



"Pi'oxonaq son de Dios, Doctor son de Dios, Evangelio son de Dios". Campo terapéutico e itinerarios de atención en los Tobas (Qom) del Departamento General Güemes, Chaco Argentina

"Pi'oxonaq are from God, Doctor are from God, Evangelio is from God". Therapeutic field and care itineraries in the Tobas (Qom) of the General Güemes Department, Chaco Argentina

Gustavo J. Martínez¹ y César Ceriani Cernadas²

¹Instituto de Antropología de Córdoba (IDACOR, CONICET), Museo de Antropologías, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. E-mail: gustmart@yahoo.com

²CONICET; Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. E-mail: cesar.ceriani@gmail.com

Resumen

El estudio ofrece un análisis socioantropológico de cómo los habitantes Toba (Qom) del Departamento General Güemes, históricamente vinculados a experiencias de misionalización cristiana, construyen significados y orientan acciones decisivas sobre la salud en un contexto de severo estrés sanitario y degradación ambiental. Dos líneas de indagación delimitan la arquitectura conceptual y empírica del trabajo. Por un lado, investigaciones acerca de etnoecología sanitaria, salud intercultural, atención y padecimiento; por el otro, estudios sobre procesos políticos-religiosos en pueblos indígenas chaqueños. Sustentado en la indagación etnográfica, el estudio analiza contextualmente tres narrativas sobre itinerarios de atención con el fin de iluminar las experiencias de los actores en las búsquedas resolutivas de sus padecimientos. Para ello se aborda: a) La conformación histórica y sociológica del campo terapéutico local, donde la experiencia de una misión sanitaria e intercultural cristiana protestante imprimió valoraciones y apropiaciones particulares en los grupos qom; b) Los diferentes escenarios, actores, especialistas y narrativas de padecimiento sobre trayectorias de atención de pobladores nativos qom en las que coexisten sistemas médicos indígenas (shamanismo y evangelio), medicinas tradicionales (autotratamiento y curanderismo criollo y/o sincrético) y la atención pública en salud.

Palabras clave: Tobas (Qom); Salud; Impenetrable; Trayectorias terapéuticas; Misionalización.

Abstract

The article presents a socioanthropological analysis of how the Toba (Qom) residents of the General Güemes Department, historically entwined with Christian missionization experiences, construct meanings and steer crucial actions concerning health amidst severe healthcare stress and environmental degradation. The study is structured around two main themes: health ethnoecology, intercultural healthcare, and experiences of care and illness; and the political and religious processes in Chaco indigenous communities. Through ethnographic inquiry, the study contextually examines three narratives that describe the paths individuals take to seek solutions for their health problems. Specifically, it explores: a) the historical and social development of local therapeutic practices, influenced by past Protestant Christian medical missions, which have shaped the values and practices of the Qom groups; and b) the diverse settings, individuals, specialists, and belief systems involved in the healthcare trajectories of native Qom people, which encompass indigenous medical traditions (such as shamanism and evangelio), traditional remedies (including self-treatment and criollo and syncretic healing practices, i.e., curanderism), and access to public healthcare services.

Key words: Toba (Qom); Health; Impenetrable; Therapeutic itineraries; Missionization.

Introducción

El trabajo presenta un análisis socio-antropológico sobre las formas en que pobladores tobas o *qom* de la zona central del Chaco argentino construyen sentidos y

orientan acciones resolutivas sobre su salud en el marco de un espacio histórico, cultural y sanitario particular. El contexto nos sitúa en el Departamento de General Güemes, provincia de Chaco, una de las regiones de mayor estrés sanitario del país, con elevados índices de

Recibido 10-04-2024. Recibido con correcciones 19-09-2024. Aceptado 01-10-2024

Revista del Museo de Antropología 17 (3): 271-286 /2024 / ISSN 1852-060X (impreso) / ISSN 1852-4826 (electrónico)
<http://revistas.unc.edu.ar/index.php/antropologia/index>

IDACOR-CONICET / Facultad de Filosofía y Humanidades – Universidad Nacional de Córdoba - Argentina



mortalidad por edad y tasas más bajas de esperanza de vida al nacer. En este escenario, la desigualdad estructural hacia las poblaciones indígenas, los despojos territoriales y la destrucción de ecosistemas por deforestación, calentamiento global y cambio ambiental, se pliegan en erráticas políticas públicas en salud. Así mismo, nos encontramos en un espacio social históricamente vinculado a procesos de misionización cristiana y proyectos de desarrollo social con las poblaciones *qom*, constituyendo Villa Río Bermejito el epicentro regional para la formación de líderes indígenas versados en teología y derechos comunitarios. En este artículo nos interesa dar cuenta de la conformación histórica y sociológica del campo terapéutico en esta región con el objeto de articular un análisis desde la perspectiva de los actores y sus narrativas de padecimiento. La intención es ofrecer un marco comprensivo sobre cómo los sujetos enmarcan significados y prácticas sobre el malestar/bienestar corpóreo-psíquico-espiritual-colectivo en distintos especialistas en la curación, recorridos de atención y contextos históricos y contemporáneos.

La reflexión que encabeza el escrito -“*Pi’oxonaq son de Dios, Doctor son de Dios, el Evangelio son de Dios*”- constituye la explicación que diera Sixto, un pastor evangélico toba de Paraje El Colchón de Río Bermejito, para dar cuenta de las miradas locales acerca del origen del poder y los especialistas en la curación de diferentes padecimientos. Dichas aflicciones se despliegan en concepciones socioculturales, inquietudes existenciales y regímenes de eficacia que definen situacionalmente a los especialistas, los espacios y los recorridos. Como observaremos, las acciones sobre la salud gravitan en un campo terapéutico local donde confluyen distintos sistemas médicos en posiciones variadas de legitimidad social. Con diversas lógicas de vinculación, apropiación y/o diferenciación prevalecen aquí el shamanismo *qom*, el *evangelio qom*, la medicina oficial (o biomedicina) y la medicina popular sincrética (usualmente caracterizada como “curanderismo popular”), todos ellos con diferentes grados de articulación y de legitimidad social (cfr. WHO, 2017; Menéndez, 2022, 2023). Así mismo, circulan otros dispositivos domésticos de resolución de dolencias, como la medicina casera y el autotratamiento caracterizados por el uso de una vasta farmacopea natural vegetal, animal y mineral (Menéndez, 1992).

El artículo se sostiene en la indagación etnográfica, el análisis de casuística y narrativas de curación en torno a dos tópicos estrechamente vinculados: a) La comprensión del campo terapéutico en el área de influencia del Río Bermejito, Departamento General Güemes, en el corazón del popularmente conocido “Impenetrable chaqueño”; b) Las narrativas *qom* sobre trayectorias de atención en diferentes escenarios médicos y contextos de representación en salud. Junto a esto, el análisis se forja a partir del diálogo entre dos líneas de investigación distintas aunque centradas en poblaciones indígenas chaqueñas: pesquisas sobre etnoecología sanitaria,

padecimiento y atención en poblaciones *qom* (Martínez, 2008, 2010, 2011a, 2011b; Martínez *et al.*, 2013, 2014); estudios sobre procesos religiosos y políticos en grupos *qom* (Ceriani Cernadas y Citro, 2005; Ceriani Cernadas, 2008, 2013, 2014, 2019, 2022).

Población, ambiente y contexto sanitario

El área de estudio abarca las inmediaciones de un antiguo cauce del Río Bermejo, correspondiente a los Municipios de Río Bermejito y Espinillo, en el Departamento General Güemes, Chaco, Argentina (Figura 1). Caracterizada por su relevancia socioambiental y territorial, y un contexto intercultural con marcado predominio de población aborígen *qom* -en convivencia con wichís, “criollos” y “gringos”- se destaca por su alto valor de conservación, la región del Interfluvio Teuco-Bermejito, delimitada por los ríos homónimos (Balazote, 2002; Radovich y Balazote, 2003). Este ámbito de gran riqueza ambiental motivó una serie de investigaciones que, desde distintas perspectivas, dan cuenta de sus recursos bioculturales tensionados por el impacto de la deforestación y la expansión agropecuaria y forestal (cfr. Balazote, 2002; Paolasso *et al.*, 2012; Martínez *et al.*, 2013, y otros).

En este espacio social focalizamos la investigación en miembros de comunidades *qom* o toba, pertenecientes a la familia lingüística Guaycurú. Acuñado por grupos de otras regiones, el nombre genérico de *qollaxal’ec* se ha empleado para referirse a los tobos de la provincia de Chaco ubicados al sur del Bermejo, espacio que abarcaría nuestra área de estudio¹. Esta categoría genérica, sin embargo, se correlaciona con el emplazamiento histórico de las bandas, razón quizás por la cual no fue referido por nuestros interlocutores, aun cuando podría pensarse que este nombre los agrupa e identifica geográficamente. Sin embargo, en momentos de gran movilidad y desplazamientos de familias o grupos, como ocurre en la actualidad, resulta impreciso atribuir este estudio a una sola parcialidad ya que son diversos los grupos con los que trabajamos, toda vez que documentamos entre nuestros entrevistados locales la convivencia de diferentes parcialidades y orígenes (vgr. *da piguem l’ec*, *no’olxaxanaq*, *qolpi*, *ÿolopi*, *wagi’ilot*, *sharua*, *lañaxashic*, *dapicoshic*, *qolpi*, *eraxaipi* y otros), los que se diferencian según el grupo familiar y/o unidad doméstica participante (Martínez, 2008)².

¹ Cabe aclarar que la denominación toba o *qom* no refiere un grupo homogéneo desde el punto de vista cultural, lingüístico o histórico, sino que designa ante todo a una población de bandas aliadas que poseen entre sí similitudes lingüísticas y socioculturales y que se identifican con un tronco común (Braunstein, 1983, Messineo, 1991). Dado su confinamiento territorial y divergencia lingüística, resulta clara la diferenciación de los tobos que abordamos en este estudio, respecto de otros como los tobos occidentales, tobos-pilagá o *ñachilamol’ec* del Pilcomayo, los emoc-toba o tobos mirí del Chaco paraguayo y los toba *tacshic* del Este de Formosa y Chaco (Arenas, 2003).

² Para una interpretación situada, esta investigación requirió la documentación de términos vernáculos de dolencias, enfermedades, especialistas en la cura medicinas, plantas y otros aspectos en idioma toba (*qom l’aqtaqa*). A los fines de un registro plausible de este



Figura 1: Localización del área de estudio: Localidades y ríos del Departamento General Güemes, Chaco, Argentina. (Fuente: Martínez, 2011b).

Figure 1: Location of the study area: Localities and rivers of the General Güemes Department, Chaco, Argentina. (Source: Martínez, 2011b).

Como ocurre en buena parte del Gran Chaco argentino, las medicinas tradicionales de los pueblos indígenas de Argentina ocupan un lugar protagónico en áreas de gran diversidad étnica y cultural (Arenas, 2000, 2009). El "Marco de Planificación para Pueblos Indígenas", realizado en el año 2006 por el Ministerio de Trabajo de la República Argentina, señaló que la provincia del Chaco se encontraba entre las tres provincias donde se concentraban los hogares indígenas con los niveles más altos de NBI, con un 66% de los mismos bajo la línea de pobreza y un 32,8% de NBI para el Departamento General Güemes (Soto, 2015).

Si consideramos específicamente los aspectos sanitarios, el área de estudio pertenece a la Zona y Área Programática 6, con sede en la capital departamental de Juan José Castelli, y la presencia de hospitales regionales y

numerosas salas de atención primaria y primeros auxilios en diferentes parajes. A esta región pertenecen Río Bermejito y El Espinillo, dos de las seis localidades más críticas de Chaco, acorde con una evaluación multicriterio en salud en el marco de un estudio epidemiológico de geografía médica basado en indicadores sanitarios y demográficos (Ramírez, 2006).

Por otra parte, las condiciones educacionales, económico-ambientales y médico-sanitarias de las poblaciones rurales de esta región han motivado en los últimos años -junto a una insistente y encendida difusión en los medios de comunicación- un conjunto de investigaciones que se hacen eco de estas problemáticas. Las mismas señalan cómo el cambio ambiental que deviene del calentamiento global, así como la consecuente pérdida de biodiversidad, repercuten en los niveles de pobreza de los países subdesarrollados, propiciando la reemergencia de las llamadas enfermedades tropicales desatendidas (*Neglected Tropical Diseases*, NTDs), esto es: dolencias infecciosas extremadamente frecuentes y crónicas como tuberculosis, leishmaniasis, dengue, cólera y Chagas (Dionisio, 2012; Rodríguez Planes, 2018). A

vocabulario, se recurrió a la grafía propuesta para al alfabeto toba estándar propuesto por Buckwalter & Litwiller de Buckwalter (2001). Para ello adoptamos las siguientes convenciones: Oclusiva laríngea sorda, sh: Fricativa palatal sorda, ÿ: Semiconsonante palatal sonora, h/j: Fricativa laríngea sorda, d: Oclusiva alveolar sonora, qu: Oclusiva velar sorda, x: Oclusiva uvular sonora, q: Oclusiva uvular sorda, hu: Semiconsonante labial sonora, y: Fricativa palatal sonora, ll: Lateral palatal sonora, ch: Oclusiva palatal sorda.

título de ejemplo, y en comparación con otras regiones de Chaco, los residentes del Departamento General Güemes concentraron el 30,1% del total de muertes por tuberculosis y presentaron 4,6 más riesgo de muerte respecto del resto de la provincia y 21,3% más riesgo que los departamentos con menores tasas (Genero *et al.*, 2018). Por otra parte, los trabajos de Salomon *et al.* (2006) y Yadon *et al.* (2003) advirtieron, de un aumento en la prevalencia de leishmaniasis cutánea para las regiones del noroeste y noreste de Argentina, asociado particularmente, en la región del Chaco, a factores antrópicos como la deforestación y la urbanización desordenada (Szelag, 2015). Así mismo, recientemente se ha señalado la reemergencia de brotes de dengue con diferentes serotipos, alcanzando sus valores máximos en la localidad de Roque Saénz Peña, perteneciente al Dpto. General Güemes, con una tasa del 84,6 / 10,000 habitantes (Obregón *et al.*, 2016). A pesar de la vigencia de la Iniciativa de Salud del Cono Sur, los indicadores de Chagas endémico en el contexto intercultural del “Monte Impenetrable chaqueño” arrojan desde hace ya un buen tiempo, para la población toba (*qom*), la tasa más alta de seroprevalencia del país (69,91 %), así como valores de infestación por vinchucas (*Triatoma infestans*) que superan el 50% de las viviendas, con una asociación factorial al estilo de vida y el tipo de construcción y vivienda (Biancardi *et al.*, 2003; Diosque *et al.*, 2004).

Delimitaciones conceptuales, empíricas y metodológicas

En este artículo nos focalizamos en la interpretación de los “itinerarios terapéuticos” que se suceden en orden a la consecución de un estado de salud plausible. Este concepto ha sido teorizado en el campo de las ciencias sociales de la salud, tanto por sociólogos como antropólogos, dando cuenta de los “recorridos” o “caminos” trazados en el curso de un padecimiento y su búsqueda de resolución (*cf.* Fleischer, 2006; Gerhardt, 2006; Ramírez Hita, 2008, 2009). Si particularizamos Argentina, diferentes pesquisas se aproximan, desde la antropología médica y/o la etnomedicina, al análisis de los itinerarios terapéuticos de comunidades rurales del centro (Moscatello, 2019), y norte de Argentina, de los cuales señalaremos los trabajos entre los *qom* de Formosa (de Bourmont *et al.*, 2020) y Chaco (Martínez, 2006; Hecht *et al.*, 2008). Esta categoría resulta de particular interés analítico para comprender las historias que aquí examinaremos. En efecto, las trayectorias de Sixto, Bruno, Pablo y sus hijos Ana y Renato, serán leídas en términos de “itinerarios” para referir al camino de enfermedad/salud/curación en orden a la consecución de un equilibrio. En nuestro abordaje, procuraremos describir el dinamismo y la vinculación entre los actores y escenarios de la práctica sanitaria local, para lo cual consideramos las siguientes estrategias y técnicas de investigación, construidas sobre la base de la consulta previa y de los lineamientos éticos de la Sociedad

Internacional de Etnobiología (ISE, 2006):

- a) Diagnóstico Rural Rápido, Talleres Participativos de Salud Ambiental e Intercultural, y revisión de fuentes locales que permitieran esbozar una semblanza etnosanitaria local (Hecht *et al.*, 2008; Martínez, 2008, 2011a, 2011b). (Figura 2, d)
- b) Registros micro-biográficos, etnográficos y de observación participante de itinerarios terapéuticos en torno a dolencias y aflicciones, así como entrevistas en profundidad tendientes a dar cuenta de los actores, especialistas y escenarios terapéuticos (Bertaux, 1999; Ramírez Hita, 2008, 2009).
- c) Análisis situado de las narrativas de los actores desde tres ejes clave: i) la pluralidad en la atención médica, manifiesta en el traslape de diferentes medicinas; ii) las motivaciones y condicionamientos para seleccionar y/o combinar escenarios, actores y prácticas sanitarias; iii) el registro de criterios y razones que propician el surgimiento de nuevos espacios o especialistas.

El campo terapéutico local: procesos, memorias y sistemas médicos

En consonancia con otras sociedades indígenas de las tierras bajas sudamericanas, los grupos *qom* dan cuenta de una cosmología shamánica de un mundo habitado por entidades no humanas (*jaqa'a*) que residen en los montes, las aguas o los cielos. Estas entidades son poderosas, plasmadas en dones de curación, protección, daño, interpretación de eventos importantes, y sus realidades son expresadas en los sueños o en los espacios aludidos. En dichas geografías encantadas, el shaman inicia su oficio luego de una enfermedad, o bien lo hereda vía ascendentes familiares bilaterales, y junto a los seres *jaqa'a* establecen pactos que encarnan una relación de reciprocidad asimétrica (Wright, 2008; Ceriani Cernadas, 2019).

La noción de enfermedad en los *qom* se engarza al espectro de relaciones intersubjetivas, a las normas sociales y a los tabúes cosmológicos. La idea de una enfermedad natural e individual –como en la visión biomédica– es hasta la fecha parcialmente incorporada, pero también relativa al contexto histórico de relacionamiento entre los indígenas, el personal y las instituciones biomédicas, como luego observaremos a partir de las experiencias de Sixto, Bruno, Pablo, Renato y María. La dolencia actúa como un símbolo práctico que revela una constelación situacional de sentidos y acciones. En este orden, el enfermo, el shaman, el pastor, el agente sanitario, el médico, el curandero y los parientes se vinculan a una red de relaciones sociales, políticas y económicas, siendo agentes en los procesos de curación. En esta red de relaciones y prácticas históricas sobre la salud, la enfermedad y la curación, la acción de misiones cristianas y la formación de iglesias indígenas *qom*

revelan –como lo condensa la expresión de Sixto que titula a este trabajo- un marco interpretativo y valorativo central.

En efecto, la actividad de las misiones cristianas en el Chaco argentino desde las primeras décadas del siglo XX, especialmente protestantes/evangélicas, fue correlativa a una crítica restructuración social y cultural de los pueblos indígenas de la región (cf. Cordeu y Siffredi, 1971; Miller, 1979; Wright, 1983; Ceriani Cernadas y López, 2017). Entre 1910 y 1960, misiones anglicanas, pentecostales escandinavas, menonitas y evangélicos ingleses y norteamericanos dieron forma a un nutrido campo misionero en las provincias de Chaco, Formosa y Salta. Desde el punto de vista *qom*, las misiones representaron un hito histórico que inauguró una nueva época que los protagonistas valorizan como positiva pues involucró el fin de las guerras interétnicas y el simultáneo conocimiento de "la palabra de Dios" y "las cosas de la sociedad", donde la escritura, la agricultura, los alimentos y las vestimentas occidentales fueron centrales (Arenas, 2003; Wright, 2008; Citro, 2009, Martínez, 2012; Ceriani Cernadas, 2013).

Aquí nos interesa remarcar, dada la importancia medular que presenta en el contexto estudiado, la pionera y extensa acción sanitaria realizada por estos emprendimientos misioneros entre los pueblos indígenas. La misma fue parte de un ethos transnacional de las culturas misioneras euro-norteamericanas que definieron nuevas geografías y geopolíticas de la conversión en África, América Latina y el Pacífico occidental desde las últimas décadas del siglo XIX (Nielsen *et al.*, 2011). Las misiones pusieron en escena y praxis un imaginario moderno en tanto difusoras de la medicina occidental y la alfabetización y promotores de ingeniería social, amparadas en proyectos de transformación cultural y reforma corporal de los nuevos pueblos cristianizados (Ceriani Cernadas y Lavazza, 2013; Ceriani Cernadas, 2019).

Los médicos y enfermeras vinculados a las misiones protestantes se enrolaron a lo largo del siglo XX en un movimiento sociocultural progresista (o liberal en el sentido anglo del término), donde –como afirma Klassen (2011: XI)– "la atención biomédica era un bien público abierto para todos; y como creyentes en el Espíritu, insistían en que la ciencia detrás de la biomedicina era en sí misma un don de la sabiduría divina". Esta articulación ideológica entre cristianismo protestante, medicina científica y sentimiento humanitario fue precisamente la que impulsó al Dr. Humberto Enrique Cichetti a emprender una consecuente obra sanitaria y misionera en la región del "Impenetrable" chaqueño en los comienzos de la década de 1960. La misma no se desarrolló en un vacío histórico, pues en 1932 la Misión Emmanuel de El Espinillo, la segunda localidad en importancia de nuestra región de estudio, ejerció la primera atención en salud para las poblaciones indígenas circundantes (Miller, 1979). La influencia religiosa de esta misión fue también

importante entre las parentelas *qom* de la zona, sobre todo en la preparación de evangelistas indígenas y en la fermentación del futuro movimiento cristiano autónomo, conocido como *evangelio*, cuyos inicios se remontan a la década de 1940 del siglo pasado y que en 1960 decantará en la formación de la Iglesia Evangélica Unida (IEU) (Ceriani Cernadas y Citro, 2005).

Luego de una experiencia de trabajo en la Clínica Americana de la Misión Metodista de La Paz, Bolivia, a fines de la década de 1950, Cichetti y su esposa Virginia Brunn, una misionera educadora estadounidense, siguen el consejo de un obispo de emprender una obra sanitaria y educativa entre los indígenas chaqueños (Denuncio, 2021: 157-158). Formando un equipo con la enfermera suiza Elizabeth Stauffer y las educadoras norteamericanas Ruth Clark y Virginia Brunn, en 1964 establece en Castelli el "Centro del Operativo Toba", bajo el objetivo de brindar asistencia sanitaria, alfabetización y desarrollo económico. Imbuidos del espíritu ecuménico y liberacionista de los años 60', que atravesó al mundo católico como protestante, en 1965 la Iglesia Metodista articuló con la Iglesia Evangélica del Río de la Plata y la Iglesia Discípulos de Cristo (luego se sumará la Iglesia Valdense del Río de la Plata) la formación a las "Misiones Evangélicas Cristianas Unidas". Un año después, el nombre mutará al de Federación Junta Unida de Misiones (Denuncio, 2021: 164; Barroso, 2015). Orientada al acompañamiento de las reivindicaciones de los Qom, Wichí y Mocoví en toda la provincia del Chaco y en la región del Gran Chaco Argentino, la labor de la Junta Unida de Misiones (JUM) se focalizó en el desarrollo económico, organizativo, educativo y sanitario, antes que en el proselitismo religioso y la búsqueda de nuevos feligreses. Importantes inversiones tecnológicas y en infraestructura se tradujeron en la adquisición de tierras para familias y comunidades aborígenes, la mecanización para aserraderos de madera y el clareo de espacios del monte destinados a la práctica agrícola. Este desarrollo, sin embargo y tal como lo recuerdan los pobladores de la zona y al igual que otros proyectos gestionados por organizaciones no gubernamentales o institucionales, demostraron no tener la continuidad ni apropiación deseables por parte de los tobas. Pese a esto, el mayor impacto de desarrollo económico y organizativo se advirtió en el sostenimiento de programas de educación y salud intercultural y en la creación de comunidades (tal es el surgimiento de Paraje El Colchón) e instituciones (como el Centro Educativo Rural El Colchón o C.E.R.E.C. destinado a mantener y difundir la lengua y cultura vernácula) en cuya gestión se advierte una marcada intervención de los *qom* (Estandarte Evangélico, 2004; Martínez, 2008; Barroso, 2015).

La influencia en materia sanitaria se hizo sentir en forma ostensible en el Departamento General Güemes a través del plan de Atención Primaria de Salud dirigido por Cichetti, quien en 1964 propició la apertura del Servicio

de Tisiología en J.J. Castelli, posteriormente traspasado al hospital local. El mismo apuntó a brindar un servicio de práctica médica calificada por parte de profesionales blancos y, con el apoyo de misioneros y agentes de salud (enfermeros, asistentes sociales, entre otros), realizó una labor de prevención y promoción sanitaria sostenida en la acción contra la tuberculosis y en la apertura al diálogo intercultural con los shamanes, las parteras tradicionales y los representantes indígenas de los distintos parajes. Junto a esto, elaboró un programa de capacitación-acción en materia de salud donde numerosos indígenas ingresaron en calidad de becarios. El carácter pionero de esta iniciativa se plasmó en su marcado interés en atravesar las fronteras etnocéntricas y el énfasis civilizatorio de la biomedicina, transitando un camino paralelo a la autocrítica que varias agencias misioneras realizaron sobre el modelo evangelizador imperante (cf. Horst *et al.*, 2009; Altman, 2017; Leone, 2022; Ceriani Cernadas, 2022). Advertimos aquí una retroalimentación positiva entre los tres modelos sanitarios que han caracterizado la atención de la salud indígena en Argentina siguiendo a Hirsch y Lorenzetti (2016: 39): el sanitarista (epidemiológico y preventivo), el de urgencia (desnutrición y brotes epidémicos) y la agencia de médicos y equipos de salud (visión intercultural, formación y proyectos participativos). La creativa articulación de los mismos constituyó uno de los pilares fundamentales de esta obra, cuyos vívidos recuerdos encienden la memoria de ancianos de la región circundante a Villa Río Bermejito.

Notemos al respecto los sentidos y emociones suscitadas bajo la remembranza de esta experiencia sanitaria, cristiana e intercultural en los siguientes testimonios de Amelia P., de El Colchón, y Federico P., del Paraje Cabeza de Buey, respectivamente:

"... estos doctores no va a prohibir (de los pi'oxonaq), nada más le va a enseñar como el doctor Cichetti, él dice que quiere trabajar junto con los pi'oxonaq, él estaba contento, que se ayuda entre doctor y pi'oxonaq, que se logra mucha vida, y después la Ana Rosa y Erna y la Jannette... esa mujer me acuerdo como si fuera ayer... Elizabeth, ohh! esa venía con el doctor Cichetti, esa gente de lo más buena, porque ese doctor es para todo, no es discriminación de nada, pero él se daba más con el aborígen, él se iba casa por casa y compartía con la gente cómo hay que hacer con la gente".

"El doctor Cichetti cuando estaba no va a prohibir de esas cosas de remedios caseros, porque igual no hay que dejar su cultura hermano aborígen, porque es bueno... todo tengamos que necesitar para nuestra vida para nuestro futuro, necesitamos curar, pero ahora con remedios...le curaba (sin cobrar)

y le sanaba a la gente. Y parece que no le querían (al doctor) los que estaban aquí en el Chaco, porque esta gente que estaba en el Chaco, ... porque ganaban plata; todos los doctores por siempre hay que venderle a este para ganar la plata y cuando sana este es para agarrar su plata, porque si voy a tener este medicamento hay que pagarle..."

Otros testimonios de agentes sanitarios actualmente en ejercicio, recuerdan con gratitud este espacio de capacitación, dado que les permitió desempeñarse como mano de obra calificada y asalariada en el marco del sistema oficial de salud. Asimismo, resulta notable el influjo de la capacitación recibida, demostrando un conocimiento biomédico bastante preciso acerca de la tuberculosis, sus causas y forma de prevención, así como de otras dolencias. En este sentido, y como parte del programa de Atención Primaria en Salud, la JUM desarrolló entre sus tareas, talleres de salud, prevención de enfermedades (VIH-Sida en Castelli), recuperación, preparación y uso de remedios tradicionales (CEREC, Acción Apostólica). Continuando lo señalado, el "tiempo del Doctor Cichetti" es evocado por muchos ancianos tobas como un período significativo para la gente, destacando el impacto de la obra social de la JUM condensados en el carisma del propio doctor y sus medicinas "fuertes" y "lindas". En palabras de Amelia P. y de su padre Federico P. de El Colchón y Cabeza de Buey respectivamente:

"Acá estoy contento cuando abrimos el estudio con el Doctor Cichetti; estoy contento que los muchachos aprendieron mucho... uno conductor de tractor, otro maneja camioneta, ahí se levantó el CEREC para aprendices de jóvenes (...) El Doctor Cichetti curó mucha gente de tuberculosis (...) cuando partió el doctor la gente quedó noventa días orando (...) Por amor él curaba, con remedio de los blancos. Al final estoy descubriendo que, como estuve internado dos años en hospital, los criollos pagan remedios entonces; el doctor da remedio bueno y nosotros no pagamos. Ese doctor trabajó por su propia gente, no cobró nada, pero con remedio fuerte, lindo, sanó toda la gente".

La labor netamente ecuménica de la JUM, despojada de toda búsqueda de adhesión a sus doctrinas y prácticas religiosas dio lugar a que grupos reducidos pero cada vez más influyentes de líderes tobas participen de una capacitación integral en materia de derechos indígenas, educación, teología y salud intercultural. El mismo se llevó adelante en el marco de un Programa de Educación Teológica de los Pueblos Originarios a cargo de la Acción Apostólica Común (con participación de diversas iglesias) y la acreditación del reconocido Instituto Superior

Evangélico de Estudios Teológicos (ISEDET). El programa abarcaba tres años de capacitación formal con encuentros quincenales o mensuales, y sobre la base de la teología de la inculturación y la metodología de lectura popular de la Biblia, se propicia la organización para la defensa y la lucha por la tierra, la resignificación e investigación de la memoria, cultura y tradición *qom*, siendo uno de los aspectos más influyentes que se advierte en varios interlocutores, la resignificación de elementos de la alimentación y la medicina tradicional con una actitud claramente reivindicativa (Martínez, 2012).

A partir de lo señalado, las dinámicas terapéuticas de los *qom* del Departamento de General Güemes se despliegan en la actualidad en cuatro escenarios, situados los dos primeros en orden de preeminencia: shamanismo, evangelio, biomedicina, medicina tradicional o popular (Figura 2).

La acción shamánica constituye uno de los escenarios con mayor gravitación. En particular entre los tobas (*qom*), el accionar del *pi'oxonaq* (masc.) o de la *pióxonaxa alo'* (fem.) resultan de un modo aún más ostensible y público que en otros grupos étnicos. Asimismo, sus figuras estuvieron tradicionalmente investidas de un gran poder, manifiesto tanto en la capacidad que la comunidad les adscribe para curar y hacer el bien, como así también para enviar un mal, dañar o vengar.

El otro espacio de central importancia en las prácticas de curación es en las iglesias evangélicas indígenas y, en caso de que el doliente esté internado en un centro médico, en la visita de oración y sanación por parte de pastores u otros reputados creyentes del *evangelio* (Figura 2 a). La cura es aquí la sanación por el poder del Espíritu Santo, que involucra la liberación y expulsión de espíritus malignos, a veces posesiones, y siempre la atención a cualquier padecimiento que el creyente conciba. La imposición de manos acompañada de oraciones, exclamadas al unísono por casi toda la audiencia y a viva voz por el pastor y dirigentes principales, son los elementos centrales de la fase –en general– final de los servicios religiosos o *cultos*. Aquí se llama a los dolientes, o bien a representantes de ellos que llevan prendas de sus allegados enfermos, a que pasen al frente del recinto junto a pastores y dirigentes (ancianos, obreros, predicadores, diáconos, entre otros) para ser sanados por “el poder más grande”. Amparados en estas nuevas potencias espirituales emanadas de la fe en Dios y del manejo de los carismas y dones pentecostales (glosolalia, profetismo y otros), el culto emerge como un ámbito particularmente propicio y poderoso para la sanidad integral, corporal como espiritual.

Por su parte, la medicina oficial o biomedicina se expresa especialmente a través del sistema de atención pública, a cargo de profesionales médicos y enfermeros en Salas de Atención Primaria en Salud y Hospitales públicos.

Tomando en consideración lo antedicho sobre la obra de Cichetti y la JUM, este ámbito concita el interés entre los tobas (*qom*) de Río Bermejito, particularmente en lo que concierne a la atención de cirugías, dolencias graves, salud materno infantil, gestación y parto, que en ocasiones involucra la participación más o menos activa de comadronas o parteras indígenas (*nogotolec lo'ó*). Junto a esto, y en un intento desde las políticas sanitarias estatales de articular este complejo escenario de nociones y prácticas sobre la salud/enfermedad/atención, la presencia de los agentes sanitarios (*tannaxanxaic* o “*sanitario*”), busca acortar las distancias originadas en las diferencias idiomática y cultural (Figura 2 b). Afín al *ethos* preventivo del modelo sanitarista, los puestos de salud se concentran en la atención de madres e hijos, realizando el control de la vacunación y la provisión de leche a las madres embarazadas. Tal como lo expresan los profesionales de la salud de la zona, las mujeres tobas son constantes en las fechas de vacunación y persisten en la atención en los centros de salud; del mismo modo en la actualidad, la mayoría de los partos se concretan en el ámbito de la medicina oficial (Martínez, 2011a).

La medicina tradicional, vinculada al denominado curanderismo popular, y también al autotratamiento doméstico, es también uno de los escenarios terapéuticos habituales en la experiencia social de los tobas del centro chaqueño, dando cuenta de otra instancia dinámica de relacionamiento intercultural. Rezos, velas, imágenes de santos, sahumeros, cintas, infusiones de plantas medicinales, poderosas y rituales, grasas animales, son algunos de sus elementos más característicos, como luego observaremos desde las narrativas de los protagonistas (Figura 2 c, e). Los curanderos populares se implican en una red informal de ideas y actividades, que funciona al margen de cualquier institución religiosa o secular. Estos articulan creativamente elementos provenientes del noroeste del territorio, vinculados a Salta y el imaginario gauchesco, y de la zona oriental de Formosa, permeada históricamente por la cultura guaraní del Paraguay.

En los relatos sobre padecimientos y estrategias de cura, los interlocutores *qom* con los cuales trabajamos disponen en una secuencia narrativa experiencias, especialistas y escenarios terapéuticos. Las narrativas conllevan sentidos y valoraciones intersubjetivas y emergen como prácticas históricas y culturales localizadas, ancladas en esta región del territorio chaqueño que hemos caracterizado en sus rasgos ecológicos, sanitarios y socioculturales. Bajo estas premisas, las páginas que siguen se detienen en el análisis de cuatro narrativas de enfermedad.

Narrativas terapéuticas: actores, trayectorias y regímenes de legitimidad

La observación etnográfica sistemática de actividades terapéuticas en múltiples espacios y escenarios de relaciones sociales fue –según explicitamos– un elemento

Figura 2: Campo terapéutico toba (qom) en el marco de sus itinerarios de atención en el Departamento General Güemes, Chaco, Argentina: a) Dancistas y culto evangelio, Interfluvio Teuco-Bermejito; b) Agente sanitario qom pi (tannaxanxaic), actores locales del campo biomédico, Paso Sosa; c) Altar del p'ioxonaq Bruno combinando recursos terapéuticos shamánicos, religiosos y curanderiles, El Canal, Fortín Lavalle; d) Taller Intercultural de Salud Materno infantil y Diagnóstico Sanitario local en el contexto de investigaciones participativas, El Colchón; e) Autotratamiento tradicional de la tuberculosis y afecciones respiratorias: preparativos de decocción de corteza de guayacán o hualaxañic (*Libidibia paraguariensis*), El Colchón. (Fotografías: a) Carlos S.; b), c), d) y e): Gustavo J. Martínez)



Figure 2: Toba (Qom) therapeutic field in the framework of its care itineraries in the General Güemes Department, Chaco, Argentina: a) Dancers and evangelio worship, Teuco-Bermejito Interfluve; b) Qom pi Health agent (tannaxanxaic), local actors in the biomedical field, Paso Sosa; c) Altar of the p'ioxonaq Bruno combining shamanic, religious and healer therapeutic resources, El Canal, Fortín Lavalle; d) Intercultural Workshop on Maternal Infant Health and Local Diagnosis in the context of local research, El Colchón; e) Traditional self-treatment of tuberculosis and respiratory conditions, through the preparation of a decoction of guayacán bark or hualaxañic (*Libidibia paraguariensis*), El Colchón. (Photographs: a) Carlos S.; b), c), d), and e): Gustavo J. Martínez)

central en el abordaje empírico de estas indagaciones. También lo ha sido, y en este artículo de modo prioritario, el diálogo profundo con diversos actores, que ejercen roles variados y ocupan posiciones diferenciales en el entramado socioestructural de las localidades donde trabajamos. Centrados en los relatos sobre enfermedades, especialistas y tratamientos de cura, las conversaciones con Sixto, Bruno, Pablo, María y Renato dan cuenta de regularidades y especificidades en sus interpretaciones, valoraciones y trayectorias.

Aquí, el estudio de las narrativas de enfermedad nos permite ordenar el análisis bajo tres temas centrales: las definiciones sobre los propios padecimientos, los sentidos de los itinerarios terapéuticos y las valoraciones sobre los especialistas y sistemas médicos. El "giro narrativo" renovó

la antropología médica desde los años '90, centrandolo en la discusión en las relaciones entre experiencia subjetiva de la enfermedad, contexto sociocultural y construcciones narrativas (cf. Kleinman, 1988; DelVecchio *et al.*, 1994; Garro y Mattingly, 2000). Como sostiene Brodwin (1994), la experiencia de enfermedad provee un idioma para la comunicación capaz de expresar, simultáneamente, una impresión de falta de control y una sensación de dominio sobre la dinámica del padecimiento. Al narrar, los acontecimientos se despliegan en una secuencia estructurada de introducción, desarrollo y conclusión. Como herramienta analítica y dispositivo heurístico, las narrativas de enfermedad –afirman Garro and Mattingly (2000: 17)– “ayudan al antropólogo a abordar la vida como un asunto en desarrollo, un compromiso de actores que muy a menudo se encuentran en luchas

interpretativas y prácticas"³.

Los actores y sus trayectorias

Al momento de las conversaciones, Sixto promediaba sus 70 años y era pastor principal de una de las Iglesias Evangélicas Unidas de El Colchón, cargo que acreditaba su relevancia social al interior de la comunidad. Su rol de dirigente se sostenía en una trayectoria de vida signada por tres hechos clave: la formación religiosa en la Escuela Dominical de la Misión Menonita, el padecimiento y cura de tuberculosis en la clínica fundada por el Dr. Cichetti, la formación sanitaria en atención a personas con tuberculosis en la misma institución. Aquejado por trastornos digestivos y dolores en la región del hígado, Sixto inició su recorrido con un tratamiento por tres meses con un *pi'oxonaq*. Si bien el procedimiento generó un alivio transitorio, las dolencias se incrementaron, como también su descontento ante el mismo. Realiza entonces la consulta en el dispensario y lo derivan al hospital de J. J. Castelli, la ciudad más próxima, donde le practican estudios por imágenes. El diagnóstico declara cirrosis hepática, hecho que motiva la consulta de los médicos por el consumo de alcohol. Se le prescriben remedios alopáticos, cuyo tratamiento continúa fielmente desde hace varios años. En todas las instancias de este recorrido, remarca Sixto, la participación en los cultos del evangelio, la prédica de sanación y oración fueron capitales.

Bruno es un *pi'oxonaq* en sus 45 años aproximadamente. Atiende numerosos pacientes siendo su principal actividad y fuente de recursos. Es también un activo miembro de la Iglesia Evangélica Unida (IEU). De cuerpo robusto y apariencia física saludable (signos físicos que legitiman su gestión de poderes sobrehumanos), es muy consultado especialmente en los usos del *'iyaxaic* o *payés*⁴, sobre cuyos preparados y recetas resulta un verdadero experto. La enfermedad y posterior muerte de uno de sus hijos, las reiteradas rupturas con sus parejas, así como alteraciones constantes en su sueño (región clave de comunicación y poder en la cosmovisión shamánica) constituyen los principales motivos que activaron sus recorridos terapéuticos. Según narra, la búsqueda lo llevó a consultar a un curandero criollo, cuya parafernalia ritual lo sedujo y decidió incorporar algunos símbolos y técnicas en sus propios trabajos de sanación.

Pablo, que promediaba sus 50 años y era miembro activo de la IEU de El Colchón, dio cuenta en su relato de las aflicciones prolongadas en el tiempo y de difícil resolución de dos de sus hijos, Renato y María. Nos comentó que Renato, de unos 20 años, se trasladó desde El Colchón a la ciudad de Roque Sáenz Peña para continuar su formación terciaria, hecho que desencadenó un conjunto de dolencias y comportamientos que lo preocuparon. Por

³ Las citas de textos en inglés fueron traducidas por nosotros.

⁴ La significación y detalles acerca de estos recursos mágico-medicinales en la vida doméstica de los aborígenes del Gran Chaco pueden consultarse en Arenas y Braunstein (1981).

tal motivo aconsejó a su hijo visitar un *pi'oxonaq*, quien le aseguró que los *lowanek* (espíritus auxiliares) que lo enfermaron fueron enviados por otro competidor en las recurrentes agresiones shamánicas. Al continuar dudando sobre la eficacia del tratamiento de su hijo, y bajo nueva recomendación de su padre, Renato consultó con Jaime, un curandero criollo que trabajaba con imágenes de santos y vírgenes. Asimismo, acrecentó su participación en los cultos del *evangelio* y también realizó consultas con los médicos del Hospital de Roque Sáenz Peña. Sobre el padecimiento de su hija María, Pablo cuenta con manifiesta angustia que comenzó cuando tenía 19 años (teniendo 25 al momento de la conversación) con vómitos y desmayos súbitos "*cuando trabaja mucho*". Al igual que su hermano, el itinerario terapéutico se inició con la visita al *pi'oxonaq*, pero adquiere características singulares dado su posterior rechazo a esta terapia como también la participación en la iglesia. Su consulta con los médicos de la sala tiene como resultado un diagnóstico de reuma, sobre el que confía y asume el tratamiento con fármacos, que alivian sus dolores parcialmente.

Regímenes de legitimidad y eficacia

En el relato de Sixto surge una ponderación equilibrada sobre los especialistas médicos sostenida en la cosmovisión evangélico-shamánica *qom*: "*pi'oxonaq son de Dios, doctor son de Dios, el evangelio son de Dios, los tres son importantes*". Según su relato, el dolor crónico lo conduce a buscar respuestas eficaces en distintos escenarios posibles. La credibilidad otorgada a cada actor, sin embargo, da cuenta de la experiencia de vida de Sixto, trayectoria que descifra también la eficacia, tanto en su expectativa como en su concreción, de cada una de las vías resolutivas de la aflicción.

Así, el poder de la cura shamánica es el más interpelado, a cuya consulta desiste cuando las molestias no cesan. Esto no implica una impugnación integral sobre la práctica, que considera funcional, aunque a veces onerosa en su retribución material: "*Pi'oxonaq es importante... para que viva la persona porque no tenemos plata, pero por lo menos pi'oxonaq calma un poco, ayuda un poco... pero también hay que poner (pagar) algo*".

Por su parte, los remedios alopáticos de la biomedicina, cuyo tratamiento resultó más prolongado y con efectos positivos en su padecimiento, son muy valorados. Como señalamos, la experiencia de Sixto en el padecimiento de tuberculosis, su internación y su 'conversión' de narrativas sobre la etiología de la misma es un hecho clave en su biografía y perspectiva terapéutica. En efecto, si en un primer momento la enfermedad era producto del daño por brujería (*conaxanaxaic*), a partir de su experiencia de internación en hospitales de la zona, donde se le inculcan nociones, diagnósticos y tratamientos específicos para la tuberculosis, asocia la misma a un desequilibrio orgánico debido a quemaduras del sol.

En el relato de Sixto, al igual que los otros testimonios presentados, emerge la figura carismática del Dr. Cichetti, especialmente en su explicación sobre la adherencia al tratamiento en tanto deber espiritual o religioso: *"Por eso vivo yo, y mi señora está viva y cuando llegó el doctor Cichetti, entonces le curaron ese tuberculosis, le sacaron la grafía y le dijeron: usted tiene que estar dos años acá, el que ama el tratamiento salva, el que no ama terminó"* (Énfasis agregado). Por su parte, el *evangelio* –y su puesta en práctica en las performances de sanación– es para Sixto una fuente constante de poder y fuerza en medio de la enfermedad: *"si usted cree, tenés salud, por eso estoy caminando, andando, por medio de la oración de la Palabra de Dios"*. Es también el escenario donde solo pueden curarse dolencias que –según Sixto– *"ni el doctor de los hospitales puede"*, como es el caso de personas con decaimiento, debilidad o falta de ánimo (*qaiqa laxañaaxaq*).

Como ocurre con la mayor parte de los *pi'oxonaq* de la zona, Bruno percibe el escenario de la biomedicina con recelo, temor y atracción. Por lo general es en ese marco donde se señalan o evidencian eventuales acusaciones a la praxis shamánicas, en particular cuando se trata de la atención de la salud infantil. Al igual que otros shamanes, Bruno elude acompañar a sus pacientes a la sala, y en caso de fracasos en las curaciones niega su participación o bien arroja un diagnóstico fatal asociado al daño.

Como adelantamos, la lógica integral del shamanismo, que involucra al especialista, el paciente, la familia y la comunidad, da por sentado que todo agravamiento de la enfermedad es por causa del daño a partir de una acción intencional, o no, de otra persona (que incluso puede ser hermano/a o hijo/a). Afín a la ideología de los sistemas shamánicos, la propia trayectoria de padecimiento habilita un conocimiento especial sobre la materia, que en el caso de Bruno son cuestiones emocionales, relaciones amorosas y de pareja.

Igualmente, como observamos a partir de su itinerario terapéutico, las estrategias de intercambio y adquisición de saberes con el curanderismo popular criollo, el shamanismo wichí y la medicina oficial son habituales. Las mismas dan cuenta del reseñado contexto histórico e intercultural singular de la región de Villa Río Bermejito y El Colchón, si bien la lógica pragmática y acumulativa, "omnívora" como sostiene Villar (2007: 165), es común a los shamanismos de las tierras bajas sudamericanas. En las frecuentes visitas de Bruno a curanderos criollos en su doble condición de paciente y aprendiz se advierte la afición por obtener nuevos recursos diagnósticos terapéuticos, tales como aceite de oliva, estampas de santos, rosarios, e imágenes religiosas, cruces y medallas para su propio atavío y accionar como *pi'oxonaq* (Figura 2 c).

La lógica acumulativa se extiende al propio sistema

biomédico, que en este campo social se expresa en la singularidad de la experiencia humanitaria con los médicos vinculados a la JUM. En efecto, muchos *pi'oxonaq* como Bruno buscan consolidar su credibilidad a partir de carnets u otro tipo de certificaciones que son provistos en general por profesionales de la salud o miembros de las Iglesias (en su mayoría blancos profesionales externos a la comunidad) con el fin de alentar la medicina tradicional, reivindicar los valores de la cultura y protegerlos frente a eventuales acusaciones de ejercicio ilegal de la medicina. El común deseo de los shamanes en conseguir un objeto de reconocimiento concreto por parte del sistema médico oficial se entronca en el proceso social e histórico regional. Además, estos símbolos materiales de reputación fueron largamente conocidos por los *qom* y otros pueblos indígenas chaqueños a partir de los procesos de misionalización cristiana y posterior (y parcial) incorporación a la ciudadanía y al sistema escolar estatal. Nos referimos a "la letra", en tanto poder materialmente legitimado en un papel, carnet, credencial o certificado, y por supuesto en la más poderosa de las letras inscriptas, la Biblia. De modo más concreto aún, estas cartas de recomendación hacia los shamanes evocan a los históricos "pasaportes", "salvoconductos" o "certificados de buena conducta", cortas misivas realizadas por misioneros, funcionarios o finqueros que acreditaban la buena conducta del portador para poder movilizarse en el territorio (Wright, 2003: 146; Tola y Suarez, 2016: 161-162).

Al igual que Sixto y Bruno, en las experiencias narradas por Pablo el *pi'oxonaq* conforma la primera opción terapéutica plausible. Sin embargo, el tipo de dolencia, así como la eficacia o no de su accionar, genera marcos alternativos de explicación acerca del poder que poseen y de su origen, en versiones y relatos compartidos por otros *tobas*. *"El que se dedica a la curación proviene de Dios, el que mata proviene del diablo"*, afirma, al tiempo que reconoce –como otros coterráneos– que en la actualidad los shamanes no son muy eficaces como los antiguos y suelen exigir retribuciones costosas. El curandero criollo, en tanto, se lo representa también investido de poder, versado en plantas y remedios, así como en prácticas cuya eficacia aún no se conocen del todo. Sin embargo, las relaciones económicas que se establecen con ellos resultan menos conflictivas para los nativos ya que en este caso la remuneración es voluntaria.

Asociado a una sintomatología más difusa, de orden anímico y psicológico más que físico (según nuestras categorías clasificatorias), como nervios, ansiedad y cambios anímicos, la afección del hijo de Pablo comienza con un certero diagnóstico y referencia etiológica del shamán: se trata de un mal enviado por otro *pi'oxonaq*. Aquí se evidencia la dimensión social del padecimiento, que expresa conflictos interpersonales entre los miembros de la comunidad y donde la acusación de daño es el corolario habitual. Desde este punto de vista, la resolución

de esta clase de enfermedad sólo se concibe desde el campo de los especialistas tradicionales, por lo que en este itinerario no se advierte la consulta a la sala, sino sólo al *pi'oxonaq* y a un curandero criollo. Diferente es la situación de María, cuyos síntomas se agudizan a lo largo de la trayectoria y resultan muy manifiestos. Pablo nos cuenta que en su visita al shamán, este le confió el origen de la enfermedad de su hija, desencadenada por el contacto con ambientes corrompidos en el marco del entierro de su esposo difunto. En aquella ocasión, una acción descuidada de los suegros de María (cuyas sospechas no desaparecen) hicieron que su ropa quede enterrada con el muerto. Esta explicación de la enfermedad constituye una opción creíble para la madre de María, no así para Pablo, quien confía en el diagnóstico de los médicos de la clínica que atestiguan un problema de reuma. En la trama de una familia *qom* interesada en su vinculación con el mundo criollo, la educación formal y el "progreso" de los hijos, el régimen de legitimidad de los saberes y especialistas médicos dispone a la medicina oficial como episteme principal, seguida por la medicina popular criolla y luego a la medicina autóctona. En las narrativas sobre las trayectorias de Renato y María el curandero criollo ocupa un lugar central; sus relatos destacan especialmente los nuevos modos de curación (como la cura por secreto) y la intrigante parafernalia ritual (velas, santos, cruces, imaginería católica, agua bendita, entre otros), que interpreta como otras fuentes de poder. En tanto los profesionales de la biomedicina constituyen uno más entre los posibles escenarios, y a diferencia de la experiencia de Sixto, no se los representa como un ámbito investido de poder, sino como un espacio para dar respuestas inmediatas a algunas afecciones cuando en otros contextos no se advierte la mejoría esperada.

La curación de las picaduras de serpientes venenosas, constituyen también un motivo para reflexionar acerca del poder capaz de contrarrestar semejante lesión. Así, tanto el pastor Sixto, el *pi'oxonaq* Bruno y Pablo conciben a la biomedicina como el procedimiento más eficaz, en particular porque, si bien antiguamente los *pi'oxonaq* podían dar respuesta a estas dolencias, en la actualidad las posibilidades son menores, dado que –según argumentan– ya no reciben el poder de las potencias de los *antiguos* y como tal su eficacia es mucho menor. El ámbito del culto también constituye un escenario posible, al punto que algunos informantes refieren como terapia atar una Biblia alrededor de la herida producida por la serpiente, en un evidente intento de curación simbólica; aun así, en todos los casos, existe conciencia de lo ineludible que es la atención biomédica.

Consideraciones finales

La problemática de la salud de los pueblos indígenas de la Argentina constituye un campo de investigación de crucial relevancia (Hirsch *et al.*, 2015; Hirsch y Lorenzetti, 2016). El conocimiento sobre las definiciones culturales sobre la

salud/enfermedad, insertas en esquemas cosmológicos y nociones de persona, como también las formas de auto-atención y las prácticas de intervención de especialistas fueron puntos clave en los estudios antropológicos sobre los pueblos chaqueños. Desde las últimas décadas, las investigaciones en antropología médica indagaron en problemáticas como la ecología sanitaria, los programas en salud intercultural, las memorias y trayectorias terapéuticas, la salud reproductiva, las relaciones con la biomedicina y la emergencia de nuevas enfermedades y procesos mórbidos (*cf.* Arrué y Kalinsky, 1991; Drovetta, 2009; Cebolla Badie *et al.*, 2013; Lorenzetti, 2016). En este artículo nos abocamos a la comprensión de las narrativas sobre itinerarios de atención en un contexto espacial, cultural e histórico particular de la región chaqueña, como es la región del Impenetrable y los parajes del Departamento General Güemes (Chaco) que orbitan sobre las localidades de J. J. Castelli, Villa Río Bermejito y El Espinillo.

Siendo una de las regiones con mayores tasas de mortalidad y morbilidad, sujeta a enfermedades endémicas, crónicas y en actuales condiciones críticas de atención médica, aquí nos interesó exponer esas circunstancias y, así mismo, iluminar las experiencias de los propios actores en las búsquedas explicativas y resolutivas sobre sus padecimientos. En efecto, consideramos que uno de los aportes significativos de este estudio radica en el conocimiento de un campo terapéutico aún poco explorado y donde la experiencia de una misión sanitaria e intercultural cristiana protestante imprimió sentidos, valoraciones y apropiaciones particulares en los grupos *qom* de la zona.

Las narrativas de padecimiento y trayectorias de atención que analizamos se comprenden a partir de la conformación histórica de este campo terapéutico y las relaciones dinámicas, y simbólicamente interdependientes, entre los sistemas médicos indígenas (como el shamanismo y el *evangelio*), la atención pública en salud (a partir de la incidencia sanitaria y sociocultural de la obra del Dr. Cichetti y la JUM) y las medicinas sincréticas criollas e indígenas del curanderismo popular.

Las narrativas de Sixto, Bruno y Pablo sobre sus itinerarios terapéuticos, o el de sus hijos en el caso del último, nos muestran que una de las opciones primeras ante la emergencia de una dolencia es la visita al *pi'oxonaq*. Al igual que en tiempos pretéritos, son frecuentes las disputas sobre el origen o eficacia de su poder, pero es evidente que en la región estudiada la actualidad del *pi'oxonaq* continúa investida de un carisma terapéutico. Quizás los aspectos más intersticiales por los que resulta conflictivo el accionar del *pi'oxonaq* están asociados, discursivamente, a las exigencias retributivas y, en menor medida, a una atribuida incapacidad de los shamanes "nuevos" a establecer pactos con entidades poderosas como lo hacían los "antiguos". Frente a esto último, sin

embargo, existen nuevas estrategias y tácticas generadas por los mismos shamanes que les permiten conservar la credibilidad o al menos el influjo suficiente como para que estos actores se constituyan en tránsito obligado de cualquier itinerario terapéutico.

La biomedicina es elegida con frecuencia, tomando en consideración el amplio trabajo de comunicación y prevención con las comunidades indígenas de la zona iniciado por Cichetti y equipo en J.J. Castelli en 1962. Si bien no es un itinerario culturalmente normativo, constituye la primera elección en particular cuando se requiere de acciones rápidas y eficaces, tal es el caso del empleo de analgésicos en dolores de muelas, las cirugías de vesícula biliar, o el uso de antídotos contra picaduras de serpientes. También en los casos que derivan en tratamientos crónicos, en un espacio social e histórico donde la tuberculosis tuvo tasas dramáticas y fue foco de atención y tratamiento, y la atención de la salud infantil y de madres gestantes.

En una de las pioneras investigaciones etnográficas sobre los *qom* de esta región, concretamente en la zona próxima a El Espinillo donde se radicó la Misión Menonita Nam Cum (1943-1954), William Reyburn advertía que "probablemente no sea exagerado señalar que la preocupación toba por la salud corporal adquiere extremos casi patológicos" (1954: 64). Y que precisamente este rasgo cultural había tenido una incidencia decisiva en la expansión del *evangelio*: "Los testigos de la curación gracias a las oraciones de los creyentes han atraído a un gran número de personas a la iglesia" (ibid.: 64). Como demostraron las investigaciones posteriores, las creencias, cultos y performances del *evangelio* conforman uno de los hechos capitales en la experiencia social e histórica de los *qom*. Un 'hecho social total' que actuó sobre, y al mismo tiempo refiguró, los esquemas de liderazgo, las relaciones de parentesco, los faccionalismos entre grupos de parientes o afines, la corporalidad y las estéticas de la pertenencia cultural y las relaciones con la sociedad no indígena. En el espacio social analizado, la trayectoria de misiones protestantes desde la década de 1930 y la formación de líderes indígenas, que luego se insertaron en las iglesias autónomas y en la política provincial, sentó las bases para posteriores emprendimientos, como fueron la obra sanitaria, educativa y desarrollista impulsada por Cichetti y la JUM. La positiva recepción por parte de las parentelas *qom*, en un contexto sanitario dramático, debe ponerse en correlación con el carácter propio de esta misión sanitaria, donde se puso en crítica los modelos usuales de atención y comunicación con las poblaciones indígenas para ensayar un programa en salud comunitaria por entonces inédito. En este confluyeron dos líneas clave: la acción directa en el tratamiento y prevención de la tuberculosis y otras enfermedades cruciales; el diálogo y conocimiento de la medicina *qom*, de sus especialistas y formas de comprensión de la salud/enfermedad.

Por otra parte, el curanderismo de los criollos constituye también un escenario cercano y alternativo al shamanismo, dado los aspectos de consonancia cosmovisional y social entre actores y tipos de medicinas. De hecho, sus menores exigencias retributivas y el acceso a nuevos remedios y prácticas terapéuticas, lo configuran como un escenario cuyo interés resulta creciente. Aun así, hemos observado en el terreno que las diferencias idiomáticas constituyen una barrera importante para el curandero, a pesar de estar investido de los poderes del shaman, si no superiores.

Finalizaremos señalando cómo la salud intercultural constituye aún hoy una meta por alcanzar, especialmente en este contexto en el que los indicadores sanitarios regionales impactan por su contundencia y dan cuenta de lo estructural y profundamente enraizada de estas problemáticas. Somos conscientes del limitado alcance que tiene toda investigación científica en el fortalecimiento de la realidad sanitaria local. En todo caso, nuestra propuesta constituye un aporte antropológico para una reflexión contextualizada de las acciones y prácticas que contemplen la agencia y participación de la totalidad de los actores y escenarios de este particular sistema local de salud, en orden a la consecución de la tan mentada gestión intercultural. Es en este sentido, que lo consideramos necesario y esperanzador, toda vez que procuramos acortar distancias entre culturas, favorecer el encuentro y diálogo de saberes, develar prácticas y significados, y animar la cotidiana lucha por la vida entre nuestros hermanos tobas del Impenetrable chaqueño.

Córdoba - Buenos Aires, 15 de abril del 2024

Agradecimientos y homenaje

Dedicamos este artículo *in memoriam* de los ancianos y amigos *qom* que participaron activamente de esta investigación con sus saberes, narrativas y/o relatos biográficos, y ya no se encuentran con nosotros, dejando plasmadas la búsqueda del bienestar y la salud entre los *qom* del Impenetrable chaqueño. Cobijados por un ambiente tan bello, como probado para la lucha cotidiana por una vida digna, estos hermanos tobas (*'adqaña qompi*) seguramente encontraron en su partida, el alivio anhelado y prometido a sus dolencias y aflicciones durante su paso por estas tierras chaqueñas. Provenientes de Cabeza del Buey, El Colchón y El Canal, recordamos especialmente a Florencio Pellegrini, Silvano Farías, Severiano Acevedo, Alberto Gómez, María Maidana, Primo Pérez, Rosalía Estrada, y otros más. Así mismo, hacemos presente la amistad de Amalia Pellegrini, y los incondicionales amigos e intérpretes de la lengua *qom* de Villa Río Bermejito: Amanda Farías y Juan Carlos López. Particularmente haremos memoria agradecida de este último amigo, de sus asiduas visitas y contribuciones culturales al Museo de Antropologías de la UNC, en ocasión de hacernos partícipes de la riqueza de las artesanías *qompi* en hojas de palma (*lagaxaraic*), totora

(*nchina*) y fibras de chaguar (*qallite*), oportunidad para conocer nuevas historias acerca de la vida y la salud en el Impenetrable chaqueño.

Nuestra gratitud y reconocimiento a la labor intercultural de los fundadores, integrantes y técnicos de la JUM y Acción Apostólica Común (Jorge Collet, Mabel Dalmás, Raúl y Mabel De León, Jorge Charbonier y Blanca Geymonat,), así como por su hospitalidad y asistencia. Agradecemos también: A Pastor Arenas, por la dirección, formación y elección de este interesante lugar de investigación; los intercambios académicos con María M. Barroso; las consultas a Paola Cúneo en relación con la escritura y terminología en *qom l'aqtaqa*; y la actualización de los aspectos epidemiológicos del Chagas de Mariana Sanmartino.

Referencias Bibliográficas

- Altman, A. (2017). *El camino del evangelio: Cristianismos y modernidades entre los mocoví del Chaco Austral*. Tesis Doctoral en Antropología. Universidad de Buenos Aires. <http://hdl.handle.net/11336/82895>
- Arenas, P. (2000). Farmacopea y curación de enfermedades entre algunas etnias del Gran Chaco. En A.G. Amat (ed.) *Farmacobotánica y farmacognosia en Argentina (1980-1988)*, (pp. 87-118). La Plata: Ediciones Científicas Argentinas.
- Arenas, P. (2003). *Etnografía y alimentación entre los toba-ñachilamoleek y wichí-lhuku'tas del Chaco Central (Argentina)*. Edición del autor.
- Arenas, P. (2009). Los estudios sobre medicina y farmacopea vernácula en el Gran Chaco. *Rojasiana*, 81-100 <http://hdl.handle.net/11336/20739>
- Arenas, P., y Braunstein, J. (1981). Plantas y animales empleados en paquetes y otras formas de la magia amorosa entre los tobas taksik. *Parodiana*, 1(1), 149-169.
- Arrúe, W., y Kalinsky, B. (1991). *De la médica y el terapeuta: La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia del Neuquen*. CEAL.
- Balazote, A. O. (2002). Reasentamiento forzoso de población y regularización territorial en el Interfluvio Teuco-Bermejito (Provincia de Chaco). *Cuadernos de antropología social*, 16, 165-184 http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X200200200003&lng=en
- Barroso, M. M. (2015). Lógicas de espacializaçãõ missionária e agendas da cooperaçãõ internacional: uma perspectiva multissituada a partir de ações junto aos povos indígenas. *Religião & Sociedade*, 35, 189-212. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-85872015v35n2cap08>
- Bertaux, D. (1999). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones*, 29, 1-23.
- Biancardi, M. A., Conca Moreno, M., Torres, N., Pepe, C., Altcheh, J., y Freilij, H. (2003). Seroprevalencia de la enfermedad de chagas en 17 parajes del "Monte Impenetrable" de la Provincia del Chaco. *Medicina (Buenos aires)*, 63(2), 125-129.
- Braunstein, J. (1983). *Algunos rasgos de la organización social del Gran Chaco*. Ediciones de la Facultad de Filosofía y Letras (UBA).
- Brodwin, P. E. (1994). Symptoms and social performances: The case of Diane Reden. *Pain as human experience: An anthropological perspective*, 77-99.
- Buckwalter, A. S., y Litwiller de Buckwalter, L. (1980). *Vocabulario toba*. Buckwalter.
- Badie, M. C., Dell'Arciprete, A., Fontes, C., Hirsch, S., y Orlando, M. F. (2013). Uso, circulación y significación de los medicamentos en comunidades Pilagá, guaraní, MBYA-Guaraní, Tapiete y Toba. *Revista Argentina de Salud Pública*, 4(17), 13-23. <https://rasp.ms.gov.ar/index.php/rasp/article/view/285>
- Ceriani Cernadas, C. (2008). *Nuestros hermanos Lamanitas: indios y fronteras en la imaginación mormona*. Editorial Biblos.
- Ceriani Cernadas, C. (2013). Entre la confianza y la sospecha. Representaciones indígenas sobre las experiencias chaqueñas de misionalización protestante. *Gran Chaco: Ontologías, Poder, Afectividad*, 297-320.
- Ceriani Cernadas, C. (2014). Configuraciones de poder en el campo evangélico indígena del Chaco argentino. *Sociedad y religión*, 24(41), 13-41. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1853-70812014000100002&script=sci_arttext&lng=en
- Ceriani Cernadas, C. R. (2019). Espíritus, biblias y remedios: sentidos prácticos de la sanación en el Chaco indígena argentino. En J. Algranti, M. Mosqueira y D. Setton (Eds.) *La institución como proceso: Configuraciones de lo religioso en las sociedades contemporáneas* (pp.

- 99-112). Editorial Biblos. <http://hdl.handle.net/11336/133090>
- Ceriani Cernadas, C. (2022). "Dale tu mano al indio": cristianismo, humanitarismo y desarrollo en el Chaco argentino. *Ciencias Sociales y Religión*, 24. <https://doi.org/10.20396/csr.v24i00.8671102>
- Ceriani Cernadas, C. y Citro, S. (2005). El movimiento del evangelio entre los tobas del Chaco argentino. Una revisión histórica y etnográfica. En B. Guerrero (Eds.) *De indio a hermano. Pentecostalismo indígena en América Latina* (pp. 111-170). Iquique, Ediciones Campvs.
- Ceriani Cernadas, C., y Lavazza, H. (2013). Fronteras, espacios y peligros en una misión evangélica indígena en el Chaco Argentino (1935-1962). *Boletín americanista*, 67, 143-162. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5065990>
- Ceriani Cernadas, C., y Lavazza, H. (2014). Inestables reputaciones. Liderazgo y conflicto en una misión evangélica indígena del Chaco Argentino. En F. C. Flores y P. Seiguer (Eds.), *Experiencias plurales de lo sagrado. La diversidad religiosa argentina en perspectiva interdisciplinaria* (pp. 3-18). Imago Mundi.
- Ceriani Cernadas, C., y López, A. (2017). Introducción. Una antropología comparativa sobre las misionalizaciones chaqueñas. En A. López (Ed.), *Los evangelios chaqueños. Misiones y estrategias indígenas en el siglo XX* (pp. 19-36). Rumbo Sur / Ethnographica.
- Citro, S. (2009). *Cuerpos significantes. Travesías de una etnografía dialéctica*. Biblos / Culturalia.
- Cordeu, E. J., y Siffredi, A. (1971). *De la algarroba al algodón*. Juárez Editor.
- de Bourmont, S., Olmedo, S., Rodríguez, P., y Vallengia, C. (2020). Itinerarios terapéuticos de madres qom en una comunidad periurbana de Formosa. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 118(4), 240-244. <https://www.sap.org.ar/publicaciones/archivos/numeros-antteriores/700/Diciembre-2020.html>
- Good, M. J. D., Brodwin, P., y Good, B. (Eds.). (1994). *Pain as human experience: An anthropological perspective* (Vol. 31). Univ of California Press.
- Denuncio, A. (2021). *Tecnologías, Género y Etnia en los Proyectos de Desarrollo destinados a los Pueblos Indígenas chaqueños*. Tesis Doctoral en Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Quilmes.
- Dionisio, L. D. (2012). Los efectos negativos del calentamiento global llegan a la Argentina. *Revista de Salud Pública*, 16(2), 87-89. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v16.n8>
- Diosque, P., Marcelo Padilla, A., Cimino, R. O., Cardozo, R. M., Sanchez Negrette, O., Marco, J.D., Zacca, R., Meza, C., Juárez, A., Rojo, H., Rey, R., Corrales, R.M., Nasser, J.R. y Basombrío, M.A. (2004). Chagas disease in rural areas of Chaco Province, Argentina: Epidemiologic survey in humans, reservoirs, and vectors. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71(5), 590-593. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2004.71.590>
- Drovetta, R. (2009). Biomedicina y políticas de salud reproductiva en un contexto rural indígena de la puna jujeña. *Barbarói*, 2(31), 139-154. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v2i31.1035>
- Estandarte Evangélico. (2004). Cuarenta años no es nada. *Revista de la Iglesia Evangélica Metodista Argentina*, 121(4).
- Fleischer, S. (2006). Pasando por comadrona, midwife y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala. *Anthropologica*, 24(24), 51-75. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92122006000100003&lng=es&tlng=es
- Garro, L. y Mattingly, Ch. (2000). "Narrative as construct and construction". In Ch. Mattingly, L. Garro (Eds), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. University of California Press.
- Genero, S., Flores, E. M., Talavera, C. E., Riveros, I., y Osorio, M. E. C. T. (2018). Tendencia, distribución geográfica y desigualdades de la mortalidad por tuberculosis en la provincia de Chaco durante el periodo 2000-2016. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 17-28. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v22.n3>
- Gerhardt, T. E. (2006). Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (11), 2449-2463. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>
- Hecht, A.C., Martínez, G.J. y Cúneo, P. (2008). Infancia toba y mundo natural: De la atención del malestar físico a las pautas de socialización infantil. *Acta Americana: Revista de la Sociedad*

Sueca de Americanistas, 16(1), 81-106. <https://search.worldcat.org/fr/title/906349559>

Central, Argentina. *Revista de Antropología Iberoamericana (AIBR)*, 5(2), 189-221. <http://hdl.handle.net/11336/186551>

- Hirsch, S., y Lorenzetti, M. (2016). Biomedicina y pueblos indígenas en la Argentina. Un recorrido por las políticas de salud. En S. Hirsch y M. Lorenzetti (Eds.), *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad* (pp.19-50). UNSaM.
- Hirsch, S., Lorenzetti, M. y Salomon, O. (2015). *Procesos de investigación e intervención en salud en comunidades indígenas de la Argentina*. Ministerio de Salud, INMeT.
- Horst, W., Mueller-Eckhardt, U. y Frank, P. (2009). *Misión sin Conquista. Acompañamiento de comunidades indígenas autóctonas como práctica misionera alternativa*. Buenos Aires, Kairós.
- ISE (International Society of Ethnobiology). (2006). ISE Code of Ethics (with 2008 additions). <http://ethnobiology.net/code-of-ethics/code-in-english/>
- Klassen, P. (2011). *Spirits of Protestantism. Medicine, Healing, and Liberal Christianity* (Vol. 13). University of California Press.
- Kleiman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And the Human Condition*. Basic Books.
- Leone Jouanny, M. (2022). *En el nombre del otro: cristianismo y pueblos originarios en la región chaqueña argentina (1965-1994)*. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Lorenzetti, M. (2016). La promoción de la salud indígena y las condiciones de trabajo de los agentes sanitarios en el noreste de la provincia de Salta. En S. Hirsch y M. Lorenzetti (eds), *Salud Pública y Pueblos Indígenas en la Argentina* (pp. 253-277). UNSAM.
- Martínez, G.J. (2006). "Ilotaique nachaalataxac" o "Buscando la vida": Escenarios, actores e itinerarios terapéuticos en el sistema etnomédico toba (Río Bermejito, Chaco) [Ponencia]. 8º Congreso Argentino de Antropología Social, Universidad Nacional de Salta.
- Martínez, G.J. (2008). *La farmacopea natural en la etnomedicina de los Tobas del Río Bermejito (Chaco, Argentina)*. Tesis Doctoral en Ciencias Agropecuarias. Universidad Nacional de Córdoba.
- Martínez, G.J. (2010). Enfermedad y entidades anímicas del entorno natural: etiologías religioso-rituales y espacio-ambientales entre los tobas del Chaco Central, Argentina. *Revista de Antropología Iberoamericana (AIBR)*, 5(2), 189-221. <http://hdl.handle.net/11336/186551>
- Martínez, G.J. (2011a). Pluralismo médico y etnomedicina entre los Tobas (Qom) del Río Bermejito (Chaco, Argentina) –Desafíos y aportes para una gestión intercultural de la salud en el Impenetrable chaqueño-. *Revista del Museo de Antropología*, 4, 195-210. <https://doi.org/10.31048/1852.4826.v4.n1.5491>
- Martínez, G.J. (2011b). Uso de plantas medicinales en el tratamiento de afecciones transmitidas por el agua en una comunidad toba (Qom) del Impenetrable (Chaco, Argentina): Una perspectiva etnoecológica y sanitaria. *Bonplandia* 20 (2), 329-352. <http://dx.doi.org/10.30972/bon.2021418>
- Martínez, G.J. (2012). Actualidad y pasado del uso de plantas silvestres comestibles entre los tobas del impenetrable chaqueño. Reflexiones, discursos y prácticas en torno a la alimentación. En M. del P. Babot, M. Marschoff y F. Pazzarelli (Eds.), *Las manos en la masa: arqueologías, antropologías e historias de la alimentación en Suramérica* (pp. 47-69). Universidad Nacional de Córdoba y Universidad Nacional de Tucumán.
- Martínez, G., Cúneo, P., y Maidana, M. (Eds.). (2013). *Educación sanitaria intercultural: Manual de promoción de la salud entre los tobas (Qom) del Chaco Central-Paxaguenaxac da qantela'a da chalataxac-ñalexat da nataxac*. Comunidades tobas del Río Bermejito, Chaco (Argentina).
- Martínez, G.J., Beccaglia, A.M. y Llinares, A. (2014). Problemática hídrico-sanitaria, percepción local y calidad de fuentes de agua en una comunidad toba (Qom) del Impenetrable (Chaco, Argentina). *Salud Colectiva*, 10(2), 225-242. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652014000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Menéndez, E. (1992). Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanente. En R. Campos Navarro (Ed.), *La Antropología Médica en México*, 1, 97-114. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. L. (2022). Relaciones sociales y procesos de salud/enfermedad: las razones y los hechos. *Cuadernos de Antropología Social*, 55, 11-28.

- Menéndez, E. L. (2023). Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional: una cuestión ideológica. *Salud colectiva*, 18, e4225.
- Messineo, C. (1991). Variantes dialectales del complejo lingüístico toba. *Hacia una nueva carta étnica del Gran Chaco, II*, 12-22.
- Miller, E. S. (1979). *Los tobos argentinos. Armonía y disonancia en una sociedad*. Siglo XXI. Editores (México).
- Moscatello, E. (2019). *Autotratamiento tradicional en los itinerarios terapéuticos de pobladores rurales de Villa Tulumba, provincia de Córdoba*. Tesis de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.
- Nielsen, H., Okkenhaug, I. y Skeie, K. (eds.) (2011). *Protestant Missions and Local Encounters in the Nineteenth and Twentieth Centuries. Studies in Christian mission* (Vol. 40). Brill.
- Obregón, L., Buyatti, E., Peralta, K., Sejas, M., Zorzo, L. y Genero, S. (2016). Caracterización de un brote de dengue en la provincia del Chaco entre enero y julio de 2016. *Revista Argentina de Salud Pública*, 7(29), 38-40. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp>
- Radovich, J. C., y Balazote, A. (2003). Multiculturalidad y economía: el caso del interfluvio Teuco-Bermejito. *RUNA*, 24(1), 103-122. <https://doi.org/10.34096/runa.v24i1.1266>
- Ramírez, M. L. (2006). *Geografía de la salud del Chaco: una aproximación al perfil sanitario y epidemiológico de la población chaqueña*. RIUNNE. <http://repositorio.unne.edu.ar/handle/123456789/537>
- Ramírez Hita, S. (2008). *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. Cooperación Italiana. Biblioteca de salud intercultural.
- Ramírez Hita, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. *Salud Colectiva*, 5, 63-85. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2009.v5n1/63-85/es>
- Reyburn, W. (1954). *The toba indians of the Argentine Chaco. An Interpretive Report*. Mennonite Board of Missions & Charities.
- Rodríguez Planes, L.I. (2018). *Análisis espacio-temporal de los patrones de infestación por vectores de la enfermedad de Chagas en viviendas rurales del Chaco argentino: domesticación y heterogeneidad*. Tesis Doctoral en Ciencias Biológicas. Universidad de Buenos Aires. <http://hdl.handle.net/11336/88872>
- Salomón, O.D., Orellano, P.W., Quintana, M.G., Perez, S., Sosa, S., Estani, S., Acardi, S. y Lamfri, M. (2006). Transmisión de leishmaniasis tegumentaria en Argentina. *Medicina*, 6, 211-219.
- Soto, A.C. (2015). *La política de salud para pueblos indígenas en "El Impenetrable", provincia de Chaco (Argentina)*. Instituto Nacional de Medicina Tropical del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, INMET.
- Szelag, E. A. (2015). *Ecología de Phlebotominae (Diptera: Psychodidae) y su relación con la transmisión de Leishmaniasis en zonas urbanas y rurales de la región del Chaco húmedo, Chaco, Argentina*. Tesis Doctoral en Ciencias Biológicas. Universidad Nacional de Córdoba. <http://hdl.handle.net/11086/12762>
- Tola, F. y Suárez, V. (2016). Salvoconductos chaqueños y pasajes bíblicos. En F. Tola y V. Suarez (Eds.), *El teatro chaqueño de las crueldades: memorias gom de la violencia y el poder*. Asociación Civil Rumbo Sur/Ethnographica.
- Villar, D. (2007). Religiones omnívoras: el chamanismo chané y las relaciones interétnicas. *Anthropologica*, XXV(25), 157-170. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.200701.007>
- World Health Organization. (2017). *Integrating neglected tropical diseases into global health and development: fourth WHO report on neglected tropical diseases*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565448>
- Wright, P. (1983). Presencia protestante entre aborígenes del Chaco argentino. *Scripta Ethnologica*, 7, 73-84.
- Wright, P. (2003). Colonización del espacio, la palabra y el cuerpo en el Chaco argentino. *Horizontes Antropológicos*, 9(19), 137-152. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832003000100006>
- Wright, P. (2008). *Ser-en-el-sueño: crónicas de historia y vida toba*. Editorial Biblos.
- Yadon, Z.E., Rodrigues, L.C., Davies, C.R. y Quigley, M.A. (2003). Cutaneous leishmaniasis in Northwestern Argentina: A retrospective case-control study. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 68(5), 519-526. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2003.68.519>