



Antropología Social

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

Gustavo J. Martínez

CONICET, Museo de Antropología, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba. E-mail: gustmart@yahoo.com

Resumen

El presente trabajo se concibe en el marco de un estudio de la etnomedicina de los pueblos tobas (qom) del Chaco Central, Argentina, y pretende mostrar - a partir de la caracterización de la misma y del estado actual de los procesos de salud/enfermedad- algunos de los desafíos que supone una gestión intercultural en materia de salud en la región conocida como Impenetrable chaqueño. Para ello nos detendremos en la consideración de tres aspectos: Las prácticas médicas tradicionales en el sistema sanitario local, la salud materno- infantil, y las problemáticas de salud vinculadas al ambiente. Desde el punto de vista metodológico discutiremos algunos marcos teóricos y el estado actual en torno a estas temáticas, a la luz de información de campo obtenida de la conjunción de técnicas cualitativas, cuantitativas y participativas. Analizaremos para ello la complejidad del sistema etnomédico vigente en la región; los conflictos y articulación entre los diferentes escenarios y actores locales; las representaciones, pensamientos y praxis de las mujeres tobas vinculadas al ciclo vital; y por último, los conocimientos, actitudes y prácticas de los nativos en relación con los cambios ambientales y con las enfermedades a ellos asociadas. Como síntesis y corolario de cada una de estas temáticas, exponemos posibles lineamientos y sugerencias en orden a la gestión intercultural de la salud, considerando el contexto de pluralismo médico vigente, así como el aporte de diversos enfoques interdisciplinarios de investigación y acción, tales como las perspectivas etnoecológicas y los estudios de epidemiología crítica y comunitaria.

Palabras claves: tobas; Chaco Central; Impenetrable; salud; interculturalidad; etnomedicina.

Medical pluralism and ethnomedicine among the Toba (Qom) from Bermejito River (Chaco, Argentina). Challenges and contributions to intercultural management of health in the Chaco forest.

Abstract

The following article is conceived as part of a study of ethnomedicine of the people Toba (Qom) of the Central Chaco, Argentina, and aims to show - by characterizing of it and of the current state of health and disease processes - some of the challenges of intercultural management in health in the region known as "Impenetrable chaqueño". To do this, we will stop at the consideration of three aspects: traditional medical practices in the medical local system, maternal-infant health, and health problems related to the environment. From the methodological point of view we discuss some theoretical frameworks and current status on these issues by analyzing fieldwork information obtained from qualitative, quantitative and participatory methods. In the analysis we consider the complexity of the current ethnomedical system in the region; the conflicts and coordination among the different scenarios and local actors; representations and ways of thinking and acting of Toba women linked to the life cycle; and finally, knowledge, attitudes and practices of the natives in relation to the environmental changes and diseases associated with them. As a corollary and synthesis of each issue, we discuss possible guidelines and actions in order to the intercultural management of health, considering the current context of medical pluralism and the contribution of various interdisciplinary research approaches, such as ethnoecological perspectives, and the studies from critical and communitarian epidemiology.

Key words: Toba, Central Chaco, Impenetrable, health, multiculturalism, ethnomedicine.

Recibido 27-05-2011. Recibido con correcciones 15-11-2011. Aceptado 21-11-2011

Revista del Museo de Antropología 4: 195-210, 2011 / ISSN 1852-060X (impreso) / ISSN 1852-4826 (electrónico)

<http://publicaciones.ffyh.unc.edu.ar/index.php/antropologia/index>

Facultad de Filosofía y Humanidades – Universidad Nacional de Córdoba - Argentina

El Gran Chaco, un contexto de medicinas múltiples

En los diferentes ámbitos en los que se pone de manifiesto la diversidad étnica y cultural, como en Argentina, los procesos de salud/enfermedad se desarrollan por lo general, en el marco de un "sistema de atención" en el que coexisten diferentes sistemas médicos y, por tanto, diferentes actores de la salud, cada uno de ellos portadores de sus propios "modelos explicativos", es decir con nociones propias acerca de un episodio de enfermedad y de su tratamiento. Estos modelos explicativos, dan cuenta de cinco cuestiones principales acerca de una enfermedad: su etiología, el modo de aparición y emergencia de los síntomas, la patofisiología, el curso de la dolencia y su tratamiento.

De esta manera, la caracterización de alguno de estos componentes del sistema de atención de la salud y su relación con los otros, requiere, entre otros aspectos:

- Una comprensión acabada del modo en el que los actores se representan, conciben y nombran las enfermedades, entendidas éstas en la doble dimensión que plantea Kleinman (1980), esto es: no sólo como desajustes en el funcionamiento biológico de un individuo (disease), sino también como padecimiento (illness) es decir, la experiencia psicosocial, significación y construcción de la misma.
- Los modos de diagnóstico y prácticas terapéuticas involucradas, entre ellas, el rol atribuido a los remedios naturales.
- El rol de los especialistas (profesionales biomédicos, shamanes, practicantes de la medicina casera o doméstica, líderes religiosos) en la articulación entre los diferentes escenarios y prácticas médicas (biomedicina, medicina tradicional, medicina doméstica y medicinas religiosas), siguiendo la categorización de las medicinas propuestas por Idoyaga Molina (2005).

En el marco de las "medicinas tradicionales", resulta particularmente visible que la noción de enfermedad, padecimiento, o desequilibrio, no se vincula sólo a lo meramente orgánico o social, sino también a otros ámbitos de la realidad como el mundo de lo sobrenatural. En todos los casos se ponen en juego representaciones acerca del poder de la naturaleza (plantas, animales, minerales, clima) o de las vinculaciones sociales (vecinos, parientes) o de los personajes sagrados (espíritus, entidades, deidades) así como de las propiedades intrínsecas enfermantes y/o curativas de cada uno de ellas (Idoyaga Molina 2005). Acuña aquí el término "medicina tradicional", siguiendo el criterio de la OMS (2002), y atendiendo a las consideraciones que señala Menéndez (1994)¹ en relación a lo "tradicional", esto es:

¹ Al respecto el autor advierte en relación con este término "Si bien la

no como una tipología esencialista, estática y ahistórica de las prácticas, enfoques, conocimientos y representaciones locales en salud/enfermedad, sino más bien –y desde una perspectiva relacional- como parte de un sistema cultural dinámico sujeto a transformaciones que operan en ella como consecuencia de los procesos y transacciones con la cultura dominante, la influencia de las políticas nacionales, de las instituciones y de la globalización.

Las medicinas tradicionales de los pueblos indígenas de Argentina no constituyen una excepción, y estos aspectos anteriormente señalados se hacen visibles en áreas de gran diversidad étnica y cultural y simultáneamente deprimidas en lo socio-económico, como ocurre con el Gran Chaco Sudamericano. 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 la degradación ambiental y la consecuente pérdida de biodiversidad, propician la emergencia o resurgimiento de enfermedades infecciosas (vgr. tuberculosis, dengue, cólera, leishmaniasis) y una mayor prevalencia de patología crónicas o endémicas (vgr. Chagas) (Palma 1985; Epstein 1995; Pignatti 2004). Los trabajos de Salomón (2002) Salomón et al. (2001, 2002, 2006) y Yadon et al. (2003) advierten, por ejemplo de un aumento en la prevalencia de leishmaniasis cutánea para las regiones del noroeste y noreste de Argentina y de una mayor exposición a los vectores del dengue (Curto et al. 2002). Por su parte, los estudios de Porcasi et al. (2006, 2007) refieren para el Gran Chaco argentino, el incremento en los últimos años, de los casos agudos de tripanosomiasis (Mal de Chagas) con valores de infestación por *Triatoma infestans* (vinchuca) que superan el 50% de las viviendas y que alcanzan, en la provincias de Chaco y Formosa, proporciones inusualmente alarmantes (Diosque et al. 2004). Según los indicadores provistos por el Ministerio de Salud de la Nación y la OPS (2008), basados en fuentes como el INDEC, la provincia de Chaco es portadora de las estadísticas menos favorables en materia sanitaria en comparación con el resto de la Argentina, puesto que cuenta con las tasas más bajas de esperanza de vida al nacer en años para ambos sexos

concepción de lo tradicional más extendida y persistente en la teoría antropológica puede referirse a una aproximación de tipo relacional, generalmente la misma ha sido planteada en términos tipológicos, eliminando, en consecuencia, la posibilidad de una perspectiva transaccional. Si bien tendencias como las del marxismo gramsciano, el interaccionismo simbólico y una parte del construccionismo desarrollaron propuestas relacionales, las mismas casi no han sido aplicadas a la investigación de los procesos de salud/enfermedad/atención por la antropología latinoamericana. En la denominada medicina tradicional, en particular, ha seguido dominando una aproximación tipologista, que diverge en cuanto al sentido ideológico que le da el manejo de los tipos. Una parte centra su interpretación en el polo moderno y se refiere en consecuencia al mismo eventual desarrollo del (o de los) tipo(s) tradicional(es), o establece una suerte de autonomía de cada uno de los tipos, de manera que el tipo tradicional es analizado como igual a sí mismo y escasamente afectado por los procesos de transformación"

(69,97), la mayor tasa de mortalidad ajustada por edad (TMAPE= 8,61), el segundo lugar en el porcentaje de población no cubierta con Obra Social o Plan Médico (65,5%) después de Formosa y entre los primeros en morbilidad por tuberculosis (TBC) y Chagas vectorial agudo. Específicamente en la región conocida como "Impenetrable chaqueño", en la zona de influencia del río Bermejito (Departamento General Güemes) –área donde desarrollamos nuestras investigaciones-, sólo un 28,4 % de la población es económicamente activa, presentando asimismo, el porcentaje más alto de población con necesidades básicas insatisfechas -NBI- (54,9%) y de analfabetismo (16,8%) en relación con los otros departamentos de la provincia de Chaco (Ministerio de Salud de la Nación – OPS, 2006). El Dpto. General Güemes presenta, según la misma fuente, y en relación con otros departamentos de Chaco, el segundo valor más altos de defunciones maternas (2‰), infantiles (51‰), neonatales (27‰), postneonatales (24‰) y el primero en defunciones de niños de entre 1 y 4 años (17‰). Las recurrentes denuncias de organismos de derechos humanos por genocidio étnico y desconocimiento del rol del estado en atención de la salud (Véase las páginas www.centromandela.com.ar; <http://argentina.indymedia.org/news/2009/01/651374.php>, entre otras afines), así como los valores que acusan los indicadores de salud materno infantil del departamento en comparación con el resto del territorio provincial, evidencian lo crítico y complejo que resulta la problemática sanitaria en esta región.

Atribuir este complejo panorama sanitario sólo a la coyuntura macrosocial y económica, sin embargo, no conduciría sino a una interpretación reduccionista de las causas; debemos reconocer también el pobre conocimiento y comprensión que por lo general se tiene de la etnomedicina de estos pueblos, y con ello, los escasos esfuerzos dirigidos hacia una gestión intercultural de la salud. Es necesario para ello, que éstas y otras investigaciones de índole similar (vgr. prevalencia de parasitosis, tuberculosis, desnutrición, salud materno-infantil), se sustenten no sólo en información epidemiológica despojada de los saberes de los nativos, sino que también incluyan cuestiones socioculturales, tales como la influencia de su cosmovisión o los modos de representación de la enfermedad entre los actores locales; aspectos éstos, rara vez considerados.

Los tobas, conocidos también como *qom* o *qom'ek*, son un grupo indígena integrante de la familia lingüística Guaycurú que conforman una población de unos 80.000 integrantes, cuyo hábitat se encuentra hoy en forma mayoritaria en la región del Gran Chaco, particularmente en el Chaco Central y Austral de Argentina (en las provincias de Chaco y Formosa) y un pequeño núcleo en el Chaco Boreal paraguayo (ENDEPA 1996; Censabella 2000). Al igual que otros grupos indígenas del Gran Chaco, las condiciones sanitarias de estos aborígenes, y

particularmente la de los tobas del Chaco Central, en la provincia de Chaco, resulta crítica, tal como lo denuncian los alarmantes índices de morbi-mortalidad materno infantil y otros indicadores como el de NBI anteriormente expuestos.

Con una composición claramente intercultural y un predominio de población aborígen, se advierte en la región, la vigencia de un contexto sanitario múltiple en el que coexisten la medicina shamánica (desempeñado por sus especialistas, los *pi'oxonaq*), la medicina doméstica o casera, las curaciones religiosas pentecostales y la medicina oficial en los centros de salud, a cargo de profesionales biomédicos y agentes sanitarios tobas. A pesar de este pluralismo, y de la existencia de algunos programas² que consideran en sus praxis esta realidad, la medicina tradicional toba no se encuentra, en los hechos, articulada con la medicina oficial, siendo el uso de remedios naturales y la cura shamánica una de las primeras opciones terapéuticas a las que recurren los pobladores locales (Martínez 2007a).

Una aproximación interdisciplinaria para la comprensión de la etnomedicina toba

Centrados en una perspectiva etnoecológica nos hemos adentrado, en contribuciones anteriores (Martínez 2007a; 2010 a,b,c,d; Martínez y Barboza 2010), a la temática de la etnomedicina toba, detallando el modo en el que los nativos conciben y nombran las enfermedades, las representaciones etiológicas de las mismas, así como algunos criterios terapéuticos que se evidencian en el uso de la farmacopea natural.

En el presente trabajo pretendemos mostrar, algunos de los desafíos requeridos en orden a una gestión intercultural en materia de salud en la región de estudio. Proponemos abordar el mismo desde el ámbito de la Antropología médica, con una perspectiva socioculturalista, y en el marco de una corriente eminentemente práctica conocida como Antropología Aplicada a la Clínica (Clinically Applied Anthropology: CAA). La misma procura explorar en el campo etnográfico temas de aplicación a la salud pública o a la formación de profesionales, asumiendo fundamentalmente planteamientos interpretativos, "emic" y culturalistas (Comelles y Martínez-Hernández 1993). Coincidimos con Fernández Juárez (1999) en que ésta "constituye una perspectiva analítica particularmente oportuna en ciertos estados de América Latina, de marcado talante pluricultural y multilingüe donde las aplicaciones médicas adoptan multitud de formatos divergentes, y las prácticas y categorías cognitivas

² Nos referimos a los programas "Médicos Comunitarios" del Ministerio de Salud la Nación y "Médicos del Mundo" que trabajan con las comunidades Toba-Qom en el Espinillo y Villa Río Bermejito; éste último lleva adelante desde hace un par de años, un proyecto de combate al Mal de Chagas en el marco de una estrategia promocional de salud en los territorios indígenas, mediante la capacitación de promotores interculturales en salud.

diferenciadas entran en conflicto frecuente con las aspiraciones de la medicina formal o convencional”.

Para ello nos detendremos en el análisis de tres aspectos vinculados a la salud de este pueblo, tópicos que se escogieron a partir de una revisión y valoración minuciosa de nuestro corpus de material documental en la región:

- 1) *Las prácticas médicas tradicionales en el sistema local de salud*
- 2) *La salud materno infantil*
- 3) *Las problemáticas de salud vinculadas al ambiente*

Desde el punto de vista metodológico discutiremos estas temáticas a la luz de información de campo obtenida de la conjunción de métodos cualitativos, cuantitativos y participativos en instancias diferentes y recurrentes de la investigación (Ardón Mejía 2001; Martínez 2008). Junto a los registros de la observación participante en unidades domésticas, recurrimos al empleo de entrevistas abiertas, extensas y recurrentes, además de encuestas semi-estructuradas a miembros de la comunidad de distinto status social, sexo y edad, y en particular, a profesionales de la salud. Consideramos además, instancias participativas que permitieron obtener un auto-diagnóstico de las problemáticas sanitarias, desde la perspectiva de los actores locales; entre ellas, un taller de salud materno infantil (Hecht et al. 2008) y otro de prevención de enfermedades hídricas (Martínez 2009). La información etnoecológica y etnobotánica a la que haremos referencia en este trabajo se obtuvo a partir de las metodologías de estos campos interdisciplinarios, recurriendo tanto a encuestas de referencia como la guía etnobotánica propuesta por Arenas (1995) y a la documentación de especímenes vegetales y animales, tal como detallamos en nuestras investigaciones previas, antes citadas.

Desafíos para una gestión intercultural de la salud

- 1) *Las prácticas médicas tradicionales en el sistema local de salud*

En el marco de la medicina tradicional indígena del Gran Chaco, la **práctica shamánica**³ constituye uno de los escenarios con mayor gravitación y una de las instituciones que ha concitado gran interés entre los investigadores (Arenas 2000, 2009). De hecho, un estudio previo acerca de trayectorias terapéuticas en torno al sistema etnomédico toba nos muestra que la mayoría de las dolencias se tratan recurriendo en primer lugar a sus shamanes o *pi'oxonaqpi*, o al menos éstos constituyen en la mayoría de los casos una referencia ineludible (Martínez 2007b). Dada su capacidad para mediar y comunicarse con los distintos ámbitos y seres del cosmos, la figura del

shaman estuvo tradicionalmente investida de un gran poder, manifiesto tanto en la capacidad que la comunidad le adscribe para curar y hacer el bien, como así también para enviar un mal, dañar o vengar. Para los pacientes los mismos shamanes son seres ambivalentes capaces de realizar la terapia y el daño, así como de exigir pagos que exceden la necesidad de la retribución, llegando en ocasiones a traspasar el límite de la justa compensación, dado el temor que éstos suscitan. A pesar de que este hecho resulta constatable entre las prácticas de salud de los tobas, un análisis de las relaciones económicas involucradas en la contraprestación de la terapia shamánica como el que presenta Tola (2001a), evidencia que la solicitud de remuneraciones excesivas no le supone al *pi'oxonaq* una contradicción ética, ya que este pago estaría destinado a satisfacer los requerimientos de los espíritus auxiliares que intervienen curando.:

“Según los pi'oxonaq, hay algunos que piden y necesitan, pero está bien cuando uno puede ayudar... Pi'oxonaq nada más (es) como un gasto, cobra grabador, caballo, ropa, cualquiera...; o cama, colchón. Los antiguos cobraban si estaba sanito puede cobrar caballo, poncho o una red. Porque es trabajito y hay que ayudarlo un poco, porque vivamos ahora nada más pidiendo, seguro va a componer y sanar, quería ganar, pero sanarlo no”

“Y usted confía en los pi'oxonaq de ahora?”
-No, Por ahí si me sana me pide bicicleta, vaca, caballo, grabador, colchón.

-Y qué pasa si no le da?

-...Y me va a dañar.” (Pablo, Cinta XXXVI)

“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”.

“Pi'oxonaq necesita porque es un trabajo; cuando se sana hay que pagarlo, no es como el Evangelio, tenés vida gratuita”

“La gente va buscando sanar, pi'oxonaq busca trabajo” (Silvio, Cinta XII)

Tal como lo señalan algunos relatos, más de una vez la eficacia del accionar shamánico es puesta en dudas por los mismos nativos. Esta situación remite al paciente, si no a desconfiar críticamente de su honestidad, al menos a compararlo con los tiempos pretéritos, en los que los shamanes “antiguos”, dotados de más poder que los actuales, solicitaban una retribución más proporcionada y sólo en aquellos casos en los que una curación era confirmada.

Otro de los escenarios en los que se advierten prácticas de curación es el de los **cultos pentecostales** característicos de las actuales iglesias indígenas locales. La curación

³ El shamanismo toba, ha motivado diversos estudios, entre ellos los de Miller (1975, 1979), Wright (1984, 1988, 1992a, 2005) Tola (2001a) y Citro (2002, 2009).

involucra la liberación y expulsión de malos espíritus, posesiones y otros agentes mediante la imposición de manos, oraciones, danzas y cantos colectivos y rituales que suele dirigir el pastor u otro miembro experimentado de la iglesia. La gratuidad en la prestación del ritual de sanación, junto a la connotación de poder que tiene la curación atribuida a la Biblia, o al mismo Dios constituyen algunos de los aspectos más atractivos de este espacio de sanidad.

"Acá para nosotros, aborígen no alcanzamos para pagar las clínicas y después de ahí cómo podemos vivir, salvar y encontrar la paz, adónde va a ir. Yo me fui al Evangelio".

"y bueno, decía mi tío, vamos a hacer una fuerte oración para nuestra hermana; hicieron una oración fuerte, como una hora, y después decía el evangelista a nuestra hermana: si estaba bautizada va a sanar... Y se sanó la misma noche" (Felipe, Ct XVII)

Con una prédica inicialmente hostil hacia los shamanes, basada en el abandono de vicios y malas costumbres, en el seno de estas iglesias, y a la luz de las prácticas pentecostales -tales como el bautismo por el Espíritu Santo, la glosolalia o don de lenguas, la cesión de poderes, la lectura de pasajes bíblicos, el profetismo, el canto, el soplo del espíritu, las danzas, entre otros- operó un fenómeno de síncretismo y resignificación de algunos elementos tradicionales del shamanismo y de la cosmología toba (Wright 1992b). En el contexto del Evangelio (así llamado por los nativos al movimiento socioreligioso de carácter sincrético caracterizado por una organización propia con una estructura y liderazgo indígena), antiguos bailes como el *nmi* o "baile sapo" vinculados con festividades profanas, se han resignificado y transformado en verdaderas performances pentecostales:

"Antes ellos hacían ronda y se disfrazaban. Igualito que ahora, se disfrazan y hacen ronda, y corren, y hacen danza de ese baile sapo. Pero lo que pasa que ahora es del Evangelio... es para encontrar a Dios, para sanar, que se yo, para las enfermedades, orar por la familia que (se) conserve bien, que le den salud" (Fernando, Ct XVII)

En los comienzos de la tarea misionera, el pentecostalismo estuvo reñido con el shamanismo, prohibiéndose la actividad de los *pi'oxonaq* así lo señala el siguiente relato:

"Mi papá era pi'oxonaq, cuando llegó a la iglesia pentecostal, no existe más... ya no podía ir más ni para curar, dijo el misionero... A él le enseñó la gente que le va a prohibir la curación de los hermanos... de ahí se confundió la gente, porque hay algunos que pican la víbora, entonces ellos

mismos (los pi'oxonaq) tenían que curar... pero cuando llegó esta palabra que obligatoria del misionero Durik entonces no hicieron más... siempre el evangelio nomás... por eso hay muchos que, según lo que yo le vi, teníamos un pariente que le picó una víbora de esas venenosas no?, entonces esa misma gente se curaba, pero con la Palabra de Dios, oraba la gente, y se sanó, cayó un milagro... sanaba como (en) tres días, ya estaba sano la persona" "por un tiempo le hizo caso, dice que mi papá dejó todo esto de la curación, (pero) la gente se morían, los chicos se morían, entonces agarraban y curaban nomás, no le importaba nada" (Fernando, Ct XVII)

Sin embargo, en la actualidad los espacios del culto han adquirido autonomía en lo religioso, conformándose una estructura en la que las curaciones shamánicas y los cultos pentecostales coexisten, aunque con mayor o menor tensión según la agrupación de la que se trate:

"antiguamente era este, no existía las iglesias o las congregaciones entonces el pi'oxonaq más antiguo no conoce lo que es este la parte del culto, la parte de un movimiento o de una junta de las congregaciones, en la actualidad sí, en este tiempo sí, los pi'oxonaq también puede, puede asistir por un razón de enfermedad de un hermano, se le ora y después se lo atiende, se lo hace atender a los curanderos... a veces en el mismo patio de una congregación, por ejemplo si hay una junta digamos" (Honorio, Ct L)

El autotratamiento, medicina doméstica o casera

-una de las primeras instancias a las que por lo general se recurre para dar respuesta a problemas de salud de menor cuantía- consiste en la aplicación de remedios conocidos de manera corriente por los miembros de la comunidad, muchas veces mujeres ancianas, sin que esto suponga el dominio de un saber especializado. Un lugar particular reviste aquí el empleo de plantas, y en menor medida de animales y minerales que constituyen una vasta farmacopea natural, cuyo conocimiento y uso concierne no sólo a la comunidad en general, sino también a los *pi'oxonaq*.

Entre los tobas, los términos *lata'* y *natannaxanaxat* se emplean para referir el concepto de "remedio". Por su parte las palabras *natannaxanaxat* (masc) y *natannaxanaqte* (fem) se utilizan para referirse a los "remedios", "medicamentos" o en general a cualquier elemento que se usa para curar (los sufijos *-axat* / *aqte* indican "instrumento" y la base *nata* significa sanar o curar). Con un sentido más amplio y diferentes significados, el término *lata'* entre nuestros entrevistados se expande y se aplica a: a) La farmacopea vegetal; b) La farmacopea animal; c) Otros remedios basados en productos elaborados o sustancias industrializadas (por ej. caucho de un neumático, querosene); d) Cualquier

“medicina del blanco” (*doqshi lata*), esto es los medicamentos provenientes del campo de la biomedicina, tales como aspirinas, antibióticos y otros que se proveen en los dispensarios, cualquiera sea su forma de aplicación; e) Plantas y materiales utilizados en los momentos finales de la vida (por ej. sustancias y procedimientos empleados con fines de venganza y otras sustancias; f) Remedios sociales o plantas utilizadas para propiciar la suerte en la vida amorosa, éstos últimos agrupados en algunos casos bajo la denominación de *iyaxaic*.

A pesar de la preeminencia shamánica en la terapéutica de las etnias chaquenses ya señalada, la farmacopea toba se compone de un vasto número y variedad de especies y productos, registrando en nuestras investigaciones etnobiológicas más de 260 especies, pertenecientes a 121 familias de plantas y animales (Martínez 2008; 2010a). Este amplio número de medicamentos resultaría indicador -además de los activos contactos de los grupos tobas, con culturas y pueblos vecinos dotados de una riqueza herbolaria - del gran predicamento que estos productos tienen entre los nativos. Si consideramos la farmacopea natural toba en su conjunto (vegetal y animal), la mayor parte de las aplicaciones medicinales se destinan al tratamiento de afecciones de la piel, del aparato digestivo, la atención del ámbito gineco-obstétrico y de las enfermedades infecciosas y respiratorias. Mientras en la farmacopea vegetal la mayor proporción de usos se destina al ámbito de la gastroenterología, dermatología y ginecología y obstetricia, la farmacopea animal aporta un gran número de usos especialmente en el tratamiento de las afecciones de ojos, oídos y boca, de la piel, siendo de menor cuantía las del ámbito de las dolencias de las vías respiratorias. El análisis de las razones -explícitas o implícitas- que motivan la elección de un determinado remedio, tal como discutimos en otra contribución (Martínez 2010a), sugiere un conjunto de criterios terapéuticos subyacentes en su empleo, entre ellos, criterios basados en la eficacia biológica (como sabores, aromas, condiciones térmicas) y criterios basados en eficacia simbólica (como asociaciones con el contenido metafórico de los remedios y la doctrina de la forma, asociación con nociones de contagio o con la manipulación del poder y la comunicación con los espíritus y dueños de las especies). Vemos, en suma, que los remedios naturales constituyen un aspecto primordial de la terapéutica toba de particular relieve en la medicina casera o autotratamiento, siendo el acompañamiento de la mujer en su salud reproductiva, las curaciones de afecciones de la piel, esguinces, torceduras, afecciones digestivas y respiratorias, así como otras dolencias menores, algunos de los procesos de salud-enfermedad más comúnmente atendidos en forma doméstica.

Finalmente, la oferta terapéutica de la **biomedicina**, a cargo de profesionales médicos y enfermeros, también concita el interés de los nativos, en particular para la atención del niño, la mujer gestante y los partos, situación

esta última que, en ocasiones involucra la participación más o menos activa de comadronas indígenas. Los agentes sanitarios bilingües tobas, a pesar de la exigua capacitación que por lo general reciben y de su rol como mero auxiliar funcional al sistema biomédico, constituyen un nexo valioso en la articulación de los diferentes escenarios de este sistema de salud, ya que su accionar permite acortar las distancias idiomáticas y culturales entre los tobas y los *doqshi* (blancos). Por lo general son empleados en salas de primeros auxilios o en puestos alejados de los centros de salud, donde llevan a cabo tareas de atención primaria de la salud, tales como control de peso y talla y vacunación de los niños. Aun cuando se recurre a la biomedicina con frecuencia, ésta no constituye un escenario necesariamente obligado en las trayectorias terapéuticas; a pesar de ello constituye una primera elección cuando se requiere de acciones rápidas y eficaces, tales como el empleo de analgésicos en dolores de muelas, el uso de antidotos contra picaduras de serpientes o la atención de la salud de los niños. Algunas de las prácticas biomédicas que reciben una particular aceptación y confianza por parte de los tobas, son la vacunación de los niños o las radiografías, puesto que son resignificadas a partir de otras culturales, tales como las escarificaciones practicadas para fortalecer el cuerpo, y la visión shamánica de la etiología de una enfermedad, respectivamente. Por el contrario, los inyecciones, internaciones y en general, los hospitales constituyen prácticas y espacios cargados de una connotación y calificación negativa. Se trata éste último de un ámbito peligroso, amenazante que es refigurado a partir de las nociones nativas sobre daño y enfermedad. De allí que no resulta inusual que se esgriman acusaciones hacia los médicos blancos de vehiculizar en forma deliberada un deterioro en la salud de los indígenas, tal como sugieren diversos testimonios que expresan su temor frente a la administración ex profeso de una sustancia o dosis, si no letal, al menos inapropiada para los indígenas.

A pesar de que en la actualidad los tobas poseen un mayor acceso a los servicios de la medicina biomédica en comparación con el pasado, los nativos refieren que en el presente las interrupciones en materia de salud son más frecuentes, atribuyéndolas, entre otras razones, a la inserción en el mundo de los blancos con la consecuente aparición de nuevas enfermedades, a la pérdida del poder y/o protagonismo de sus shamanes que no pueden dar una respuesta apropiada a las nuevas dolencias, a la falta de equidad social y a los cambios ecológico-ambientales. En este contexto resultan frecuentes los relatos en los que el presente se compara con un pasado idealizado caracterizado por una vinculación de mayor reciprocidad y un mayor bienestar en la salud (ligado esto último a un mejor acceso a los recursos del monte, y con ello a otro tipo de alimentación y de medicinas).

“El mundo indígena hoy estamos como que nosotros entramos en una cultura que nosotros no estamos

preparados para meterse, convivimos con los blancos, comemos lo que comen los blancos y a la vez a nosotros nos daña, por ejemplo en las vesículas. Hay una enfermedad, al comer mucha grasa que se yo, toda esa cosa que la harina, que las aguas, que el cloro y nos afecta a nuestra salud; no es como antes...por eso como vos decías, la responsabilidad de los pastores, la responsabilidad de los líderes del pueblo indígena, tiene la responsabilidad de dar esa advertencia y a la vez dar un consejo, porque ese consejo ya venía hace mucho años, de nuestros ancestros, por eso en el mundo indígena en aquel entonces era fuerte, no hay chico que es desnutrido, no hay chico que es débil, no hay chico que es discapacitado, porque todo tiene sus prevenciones” (Honorio, Ct L)

Resulta evidente, asimismo, la dificultad de articulación de la biomedicina con los saberes y prácticas locales, aspecto que sólo podrá sortearse a través de una vinculación menos hegemónica -en términos de Menéndez (1992)- y más horizontal y participativa en relación con los otros escenarios de curación, que permita a los nativos la apropiación de nuevas prácticas.

Descrito el panorama complejo de este sistema etnomédico, podemos señalar algunos de los desafíos que supone a este pluralismo médico la consecución de la interculturalidad en materia de salud, a la vez que ponemos en consideración posibles sugerencias o acciones, las que agrupamos teniendo en cuenta algunos criterios y lineamientos generales:

a) Adopción de un enfoque intercultural bilingüe, conocimiento del idioma y de las culturas vernáculas

- Generar contextos empáticos mediante la comprensión de las formas nativas de la enfermedad y curación, la aplicación de estrategias y fórmulas de complementación terapéutica y la inclusión de términos en lengua local.

- Conformar consejos asesores aborígenes como parte del equipo de salud, que permitan acortar algunas distancias generadas en la diferencia idiomática y cultural, mediante el desarrollo en conjunto de protocolos interculturales de atención de la salud (recepción-contacto-anámnesis, examen físico, indicaciones terapéuticas, entrega de remedios, derivaciones, seguimiento y control, etc), frasearios o léxicos anatómicos y materiales de educación sanitaria. Experiencias de esta índole han otorgado un notable impulso a la gestión de la salud en otras áreas de diversidad cultural, como en el caso de los pilagá en Argentina (Dell’Arciprete & Braunstein 2006), y de los mapuches de Chile (Ibacache Burgos et al., 2001). Éstas y otras prácticas, como la creación de un manual de educación sanitaria bilingüe intercultural, forman parte de una propuesta actualmente en desarrollo en nuestro equipo de trabajo, de próxima implementación en la región del Impenetrable.

b) Flexibilización de las prácticas institucionales que evidencien comprensión de la dimensión cultural y social de la enfermedad y el fortalecimiento de la identidad de las comunidades indígenas

- Dado que por lo general existe entre los profesionales biomédicos un profundo desconocimiento de la farmacopea natural utilizada por los nativos, sugerimos que los primeros se familiaricen con su uso, a la vez que puedan, a partir de un detallado análisis de los criterios terapéuticos con el que éstos se utilizan, distinguir aquéllos remedios cuya eficacia es de tipo simbólica, de aquellos con una eficacia de tipo farmacológica. Sugerimos, en este sentido, que las instituciones locales de salud evalúen la inclusión de especies en las que exista coincidencia acerca de la eficacia de sus propiedades o usos por parte de los pobladores nativos y de estudios de organismos oficiales de control (como los que se encuentren registrados en farmacopeas locales o latinoamericanas); también de aquéllas en las que existe un particular consenso intra e intercultural respecto de sus aplicaciones. Este tipo de conocimiento, que abrevia especialmente en investigaciones etno-farmacobotánicas, permitirá plantear formulaciones terapéuticas mixtas que combinen las prescripciones comerciales con algunos de las especies que conforman la farmacopea natural. Asimismo, se podría promover la implementación de una farmacia o huerto medicinal integral en el que estén presentes ambos tipos de medicamentos, siguiendo el modelo de “farmacias vivas”⁴.

- Evaluar la posibilidad de inclusión en los nosocomios de prácticas simbólicamente poderosas, como la imposición de manos, así como la participación de los pastores evangélicos o shamanes en las salas de atención, a fin de sostener la vinculación entre paciente enfermo y especialista.

- La actividad de los profesionales biomédicos podría investirse en mayor o menor medida de esta dimensión de poder simbólico, al adoptar, por ejemplo, el uso de su vestimenta (guardapolvos), o al recurrir a procedimientos que ponen en evidencia la extracción del agente enfermante, aspecto nuclear en la lógica terapéutica shamánica. Asimismo cuando los practicantes de medicina oficial recurren en sus explicaciones etiológicas y/o diagnósticos al uso de imágenes, radiografías o de elementos y/o sustancias que pueden extraerse y que representen a la enfermedad (ej.: pus, sangre) se refuerza la noción de “visión” del agente etiológico, y con ello de un eventual control sobre el mismo, homologable desde el punto de vista simbólico a la visión shamánica.

- Es necesario, que la atención hospitalaria propicie en los procesos de diagnóstico, atención y tratamientos, explicaciones detalladas y apropiadas para los nativos y que

⁴ Práctica de multiplicación ex situ desarrollada por Abreu Matos en Brasil.

cuenten con un servicio de atención y acompañamiento de los familiares de enfermos, permitiéndoles participar en el proceso de medicalización y administración de dosis terapéuticas, eliminando así prejuicios y temores hacia los nosocomios. Junto a ello el estado debería garantizar por parte del equipo de salud, y al interior de las aldeas y unidades domésticas, un seguimiento de los tratamientos sugeridos, en un proceso de acompañamiento post-atencional hacia afuera de los centros de salud, en articulación con la actividad de los agentes sanitarios y las salas de atención primaria.

- Promover la adecuación del espacio físico a las representaciones y estilos de vida de las comunidades atendidas (orientación, cardinalidad, señalización, sala de esperas, etc).

- Propender, en suma, al desarrollo de un modelo de atención y gestión interculturales que permita el fortalecimiento de la medicina e identidad indígena, el mejoramiento de calidad de los servicios de salud, así como un incremento en los recursos destinados a un acceso culturalmente apropiado.

c) Reciprocidad y simetría en la vinculación entre los diferentes actores: Capacitación, apoyo y colaboración mutua

- Proponer una capacitación intercultural y bilingüe cuyo foco central sea la labor de los agentes sanitarios y de los *pi'oxonaq*, habida cuenta de que su consulta por lo general resulta ineludible. Esta tarea debería formar parte de un plan de integración de estos actores en la atención primaria de salud, para lo cual se requiere jerarquizar esta tarea a través de la creación de cargos institucionales remunerados, tal como lo demandan los nativos, o la conformación de nuevas figuras tales como la del médico rural. En tal sentido esta propuesta requiere que se establezcan relaciones de poder más equitativas y simétricas en su vinculación y en los diálogos que se entablen entre los médicos convencionales y los especialistas locales, aunque sobre todo, de una decisión del estado en el sostenimiento y subsidio de este tipo de cargos y roles.

2) La Salud materno-infantil

Los desafíos para la gestión de la salud materno-infantil requieren en primer lugar un conocimiento de las maneras de pensar y actuar de las mujeres tobas con relación al ciclo vital. Dicho de otro modo, es preciso conocer cómo los actores recrean las prácticas en torno al cuerpo, el embarazo, la maternidad, la conformación de la pareja y la familia, entre otros aspectos. En contribuciones anteriores mencionamos los nombres vernáculos y aspectos etnofisiológicos que definen las diferentes etapas de la vida, así como el tratamiento de desequilibrios religiosos-rituales originados en la

transgresión de alimentos interdictos y conductas tabuadas (Hecht et al. 2008; Martínez 2007a, 2010b). Es en este contexto que las construcciones míticas de *Nsoxoi* (o la mujer antropofágica) y *Quemoxonalo* (Serpiente Arco Iris), resultan estructurantes de un sinnúmero de conductas, particularmente en circunstancias en las que se producen sangrados en la mujer (menstruación y postparto), tal como lo detallan una gran diversidad de escritos sobre la cultura toba (Arenas 2003; Citro 2000, 2009; Tola 2001b y otros).

En lo concerniente a la biomedicina, la atención de las mujeres y niños en la región de estudio compete, a un programa de salud materno infantil atendido por profesionales de la salud dependiente de Puestos sanitarios, cuya sede regional es el Hospital de Juan José Castelli. Con una franja importante de embarazos entre los 12 y 15 años, la maternidad se inicia a tempranas edades, y la planificación familiar por lo general comienza con mujeres que ya han tenido sus primeros hijos, aun cuando los centros de salud se encuentran provistos con "espirales" o dispositivos intrauterinos (DIU) y píldoras anticonceptivas. En general los métodos anticonceptivos provistos por la biomedicina no resultan ajenos para las mujeres indígenas, siendo el DIU y las píldoras hormonales los mejor conocidos. A pesar de ello, es muy restringido el empleo que de ellos hacen, puesto que se los percibe con desconfianza, en particular los DIU, dado el temor de que su uso ocasione alguna forma de pérdida de sangre, situación que, desde la perspectiva de la cultura *qom*, y al igual que la menstruación y el postparto, resultan amenazantes para la mujer y su entorno próximo. Por su parte, y a pesar de que se ha señalado que forma parte de los planes de educación sanitaria, el empleo de preservativos y otros métodos de barrera resulta prácticamente inusual y en muchos casos desconocidos, aunque no por ello inaccesibles. Por las razones anteriormente expuestas, es que entre las mujeres tobas, las plantas constituyen la elección preferencial a la hora de la regulación de la prole.

"Muchas jóvenes fallecieron por culpa del espiral, y le sacaban sangre, mucha sangre... Fue al curandero y le contó así y fue al hospital... no se puede sacar porque está muy adentro... Se murieron porque se hinchan. Tiene hilo, pero cuando había mucha sangre, ella tenía que tener bebé, y nació el bebé chiquito como un muñequito y murió por culpa de ese espiral." "los aborígenes nunca usaban eso... los más ancianos tomaban (la planta) toxorai lahuo" (Amelia)

Entre los tobas, una vez conformada una pareja -por lo general en la temprana juventud- se encuentra muy conservado el tradicional patrón de residencia matrilocal. La farmacopea natural resulta además, particularmente rica en la consolidación de la pareja, durante el embarazo, parto y postparto, contando con especies destinadas

a la constitución del vínculo afectivo (*iyaxaic*, payés o paquetes de magia de amor), a incidir en el sexo del niño gestante, a facilitar el parto, a la retención del embarazo, al tratamiento de la placenta y a la recuperación durante el postparto. Otro tanto ocurre con los cuidados del neonato, contando además con recursos naturales destinados a la cicatrización del ombligo, a la promoción de la lactancia, al destete y al control del comportamiento del niño durante los primeros meses de vida. Los detalles de las especies implicadas y sus aplicaciones en el marco de esta cultura fueron ya tratados en publicaciones previas (Hecht et al. 2008; Martínez 2007a).

La actividad de las parteras, por lo general mujeres de edad, ofrecen su servicio con un sentido más humanitario y de menor exigencia retributiva que los shamanes, razón por la cual su actividad suele ser más reconocida y aceptada desde el campo de la biomedicina, dando lugar a modestos intentos de articulación. De allí que en ellas confluyen los saberes ancestrales con los provenientes de procesos de capacitación reconocidos por la práctica médica oficial. Su capacidad de curar se hace evidente en las habilidades y técnicas manuales a las que recurren para la atención de los partos, y el profuso conocimiento que éstas tienen en relación a los cuidados gineco-obstétricos, particularmente acerca de los remedios naturales. Si bien no constatamos un rechazo explícito al parto hospitalario, existen una serie de factores que inciden en la plena aceptación de las prácticas biomédicas en esta etapa. Entre ellas señalaremos, el desconocimiento -por parte de los profesionales de la salud- de las prácticas prenatales y postnatales (por ej: en relación con la alimentación, la posición corporal, la disposición de la placenta y el uso de los remedios antes mencionados); conflictividad con las representaciones de la fisiología, corporalidad y género (ej: modos y reglas de los nativos en relación con la privacidad, pudor y respeto por el cuerpo, especialmente de la mujer indígena frente al profesional masculino; consideraciones durante etapas del sangrado de la mujer); desconocimiento, escasa información y rechazo de los nativos a ciertas prácticas como cesáreas, implantación de DIUs, episiotomías, ligaduras de trompas, entre otras.

El control nutricional de los niños y la salud alimentaria constituyen otro de los desafíos con los que se enfrentan los profesionales de la salud del Impenetrable chaqueño. Aunque en los primeros meses los niños se encuentran bien alimentados, la prolongación de la lactancia más allá del año, con una tardía incorporación de otros alimentos en la dieta, conlleva un punto de inflexión en el estado nutricional, que en ocasiones se manifiesta en una desnutrición de hasta 3° grado (Vallegia et al. 2002). A partir de esta etapa se advierte además, las deficiencias de una dieta poco variada en la que predominan los hidratos de carbono (especialmente en el consumo de farináceos), siendo reducida en proteínas y calorías. Desde el punto de vista de los nativos en cambio, la desnutrición (*pagaxaicatoc*) y ligado a ello la condición

de *chonek/chonna*⁵, se originan en la inconducta sexual de los padres de un neonato, que transgrediendo la pauta cultural de continencia sexual, reanuda las relaciones antes del primer año de vida del niño. Del mismo modo las transgresiones alimentarias durante el embarazo movilizan una reacción al interior del cuerpo femenino, ocasionando una enfermedad llamada *nhuel lashi*, en la que la placenta, animada por un espíritu propio, es capaz de devorar a un niño ocasionando abortos.

Habiendo caracterizado los aspectos salientes de los procesos de salud-enfermedad en el contexto del ciclo vital de los tobas, podemos trazar algunos desafíos para la promoción de la salud materno-infantil, a través de las siguientes propuestas:

a) Adopción de un enfoque intercultural bilingüe, conocimiento del idioma y de las culturas vernáculas

- Capacitar con la perspectiva de la educación bilingüe intercultural a las mujeres parteras, a los fines de promover: Una mayor asepsia y recaudos durante el parto (a través del lavado de manos, uso de guantes, desinfección de pinzas, tijeras y elementos de corte; forma apropiada de cortar el cordón umbilical, evitación en el uso de plantas oxitócicas); concientización y derivación de embarazadas y neonato en relación con el calendario de vacunación; remisión de embarazos y partos complicados a los centros de salud; promoción de actividades de educación e higiene de la madre y el niño.

b) Flexibilización de las prácticas institucionales que evidencien comprensión de la dimensión cultural y social de la enfermedad y el fortalecimiento de la identidad de las comunidades indígenas

- Incorporar en forma efectiva a las parteras en los Servicios de Salud Pública, particularmente en los Programas de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y el sistema de Atención Primaria de la Salud (APS). Para ello es necesario promover procesos de capacitación y a la vez suscitar una interacción dialógica con las normas, actitudes y valores así como con los conocimientos, prácticas y tecnologías provenientes de la medicina oficial, que les permitan consolidar su rol en tanto agentes promotores de la salud.

- Dada el estrecho vínculo entre la naturaleza del parto, el mundo de la sexualidad, la manifestación y expresión del dolor, y el sentido y valoración del pudor, resulta comprensible la preferencia de una atención femenina, doméstica y con los mismos códigos lingüísticos por parte de las aborígenes. Consideramos para ello oportuno

⁵ Durante la lactancia las relaciones sexuales también se encuentran prohibidas en la pareja; sin embargo, en caso de ocurrir un nuevo embarazo, la leche materna puede constituirse en fuente de enfermedad para el niño amamantado, ocasión en la que éste adquiere un estado enfermizo llamada *chonek* (varón) o *chonna* (mujer); los detalles de este tipo de desequilibrio pueden consultarse en el trabajo de Tola (1998).

promover entre los profesionales de la salud una sensibilidad hacia estos criterios de elección basados en las pautas culturales de los nativos, a los fines de disminuir los niveles de ansiedad de la paciente y propiciar una mejor comunicación, tanto en el reconocimiento como en la atención gineco-obstétricos.

- Incorporar en los procesos de atención de las madres púerperas en nosocomios, las principales prescripciones y cuidados alimentarios vinculados a las conductas tabuadas durante etapas de sangrado (ej: evitación de alimentos grasos, algunas carnes, incorporación de algunos alimentos y frutos del monte, entre otras), de manera tal que permita una mayor aceptación de las prácticas biomédicas por parte de las mujeres embarazadas.

c) Reciprocidad y simetría en la vinculación entre los diferentes actores: Capacitación, apoyo y colaboración mutua

- Instaurar un modelo social de nacimiento en donde el embarazo y el parto sean entendidos como eventos no sólo biológicos, sino también sociales; en tal sentido, es necesario que la atención obstétrica pueda desempeñar de manera eficaz su papel de apoyo, antes que uno hegemónico y dominante basado en "intervenciones medicalizadas y tecnologizadas", tomando la expresión de Güemes Pineda (2000).

- Realizar talleres de educación alimentaria destinados específicamente a la nutrición de los neonatos lactantes, considerando los alimentos disponibles en los planes sociales y asistenciales, así como los que se obtienen esporádicamente de la chacra doméstica y de la recolección del monte, muchos de éstos con una inestimable composición nutricional y calórica.

- Reformular con los nativos las nociones de riesgos y temores alimentarios y de otra índole, basados en la transgresión de conductas tabuadas, en particular aquéllos que inciden en forma negativa en la nutrición de los niños, como en el caso de la noción de *chonek/chonna* antes descripta.

3) Las problemáticas de salud vinculadas al ambiente

Señalamos en el comienzo, cómo las problemáticas ambientales – degradación de bosques y suelos, pérdida de biodiversidad, cambio climático y crisis hídrica, entre otras- van de la mano con el resurgimiento de enfermedades infecciosas, o la mayor prevalencia de patología crónicas o endémicas en la región del Gran Chaco. Es poco sin embargo, lo que se indaga acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas, así como las representaciones de los nativos en relación con los cambios ambientales y las enfermedades a ellos asociadas.

El ambiente y las culturas del Gran Chaco, para referirnos a una situación ambiental paradigmática, se encuentran signados por el agua, ya sea por su carencia durante los inviernos, o por los espejos de agua y desbordes de ríos (como el Bermejo, el Pilcomayo y afluentes) que se dan con las intensas lluvias de verano. Dependiendo de la calidad hidroquímica, la accesibilidad en las distintas épocas del año y la disponibilidad asociada con los periodos hidrológicos, las poblaciones rurales de secano en regiones áridas y semiáridas como las del Impenetrable, recurren para su abastecimiento a represas o balsas alimentadas por agua de lluvia, aljibes y pozos calzados o perforaciones para explotar el agua subterránea, entre otras fuentes, muchas de las cuales proveen agua de baja calidad microbiológica y físico-química, ocasionando las llamadas enfermedades hídricas. A título de ejemplo, podemos señalar cómo se estructuran nociones etiológicas en torno a estas dolencias, a partir de las representaciones vinculadas con el uso y aptitud del agua de consumo. En el caso del "cólera", por citar uno, se interpreta que el consumo y mezcla de aguas con diferentes condiciones térmicas constituye una causa de esta patología, tal como lo evidencia el siguiente relato.

"Al cólera dice que, los doctores... viene por un bicho del agua; pero no creo para mí, no creo. Viene por tiempo, no falta que si viene un tiempo así, o sea una agua está caliente, mucho sol le agarra al agua, ... o lo mejor nosotros no tomamos la agua caliente tomamos la agua fría, en agua fría salen ... ese cólera... a lo mejor si no tomamos lo que se (debe) tomar en el día, del agua lo que tomamos del día o sea, hace calor pero tomamos el agua o sea agua un poquito fresco o lo mejor medio caliente, así, tomamos, porque hay mucho sol, mucho, mucho calor, pero... hay algunos que toma mucho hielo, y con ese se sale la cólera" (Anselmo, Ct. XLV).

Del mismo modo en la explicación de las diarreas resulta habitual, su asociación con la condición térmica del cuerpo aludiendo como causas la movilización del calor o el frío al interior del organismo. Asimismo, los tobas admiten la importancia sanitaria de depurar el agua; en tal sentido reconocen cuatro prácticas diferentes, a saber: el hervido, la cloración con hipoclorito de sodio (mediante el uso de lavandina), el filtrado con un cedazo o tela (popularmente conocido como "colado") y la clarificación por medio de floculantes naturales u de otras técnicas. De todas ellas, el "colado" es la que goza de mayor popularidad, para lo cual se emplean trozos de telas, prendas de vestir u otros trapos. Con un evidente desconocimiento del nivel microscópico implicado en la contaminación bacteriana, los tobas consideran esta técnica sumamente eficaz, ya que permite evidenciar los restos de suciedad que se eliminan. En contraste, el hervido del agua, aunque eficaz, se lo considera poco práctico, por el esfuerzo que implica el tratamiento de los volúmenes de agua que se

requieren para el consumo diario. A ello se suman los cambios que esto ocasiona en el sabor -ya que la vuelve *aloqta* o desabrida-, y en su condición térmica, ya que al tornarse templada, pierde elpreciado carácter de *atom* o fresca. El empleo de lavandina resulta, en tanto, bastante impopular, no sólo por el notable cambio en el sabor del agua, sino porque además se desconocen las cantidades apropiadas para un uso eficaz, temiéndose por ello, eventuales envenenamientos.

"Nosotros no estamos acostumbrados al agua mineral y si tomamos agua del charco, después duele el estómago. El agua mineral no coincide el sabor. Si voy a Castelli el agua potable le curan y le dan un poco de lavandina; entonces cuando tomás agua del aljibe y agua potable (de red) te hace mal. Si tomo agua potable y llego al campo tengo que hervir el agua, si después la tomo como está te duele la panza"

"Y el (agua) del estero casi que nosotros estamos acostumbrados a tomar, por eso cuando tomamos agua de agua potable te hace mal; pero ahora recién estamos acostumbrando un poco...antes hacía diarrea" (Miguel, Ct, XXVIII)

"El agua hervida les gusta, pero es incómoda... no le conviene hervir si hay mucha familia, no hay tiempo; a los jóvenes les gusta hacer agua con lavandina, pero les hizo mal, le quema el estómago; es cierto, la primera vez te quema...no entienden cuánto hay que poner, es peligroso...hay una familia que casi se intoxicó por lavandina" (Marcelo, Cd. VI)

El uso de floculantes como cenizas, lejías y mucílagos de plantas, constituye una práctica aceptable, aunque no muy frecuente, especialmente usada cuando el agua está cargada de sedimentos, situación que se magnifica en periodos de sequía.

Vemos, pues, en este ejemplo que la percepción de las características térmicas y organolépticas, en particular el sabor, constituye un criterio cultural de notable influencia entre los nativos respecto del tipo de agua que consumen o utilizan, habida cuenta de las constricciones impuestas ya por el ambiente. Estos aspectos resultan preeminentes e independientes de la aptitud microbiológica del agua, cualidad que, al requerir la construcción de una noción de lo microscópico, no forma parte del universo de representaciones de los tobas; asimismo, no son tenidos en cuenta en el marco de las capacitaciones en salud.

Lo anteriormente expuesto pone de relieve que las investigaciones de este tipo, requieren de perspectivas holísticas y miradas interdisciplinarias, a los fines de evitar reduccionismos en las conclusiones y propuestas. Para ello, presentaremos las líneas de acción en orden a la promoción de la salud ambiental, y en torno a dos

enfoques interdisciplinarios –estrechamente vinculados– que consideramos pertinentes para el abordaje de estas problemáticas:

a) En primer lugar, una *perspectiva etnoecológica* permite realizar una documentación precisa de la nomenclatura vernácula, percepción y usos de los recursos naturales (vegetales y animales) y ambientales (vgr. reservorios de agua, monte, vivienda, espacio peridoméstico) estrechamente implicados en la ecología sanitaria de estas enfermedades (vgr. plantas medicinales vermífugas, insectífugas, acuíferas y floculantes, insectos vectores, entre otros). Particular interés revisten aquí los conocimientos, actitudes y prácticas culturales que –desde el punto de vista de los nativos y desde la biomedicina occidental– se consideran nocivos o inocuos para la salud y que inciden particularmente en la prevalencia de enfermedades ambientales en la comunidad toba. La información etnoecológica que pueda relevarse en procesos participativos como los talleres con la comunidad, constituye una fuente y material de invaluable interés por su aplicación para el diseño y confección de cartillas, materiales educativos y otros recursos de amplia utilidad para las organizaciones no gubernamentales, escuelas, instituciones locales, agentes de salud y otros actores que trabajan en la promoción de la salud personal, comunitaria y ambiental de los aborígenes chaqueños. Permite asimismo dimensionar el valor de la diversidad biológica y cultural, de las estrategias adaptativas de estos pobladores frente a los cambios medio-ambientales y del fortalecimiento de la identidad local a través de la sistematización y difusión de los saberes vernáculos sobre el ambiente y los recursos naturales.

A manera de ejemplo, y en relación con los aspectos etnoecológicos asociados con la problemática de las enfermedades hídricas, señalaremos algunas propuestas como:

- Evidenciar y visibilizar -a través de talleres educativos mediante el empleo de material óptico y/o audiovisual– el nivel microscópico característico de la mayoría de los procesos en los que intervienen agentes patógenos causantes de las enfermedades hídricas.

- Trabajar en acciones de prevención y promoción de la salud que permitan un uso apropiado del agua de esteros y represas con fines domésticos, propiciando, entre otras cosas, el empleo de especies vegetales depuradoras, o su resiembra en caso de considerarse necesario, así como su cercado para evitar el paso de animales.

- Promover en la formación de los agentes sanitarios y promotores de salud, así como en los planes de emergencia, la incorporación de otras técnicas tradicionales de potabilización y filtrado del agua especialmente aquellas de bajo esfuerzo, tales como el empleo de plantas floculantes o, la incorporación de otras sencillas tales

como la decantación y el uso de filtros de piedra y arena.

- Dada los altos niveles de radiación solar que caracterizan al Impenetrable chaqueño, y la magnitud de la carga microbiana del agua de consumo, consideramos oportuno ensayar con la comunidad alternativas de potabilización como el empleo del método SoDis (Solar Desinfection)⁶, de amplia aceptación en otros contextos latinoamericanos de interculturalidad.

- La eventual incorporación de otras sustancias potabilizadoras en planes sanitarios, no debe soslayar las categorías perceptuales de los nativos en relación con el agua, siendo aconsejable incorporar los aportes del léxico vernáculo sobre sabores, olores y otros aspectos de la percepción. En tal sentido proponemos evaluar de manera participativa, la aceptación en el uso de sustancias que promueven procesos foto-oxidativos del agua como el dióxido de titanio (para eliminar materia orgánica y hasta sustancias tóxicas) y óxidos de hierro y limón (utilizada para eliminar excedente de arsénico en el agua), algunas de ellas empleadas con éxito en otras zonas áridas del país y el mundo.

b) En segundo lugar, y con sustento en el paradigma sociomédico, los estudios de *epidemiología crítica, sintética y comunitaria* proponen articular los procesos biológicos de morbilidad con los económico-sociales, culturales, políticos y ecológicos de los grupos afectados y hacerlo desde una perspectiva renovada y abierta a una construcción multicultural. Para ello es necesario un trabajo conjunto entre investigadores, equipos de salud y comunidades indígenas así como el empleo de algunas de las herramientas metodológicas que permitirán explorar y poner en discusión y análisis categorías por lo general silenciadas por la epidemiología convencional (CEAS 1998). Destacaremos entre estas herramientas, la elaboración de "perfiles epidemiológicos" como recursos de síntesis (Breilh 2003), la incorporación y complementación con una epidemiología de saberes populares y de sentido común y el empleo de técnicas alternativas de epidemiología comunitaria o manejada por la gente (Tognoni 1997). Desde esta perspectiva destacaremos las siguientes propuestas destinadas a la gestión de la salud ambiental:

- Trabajar con las comunidades desde la perspectiva de la epidemiología crítica o comunitaria mediante la construcción de un "perfil epidemiológico" regional y actualizado de y con la comunidad toba del Impenetrable, en relación con las enfermedades ambientales que permitan el monitoreo participativo de los factores biológicos, ambientales y socioculturales, y la identificación

⁶ El método consiste en el llenado con agua de botellas descartables transparentes y su posterior exposición al sol durante al menos seis horas seguidas, a los fines de eliminar mediante la combinación de la radiación infrarroja y ultravioleta, la carga de microorganismos, bacterias y virus (como los de la malaria, cólera y hepatitis) (Meierhofer & Wegelin 2003).

de "procesos protectores o benéficos" y "procesos deteriorantes o destructivos", según las categorías de Breilh (2003), que operan entre los nativos a nivel individual, grupal y social.

- Conformar un equipo intercultural con participación de agentes sanitarios, docentes y/o estudiantes tobas y miembros del equipo de investigación, a fin de implementar un modelo de obtención de información de terreno en unidades domésticas. Se pretende con ello ensayar una praxis de monitoreo y vigilancia epidemiológica -que promueva la conciencia comunitaria de la complejidad ecológica y ambiental de los procesos epidémicos asociados a las enfermedades ambientales-, y a la vez, desarrollar perfiles comunitarios de respuesta-protección.

- Junto con la información sistemática obtenida en terreno por los nativos, introducirlos al manejo de tecnología para registro audiovisual (fotografías, videos) que les permita documentar desde el punto de vista de los propios actores, los procesos deteriorantes - destructores y/o protectores - benéficos de la salud.

- Desarrollar una propuesta de vigilancia, así como líneas de autogestión y acción comunitarias destinadas a la prevención de enfermedades ambientales, a través del diseño de instrumentos y materiales de aplicación para la educación sanitaria intercultural y bilingüe, entre ellos: cartillas, manuales de promoción de la salud y pautas de programaciones radiales (dado la primacía de la oralidad en la comunicación de los nativos y el actual protagonismo de éstos en radios locales por ellos gestionadas, y con una transmisión mayoritaria en lengua vernácula).

Conclusiones

A lo largo de este trabajo nos adentramos en los rasgos característicos de la etnomedicina toba y de la complejidad del sistema local de salud del Impenetrable, así como en el de los alarmantes indicadores socio-sanitarios de esta región.

Vimos que, en el complejo entramado del sistema etnomédico toba, la complementariedad terapéutica -impulsada por organismos y declaraciones internacionales como la de Alma Ata -constituye una estrategia desarrollada en primer lugar entre los indígenas, mas no se encuentra aún implementada, al menos en la práctica, por las políticas sanitarias locales. De hecho, y a excepción del rol de meros auxiliares funcionales al sistema biomédico que se les confiere a los agentes sanitarios bilingües, no es común encontrar servicios que desde la biomedicina procuren armonizar e integrar en sus prácticas médicas, a los actores locales, en particular a los practicantes tradicionales como shamanes y parteras. Si esto es así a nivel de centros de salud, resulta aún mucho más difícil encontrarnos con políticas de salud participativas que, sobre la base del respeto por la

interculturalidad, revaloricen las medicinas tradicionales tal como lo propone la Organización Mundial de la Salud.

Mostramos, cómo a lo largo del ciclo vital, se estructuran prácticas de salud con la cosmovisión y pautas culturales muy arraigadas entre los tobas, cuya consideración resultan indispensables para el abordaje integral de la atención de la salud materno-infantil. Señalamos asimismo, el rol y necesidad de promover una capacitación recíproca de los profesionales biomédicos y de los actores locales, especialmente shamanes y parteras, de manera tal que las diferencias idiomáticas y culturales no constituyan una barrera cultural y obstaculicen el diagnóstico y tratamiento médico. La consideración de las concepciones corporales y fisiológicas de la mujer y el niño y de las representaciones en relación con el ciclo vital, son algunos de los aspectos cuyo conocimiento por parte de los profesionales de la salud permitirá guiar decisiones en la gestión de la salud materno-infantil, acortando las asimetrías médico-paciente para hacerla tan próxima y cotidiana como ocurre con la actividad de las parteras indígenas.

Hemos reflexionado también, acerca de lo valioso que resulta contar con una mirada integrada, y que contemple aspectos socioculturales y etnobiológicos, respecto de la dinámica de problemáticas sanitarias ambientales de relevancia local. En este sentido consideramos que los procesos de investigación participativa, aplicados a las investigaciones etnoecológicas de las enfermedades ambientales, en combinación con los principios de la epidemiología crítica, aportarían una mirada holística a esta problemática, permitiendo una caracterización ecológica que contempla las múltiples dimensiones de la enfermedad (dimensión biológica, eco-ambiental y sociocultural).

Debemos señalar, sin embargo, y a pesar de estas reflexiones, que los problemas de salud regional exigen no sólo una mirada sociocultural como la que aquí presentamos, sino ante todo un análisis integral y de una mejora de las condiciones estructurales económicas y políticas de estos pueblos, que prestigien y otorguen dignidad y reconocimiento social y laboral a los diferentes especialistas y actores sanitarios a los que aludimos en este trabajo, posibilitando desde la labor y el rol del Estado, respuestas sanitarias apropiadas.

Confiamos, finalmente, que el aporte que realizamos en este trabajo a la protección de la salud a nivel personal, comunitario y ambiental, permitirá una comprensión más acabada de los exacerbados índices de morbilidad y mortalidad del Impenetrable chaqueño, y una reflexión más contextualizada de acciones y prácticas que permitan movilizar a la totalidad de los actores del sistema sanitario local y estatal, promoviendo así la tan mentada gestión intercultural de la salud.

Córdoba, 26 de mayo 2011

Agradecimientos

A la comunidad toba de El Colchón y áreas próximas, por brindarme su acogida, así como información para este trabajo en el marco de mi labor de campo y de los Talleres de Salud Materno Infantil y de Problemáticas de Salud Ambiental. A Pastor Arenas, por sus consejos y dirección. A Maira Ávila y Luz Díaz, por sus aportes a la discusión sobre epidemiología comunitaria e interculturalidad en salud. El presente trabajo se inscribe en el marco de los Proyectos Foncyt/ Pict 1612 y 1951, que aportaron financiación para su consecución.

Bibliografía

- Ardón Mejía, M. 2001 Métodos e instrumentos para la investigación etnoecológica participativa. *Etnoecológica* 6(8):129-143.
- Arenas, P. 1995 Encuesta etnobotánica aplicada a indígenas del Gran Chaco. *Hacia una nueva carta étnica del Gran Chaco VI*: 161-178. Centro del Hombre Antiguo Chaqueño, Las Lomitas, Formosa.
- Arenas, P. 2000 Farmacopea y curación de enfermedades entre algunas etnias del Gran Chaco. En: A.G. Amat (Ed.) *Farmacobotánica y Farmacognosia en Argentina (1980-1998)*, pp. 87-118. Ediciones Científicas Argentinas, La Plata.
- Arenas, P. 2003 *Etnografía y alimentación entre los Toba Ñachilamole#ek y Wichí-Lhuku'tas del Chaco Central (Argentina)*. Edic. Pastor Arenas, Buenos Aires, Argentina.
- Arenas, P. 2009 Los estudios sobre medicina y farmacopea vernácula en el Gran Chaco. *Rojasiana* 8 (2):81-100.
- Breilh, J. 2003 *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- CEAS. 1998 Técnicas simplificadas para el monitoreo epidemiológico participativo. *Alerta en Salud* 1:17-18. Quito.
- Censabella, M. 2000 *Las lenguas indígenas de la Argentina. Una mirada actual*. Eudeba, Buenos Aires.
- Citro, S. 2000 Representaciones de lo corporal entre los Tobas. *Avá* 1:75-90.
- Citro, S. 2002 Entre el shamán, el gaucho el astrólogo, el psicólogo... y el bibliotecario: retóricas del poder entre los qom. *Relaciones XXVI*: 73-96.
- Citro, S. 2009 *Cuerpos Significantes. Travesías de una etnografía dialéctica*. Editorial Biblos, Buenos Aires.
- Comelles, J.M. y A. Martínez-Hernández, 1993 *Enfermedad,*

sociedad y cultura. Eudema. Madrid

Curto, S., A. Boffi, A. Carbajo, R. Plastina y N. Schweigmann 2002 Reinfestación del territorio argentino por *Aedes aegypti*: Distribución geográfica (1994-1999). En: Salomón, O.D. (Eds.) Actualizaciones en Artropodología Sanitaria Argentina, *Publicación Monográfica 2*: 127-38. Fundación Mundo Sano, Buenos Aires.

Charpentier, M. 1998 *Valores nutricionales de las plantas alimenticias silvestres del norte argentino*. INCUPO, Reconquista, Argentina.

Dell'Arciprete, A y J. Braunstein 2006 *Fraseario y léxico anatómico para el contacto de los efectores del sistema de salud con indígenas pilagá y wichí-zluqutás en el Centro-oeste de la provincia de Formosa*. Centro del Hombre Antiguo Chaqueño. Las Lomitas, Formosa.

Diosque, P., A. Marcelo Padilla, R.O. Cimino, R.M. Cardozo, O. Sanchez Negrette, J.D. Marco, R. Zacca, C. Meza, A. Juarez, H. Rojo, R. Rey, R.M. Corrales, J.R. Nasser y M.A. Basombrío. 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

ENDEPA 1996 *Aborígenes en Argentina*. Equipo Nacional de Pastoral Aborigen, Formosa.

Epstein, P.R. 1995 Emerging diseases and ecosystem instability: new threats to public health. *American Journal of Public Health* 85:168-172.

Fernández Juárez, G. 1999 Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara. Cuadernos de Investigación CIPCA. Ministerio de Salud y Previsión Social. CIPCA y ESA, OPS/OMS. La Paz, Bolivia.

Güemes Pineda, M. 2000 La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas. *Revista Mesoamérica* 31 (39):305-333. Plumsock Mesoamerican Studies. CIRMA, La Antigua, Guatemala. Disponible en: <http://www.mayas.uady.mx/articulos/concepcion.html> (Última consulta: 26/05/2011)

Hecht, A., G.J. Martínez y P. Cúneo. 2008 Infancia toba y mundo natural: De la atención del malestar físico a las pautas de socialización infantil. *Acta Americana* 16 (1):81-106. Revista de la Sociedad Sueca de Americanistas. Universidad de Uppsala, Suecia.

Ibacache Burgos, J., F. Chureo, S. McFall y J. Quidel Lincoleo. 2001 Promoción de la medicina y terapias indígenas en la Atención Primaria de Salud: El caso de los Mapuche de Makewe-Pelale de Chile. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la

Salud. Washington, D.C.

Idoyaga Molina, A. 2005 Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica* XXVII: 111-147.

Kleinman, A. 1980 *Patients and healers in the context of culture*. University Press, Berkeley, California.

Martínez, G.J. 2007a La farmacopea natural en la salud materno-infantil de los Tobas del Río Bermejito. *Kurtziana* 33(1):42-69. Volumen especial de etnobotánica.

Martínez, G.J. 2007b "Ilotaique nachaalataxac" o "Buscando la vida": Escenarios, actores e itinerarios terapéuticos en el sistema etnomédico toba (Río Bermejito, Chaco). En: Idoyaga Molina A. (Eds.) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad. Tomo I*, pp. 401-424 CAEA- IUNA., Buenos Aires.

Martínez, G.J. 2008 "La farmacopea natural en la etnomedicina de los tobas del Río Bermejito (Chaco, Argentina)". Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Agropecuarias, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, 248 pp. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Agropecuarias.

Martínez, G.J. 2009 "Agua que (no) has de beber...": Categorías perceptuales, representaciones y prácticas en relación con las fuentes de agua de una comunidad toba (qom) del Impenetrable chaqueño. Publicación digital en CD rom de las VIII Reunión de Antropología del Mercosur, Buenos Aires, Argentina.

Martínez, G.J. 2010a Los criterios terapéuticos en la farmacopea natural de los tobas Bermejeños del Chaco Central (Argentina). En: Pochettino, M.L., A.H. Ladio y P.M. Arenas (Eds.). *Tradiciones y transformaciones en etnobotánica*, pp. 213-218. Ed. Cyted, San Salvador de Jujuy

Martínez, G.J. 2010b 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.

Martínez, G.J. 2010c Los remedios naturales en la prevención y cuidado de la salud oral de los tobas del Chaco Central (Argentina). *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas, BLACPM* 9 (2):109 - 122.

Martínez, G.J. 2010d Léxico y etiologías de las dolencias entre los tobas del Chaco Central (Argentina): Un enfoque etnobiológico. En: Messineo, C., G. Scarpa y F. Tola (Eds.) *Léxico y categorización etnobiológica en grupos indígenas del Gran Chaco*, pp. 225-249. Santa Rosa:

- Universidad Nacional de La Pampa. Facultad de Ciencias Humanas. Instituto de Lingüística.
- Martínez, G.J. y G.E. Barboza. 2010 Natural pharmacopoeia used in traditional Toba medicine for the treatment of parasitosis and skin disorders (Central Chaco, Argentina) *Journal of Ethnopharmacology* 132: 86-100
- Meierhofer, R. y M. Wegelin. 2003. SODIS. Desinfección Solar del Agua. Guía de aplicación. Instituto Federal Suizo para la Ciencia y la Tecnología Ambiental (EAWAG). Fundación SODIS, Lima Perú. Disponible en: http://www.agua.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=11462:desinfeccion-solar-del-agua-guia-de-aplicacion&catid=1280:metodos-de-purificacion-de-agua&Itemid=100150 (Última consulta: 26/05/2011)
- Menéndez, E. 1992 Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales En: Campos, R. (Eds.) *La Antropología Médica en México, Tomo 1* Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Menéndez, E. 1994 La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 4(7):71-83.
- Ministerio de Salud de la Nación – Gobierno de la Pcia de Chaco – Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2006 Indicadores básicos. Chaco 2006. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar> (Última consulta: 26/05/2011)
- Ministerio de Salud de la Nación – Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2008 Indicadores básicos. Argentina 2008. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar> (Última consulta: 26/05/2011)
- Miller, E.S. 1975 Shaman, power symbols and change in Argentine Toba culture. *American Ethnologist* 2:477-496.
- Miller, E.S. 1979 *Los tobas argentinos. Armonía y disonancia en una sociedad*. Siglo XXI Editores, México.
- Palma, N.H. 1985 Algunos aspectos de la situación médico-sanitaria de los aborígenes del Chaco Argentino, en el marco de sus pautas culturales. *Kallaway* 1: 9-24.
- Pignatti, M.G. 2004 Saúde e Ambiente: As doenças emergentes no Brasil. *Ambiente & Sociedade* VII (1):133-147.
- Porcasi, X., S. Catalá, H. Hrellac, M.C. Scavuzzo y D.E. Gorla 2006 Infestation of rural houses by *Triatoma infestans* (Hemiptera: Reduviidae) in the southern area of the Gran Chaco in Argentina. *Journal of Medical Entomology* 43:1060-1067
- Porcasi, X., H. Hrellac, S. Catalá, M. Moreno, L. Abraham, L. Hernandez y D.E. Gorla. 2007 Infestation of rural houses by *Triatoma infestans* in the region of Los Llanos (La Rioja, Argentina). *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 102 (1):63-68.
- Salomón, O.D. 2002 Leishmaniosis: vectores y brotes epidémicos en Argentina. En: Salomón, O.D. (Eds.) *Actualizaciones en Artrópodos Sanitaria Argentina*. Buenos Aires: Fundación Mundo Sano. Publicación Monográfica 2: 185-96. En: <http://www.mundosano.org/publicaciones/monografias/pdf/monografia> (Última consulta: 26/05/2011)
- Salomón, O.D., S. Sosa Estani, L. Drí, M. Donnet, R. Galarza y H. Recalde. 2002 Leishmaniosis tegumentaria en Las Lomitas, provincia de Formosa, Argentina (1992-2001). *Medicina* 62:562-568.
- Salomón, O.D., M. Zaidenberg, R. Burgos, V.I. Heredia y S.L. Caropresi. 2001 American cutaneous leishmaniasis outbreak, Tartagal City, province of Salta, Argentina, 1993. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 43:105-108.
- Salomón, O.D., P.W. Orellano, M.G. Quintana, S. Perez, S. Sosa Estani, S. Acardi y M. Lamfri. 2006 Transmisión de leishmaniasis tegumentaria en Argentina. *Medicina* 66:211-219
- Sanchez, O. 2006 Rasgos culturales de los tobas. Programa con Pueblos Originarios. ISEDET. Roque Saenz Peña, Chaco.
- Tognoni, G. (Ed.) 1997 Manual de Epidemiología Comunitaria. Cecomat, s/d Disponible en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/manual.pdf>. (Último consulta: 26/05/2011)
- Tola, F. 1998 La restricción sexual en la lactancia y la "lucha entre hermanos" en un grupo toba de Formosa. *Anales de la Sociedad Científica Argentina* 228 (2):27-38.
- Tola, F. 2001a Relaciones de poder y apropiación del "otro" en relatos sobre iniciaciones shamánicas en el Chaco Argentino. *Journal de la Société des Américanistes* 87:197-210.
- Tola, F. 2001b Ser madre en un cuerpo nuevo: Transformaciones en las representaciones tobas de la gestación. *Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología* XXVI: 57-71.
- Yadon, Z.E., L.C. Rodrigues, C.R. Davies y M.A. Quigley. 2003 Cutaneous leishmaniasis in Northwestern Argentina: A retrospective case-control study. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 68(5):519-526.
- Vallegia, C.; Faulkner K.M. & P.T. Ellison 2002 Crecimiento en lactantes de una comunidad toba de Formosa. *Archivos argentinos de Pediatría* 100(2):103-109.

Wright, P.G. 1984 Quelques formes du chamanisme Toba. *Bulletin de la Société Suisse des Américanistes* 48:29-35.

Wright, P.G. 1988 Tradición y aculturación en una organización socio-religiosa toba contemporánea. *Cristianismo y sociedad* 95:71-87.

Wright, P.G. 1992a Dream, shamanism, and power among the toba of Formosa Province. En: Jean Langdon y G. Baen (Eds.) *Portal of Power. Shamanism in South America*, pp. 149-172. University of New México Press, Albuquerque.

Wright, P.G. 1992b Toba Pentecostalism revisited. *Social Compass* 39:355-375.

Wright, P.G. 2005 Cosmografías. *Etnografías Contemporáneas* 1(1):173-210.

www.argentina.indymedia.org/news/2009/01/651374.php (Última consulta: 26/05/2011)

[www.centromandela.com.ar; http://argentina.indymedia.org/news/2009/01/651374.php](http://www.centromandela.com.ar;http://argentina.indymedia.org/news/2009/01/651374.php) (Última consulta: 26/05/2011)