

El indio patologizado y el indio glorificado en el discurso médico boliviano de la primera mitad del siglo XX*

The pathologized indigenous and the glorified indigenous in the
Bolivian medical discourse of the first half of the 20th century

Javier Andrés Claros Chavarría
Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile
E-mail: j.claroschavarría@uandresbello.edu
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5020-6849>

* Este artículo es el resultado de una investigación financiada por la Dirección General de Investigación de la Universidad Andrés Bello de Chile en el marco de la formación doctoral del programa: Teoría Crítica y Sociedad Actual.

Resumen: Este artículo constituye un avance de la tesis doctoral titulada “Representaciones del indio en el discurso médico boliviano durante la primera mitad del siglo XX”. En éste, se proporciona un contexto sobre la inestabilidad de la salud pública en Bolivia durante la época. Luego se presenta una cartografía del escrito médico basada en la obra del Dr. Rolando Costa Ardúz. Finalmente, se examinan algunas representaciones identificadas, como la del indio patologizado y la del indio glorificado, las cuales están vinculadas a enfermedades específicas, al factor geográfico y a la cultura indígena.

Palabras clave: Indio, representaciones, discurso médico, escrito médico del siglo XX, salud pública, discurso médico, medicina-historia, escritos médicos, evolución práctica médica, Bolivia.

Abstract: This article constitutes a preview of the doctoral thesis titled “Representations of the Indian in the Bolivian medical discourse during the first half of the 20th century”. It presents the context of the instability of public health in Bolivia in that period, followed by a cartography of medical publications based on the work of Dr. Rolando Costa Ardúz. Finally, we examine some of the representations which we have identified, such as that of the pathologized Indian and the glorified Indian, which are linked to specific diseases, geographical factors, and indigenous culture.

Keywords: Indian, representations, medical discourse, 20th century medical writing, public health, medical discourse, medicine-history, medical writings, evolution of medical practice, Bolivia.

INTRODUCCIÓN

A comienzos del siglo XX, en el inicio del periodo liberal, surgieron por primera vez discusiones sobre asuntos relacionados con la salud pública en Bolivia (Zulawski, 2007; Mendizábal Lozano, 2002). En este contexto, uno de los aspectos principales abordados se centraba en el control de la propagación de enfermedades contagiosas y epidémicas. Estos debates estaban enmarcados en un escenario más amplio en el que se discutía la integración del indio al proyecto civilizatorio (Rivera Cusicanqui, 2010a).

Desde una perspectiva social darwinista espenceriana y evolucionista, el liberalismo boliviano, cuyo proyecto se cimentó en las nociones de progreso y modernización, sostenía la creencia de que el Estado debía ser el garante de la “evolución de la sociedad” (Martínez, 2021; Demelas, 1981). La élite liberal gobernante consideraba la evolución como un principio universal que conducía “bien común de la humanidad mediante ‘el perfeccionamiento de su naturaleza’” (Martínez, 2021, p. 125). Por ende, aspiraban fervientemente a que Bolivia alcanzara la modernidad que ya experimentaban las naciones europeas. En ese contexto, emprender el camino hacia el progreso se volvía de vital importancia.

Tras la Guerra Federal y la rebelión liderada por Zárata Willka, la perspectiva colonial sobre el indio se reavivó, asociándolo con nociones de salvajismo y barbarie debido a la violencia ejercida por su ejército (masacres de Ayo Ayo y Mohoza)¹. Los liberales, interesados en reestructurar la élite boliviana para perpetuar su gobierno, aprovecharon las acciones de Zárata Willka y su ejército, recurriendo al rumor de la “guerra de razas”, es decir,

1 Lograda la victoria en la Guerra Federal, los liberales consideraron que la presencia y participación de la “raza indígena” ya no tenía justificación alguna. A pesar de que los liberales lograron ganar la Guerra Federal y José Manuel Pando, el coronel líder del ejército liberal, ingresó triunfante junto a Zárata Willka a la ciudad de Oruro, se tejieron estrategias por parte de los liberales para frenar las acciones independientes del creciente movimiento indígena. El general Pando, nos dice Condarco Morales (1982), “exhortó a los indígenas” a retornar a sus hogares. Esto porque las élites “comprendieron que los objetivos de los indígenas eran más extensos” (Toranzo, 2017, p. 479). Sin embargo, motivados por el accionar de Zárata Willka, los líderes indígenas decidieron que la rebelión debía continuar su curso (Condarco Morales, 1982). En este contexto, ante rumores de la posible toma de las ciudades de La Paz y Oruro y luego de algunos hechos ocurridos en comunidades cercanas, Pando, después de aliarse con los conservadores para frenar a los indígenas, apresó a Zárata Willka y otros líderes para juzgarlos por las masacres de Ayo Ayo y Mohoza (Mesa, 2016).

el miedo interiorizado por la élite criolla-mestiza a perder sus privilegios frente a los indios peligrosos (Irurozqui, 1994; Martínez, 2021)². De esta manera, la élite gobernante proyectó la cuestión indígena como un problema que debía resolverse a la brevedad posible, planteando una pregunta que, aunque no era nueva, adquiriría un nuevo contexto: ¿Qué hacer con el indio?

Los discursos en torno al indio presentaban contradicciones evidentes: por un lado, se le concebía como la “esperanza del desarrollo nacional”, mientras que, por otro, “como la causa de sus desastres” (Irurozqui, 1994, p. 141). Esta contradicción fue el resultado de los debates entre diferentes facciones de la élite, quienes buscaban demostrar sus capacidades para “neutralizar la peligrosidad india y tornarla útil a los imperativos de la perpetuación del grupo” (p. 141)³. En general, el indio era percibido como un individuo peligroso que debía ser controlado o instruido para adaptarlo a la visión y objetivos de los liberales⁴.

De esa manera, el gobierno liberal impulsó “un proyecto de sociedad destinado a ‘regenerar la nación’” a través del concepto de “Estado docen-

2 Siguiendo a Salazar de la Torre (2015), es importante tener en cuenta que, hasta principios del siglo XX, Bolivia experimentó un estancamiento social y económico. Sin embargo, con el auge de la explotación del estaño, se produjeron cambios en las estructuras productivas y un leve crecimiento del mercado urbano. Esto llevó a la consolidación de una nueva élite empresarial y sectores medios, impulsando la migración rural-urbana y dando lugar a una cultura mestiza emergente. Esta migración y “la contaminación de la ciudad” también acrecentaron el temor de la élite criolla.

3 Para Irurozqui (1994), la pregunta ¿qué hacer con el indio?, no se centraba tanto en debatir su inclusión en la construcción de un Estado-Nación, sino que encubría una “competencia producida en el interior de la élite por controlar el poder político” (p. 142). Así, tanto la élite gobernante como aquella que se encontraba “marginada” de las esferas de poder, instrumentalizaron la cuestión indígena como un medio para buscar consenso acerca de qué facción de la élite debía mantenerse dominante (Irurozqui, 1994). Martínez (2021), en su análisis del sistema educativo liberal maneja otro argumento (no tan alejado) respecto a la cuestión indígena.

4 Silvia Rivera Cusicanqui (2010a) señala que la élite liberal se enfocó en centralizar y profesionalizar el ejército nacional, imponer el servicio militar obligatorio e implementar una policía rural para ejercer control estatal sobre las provincias y llevar a cabo una reforma monetaria. No obstante, como afirma la autora, fue la expropiación de tierras comunales la que siguió un curso ascendente, cuyos principales beneficiarios fueron figuras destacadas del liberalismo, quienes, como terratenientes o latifundistas, gozaban de un trato fiscal privilegiado en comparación con otros ciudadanos.

te”, el cual implicaba la reorganización del sistema educativo (Martínez, 2021, p. 30). Este tipo de Estado no buscaba proporcionar una educación igualitaria a la población indígena, sino, más bien, controlarla mediante la instrucción; “regenerarla” para beneficio de las élites criollas. En el contexto boliviano, el término “regenerar” hacía referencia a la creencia de que algunos cuerpos, como el del indio, se encontraban en un estado de “degeneración” (enfermos); por lo tanto, era necesario “regenerarlos” (curarlos)⁵. Se pretendía “regenerar” al indio para que cumpliera ciertas funciones laborales, para las que supuestamente estaba hecho (soldado, minero y labrador); pero, aun así, no se lo consideraba como un igual a las élites.

A principios del siglo XX, y esto se mantendrá hasta bien entrado el siglo, Bolivia, su geografía y su orden social, era concebida como un organismo vivo con su propia salud y patologías. Por un lado, se vinculaba la salud del país con las nociones de progreso y modernización, junto a los cuerpos aptos. Por otro, existían patologías sociales, geográficas y corporales que atentaban contra la salud. Esta concepción se reflejaba en el uso frecuente de términos como “regenerar”, “enfermo”, “males”, “degenerado”, “salud”, muchos de los cuales provenían del léxico médico y la ciencia médica, términos que continuaron siendo empleados a lo largo de la primera mitad del siglo XX. Esto plantea interrogantes sobre la postura de los médicos frente a la cuestión indígena y las representaciones que elaboraron del in-

5 Semejante al pensamiento de los naturalistas del siglo XVIII, la élite liberal sostenía la creencia de que el indio no había alcanzado la “madurez” política necesaria y, por lo tanto, consideraba que eran incapaces de incorporarse a la vida ciudadana sin un tutelaje. En este contexto, los intelectuales entraron en escena, cuyos textos mostraron una ambivalencia en sus discursos respecto al indio y al cholo. El perfil del intelectual en la época, señala Irurozqui (1994), era el de un individuo varón de pertenencia a la élite, aunque no necesariamente ocupara espacios de poder. Como intelectuales, creían que tenían el privilegio de criticar a la sociedad desde una posición de “pureza y honestidad absolutas que solía ejercer a través de los periódicos” (Irurozqui, 1994, p. 165). Se veían a sí mismos como la “conciencia del país” y mayormente eran, según las referencias de Irurozqui y Martínez, abogados, políticos, poetas, escritores, entre otros. Para Irurozqui (1994), el discurso intelectual dominante estaba representado por personajes como Alcides Arguedas, Franz Tamayo y Armando Chirveches, quienes jugaron un rol importante en la “definición de los términos de la coexistencia de los distintos grupos sociales y étnicos” (p. 156). La producción escrita de estos autores refleja los debates de la época.

dígena⁶. Todo esto se da en un contexto donde el debate sobre cómo tratar a esta población va más allá de los gobiernos liberales y se extiende hasta la Revolución de 1952.

Dado que la investigadora Ann Zulawski (2007) aborda la primera cuestión, nosotros, en el marco de nuestra tesis doctoral, considerada por Silvia Rivera Cusicanqui como una “primera aproximación general a la relación entre colonialismo y enfermedad, enfocada particularmente en los discursos sobre el indio”⁷, pretendemos examinar las diversas representaciones sobre el indio construidas y difundidas en el discurso médico boliviano durante la primera mitad del siglo XX⁸. Producto del trabajo de campo de nuestra investigación, planteamos la hipótesis de que, durante la época estudiada, los médicos construyeron y difundieron diversas representaciones al relacionar a los indígenas con enfermedades específicas en su discurso médico. Son representaciones que, entendemos, tenían raíces previas, pero que fueron reconfiguradas a inicios del siglo XX⁹.

Hasta el momento, hemos identificado dos perspectivas que orientan las representaciones: por un lado, aquellas que patologizan al indio; por otro, aquellas otras que resaltan su tipo biológico, lo glorifican. Observamos que el discurso médico de la primera mitad del siglo XX revela un orden social y una imagen de sociedad, desde diversas concepciones de enfermedad que ponen en peligro al progreso y están representadas por el

6 ¿En qué consistía el “estado de salud” en la Bolivia de inicios del siglo XX? No solo tenía que ver con la salud de los bolivianos y bolivianas, es decir, con el normal funcionamiento físico y psicológico de sus cuerpos, sino también con el progreso, con la modernización, con la civilización.

7 Texto que forma parte de la evaluación realizada por Silvia Rivera Cusicanqui como miembro del tribunal del examen de candidatura de la tesis doctoral en el año 2022.

8 Los propósitos del libro de Zulawski (2007), que también aborda la cuestión indígena y el tema de la mujer en el mismo periodo, son amplios y abarcan diversos aspectos médicos y políticos que enfrentó Bolivia durante la primera mitad del siglo XX.

9 En nuestro análisis, no nos limitamos a rastrear los discursos médicos que parecen haberse originado desde el período colonial. Más bien, nos esforzamos por comprenderlos en un contexto sumamente relevante: una época crucial en la que, bajo la influencia de nociones como progreso y modernización, la ciencia médica en busca de consolidación redefinió estos discursos en su propio lenguaje, hablando de tipos biológicos únicos y tipos patológicos. Nos interesa especialmente esta medicina moderna, cuyo lenguaje aún perdura, ya que continúa influyendo en la actualidad con sus discursos que se fundamentaron a principios del siglo XX.

indígena en cuanto agente que reproduce la enfermedad, pero al mismo tiempo, se refleja un anhelo de nación que se sustenta en el factor geográfico en relación con la esencialidad del cuerpo indio ancestral capaz de resistir a la enfermedad¹⁰.

En este artículo, nos proponemos alcanzar dos propósitos fundamentales. En primer lugar, exponer avances preliminares de la tesis doctoral en curso. El segundo lugar, tarea necesaria para comprender la trayectoria del material empírico que estamos trabajando, presentamos al lector y a la lectora una cartografía del escrito médico en Bolivia, basada en el trabajo del reconocido médico historiador boliviano, el Dr. Rolando Costa Ardúz, con quien hemos tenido el grato intercambio de información en el desarrollo de nuestro estudio.

En un primer apartado, a modo de contexto, se busca exponer de manera concisa la trayectoria inestable de la salud pública boliviana en el periodo de interés, haciendo hincapié en enfermedades prevalentes y desafíos del sistema de salud. Además, se destaca la falta de formalidad institucional, el interés de los médicos en la cuestión indígena y la institucionalización del rol médico a través de las Sociedades médico-científicas y revistas. Luego, procedemos a presentar el escrito médico boliviano, que consiste en el material empírico recopilado, sistematizado y analizado (proceso que continúa). En este segundo apartado, se exponen algunas dificultades que

10 La relevancia de escudriñar en estas construcciones discursivas de la primera mitad del siglo XX radica en que estas representaciones, según nos muestra el caso del Covid-19, parecen pervivir y continúan siendo utilizadas para explicar la relación entre lo indígena y la enfermedad. He ahí la importancia de construir marcos explicativos de discursos pasados que nos permitan comprender discursos actuales. La llegada del Covid-19 a Bolivia en 2020 generó discursos encontrados que vincularon lo indígena con la enfermedad. Algunos condenaron el comportamiento de grupos indígena-campesinos en las periferias urbanas por no acatar las medidas preventivas debido a razones económicas y políticas. Esto llevó a conflictos en redes sociales, donde se utilizaron (des)calificativos cercanos al racismo. Por otro lado, se destacó la resistencia del “tipo biológico” de la gente del “campo” frente a la enfermedad. Un ejemplo de este segundo discurso fue en una entrevista realizada al exviceministro de descolonización, Máximo Gallego Condori, quien resaltó la importancia de la alimentación propia de los Andes y atribuyó una supuesta fortaleza innata al cuerpo indígena.

enfrentamos durante la recopilación y revisión de éste, debido a la desatención que ha recibido esta documentación y, lo más importante, la trayectoria del escrito médico. Finalmente, nos centramos en las representaciones del indio que los médicos construyeron y difundieron con relación al factor geográfico y enfermedades específicas.

LA INESTABLE SALUD PÚBLICA DE BOLIVIA EN EL SIGLO XX

Según la investigadora estadounidense Ann Zulawski (2007), y coinciden con esta visión los médicos Balcázar (1956) y Mendizábal Lozano (2002), durante la primera mitad del siglo XX, Bolivia enfrentó una serie de enfermedades prevalentes que variaban según la región del país. En las zonas tropicales y templadas, la malaria y la fiebre amarilla eran comunes, mientras que en las zonas de baja altitud prevalecían la anquilostomiasis y el pian. En las zonas altas, la tos ferina, el tífus y la fiebre tifoidea representaban una amenaza para la salud. La tuberculosis, la viruela y las enfermedades venéreas eran endémicas en todo el país, y también se observaban problemas de salud asociados con la falta de agua potable y la desnutrición (Zulawski, 2007).

El sistema de salud enfrentaba desafíos debido a una geografía desafiante¹¹, respecto a una distribución desigual de servicios médicos y a una grave escasez de instalaciones médicas en áreas urbanas y rurales. Bolivia, país pobre incluso en comparación con los estándares latinoamericanos, señala Zulawski (2007), carecía de financiamiento adecuado para abordar estas cuestiones de salud pública. Las enfermedades tuvieron un impacto significativo en la población y la economía. La sífilis en etapas avanzadas y la psicosis palúdica llevaron a un número considerable de pacientes al hospital psiquiátrico nacional. Además, los abortos ilegales fallidos y los abortos involuntarios representaron las principales causas de muerte materna (Zulawski, 2007). En este contexto, debido a que la atención médica era limitada en áreas rurales, los “curanderos” y “charlatanes” ejercían su

11 Según Martínez (2021), “hasta fines del siglo XIX, los caminos de mulas y los ríos eran los únicos vínculos entre las diferentes regiones del país”, incluso, algunas regiones del oriente permanecían inaccesibles (p. 49).

autoridad médica, algunos siguiendo la tradición occidental y otros la medicina indígena (Balcázar, 1956; Zulawski, 2007)¹².

Desde la fundación de la República, la salud pública en Bolivia se vio marcada por la inestabilidad y la falta de formalidad institucional. Por ejemplo, las leyes y las instituciones públicas encargadas experimentaron constantes cambios y, en muchas ocasiones, quedaron sin responsables que las dirijan (Costa Ardúz, 1992; Mendizábal Lozano, 2022). Por ejemplo, la creación de la Dirección General de Sanidad Pública en 1906, que reemplazó a los Tribunales médicos, aunque fue un acontecimiento significativo para estructurar el sistema de salud en Bolivia, enfrentó dificultades y conflictos en su implementación inicial que la llevaron a ser promulgada hasta tres veces (Costa Ardúz, 1992; Mendizábal Lozano, 2002)¹³.

La inestabilidad en la salud pública boliviana también se debió al predominio de conflictos regionales entre los médicos. Estas disputas surgían principalmente entre médicos de Sucre y La Paz, las ciudades que albergaban los principales centros médicos y sociedades médico-científicas del país. Los ejemplos al respecto son diversos; algunos implicaban la desacreditación del conocimiento médico-científico sobre ciertas enfermedades, como se evidencia en el debate entre Jaime Mendoza y Morales Villazón sobre la sífilis. Otros conflictos estaban relacionados con la elección de autoridades sanitarias y otros cargos vinculados a la salud, a menudo influenciados por consideraciones políticas y regionales, en lugar de criterios puramente técnicos o profesionales (Mendizábal Lozano, 2002).

12 El Censo de 1900, promovido por el gobierno liberal de la época, registró un total de 476 médicos en toda Bolivia, siendo el departamento de Cochabamba el que contaba con el mayor número de profesionales.

13 La creación de la primera Dirección General de Sanidad en 1906 resultó en un fracaso debido a la elección arbitraria del Dr. Adolfo Treutlein como director, quien demostró serias deficiencias. Posteriormente, el cargo quedó vacante hasta 1910, año en el que Eliodoro Villazón reestableció los Tribunales Médicos. En 1915, durante el segundo mandato de Ismael Montes, se declaró vigente nuevamente la Ley de creación de la Dirección General de Sanidad, y se establecieron las Asistencias Públicas. Hasta 1929, la Dirección General de Sanidad y sus direcciones departamentales funcionaron de manera irregular, y se tuvo que decretar por tercera vez la creación de la Dirección General de Sanidad en ese año, con atribuciones ampliadas a la supervigilancia de la higiene escolar, la higiene industrial y la protección de la infancia. Además, las Asistencias Públicas y las Direcciones de Sanidad departamentales se fusionaron en la Dirección de Sanidad Departamental y Asistencia Pública (Mendizábal Lozano, 2002).

Estas rivalidades entre facciones médicas y regionales tuvieron un impacto negativo en la continuidad y eficacia de las políticas de salud implementadas (Balcázar, 1956; Mendizábal Lozano, 2002). Sin embargo, desde la perspectiva de Balcázar, el año 1900 marcó una clara frontera entre el siglo XIX, en el que se establecieron “las bases sólidas de una Medicina que tuvo tanto de europea y americana, de americana y altoperuana”, y el siglo venidero, el XX, caracterizado por una medicina

con caracteres nítidamente bolivianos que proyectan a distancia las imágenes, las ideas y los procedimientos, los prestigios de muchas y brillantes mentalidades. Si hasta ayer se hizo ciencia de imitación, en el correr del nuevo siglo se hará ciencia de adaptación y de no escasa originalidad, que nos abrirá los mejores horizontes (Balcázar, 1956, pp. 401-402).

Mendizábal Lozano (2002) está de acuerdo con Balcázar; según él, a fines del siglo XIX, la medicina boliviana comenzó a despegar y a tomar forma. Para ambos profesionales, este periodo fue fundamental para el progreso de la medicina en el país, a pesar de la falta de apoyo y protección por parte del gobierno hacia el cuerpo médico. Esta carencia se manifestaba en la ausencia de congresos nacionales, la precariedad de los hospitales y la falta de legislación sobre salubridad pública, situaciones que indicaban graves deficiencias en el sistema de salud boliviano. Estos obstáculos dificultaban el avance de la medicina en el país y privaban a la población del acceso a una atención médica adecuada y de calidad¹⁴.

14 Hasta 1920, los hospitales continuaban funcionando de manera similar a como lo hacían en el siglo anterior. La mayoría de ellos operaban en edificaciones de iglesias y conventos. Las salas especializadas para enfermedades como la tuberculosis u otras de naturaleza venérea, e incluso para atender partos, se establecieron de manera gradual. Además, debido a la escasez de personal capacitado en los hospitales, los diagnósticos e incluso las causas de muerte eran dudosamente determinados por los practicantes médicos (Balcázar, 1956, p. 415). En Bolivia, había médicos que anhelaban destacar en la comunidad científica internacional, pero diversos factores les impidieron lograrlo. Aunque, al menos a principios del siglo XX, los médicos bolivianos mantenían intercambio de correspondencia con las comunidades médico-científicas de Chile y Argentina, Bolivia seguía siendo considerada periférica incluso para otros países de América Latina. En suma, los médicos bolivianos carecían del respaldo gubernamental, recursos financieros y un núcleo de investigadores capacitados, así como conexiones con científicos en el extranjero, lo que les impedía dedicarse a la investigación, tanto en su forma primaria como aplicada (Zulawski, 2007, p. 7).

En la primera mitad del siglo XX, señala Zulawski (2007), los médicos también participaron del debate relacionado a la “cuestión indígena”. Al formar parte de la élite y considerarse poseedores de un mayor entendimiento de “los males sociales y por consiguiente los medios más apropiados no solo para prevenir las enfermedades físicas, sino también para mejorar las costumbres y poner un freno a la corrupción” (Abecia, 1882), abordaron este tema desde sus perspectivas profesionales, humanitarias y corporativas (Zulawski, 2000). Los médicos, al igual que otros intelectuales, se veían como la “conciencia del país” (Martínez, 2021), por lo que asumieron roles adicionales como escritores y políticos, interviniendo como expertos en temas diversos, desde el debate sobre abortos ilegales hasta la comprensión de la psicología de las comunidades indígenas (Zulawski, 2007).

A pesar de la inestabilidad y precariedad del sistema de salud boliviano, los médicos, junto al mundo “intelectual” (Romero, 2017)¹⁵, demostraron un marcado interés en su sociedad, especialmente cuando se inició el proceso de “institucionalización del rol médico” a finales del siglo XIX (Mendizábal Lozano, 2002), periodo en el que surgieron sociedades médico-científicas en Bolivia, integradas por médicos comprometidos en impulsar la vida intelectual y científica en el campo médico del país. Estas agrupaciones se esforzaron por generar publicaciones a través de revistas. Dos ejemplos notables son la Sociedad Médica La Paz, fundada en 1898, que

15 De acuerdo con Salvador Romero (2017), la intelectualidad boliviana del siglo XX emergió en los primeros años de la centuria a través de la formación de círculos literarios y grupos de discusión en las principales ciudades del país, como La Paz, Sucre, Cochabamba y Santa Cruz. Estos espacios brindaron a jóvenes escritores y pensadores la oportunidad de debatir sobre autores, obras y temas de relevancia intelectual y política. En este contexto, aunque surgían divergencias en sus ideas y visiones sobre la sociedad y el país, lo que los unía era su concepción compartida del oficio intelectual y su compromiso con una responsabilidad moral. Cada intelectual tomaba posturas públicas a través de sus propios escritos y artículos personales, más que a través de una acción concertada. Esta nueva intelectualidad abarcó dos generaciones: la mayor, nacida alrededor de 1865, y la siguiente, durante o después de la Guerra del Pacífico. A pesar de interactuar y conocerse, no lograron constituir un grupo cohesionado, en parte, debido a pequeñas envidias, celos y rivalidades. Sin embargo, a pesar de las diferencias y tensiones, la intelectualidad boliviana del siglo XX desempeñó un papel fundamental en la vida cultural y política del país. Su participación en debates y su adopción de posturas públicas contribuyeron a forjar la identidad intelectual boliviana y a influir en el desarrollo del pensamiento y la cultura en la nación.

estableció la *Revista Médica*, y el Instituto Médico Sucre, fundado en 1896. El instituto médico Sucre es considerado la sociedad médica más antigua de Bolivia. De hecho, su creación fue una respuesta a la crítica situación en la que se encontraba la enseñanza de las ciencias médicas y la falta de apoyo gubernamental (Mendizábal Lozano, 2002, p. 109)¹⁶.

EL ESCRITO MÉDICO EN BOLIVIA

Como lo hace notar el Dr. Rolando Costa Ardúz en la introducción de su obra “El escrito médico en Bolivia: 1825-2008” (2016), recopilar y revisar documentación médica en Bolivia, específicamente libros y revistas de finales del siglo XIX y de la primera mitad del siglo XX, es un proceso complejo¹⁷. En primer lugar, estamos de acuerdo con el autor en que es evidente la falta de referencias debidamente organizadas, lo cual se ve agravado por la dispersión de los materiales en diversas bibliotecas públicas (sobre todo, en las ciudades de Sucre y La Paz). De hecho, algunos de estos textos se encuentran en bibliotecas privadas de médicos, como en el caso de Dr. Costa Ardúz. A ello se suma que la mayoría de estos documentos no cuentan con el registro del depósito legal, obligación vigente desde 1909, ni tampoco con el ISBN. Esta carencia de registros oficiales dificulta aún más la identificación y localización precisa de los materiales¹⁸.

16 Fundada en 1905, la Revista del Instituto Médico Sucre, continúa publicando números en la actualidad.

17 La recopilación y revisión del material empírico se asemejó a la tarea de armar un rompecabezas, ya que el escrito médico en Bolivia es un campo poco explorado. Si bien el Dr. Rolando Costa Ardúz ha hecho el esfuerzo por registrar estos documentos, a diferencia de Perú, Chile, Argentina y Brasil, este material aún no ha sido completamente sistematizado como un corpus de datos empíricos disponible para ser estudiado, analizado. Fue desafiante e interesante el desentrañar y unir las piezas de este importante campo para obtener un entendimiento más completo y profundo de la temática.

18 ¿Cómo logró Costa Ardúz superar las dificultades mencionadas? Consultando a cinco bibliógrafos bolivianos considerados como “los más calificados del país” (Costa Ardúz, 2009, p. 235). Esta estrategia le permitió acceder a fuentes primarias y obtener información precisa para su investigación. El material que revisó fue: Dos volúmenes publicados sobre la bibliografía boliviana (1825 - 1878) por el Dr. José Rosendo Gutiérrez; registros de la biblioteca de Gabriel René Moreno; registros realizados por el médico Valentín Abecia; dos volúmenes de referencias bibliográficas del periodo 1908 a 1963 publicadas por el padre de Costa Ardúz, Arturo Costa de la Torre; y por último, la revisión de “cuarenta libros publicados entre 1962 y 2001” por el librero alemán Werner Guttentag (Costa Ardúz, 2016, p. 17). Además de recurrir al Archivo Nacional de Bolivia, Costa Ardúz también revisó materiales en diversas bibliotecas del país.

En el caso de las bibliotecas públicas, el escrito médico boliviano de finales del siglo XIX y principios del siglo XX no está catalogado, se encuentra en condiciones que aceleran su deterioro, y, en muchos casos, el personal encargado desconoce de su existencia, además de que las políticas de revisión limitan la labor del investigador. En el caso de las bibliotecas privadas, hemos identificado algunos médicos que poseen o solían poseer ejemplares del escrito médico boliviano: el Dr. Javier Luna Orosco, quien donó gran parte de su biblioteca al Museo del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, y el mencionado Dr. Rolando Costa Ardúz¹⁹.

Si bien las razones señaladas han dificultado la recopilación de libros y revistas médicas del periodo de interés, gracias a la colaboración del Dr. Luna Orosco, el Dr. Costa Ardúz y de la Biblioteca Central de la Universidad Mayor de San Andrés, hemos logrado acceder a revistas y algunos escritos monográficos. Asimismo, para dar cuenta del amplio campo bibliográfico en el que nos estábamos adentrando, resultaron de suma importancia las obras *El Escrito Médico en Bolivia 1825-2008* (Costa Ardúz, 2016), un inventario bibliográfico y hemerográfico de publicaciones relacionadas con los médicos y la medicina en Bolivia, distribuido en cinco tomos²⁰, y el artículo “Escrito Médico en Bolivia” (Costa Ardúz, 2009).

Basándonos en los textos señalados y en el trabajo realizado en repositorios, el cuadro 1 muestra la cantidad de textos médicos publicados desde el siglo XIX hasta el periodo de nuestro interés, así como los médicos más representativos y temas tratados en cada período²¹.

19 Nonagenario que ha publicado alrededor de 50 libros y más de 800 artículos, y cuya biblioteca registra alrededor de 30.000 títulos, muchos de ellos vinculados al escrito médico boliviano desde 1825. Lamentablemente, para los fines de la investigación, la biblioteca del Dr. Costa Ardúz está en custodia del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, hecho que me impidió acceder a la misma.

20 Se registran escritos relacionados con la medicina legal, geografía médica, salud pública y medicina social, medicina tradicional, ensayos y apuntes filosóficos, revistas médicas, tesis, actas de congresos e informes, acción política, enfermería, hospitales, biografías, novelas, cuentos, poesía, entre otros.

21 Añadimos el periodo previo, 1825 a 1900, para que el lector o la lectura pueda dar cuenta de las variaciones en cuanto al número de publicaciones.

Cuadro 1. Textos médicos publicados, médicos destacados y temas tratados por periodos²²

Periodo	Cantidad de textos médicos publicados	Médicos destacados	Temas tratados
De 1825 a 1900	426 publicaciones	Manuel Cuéllar, José María Santivañez, Cleómedes Blanco, Adolfo Mier, Valentín Abecia Ayllón, Néstor Dalence, Daniel Núñez del Prado, Casimiro Valenzuela, Antonio Vaca Díez y Eduardo Núñez del Prado	En los escritos médicos de la época, se abordan temas “controvertidos o polémicos” relacionados con la competencia profesional, la educación médica y la organización de los servicios de salud, así como cuestiones de higiene y hospitales. Además, se presta atención a asuntos médico-legales. La epidemia de cólera de 1887 tuvo un fuerte impacto en la producción escrita de la época, generando numerosas obras y reglamentos relacionados con su gestión. También se observa un enfoque en la beneficencia pública durante esa crisis sanitaria. Por otro lado, trabajos relacionados con la coca y la quina reflejan su relevancia en el campo médico de aquel momento.
De 1900 a 1932, siglo XX	456 publicaciones	Claudio Sanjinés Tellería, Manuel B. Mariaca, Néstor Morales	Se destacan las tesis médicas que se enfocan en la observación de la patología regional,

22 Con relación al número de publicaciones durante el periodo 1825-1900, se han encontrado algunas inconsistencias. En el artículo del año 2009, Costa Ardúz identifica 427 publicaciones, mientras que en la obra publicada en 2016 menciona un total de 426. Dado que entendemos que puede haber correcciones a medida que el trabajo se va puliendo, se considerará el dato proporcionado en la obra publicada en 2016 como referencia principal.

<p>De 1900 a 1932, siglo XX</p>	<p>456 publicaciones</p>	<p>Villazón, Adolfo Flores, Arturo Molina Campero, Andrés S. Muñoz, Abelardo Ibáñez Benavente, Jaime Mendoza, Belisario Díaz Romero y Elías Sagárnaga</p>	<p>evidenciando un enfoque en la comunicación de investigaciones y trabajos del Instituto Nacional de Bacteriología. También se registran informes y documentos oficiales generados por médicos que ocupaban roles administrativos en los ámbitos ministerial, municipal y prefectural. Además, las publicaciones periódicas comienzan a adquirir cierta regularidad en este período.</p>
<p>De 1932 a 1959, siglo XX</p>	<p>493 publicaciones</p>	<p>Félix Veintemillas, Félix Sánchez Peña, Jenaro Siles, Domingo Flores José Antonio Hartmann, Enrique Vargas Sivila, Abel Elías, Luis Landa Lyon y Juan Manuel Balcázar</p>	<p>Durante este período, se destaca una producción significativa en el campo de la medicina social y la geografía médica. Un evento relevante es la creación de la Dirección General de Sanidad, que reemplazó al Protomedicato y resultó en la abolición de los Tribunales Médicos, marcando la formación del Ministerio encargado del sector de salud. Se aprecia un incremento en la publicación de estatutos y reglamentos, así como la aparición de memorias de Congresos. Además, se experimenta un notable auge en las publicaciones institucionales y una mayor presencia de publicaciones periódicas.</p>

Fuente: elaboración propia basada en las obras de Costa Ardúz (2009, 2016).

Al referirnos al “escrito médico”, hacemos alusión al material vinculado a la “salud y, por tanto, su alcance comprende, además de la medicina, ramas afines como odontología, bioquímica, farmacia, nutrición, dietética, tecnología médica y enfermería, así como los escritos realizados por médicos, abarcando distintos campos del conocimiento” (Costa Ardúz, 2016, p. 15). En otras palabras, el “escrito médico” es toda producción escrita por médicos que va desde artículos médico-científicos hasta la poesía y la novela²³.

Según la investigación del Dr. Costa Ardúz (2016), en un período de 127 años, desde 1825 hasta 1952, se publicaron un total de 1.376 textos médicos, una cifra que supera por uno el total indicado en el cuadro 1. Esto nos lleva a indicar que, durante el análisis de estos datos, hemos identificado varias inconsistencias en relación con los números de publicaciones. No obstante, consideramos que estas discrepancias no son significativas. Reconocemos los desafíos que Costa Ardúz enfrentó al recopilar estos datos y, por lo tanto, consideramos sus cifras como fiables. Aunque será necesario llevar a cabo una revisión y corrección en el futuro para ajustar las cifras exactas de las publicaciones, confiamos en la integridad y exhaustividad del trabajo del Dr. Costa Ardúz.

El autor realizó una búsqueda meticulosa de textos médicos. Una vez identificados, procedió a verificar y examinar físicamente cada unidad, analizando su contenido y catalogándolos con precisión. Además, determinó su ubicación precisa en diversos repositorios nacionales, bibliotecas públicas y privadas (Costa Ardúz, 2016, p. 18). No obstante, pese a la rigurosidad, Costa Ardúz (2016) reconoce que, aunque pudo registrar y recopilar en su mayoría “fuentes primarias”, hubo algunas referencias a las que no pudo acceder.

23 En nuestra investigación, nos centramos en la revisión de textos médico-científicos y ensayísticos, ya que nos interesa indagar en las representaciones que éstos construyeron del indio desde su quehacer científico-profesional y académico.

EL ESCRITO MÉDICO BOLIVIANO DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

Según Costa Ardúz (2016), a diferencia del XIX, en el siglo XX parte del escrito médico es de “fácil acceso y permite una mejor sistematización” (2016, p. 34). Particularmente, en esta etapa, la escritura de los médicos se diversifica, lo que significa que no se limitan únicamente al ámbito médico-científico, sino que también se aventuran en nuevos campos: poesía, novela, historia, biografías, entre otros. Vamos por partes²⁴.

En cuanto a la poesía, destacan varios médicos. Jaime Mendoza publicó “Poemas” en 1916, “Oruro”, en 1926, y “Voces de antaño”, en 1938. Otro médico que incursionó en la poesía fue Arturo Pinto Escalier, con su poema “El alba de oro”, en 1926. Respecto a la novela, Jaime Mendoza se destaca como el máximo exponente, siendo, según Costa Ardúz (2016), el primero en publicar obras de este género. En palabras de Costa Ardúz, “Su obra literaria tiene la particularidad de expresar la concepción geográfica como preocupación fundamental en su pensamiento” (2016, p. 36). Entre sus obras se encuentran “En las tierras del Potosí”, publicada en 1911, “Páginas bárbaras”, en 1914, “Los héroes anónimos” en 1928, “Los malos pensamientos” en 1916, “Memorias de un estudiante” en 1918, y “El lago enigmático”, en 1936. Otros médicos también se destacaron en el género de la novela. Eduardo Wilde, médico boliviano argentino, publicó “Aguas abajo” en 1911. Antonio Hartmann publicó “La gran tumba de los monarcas aimaras” en 1937. Luis Landa Lyon publicó “Mariano Choque Huanca” en 1940, novela post Guerra del Chaco.

En cuanto a los textos relacionados con la historia de la medicina en Bolivia, el médico y exvicepresidente de la República, Valentín Abecia Ayllón, publicó una serie artículos en los primeros números de la Revista del Instituto Médico Sucre con el título “Algunos datos sobre la medicina y su ejercicio en Bolivia” (1905). Juan Manuel Balcázar publicó “La Cruz Roja Boliviana” en 1919, abordando la temática de la institución en el país e

24 En esta sección, se incluyen obras que han sido citadas según el trabajo de recopilación realizado por Costa Ardúz (2009, 2016), quien ha compilado una diversidad de escritos de médicos bolivianos. Por tanto, toda referencia bibliográfica a estos textos se hace en relación con las compilaciones del autor original.

Historia de la Medicina en Bolivia, en 1956. José María Alvarado publicó “La psiquiatría en Bolivia” en 1943. Ernesto Navarre, publicó “Monografía histórica de la Facultad de Ciencias Biológicas” en 1945. Asimismo, Aniceto Solares publicó “Notas para la historia de la oftalmología en Bolivia” en 1950, brindando una perspectiva histórica sobre el desarrollo de la oftalmología en el país.

Respecto a los aportes de los médicos a la historia nacional de Bolivia, nuevamente se destaca el médico Valentín Abecia Ayllón, cuyos trabajos “historiográficos se hallan dispersos en folletos o incorporados en revistas” (Costa Ardúz, 2016, p. 42). Otro médico destacado es Belisario Díaz Romero, quien escribió sobre el país en obras como “Tiahuanacu. Estudio de Prehistoria Americana”, en 1906, y “Ensayo de Prehistoria Americana. Tiahuanacu y la América Primitiva”, en 1920. Adolfo Mier, por su parte, se enfocó en escribir sobre Oruro, su ciudad natal. Jenaro Siles contribuyó con “Carta abierta a Don Alcides Arguedas”, en 1935. Por supuesto, no podía faltar Jaime Mendoza autor de obras como “La Universidad de Charcas y la idea revolucionaria” en 1924, “La creación de una nacionalidad. Estudio histórico”, en 1926, La tragedia del Chaco” en 1933, y “El Chaco en los albores de la conquista”, en 1937.

En el ámbito de las biografías, los médicos dedicaron sus escritos a homenajear a otros médicos destacados, como a personalidades nacionales. El médico Ernesto Ruck escribe sobre Manuel Cuellar, en 1902, mientras que Luis Subieta Sagárnaga escribió sobre José María Santivañez en 1915. Néstor Morales Villazón publicó “Pasteur y su obra”, en 1919, y José María Alvarado escribió “Belisario Díaz Romero. Un filósofo olvidado”, en 1969. En cuanto a las biografías de personalidades nacionales, una vez más aparecen dos médicos destacados: Valentín Abecia Ayllón, con su obra “Rasgos biográficos de José Joaquín de Lemoine y su esposa Doña María Teresa Bustos Salamanca de Lemoine”, en 1908, y Jaime Mendoza con “Figuras del pasado: Gregorio Pacheco”, en 1924. También se destaca la obra de Luis Landa Lyon, “Psicopatología de Melgarejo”, en 1925.

En el campo de la Geografía Médica, terreno fértil y de interés para nosotros, “donde asienta el pensamiento médico más original” (Costa Ardúz, 2016, p. 46), destaca Jaime Mendoza, quien aborda el factor geográfico y

establece vínculos con la salud de sus habitantes, analizando, por ejemplo, la resistencia de ciertas enfermedades. Para Costa Ardúz, el material producido en este campo de estudio “configura una verdadera expresión de la medicina boliviana (p. 46). Mendoza escribió ensayos sobre geografía médica en artículos de la revista del Instituto Médico “Sucre” y en “Apuntes de un Médico”, en 1936²⁵. En palabras de Costa Ardúz, el pensamiento de Mendoza “marca una época y a partir de su influencia se desarrollan numerosos trabajos” (p. 48)²⁶.

Belisario Díaz Romero, médico que hemos destacado, es otro de los pioneros en explorar el campo de la Geografía Médica. Como miembro de la Sociedad Geográfica de La Paz, realizó importantes contribuciones a este campo de estudio a través de sus publicaciones en la Revista de la Sociedad Geográfica de La Paz (Costa Ardúz, 2016, p. 46)²⁷. Otro médico, Casto Orihuela, escribió su tesis con el título “Contribuciones a la geografía médica de Bolivia”, en 1919.

Se suman a estos trabajos, Elías Sagárnaga con su texto “Recuerdos de la Campaña del Acre, de 1930. Mis notas de viaje”. Néstor Morales Villazón publica en la “Revista de Bacteriología e Higiene”, de la cual es funda-

25 Antes de Belisario Díaz Romero y Jaime Mendoza, en el siglo XIX, los médicos Antonio Vaca Díez y Mariano Montalvo fueron quienes se aproximaron al campo de estudio de la Geografía Médica. Un dato interesante que nos aporta Costa Ardúz (2016) es que José Manuel Pando, quien se convirtió en presidente de Bolivia después de que los liberales ganaran la Guerra Federal y participó en la Guerra del Acre, estudió medicina, pero no logró completar sus estudios. Del mismo modo, Lucio Pérez Velasco, quien fue vicepresidente durante el gobierno de Pando, también fue alumno de medicina, pero no concluyó sus estudios. Costa Ardúz (2016, p. 47) menciona a estos dos personajes en el contexto de su análisis sobre los aportes a la Geografía Médica, específicamente con relación al conocimiento de la patología regional del noroeste, donde se encontraba el territorio del Acre que Bolivia perdió ante Brasil.

26 “Estudió asimismo los antecedentes sociológicos, geográficos e históricos de la emergencia de Bolivia como República independiente en variados ensayos como *El factor geográfico en la nacionalidad boliviana* (1925) y *El Macizo Boliviano* (1935). En estos trabajos, Mendoza expuso sistemáticamente su doctrina de la reintegración territorial y social” (Mendoza Pizarro, 2016, pp. 16-17).

27 Los médicos no se limitaban únicamente a círculos y sociedades médicas, sino que también participaban en otros ámbitos científicos y culturales. Por ejemplo, Valentín Abecia formaba parte de un círculo literario en Sucre, y, como mencionamos anteriormente, Belisario Díaz Romero era socio de la Sociedad Geográfica de La Paz. Esto muestra la diversidad de intereses e involucramiento de los médicos bolivianos en diferentes campos académicos y científicos.

dor, y también de manera individual: “La tuberculosis experimental en las grandes alturas” (1913), “La fiebre tifoidea en Bolivia” (1917), “Estudio de la mancha sacra mongólica en La Paz” (1917) y “La Blastomycosis en La Paz” (1917). Félix Veintemillas continuó con la tarea de Morales Villazón a través de la publicación de “Suplementos de Bacteriología”, en la década de 1930. Ernesto Navarre también contribuyó con “La tuberculosis en La Paz”, en 1925. Héctor Aliaga Suárez abordó la temática de la “Blastomycosis boliviana. Acopio a la patología tropical”, en 1936. Aurelio Melean escribió sobre “La sanidad boliviana en la campaña del Chaco”, en 1938, mientras que Luis Landa Lyon publicó “Geografía epidemiológica del departamento de La Paz”, en 1941. Por su parte, Juan Manuel Balcázar publicó “Epidemiología boliviana. La realidad sanitaria en Bolivia”, en 1946 (Costa Ardúz, 2016).

En cuanto a los textos de estudio²⁸, resaltan Néstor Morales Villazón y Juan Manuel Balcázar en el campo pediátrico. El primero publicó “Al pie de la cuna”, en 1917, y el segundo “Protección y crianza del niño-El libro consejero de la madre”, en 1937. En la especialidad urológica y nefrológica, Néstor Orihuela Montero se destaca con su obra “Abajo la sífilis” (1948). En el campo de la psiquiatría, José Antonio Hartmann sobresale con “Manuales recordatorios de Medicina. Tomo VII. Bosquejo anatómico funcional del sistema nervioso” (1936) y “Compendio de Psiquiatría” (1949). En materia quirúrgica, Abelardo Ibáñez Benavente aporta con tres escritos: “Estado actual de la cirugía vascular” (1925), “Cirugía reparadora de las lesiones de los nervios periféricos” (1936) y “Cirugía reparadora de las lesiones de las articulaciones” (1939). Por último, la medicina legal se ve nutrida con escritos de Enrique Condarco, “El charlatanismo médico” (1936) y Jaime Mendoza, “Lecciones de medicina legal” (1945)²⁹.

28 Los textos de “estudio” evidenciaban que el contenido médico-científico estaba cruzado con lo social y cultural.

29 Sobre el tema de las tesis, es importante destacar que durante el siglo XIX se presentaron un total de 31 tesis en la Universidad de La Paz. Posteriormente, hasta el año 1940, se defendieron un total de 153 tesis en dicha institución universitaria. Respecto a las actas de Congresos, destacan dos volúmenes correspondientes al Primero y Segundo Congreso Médico Nacional de los años 1939 y 1945, preparados por Luis Landa Lyon y Aurelio Melean. En el ámbito de la odontología, Alberto Ayala escribió sobre “Educación e Higiene” en 1939 y “Lucha, poder y progreso” en 1953 (Costa Ardúz, 2016).

En este periodo, los médicos que participaron activamente de la política boliviana fueron: Valentín Abecia, quien ocupó la vicepresidencia de Bolivia. Arturo Molina Campero fue Ministro de Gobierno y Fomento entre 1915 y 1916. Claudio Sanjinés Tellería fue Ministro de instrucción pública y agricultura en 1918. Aurelio Melean, fue Ministro de Guerra en 1927. Aniceto Solares fue Ministro de Instrucción Pública en 1927. Adolfo Flores fue Ministro de Fomento y Comunicaciones entre 1923 y 1924. Enrique Hertzog fue Ministro de Gobierno en 1932. Juan Manuel Balcázar fue Ministro de Salubridad entre 1948 y 1949.

En el ámbito de la educación médica, destacan las obras de Luis Landa Lyon, “Hacia la universidad nueva”, en 1932 y “Mi labor como director de la escuela de medicina y cirugía”, en 1945. En el campo de la sexología, Luis Felipe Piérola Machicado contribuyó con su obra “Educación sexual”, en 1937. En cuanto a los ensayos y apuntes filosóficos, Enrique Condarco se destacó con obras como “Ante las murallas de Jericó”, en 1927, “Lampos-pensamientos en prosa”, en 1938, y “Saetas”, en 1942. Alberto Baldivieso aportó al campo de las enfermedades altoperuanas con su obra “Enfermedades Altoperuanas”, en 1929. En el ámbito del ensayo científico, Belisario Díaz Romero contribuyó con “Páginas dispersas”, en 1910, y “Ecclesia versus Scientia”, en 1921.

PUBLICACIONES PERIÓDICAS A FINES DEL SIGLO XIX Y PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

En este apartado, nos concentraremos en examinar lo que Costa Ardúz (2009) denomina como “publicaciones médicas periódicas”, material que estamos revisando de manera prioritaria. Estas publicaciones se caracterizan por tener un “contenido informativo o de opinión normalmente heterogéneo que se imprime bajo un mismo título y en serie continua con numeración correlativa y fecha de publicación y que parece con periodicidad regular determinada con propósito de duración indefinida” (Costa Ardúz, 2009, p. 238). Asimismo, están vinculadas a sociedades científicas³⁰, y

30 Para finales del siglo XIX, tenemos conocimiento de dos Sociedades científicas vinculadas a la ciencia médica. La Sociedad Médica de La Paz (1882) y la Sociedad del Instituto Médico Sucre (1895).

“destacan las nominaciones de revistas, boletines, anales, gacetas, archivos, cuadernos, actas y nombres propios” (Costa Ardúz, 2009, p. 239).

En lo que respecta a su estructura, aunque las revistas médicas periódicas profesan enfocarse exclusivamente en temas relacionados con la ciencia y la profesión médica, también son espacios desde los cuales se busca generar cierta cohesión corporativa entre ellos. No faltan los artículos en los que se expresan quejas hacia el gobierno u otros médicos, semblanzas a médicos destacados, propuestas de reglamentos, críticas a la sociedad. En suma, en las revistas se encuentra una multiplicidad de contenidos que revela que el quehacer médico-científico estaba relacionado con una amplia gama de ámbitos.

Costa Ardúz ha identificado alrededor de 80 publicaciones médicas periódicas entre 1867 y 1954. Algunas de estas publicaciones solo cuentan con un número, como es el caso de “La Unión Médica”, de 1876. Dentro del periodo que nos interesa, destacan ciertas publicaciones periódicas que han tenido una larga existencia y han sido relevantes debido a los médicos que han contribuido en ellas y a sus fundadores. Entre estas publicaciones periódicas están la *Revista Médica de La Paz*³¹, la *Revista del Instituto Médico Sucre* y la *Revista de Bacteriología e Higiene* (Costa Ardúz, 2009, 2016).

El cuadro 2 ofrece un listado de las publicaciones periódicas médicas identificadas en los textos de Costa Ardúz entre los años 1867 y 1954³².

31 En la transición del siglo XIX al XX ésta era la única revista médica en Bolivia.

32 Aunque Costa Ardúz señala en su artículo “El Escrito médico en Bolivia” (2009) que para el periodo 1867-1954 ha identificado un total de 80 publicaciones periódicas, él se enfoca únicamente en las publicaciones médicas periódicas más relevantes. El cuadro 2 presentado refleja la selección realizada por Costa Ardúz (2009), donde figuran un total de 60 publicaciones médicas periódicas. En nuestro caso, también hemos realizado una revisión y hemos descartado algunas de estas publicaciones que no cumplían estrictamente con la definición propuesta por Costa Ardúz (2009), ya que se trataba de revistas en las que se publicaban uno o dos artículos médicos, siendo la mayoría de otras disciplinas. Es importante tener en cuenta que esta lista aún requiere de una revisión adicional y no se puede considerar como una lista exhaustiva o definitiva. Reconocemos que aún queda trabajo por realizar en la identificación de más publicaciones médicas periódicas. No obstante, el trabajo realizado por Costa Ardúz (2009, 2014, 2016) nos proporciona un mapa bastante preciso de estas publicaciones periódicas de la época.

Cuadro 2. Lista de publicaciones médicas periódicas en Bolivia 1867-1954

Revista	Siglo	Periodo de Publicación (desde)	Periodo de Publicación (hasta)	Número de Entregas	Ciudad de Publicación
El Monitor Médico	19	1867		5	Sucre
El Monitor Médico	19	1875	1876	5	Santa Cruz
La Unión Médica	19	1876		1	Sucre
Revista Médica	19	1881	1883	16	La Paz
Boletín de la Junta Directiva de Higiene y Sanidad	19	1887		1	La Paz
La Unión Médica	19	1887	1888	15	La Paz
Revista Médica	19	1889	1914	106	La Paz
Boletín de Estadística Municipal de la ciudad de La Paz de Ayacucho	19	1892	1901	15	La Paz
Revista del Instituto Médico Sucre*	20	1905	1954	93	Sucre
Revista del Centro de Estudios Médicos	20	1906	1908	13	Sucre
Revista de Medicina Cirugía y Farmacia	20	1911	1915	29	Sucre
Revista de Bacteriología e Higiene	20	1912	1924	65	La Paz
Boletín Meteorológico	20	1915		1	Sucre
Observaciones Meteorológicas	20	1915		1	Sucre
Boletín Odontológico	20	1916		1	La Paz

Revista de la Asociación de Estudios Médicos	20	1917		3	La Paz
Glóbulo Rojo	20	1917		1	Sucre
Revista Médica Bolivia	20	1922		1	La Paz
Revista de Medicina y Cirugía	20	1922	1931	22	La Paz
Boletín de Estadística Municipal	20	1925	1930	10	Potosí
Boletín de la Dirección General de Sanidad Pública	20	1929	1935	8	La Paz
Por la raza	20	1930		6	Cochabamba
Boletín del Primer Congreso Médico Boliviano	20	1930		2	Sucre
Revista de Información Clínica	20	1932		1	Sucre
Suplemento del Instituto de Bacteriología	20	1933	1947	13	La Paz
Archivos de Oftalmología	20	1936	1937	2	La Paz
Revista de la Sanidad Militar	20	1936	1950	25	La Paz
Boletín del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salubridad	20	1937	1941	6	La Paz
Páginas médicas	20	1937	1947	6	Potosí
Boletín del Ministerio de Higiene y Salubridad	20	1938	1939	2	La Paz
El Hospital	20	1938	1947	18	La Paz
Manicomio Nacional Pacheco	20	1939	1941	3	Sucre

Revista de Ciencias Biológicas	20	1940	1943	11	La Paz
Aparato Respiratorio y Tuberculosis	20	1940	1949	24	La Paz
Esculapio	20	1940	1950	52	La Paz
Boletín Odontológico	20	1940	1953	21	La Paz
Prensa Médica	20	1941	1973	119	La Paz
Acción Médica	20	1942	1945	7	La Paz
Gaceta Médico Quirúrgica	20	1943	1947	12	La Paz
Gaceta Médica Boliviana	20	1943	1951	29	Cochabamba
Archivos Bolivianos de Medicina**	20	1943	1954	23	Sucre
Boletín de la A.M.E., Agrupación Médica de Estudios	20	1944	1954	18	La Paz
Archivos Bolivianos de Higiene Mental	20	1945	1946	3	Sucre
Revista de Criminología y Ciencias Penales	20	1945	1956	10	Potosí
Boletín de la Dirección General de Sanidad	20	1946		3	La Paz
Archivos del Gabinete Médico del Comité Nacional de Deportes	20	1946	1947	3	La Paz
La Revista de Medicina	20	1946	1949	38	La Paz
Archivos Bolivianos de Pediatría y Puericultura	20	1946	1950	11	La Paz
Anales del Laboratorio Central	20	1946	1958	4	Cochabamba
Anales del Ateneo de Química y Farmacia	20	1947		1	La Paz

Hoja Pediátrica	20	1947		1	La Paz
Archivos del Gabinete Médico del Comité Nacional de Deportes	20	1947		3	La Paz
Folia Universitaria***	20	1947	1955	8	Cochabamba
Revista del Centro de Estudiantes de Medicina de Sucre	20	1948		2	Sucre
Actividades Farmacoterápicas	20	1952		1	La Paz
Boletín del Ateneo de Medicina de Sucre	20	1952	1953	3	Sucre
Revista de Bioquímica y Farmacia	20	1953		1	La Paz
La Gaceta Farmacéutica	20	1953	1954	2	Cochabamba
Revista del Ministerio de Higiene y Salubridad	20	1953	1954		La Paz
Revista de Medicina y Cirugía	20	1953		1	La Paz

* Esta revista continúa publicando números

** Esta revista continúa publicando números

*** Costa Arduz (2009) señala el año 1953 como el último. Sin embargo, revisando repositorios digitales bolivianos, nos dimos cuenta de que el número 8 se publicó en 1955.

Fuente: Elaboración propia basada en las obras de Costa Arduz (2009, 2016).

REPRESENTACIONES DEL INDIO: MÉDICOS A TONO CON LA ÉPOCA
En 1909, Alcides Arguedas publicó el ensayo titulado *Pueblo enfermo*, cuya tesis central denuncia que las “clases” y “razas” indígenas y mestizas son un obstáculo para el progreso y la modernización de Bolivia. Enfáticamente, afirma que el territorio indomable y la calidad de su población son un impedimento para la civilización: “todo es primitivo, agreste y salvaje” (Arguedas, 1936, p. 25). Su preocupación gira en torno a la coexistencia de las tradiciones heredadas de los conquistadores junto con lo indígena ancestral. Desde su perspectiva, la estabilidad y armonía necesarias para el progreso se ven alteradas por una población étnicamente diversa y hasta antagonica (Arguedas, 1936).

Particularmente, cuando Arguedas se refiere a la “raza indígena”, nos da a entender que, producto de “tristezas, de suplicios, de amarguras eternamente renovadas”, desafortunadamente ha enfermado/degenerado (1936, p. 52). A su época, para el intelectual, el indio era un cuerpo venido a menos debido al maltrato y explotación que experimentó desde lo que Rivera Cusicanqui denomina como el “desquiciamiento del mundo indígena” en 1532 (2010b, p. 72). Tanto ha sido el dolor y la angustia que la “raza indígena” ha acumulado a lo largo de los siglos que la inevitable enfermedad ha llegado hasta ella, y, como el enfermo desarrolla síntomas, también lo ha hecho el indio.

El abuso del alcohol y su abandono a prácticas antihigiénicas son los síntomas que Arguedas identifica como propios de la enfermedad que aqueja a esta “raza”, los cuales, impiden que se adhiera al proyecto civilizatorio boliviano (1936, p. 53). Imbuido de las teorías positivistas, darwinistas y evolucionistas, a tono con la época, para Arguedas, la “raza indígena”, en una especie de estado depresivo resultado de las experiencias traumáticas que ha sufrido, está enferma, y, en consecuencia, progresivamente se fue degenerando³³, lo que la ha llevado a adquirir prácticas que atentan contra la salud biológica y la salud moral, ambas necesarias para el progreso y la modernización.

33 Sobre la teoría de la degeneración, cuyo precursor fue el médico y psiquiatra francés Bénédicte Augustin Morel (1809-1873), pueden ser útiles los estudios de Andrew Scull (2019), Marcelo Sánchez (2014) y Georges Vigarello (2006).

Sin embargo, pese a que la “raza indígena” está “abatida, gastada física y moralmente” (Arguedas, 1936, p. 51-53), esta condición no siempre fue así. El autor reconoce la virtuosidad del indio ancestral, cuya fortaleza se remonta a tiempos anteriores a la colonia. Por ejemplo, Arguedas destaca que “el indio cuando no tiene que [sic] comer puede pasar días enteros con algunos puñados de coca y maíz tostado” (1936, p. 38), o que, “solo usa ojotas cuando el terreno es muy pedregoso, y nunca se queja de su aspereza, porque la costra que cubre la planta de sus pies es dura como casco de caballo” (1936, p. 38). Haga frío o calor, “su cuerpo casi no es sensible a las variaciones atmosféricas” (Arguedas, 1936, p. 38). Cuando se refiere a la mujer indígena y su rol reproductor, el autor entiende que ellas están “forjadas para concebir fruto sólido y fuerte” (Arguedas, 1936, p. 39). Contrariamente al discurso que condena a la “raza indígena”, el intelectual glorifica al indio ancestral, resaltando la virtuosidad de su cuerpo cuando, a momentos, éste muestra ese vigor que ha perdido (Irurozqui, 1994).

Esta forma de entender la alteridad no estaba restringida al discurso sociológico de Arguedas: reconocidos médicos de la época, de igual manera, a la vez que condenaban los hábitos y costumbres del indio, resaltaban su fortaleza física. En el artículo “La tuberculosis en Bolivia” (1929), Jaime Mendoza profundiza su tesis de 1901, y realiza un análisis detallado de la incidencia de la tuberculosis en Bolivia, enfocándose en diferentes regiones y altitudes del país. El médico destaca la falta de estadísticas específicas sobre la enfermedad, pero ofrece observaciones detalladas basadas en su experiencia y conocimiento. Según Mendoza, a diferencia de la sífilis, que considera una enfermedad endémica y alarmante, la tuberculosis no parece afectar a la población indígena boliviana de la misma manera.

Por nuestra parte, en este asunto de la tuberculosis en el indio, ya hemos emitido nuestra opinión en diversos escritos (...) Para nosotros, dicho se está que el indio disfruta más bien de una gran resistencia ante esa enfermedad (...) ¿Será por cuestión de raza, porque constitucionalmente está dotado de ciertas características orgánicas que le defienden por sí mismas, sin la intervención de su inteligencia y su voluntad? (...) ¿O será simplemente por el influjo natural del ambiente y por la manera de vivir en el indio dentro de aquél? ¿O será, acaso, por que el germen bacilífero está atenuado en la zona geográfica en que habita el indio? O todavía, ¿será por el mismo hecho de que el indio ya tuvo ancestralmente, ab origine, la

infección tuberculosa que le valió por una vacuna preventiva confiriéndole una relativa inmunidad? [sic] (Mendoza, 1929, p. 5-6).

Mendoza (1929) sugiere que el indígena boliviano parece mostrar una resistencia pasiva a la tuberculosis, incluso en entornos donde la enfermedad se propaga en otros lugares del mundo. Argumenta que, en el altiplano, la altitud y la luz solar en Bolivia podrían estar relacionadas con esta resistencia, y sostiene que la luz tiene un papel fundamental en la salud de las poblaciones; incluso sugiere la construcción de sanatorios antituberculosos en áreas específicas con calidad de luz adecuada.

Tal es el convencimiento del médico respecto a las bondades de la “altiplanicie” que, en otro texto, no duda en afirmar que el indio “se defiende bien”, refiriéndose a la respuesta de sus defensas orgánicas frente a la tuberculosis (Mendoza, 1936, p. 6). El “tipo biológico” del indio, “merced al influjo del medio y a factores ancestrales derivados del mismo” (Mendoza, 1936, p. 7), no sería propicio para el desarrollo de la tuberculosis.

Por su parte, Néstor Morales Villazón (1916), a pesar de algunas discrepancias con Mendoza respecto a otras enfermedades, argumenta que las condiciones de vida de los indígenas en el altiplano andino, caracterizadas por la amplitud de espacio, la exposición al aire libre y la actividad física constante, contribuyeron a su resistencia a la tuberculosis. Además, señala que la aglomeración, un factor importante en la propagación de la enfermedad, no era común en el altiplano debido a la dispersión de las viviendas. En línea con Mendoza, entiende que la exposición constante a la luz solar y la altitud de la región, que obligaba a los indígenas a respirar un aire menos denso, fortalecían sus pulmones y su sistema respiratorio, lo que, según Morales Villazón, los hacía menos susceptibles a la tuberculosis. La resistencia orgánica del indio se evidencia en

...su robustez, su resistencia a los mas duros trabajos y su increíble sobriedad. El indígena para trabajar doce horas, casi sin tomar descanso, no necesita otro alimento que un poco de charque o chalonga (carne desecada de vaca y cordero respectivamente) un poco de maiz cocido o tostado y doscientos o trescientos gramos de hojas de coca, que mastica constantemente. Con una ración nutritiva de tan poco valor, el natural del país realiza los mayores esfuerzos, sin que su organismo sufra el menor quebranto (Morales Villazón, 1916, p. 866).

En suma, el médico paceño, sugiere que los indígenas del altiplano andino gozaban de una resistencia natural a la tuberculosis debido a su estilo de vida, dieta, exposición al sol y adaptación orgánica. Sin embargo, la llegada de los españoles, junto con cambios en las condiciones de vida y la inmigración, alteró este equilibrio, llevando a un aumento en los casos de tuberculosis en la región.

En el otro extremo, en su libro *Tratado sobre las rickettsiasis y las fiebres exantemáticas: El tifus altiplánico* (1944), el médico Félix Veintemillas (1994) proporciona una perspectiva diferente al representar al indígena como el portador del tifus. Desde la década de 1930, Veintemillas explora la enfermedad del tifus, responsabilizando al indio por su transmisión, debido a que, al ser “sirviente habitual que viene a las ciudades, el pongo semi-esclavizado, el proveedor de los mercados, el albañil, el cargador de bultos, el hombre de todos los trabajos inferiores, y, con la misma indumentaria y costumbres de su casa en la hacienda”, se pone en contacto con “el blanco que lo requiere”. Entonces, “nada más fácil que infestar a su alrededor de los piojos que lo acompañan” (p. 318). Para Veintemillas, el indio “carga” la enfermedad del tifus, exponiendo al “blanco escrupuloso de la limpieza” a la inminente infección (1944, p. 318). El indígena es “un agente humano infestado” cuyo modo de vida facilita la “reproducción perpetua [...] de los pediculides” (p. 317).

En consonancia con Arguedas, los médicos aludidos parecen mostrarnos que en la primera mitad del siglo XX el discurso médico boliviano resaltaba, a momentos, el “tipo biológico” del indio, su resistencia a factores climáticos adversos y ciertas enfermedades, pero también le atribuía la responsabilidad por el atraso del país debido a que sus costumbres y hábitos reproducían enfermedades y, en consecuencia, atentaban contra la salud de Bolivia, es decir, contra la población civilizada apta para el progreso.

Estas representaciones están orientadas por dos perspectivas: una médico-natural y una médico-cultural (Zulawski, 2007). En la primera relación enfermedad e indígena, se construye una representación de un “otro” nutrido de una fortaleza biológica ancestral próxima a la naturaleza apta para resistir los embates producidos por ciertas enfermedades de las que, en mu-

chos casos, el blanco es víctima³⁴. En la segunda, subyacen tonos racistas, se representa al “otro indígena enfermo” frente a un “nosotros blancos sanos”, cuya cultura debe ser suprimida por la “salud” de la nación. Ambas formas de vincular enfermedad con lo indígena, manifiestas en el discurso médico boliviano de la primera mitad del siglo XX, nos muestran que los médicos construyeron y difundieron representaciones del indígena, las cuales, claramente, no son “constructos unívocos y reproductores de representaciones estereotípicas y discriminatorias, sobre las cuales se legitima el proyecto civilizatorio nacional” (Mora Nawrath y Payàs, Puigarnau, 2021, p. 316); en realidad, son diversas, complejas y están en tensión “conforme a las posiciones de los locutores, la identificación de los destinatarios, los argumentos puestos en escena y la finalidad que estos persiguen” (p. 316).

Estas representaciones están vinculadas con distintas enfermedades infecciosas –respiratorias, venéreas, mentales, entre otras– que hemos identificado en el discurso médico, enfermedades que el historiador de la medicina y médico Juan Manuel Balcázar (1956) confirma cuando analiza el caso indígena en su texto *Historia de la Medicina en Bolivia*, destacándose cuatro: fiebre tifoidea, tífus, tuberculosis y sífilis. Habitualmente, aunque no de manera exclusiva, estas “entidades morbosas” que azotaron Bolivia durante el siglo XIX hasta gran parte del siglo XX fueron encarnadas en el cuerpo indígena por los médicos de la época. La construcción *en* y la difusión *desde* el discurso médico de estas representaciones fueron posibles por el despegue de la vida intelectual científica médica en Bolivia a finales del siglo XIX e inicios del XX, momento en el que, como mencionamos antes, se conformaron sociedades científicas que fomentaron la producción de textos médicos (Balcázar, 1956)³⁵.

34 La admiración de aquello que está próximo del polo de la naturaleza, de la capacidad de ciertos cuerpos “para soportar, como los animales, las peores intemperies” (Foucault, 2015, p. 128).

35 Durante gran parte del siglo XIX, los médicos “se debatían en los reducidos círculos de enseñanza y aprendizaje de los hospitales; o en las cátedras junto a los alumnos (...) No contaban con bibliotecas (...) Los mismos libros apenas llegaban de ultramar, por encargo de eruditos (...) Así fueron formándose las bibliotecas particulares antes que las públicas (...) los mejores libros de medicina procedían de Francia, antes que de España; y eran muy raros los facultativos que entendían el francés” (Balcázar, 1956, p. 386). Para Balcázar, la medicina nace en Bolivia a finales del siglo XIX e inicios del XX con la creación del Instituto Médico “Sucre” en 1896.

Entendemos que, en la perspectiva médico-cultural, en la que se patologiza al indio como el agente causal de ciertas enfermedades, el descubrimiento de la bacteriología fue importante. Es decir, la concepción de la “enfermedad post-laboratorio”, que se estableció a finales del siglo XIX (Cunningham, 1991), tuvo una incidencia significativa en que los médicos bolivianos de la primera mitad del siglo XX pudieran vincular de manera particular ciertas enfermedades con el cuerpo indígena. Esta concepción nos dice que las enfermedades infecciosas son causadas por un “agente específico” y no por los síntomas³⁶. Suponemos que esta concepción fue empleada estratégicamente para responsabilizar a la cultura y costumbres para culpar al indio de ser el “agente causal” de ciertas enfermedades infecciosas y su propagación. De ese modo, para los médicos bolivianos del periodo señalado, la enfermedad se tornó en equivalente de primitivo, salvaje, ignorante, suciedad, mientras que salud fue equiparada a modernidad, progreso, civilización, higiene. Una suerte de uso metafórico de la enfermedad (Sontag, 2003)³⁷.

36 Desde mediados del siglo XIX, “cuando se descubrió por medio de técnicas de laboratorio el ‘agente causal’ de cada enfermedad infecciosa”, la identidad de cada enfermedad del “pasado” fue transformada (Cunningham, 1991, p. 27). Con la llegada del laboratorio, las enfermedades, desde una visión lineal evolutiva, pasaron a dividirse en “enfermedades pre-laboratorio” (pasado-primitivo) y “enfermedades post-laboratorio” (presente-moderno). A finales del siglo XIX, es formulada una nueva concepción de la enfermedad desde el laboratorio, la cual profesa que la “enfermedad tiene una única causa material, una causa que es identificable en, y solo en, el laboratorio” (Cunningham, 1991, p. 28). En otras palabras, con el laboratorio, la enfermedad adquiere su especificidad ya que “cada enfermedad tiene una única causa material” (Cunningham, 1991, p. 29).

37 Asimismo, también intuimos que el uso estratégico de la concepción “post-laboratorio” estuvo acompañada de paradigmas del saber médico científico como la teoría miasmática (Laza Vásquez, 2006), el higienismo (Durán-Sandoval, 2015) y la teoría de la degeneración heredada de Morel. Deducimos que las concepciones “pre-laboratorio” de la enfermedad no fueron descartadas totalmente, más bien, operaron junto a la concepción “post-laboratorio” que, como señalamos antes, ponderó la identificación del agente causal (unidad material y específica) por sobre los síntomas (clínica). Esto sirvió para sumar virulencia a los discursos que condenaban a los cuerpos “causantes” de la enfermedad. En ese sentido, nos parece que el discurso médico de la primera mitad del siglo XX, en un contexto donde las relaciones coloniales seguían vigentes, por lo menos para la primera representación, mixturó en la relación enfermedad-cuerpo indígena, tanto la concepción “post” como la “pre-laboratorio”, fundando una concepción de enfermedad propia, para, en palabras de Sontag (2003), “expresar una preocupación por el orden social, dando por sentado que todos sabemos en qué consiste el estado de salud” (p. 73).

Respecto a la segunda perspectiva que orienta otras representaciones, es relevante referirnos al caso peruano, donde se puede identificar un discurso similar al de Mendoza y Morales Villazón entre los médicos desde las primeras décadas del siglo XX. Estos médicos se esforzaron en demostrar que el hombre andino había desarrollado mecanismos fisiológicos para aclimatarse a la altura. Los médicos Monge y Hurtado iniciaron una expedición para “analizar los efectos de la altura sobre el organismo humano y estudiar la pérdida de aclimatación a la altura” (Cueto, 1989, p. 157). Las conclusiones de su expedición destacaron “el rendimiento excepcional –especialmente físico– en la altura del indígena nativo, adaptado por siglos a su ambiente natural” (p. 157). A raíz de estas observaciones, Monge postuló la existencia de una “Biología Andina” y consideró al hombre andino como una “variedad climatofisiológica de raza humana (...) la raza de mayor rendimiento físico del mundo” (p. 160). El hombre andino desarrolló cualidades especiales en la altura; según Cueto, llegó a ser considerado una especie de “superhombre” (p. 160).

La visión biomédica del hombre andino propuesta por Carlos Monge fue un elemento importante en el desarrollo de la investigación médica peruana en la primera mitad del siglo XX (Murillo, 2017). Específicamente, el descubrimiento de la “enfermedad de los Andes”, reconfiguró la aproximación desde la medicina a las poblaciones indígenas como objeto de estudio como “una raza con enormes capacidades y potencialidades” (p. 281).

El determinismo climático propuesto por Monge mostró continuidad con el pensamiento de Hipólito Unanue, este último mencionado en revistas médicas bolivianas, cuya propuesta señala que la vida y la enfermedad del hombre andino están determinadas por lo climático, siendo el resultado de su medio (Murillo, 2017). De hecho, Hipólito Unanue entendía que los médicos peruanos debían tener la capacidad de investigar y desarrollar su propia ciencia médica, adaptándola a las necesidades y realidades del país (Murillo, 2017). Esta perspectiva se convirtió en el corazón conceptual de la escuela médica peruana.

La propuesta de Monge, vinculada al pensamiento clásico de Unanue, otorga una identidad distintiva al colectivo médico peruano, al promover la capacidad de investigar y desarrollar su propia ciencia médica, adap-

tándola a las necesidades y realidades del Perú. Este enfoque también se hace eco en el contexto boliviano, especialmente en lo relacionado con la geografía médica, donde se enfatizan el clima y la topografía de Bolivia y su impacto en la población. Esto nos lleva a comprender que esta segunda representación del indio, en el caso boliviano, tiene que ver con el anhelo de nación que era promovido también desde el discurso médico.

CONCLUSIONES

En la actualidad, se ha escrito poco sobre el quehacer médico-científico del periodo y el discurso médico boliviano en general, y cómo este último ha incluido en la construcción de representaciones que vinculan al indio con la enfermedad, las cuales, como hemos visto, “escapan a la dualidad clásica nosotros/otros en tanto totalidades internamente homogéneas” (Mora Nawrath y Payàs, Puigarnau, 2021, p. 317).

Entendemos que el estudio del discurso médico boliviano es esencial para entender la configuración histórica de la medicina y la ciencia en Bolivia, así como su conexión con la región y las sociedades que la habitan. Aunque esta historia particular aún no ha sido trazada, su realización es de suma importancia. No solo porque heredamos estos discursos, sino porque también nos permiten comprender cómo se ha desarrollado la ciencia médica en Bolivia y su relación con grupos históricamente postergados.

Diversos estudios sobre el discurso médico han demostrado que su abordaje contribuye a identificar categorías y concepciones estigmatizadoras que este construye y difunde como si fueran reflejos de la realidad social. Por ejemplo, en el siglo XIX español, el discurso médico contribuyó a moldear la construcción del concepto de mujer, y esta construcción continúa siendo reproducida en el presente, normalizada y adoptada como “sentido común” (Sánchez, 2003, p. 48). Por ello, desentrañar este campo es crucial para obtener una visión completa de la evolución de la práctica médica en el territorio boliviano y su impacto social.

La revisión, la sistematización y el análisis del escrito médico boliviano, que abarca desde revistas de carácter médico-científico hasta libros con enfoque sociológico y filosófico, es todavía un proceso en curso en el marco de la tesis doctoral. En este artículo, no hemos profundizado en otras

representaciones que se entrecruzan, como aquella relacionada a la enfermedad de la sífilis. Sin embargo, nuestra intención fue dar un primer paso para que los lectores y las lectoras sepan que se está trabajando este tema desde una perspectiva interdisciplinar en la que convergen, la sociología, la historia, la antropología, la medicina y demás. Aún hay trabajo por hacer, pero el entusiasmo y las ganas no faltan.

BIBLIOGRAFÍA

- Abecia, Valentín (1882). *La medicina y el médico*. Sucre: Tipografía del Cruzado.
- Arguedas, Alcides (1936). *Pueblo enfermo*. La Paz: Puerta del Sol.
- Balcázar, Juan Manuel (1956). *Historia de la medicina en Bolivia*. La Paz: Editorial Juventud.
- Condarco Morales, R. (1982). *Zárate, el “temible” Willka: historia de la rebelión indígena de 1899 en la República de Bolivia*. La Paz: Imprenta Renovación.
- Costa Ardúz, Rolando (1992). *Antecedentes y desarrollo de la legislación sanitaria en Bolivia*. La Paz: OPS/OMS.
- Costa Ardúz, Rolando (2009). El escrito médico en Bolivia. En Eduardo Aranda Torrelio, Nicolás Mitru Tejerina y Rolando Costa Ardúz, *ABC de la redacción y publicación médico-científica*. La Paz: s.e.
- Costa Ardúz, Rolando (2014). *Panorama sociocultural de la medicina en Bolivia 1825-1925*. La Paz: Academia Boliviana de Historia de la Medicina.
- Costa Ardúz, Rolando (2016). *El escrito médico en Bolivia: 1825-2008*. Tomo I. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica.
- Cueto, Marcos (1989). *Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú 1890-1950*. Lima: GRADE / Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONCYTEC.
- Cunningham, Andrew (1991). La transformación de la peste: El laboratorio y la identidad de las enfermedades infecciosas. *Dynamis*, 11, 27-72.
- Demelas, Marie Danielle (1981). Darwinismo a la criolla: el darwinismo social en Bolivia 1880-1910. *Historia boliviana*, I(2), 55-82.
- Durán-Sandoval, M. (2015). *Medicalización, higienismo y desarrollo social en Chile y Argentina, 1860-1918* [Tesis doctoral]. Universidad de Santiago

- de Chile, Instituto de Estudios Avanzados, Facultad de Humanidades, Santiago.
- Foucault, Michel (2015). *Historia de la locura en la época clásica I-II*. México, D.F.: Siglo XXI.
- Irurozqui, Martha (1994). *La armonía de las desigualdades: élites y conflictos de poder en Bolivia, 1880–1920*. Cusco: Consejo Superior de Investigaciones Científicas/Cusco: Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de Las Casas.
- Laza Vásquez, Celmira (2006). La causalidad en epidemiología. *Revista Investigaciones Andinas*, 8(12), 3-16. <https://doi.org/10.33132/01248146.178>
- Martínez, Françoise (2021). *Regenerar la raza. Política educativa en Bolivia (1898-1920)*. La Paz: Vicepresidencia del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Mendizábal Lozano, Gregorio (2002). *Historia de la salud pública en Bolivia*. de las juntas de sanidad a los directorios locales de salud. La Paz: OPS/OMS.
- Mendoza, Jaime (1929). La tuberculosis en Bolivia. *Revista del Instituto Médico “Sucre”*, 55, 1-16.
- Mendoza, Jaime (1936). *Apuntes de un médico: ensayos y semblanzas*. Sucre: Escuela Tipográfica Salesiana.
- Mendoza Pizarro, Ignacio (2016). Estudio introductorio. El pensamiento geoestratégico de Jaime Mendoza. En Jaime Mendoza, *El Macizo Boliviano y El factor geográfico en la nacionalidad boliviana*. La Paz: Biblioteca del Bicentenario de Bolivia, Centro de Investigaciones Sociales.
- Mesa, Carlos (29 de marzo de 2016). *Bolivia Siglo XX – La Guerra Federal* [archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=wmZp15kz5Dk>
- Mora Nawrath, Héctor, y Payàs Puigarnau, Gertrudis (2021). Modelos de representación del indígena en el discurso científico/erudito. Una aproximación desde los artículos publicados en Chile durante las tres primeras décadas del siglo XX. *Chungara: Revista de Antropología Chilena*, 53(2), 315-327. <https://www.scielo.cl/pdf/chungara/v53n2/0717-7356-chungara-00804.pdf>

- Morales Villazón, Néstor (1916). *La tuberculosis en Bolivia. Su etiología y profilaxia*. Trabajo presentado al Segundo Congreso Científico Panamericano reunido en Washington. *Revista de Bacteriología e Higiene*, 23-24, 850-866.
- Murillo, Juan P. (2017). Entre la aclimatación a la altura, la antropología médica y la utopía civilizatoria. Cartografía de la evolución del pensamiento de Carlos Monge Medrano sobre el proceso salud-enfermedad de poblaciones andinas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), pp. 280-286. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2880>
- Rivera Cusicanqui, S. (2010a). “*Oprimidos pero no vencidos*”. *Luchas por el campesinado aymara y qhechwa 1900-1980*. La Paz: La mirada salvaje.
- Rivera Cusicanqui, S. (2010b). *Violencias (re) encubiertas en Bolivia*. La Paz: La mirada salvaje/Piedra rota.
- Romero, Salvador (2017). El nacimiento del intelectual en Bolivia. *Revista Ciencia y Cultura*, 19, pp. 9-69. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-33232007000200002
- Salazar de la Torre, Cecilia (2015). *El problema del indio. Nación e inmovilismo social en Bolivia*. La Paz: CIDES-UMSA.
- Sánchez, Dolores (2003). *El discurso médico de finales del siglo XIX en España y la construcción del género. Análisis de la construcción discursiva de la categoría la mujer* [Tesis doctoral]. Universidad de Granada. Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia Instituto de Estudios de la Mujer, Granada.
- Sánchez, Marcelo (2014). La Teoría de la Degeneración en Chile (1892-1915). *Historia*, 47(2), 375-400. <https://doi.org/10.4067/S0717-71942014000200004>
- Scull, Andrew (2019). *Locura y civilización. Una historia cultural de la demencia, de la Biblia a Freud, de los manicomios a la medicina moderna*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Sontag, Susan (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- Toranzo, Carlos (2017). Élités económicas en los siglos XX y XXI. En Iván Velásquez-Castellanos y Napoleón Pacheco Torrico (coords.), *Un siglo de*

- economía en Bolivia (1900-2015). Tópicos de historia económica* (pp. 469-506), Tomo I. La Paz: Fundación Konrad Adenauer (KAS).
- Veintemillas, Félix (1944). *Tratado sobre las rickettsias y las fiebres exantemáticas: El tifus altiplánico*. La Paz: Escuela Tipográfica Salesiana.
- Vigarello, Georges (2006). *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la edad media hasta nuestros días*. Madrid: Abada editores.
- Zulawski, Ann (2000). Hygiene and “The Indian Problem”: Ethnicity and Medicine in Bolivia, 1910–1920. *Latin American Research Review*, 35(2), 107-129. https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0023879100018501/type/journal_article
- Zulawski, Ann (2007). *Unequal cures: Public health and political change in Bolivia, 1900-1950*. Duke: Duke University Press.