

Cómo citar:

Claros Chavarría, Javier Andrés (2024): Representaciones del indio en el discurso médico boliviano: La sífilis y lo indígena durante la primera mitad del siglo XX. *Arxius de Ciències Socials*, 49 pp. 1-17 <https://doi.org/10.7203/acs.49.28516>

REPRESENTACIONES DEL INDIO EN EL DISCURSO MÉDICO BOLIVIANO: LA SÍFILIS Y LO INDÍGENA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX*

REPRESENTATIONS OF THE INDIGENOUS IN THE BOLIVIAN MEDICAL DISCOURSE: SYPHILIS AND THE INDIGENOUS DURING THE FIRST HALF OF THE 20TH CENTURY

JAVIER ANDRÉS CLAROS CHAVARRÍA¹

R E S U M E N

EL ARTÍCULO REFLEXIONA EN TORNO A LAS REPRESENTACIONES CONSTRUIDAS Y DIFUNDIDAS POR LOS MÉDICOS BOLIVIANOS DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX, UNA VEZ QUE ASOCIARON AL INDIO CON LA SÍFILIS. EN PRIMER LUGAR, SE ABORDA CÓMO ESTOS MÉDICOS ATRIBUYERON AL INDIO EL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD Y LO VINCULARON CON PRÁCTICAS SEXUALES CONSIDERADAS “CONTRA-NATURA”, COMO LA BESTIALIDAD. LUEGO, SE EXAMINA EL DISCURSO QUE SUGIERE LA SUPUESTA BENIGNIDAD DE LA SÍFILIS EN LA POBLACIÓN INDÍGENA, RELACIONÁNDOLA CON FACTORES GEOGRÁFICOS Y RACIALES. LA PRIMERA REPRESENTACIÓN DEL INDIO REVELA UNA PERCEPCIÓN PROFUNDAMENTE ESTIGMATIZADA Y DESPECTIVA POR PARTE DE LOS MÉDICOS BOLIVIANOS, FUNDAMENTADA EN ESTEREOTIPOS RACIALES Y CULTURALES HEREDADOS Y ARRAIGADOS EN LA SOCIEDAD DE LA ÉPOCA. POR OTRO LADO, LA SEGUNDA REPRESENTACIÓN PARECE FORMAR PARTE DE UN ESFUERZO POR PROMOVER UNA MEDICINA NACIONAL Y FOMENTAR LA COHESIÓN NACIONAL, DESTACANDO LA RESISTENCIA DEL INDIO A LA ENFERMEDAD EN UN CONTEXTO GLOBAL DE TEMOR HACIA LA SÍFILIS. EN ÚLTIMA INSTANCIA, SE ENTIENDE QUE ESTAS REPRESENTACIONES INFLUYERON SIGNIFICATIVAMENTE EN LA PERCEPCIÓN ACTUAL DE CÓMO SE RELACIONA A LOS PUEBLOS

* Este artículo es el resultado de una investigación doctoral financiada por la Dirección General de Investigación de la Universidad Andrés Bello de Chile.

¹ Sociólogo. Candidato a doctor del programa: Teoría Crítica y Sociedad Actual, Universidad Andrés Bello (Santiago, Chile). Contacto: j.claroschavarría@uandresbello.edu ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5020-6849>

INDÍGENAS CON LA ENFERMEDAD. EN TÉRMINOS METODOLÓGICOS, EL ESTUDIO SE BASÓ EN EL ANÁLISIS DE REVISTAS MÉDICAS, TESIS Y MONOGRAFÍAS DE MÉDICOS DE LA ÉPOCA, ENFOCÁNDOSE ESPECÍFICAMENTE EN LA RELACIÓN ENTRE LO INDÍGENA Y DIVERSAS ENFERMEDADES, CON ESPECIAL ATENCIÓN EN LA SÍFILIS Y EL INDIO ANDINO.

PALABRAS CLAVE

SÍFILIS, INDÍGENA, DISCURSO MÉDICO, REPRESENTACIONES SOCIALES, ENFERMEDAD, BOLIVIA.

A B S T R A C T

THE ARTICLE REFLECTS ON THE REPRESENTATIONS CONSTRUCTED AND DISSEMINATED BY BOLIVIAN DOCTORS DURING THE FIRST HALF OF THE 20TH CENTURY, ONCE THEY ASSOCIATED THE INDIGENOUS WITH SYPHILIS. FIRST, IT ADDRESSES HOW THESE DOCTORS ATTRIBUTED THE ORIGIN OF THE DISEASE TO THE INDIGENOUS AND LINKED IT TO SEXUAL PRACTICES CONSIDERED “AGAINST NATURE”, SUCH AS BESTIALITY. THEN, THE DISCOURSE THAT SUGGESTS THE SUPPOSED BENIGNITY OF SYPHILIS IN THE INDIGENOUS POPULATION IS EXAMINED, RELATING IT TO GEOGRAPHICAL AND RACIAL FACTORS. THE FIRST REPRESENTATION OF THE INDIGENOUS REVEALS A DEEPLY STIGMATIZED AND DEROGATORY PERCEPTION ON THE PART OF BOLIVIAN DOCTORS, BASED ON RACIAL AND CULTURAL STEREOTYPES INHERITED AND ROOTED IN THE SOCIETY OF THE TIME. ON THE OTHER HAND, THE SECOND REPRESENTATION SEEMS TO BE PART OF AN EFFORT TO PROMOTE NATIONAL MEDICINE AND FOSTER NATIONAL COHESION, HIGHLIGHTING THE RESISTANCE OF THE INDIGENOUS TO THE DISEASE IN A GLOBAL CONTEXT OF FEAR OF SYPHILIS. ULTIMATELY, IT IS UNDERSTOOD THAT THESE REPRESENTATIONS SIGNIFICANTLY INFLUENCED THE CURRENT PERCEPTION OF HOW INDIGENOUS PEOPLES ARE RELATED TO THE DISEASE. IN METHODOLOGICAL TERMS, THE STUDY WAS BASED ON THE ANALYSIS OF MEDICAL JOURNALS, THESES AND MONOGRAPHS OF DOCTORS OF THE TIME, FOCUSING SPECIFICALLY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN INDIGENOUS PEOPLE AND VARIOUS DISEASES, WITH SPECIAL ATTENTION TO SYPHILIS AND THE ANDEAN INDIGENOUS.

KEYWORDS

SYPHILIS, INDIGENOUS, MEDICAL DISCOURSE, SOCIAL REPRESENTATIONS, ILLNESS, BOLIVIA.

INTRODUCCIÓN

En el contexto boliviano, a diferencia de otros países de la región, la sífilis no solo estuvo relacionada con la prostituta o el pobre como sujetos fetiche (Pasco Álvarez y Núñez Espinoza, 2009; Giraldo Granada, 2013; Múgica, 2016; Miranda, 2021; Saldaña Lagos, 2023), sino que también se la comprendió en relación con lo indígena desde dos perspectivas: el debate sobre si la enfermedad tenía un origen prehispánico, en el cual el indio era considerado responsable, y la percepción de la sífilis como benigna en la población indígena. Estas perspectivas, presentes a lo largo de la primera mitad del siglo XX, reflejaban la preocupación de los médicos ante la sífilis como una enfermedad peligrosa que escapaba a su control, siendo el indígena un componente significativo en sus reflexiones sobre la enfermedad. Este tema constituye el núcleo de nuestro análisis: examinar las representaciones construidas y difundidas por los médicos bolivianos al asociar a la población indígena con la sífilis.

El artículo se divide en cuatro apartados. Tras la introducción, analizamos la primera representación del indio en el discurso médico boliviano. En el contexto de la disputa sobre el origen de la sífilis, al indio se le atribuyó la responsabilidad del surgimiento de la enfermedad y se le asoció con prácticas sexuales consideradas contra-natura, como la bestialidad. Esta narrativa trascendió la discusión sobre el origen geográfico de la enfermedad, reforzando estereotipos sobre el presunto estado primitivo del indígena y su supuesta inclinación hacia comportamientos sexuales perversos.

En el tercer apartado, abordamos una segunda representación del indio. Analizamos cómo los médicos bolivianos interpretaron la presunta benignidad de la enfermedad en relación con su organismo y resistencia, atribuyendo esta característica a factores geográficos y raciales. Esta representación revela una conexión entre la medicina y el proyecto nacional boliviano, donde se busca promover la cohesión de la nación al vincular lo indígena con la enfermedad, considerando al organismo del indio como resistente a la sífilis.

Finalmente, reflexionamos sobre estas representaciones, entendiendo que fueron el resultado de la coexistencia y entrelazamiento de marcos referenciales empleados por los médicos para comprender la enfermedad y su propia sociedad. Además, reconocemos que estas representaciones moldearon la percepción de la enfermedad y su tratamiento en la sociedad de la época, y han influido en cómo entendemos la relación entre lo indígena y la enfermedad en la actualidad.

METODOLOGÍA

El análisis realizado en este artículo se basa en una exhaustiva revisión bibliográfica de documentos médicos de la primera mitad del siglo XX. Esta revisión incluyó revistas médicas, tesis y publicaciones monográficas, enfocándose en la construcción y difusión de representaciones del indígena en el discurso médico boliviano, especialmente en relación con la sífilis.

Inicialmente, se realizó una lectura exhaustiva de aproximadamente 150 números de revistas médicas, lo que permitió identificar un total de 9 artículos en los que se abordaba la relación entre la sífilis y la población indígena². Estos artículos se encontraron en la “Revista del Instituto Médico ‘Sucre’”, de la ciudad de Sucre, y en “La Revista Médica” de la ciudad de La Paz, las principales urbes médicas de Bolivia durante el periodo abordado. En estas ciudades se congregaban las principales sociedades médicas científicas, cuyos médicos

² Aunque los números de las revistas incluyen un índice, muchos de los artículos no abordaban de manera explícita la relación entre el indio y la sífilis. Debido a esto, fue necesario revisar la totalidad de los números para identificar los artículos pertinentes.

utilizaban estas revistas para publicar artículos que reflejaban la intersección entre sus intereses médicos y las cuestiones sociales, políticas y culturales locales.

Además de examinar las revistas médicas bolivianas, se realizaron revisiones de tesis y publicaciones monográficas de médicos peruanos y exploradores europeos que recorrieron las regiones andinas de ambos países hacia finales del siglo XIX. Esta inclusión se justifica por las referencias que los propios artículos de los médicos bolivianos hacían a estos trabajos, resaltando su importancia para comprender la perspectiva médica regional sobre la sífilis y la población indígena.

SÍFILIS Y BESTIALIDAD: LA FIGURA DEL INDIO EN LA “DISPUTA” SOBRE EL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD

Según Arrizabalaga, la historiografía indica que la sífilis se manifestó como enfermedad endémica alrededor de 1490 “con la irrupción del *morbis gallicus* en Italia, seguida de una rápida propagación por toda Europa durante los años siguientes” (2021: 5). Es a partir de ese momento que, “aunque no se ha establecido con firmeza ni sus orígenes geográficos ni su fecha de aparición precisa, se puede seguir su rastro a lo largo de los siglos siguientes hasta la actualidad” (Arrizabalaga, 2021: 5).

La cuestión sobre el origen de esta enfermedad surgió debido a la creencia inicial de que el *morbis gallicus* se expandió desde España hacia Europa, atribuyéndose a los marineros que regresaron de los viajes con Colón. Esta narrativa dio lugar a un debate en curso sobre el origen de la sífilis, con algunos respaldando su origen americano y otros favoreciendo su origen europeo. En palabras de Arrizabalaga (2021): “En este debate permanente se han aportado las más variadas pruebas documentales (escritos médicos y profanos, iconografía) y -cada vez más desde finales del siglo XIX- pruebas materiales (restos paleopatológicos) para fundamentar los argumentos mediante diagnósticos retrospectivos” (5).

Esta disputa histórica y médica sobre el origen de la sífilis ha mantenido la controversia en torno a esta enfermedad. Es decir, las afirmaciones de que la sífilis ya existía antes del contacto europeo con América han generado controversia y no han resuelto de manera definitiva la cuestión de su origen (Arrizabalaga, 2021). Este debate, que persiste hasta la actualidad, ha dado lugar a una diversidad de opiniones en la búsqueda de establecer con certeza los orígenes geográficos y temporales precisos de la sífilis (Márquez Morfín y Meza Manzanilla, 2015; Méndez, 2016; Arrizabalaga, 2021; Linares Quevedo y Mangato Pavón, 2022).

Según Arrizabalaga (2021), el actual debate sobre el origen de la sífilis marca un cambio significativo en los estudios histórico-científicos de la enfermedad. Es decir, antes de que los investigadores desde la década de 1960 presten atención a la historia biológica y epidemiológica de la sífilis en el contexto de las “*treponematosis humanas*”³, el foco central del análisis respecto al origen de la sífilis se centraba únicamente en si la enfermedad se propagó a través de los contactos europeos con los indígenas americanos durante la época de exploración y colonización. Sin embargo, cuando la investigación médico-científica se enfocó en las “*treponematosis humanas*”, incluyendo la sífilis, la disputa sobre su origen giró en torno al debate entre la “causa

³ Ver Arrizabalaga, 2021:10.

unitaria” y la “causa no unitaria” (Arrizabalaga, 2021). Es decir, la cuestión de si todas las enfermedades dentro del género *Treponema* comparten una raíz común o tienen orígenes diversos⁴.

En la actualidad, la persistencia de las controversias históricas en torno al origen de la sífilis y la naturaleza de la treponematosi sigue siendo objeto de atención y debate en la comunidad académica, evidenciando la complejidad y la profundidad inherentes al tema. En este contexto, Arrizabalaga (2021) destaca el continuo interés en la antigua disputa entre el origen precolombino y colombino de la sífilis, ¿por qué?

El investigador brasileño Sérgio Carrara (1996), alejándose del enfoque convencional adoptado por los estudios sobre la sífilis desde 1960, proporciona valiosas indicaciones para responder al por qué. Carrara examina las ideas científicas desarrolladas por médicos brasileños respecto a esta enfermedad. Nos muestra que en la década de 1920, construyeron una conceptualización única de la sífilis, explorando aspectos como su origen, manifestaciones e incidencia en Brasil.

Para Carrara, las intensas disputas sobre el lugar de origen de la sífilis se deben al carácter estigmatizante de la enfermedad: “ningún pueblo o nación aceptó voluntariamente ser nombrado como su lugar de nacimiento, un ‘privilegio’ que siempre estuvo reservado a los enemigos” (1996: 393). Así, el origen de la sífilis ha estado intrínsecamente vinculado al *otro*, ya sea indígena, europeo, o de una nacionalidad en particular, dependiendo de los intereses en juego. Este esfuerzo por atribuir a la sífilis la connotación de enfermedad del *otro* se refleja en la diversidad de nombres que ha adquirido a lo largo del tiempo: mal francés, enfermedad de Nápoles, mal americano, mal español, mal gálico, entre otros.

La tendencia de atribuir al *otro* la responsabilidad del origen de ciertas enfermedades, sobre todo infecciosas, se ha replicado a lo largo del siglo XX, como se evidencia en el caso del SIDA, e incluso se replicó en pleno siglo XXI durante la pandemia del Covid-19. Claramente existe un patrón cultural y social desde el cual, ante la aparición de enfermedades con características que desafían la normalidad, lo moral y prácticas socialmente aceptadas (occidentales), se tiende a estigmatizar y responsabilizar del origen a un grupo cultural o geográfico identificado como el *otro agente causal*⁵.

Justamente a finales del siglo XIX, en esta parte del mundo, los médicos se apropiaron del discurso de la sífilis como enfermedad del *otro* para, como señala Carrara (1996), construir y difundir una conceptualización particular de la sífilis, útil para comprender a los *otros* que formaban parte del entramado social de las nuevas repúblicas. Esta tarea se dio en un contexto de cambio de siglo donde la ciencia comenzaba a desempeñar un papel crucial en la formación de la identidad nacional. Este papel científico contribuyó a la generación de narrativas culturales, históricas y biológicas que delinearon la esencia y singularidad de cada país en la región (Amador, 2015). A ello se sumó el descubrimiento de la bacteriología, cuyos fundamentos sirvieron para patologizar, por ejemplo, al pobre o al indio en cuanto vector de ciertas enfermedades⁶.

⁴ La posición de “causa unitaria” sostiene que estas cepas tienen un ancestro común y evolucionaron a partir de una fuente única. Por el contrario, la perspectiva de “causa no unitaria” sugiere que las cepas pueden tener orígenes independientes, indicando la posibilidad de múltiples fuentes para las treponematosi (Arrizabalaga, 2021). Tres estudios ejemplifican lo indicado. Allison et al. (1982), Márquez Morfín y Meza Manzanilla (2015), y Linares Quevedo y Mangato Pavón (2022).

⁵ En el caso del SIDA, se señaló al africano como ese *otro*, dando lugar a estigmatización y estereotipos asociados a esa región. De manera análoga, durante la pandemia de Covid-19, el asiático fue identificado como el “otro”. Estos ejemplos revelan que, a lo largo del tiempo, las respuestas a las enfermedades emergentes han estado marcadas por dinámicas de señalamiento y discriminación hacia determinados grupos.

⁶ La «enfermedad post-laboratorio», establecida a finales del siglo XIX (Cunningham, 1991), tuvo una incidencia significativa en que los médicos latinoamericanos de la primera mitad del siglo XX vincularan ciertas enfermedades, como la sífilis, con el *otro* (el pobre, la prostituta o el indígena).

Carrara (1996), basándose en el caso brasileño, señala que antes de que la creencia en el origen americano de la sífilis se estableciera en Europa en la primera mitad del siglo XX, las opiniones sobre su origen variaban según las ideas predominantes sobre la naturaleza de la enfermedad. Por ejemplo, si la sífilis se percibía como el resultado casi espontáneo de una sexualidad pecaminosa o excesiva, la hipótesis de un origen americano era difícil de sostener (Carrara, 1996). Esto se debe a que, desde esta perspectiva, el pecado y el exceso sexual no se consideraban exclusivos de los indígenas, sino inherentes a toda la población. Así, atribuir la enfermedad al *otro* indígena solo podía considerarse desde un tipo particular de perversión: la bestialidad, que, según el imaginario de la época, era practicada por el indio debido a su supuesto estado primitivo.

En general, los estudios historiográficos sobre la sífilis en los siglos XIX y XX, siguiendo la crítica planteada por Arrizabalaga (2021), han incurrido en un “presentismo anacrónico” al emplazar la sífilis en enfermedades del pasado. Esto implica no solo una traducción forzada, ya que las palabras y descripciones utilizadas en el pasado pueden carecer de equivalentes precisos en el lenguaje médico actual, sino también que las enfermedades históricas pueden haber sido conceptualizadas de manera completamente diferente, basadas en creencias y teorías médicas específicas de su época (Arrizabalaga, 2021). De ese modo, en su búsqueda por rastrear los orígenes de la sífilis, algunos investigadores han tomado como referencia enfermedades descritas por cronistas como Fray Bartolomé de las Casas (1484-1566) o Pedro Cieza de León (1520-1554), sugiriendo que “la sífilis era endémica entre los nativos de América Central y fue traída desde Haití, entonces llamada Isla Española, por las tripulaciones de los dos barcos liderados por Cristóbal Colón en su regreso del primer viaje al Nuevo Mundo” (Linares Quevedo y Mangato Pavón, 2022: 4).

Este enfoque discursivo, promovido por estudios de médicos bolivianos y peruanos, así como por exploradores europeos desde el siglo XIX, sugería el origen precolombino americano de la sífilis mediante citas de varios cronistas, atribuyendo de manera inequívoca toda la responsabilidad a un sujeto específico: el indio. Se señalaba al indio precolombino como el responsable de contraer la enfermedad a través de prácticas sexuales con llamas o alpacas. Este indio era específicamente el andino que residía en lo que Arguedas (1936) denominaba como el altiplano “salvaje” y “agreste” de Bolivia y Perú.

Uno de los primeros estudios que abordó explícitamente este tema fue el de Julio Tello (1909), médico, arqueólogo y antropólogo peruano. En su tesis, Tello cae en el “presentismo anacrónico” que Arrizabalaga (2021) critica. Es decir, lo que hace es remitirse a diversos documentos desde el siglo XV para reconocer a la sífilis de su presente. Nos dice que, una vez que hizo su aparición en España, a finales de 1400, la sífilis era designada como *buba*. Esta palabra, para Tello, tiene su equivalente en las lenguas quechua y aymara, siendo *huanthi* el término que empleaban los indígenas precolombinos para designar la *buba*. “*Huanthi*”, “simbolizaría la idea de algo doloroso y persistente, que haría referencia a una enfermedad crónica de la naturaleza de la sífilis” (Tello, 1909: 23). De ahí que el médico deduce que el vocablo aymara y quechua que puede emplazarse en la enfermedad sífilis de su época.

Según Tello, haciendo referencia a otro médico peruano, el *huanthi* existía antes de la llegada de los ibéricos, y se atribuía a una “vida desordenada y licenciosa, y también referían a un virus animal que de la *llama* y del *tordo* pasaba al hombre” (Lorena, 1890: 226). El “desorden” y las “licencias” se interpretaban como ma-

nifestaciones de un desenfreno sexual propio de un individuo lujurioso. Para Tello, los indios eran quienes encarnaban a este individuo, ya que “eran por lo general muy dados al culto de Venus” (1909: 25)⁷.

El médico peruano sugiere que el indígena precolombino andino estaba aparentemente vinculado a prácticas sexuales aberrantes y perversas, como la bestialidad⁸. En la sierra, señala, prevalece la “creencia generalizada (...) de que el *Huanthi* es la enfermedad de la llama ó alpaca y que los indios la adquieren por el coito realizado con este animal” (Tello, 1909: 35). La hipótesis de Tello se basa no solo en algunos escritos de médicos locales y extranjeros de la época, sino también en las creencias y percepciones de los primeros exploradores españoles sobre las poblaciones indígenas, quienes interpretaban diversos fenómenos en términos de pecados o influencia demoníaca. Las narrativas y creencias que compartían entre los colonizadores desempeñaron un papel crucial en la formación de representaciones del indígena, de las cuales, Tello selecciona aquella que le permite explicar el origen de la sífilis en su contexto.

El médico peruano muestra cierta cautela al emitir afirmaciones; ante todo, busca respaldar sus argumentos. En este sentido, también recurre a naturalistas que viajaron al Perú, como el suizo Johann Jakob von Tschudi, quien en 1838 decía:

Gran cuidado se dedicaba á la propagación de la llama, pues siendo el celo de estos animales extraordinariamente violento, los pastores tomaban frecuentemente ocasión de abusar sexualmente de las hembras nuevas, aunque este delito se castigaba con pena de muerte. En tiempo de los españoles se promulgó también una ordenanza, prohibiendo a los indios mozos, de la guarda de la llama; y sensible es que prohibición tan necesaria no haya seguido subsistiendo bajo la República (en Tello, 1909: 37).

En relación con la afirmación de Tschudi, el médico peruano sostiene que no hay razón para no confiar en la autoridad de un americanista tan destacado y una fuente tan fidedigna. Sin embargo, lamenta no contar con documentos que respalden la existencia de dicha costumbre en la época precolombina, ya que solo conoce la referencia a una disposición tomada en uno de los primeros concilios de Lima, dirigido por Santo Toribio de Mogrojevo. Esta disposición “prohibía a los indios pastorear sus llamas en el campo ó partir a sus viajes sin ir acompañados de sus mujeres” (Tello, 1909: 37-38).

“¿Existe en la llama alguna enfermedad capaz de ser transmitida al hombre por contactos bestiales y es esta enfermedad la sífilis?” (Tello, 1909: 38), se preguntaba el médico peruano sustentándose en los argumentos de Tschudi. Para responderla acudió a David Forbes, mineralogista, metalúrgico y químico británico que exploró Bolivia, Chile y Perú en la segunda mitad del siglo XIX.

Forbes examinó detalladamente el “país aymara”, para él era el espacio compartido por Perú y Bolivia, habitado por poblaciones indígenas y delimitado por la “Cordillera de la costa” y la “Cordillera de los Andes”. Según Forbes, el indio aymara era parte de una “raza de hombres tan notable y tan poco conocida” que se presentaba atractiva “para los etnólogos” (Forbes, 1870: 203). El británico dedicó especial atención a la relación entre las enfermedades venéreas y los indígenas andinos, señalando que “la gonorrea como la sífilis son conocidas entre los indios aymaras y tratadas por ellos mismos sin asistencia médica extranjera” (Forbes,

⁷ Venus, la diosa romana asociada con el amor y la lujuria es la que da origen al término “venéreo”. La expresión “enfermedades venéreas” se fundamenta en la conexión histórica entre estas afecciones y los conceptos de amor y placer simbolizados por la mencionada diosa. Tello atribuye al indígena el “culto a Venus” basándose en información de cronistas como Fray Reginaldo o Reinaldo de Lizárraga (1545-1615), la cual le sirve para sugerir, por ejemplo, que los indios carecían de una comprensión clara de las relaciones de parentesco al participar en encuentros sexuales.

⁸ Sin embargo, indica que estas prácticas sólo se llevaban “en algunas regiones del Perú”, porque en general los Incas y los demás “naturales” “fueron limpios” (Tello, 1909: 32).

1870: 225). Así, según Forbes, los indígenas tenían un amplio conocimiento sobre el uso del mercurio, tanto en su forma metálica como en la de cloruro, para tratar estas enfermedades. A esto se sumaba el hallazgo de cráneos prehispánicos que exhibían “depresiones o cicatrices (...) resultado de caries sífilítica del hueso” (Forbes, 1870: 226), lo cual, según el británico, respaldaba la existencia de la enfermedad antes de la llegada de los colonos.

Así pues, tras abordar el origen geográfico de la sífilis en América y atribuir al indio el conocimiento precolumbino de la misma, Forbes nos conduce a explorar el cómo. El mineralogista introduce a la alpaca en la discusión, señalando que este animal “sufre extensamente de una enfermedad que, en todos sus síntomas y efectos, parece ser idéntica a la sífilis en el hombre, y que es tratada por los indios mediante un modo de curación exactamente similar” (1870: 226). Aunque Forbes plantea la incógnita sobre si “esta enfermedad pudo haber sido transmitida de la alpaca al hombre o viceversa, está abierta” (Forbes, 1870: 226), en su discurso se insinúa una respuesta, la cual apunta a resaltar que las “relaciones antinaturales” del indio son “comunes y que bajo los incas se promulgaron severas leyes contra ellas” (Forbes, 1870: 226-227)⁹.

El indio sexualmente perverso en el discurso médico boliviano

Una de las primeras referencias en torno al debate sobre el origen americano de la sífilis se encuentra en el trabajo de Néstor Morales Villazón (1905). En este texto, el médico boliviano recurrió a este debate como parte de su argumentación a favor de la benignidad de la enfermedad en Bolivia. Aunque el propósito de Morales Villazón fue destacar Bolivia como un territorio en el que la sífilis no era tan mortal como en Europa, admitió que la teoría americana sobre el origen de la sífilis “al principio me alucinó, haciéndome pensar no sólo en que era probable, sino hasta cierta” (1905: 1191). Es decir, captó su atención e incluso decidió creer en ella hasta que “estudios posteriores”, realizados por médicos europeos, mostraron, según nos dice Morales Villazón, que la sífilis fue conocida antes del siglo XIV en Europa.

Varias décadas después, Jaime Mendoza, médico de la ciudad de Sucre, retomó las ideas de Tello (1909). En 1936, Mendoza elaboró un esbozo sobre la geografía médica boliviana y, al abordar la sífilis en el altiplano, además de destacar la resistencia del indio aymara a la enfermedad, planteó lo siguiente:

Citaré también, a propósito de la sífilis, ese camélido típico de la Altiplanicie -la llama- al que se suele dar gran significación como factor de contagio para el indio. Pero aquí cabe hacerse una interrogación algo festiva: ¿Y no será más bien el indio quien hubiese transmitido la sífilis a la llama? (1936:15).

La pregunta formulada por Mendoza, acerca de si el indio podría haber transmitido la sífilis a la llama en lugar de viceversa, parece ser un intento de desafiar la idea generalmente aceptada de que la llama es un vector de contagio para el indio. La ironía empleada por el médico radica en invertir la perspectiva convencional y sugerir una posibilidad opuesta de manera humorística. Sin embargo, en lugar de zanjar el debate, esto parece indicar que la interrogante sobre el origen americano de la sífilis estuvo presente hasta bien entrado el siglo XX.

⁹ Tello, por su parte, responde a Forbes, indicando que son “escasos” los conocimientos que tiene sobre “las manifestaciones de la llama que pudieran tener alguna semejanza con las de la sífilis humana” (1909: 38). Ahora, pese a ello, para Tello, hay indicios significativos: “recordemos también que es verdaderamente notable en casi todas las colecciones de la antigua alfarería peruana, la cantidad de ejemplares que se encuentran representando aberraciones y excesos sexuales apenas imaginables, y entre los que se encuentra con harta frecuencia la cópula con llamas” (1909: 43).

Balcázar, nos da la razón. Este médico, dos décadas después de Mendoza, no se queda afuera del debate sobre el origen de la sífilis, y ofrece algunos argumentos a partir de Tello (1909). Balcázar, en concordancia con el médico peruano, no duda en afirmar que “en aquellos tiempos”, se refiere al periodo precolombino, “la sífilis ha debido tomar proporciones máximas (...) Su propagación -por la extensión territorial y la gravedad de las lesiones- alcanzó caracteres macabros, dadas las costumbres, los excesos sexuales y la falta de higiene preponderantes” (1956: 24).

Según Balcázar, “la mayor pobreza para ellos (los indios) era ‘no tener mujer, y la mayor felicidad tener muchas mujeres’. Los jefes las concedían ‘en proporción a las ocupaciones que les daban los hombres’” (1956: 25). Así, cuando trata el tema del bestialismo, el discurso del médico boliviano se alinea con el de su colega peruano. Incluso, nos narra el experimento que realizó Morales Villazón en 1916, quien “intentó una investigación retrospectiva: procuró inocular la sífilis en la llama, preferentemente en la córnea; no puedo obtener un resultado positivo” (Balcázar, 1956: 27).

En la perspectiva de los médicos de la época, la disputa sobre el origen de la enfermedad trascendía lo geográfico, y se anclaba en lo que Tello y Balcázar denominan como aberración sexual: el bestialismo, considerado por “la escolástica medieval como la peor especie de lujuria, porque se oponía al mismo orden natural del acto sexual ‘apropiado’ para los seres humanos” (Torres Cendales, 2017: 25)¹⁰, y que siglos más tarde, entre el XV y XVI, pasaría a ser considerada un crimen contra el “orden de la creación” y contra la “ley” del monarca. El bestialismo era considerado tanto un “pecado mortal” como un “delito grave” (Torres Cendales, 2017: 26).

En la Nueva Granada durante el periodo 1615-1809, según indica Torres Cendales (2017), el bestialismo se vinculaba estrechamente con la clase social y la raza, proporcionando un medio para reforzar jerarquías y garantizar su sanción. Su investigación sobre casos de bestialidad y la administración de justicia en la Nueva Granada durante ese período revela cómo, en su mayoría, los acusados de mantener relaciones sexuales con animales eran pobres e indígenas.

A diferencia de la prostitución, cuyo campo de acción era la ciudad, se entendía que el bestialismo se desplegaba en los márgenes o fuera de esta, en “zonas rurales, periféricas y aisladas de la autoridad” (Torres Cendales, 2017: 35). De esa manera, el indio, anclado en una imagen rural-ancestral, personaje asociado por excelencia al “campo”, era quien estaba predispuesto al bestialismo respecto a otros como el blanco o el mestizo.

El campo o área rural, en el caso del bestialismo, se presentaba como un espacio maligno, donde no existe el control: “Los parajes oscuros, alejados y solitarios ayudaban en ese sentido, pues allí la acción demoníaca era más efectiva” (Torres Cendales, 2017: 91). Esta visión se entrelaza fácilmente con los discursos surgidos a finales del siglo XIX y consolidados a principios del siglo XX, en el contexto del ascenso del liberalismo en Bolivia. Uno de estos discursos retrataba a los territorios rurales, especialmente los andinos, como “agrestes” y “salvajes” (Arguedas, 1936), carentes de civilización, habitadas por el indio.

No solo se asociaba al campo con la práctica del bestialismo, sino que además se consideraba al indio como una bestia más de este espacio. El *otro* salvaje, bárbaro, animalizado, ignorante, inferior, deshumanizado, que permitía delinear la figura de un *nosotros* civilizados, humanos, racionales y superiores. Animalizar al criminal indígena o de ascendencia indígena, según Torres Cendales, puede interpretarse como una nueva

¹⁰ En el contexto de la justicia medieval y el bestialismo, Torres Cendales señala que “los juristas medievales establecieron la muerte del sujeto y el animal como castigo para esta práctica” (2017: 25).

“victoria colonizadora” achacada al “oprimido para su propia redención” (2017: 130). En última instancia, la animalización del indígena no solo sirvió para justificar la superioridad y civilización del colonizador, sino que también funcionó como una forma de reafirmar el dominio colonial sobre estos pueblos. Al despojar al indígena de su humanidad y equiparlo con lo salvaje y lo inferior, se perpetuaba una narrativa de superioridad que legitimaba la opresión y explotación de los pueblos indígenas en nombre del progreso y la civilización.

En el discurso médico, la bestialidad, de manera explícita, es enunciada por Jaime Mendoza (1928). Refiriéndose a la sífilis señala:

No escapan a ella ni las razas aborígenas; y por el contrario, quizás es allí donde está más propagada, sobre todo si se tiene en cuenta las relaciones entre las sífilis del llama y del hombre, y el descuido total que en este orden se tiene entre nosotros respecto de ciertas medidas precaucionales, cosa que antaño era gravemente contemplada entre los aborígenas y hasta motivó una severa legislación de parte de los poderes públicos incásicos en que no se excluía ni la pena de muerte para los casos de bestialidad (Mendoza, 1928: 38).

Mendoza, claramente influenciado por las ideas de Tello (1909), sugirió sin reservas que las prácticas sexuales consideradas perversas, como la bestialidad, continuaban siendo comunes entre los indígenas en la primera mitad del siglo XX. Estas afirmaciones consolidaron una representación del indígena cuya supuesta perversión sexual se veía como la causa de una enfermedad que atentaba contra la civilización. Tales ideas reflejaban cómo la perspectiva médica científica de la época promovía actitudes discriminatorias bajo el pretexto de la salud pública, perpetuando estereotipos negativos y prácticas de exclusión. Todo esto ocurría en un momento en el que la sífilis era una preocupación constante para la medicina, ya que se consideraba que ponía en peligro la integridad de la raza y la especie.

Con todo, en el contexto boliviano emergió otra perspectiva, que destacaba la resistencia del organismo indígena frente a la enfermedad. Esta visión se fundamentaba en las características geográficas favorables y únicas de Bolivia, que, según los médicos bolivianos, permitían al indio desarrollar inmunidad contra la sífilis. Al igual que en el caso de Brasil (Carrara, 1996), los médicos bolivianos establecieron una conexión entre la medicina y nacionalismo a través de la comprensión de la sífilis.

EL SUPUESTO CARÁCTER BENIGNO DE LA SÍFILIS EN EL INDIO

Entre 1905 y 1906, se suscitó un llamativo debate entre dos médicos desde las ciudades de La Paz y Sucre, plasmado a través de artículos publicados en dos revistas médicas. Néstor Morales Villazón y Jaime Mendoza, reconocidos médicos, se sumergieron en una discusión acerca de las particularidades de la sífilis en el contexto boliviano. Ambos, aprovecharon de los espacios de la “Revista Médica de La Paz” y la “Revista del Instituto Médico ‘Sucre’” para expresar sus consideraciones sobre esta enfermedad.

En su artículo de 1905, Morales Villazón expresaba su asombro ante “los caracteres especiales que esta enfermedad presenta aquí, me he preguntado la causa por la que sus manifestaciones son tan benignas en La Paz y tan graves en Europa” (1905: 1191). El médico intentaba explicar esta “benignidad” atribuyéndola a la altitud, argumentando que esta había alterado las características de la enfermedad de manera favorable. Planteaba también la posibilidad de que la sífilis “siendo ella de origen americano ha perdido con el trascurso de los años su primitiva virulencia, es decir, como sucede con los cultivos, se ha envejecido” (Morales

Villazón, 1905: 1191). En el cierre de su artículo, Morales Villazón concluía que la sífilis desarrollaba una forma más benigna en toda Bolivia.

Jaime Mendoza, por su parte, emitió sus críticas al escrito de Morales Villazón. Aunque compartía la opinión del bacteriólogo acerca de que en la ciudad de La Paz la sífilis presentaba “mucho benignidad”, consideraba necesario “hacer algunas reservas en cuanto á las razones en que se funda para creer que esa benignidad depende exclusivamente en la altura” (Mendoza, 1095: 216). El médico chuquisaqueño¹¹ cuestionó la generalización realizada por Morales Villazón, planteándose la pregunta: “¿en qué observaciones se apoya para generalizar su afirmación á todo el país?” (Mendoza, 1905: 216). Además, puso en entredicho la sugerencia implícita de Morales Villazón de que la sífilis en Bolivia podría ser diferente a la europea.

La sífilis esencialmente considerada es la misma en todas partes, en La Paz como en Europa (...). La esencia de la sífilis, es decir, su naturaleza íntima no varía, es una sola. Varían según el terreno, sus formas, su curso, sus manifestaciones. La sífilis como proceso específico reconoce por causa un sólo agente y ya sea este el *Sp. Pallida* de Chaudini, ó ya sea cualquiera otro, el hecho es que en lo esencial este agente tiene que ser idéntico en todos los casos como lo son los microbios de Eberth, Koch, Pfeiffer, Yersin, etc., etc para las distintas enfermedades á que dan origen (Mendoza, 1905: 217).

Para Mendoza, pensar en un agente causal de la sífilis propio de Bolivia, resultaba inverosímil. Tomando como referencia la etiología germinal de la enfermedad (Bynum, 2015), entendemos que Mendoza sostenía que la *semilla* de la sífilis era la misma en cualquier parte del mundo, por lo que la variabilidad en su desarrollo residía en el *terreno*, es decir, en el organismo receptor, que podía estar influenciado por el entorno. Por lo tanto, la generalización de la supuesta benignidad de la sífilis en toda Bolivia debía tomarse con cautela, dado que el país posee una “topografía tan caprichosa con climas tan varios que no se pueden aplicar a ella con conclusiones” (Mendoza, 1905: 217). Así, tras presentar casos tratados por él en el oriente boliviano, Mendoza concluía que la sífilis “no siempre es benigna en nuestro país. Es de desear que nuevas investigaciones llevadas á cabo en debida forma ilustren esta cuestión para poder llegar á deducciones que no sean prematuras é inconsultas” (Mendoza, 1905: 223).

Mendoza también rebatió la afirmación sobre la gravedad de la enfermedad en Europa en comparación con el caso boliviano, argumentando que en el “viejo continente” también existen “alturas” o “climas de altitud”. Al respecto señalaba: “Habiendo, pues, en Europa climas de altitud, debemos convenir, siguiendo siempre al Dr. Morales, que allí la sífilis tiene que ser benigna. Nueva contradicción” (Mendoza, 1905: 218). Añadiendo un toque de escepticismo a la idea de una posible ventaja local frente a la europea, Mendoza continuaba “A seguir con la opinión del Dr. Morales vendríamos á parar á la conclusión de que el organismo de los europeos es más pobre que el nuestro, que su sangre es deficiente (...) ¿Esto es cierto?” (1905: 217-218). En última instancia, la crítica del médico chuquisaqueño hacia Morales Villazón tenía que ver con las consignas impuestas por la llegada de la bacteriología que seguía este último, como el énfasis en descubrir agentes causales específicos¹².

Un año después, Sagárnaga (1906) continuó el debate. Basándose en sus observaciones en hospitales y consultas privadas, señaló una “ausencia” de casos de “sífilis avanzada” en la ciudad de La Paz, lo que lo llevó

¹¹ En Bolivia, a los residentes de la ciudad de Sucre se les llama “chuquisaqueños”, debido a que la ciudad se encuentra en el departamento de Chuquisaca.

¹² Con la llegada de la bacteriología, los médicos se embarcaron en una competencia por la gloria de descubrir los gérmenes responsables de causar enfermedades devastadoras (Cueto y Palmer, 2015).

a preguntarse: “¿Será por una menor virulencia de los gérmenes, ó será por el escaso número de enfermos observados?” (Sagárnaga, 1906: 1303). Aunque la segunda opción podría acercarse más a la realidad experimentada en aquel momento, debido a la falta de confiabilidad en los datos estadísticos de la época, el discurso de la benignidad encontró su propio espacio, el cual, sin embargo, no era aceptado por todos.

Por ejemplo, para médicos como Araujo (1909), el indio era una pieza importante en la propagación de la sífilis, ya que una de las causas que contribuían a los “males venéreos” y, en consecuencia, derivaban en la degeneración del individuo, tenía que ver con el “estado primitivo de las razas”. Según Araujo (1909), en línea con la primera representación, el estado primitivo del indio lo exponía a la sífilis antes que aquellas sociedades civilizadas. De hecho, dado que para los médicos del periodo esta enfermedad era común entre los indígenas, afirmaban que el indio, “sin embargo de su estrechez intelectual”, comprendía “la gravedad de la sífilis y la llaman «la gran enfermedad» (*jatun onccoi*)” (Solares, 1917: 261).

Asimismo, a finales de la segunda década del siglo XX, uno de los principales defensores del discurso sobre benignidad, Morales Villazón (1919), cambiará de opinión al considerar que el factor geográfico ya no atenúa la virulencia de la sífilis en la población que habita en ciudades como La Paz. Es más, en su nuevo análisis, el indio, aparecerá como un organismo que no resulta relevante en cuanto al contagio de la sífilis, ya que en nada contribuye a la “especie”. Es decir, al menos para el Morales Villazón, no será tan preocupante que el indio se contagie de la enfermedad. La atención se centrará en aquellos que sí contribuyen a la “especie”, el blanco, cuyo organismo y, por consiguiente, las generaciones futuras de esta “raza”, se encontraban en peligro.

Jaime Mendoza emergió como el principal defensor de la benignidad de la sífilis en la población indígena, aunque de manera algo contradictoria. Si bien no dudó en afirmar que entre los indígenas la sífilis era común debido a sus prácticas inmorales, resaltó que en el indio “la infección hereditaria (se refiere a la heredosífilis), al decir de muchos, se halla atenuada” (1928: 38). Para Mendoza la “benignidad” experimentada por la raza indígena frente a “las razas blancas y mestizas”, quienes “siguen en Bolivia la regla común de los países más azotados por esta enfermedad”, tenía una explicación (1928: 38). Según el médico chuquisaqueño, “la evolución de la enfermedad no ha de tener un tipo igual en todos los elementos étnicos del país ni en sus diversos medios territoriales” (Mendoza, 1928: 38).

Siendo Bolivia una tierra tan llena de contrastes y de oposiciones en ese orden, se deduce lógicamente que una misma enfermedad debe presentar diferentes matices o manifestaciones en relación con esos diversos factores (...) Así la herencia luética en el indio tendrá ciertas características en contraposición a las del blanco. Y dentro del indio mismo, no será tampoco igual en todos los climas. La dentadura, por ejemplo, del indio de las punas sufrirá menos que la del de los valles y asimismo habrá diferencias dentro de la familia blanca” (Mendoza, 1928: p. 38).

El médico nos explica que debido a la gran diversidad de Bolivia, las enfermedades, aunque tengan un mismo agente causal, experimentan diferentes desarrollos según el *terreno* en el que germinen y el entorno al que está expuesto el *terreno*. Esto significa que la forma en que la enfermedad se manifiesta, su desarrollo, puede variar de un organismo a otro. Si leemos con atención a Mendoza, observamos en su discurso cómo las dificultades de construir una nación se entrelazaban con las complejidades de la salud pública y la diversidad racial y geográfica. Es decir, dado que Bolivia enfrentó obstáculos significativos en su proceso de construcción nacional desde el siglo XIX, varios intelectuales de la época, entre ellos Mendoza, se esforzaron a través de sus discursos por comprender y describir la situación de Bolivia en relación con su diversidad

poblacional y geográfica, con el objetivo de resaltar las particularidades que hacían de Bolivia una nación¹³. Así, el interés de Mendoza en la benignidad de la sífilis en el indio tiene un trasfondo complejo que merece un análisis detenido.

A medida que los médicos profundizaron su comprensión respecto a las características distintivas de enfermedades como la sífilis a principios del siglo XX, lograron diferenciarlas de otras con las que comúnmente se confundían (Carrara, 1996, 2012; Saldaña Lagos, 2023). Este tipo de “control” sobre las enfermedades, en un contexto en el que los países de esta parte del mundo todavía se encontraban en el camino a constituirse como naciones bajo la dirección de las nociones de progreso y modernización, motivó a los médicos al punto de desarrollar una suerte de clasificación nacional de las enfermedades, en la cual se dedicaron a esbozar discursos sobre las particularidades que ciertas enfermedades adquirían en los diferentes territorios que habitaban (Carrara, 1996; Cueto y Palmer, 2015; García, 2016).

Tomando como ejemplo el caso brasileño, los médicos de este país “comenzaron a confirmar que las características de la sífilis en Brasil no sólo diferían del modelo tropical o maligno, construido a partir de la observación de casos africanos, sino que en general eran mucho más benignas que la propia sífilis europea” (Carrara, 1996: 397). De esa manera, las percepciones y creencias de los propios médicos y la población en Brasil a principios del siglo XX con respecto a la sífilis fueron cambiando a medida que se aventuraban a comprender las particularidades de las enfermedades en su propio contexto.

Durante gran parte del siglo XIX y principios del XX, la ciencia europea, particularmente la francesa, alemana e inglesa, había dominado el quehacer científico a nivel mundial influyendo directamente en los países latinoamericanos. Sin embargo, para el caso brasileño, Carrara nos dice que “después del trauma de la Primera Guerra Mundial, parte de la intelligentsia europea no parecía más tan segura de sí misma o del valor de su ‘civilización’” (2012: 430). Esto derivó en una especie de “fractura ideológica a través de la cual las élites intelectuales” locales emplearon el soporte intelectual europeo “para legitimar su proyecto modernizador y civilizatorio, concibiendo al país como algo más que una problemática extensión de Europa” (Carrara, 2012: 430).

Esta ruptura no se reflejó en una actitud hostil hacia Europa; muy por el contrario, lo que menos deseaban los médicos locales era faltar el respeto a sus maestros. Es decir, los médicos seguirían vinculados de manera general a la ciencia europea -posteriormente, a la norteamericana. No obstante, como señala Carrara (2012), la situación presentaba una complejidad peculiar, ya que, en su esfuerzo por consolidar una medicina nacional y liberarse de su posición subalterna en el escenario internacional, las élites médicas se veían obligadas a oponerse a ciertas ideas y teorías provenientes de las élites europeas. Aunque, en última instancia, dependían en gran medida de estas últimas, ya que su prestigio y conocimiento emanaba de las mismas, creando así una delicada relación de doble vínculo (Carrara, 2012).

Los médicos comprometidos con el proyecto de nación y una medicina nacional se embarcaron en la tarea de conferir a las enfermedades características únicas, estrechamente vinculadas a los factores geográficos y poblacionales locales. En el caso de Brasil, los médicos que trataron el tema de la sífilis durante la primera mitad del siglo XX contribuyeron significativamente al pensamiento nacionalista que las élites gobernantes e intelectuales estaban desarrollando entre finales del siglo XIX y gran parte de la primera mitad del XX.

¹³ A pesar de los intentos de modernización liderados por la élite minera, la transformación estructural del país resultó ser un desafío inalcanzable. A ello se sumó la dependencia en la agricultura y el tributo indígena, que dejaron una impronta perdurable en la configuración sociocultural y étnica del país. Estos desafíos históricos, agravados por la diversidad geográfica que caracteriza a Bolivia, persistieron, dando lugar a divisiones regionales y étnicas que aún perduran.

“Sus teorías buscaban valorar la herencia no europea del país, en lugar de considerar sus raíces africanas y amerindias como las fuentes de todos los males de la nación” (Carrara, 2012: 441). Este cambio de enfoque llevó a que la sífilis fuera incorporada al discurso nacionalista como parte integral de la identidad del país.

En el caso boliviano ocurrió algo similar pero con menor fuerza. El discurso médico sobre la benignidad de la sífilis en la población indígena, cuyo principal portavoz fue Mendoza a partir de la tercera década del siglo XX, derivó en la creación y difusión de una representación particular del indígena, la de la resistencia. Esta representación se utilizó como parte del discurso nacionalista desde la medicina. De hecho, fue el resultado de un incipiente indigenismo que emergía en el país, al que los médicos apelaron para interpretar ciertas enfermedades. Su objetivo era ejercer una ciencia propia que contribuyera a la consolidación de una medicina nacional y a la cohesión de la nación. A partir de ello, los médicos también pretendían demostrar que eran capaces de realizar ciencia desde Bolivia, considerado un país periférico y precario, e incluso primitivo desde una perspectiva evolucionista, pero que, para sus médicos, poseía una geografía única que atenuaba enfermedades como la sífilis, que causaba estragos en otras partes.

REFLEXIONES FINALES

El caso de la sífilis que hemos analizado en este artículo nos permite ver cómo los médicos bolivianos adoptaron un enfoque particular hacia esta enfermedad durante la primera mitad del siglo XX, época en la que la bacteriología coexistía con modelos pre-bacteriológicos. En particular, al referirse a aquellas enfermedades a las que consideraban haber controlado con éxito, como el caso de la viruela, los médicos bolivianos expresaban un orgullo palpable y, generalmente, evitaban señalar responsables externos. Sin embargo, la dinámica cambiaba cuando se enfrentaban a enfermedades que escapaban a su “control”, como la sífilis. En estos casos, la mirada de los médicos se extendía más allá de lo médico científico para abarcar aspectos sociales, morales, culturales y raciales, individuos específicos y distintas “clases” y “razas”. Claramente, para ellos, las enfermedades eran percibidas no solo como fenómenos biológicos, sino también como manifestaciones de factores socioculturales que requerían un análisis más amplio. Fue a partir de esto que los médicos elaboraron y difundieron diversas representaciones al vincular ciertos individuos con la enfermedad, siendo uno de ellos, en el caso boliviano, el indio.

La primera representación del indio como una figura sexualmente perversa que practicaba la bestialidad, lo que supuestamente dio origen a la sífilis, fue construida desde una perspectiva médico-cultural (Zulawski, 2007). Es decir, los médicos recurrieron al pasado para dejar en claro que el indio era desde mucho antes de la colonia era el *otro* vinculado con la enfermedad debido a sus prácticas sexualmente perversas propias de una cultura primitiva. Esta perspectiva les permitió mantener una distinción marcada entre blancos e indios, siendo estos últimos quienes iban más allá del simple contagio de la sífilis, en contraste con los blancos, cuyos límites civilizatorios los alejaban de las prácticas sexualmente perversas del indio. De esta manera, la representación del indio como practicante de la bestialidad que dio origen a la sífilis se basó en una continuidad histórica de una narrativa que perduró a lo largo del tiempo, pero que en el contexto del discurso médico de la primera mitad del siglo XX adquirió cierto respaldo “científico”.

En cuanto a la segunda representación, médicos como Mendoza buscaban valorizar la compleja diversidad boliviana geográfica y poblacional, al señalar que gracias a la misma es que se podían dar casos como el del indio resistente a la sífilis en un contexto en el que esta enfermedad causaba temor en diversas regiones del mundo. Sin embargo, en este caso, el discurso sobre la resistencia no resultaba tan relevante, ya que la sífilis

se había ensañado principalmente contra la “especie” y la “raza”, representada por los blancos civilizados que eran dignos de reproducirse, relegando la importancia de la resistencia a un segundo plano.

La construcción de estas representaciones, tanto la del indio inmoral y sexualmente perverso como en la del indio resistente a la enfermedad, se nutren de un pasado que fue hábilmente utilizado para consolidar y justificar discursos y prácticas médicas. Se trata de un escenario en el que la ciencia médica moderna, alineada con el ideal de progreso y modernidad, entrelaza creencias religiosas, míticas y fantásticas con el conocimiento científico de orientación evolucionista y positivista, todo ello para comprender y controlar enfermedades como la sífilis dentro de su propio contexto histórico, social y cultural.

Estas representaciones moldearon la percepción de la enfermedad y su tratamiento en la sociedad de la época, influyendo en la forma en que vinculamos lo indígena con la enfermedad en la actualidad. El mismo hecho de que todavía la disputa sobre el origen de la enfermedad siga siendo tema de debate en diversos escritos científicos (Arrizabalaga, 2021), nos lleva a pensar que todavía ronda la idea del indio como causante de la enfermedad. Aunque es poco probable que la mayoría de las personas o médicos sostengan activamente la idea de que los indígenas son los responsables del origen de la sífilis debido a sus prácticas sexuales consideradas “contra-natura”, es posible que persistan percepciones estigmatizantes o prejuiciosas que, de alguna manera, evocan lo que cronistas del periodo colonial o médicos de la primera mitad del siglo XX afirmaban. Así, nos parece que, pese a que la comprensión científica y social de la sífilis se ha modificado con el tiempo, las representaciones históricas continúan influyendo en nuestra percepción y tratamiento de la enfermedad, así como en la forma en que se relaciona a los pueblos indígenas con ella en la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Allison, M. J., Aste, G. F., Gerszten, E., Fouant, M., y Cebelin, M. (1982). La sífilis ¿Una enfermedad americana? *Chungara: Revista de Antropología Chilena*, 9, 275-283. <http://www.jstor.org/stable/27801756>
- Amador, J. (2015). *Medicine and nation building in the Americas, 1890-1940*. Vanderbilt University Press.
- Araujo, J. M. (1909). Las alianzas de la Higiene. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 25, 245-261.
- Arguedas, A. (1936). *Pueblo enfermo*. Puerta del Sol.
- Arrizabalaga, J. (2021). Infectious Diseases in Historical Perspective. *On_Culture: The Open Journal for the Study of Culture*, 11. <https://doi.org/10.22029/OC.2021.1226>
- Balcázar, J. M. (1956). *Historia de la medicina en Bolivia*. Juventud.
- Bynum, H. (2015). *Spitting blood: The history of tuberculosis*. Oxford Univ. Press.
- Carrara, S. (1996). A geopolítica simbólica da sífilis: Um ensaio de antropologia histórica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 3(3), 391-408. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701996000300002>
- Carrara, S. (2012). *Estratégias anticoloniais sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras*. Fiocruz Editora.
- Cieza de León, P. (1984). *Crónica del Perú. Primera parte*. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cortés, J. M. (1861). *Ensayo sobre la historia de Bolivia*. Imprenta de Beeche.
- Cueto, M., & Palmer, S. P. (2015). *Medicine and public health in Latin America: A history*. Cambridge University Press.
- Cunningham, A. (1991). La transformación de la peste: El laboratorio y la identidad de las enfermedades infecciosas. *Dynamis*, 11, 27-72. <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/105919/165407>
- Forbes, D. (1870). On the Aymara Indians of Bolivia and Peru. *The Journal of the Ethnological Society of London (1869-1870)*, 2(3), 193-305. <https://doi.org/10.2307/3014456>
- García, M. (2016). *Entre climas y bacterias: El saber sobre la enfermedad en Colombia, siglo XIX*. Universidad del Rosario.
- Giraldo Granada, A. (2013). “El temor de la sífilis es el principio de la sabiduría”: Prostitución y sífilis en Medellín, Colombia, 1920–1950. *Pensar Historia*, 2, 7-24. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/pensarh/article/view/17819/16379>
- Linares Quevedo, A. I., y Mangato Pavón, E. (2022). Introducción y diseminación de la sífilis en Europa, nueva enfermedad venérea de origen americano: Desde la bibliografía española en 1493-1550 hasta nuestros días. *Historia Urológica Hispánica*, 1(8), 129-146. <https://historia.aeu.es/revista/numeros/Vol1Num8.pdf>
- Lorena, A. (1890). La medicina y la Trepanación incásicas. *La Crónica Médica. Órgano de la Sociedad Médica “Unión Fernandina”*, n. 80, pp. 224-230.”

- Márquez Morfín, L., y Meza Manzanilla, M. (2015). Sífilis en la Ciudad de México: Análisis osteopatológico. *Cuicuilco*, 22(63), 89-126. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35141196005>
- Méndez, B. S. (2016). Tuberculosis y sífilis, enfermedades cosmopolitas. *Química Viva*, 15(3), 1-6. <https://www.redalyc.org/pdf/863/86348856001.pdf>
- Mendoza, J. (1905). La sífilis en Bolivia. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 9, 216-223.
- Mendoza, J. (1928). La Heredosífilis en Bolivia. Memoria para el Instituto Médico «Sucre». *Revista del Instituto Médico Sucre*, 50, 36-50.
- Mendoza, J. (1936). *Apuntes de un médico: Ensayos y semblanzas*. Escuela Tipográfica Salesiana.
- Miranda, M. (2021). Heteronormatividad y disidencias: Argentina ante la sífilis y el SIDA (1930-1990). *Historia y sociedad*, 41, 45-68. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/hisysoc/article/view/86238/80289>
- Morales Villazón, N. (1905). Contribución al estudio de la sífilis en Bolivia. *Revista Médica de La Paz*, 51-52, 1091-1103.
- Morales Villazón, N. (1919). Mirando el porvenir. *Revista de Bacteriología e Higiene*, 53, 1955-1961.
- Múgica, M. L. (2016). “Males vergonzantes” y prostitución reglamentada. Rosario, Argentina (1874-1932). *Asclepio*, 68(2). <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/711/1065>
- Pasco Álvarez, C., & Núñez Espinoza, J. (2009). Medicina, prostitución y sífilis en Lima y Callao: 1910-1930. En Cueto, M., Lossoio, J., Pasco, C. (2009). *El rastro de la salud en el Perú*. IEP, 181-210.
- Ríos Molina, A. (2022). Indígenas tristes y degenerados: La mirada psiquiátrica de Hermilio Valdizán sobre la diferencia racial en Perú, 1910-1925. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 29(3), 607-624. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702022000300002>
- Saldaña Lagos, C. (2023). *Sífilis en Chile. Ciencia, práctica médica y sociedad 1850-1950*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Sagárnaga, E. (1909). Nuestra defensa ante el peligro venéreo. *Revista Médica de La Paz*, 93-94, 2405-2408.
- Solares, A. (1917). La Sífilis. Defensa individual y defensa colectiva. Conferencia del doctor Aniceto Solares dada en la sesión pública anual del Instituto, en homenaje al CXXII aniversario del nacimiento del Gran Mariscal de Ayacucho, Antonio José de Sucre, y en celebración del XX aniversario de la fundación del «Instituto Médico Sucre». *Revista del Instituto Médico Sucre*, 35, 259-285.
- Tello, J. C. (1909). *La antigüedad de la sífilis en el Perú* [Doctorado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Torres Cendales, L. J. (2017). *Bestialidad y justicia: Nueva Granada (1615-1809)* [Maestría]. Universidad Nacional de Colombia.