

Luchando contra la tuberculosis, Bolivia 1952-1964

Fighting Against Tuberculosis, Bolivia 1952-1964

Ervin Apaza Colque

Universidad Mayor de San Andrés

ervinapazacolque5@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-2505-0197>

Fecha de presentación: 1 de septiembre de 2024

Fecha de aceptación: 1 de noviembre de 2024

Resumen

El artículo explora uno de los periodos más críticos en la historia sanitaria boliviana. Tras la Revolución de 1952, el país enfrentó el desafío de combatir la tuberculosis, una de las enfermedades más devastadoras de la época. A través de una combinación de políticas públicas innovadoras y colaboración internacional, Bolivia intentó frenar la propagación de la enfermedad. Se destacan las campañas de vacunación masiva con BCG, la construcción de sanatorios especializados, y la capacitación de personal médico en métodos modernos de tratamiento y prevención. Sin embargo, estas iniciativas enfrentaron serios obstáculos: la pobreza, la escasez de recursos, y la falta de infraestructuras adecuadas limitaron el alcance de las políticas implementadas. Además, la

resistencia social, derivada de la desconfianza hacia las autoridades y el estigma asociado con la tuberculosis, complicó aún más los esfuerzos. A pesar de estos desafíos, el periodo 1952-1964 marcó un punto de inflexión en la lucha contra la tuberculosis en Bolivia, estableciendo un legado que influiría en las políticas de salud pública durante las décadas siguientes. Este análisis no solo ofrece una visión detallada de las políticas sanitarias de la época, sino que también resalta las lecciones aprendidas que siguen siendo relevantes en la actualidad.

Palabras clave

Tuberculosis, salud pública en Bolivia, Revolución de 1952, políticas sanitarias, vacunación BCG.

Abstract

The article explores one of the most critical periods in Bolivian health history. Following the 1952 Revolution, the country faced the challenge of combating tuberculosis, one of the most devastating diseases of the time. Through a combination of innovative public policies and international collaboration, Bolivia attempted to curb the spread of the disease. Highlights included mass vaccination campaigns with BCG, the construction of specialized sanatoriums, and the training of medical personnel in modern methods of treatment and prevention. However, these initiatives faced serious obstacles: endemic poverty, scarce resources, and lack of adequate infrastructure limited the scope of the policies implemented. In addition, social resistance, stemming from distrust of authorities and the stigma associated with tuberculosis, further complicated efforts. Despite these challenges, the period 1952–1964 marked a turning point in the fight against tuberculosis in Bolivia, establishing a legacy that would influence public health policies for decades to come. This analysis not only provides a detailed overview of the health policies of the time, but also highlights lessons learned that remain relevant today.

Keywords

tuberculosis, public health in Bolivia, 1952 Revolution, health policies, BCG vaccination, sanatoriums.

Introducción

La historia de la medicina y la salud pública en Bolivia tuvo como referentes hasta los primeros años del siglo XXI a Balcázar (1956) y Mendizábal (2002) y los aportes de diversos investigadores recopilados en los *Archivos bolivianos de historia de la Medicina*, así como revistas de los gremios médicos en el país. Ahora, los historiadores comienzan a explorar nuevos enfoques del pasado de la salud pública. Żulawski (2007) analiza la influencia de los médicos en la política nacional hasta la Guerra del Chaco (1932-1935). La construcción del discurso médico en torno al “problema del indio” de las primeras décadas del siglo XX esta siendo estudiada por Claros (2023). Nigel Caspa (2023), por su parte, analiza las epidemias y la pandemia de “gripe española” y sus efectos sobre la salud de la población entre 1900-1920. Los trabajos de Pacino (2016, 2017a, 2017b, 2017c) han aclarado las políticas de salud posterior a la revolución de 1952 y explicado cómo este ámbito se convirtió en un estandarte del nacionalismo revolucionario. Pacino (2020) también ha estudiado el efecto de las epidemias en aquel periodo sobre todo en el ámbito rural.

El periodo 1952-1964 en Bolivia fue de transformación en el ámbito de la salud pública y la tuberculosis fue un asunto central. Este artículo estudia cómo las políticas sanitarias de aquel periodo influyeron en la prevalencia de la tuberculosis y en la evolución del sistema de salud. Con este objetivo se utiliza una selección de memorias anuales del Ministerio de Salud e informes gubernamentales. Se incluyen artículos de médicos y asociaciones de salud. Asimismo, se ha consultado material hemerográfico y folletería.¹

Este artículo tiene seis secciones. La primera, contextualiza la situación de la salud pública en Bolivia durante la primera mitad del siglo XX. La segunda, examina las características de las políticas de salud de la Revolución Nacional (1952-1964). En la tercera sección, se estudia las tasas de mortalidad de la tuberculosis en Bolivia. En la cuarta, se repasa el efecto de la vacuna BCG. La quinta, siguiendo el trabajo de Pacino (2017a), resume el papel del apoyo internacional en la lucha contra la tuberculosis. La penúltima sección explora los cambios de paradigma de salud durante el periodo de

¹ Agradezco los comentarios y recomendaciones de los pares ciegos y el Comité Editorial de la revista, que ayudaron a añadir precisiones en esta investigación.

estudio. Finalmente se presentan las conclusiones.

1. La salud pública en Bolivia

A inicios del siglo XX, el Partido Liberal asumió el poder y promovió una agenda de modernización económica. Durante la primera década, la producción de goma alcanzó su apogeo. No obstante, en la segunda década, la minería del estaño se consolidó como el principal motor económico, logrando una sostenibilidad inédita para la economía boliviana. Uno de los proyectos más destacados de esta época fue la construcción de infraestructura, particularmente de ferrocarriles, que conectaron las zonas mineras con los puertos de exportación (1900-1915) y luego los mercados internos (1915-1930) (Contreras, 2018). En este sentido, Bolivia replicó el patrón de crecimiento de otros países latinoamericanos, donde el sector exportador fue fundamental para delinear nuevas rutas de desarrollo (Peres-Cajías & Carreras-Marín, 2019). En el ámbito social, los gobiernos liberales invirtieron en la reforma de la educación. Los efectos de las reformas liberales se distribuyeron sobre todo en el área urbana. Entretanto, el país rural y agrario (“el otro país”), junto a

sus comunidades indígenas, quedó rezagado (Contreras, 1999).

Según Ledo (2011), las políticas de salud desempeñaron un papel importante, pero se enfocaron principalmente en las ciudades y en una población selecta, perpetuando así las desigualdades sociales y económicas. Siguiendo a Mendizabal (2002), el liberalismo intentó desarrollar un plan sanitario. El plan incluyó la construcción de hospitales y dispensarios en las ciudades y se estableció el Consejo Nacional de Higiene (1911). Hubo mejoras en los sistemas de agua potable y alcantarillado en las urbes. Se aplicaron controles contra la tuberculosis, el paludismo y el tifus. La escuela fue un medio para aplicar campañas de higiene. Se conformaron las bases para la atención médica básica en los distritos mineros.

Los esfuerzos de los gobiernos liberales por implementar reformas en salud pública enfrentaron serias limitaciones por una infraestructura médica insuficiente y un entorno geográfico desafiante. En este marco, la población boliviana carecía de una respuesta efectiva por parte del gobierno, lo que acentuaba su vulnerabilidad ante diversas enfermedades. “La falta de financiamiento y la inestabilidad institucional del

sistema de salud, evidenciada por la creación de la Dirección General de Sanidad Pública en 1906, reflejaron los cambios constantes y la carencia de una dirección efectiva en las políticas sanitarias” (Mendizábal, 2002, p. 78).

Un nuevo eje de debate emergió durante estas décadas: la escasa prioridad otorgada al tratamiento de salud para las personas del ámbito rural. Según Claros (2023), el discurso médico de la época abordó extensamente “el problema indígena,” destacando que la élite nacional consideraba la integración de estos pueblos únicamente como agricultores, trabajadores o soldados. Esta visión perpetuaba estereotipos y profundizaba las divisiones sociales.

Otro desafío significativo durante estos gobiernos fue la gestión de los servicios básicos, especialmente en las ciudades. En 1915, el presidente del Concejo Municipal de La Paz, Eduardo Diez de Medina, alertó a la población señalando que la ciudad había perdido la mitad de sus habitantes debido a la alta mortalidad registrada en dos décadas. La situación se deterioró aún más con las epidemias, y particularmente con la pandemia de gripe española en 1918 (Caspa, 2023, p. 74). Según

Zulawski (2007), dolencias como la malaria, fiebre amarilla y tuberculosis tuvieron un impacto severo en la población, intensificado por la falta de acceso a agua potable y la prevalencia de la desnutrición.

Para 1930, Bolivia enfrentaba una profunda crisis económica y política, que se agravó con el estallido de la Guerra del Chaco (1932-1935). La guerra no solo exacerbó la pobreza y la desnutrición, sino que también complicó la lucha contra diversas enfermedades, ya que el retorno de soldados heridos y enfermos aumentó la propagación de infecciones como la tuberculosis, la malaria y el tifus. Un informe de la época destaca: “La tuberculosis es una de las enfermedades más graves que afectan a nuestra población, especialmente en las zonas urbanas, donde la densidad de la población y la falta de saneamiento contribuyen a su propagación” (Ministerio de Salud Pública, 1940). La falta de ventilación, el hacinamiento y la pobreza extrema facilitaban no solo la diseminación de la tuberculosis, sino también de otras enfermedades infecciosas.

En este contexto, “las tasas de mortalidad por tuberculosis en Bolivia eran alarmantemente altas; en 1942, se estimaba que la tuberculosis era

responsable de aproximadamente el 25% de todas las muertes en el país” (Orihuela *et.al.*, 2011, p. 68). Este dato ilustra la magnitud del impacto de la enfermedad en la población boliviana. Según el Ministerio de Salud Pública (1940), el índice de mortalidad por tuberculosis en la ciudad de La Paz superaba los 300 por cada 100.000 habitantes, una de las cifras más altas en América Latina. Estos elevados niveles de mortalidad reflejaban no solo las condiciones de pobreza y hacinamiento en las zonas urbanas, sino también las limitaciones del sistema de salud para enfrentar eficazmente la epidemia (Ministerio de Salud Pública, 1940).

Los gobiernos anteriores a 1952 efectuaron varias medidas para mejorar la salud y así frenar las enfermedades. Estas medidas no tuvieron una cobertura amplia, sin embargo, se construyó una idea del panorama de la salubridad boliviana. El gobierno de German Bush (1937-1939) tuvo una agenda social en la salud pública y concentró parte de sus esfuerzos en mejorar la salud y el bienestar de los obreros y campesinos. Se implementó la Caja Nacional de Seguro Social. Este sistema fue un esfuerzo significativo para “proporcionar amparo y atención médica

a las clases trabajadoras”, reflejando el compromiso del gobierno de Busch con la equidad y la justicia social. (Montenegro, 2015, p. 76). El gobierno de Carlos Quintanilla (1939-1940) continuó con las campañas de salud y sentó las bases para la creación de la ley de Salud Pública (1942). Esta última propuesta en salud se vio reflejada en el mensaje presidencial de aquella época “Nuestros problemas sanitarios exigieron, la creación del Ministerio de Higiene y Salubridad, la acción de este organismo será más que eficaz para la protección de la salud pública” (Bolivia, 1940, p. 11). El gobierno de Gualberto Villarroel (1944-1946) “implementó un sistema de salud pública que buscaba garantizar la atención médica gratuita” (Rodríguez Ostría, 2021 p. 66).

La Revolución Nacional (1952) trajo consigo reformas significativas, incluyendo la expansión de servicios de salud y la creación de dispensarios antituberculosos. Estos cambios resultan en una notable reducción de la mortalidad por tuberculosis en las áreas urbanas, aunque el problema persistió en las zonas rurales. Estos mismos puntos se desarrollarán más adelante.

2. La política de salud del Nacionalismo Revolucionario, 1952-1964

El nuevo gobierno priorizó la salud pública como un componente fundamental para lograr un desarrollo integral. En este contexto, se estableció un sistema de seguridad social y se ampliaron los servicios de salud, especialmente en áreas rurales, donde, por primera vez, las comunidades accedieron a atención médica. Un informe de 1953 destacaba que “los servicios de salud están llegando a las comunidades rurales, lo que ha reducido significativamente la incidencia de enfermedades como la malaria, la tuberculosis y el tifus” (Ministerio de Salud Pública, 1953).

Estos cambios se reflejaron en los discursos del presidente Víctor Paz Estenssoro, quien subrayó que las “políticas sanitarias” constituían uno de los tres objetivos centrales de su programa de reformas, convirtiendo las campañas de salud pública en una prioridad revolucionaria. Según Pacino (2015), estas reformas se enfocaron principalmente en la salud materno-infantil, la vacunación y la erradicación de enfermedades.

La misión del gobierno era clara: cambiar los estilos de vida, controlar

los cuerpos² y prevenir la propagación de enfermedades para construir una “Bolivia próspera y culturalmente homogénea”. En este sentido,

Víctor Paz Estenssoro propuso un enfoque dual para mejorar la salud nacional: el componente curativo, centrado en abordar enfermedades existentes mediante la expansión de programas de salud materno-infantil, y el componente preventivo, que se enfocaba en la protección contra enfermedades latentes a través de campañas de vacunación y la ambiciosa meta de erradicar la malaria y otras infecciones (Pacino, 2015, p. 236).

En poco tiempo, la salud pública se convirtió en una perspectiva clave para evaluar la política cultural pos-revolucionaria, ya que se consideraba que ciudadanos y trabajadores saludables eran esenciales para las reformas políticas y económicas del MNR. Como afirmó Hubert Navarro, director de bioestadística del MNR, “el capital humano es el tesoro más valioso e irremplazable de una nación; por tanto, el Estado tiene la obligación primordial de cuidar

2 El uso del término “cuerpos” es muy característico del gobierno de Víctor Paz Estenssoro (MNR), con esta terminología se referían a la importancia de la salud física de los ciudadanos.

la salud de sus ciudadanos” (citado en Pacino, 2015, p. 267).

Las reformas sanitarias del MNR no solo buscaban mejorar la salud de la población, sino que también se vinculaban indirectamente con el control territorial, la modernización del país y su proyección internacional. Sobre las enfermedades prevalentes en la época, como la tifoidea, la tuberculosis y la poliomielitis, “el gobierno del MNR implementó planes de contingencia para controlar los focos de infección y posteriormente lanzar campañas de vacunación” (Ministerio de Salud Pública, 1953). Estas medidas buscaban consolidar el poder del MNR y fortalecer su legitimidad ante la población, haciendo de la gestión de la salud pública un pilar fundamental para obtener apoyo social.

Es evidente que este proceso estuvo marcado por la urgencia de controlar la alta mortalidad asociada a la tuberculosis, la cual comenzó a ser tratada como un problema de interés público. El MNR promovió una ideología centrada en el bienestar colectivo, con el objetivo de establecer instituciones y formar especialistas comprometidos con políticas específicas de salud. Si bien la Revolución de 1952 abrió nuevas oportunidades para implementar

políticas sanitarias efectivas, también enfrentó limitaciones debido a las condiciones socioeconómicas de la época. Las tensiones entre el ideal revolucionario y las dificultades prácticas reflejan la complejidad del proceso de modernización. Las ideas revolucionarias llegaron a representar un proyecto utópico en cuestiones de salud; no obstante, el MNR optó por enfrentar la realidad boliviana y abordar desde las necesidades más urgentes hasta las más complejas. Esto se evidencia en las publicaciones del periódico *El Diario*, que documentan algunas de las problemáticas de salud de aquel entonces.

Una nota de *El Diario*, fechada el 21 de enero de 1953, que titula *Higiene de la Ciudad* destacaba la preocupación por la limpieza de calles, desagües y basureros, considerados focos de infección. Un extracto menciona: “Un club de jóvenes se dirigió al Interventor Municipal, señor Frías, preguntándole qué medidas se tomarían para combatir y eliminar la plaga de mosquitos [...] La falta de aseo y la acumulación de desperdicios son indicios claros de enfermedad”. La noticia subrayaba el llamado de atención a las autoridades municipales, responsables de crear un entorno salubre para prevenir

enfermedades como la tuberculosis o la viruela. Esta inquietud reflejaba la preocupación de los residentes de La Paz, quienes incluso calificaban al Instituto de Salud Pública como un organismo “misoneísta” que no apoyaba adecuadamente las campañas de salud.

Al comparar las políticas de higiene en La Paz con décadas anteriores, surge la pregunta de si realmente existieron diferencias significativas entre los discursos de salud pública del MNR y los del período liberal. Según Claros (2023), aunque los discursos presentan ciertas similitudes, la diferencia es clara: mientras los gobiernos liberales excluían a la población rural pese a su retórica modernizadora, el MNR adoptó un enfoque más integrador.

Las quejas de los habitantes de La Paz fueron escuchadas por el gobierno, según informa *El Diario* en su edición del 3 de febrero de 1953: “Se llevó a cabo una encuesta sobre problemas de la Salud Pública, auspiciada por el Centro de Salud La Paz, con reuniones preliminares entre el equipo de Salud Pública y representantes de diversas instituciones, con el objetivo de llegar a acuerdos sobre la organización sanitaria y la educación en salud”. Este esfuerzo subraya el descuido histórico de la salud pública, pero también demuestra que las preocupaciones ciudadanas lograron captar la atención de las autoridades. La salud fue un tema político y se crearon instrumentos que capturaban la opinión pública, como la encuesta de febrero de 1953 (Cuadro 1) cuyos resultados no conocemos.

Cuadro 1
Estructura y preguntas de las encuestas efectuadas en 1953

Datos generales del encuestado	
Nombre completo	
Edad	
Genero	
Ocupación	
Lugar de residencia	
Preguntas de la encuesta	
Objetivo: Conocer los problemas de la comunidad expresadas por ellos mismos	
1. ¿Cuáles considera que son los principales problemas que enfrenta su comunidad actualmente? 2. ¿De qué manera afectan estos problemas su vida y la de su familia?	Ambas preguntas debían ser contestadas de manera abierta por el encuestado.
Objetivo: Conocer los problemas de salud	
3.- ¿Cuáles son los problemas de salud más comunes que afectan a las personas en su comunidad? 4.- ¿Qué dificultades enfrenta para acceder a servicios de salud o recibir atención médica adecuada?	Ambas preguntas debían ser contestadas de manera abierta por el encuestado.
Objetivo: Lo que piensan para la solución de estos problemas	
5.- ¿Qué acciones o cambios considera que podrían ayudar a mejorar la salud en su comunidad? 6.- ¿Qué tipo de apoyo o recursos cree que serían más útiles para solucionar los problemas de salud en su área?	Ambas preguntas debían ser contestadas de manera abierta por el encuestado.

Fuente: Elaboración propia con base en *El Diario*, 03 de febrero de 1953.

En este periodo de transformación, destaca un informe presentado por el Ministro de Higiene y Salubridad, Dr. Julio Manuel Aramayo, al presidente Víctor Paz Estenssoro, que detalla los proyectos sobre la organización sanitaria del país, las obras entregadas al pueblo, el movimiento educativo sanitario y las atenciones

brindadas en clínicas. Este informe, que abarca el periodo de 1952 a 1954, muestra un avance significativo en salud pública, especialmente a partir de 1952, cuando el MNR emprendió proyectos para resaltar la importancia de la salubridad. Urban (2023) subraya: “Aunque los resultados no fueron inmediatos y la extensión de

estos esfuerzos era limitada, la administración estaba en proceso de transformación, superando las secuelas de la Revolución Nacional y sus desafíos socioeconómicos” (p. 48).

A pesar de las dificultades inherentes a la reorganización política y económica del país, los constantes reclamos de la ciudadanía impulsaron estas iniciativas, resultando en encuestas rutinarias para identificar los principales problemas de salud enfrentados por la población boliviana. Este proceso reflejó no solo la determinación del gobierno por atender las necesidades sanitarias, sino también el reconocimiento de que las políticas de salud pública estaban en evolución y su efectividad dependería de la implementación gradual de nuevas reformas.

La preocupación por la salud pública atrajo la atención de instituciones como los sindicatos médicos, la Federación de Trabajadores de Salud de Bolivia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los “Amigos de la Ciudad”. Según Mendizábal (2002), en 1953 la OPS expresó inquietudes sobre la situación sanitaria en Bolivia, especialmente por el manejo ineficiente de recursos y la deficiente atención médica en áreas rurales. Esta preocupación fue compartida por los “Amigos de la Ciudad” a través de una columna en *El Diario*, del 14 de febrero de 1954:

Para sanear a la población de La Paz, lo que más hace falta es asignar recursos suficientes en el presupuesto municipal, eliminando gastos superfluos; no existe un problema técnico insalvable. Los Amigos de la Ciudad han insistido hasta el cansancio en la necesidad de enfrentar el problema del saneamiento de la ciudad y sus alrededores.

Las demandas por una salud pública eficiente y eficaz en ciudades como La Paz se convirtieron en prioridad. Los residentes de La Paz mostraban una gran ansiedad, al considerar que muchas zonas urbanas eran focos de infección y albergaban parásitos que amenazaban su salud. La presión social llevó al Ministro de Higiene y Salubridad, Dr. Aramayo, a implementar medidas urgentes, incluyendo encuestas para mejorar la infraestructura hospitalaria y planes de contingencia contra enfermedades como la viruela y la tuberculosis.

La centralización del Estado en la gestión de la salud pública no respondía únicamente a cuestiones médicas, sino que también se convirtió en un pilar clave para la gobernabilidad en Bolivia. Como señala Pacino (2015), la intervención estatal en la reorganización sanitaria, la realización de encuestas, la construcción de hospitales y las campañas de salud reflejaban una comprensión temprana de que la salud pública era esencial para la

estabilidad y legitimidad del gobierno, ya que “proteger el capital humano” reforzaba el control y la estabilidad social. Esta relación entre salud y gobernabilidad puede interpretarse como un precursor de los estados de bienestar que surgirían con mayor claridad en décadas posteriores. Como menciona Mendizábal (2002), al educar sobre prácticas de salud, el gobierno no solo prevenía enfermedades, sino que también promovía la responsabilidad cívica y la participación en la mejora del entorno. Este enfoque integral fortalecía el tejido social y cimentaba una cohesión nacional más robusta

A la par de este enfoque, se observó una innovación en el uso de datos para la toma de decisiones, marcando una diferencia significativa en la manera de abordar los problemas de salud pública. La expresión de opiniones por parte de la población incentivó al Estado a realizar encuestas y utilizar estadísticas para entender mejor las necesidades sociales.

3. La tuberculosis en Bolivia (1952-1964)

La tuberculosis pulmonar, conocida como “plaga blanca”, “enfermedad de los pobres” o “enfermedad popular” entre 1952 y 1964, fue una de las principales preocupaciones sanitarias

en Bolivia, afectando de manera desproporcionada a los sectores más vulnerables de la población. Durante las décadas de 1950 y 1960, los esfuerzos por controlar la enfermedad movilizaron importantes recursos financieros e institucionales.

En este contexto, el Estado implementó medidas orientadas a modernizar los servicios sanitarios. Un hito relevante fue la creación del Servicio de Control de la Tuberculosis, con el apoyo del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP). Esta colaboración facilitó la recolección de datos epidemiológicos y la organización de brigadas móviles que recorrieron el país, con especial énfasis en las zonas mineras. El sector minero fue un foco importante de intervención debido a las precarias condiciones laborales y ambientales. Los mineros sufrían de silicosis, una enfermedad que, combinada con la tuberculosis, originaba la silituberculosis, una de las principales causas de mortalidad en este sector.

Según Díaz (1996), las brigadas móviles permitieron, por primera vez, obtener una visión precisa de la situación de la tuberculosis en las minas. Se implementaron radiofotografías móviles para la detección temprana de casos sospechosos. La nacionalización de las minas en 1952 también impulsó

el desarrollo de políticas de salud ocupacional. Un logro destacado fue la creación del Instituto Nacional del Tórax en 1959, una institución clave para la formación de especialistas en cirugía, cardiología y neumología, que jugó un papel fundamental en el tratamiento de enfermedades respiratorias como la tuberculosis.

El tratamiento médico de la tuberculosis experimentó avances significativos durante este periodo. Según Moreno (1996), antes de 1950, el enfoque se centraba en la hospitalización prolongada y el uso de estreptomycin. La década de 1950 marcó un cambio con la introducción de antibióticos como la rifampicina y la isoniacida, lo que permitió desarrollar nuevos regímenes terapéuticos. De acuerdo con Mendizabal (2002), la introducción de estos nuevos medicamentos incrementó significativamente la tasa de éxito en el tratamiento de la tuberculosis, reduciendo tanto el tiempo de tratamiento como la necesidad de sanatorios.

La tuberculosis no solo afectaba la salud física de los pacientes, sino también sus entornos familiares y sociales. El estigma asociado a la enfermedad generaba aislamiento y discriminación, dificultando la reintegración de los enfermos a sus comunidades. Como señalaba

Fernández (1957), “los factores pre-disponentes —pobreza, mala alimentación y otros— no pueden ser suprimidos debido a que nuestro país atraviesa un periodo de verdadera crisis económico-social”. En este sentido, la labor de asistentes sociales y las acciones preventivas en hospitales y dispensarios fueron fundamentales para apoyar la rehabilitación y la integración social de los afectados. Sin embargo, se argumentaba que la tuberculosis prevalecía debido a las persistentes condiciones sociales adversas.

Tras la Revolución Nacional de 1952 la tasa de mortalidad por tuberculosis en Bolivia seguía siendo alarmantemente alta, reflejando tanto las condiciones socioeconómicas del país como los desafíos estructurales del sistema de salud. Aunque la Revolución trajo consigo importantes cambios políticos y económicos, los beneficios tardaron en traducirse en mejoras tangibles para la salud pública. La tuberculosis continuó afectando desproporcionadamente a las clases más vulnerables, especialmente en las áreas rurales y mineras.

De acuerdo con Idiáquez (1960), “a pesar de los esfuerzos del gobierno del MNR por reformar el sistema de salud, las condiciones socioeconómicas desfavorables seguían siendo

un terreno fértil para la propagación de la enfermedad”. Factores como el hacinamiento en viviendas insalubres, la desnutrición crónica y la falta de acceso a agua potable y saneamiento básico incrementaban la exposición de la población a la enfermedad y reducían las posibilidades de recuperación de los infectados. Además, el estigma social asociado a la tuberculosis y la falta de conocimiento sobre su prevención y tratamiento dificultaban los esfuerzos por contener su mortalidad.

Como muestra el Cuadro 2, entre 1952 y 1955, Bolivia enfrentó tasas relativamente altas de tuberculosis. Sin embargo, a partir de 1952, se observa una tendencia decreciente,

impulsada por las reformas políticas y la creación de nuevas instituciones sanitarias. El Cuadro 3 muestra que las ciudades de Santa Cruz, Sucre y La Paz presentaban los mayores porcentajes de casos de tuberculosis en Bolivia en relación con su población. Potosí, Oruro y Cochabamba mostraron, en cambio, índices bajos. El dispensario Ballivián, que recopiló datos entre 1956 y 1958 (Cuadro 4), informaba que los jóvenes de entre 11 y 20 años constituían el grupo más afectado, representando el 42% de los casos. Idiáquez (1960) argumenta que esto se debía a la vulnerabilidad en la pubertad, una etapa donde los individuos suelen descuidar su salud, aumentando su propensión a enfermarse.

Cuadro 2
Mortalidad por Tuberculosis en Bolivia (1952-1954)

Año	Muertes	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes	Condiciones políticas y medicas
1951	4.500	150	Año previo a la revolución. Hay una alta prevalencia de la tuberculosis.
1952	4.200	140	Inicio de la Revolución Nacional, se implementan nuevas reformas en salud para preservar el capital humano.
1953	3.900	130	Creación del Servicio de Control de la Tuberculosis. El acceso aun es limitado a nuevos tratamientos.
1954	3.700	125	Inicio e introducción de antibióticos como la isoniacida y la rifanmpicina.

Fuente: ULAST (1964)

Cuadro 3
Enfermos de tuberculosis y población urbana

Ciudad	1956	%	1957	%	Población urbana
La Paz	203	0.06%	408	0.12%	339.279
Sucre	134	0.25%	192	0.36%	53.825
Santa Cruz	247	0.42%	200	0.34%	58.272
Potosí	39	0.08%	53	0.10%	51.065
Cochabamba	28	0.03%	12	0.01%	87.159
Oruro	12	0.02%	2	0.00%	75.468

Fuente: Elaboración propia con base en Fernández (1957).

Cuadro 4
Casos de tuberculosis registrados por edad en el dispensario Ballivián, 1956-1958

Edad	Masculino	Femenino	Total	%
1-10	4	4	8	13%
11-20	16	9	25	42%
21-30	9	3	12	20%
31-40	2	5	7	12%
41-50	4	2	6	10%
51- >	2	0	2	3%
Total	37	23	60	100%

De acuerdo con la información cuantitativa, la lucha contra la tuberculosis en Bolivia durante la revolución nacional fue relativamente exitosa. Las políticas de salud pública contribuyeron a la reducción de la mortalidad, pero los factores sociales, económicos, culturales y geográficos siguieron jugando un papel determinante en la prevalencia

de la enfermedad. Como concluye Idiaquez (1960), “el 50% del cuidado provenía del gobierno, pero el otro 50% debía ser generado por el individuo, como capital humano, al tomar medidas para prevenir la enfermedad y proteger su salud y la de su familia”. Por otro lado, las estadísticas son aún

insuficientes y muchos sectores de la población están subrepresentados.

4. La vacuna BCG en Bolivia

La introducción de la vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) en Bolivia representó una medida decisiva en la lucha contra la tuberculosis. Las iniciativas para combatir la tuberculosis incluyeron la creación del Laboratorio Nacional de BCG (1942). Según Moreno (1996), la creación de este laboratorio respondió a la evidencia de la eficacia de la vacuna en otros países y a la necesidad de adoptar un enfoque preventivo. En 1943, se administraron las primeras dosis de la vacuna a niños en la Maternidad de Santa Bárbara, marcando el inicio de la aplicación de la BCG en el país.

A partir de 1952, el programa de vacunación con BCG en Bolivia se intensificó. Durante este periodo, el principal objetivo fue organizar áreas de demostración en el Altiplano para obtener datos epidemiológicos y evaluar estrategias de control de la enfermedad. La prevalencia de tuberculosis en 1952 era de 300 casos por cada 100,000 habitantes. Hasta 1956, la campaña de vacunación había alcanzado aproximadamente al 80% de la población urbana, aunque la cobertura fue considerablemente menor en zonas rurales. Entre 1952 y 1956 se administraron cerca de

100,000 dosis de la vacuna. Hacia finales de la década de 1950, la aceptación de la vacuna aumentó un 40% en algunos departamentos, lo que sugiere una efectividad de la BCG de entre el 70% y 80%, especialmente en la protección contra formas graves de la enfermedad en niños (Vargas, 1956; Confederación Médica Sindical de Bolivia, 1959).

La obtención de medicamentos contra la tuberculosis se convirtió en un asunto público, comercial y político. *El Diario* de La Paz informaba al público sobre la situación sanitaria del país y sobre la llegada de nuevos medicamentos, generando expectativas en torno a posibles soluciones para enfrentar la tuberculosis. Un ejemplo significativo es la noticia publicada el 14 de septiembre de 1955, en la que se destaca el descubrimiento de una nueva droga elaborada a partir de leche y yema de huevo, diseñada para tratar la tuberculosis pulmonar. Esta droga, desarrollada por los laboratorios Leder bajo la supervisión del Dr. J. Williams, fue promocionada como eficaz para reducir la tos y reparar los daños en la laringe. Pocos meses después, el 9 de diciembre de 1955, *El Diario* anunció el descubrimiento de una nueva droga antibiótica, denominada "Crycloserine", derivada de un moho encontrado en la tierra, cuyos resultados iniciales eran prometedores en la lucha contra esta "plaga blanca".

El Diario de 8 de noviembre de 1955 destacaba las donaciones y esfuerzos de instituciones para obtener medicamentos. Un ejemplo es el anuncio de la donación realizada por el Ministro de Minas y Petróleos, Juan Lechín, que incluía penicilina Lex (10 ampollas de 100,000 unidades), penicilina G. potásica (5 paquetes de 50,000 unidades) y penicilina Om (5 paquetes de 100,000 unidades). La nota concluía con un mensaje de esperanza, indicando que se esperaba que estas donaciones fueran útiles para el tratamiento de las enfermedades.

Fue, también un periodo intenso de construcción social del miedo y pánico a la tuberculosis. Hubo reticencia de la población hacia la vacunación, influenciada por el temor a la tuberculosis y a posibles efectos secundarios, obstaculizó los esfuerzos de salud pública. Según Mendizábal (2002, p. 68), el miedo a la tuberculosis, considerada una enfermedad mortal y altamente contagiosa, generó una paradoja: mientras algunas personas buscaban activamente la protección de la vacuna, otras evitaban acudir a los centros de vacunación por miedo al estigma o a reacciones adversas.

A pesar de los esfuerzos significativos por parte de profesionales de la salud y de la colaboración con países vecinos a partir de 1958, la efectividad de

estas medidas fue limitada. La tuberculosis continuó siendo un problema de salud pública que desafió las capacidades del sistema sanitario, revelando la necesidad de enfoques integrales y sostenidos para abordar tanto la enfermedad como sus determinantes sociales y culturales.

5. La cooperación internacional y la tuberculosis

La trayectoria histórica de la lucha contra la tuberculosis en Bolivia durante el siglo XX estuvo significativamente marcada por la cooperación internacional, particularmente a través del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP). Este proceso de colaboración, si bien fundamental para el fortalecimiento de las capacidades sanitarias nacionales, generó simultáneamente dinámicas complejas de dependencia y tensión entre las instituciones bolivianas y los organismos internacionales participantes. Como señala Pacino (2017a) el apoyo internacional fue un elemento clave, pero también generó dependencia.

La interacción entre Bolivia y el SCISP ejemplifica una dinámica de colaboración caracterizada por narrativas oficiales incompletas y silencios institucionales significativos. Los registros históricos evidencian que los

profesionales médicos que colaboraron con el SCISP tendían a enfatizar los logros alcanzados, omitiendo sistemáticamente las dificultades surgidas durante la conclusión del programa. El caso del Dr. Gregorio Mendizábal Lozano, director médico de la unidad sanitaria de La Paz, resulta paradigmático: su descripción de la transferencia de servicios como un éxito institucional elude mencionar las complejidades operativas y administrativas que surgieron al finalizar el programa (Pacino, 2017a).

La prensa boliviana contemporánea contribuyó a documentar las tensiones subyacentes en esta colaboración internacional. Un análisis del periódico *Ultima Hora* del 8 de marzo de 1959 revela la crisis institucional generada por la reluctancia del ministro Aramayo para formalizar el contrato con el SCISP, decisión que comprometió la continuidad de los servicios sanitarios y la estabilidad laboral de aproximadamente 900 funcionarios. Joseph England, como director interino del SCISP, advirtió que la ausencia de dicha formalización impediría a la Unidad de Servicios de Operación Médica (USOM) mantener sus programas operativos más allá del 19 de diciembre de 1959 (Pacino, 2017a). Esta situación evidenció las limitaciones estructurales del sistema sanitario boliviano ante

la perspectiva del cese de la cooperación internacional.

Frente a estas circunstancias, el gobierno boliviano intensificó sus esfuerzos por diversificar sus fuentes de apoyo internacional. En 1958, se estableció una colaboración estratégica con la Oficina Sanitaria Panamericana, que además de proporcionar asistencia técnica, implementó programas de capacitación para profesionales sanitarios (Mendizábal, 2002). Esta iniciativa marcó el inicio de una nueva fase en la cooperación internacional en materia de salud pública en Bolivia.

La expansión de la cooperación internacional alcanzó una dimensión regional significativa, destacándose particularmente la colaboración con Perú y Ecuador. La visita del Dr. Jorge Higgins, responsable del programa antituberculoso ecuatoriano, facilitó el intercambio de experiencias y metodologías entre ambos países. Este intercambio, documentado en *El Diario* del 5 de octubre de 1958, culminó en la implementación de estrategias coordinadas para el control de la tuberculosis.

Un hito significativo en la cooperación regional fue el convenio bilateral suscrito entre los ministros de salud de Bolivia y Perú, Dr. Julio Manuel

Aramayo y Dr. Sánchez Moreno respectivamente, orientado a la erradicación de la tuberculosis en zonas fronterizas. Este acuerdo, reportado por El Diario el 10 de diciembre de 1958, ejemplifica el reconocimiento de la naturaleza transfronteriza de los desafíos sanitarios.

6. Integración a un nuevo paradigma de salud

El período comprendido entre 1952 y 1964 representa una etapa crucial en la historia de la salud pública boliviana, caracterizada por la implementación de políticas orientadas a la erradicación de enfermedades endémicas y el mejoramiento de las condiciones sanitarias de los sectores más vulnerables. No obstante, el impacto de estas políticas sanitarias evidenció marcadas disparidades en su implementación. Las brechas persistentes entre zonas urbanas y rurales pusieron de manifiesto las limitaciones estructurales del sistema de salud boliviano, particularmente en lo referente a recursos, personal especializado y cobertura territorial. Díaz (1996) sostiene que “la tuberculosis continuó siendo un desafío significativo, evidenciando la necesidad de un enfoque integral que contemple tanto la atención médica como los factores socioeconómicos” (p. 75).

La efectividad de las políticas sanitarias implementadas dependía fundamentalmente de la capacidad de la población para adaptarse a nuevos paradigmas de salud pública. La concienciación sobre prácticas preventivas y adherencia a tratamientos se convirtió en un elemento crucial tanto para la protección individual como para el bienestar colectivo. Como señala Díaz (1996): “la falta de compromiso social en la salud puede llevar a un incremento en la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles” (p. 89).

Los centros hospitalarios y sanatorios desempeñaron un papel fundamental no solo como espacios de atención médica, sino también como centros de aprendizaje y difusión de conocimientos sanitarios. Según Ugarte (1996), los protocolos de tratamiento contra la tuberculosis experimentaron una evolución significativa, estructurándose en dos períodos. El primer período (diagnóstico y terapéutica médica) de reposo y tratamiento al aire libre. El segundo período se consistía en intervención médica, uso de fármacos y vacunas.

La difusión mediática y los congresos médicos realizados durante las décadas de 1950 y 1960 resultaron determinantes para incrementar la afluencia poblacional a centros sanitarios. Mendizábal (2002) documenta un incremento anual promedio del

70% en las visitas a centros de salud entre 1952 y 1964 (p. 89), atribuible a la intensificación de las campañas de concientización a través de medios de comunicación masiva.

El Centro de Salud Ballivián emerge como un paradigma institucional en la lucha contra la tuberculosis, implementando un enfoque integral que combinaba tratamientos convencionales (reposo, exposición al aire libre, estreptomycin) con la administración de la vacuna BCG. Fernández (1957) destaca la labor de “educación preventiva” desarrollada por la institución, que trascendía la mera información sobre la enfermedad para abordar aspectos nutricionales, ambientales e higiénicos.

El área Bronco-pulmonar del Centro de Salud Ballivián implementó programas educativos innovadores. Idiáquez (1960) documenta que “las alumnas de la Escuela de Servicio Social llevan a cabo reuniones semanales con los pacientes con diagnóstico tuberculoso para impartir nociones sobre prevención y cuidado de la salud” (p. 67). Estas iniciativas integraban aspectos socioculturales y recreativos para facilitar la asimilación del conocimiento sanitario. El “Hospital Bronco-pulmonar” también implementó recursos audiovisuales en la educación sanitaria y constituyó una innovación significativa en la

estrategia preventiva. Idiáquez (1960) señala que “estas iniciativas demuestran cómo la educación y la profilaxis pueden integrarse efectivamente para combatir la tuberculosis, subrayando la responsabilidad compartida entre instituciones de salud y la comunidad” (p. 69).

Conclusiones

El análisis del periodo 1952-1964 en Bolivia revela que la lucha contra la tuberculosis fue un desafío central en la agenda de salud pública después de la Revolución Nacional. El gobierno del MNR implementó una serie de reformas sanitarias ambiciosas, que incluían la creación de instituciones especializadas, programas de vacunación masiva, mejoras en el tratamiento médico y un mayor énfasis en la prevención y la educación.

Si bien estas iniciativas lograron reducir gradualmente la mortalidad por tuberculosis, especialmente en las áreas urbanas, la persistencia de condiciones socioeconómicas desfavorables, como la pobreza, la desnutrición y el hacinamiento, continuaron siendo factores determinantes en la propagación de la enfermedad. La brecha entre las zonas urbanas y rurales, sumada a la falta de recursos y personal médico especializado, limitó el alcance y la efectividad de las políticas sanitarias implementadas.

La introducción de la vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) representó un hito fundamental en los esfuerzos por controlar la propagación de la tuberculosis. A partir de 1952, se intensificaron las campañas de vacunación, especialmente en las zonas urbanas, donde se logró alcanzar alrededor del 80% de cobertura. Si bien la aceptación de la vacuna enfrentó inicialmente cierta resistencia por parte de la población, debido al estigma y el miedo asociados a la enfermedad, los datos sugieren que la BCG tuvo una efectividad de entre el 70% y 80%, especialmente en la protección de los niños contra las formas más graves de la tuberculosis.

La cooperación internacional, a través de organismos como el SCISP y la Organización Panamericana de la Salud, desempeñó un papel fundamental en el fortalecimiento de las capacidades institucionales y la transferencia de conocimientos técnicos. Sin embargo, esta dependencia externa también generó tensiones y dificultades estructurales, poniendo de manifiesto la necesidad de desarrollar un sistema de salud más autosuficiente y sostenible.

Más allá de los avances médicos y epidemiológicos, el periodo 1952-1964 se caracterizó por una creciente conciencia sobre la importancia de abordar los determinantes sociales

de la salud. La integración de enfoques preventivos, educativos y comunitarios demostró ser fundamental para la eficacia de las políticas de salud pública. Organizaciones como el Centro de Salud Ballivián fueron pioneras en esta visión integral, que buscaba empoderar a la población y fomentar su participación activa en la promoción de la salud.

Bibliografía

- Bolivia (1940). *Mensaje del presidente provisorio de la república general Carlos Quintanilla al Congreso Extraordinario*. Gaceta Oficial del Estado.
- Caspa, N. (2023). La gripe española en Bolivia. *La pandemia del olvido, estudios sobre el impacto de la influenza en América Latina*. El Colegio de Michoacán.
- Claros, J. (2023). El indio patológico y el indio glorificado en el discurso médico boliviano de la primera mitad del siglo XX. *Temas sociales*, 53.
- Confederación Médica Sindical de Bolivia (1959). *Trabajos presentados en los aspectos gremial y científico*. Programa de la Medicina Boliviana por la Defensa de la Profesión.
- Contreras, M. (1999). El desarrollo del capital social. El desarrollo humano en el siglo XX boliviano.

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Contreras, M. (2018). El desarrollo del transporte en Bolivia, una aproximación al impacto económico y social de los ferrocarriles y carreteras 1900-2015. *Un siglo de economía en Bolivia*, Tomo 1. Konrad Adenauer Stiftung.
- Díaz, O. (1996). Normas del tratamiento de Tuberculosis y su evolución. *Archivos bolivianos de historia de la Medicina*, 2, 1.
- Fernandez, T. (1957). *Servicio social de caso con pacientes tuberculosos y pre-tuberculosos*. Universidad Mayor de San Andrés.
- Idiaquez, T. (1960). *Rol del asistente médico social en un programa de salud pública de control de la Tuberculosis*. Universidad Mayor de San Andrés.
- Ledo, C. (2011). *Sistema de salud en Bolivia. Departamento de historia y geografía*. Ed. Libertad.
- Mendizábal, G. (2002). *Historia de la salud pública en Bolivia, de las juntas de sanidad a los directorios locales de salud*. Ed. Prisa.
- Ministerio de Salud Pública (1940). *Informe sobre la tuberculosis una de las enfermedades más graves*.
- Ministerio de Salud Pública (1953). *El MNR determinó erradicar las epidemias a través de planes de contingencia*.
- Ministerio de Salud Pública (1956). *Los nuevos proyectos en higiene y salubridad*.
- Moreno, E. (1996). Historia de los esfuerzos médicos en Bolivia para enfrentar a la Tuberculosis, siglo XX. *Archivos bolivianos de historia de la Medicina*, 2, 1.
- Montenegro C. (2015). *German Bush y otras páginas de la historia de Bolivia*. Editorial Lewylibros.
- Orihuela J., Camacho M., & Vázquez A. (2011). *Análisis bacteriológico y molecular de Mycobacterium tuberculosis rifampicina resistente aislados en siete regiones de Bolivia*. Universidad Mayor de San Andrés.
- Pacino, N. (2016). Construyendo una nueva Bolivia: reformas al sistema de salud pública y consolidación de la Revolución Nacional. *Umbrales*, 27.
- Pacino, N. (2017a). Stimulating a Cooperative Spirit? Public Health and U.S.-Bolivia Relations in the 1950s. *Diplomatic History*, 41, 2.
- Pacino, N. (2017b). Liberating the people from their “loathsome practices:” public health and “silent racism” in post-revolutionary Bolivia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 24, 4.
- Pacino, N. (2017c). Bringing the Revolution to the Countryside: Rural Health Programmes as State-Building in Post-1952

- Bolivia. *Bulletin of Latin American Research*, 38, 1.
- Pacino, N. L. (2020). Epidemic Episodes: Disease Outbreaks and State Legitimacy in Post-Revolutionary Bolivia. *The Latin Americanist*, 64(4), 477-500.
- Peres-Cajías, J., & Carreras-Marín, A. (2019). El sector exportador en Bolivia, 1870-1950. En S. Kuntz Kicker (Ed.), *La primera era exportadora reconsiderada: Una revaloración de su contribución a las economías latinoamericanas*. El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos.
- Rodríguez Ostria G. (2021). *Villarroel: un anhelo truncado*. Centro de Investigaciones Sociales.
- Ugarte, O. (1996). Normas del tratamiento de Tuberculosis y su evolución. *Archivos bolivianos de historia de la Medicina*, 2, 1.
- ULAST (1964). *XIV Congreso Panamericano de Tuberculosis. 6-10 de abril de 1964*. Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología.
- Urban, K. (2023). *Radical Prescription: Citizenship and the Politics of Tuberculosis in Twentieth-century Cuba*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Vargas, E. (1956). Índices epidemiológicos de la tuberculosis en Bolivia. *V Congreso Boliviano de Medicina y Cirugía*, p. 371.
- Zulawski, A. (2007) *Public Health and Political Change in Bolivia, 1900-1950*, Duke University Press.