo el país, muchos estados se demoraron meses y años en adherirse al pacto federal, porque continuaban en ellos los movimientos armados; se vivía bajo un nuevo orden constitucional, pero la calma no había llegado al país: se continuaba padeciendo escasez de moneda, bandidaje, hambre, epidemias, muchos pueblos pedían restituciones de tierra y dotaciones, el desempleo era elevado, frecuentes las huelgas y los problemas religiosos, las restricciones económicas y las grandes dificultades en la aplicación de algunos de los preceptos constitucionales.³⁵

Evidentemente que la instrumentación de las acciones encomendadas al Consejo de Salubridad General y al Departamento de Salubridad en materia de salud pública, enfrentaban retos mayúsculos, al enfocar

³⁴ Cossío, *op. cit.*

³⁵ *El Congreso Constituyente y la Constitución de 1917*, Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión, en línea, fecha de consulta: 19 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/museo/s_nues3.htm

el consumo de bebidas alcohólicas y estupefacientes como un nuevo paradigma, ya que para la población, incluso médica y farmacéutica, representaban estilos de vida habituales y no necesariamente de riesgo, de los cuales, en dado caso, se podría salir rápidamente con tratamiento médico.

De hecho, las adicciones no estaban establecidas como conductas delictivas tipificadas en los instrumentos formales de control social, excepción hecha en lo descrito en el artículo 923 del Código de 1871, que castigaba con arresto de dos a seis meses y multa de 10 a 100 pesos la embriaguez habitual con alcohol que causara grave escándalo.³⁶

La situación social y política era controversial, lo cual condicionó una forma de actuar de la autoridad sanitaria que la historia ha calificado como postura prohibicionista del gobierno, habiendo en ésta fuerzas debidas tanto a procesos externos al país, como internos, derivados del proceso de análisis y concienciación internacional sobre los daños potenciales de estas sustancias, sin dejar de considerar sus obvias implicaciones económicas y políticas. Situación que propició que en nuestro país, el propósito de control históricamente se encuentre matizado por una situación de regulación inicial, para ir hacia la prohibición y finalmente criminalización por la producción, posesión, distribución y consumo o abuso de determinada sustancia.

Desde la perspectiva o ámbito internacional, México ha participado estableciendo acuerdos que se traducen en compromisos. Destaca la Convención celebrada en 1912 en la Haya, en la cual se manifestaron los intereses no sólo en salud sino políticos y económicos que eso representaba, resaltando por ejemplo, el interés de Inglaterra por la morfina y la cocaína; la preocupación de Alemania por la ausencia de Suiza, con sus respectivas implicaciones de beneficio que para esta última tenía; la protección que hacían Portugal por el opio de Macao y Persia por los cultivos de amapola.

Holanda producía cocaína en Java; Francia aprovechaba el consumo de opiáceos en Indochina; Japón introducía morfina y heroína en China, y el retiro de Italia al no prosperar la inclusión del tema de cannabis. Los acuerdos relevantes consistieron en la limitación del co-

³⁶ Schievenini, *op. cit.*

mercio de opio, morfina y cocaína. Se establecieron criterios y autorizaciones para importación y exportación, así como registros y controles para el uso de estas sustancias con fines médicos. México firmó el tratado, aunque la firma del senado se realizó en 1924, la del Presidente un año después y su publicación en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) fue en 1927.³⁷

Con lo descrito se puede dimensionar la influencia que el contexto internacional ejercía sobre los legisladores de nuestro país, estableciéndose en consecuencia un proceso de control formal, que según el doctor Tenorio Tagle,³⁸ distinguido investigador de ciencias penales, es entendido como el instaurado a través del derecho penal, por el aparato legislativo, leyes, legisladores, ministerios públicos, jueces y sistemas carcelarios y que es producto del saber erudito.

El cuestionamiento a esta postura no derivó de la pretensión inherente a ella, sino de la ausencia de un proceso de información y educación a la población, que permitiera la emergencia de conductas diferentes, razonadas, producto de la comprensión y análisis de sus decisiones respecto a su salud mediante la identificación de los riesgos y daños, quedando entonces en un nivel de prohibicionismo global de drogas, con tinte de autoritarismo, de dictadura sanitaria.

Por otro lado, existían procesos internos en el país que también influían en el consumo uso y/o abuso, derivados de las posibilidades para adquirir el tipo de sustancias prohibidas, proveniente de un trato diferenciado de las mismas.

Por ejemplo, el importante ingreso fiscal que representaba el tabaco y lo mantenía como sustancia legal, a diferencia del opio que fue relegado y en cuyo rechazo influía el punto de vista de empresarios y algunos políticos mexicanos racistas, que ocultaban su interés en evitar la competencia de comerciantes chinos. El prohibicionismo así, fue visto como una forma de negociación entre el gobierno y grupos de poder,

³⁷ Vargas, *op. cit.*

³⁸ Doctor Fernando Tenorio Tagle. Investigador por el Instituto de Ciencias Penales, Master en Justicia Penal y Criminología Crítica por *The United Nations Social Defense Research Institute* (Roma). Es licenciado en Derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México. En línea, fecha de consulta: 14 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://cijurep.uatx.mx/maestrias/semblanzascv/tagle.html>

que generaba diferenciación de clases por las posibilidades de acceso y consumo, y diferencias en la interpretación y aplicación de las leyes.³⁹

Desde ambas perspectivas, interna y externa, como condicionantes de aspectos regulatorios, el gobierno mexicano hubo de conciliar las variables influyentes para mantener tanto su autonomía ante el exterior, como la estabilización de fuerzas internas emanadas de la divergencia de opiniones para el trato jurídico de las sustancias, y cristalizar el consumo regulado de las mismas, atendiendo no solo a la presión externa con sus múltiples implicaciones económicas, políticas y morales, sino también a las condicionantes derivadas de la salubridad pública del país, teniendo que adecuar sus leyes, sin descuidar la atención de necesidades de la sociedad y vinculando sus esfuerzos con la postura internacional de criminalizar a quienes no respetaran los acuerdos o tratados de índole internacional.

Dentro de esta situación sociocultural y política del estado trans y postrevolucionario, vale la pena destacar el esfuerzo legislativo realizado para sustituir los códigos sanitarios durante la última etapa del siglo XIX y el inicio del XX, particularmente los de 1902, 1926, 1934, 1949 y 1955, periodo que, se resalta, abarcó las importantes estrategias gubernamentales que sentaron las bases para reglamentar y dar cumplimiento a las disposiciones consideradas en la Constitución de 1917, realizándose también otros esfuerzos organizacionales e institucionales que permitieran el propósito ya señalado.

En las disposiciones y acciones registradas resaltan:

En 1908, la reforma a la fracción XXI del artículo 72 de la Constitución de 1857, con la cual dejó de ser prerrogativa de los estados legislar sobre cuestiones de salubridad, agregando a las facultades del Congreso de la Unión, dictar leyes sobre salubridad general en la República.⁴⁰

El 16 de noviembre de 1912, a través del Reglamento para la venta de comestibles y bebidas en el Distrito Federal, se condenaba la elabo-

³⁹ Froylán Enciso, “Historia mexicana de la prohibición de drogas y el narcotráfico en una nuez”, en *Nuestra aparente rendición*, 19 de octubre de 2011, en línea, fecha de consulta: 14 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://nuestraaparente-rendicion.com/index.php/blogs-nar/weary-bystanders/item/673-historia-mexicana-de-la-prohibici%C3%B3n-de-drogas-y-el-narcotr%C3%A1fico-en-una-nuez>

⁴⁰ Rodríguez, *op. cit.*

ración de aguardientes fermentados con granos y piloncillo, mostos y derivados de la uva cuya graduación fuera mayor a 6 GL, pues en aras de la guerra se acaparaban alimentos y se desviaba el maíz para fabricar bebidas alcohólicas (aguardiente) que obviamente no era justificable. Por ello se produjo el cierre de pulquerías, tabernas y cantinas.⁴¹

Durante 1915, dentro de las medidas para enfrentar una epidemia más, la del tifo, la Secretaría de Gobernación, de la cual dependía el Consejo, dispuso la prohibición de la venta del pulque al menudeo y de cualquier bebida alcohólica, así como clausurar los centros de reunión a las 23 horas.⁴²

El 9 de julio de 1916, Venustiano Carranza decretó prohibir la importación y el tráfico de *chandoo* que era opio destinado a fines no medicinales. Al tiempo que sí se permitía la importación de opio en bruto, sulfato de morfina, dyacetylmorfina (heroína) y cloruro de cocaína, todo ello con fines medicinales.

De las seis cláusulas, cuatro abordaban el tema del opio y dos señalaban que la fabricación de medicamentos debía estar supervisada por un farmacéutico titulado aprobado por el Consejo y que los productos fabricados no podrían venderse fuera de boticas y droguerías, cuidando asimismo la calidad de los preparados; lo que denotaba la preocupación de la autoridad respecto a la posible adulteración de sustancias con afectación de la calidad de los productos para el consumo de la población, y desde luego el reflejo e influencia de los acuerdos internacionales.⁴³

En ese mismo año, se discutían en el interior del Consejo de Salubridad General los aspectos relacionados con los narcóticos, con el fin de actualizar el código de salubridad general el cual fue posible promulgarlo hasta 1926. Se puede decir en general que el diferimiento de la promulgación o publicación de documentos en el DOF fue siempre debida a la inestabilidad política.

Lo anterior cobró relevancia dado que en la década de 1920 México enfrentaba, entre otros retos, los efectos de la Ley Volstead (Ley

⁴¹ Méndez, *op. cit.*

⁴² Rodríguez, *op. cit.*

⁴³ Schievenini, *op. cit.*

seca), creada en Estados Unidos en 1919, la cual prohibió la producción y comercialización del alcohol en aquella nación, lo que tuvo efectos paradójicos al generar en la frontera con nuestro país un aumento del contrabando e importación clandestina, con la aparición de grupos organizados para tal fin, que desencadenaron procesos como soborno, extorsión y corrupción entre los responsables de la administración pública relacionada con la recaudación, el control aduanal y el traslado al interior del país.⁴⁴

El 15 marzo de 1920, se promulgó el decreto “Disposiciones sobre comercio de productos que pueden ser utilizados para fomentar vicios que degeneran la raza y sobre el cultivo de plantas que pueden ser empleadas con el mismo fin”.

En el citado decreto, se reitera el reconocimiento oficial de los usos medicinales del opio, la morfina, la cocaína y la heroína, excepto de la marihuana, respecto de la cual, la fracción quinta del decreto, especificaba: “Queda estrictamente prohibido el cultivo y comercio de la marihuana”; de lo que se podía inferir que era considerada una sustancia nociva cuando no era prescrita por médicos o farmacéuticos, convirtiéndose así en una sustancia prohibida sin haber sido previamente considerada como sustancia regulada y sin ofrecerse mayores argumentos en la justificación de su prohibición.⁴⁵

En 1921 se estableció el Instituto de Higiene y en 1922 se inauguró la Escuela de Salubridad.

El 14 de diciembre de 1926, a través del ahora Consejo de Salubridad General, se elaboró su reglamento interior, mismo que fue publicado en el DOF, derogando al del Consejo Superior de Salubridad y ratificando lo establecido en la Carta Magna de 1917:

Capítulo Segundo.

De las atribuciones del Consejo.

Artículo 2o. Compete al Consejo de Salubridad General

I. Discutir y aprobar las disposiciones sanitarias de aplicación federal, cuya ejecución reserva el Código Sanitario al Departamento de Salubridad Pública.

⁴⁴ Méndez, *op. cit.*

⁴⁵ Schievenini, *op. cit.*

II. Cumplir en la parte que le corresponde con las prescripciones del Código Sanitario y de los Reglamentos que de él emanen.

De esta forma, el Consejo por medio de su Presidente, podía presentar al Presidente de la República los proyectos de decreto y reglamentos que requirieran la aprobación de él.

Con base en ello, la construcción del discurso oficial o gubernamental se desarrolló a partir del concepto de la “protección de la salud pública”, con lo cual se lograba en buena parte la aceptación social y sentaba el precedente para justificar la prohibición y normalización del consumo de sustancias nocivas. Aunque dicha normalización según distintas fuentes, estaba intencionadamente orientada a ciertos sectores de la sociedad.⁴⁶

En 1928 se crearon las Unidades Sanitarias Corporativas convertidas en 1932 en la Coordinación de Servicios Sanitarios, organizadora de las campañas antialcohólica y antituberculosa. Acerca de la primera, la justificación era frenar el consumo, la distribución y la generalización de la ingesta; con argumentos que estaban basados en una preocupación política y social por generar concepciones de estilos de vida diferentes, cuyo perfil del individuo fuese tener salud en cuerpo y espíritu con ausencia de vicios, a la vez que se conminaba a los capitalistas a abandonar conductas no éticas ante las necesidades y circunstancias de vida de la población. Concomitante con dichos propósitos, se manifestaban conflictos por el control de la producción, la venta clandestina y las actividades lúdicas ligadas al consumo.

Lo anterior denota que en la perspectiva legislativa, bajo el Reglamento Federal de Toxicomanías de 1931, por disposición del Consejo de Salubridad General y del Departamento de Salubridad Pública, un toxicómano se definía como el individuo que sin un fin terapéutico usaba drogas de manera habitual.

En 1936 se instituyó el servicio social en medicina.

En 1937 se emitió el decreto que modificó la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creándose la Secretaría de Asistencia Pública.

⁴⁶ Idem.

La compleja situación social, se traducía en un concepto dominante y explícito del periodo comentado (finales del siglo XIX e inicios del siglo XX): “la degeneración de la raza”, que implicaba una de las principales preocupaciones de la autoridad sanitaria que queremos ampliar, dada la importancia de su génesis y la interpretación que se le daba para justificar las reglamentaciones correspondientes en aras de su remedio y prevención, por la seria amenaza que representaba para el entonces presente y futuro de la sociedad mexicana.

Desde luego que el alcoholismo y los enervantes eran los elementos centrales, identificados como los factores que favorecían hacer del individuo un ser degradado y que necesariamente estaban asociados con otros riesgos o circunstancias que propiciaban tal denominación. Dentro de éstos últimos, se citaba un medio ambiente insalubre, la deficiente alimentación coadyuvando en ello con especial énfasis el hábito alcohólico inmoderado, aunado a la intoxicación con otras sustancias, la falta de educación y la herencia, particularmente relacionada con las enfermedades venéreas, congénitas y la ingestión indiscriminada de sustancias medicinales autorizadas.⁴⁷

La fundamentación o argumentación científica que apoyaba dicho enfoque puede inferirse y valorarse a través de la literatura contemporánea al proceso social en cuestión. Julio Guerrero, abogado de los tribunales de la República Mexicana, en su estudio sobre psiquiatría social en 1901, argumentaba:

Todas las manifestaciones del espíritu humano, por brillantes que sean, y por personales que parezcan, presuponen siempre fenómenos del mismo orden en otros miembros de la sociedad, lo mismo sucede con la salubridad y lo mismo sucede con el crimen [...]

Alrededor de un delito hay siempre defectos e imprudencias, errores en la forma de antecedentes personales del delincuente; y en la de costumbres, tendencias, manías ó vicios esparcidos en las clases sociales que confinan con el delincuente... el estudio de las causas que determinan el crimen debe

⁴⁷ Gutiérrez, *op. cit.* También Julio Guerrero, *La génesis del crimen en México: Estudio de Psiquiatría Social*, México, Librería de la Vda. de Ch. Bouret, 1901, en línea, fecha de consulta: 22 de septiembre de 2016. Recuperado de: <https://archive.org/stream/lagenesisdelcrim00guergoog#page/n11/mode/2up>

hacerse por consiguiente, no sólo en las circunstancias personales del criminal, sino en los fenómenos generales de *destrucción* que puedan afectar al espíritu, ó al *alma* de una sociedad, como se decía en los tiempos de la teología [...]

El valor lógico que como método de investigación se ha asignado a la estadística, cambia por consiguiente de carácter. Á las cifras, se les tendrá que atribuir, además del dato *cuantitativo* que representan, el valor del *índice*, ó coeficiente que manifiesta también la existencia *no cuantificada*, pero mucho mayor de fenómenos de psiquiatría secundarios íntimamente unidos al delito registrado. Para conocer las causas que producen éste, será pues necesario analizar las que en un lugar y en una época dada, van lentamente minando el espíritu y haciendo que en vez de evolucionar libremente, contraiga vicios al pensar, obrar y sentir [...]⁴⁸

Con tal punto de vista, puede comprenderse por qué las descripciones contemporáneas consideradas clasistas, aludían precisamente a la diferenciación de clase con proclividad a que las reglamentaciones se orientaran al sometimiento de aquellas menos favorecidas; en donde la degradación social, se pensaba, podía ser heredada a los descendientes, pudiendo constituirse en un peligro social al que había que ponerle remedio.

El enfoque de las decisiones en México, se reitera, reflejaban la necesidad de condescender con el extranjero al tiempo de establecer medidas internas inmediatas que abatieran los problemas sociales, mediante la prohibición del alcohol y el proceso de moralización de la sociedad, de manera semejante a los Estados Unidos, como la mejor estrategia de lograr las promesas de la Revolución.

El pronunciamiento más intenso se identificó a partir de 1916, con algunas acciones específicas, producto de la campaña de moralización social. Se puede citar por ejemplo “la moralización del comercio” como una de las conclusiones del Congreso de Industriales en 1917, y en la década de 1920-1930 “la hora de la radio antialcohólica” en Jalisco y Tabasco.

El 19 de mayo de 1929 inició una campaña contra el alcoholismo, caracterizada por crear un comité de lucha y el reglamento del decreto

⁴⁸ *Idem.*

que lo avalaba, pero cuya filosofía se puede apreciar en las palabras del Presidente Emilio Portes Gil, al afirmar que; “[...] entre los enemigos de la raza y del porvenir de México, debía señalarse al alcoholismo, como uno de los males colectivos de más urgente remedio [...]”.⁴⁹

A partir del segundo tercio del siglo xx, México vivió una etapa de importantes acontecimientos que se traducirían en un enfoque moderno sobre el proceso salud enfermedad y en consecuencia sus políticas de salud estarían más en concordancia con los avances científicos y aportaciones internacionales respecto al control del alcohol y de estupefacientes; aunque los aspectos prohibicionistas impulsados por la comunidad internacional, en particular Estados Unidos, generaban y daban la pauta para considerar a los detractores de dicho enfoque como delincuentes, criminalizando el hecho no solo de la producción sino el consumo de las sustancias citadas.

No obstante, el punto de vista del gobierno de México continuó manifestándose con mayor tolerancia y durante la administración del general Lázaro Cárdenas, intentó establecer un control estatal de drogas al mismo tiempo que ofertaba el tratamiento médico para los toxicómanos.

Con el enfoque de modernidad arriba citado, el 18 de octubre de 1943, se fusionaba la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad Pública, creándose la Secretaría de Salubridad y Asistencia, lo cual significaba tener la salubridad y la asistencia una meta común, reconociéndose a la salud como un derecho de la población y del cual el Estado tenía la obligación de brindar la protección correspondiente, teniendo como misión la lucha contra la desigualdad social y priorizando a los grupos en mayor desventaja.

Ese año se caracterizó por iniciar un importante incremento de la infraestructura para la atención médica, pues se inauguró el Instituto Mexicano del Seguro Social, instaurándose con ello una importante faceta de los servicios sanitarios: la seguridad social. Al mismo tiempo, se fundó el Hospital Infantil de México, el Hospital Rubén Leñero y en años sucesivos durante la misma década, el Instituto Nacional de

⁴⁹ Méndez, *op. cit.*

Cardiología, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición y el Hospital Gea González.

En esta década se realizaron dos campañas, una de ellas contra el alcoholismo y la otra contra los enervantes (opio, morfina, cocaína, heroína, las adormideras, hojas de coca y marihuana). Campañas cuya esencia consistía en brindar asistencia a los consumidores en centros de recuperación especializados.

El enfoque de la seguridad social y la salud como derecho, fueron guiando y consolidando las acciones del Sistema Nacional de Salud del país, la salud pública se fue fortaleciendo a partir de la segunda mitad del siglo xx de tal forma que el 28 de diciembre de 1959 se estableció el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Asimismo, las actualizaciones de los códigos sanitarios (1902, 1926, 1934, 1949, 1955, 1971) continuaron facultando al Consejo de Salubridad General como órgano consultivo en cuyo interior se discutían los aspectos relacionados con las sustancias psicoactivas, destacando que en el de 1971, se reformó el capítulo sobre estupefacientes y psicotrópicos, y se incluyeron las anfetaminas. Sin omitir la importante relación en el ámbito internacional. Por lo que de manera paralela el gobierno estableció estrategias orientadas al control penal correspondiente.

Las medidas que han conformado el marco jurídico en apoyo a las acciones del Consejo de Salubridad General se pueden apreciar en los siguientes ordenamientos:⁵⁰

La Ley General de Salud, en diferentes artículos, de los cuales se destacan:

- Los artículos 4o. fracción II, 15, 16 y 17. En las cuales se establece al Consejo de Salubridad General como autoridad sanitaria y dentro de su competencia, la de: dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxi-

⁵⁰ Consejo de Salubridad General, “Compilación del marco jurídico y de las disposiciones obligatorias del Consejo de Salubridad General”, México, 2005.

cas, así como las que tengan por objeto prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud, las que serán revisadas después por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

- El artículo 188, en donde se establecen las medidas para que el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, se coordinen a fin prevenir y tratar el tabaquismo y las enfermedades que condiciona. De igual manera que el artículo 191, en donde se cita la ejecución de un programa contra la farmacodependencia, precisando tres líneas de acción:
 - I. La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes.
 - II. La educación sobre los efectos del uso de los estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales.
 - III. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.
- El artículo 234, en donde para efectos de la misma, se listan 109 sustancias que se consideran estupefacientes, más los isómeros de ellas, a menos que estén expresamente exceptuados; también cualquier otro producto derivado o preparado que contenga sustancias señaladas en el listado, sus precursores químicos y, en general, los de naturaleza análoga y cualquier otra sustancia que determine la Secretaría de Salud o el Consejo de Salubridad General.
- El artículo 235 que especifica: siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con estupefacientes o con cualquier

producto que los contenga, queda sujeto a las disposiciones que expida el Consejo de Salubridad General.

- El artículo 244 establece que para efectos de esta ley, se consideran sustancias psicotrópicas las señaladas en el artículo 245 de este ordenamiento y aquellas que determine específicamente el Consejo de Salubridad General o la Secretaría de Salud.
- Por su parte el artículo 245 lista las sustancias psicotrópicas y el artículo 247 de manera semejante al 235, hace referencia a los procesos de producción y distribución pero de dichas sustancias psicotrópicas.

La Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos, publicada en el DOF el 26 de diciembre de 1997, en sus artículos 2o. fracción II, 3o. fracción I, y 20, establece que las dependencias señaladas en el artículo 3o. de dicha Ley, integrarán de manera conjunta una base de datos con la información sobre los sujetos, establecimientos y actividades reguladas cuya operación y resguardo corresponderá al Consejo de Salubridad General.

Otro documento conveniente de destacar es el Reglamento Interno del Consejo de Salubridad General que en 1974 señaló dentro de sus atribuciones discutir y aprobar disposiciones sanitarias de aplicación nacional y las medidas necesarias para la campaña contra el alcoholismo y otras intoxicaciones.

Con base en ello, y por la facultad que tanto la Constitución como la Ley General de Salud le confieren, el Consejo de Salubridad General históricamente ha emitido acuerdos orientados al control tanto del alcohol como de las sustancias que envenenan al individuo y que coadyuvan en la función rectora de la Secretaría de Salud, de los cuales por su relevancia se citan:

- El Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el Cuadro Básico para el Primer Nivel de Atención Médica y, para segundo y tercer nivel, el Catálogo de Insumos. Dicho acuerdo retoma la creación del Cuadro Básico de Insumos publicado en el DOF el 9 de junio de 1983 y de la Comisión Interinstitucional respectiva bajo el control del Consejo de Salubridad General; y en su artículo 2o. fracción V, establece que para los efectos del acuerdo, se entiende por *insumos*: “[...] Los medicamentos, sustancias psicotrópicas, estupefacientes y materias primas y aditivos que intervengan para su elaboración”.
- El Acuerdo por el que se determinan las cantidades o volúmenes de productos químicos esenciales a partir de los cuales serán aplicables las disposiciones de la Ley, publicado en el DOF el 27 de abril de 1998. Dicho Acuerdo se basa en la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas, y/o Comprimidos; prevé y evita el desvío de dichas sustancias para la producción ilícita de narcóticos.
- El Acuerdo por el que se emite recomendación a fin de proteger la salud de los no fumadores por la exposición involuntaria al humo del tabaco, publicado en el DOF el 28 de mayo de 2004, el cual precisa que en términos de lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley General de Salud, es materia de salubridad general la prevención y el control del tabaquismo.
- El Acuerdo por el que se establecen Medidas de Protección en Materia de Salud Humana para prevenir el Alcoholismo y evitar la ingesta de Alcohol Etílico, publicado en el DOF el 6 de julio de 2004 y modificado el 26 de octubre del mismo año. En él se autoriza el uso industrial del alcohol etílico, pero prohíbe su venta a granel, pudiéndose vender pre envasado y respecto de su uso como material de curación, solo si es desnaturalizado. Y la comercialización del alcohol etílico sin desnaturalizar será exclusivamente de uso industrial.
- El Acuerdo que establece las medidas para la venta y producción de alcohol etílico y metanol, publicado en el DOF el 6 de enero

de 2014. En el cual se prohíbe la venta a granel al consumidor final de cualquier tipo de alcohol etílico y metanol. Asimismo, se autoriza la venta de alcohol etílico sin desnaturalizar, a granel o preenvasado, exclusivamente a sujetos que demuestren fehacientemente ante la autoridad sanitaria, que utilizan dicho producto dentro de sus procesos de fabricación. Para tal efecto, la Autoridad Sanitaria verificará que haya sido presentado el aviso de funcionamiento respectivo, ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o bien, que se cuenta con licencia sanitaria correspondiente, de conformidad con el giro del sujeto obligado.

- La Norma Oficial Mexicana, NOM-142-SSA1/SCFI-2014. Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial. DOF 23 de marzo de 2015, cuyo objeto es establecer las especificaciones sanitarias y disposiciones de etiquetado sanitario y comercial de las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el territorio nacional.
- El Acuerdo por el que se adicionan las sustancias nitroetano, nitrometano, benzaldehído y cloruro de bencilo, al listado de la clasificación a que se refiere la fracción I del artículo 4o. de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos; y se consideran sustancias psicotrópicas comprendidas en el artículo 245, fracción V, de la Ley General de Salud, publicado en el DOF el 28 de octubre de 2015.
- El Acuerdo por el cual se establece el criterio para la verificación de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-142-SSA1/SCFI-2014, Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial, publicado en el DOF el 25 de marzo de 2016.

Deseamos concluir este capítulo resumiendo que la política que sustentó las acciones de salud de la Constitución de 1917, fue la higiene como base de la salud pública, cuyo objetivo fue establecido en la conservación de la salud, la mejoría de la condición física y la prolonga-

ción de la vida. Subrayando el valor de la salud de la población como un derecho y la obligatoriedad del gobierno para su protección.

A partir de entonces, se ha dado continuidad a los esfuerzos y se han enfatizado los riesgos de las sustancias que requieren reglamentarse respecto a su uso, por el potencial daño que un inadecuado consumo puede generar tanto al individuo como a su familia y en consecuencia a la sociedad, convirtiéndose en un reto permanente de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Lo anterior implica un arduo trabajo intersectorial, que aborda la salud con un enfoque holístico, valorando sus determinantes sociales, descritas por la Organización Mundial de la Salud como “las condiciones socioeconómicas en que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen”; y que establecen el grado en que una persona tiene los recursos físicos, sociales y personales para identificar y lograr sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades en salud, educación, alimentación, empleo y adaptarse al medio ambiente.⁵¹

Por ello resulta relevante la participación del sector salud al fomentar en la población estilos de vida saludables con el propósito de lograr su corresponsabilidad en el cuidado de la misma, cuyas directrices se pueden valorar en las metas del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, con particular énfasis en la de “Un México incluyente”, cuyo horizonte es superar el hambre, revertir la pobreza en búsqueda de una sociedad con igualdad de género y sin exclusiones, velando por el bienestar de las personas con discapacidad, los indígenas, los niños y los adultos mayores.

Metas que a través del Programa Sectorial de Salud, tienen sus correspondientes objetivos, estrategias y líneas de acción y cuya esencia conserva la mística del valor de la salud plasmado desde la Constitución de 1917: “La salud es condición indispensable para el bienestar de las personas y uno de los componentes fundamentales del capital humano”.

⁵¹ Manuel Urbina Fuentes y Miguel Ángel González Block, *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- AGOSTONI, Claudia, “Práctica médica en la Ciudad de México durante el porfiriato: entre la legalidad y la ilegalidad”, en Cházaro, Laura (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2009.
- LAZO DE LA VEGA, J. M., *Memorias del Segundo Congreso Médico Mexicano celebrado en San Luis Potosí del 5 al 8 de noviembre de 1894*, vol. 2., México, Congreso Médico Mexicano,
- MÁRQUEZ GÓMEZ, Daniel, “La Constitución de 1917 y el Consejo de Salubridad General. Concepción original”, en *Análisis del marco jurídico del Consejo de Salubridad General*, México, Secretaría del Consejo de Salubridad General 2015.
- RODRÍGUEZ, Martha Eugenia, “La facultad médica del Distrito Federal”, en *El Consejo de Salubridad General y las epidemias*, Consejo de Salubridad General, 2010.
- SCHIEVENINI STEFANONI, José Domingo, *La prohibición de la marihuana en México, 1920-1940*, tesis de maestría, Universidad Autónoma de Querétaro, 2012.
- Secretaría de Salud, *Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010*, México, 2011.
- Sociedad Farmacéutica Mexicana, *Nueva Farmacopea Mexicana de la Sociedad farmacéutica de México*, México, Imprenta de Ignacio Escalante, 1874.
- URBINA FUENTES, Manuel y González Block, Miguel Ángel, *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

Hemerográficas

- BERRUECOS VILLALOBOS, Luis, “El consumo de drogas en la Ciudad de México”, en *El Cotidiano*, vol. 22, núm. 145, septiembre-octubre de 2007, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, México.
- , “El consumo de bebidas alcohólicas y el alcoholismo en la población indígena mexicana”, en *Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas*, Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2005.

- COSÍO DÍAZ, José Ramón, *et. al.*, “Reflexiones constitucionales sobre el Consejo de Salubridad General”, en *Gaceta Médica de México*, 2003.
El siglo diez y nueve, Ciudad de México, 19 de julio de 1867, 2 de agosto de 1868, 9 agosto de 1960, 16 de agosto de 1968, 20 de septiembre de 1868, 5 de marzo de 1969.
- FIERROS, Arturo, “Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX)”, en *Gaceta Médica de México. Historia y Filosofía de la Medicina*, 2014.
- La Sociedad*, Ciudad de México, 7 de marzo de 1867, 21 de marzo de 1867, 28 de marzo de 1867.
- ORTIZ, Mariana; Puerto, Javier, y Aceves, Patricia, “La Reglamentación del Ejercicio Farmacéutico en México, parte I (1841-1902)”, en *Red de Revistas científicas de América Latina y el Caribe*, vol. 39, 1, enero-marzo 2008.
- Secretaría de Salud, Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 17 de agosto de 2012.

Electrónicas

- Burkholder de la Rosa, Arno, “...porque le falta, porque no tiene, mariguana que fumar”, en *Clionáutica*, en línea, fecha de consulta: 18 de abril de 2017. Recuperado de: <http://clionautica.blogspot.mx/>
- Centre D’assistència Terapèutica-Barcelona, “¿Qué es la cocaína y qué efectos produce?”, en *Adicciones y problemas psíquicos*, en línea, fecha de consulta: 2 de septiembre de 2016. <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-es-la-cocaina-y-que-efectos-produce>
- ENCISO, Froylán, “Historia mexicana de la prohibición de drogas y el narcotráfico en una nuez”, en *Nuestra aparente rendición*, 19 de octubre de 2011, en línea, fecha de consulta: 14 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://nuestraaparenterendicion.com/index.php/blogs-nar/weary-bystanders/item/673-historia-mexicana-de-la-prohibici%C3%B3n-de-drogas-y-el-narcotr%C3%A1fico-en-una-nuez>
- GARCÉS, Laura, “Belladona: sus propiedades y aplicaciones en salud”, en *Propiedades de las plantas medicinales en la salud*, en línea, fecha de consulta: 13 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.plantas-medicinales.es/belladona-sus-propiedades-y-aplicaciones-en-la-salud/>
- GONZÁLEZ LOZANO, María del Carmen y Almeida López, María Guadalupe, “El Protomedicato”, en línea, fecha de consulta: 3 de septiembre

- de 2016. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/2/700/21.pdf>
- GUERRERO, Julio, *La génesis del crimen en México: Estudio de Psiquiatría Social*, México, Librería de la Vda. de Ch. Bouret, 1901, en línea, fecha de consulta: 22 de septiembre de 2016. Recuperado de: <https://archive.org/stream/lagnesisdelcrim00guergoog#page/n11/mode/2up>
- GUTIÉRREZ RAMOS, Axayácatl, “Drogas: La historia que hace falta”, en *Revista de la Universidad de México*, diciembre 2003-enero 2004, en línea, fecha de consulta: 22 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/ojs_rum/index.php/rum/article/view/15971/17209
- MÉNDEZ REYES, Jesús, “De crudas y moralidad: campañas antialcohólicas en los gobiernos de la postrevolución (1916-1931)”, en II Congreso de Historia Económica de México, octubre de 2004, en línea, fecha de consulta: 24 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.economia.unam.mx/amhe/memoria/simposio09/Jesus%20MENDEZ%20REYEZ.pdf>
- MORÁN PÉREZ, Nolasco, “Narcotráfico en México”, en *Todo sobre el narcotráfico*, Universidad Mesoamericana Oaxaca, 2011, en línea, fecha de consulta: 18 de abril de 2017. Recuperado de: <http://todosobreelcrimenarco.blogspot.mx/>
- Psicofármacos.INFO para profesionales y consumidores*, en línea, fecha de consulta: 16 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.psicofarmacos.info/?contenido=drogas&farma=laudano>
- Secretaría de Cultura, *Historia Constitucional. Diputados Constituyentes 1916-1917*, Comité para la Conmemoración del Centenario de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en línea, fecha de consulta: 14 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.constitucion1917.gob.mx/es/Constitucion1917/Historia_constitucional_diputados_constituyentes_1916-1917
- VARGAS, Hugo, “De cómo se prohibieron las drogas en México”, en *Confabulario*, suplemento cultural de *El Universal*, en línea, fecha de consulta: 17 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://confabulario.eluniversal.com.mx/de-como-se-prohibieron-las-drogas-en-mexico/#respond>

Leyes, códigos y reglamentos

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, Imprenta de La Patria, 1891, en línea, fecha de consulta: 18 de abril de 2017. Recuperado

de <https://archive.org/stream/cdigosanitariod00mexigoog#page/n10/mode/2up>

Compilación del Marco Jurídico y de las Disposiciones Obligatorias del Consejo de Salubridad General, México, Consejo de Salubridad General, 2005.

Reglamento sobre inspección de boticas, almacenes y fábricas de drogas, 26 de noviembre de 1846, México.

Archivos

Archivo Histórico de la Secretaría De Salud, *Ocursos de la Secretaría de Gobernación y el Consejo Superior de Salubridad sobre la creación de la Farmacopea Mexicana*, México, Fondo SP, sección M, caja 1, exp. 20, 1874.
———, *Aviso del Consejo Superior de Salubridad*, México, Fondo SP, sección IF, caja 1, exp. 73, 1868.

