

Del Monte al Hospital: experiencias de trabajo sanitario entre los indígenas del oeste chaqueño.

Anabella Denuncio.

Cita:

Anabella Denuncio (2019). *Del Monte al Hospital: experiencias de trabajo sanitario entre los indígenas del oeste chaqueño. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/512>

Del Monte al Hospital: experiencias de trabajo sanitario entre los indígenas del oeste chaqueño

Anabella Denuncio¹

Eje 5: Estado y políticas públicas

Mesa 88: Políticas, proyectos y acciones en salud

CONICET/UNQ

denuncioanabella@gmail.com

Resumen

A mediados de la década del 60 la Iglesia Metodista estableció en Juan José Castelli, en lo que entonces era una pequeña ciudad rural del Departamento Gral. Guemes en la provincia de Chaco, “una misión de servicio cristiano, médico-social, educativo” destinada a la población toba (qom) que se encontraba severamente afectada por la tuberculosis. Allí se compone un equipo de trabajo coordinado por el Dr. Humberto Enrique Cicchetti y un grupo de enfermeras enviado por iglesias suizas y estadounidenses quienes durante más de diez años desarrollan un programa de atención médica innovador para el tratamiento de la tuberculosis que había sido implementado con anterioridad en la India. Con la muerte del Dr. Cicchetti, a mediados de la década del 70, el programa de salud pasa a ser coordinado por el Dr. Julio Monsalvo quien imprime un nuevo rumbo centrado en la Atención Primaria de la Salud.

En este trabajo nos proponemos describir y analizar esta experiencia de trabajo sanitario entre los pueblos indígenas del Impenetrable chaqueño, problematizando las relaciones establecidas entre la misión y el sistema de salud pública local, así como el dialogo o las negociaciones entre los saberes locales/tradicionales encarnados en la figura de los *pioxonaq* (chamanes) y la medicina occidental.

Palabras clave: SALUD PÚBLICA; PUEBLOS INDÍGENAS; MISIONES RELIGIOSAS; CHACO

¹ Magíster en Ciencias Sociales (IDES-UNGS), Licenciada en Sociología (UBA). Becaria doctoral del CONICET. Investigadora del Instituto de Estudios sobre la Ciencia y la Tecnología de la Universidad Nacional de Quilmes (IESCT-UNQ).

Introducción

La relación del sistema público de salud con los pueblos indígenas ha sido errática, en este sentido desde fines del siglo XIX es posible identificar una serie de experiencias y programas de salud intermitentes dirigidos a la población indígena que fueron implementados por actores diversos: grupos religiosos católicos y protestantes, instituciones estatales, y profesionales de la medicina en circunstancias de investigación-intervención. No es la intención de esta ponencia reseñar los vaivenes de la relación de los pueblos indígenas con la salud pública en Argentina, una interesante problematización de esta cuestión puede encontrarse en el trabajo de Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti (2016).

No obstante, en esta ponencia nos proponemos describir y analizar la experiencia de trabajo sanitario llevada adelante por la Junta Unida de Misiones (JUM) –una misión protestante instalada a mediados de la década del 60- entre los pueblos indígenas del oeste chaqueño.

En 1965 la Iglesia Evangélica Metodista Argentina², secunda por la Iglesia Evangélica de los Discípulos de Cristo³, estableció en Juan José Castelli, en lo que entonces era una pequeña ciudad rural del Departamento Gral. Guemes en la provincia de Chaco, una misión de servicio cristiano, médico-social, educativo destinada a la población toba (qom) que se encontraba severamente afectada por la tuberculosis. Allí se conformó un equipo de trabajo coordinado por el Dr. Humberto Enrique Cicchetti y un grupo de enfermeras enviado por iglesias suizas y estadounidenses quienes durante más de 10 años desarrollan un programa de atención médica innovador para el tratamiento de la tuberculosis que había sido implementado con anterioridad en la India. Con la muerte del Dr. Cicchetti en

² “Iglesia Evangélica Metodista Argentina (...) el metodismo surge en los albores de la Modernidad como un movimiento social desde el seno anglicano. Al igual que la Iglesia Evangélica del Río de la Plata (IERP), se encuentra en la Argentina desde la primera mitad del siglo XIX (1836). Sus cimientos espirituales comparten con las iglesias del polo conservador bíblico el acento en los procesos internos del creyente en su relación con Dios y en procura de la santificación. Pero con independencia de esa empatía cultural, el metodismo argentino se encuentra estrechamente asociado a las iglesias del polo liberacionista y es válido sostener que constituye su principal motor desde el punto de vista del compromiso social, o al menos si no, su rostro más visible y empíricamente verificable a través de la participación de algunas de sus personalidades en la cuestión de los Derechos Humanos y la vertiente evangélica de la teología de la liberación” (Winarczyk, 2009: 45).

³ “Iglesia Evangélica de los Discípulos de Cristo. Esta iglesia establecida en la Argentina en 1907 como extensión misionera de la Christian Church de los Estados Unidos, desde sus comienzos mantuvo una estrecha asociatividad con los metodistas; compartió con ellos el desarrollo de dos obras educacionales pioneras (Garrison, 1950: 155), el Colegio Ward y la Facultad Evangélica de Teología, posteriormente ISEDET, Instituto Superior Evangélico de Estudios Teológicos, de rango universitario oficial (2008)” (Winarczyk, 2009: 46).

1976, el programa de salud pasó a ser coordinado por el Dr. Julio Monsalvo quien imprimió un nuevo rumbo centrado en la Atención Primaria de la Salud.

En esta ponencia busco poner el foco en los siguientes interrogantes: ¿Qué características adquirieron las experiencias de trabajo sanitario llevadas adelante por la JUM? ¿En qué contexto se desarrollaron? ¿Qué vínculos se establecen entre los programas de atención de la salud indígena impulsados por la JUM y el sistema de salud pública local? ¿Es posible establecer continuidades y ruptura entre ambos programas? ¿Cómo son pensados en el marco de estos programas de atención de la salud indígena los saberes locales/tradicionales encarnados en la figura del *pioxonaq* (*chamán*)?

Para reconstruir estas experiencias recorro al análisis de fuentes documentales de la Junta Unida de Misiones (JUM) y a entrevistas en profundidad realizadas a misioneros: médicos y enfermeras que llevaron adelante estas experiencias en el oeste chaqueño.

El “Operativo Toba” en sus orígenes

En la localidad de Castelli, en el Chaco, se ha establecido el ‘Centro del Operativo Toba’ de nuestra misión al pueblo aborígen, bajo la dirección del médico-pastor Enrique Cicchetti coadyuvado por su esposa Virginia, por la misionera suiza Elizabeth Stauffer y la educadora norteamericana Ruth Clark. Nuestra obra será eminentemente de carácter social: asistencia médica, elevación del nivel socio-económico-educativo. En lo espiritual, se colaborará con los grupos eclesiásticos ya existentes, bajo invitación expresa. Esta obra tiende a ser eminentemente ecuménica, aunque la mayor obligación será de nuestra Iglesia Metodista.

(Obispo Metodista Sante U. Barbieri, El Estandarte Evangélico, 1965)

La instalación de una misión de servicio cristiano, médico-social, educativo destinada a la población toba (qom) del Chaco argentino fue una iniciativa de la Iglesia Metodista secundada en sus orígenes por la Iglesia de los Discípulos de Cristo y por la Iglesia Menonita. En sus comienzos, en 1964, la iniciativa se constituyó bajo el nombre de “Proyecto del Norte Argentino” pero posteriormente en 1965 pasó a llamarse “Operativo Toba”. Como hemos mencionado la iniciativa tuvo el apoyo de tres iglesias protestantes argentinas, sin embargo la Iglesia Metodista fue la que ejerció la administración directa de la misión instalada en Castelli-Chaco a través de su “Consejo de Misiones y Avance” hasta que se conformara y consolidara la Junta Unida de Misiones que estaría integrada

por la iglesias mencionadas. Sin embargo, la inicial preponderancia de la Iglesia Metodista que se tradujo en un fuerte apoyo financiero y humano permaneció aún después de la conformación de la Junta Unida de Misiones.

Entre enero y marzo de 1965 se llevó adelante la instalación de una “base” desde donde pudieran comenzar a atender a un numeroso grupo de indígenas tobas que habitaban de modo disperso en las cercanías del pueblo de Castelli. Para este fin la Iglesia Metodista adquirió un lote ubicado en Castelli y desde Buenos Aires les enviaron tres casas prefabricadas, dos de ellas fueron destinadas a casa-habitación y una fue utilizada para la instalación de la clínica médica. Esta etapa inicial fue dirigida por una pareja de esposos misioneros: el médico metodista Enrique Cicchetti y la misionera metodista estadounidense Virginia Cicchetti. Al poco tiempo se incorporaron la enfermera suiza Elizabeth Stauffer y la educadora norteamericana Ruth Clark. Los propósitos de la misión se concentraron en llevar adelante una obra de servicio médico, social y educativo en favor de la población indígena.

Según relata el pastor Hugo Ortega, secretario del Consejo de Misiones y Avance de la Iglesia Metodista a fines de los 60, una de las prioridades fue establecer “contactos positivos” con la población no-indígena de Castelli. Con ese objetivo el personal de la misión, fundamentalmente el médico y la enfermera, se vincularon con el Hospital Público local donde prestaron servicios *ad honorem*. Adicionalmente la misión colaboró con una suma importante de dinero para la creación de un nuevo pabellón en el hospital local que sería destinado a la atención de los indígenas afectados por la tuberculosis (TBC). Por algún tiempo se permitió la internación de los pacientes indígenas, así como su tratamiento y la utilización de los recursos oficiales: radiografías, medicamentos y alimentación para el enfermo. Pero en 1967 esta posibilidad quedó cerrada ante la insistencia de las autoridades sanitarias provinciales de no permitir internación de enfermos pulmonares en un hospital general.

La misionera y enfermera suiza Ana Rosa Benedetto llegó a la misión en 1972 y en una de las entrevistas que le realicé recordó que:

Aquí en el pueblo, primero [a los indígenas con tuberculosis] los tenían en el hospital, Cicchetti empezaba a internarlos pero la población [no-indígena] no los quería ahí. Casi todos eran aborígenes, la tuberculosis es una enfermedad social ligada a una alimentación deficitaria. (Entrevista Ana Rosa Benedetto, Castelli, marzo de 2019)

Paralelamente, en la base de la misión se contaba con un Consultorio Médico propio que -según los documentos de la época consultados- atendía “a un ritmo incesante y agotador para el personal” desde media mañana hasta las 8p.m. Allí se dispensaba atención médica preferentemente a la población indígena, no obstante si acudía población no-indígena la atención médica no le era negada.

Su conocimiento y prestigio comienza a crecer entre los aborígenes y muy pronto acuden a ser atendidos desde lugares muy distantes. Hay tobas que caminan decenas de kilómetros para llegar con sus males y recibir atención. La tuberculosis es la enfermedad predominante, algo más del 70% en el toba, a la que se agregan parasitosis, anemia y lepra. El rubro de los antibióticos es el más elevado en sus presupuestos anuales. (Hugo Ortega, Obra entre los aborígenes tobas desde J. J. Castelli-Chaco, 1968).

[En la misión] había consultorio para indígenas, en el hospital casi que no los atendían. Éramos cuatro enfermeras y había cualquier cantidad de gente que iba a atenderse. En diciembre, venían del norte, muchos paraban en las casas de los colonos, eran cosecheros, y ellos después venían con el camión. (Entrevista Ana Rosa Benedetto, Castelli, marzo de 2019)



Imagen 1. Obra Médico Social, Castelli, Chaco. Julio de 1972.

Fuente: Archivo Histórico de la Iglesia Metodista

La misión había instalado un albergue para los enfermos, sin embargo, frente a la fuerte incidencia de la tuberculosis en la población indígena que demandaba atención médica y la imposibilidad de utilizar el sistema público de salud para dar respuesta a la enfermedad a través de la internación, Cicchetti propuso la introducción del tratamiento ambulatorio

para la tuberculosis, una experiencia que había sido desarrollada con anterioridad en Madras, India.

Cuando yo llegué el albergue para enfermos de tuberculosis ya estaba funcionando, Erna y yo nos hacíamos cargo. El esquema que acá se desarrolló Cicchetti lo había leído de la India, eran 3 meses con tratamiento diario con tres drogas. Y después hasta completar un año y medio, era bisemanal, pero los primeros 6 meses era con estreptomycin inyectable. (Entrevista Ana Rosa Benedetto, Castelli, marzo de 2019)

[Cicchetti] se da cuenta de la problemática de la tuberculosis en el pueblo gom [y] que era imposible internarlos. Entonces él le propone a Rodríguez Castel que era el referente nacional en el tema de la tuberculosis hacer una experiencia que se había hecho en Madras, en la India para el tratamiento ambulatorio. Así que Cicchetti siendo cirujano y marino, fue el primero en Argentina que introdujo el tratamiento ambulatorio para la tuberculosis. En ese tiempo, yo trabajaba como pediatra en el Instituto Tisiológico de Punilla⁴ que era un [hospital] tisiológico de mujeres y niños, y él dispone enviar a 30 aborígenes que eran resistentes al antibiótico para su tratamiento en el Instituto Tisiológico (...). Entonces ahí lo conozco, él gestionó un avión de la Fuerza Aérea para los 30 indígenas y vino a visitarlos, ahí nos conocimos personalmente con Cicchetti, eso habrá sido en los setenta. (Entrevista al Dr. Julio Monsalvo, Formosa, marzo de 2019)

Junto a las acciones emprendidas en el ámbito de la salud, las misioneras estadounidenses Virginia Cicchetti y Ruth Clark iniciaron en la misión la labor de alfabetización, con el propósito de contribuir a la “integración” de los indígenas a la comunidad nacional.

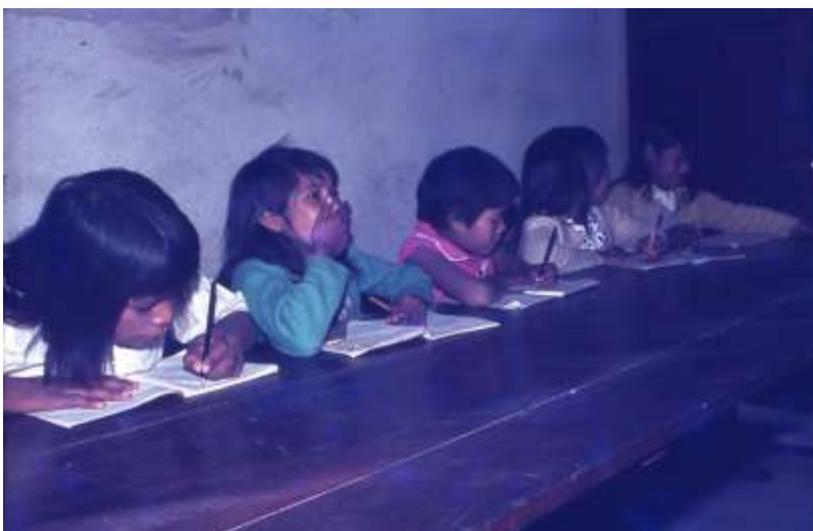


Imagen 2. Alfabetización. Castelli, Chaco. Julio de 1972.

Fuente: Archivo Histórico de la Iglesia Metodista

⁴ En la actualidad conocido como Hospital General Domingo Funes.

Además de las actividades desarrolladas en la base operativa de Castelli, la misión buscaba extender su obra sanitaria en otros parajes relativamente cercanos. Uno de ellos fue el paraje de Miraflores, ubicado a 45km. al norte de Castelli, allí entre los lugareños, el gobierno y la asistencia del Dr. Cicchetti levantaron una Sala de Primeros Auxilios y lograron la designación oficial de una enfermera permanente, además contaban con la asistencia del personal sanitario de la misión que realizaba visitas semanales. El segundo paraje, Pozo Toro, localizado 25km. al noreste de Castelli, es considerado por Hugo Ortega el lugar donde fue más difícil desarrollar la obra médica a causa de “la resistencia ofrecida de parte de poderosos curanderos aborígenes que ven amenazado su prestigio y status ante la llegada del médico. Sin embargo se ha insistido pacientemente a fin de lograr una mejor disposición aborígen al tratamiento médico científico”. Finalmente en el paraje Pampa Argentina, que está ubicado 15km hacia el este se realizaron visitas semanales para la prevención y la cura de la tuberculosis.

Con respecto a los saberes locales/tradicionales encarnados en la figura de los *pioxonaq* que habían sido demonizados en las misiones de diversas confesiones religiosas (Hirsch y Lorenzetti, 2016) establecidas en el Gran Chaco argentino a principios del siglo XX en las instalaciones de la obra médico asistencial de la JUM eran considerados “colaboradores de salud”.

Fueron muchos diálogos con Enrique, a través de él conocí a los pioxonaq, él me dijo que les daba una credencial como colaboradores de salud de la misión a los pioxonaq (...) hacían su curación si alguien lo pedía, o sea que si había alguna persona aborígen que pedía al pioxonaq estaba autorizado para entrar. (Entrevista al Dr. Julio Monsalvo, Formosa, marzo de 2019)

Cicchetti no rechazaba a los pioxonaq y ellos le pedían a Cicchetti una credencial firmada en la que decía “doy fe que el fulano es reconocido como pioxonac por su comunidad” (Entrevista Ana Rosa Benedetto, Castelli, marzo de 2019)

“Hacer presencia en el monte y lograr que el aborígen se atendiera en el hospital”

En el 75 yo era concejal en Cosquín, tenía militancia ecuménica, vino el proceso militar y me aconsejaron salir del país pero yo no quise, entonces por lo menos [tenía que] salir de Córdoba. Así es que surgió la posibilidad de que pudiera ir a Castelli y hacerme cargo

[de la misión], porque Cicchetti estaba muy enfermo a raíz de una hepatitis que había contraído en Bolivia. Yo llegué en julio del 76 a Castelli y él murió el 31 de octubre del 76.

(Entrevista al Dr. Julio Monsalvo, Formosa, marzo de 2019)

Este fragmento de la entrevista al Dr. Monsalvo resume las circunstancias que en 1976 lo llevaron a Castelli. Con muerte del Dr. Cicchetti, y la llegada de Julio Monsalvo es posible identificar una serie de importantes transformaciones en la concepción del programa sanitario que debe llevarse adelante desde la misión.

Cuando me hice cargo de la parte de salud de la JUM (...) había una política definida de la Iglesia Metodista que era que la salud y la educación tienen que estar a cargo del Estado, pero si la iglesia tiene que hacer algo, es algo profético o testimonial para señalar lo que el Estado no está haciendo.

Cuando llegué a Castelli descubrí que había una consigna en el hospital que rechazaba todo lo que era aborigen y tenían que ir a la JUM. Y si un blanco iba a la misión se le decía 'vos tenés que ir al hospital'. Entonces la propuesta fue hacer conciencia a dos puntas, y en el hospital tenían que atender al aborigen porque las instalaciones de la misión ya no podían satisfacer los problemas.

(Entrevista al Dr. Julio Monsalvo, Formosa, marzo de 2019)

Monsalvo consideraba que cuando Cicchetti dio inicio a la misión el hospital público local era muy precario y no contaba con el personal médico necesario pero que cuando le tocó a él hacerse cargo de la misión la localidad contaba con un hospital público más moderno y con una planta de médicos extendida. En este contexto, y atendiendo, por un lado, a la política de la Iglesia Metodista en materia de salud y educación que entendía que éstas debían estar en manos del Estado; y por otro, a los requerimientos de la JUM que le pedía una evaluación acerca de si la Iglesia debía seguir desarrollando proyectos en el área de la salud, Monsalvo consideraba que era necesario establecer una mayor vinculación entre el sistema de salud público, la obra misional y la población indígena.

El Dr. Monsalvo recuerda que en ese entonces estaba muy entusiasmado con Atención Primaria de la Salud y con el plan de salud implementado en Neuquén por Felipe Sapag en los años 70, cuya característica principal era la de ser descentralizado, es decir que cada hospital tenía su área programática para dar cobertura a una serie de programas horizontales que se hacían en la provincia.

Con respecto a la figura de los *pioxonaq* el Dr. Monsalvo mantuvo la misma política que el Dr. Cicchetti, tanto en la misión -como al hacerse cargo del hospital de Castelli- los *pioxonaq* le pedían la credencial del hospital y él se las daba, y si había alguna persona indígena que pedía al *pioxonaq*, estaba autorizado para entrar.

Esta concepción de la salud puede ser enmarcada en los principios rectores de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud fue convocada en forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que se celebró del 6 al 12 de septiembre de 1978 en la ciudad de Alma Ata, capital de la República de Kazajistán. Allí estuvieron representados 134 gobiernos del mundo, las naciones miembro de la OMS, organizaciones de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales. Y se establecieron los principios básicos de lo que es la Atención Primaria de Salud Integral, la Declaración la define afirmando que es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación (Bergallo, 2005; Monsalvo, 2005). Con esta impronta Monsalvo diseñó el “Proyecto Promoción Sanitaria Chaco” para ser llevado adelante desde la misión.

El Proyecto de Promoción Sanitaria en J. J. Castelli, Chaco

En un primer momento, y hasta ahora, las urgentes necesidades de asistencia médica han ocupado el tiempo del equipo médico y los recursos limitados disponibles. Esta área debe ampliarse para incluir medicina preventiva y educación sanitaria como medidas de atacar el problema en forma anticipada. (JUM, 1977: 4)

Como ya hemos mencionado el Dr. Julio Monsalvo propuso una serie de transformaciones en el programa sanitario que llevaba adelante la misión. Consideraba que si en los inicios y hasta su llegada las urgencias ligadas a la deteriorada salud y situación socio-económica de las poblaciones indígenas habían conducido a llevar adelante un proyecto de asistencia sanitaria centrado en la “urgencia” era momento de ampliar el proyecto otorgándole importancia a la “medicina preventiva” y a la “educación

sanitaria” de la población como mecanismos que permitieran anticiparse a la “urgencia”. Es por ello que en 1977 desarrolló un Proyecto que consideraba seis programas o áreas más específicas.

Los dos primeros programas “Clínica General” y “Clínica Tisiológica” recuperaban el trabajo asistencial en curso. “Clínica General” buscaba proveer “asistencia integral” (asistencia médica -diagnóstico, tratamiento o derivación- y asistencia social -provisión de medicamentos, vestido, traslado a establecimientos asistenciales o al domicilio, y ayuda con documentación y trámites-) a quienes acudieran a las consultas médicas. Mientras que el programa de “Clínica tisiológica”, tenía como objetivos: por un lado, la profilaxis o tratamiento preventivo de la tuberculosis; por otro lado, su diagnóstico precoz; y finalmente, su tratamiento completo. Entre sus actividades se incluían: la quimioprofilaxis, es decir, la administración de sustancias químicas para proteger o preservar de la enfermedad y la orientación al paciente para aplicarse la vacuna BCG; el diagnóstico precoz mediante baciloscopia⁵, abregografía⁶ y tuberculina⁷ -cuando se tratase de un foco familiar-; y distintos tipos de tratamiento (vertical o deambulatorio; horizontal –derivación para la internación en el hospital-; o intermedio –permanencia del enfermo en el albergue de la misión-). Además de la asistencia social con medicamentos, traslados, vestido, documentación y trámites.

Las áreas tercera y cuarta constituyen la novedad del proyecto diseñado por Monsalvo y corresponden a “Medicina Preventiva” y “Educación para la salud”. El programa de “Medicina Preventiva”, justamente, se dirigió a la prevención de enfermedades y el fomento de la salud, entre sus actividades se incluían el control materno-infantil; la rehabilitación nutricional infantil; las inmunizaciones; los exámenes de salud a fin de controlar y diagnosticar enfermedades de forma precoz; y las visitas sanitarias a las comunidades, especialmente al Barrio Toba y otras comunidades indígenas. Mientras que el programa de “Educación para la Salud” se planteó como objetivo fundamental la concientización de las personas en el cuidado su salud y la formación de agentes

⁵ Es una prueba que se utiliza en medicina para detectar la presencia de bacilos en una muestra determinada. Se aplica principalmente para la búsqueda del bacilo de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*), agente de la tuberculosis, en una muestra de esputo.

⁶ Es un método para tomar placas radiográficas pequeñas de los pulmones para facilitar el diagnóstico de la tuberculosis. La prueba registra la imagen del pecho en una pantalla de rayos X.

⁷ La **prueba cutánea de la tuberculina o método de Mantoux** (TST, por sus siglas en inglés) es un método estándar para determinar si una persona está infectada por el microbio *Mycobacterium tuberculosis*. La prueba cutánea de la tuberculina se realiza inyectando 0.1 ml de derivado proteico purificado de la tuberculina (PPD, por sus siglas en inglés) en la cara anterior del antebrazo. Esta inyección se debe aplicar con una jeringa de tuberculina, colocando el bisel de la aguja hacia arriba. La prueba de la tuberculina es una inyección intradérmica.

sanitarios. La concientización debería a través de todos los programas de la obra médica, pero dirigido fundamentalmente a las madres en el control materno infantil, en las consultas y en las visitas a las comunidades. Y la formación de agentes sanitarios a través de cursillos de formación y del otorgamiento de becas a los estudiantes y asistencia en la alfabetización.

Las áreas quinta y sexta, fueron pensadas con resultados más a largo plazo, corresponden a “Capacitación y Docencia” e “Investigación”, respectivamente. En “Capacitación y Docencia” se buscó capacitar teológica y profesionalmente al personal misionero; capacitar técnicamente al personal auxiliar; y capacitar profesional y/o técnicamente a miembros de iglesias o instituciones que desearan incorporarse a la experiencia en el campo misionero. Mientras que el área de “Investigación” pretendía incentivar la producción de conocimiento para una mayor eficiencia en el trabajo médico, observando el crecimiento y desarrollo de la población infantil indígena, evaluando indicadores de salud, biometrías, entre otras actividades. Un testimonio de la importancia dada a esta última área por Julio Monsalvo es la publicación de un “Estudio antropométrico en niños tobas” en los Archivos Argentinos de Pediatría en 1978 (Monsalvo, 1978).

Las relaciones entre la Junta Unida de Misiones (JUM) y el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Chaco

Poco tiempo después de su llegada a Castelli, y del fallecimiento del Dr. Cicchetti, el Dr. Monsalvo fue convocado para ser director del hospital local.

Me convocaron para ser director del Hospital (...) Y lo que yo menos ganas tenía era que me convocaran para eso, pero había un compromiso al que era difícil decir que no, porque se lo pidieron directamente a la JUM (...) puse como condición crear un área programática [en el Hospital], hasta ese momento había 4 puestos sanitarios: en Miraflores, Zaparinqui, Bermejito y Espinillo. Funcionaba Zaparinqui y Espinillo, los otros de vez en cuando. Entonces la propuesta fue formar Agentes Sanitarios aborígenes y criollos, mujeres y hombres. En base a la experiencia de promotores de salud indígenas formamos más de 40, logramos que se instalaran puestos sanitarios en cada escuela, no se cubrió la totalidad de las escuelas pero se crearon 22 puestos sanitarios en escuelas, con agentes sanitarios que elegía la comunidad.

(Entrevista al Dr. Julio Monsalvo, Formosa, marzo de 2019)

El acceso de Monsalvo a la dirección del hospital local le permitió presionar para la implementación de modificaciones que orientaron espacios y recursos en favor de la JUM y de la atención sanitaria de la población indígena.

Julio: Cuando yo me hice cargo de la dirección del Hospital hubo mucha relación con la JUM, incluso algunas de las funciones del hospital se instalaron en la JUM como ser el control de niños sanos, del hospital se trasladó a la JUM.

Anabella: O sea, ¿el Hospital utilizaba las instalaciones de la JUM como si fueran propias?

Julio: Si, como un centro de salud periférico más. Funcionó un tiempo así, incluso iban médicos a atender ahí. En mi gestión ingresaron varios médicos, había un régimen en ese momento full time, porque los médicos que estaban antes en Castelli eran part time, desempeñaban actividad privada y pública. Pudieron ingresar varios médicos de dedicación exclusiva, muchos de esos eran como en la modalidad neuquina para hacer visitas programáticas a distintos puestos sanitarios y también había atención en el Centro Médico de la JUM, como un centro más.

(Entrevista al Dr. Julio Monsalvo, Formosa, marzo de 2019)

Efectivamente, un documento de la JUM recoge la novedad de la creación del Área Programática del Hospital Gral. Güemes: “Mediante la Resolución N° 320/78 del 4 de mayo de 1978, se establece el Área Programática del Hospital ‘Gral. Güemes’ y se fija una coordinación única desde la Dirección del Hospital con objeto de integrar todos los recursos existentes en el área de un Programa Sanitario de ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD” (JUM, s/f: 4).

En otra parte el mismo documento muestra que durante 1977 la Obra Médica desarrolló la capacitación de promotores de salud aborígenes mediante dos cursos de tres meses cada uno, en base a un programa elaborado en consulta con Salud Pública. Y que la capacitación fue aprobada por 18 indígenas qom. Los contenidos del programa pusieron el foco en alfabetización, primeros auxilios, control de enfermedades transmisibles, nutrición, saneamiento ambiental, educación para la salud y huerta familiar. Como resultado la capacitación los alumnos elaboraron una cartilla bilingüe qom-castellano sobre esas cuestiones.

Además sostiene que a partir de esta relación de las Iglesias con Salud Pública se dio origen a la firma de dos convenios en el mes de septiembre de 1977: uno de ellos “de comodato”, por medio del cual Salud Pública se hace cargo durante cinco años de las instalaciones de la Obra Médica para que funcione allí un servicio de Tisiología para los indígenas; el segundo “de trabajo” en favor de comunidades [indígenas] durante programas de promoción materno-infantil, control de tuberculosis y saneamiento ambiental. Este convenio de trabajo fue renovado y ampliado en su acción en el año 1979, con una duración de tres años.

Reflexiones finales

A modo de conclusión podemos decir que en la reconstrucción de la experiencia de trabajo sanitario entre los indígenas del oeste chaqueño llevada adelante por la Junta Unida de Misiones entre 1965 y 1982 encontramos dos etapas o fases. La primera, que se corresponde con la instalación de la misión, liderada por el Dr. Cicchetti y un grupo de misioneras suizas y estadounidenses, que tuvo como principal cualidad la atención de la emergencia o urgencia sanitaria que atravesaban los indígenas del oeste chaqueño a través del desarrollo de un método innovador para el tratamiento de la tuberculosis en Argentina. En esta etapa comienzan a establecerse los primeros vínculos entre el sistema público de salud local y la JUM funciona como un actor mediador entre el sistema público de salud y la medicina occidental y los pueblos indígenas. No obstante, el sistema público de salud no hizo lugar a las necesidades que expresaba la población indígena. La JUM terminó convirtiéndose en una alternativa frente a la desatención del Estado. A diferencia de las misiones de principios de siglo XX instaladas en la región del Chaco los misioneros de la Junta Unida de Misiones consideraron a los *pioxonaq* “colaboradores” y no prohibieron sus prácticas de chamánicas.

En la segunda etapa, el programa de salud pasa a ser coordinado por el Dr. Julio Monsalvo quien imprime un nuevo rumbo centrado en la Atención Primaria de la Salud, la formación de agentes sanitarios, la prevención de las enfermedades y la participación de la comunidad que se enmarca en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma Ata de 1978. Además dinamizó y profundizó los vínculos entre la obra sanitaria llevada adelante por la misión y el sistema público de salud local. Estos vínculos se vieron favorecidos por su posicionamiento como director del Hospital local

lo que le permitió incorporar modificaciones que facilitaron la llegada de la salud pública y la medicina occidental a las comunidades indígenas de la zona. Adicionalmente mantuvo la misma política con respecto a los *pioxonaq* (chamanes) que había desarrollado el Dr. Cicchetti en la obra médico asistencial de la JUM, otorgándoles una credencial y permitiéndoles el acceso al hospital en caso de que algún paciente lo solicitara.

Bibliografía

Bergallo, Graciela (2005), *La salud y la enfermedad en población indígena del oeste chaqueño: realidades y significados socioculturales*. Resistencia: Edipen.

Farga, Victorino (2004). La conquista de la tuberculosis. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 20(2): 101-108. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482004000200009>

Hirsch, Silvia; Lorenzetti, Mariana (2016). “Biomedicina y pueblos indígenas en Argentina: un recorrido por las políticas de salud”, en Hirsch, Silvia; Lorenzetti, Mariana (Comp), *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina*. San Martín: UNSAM Edita.

Lorenzetti, Mariana (2017). “Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina”, *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 11: 148-176.

Monsalvo, Julio (2005). “Salud, Esperanza y Alegria”. En: Bergallo, G., *La salud y la enfermedad en población indígena del oeste chaqueño: realidades y significados socioculturales*. Resistencia: Edipen.

Wynarczyk, Hilario (2009). “El campo evangélico argentino hasta la década de 1970. Formación y dinámica”. En: Wynarczyk, Hilario. *Ciudadanos de dos mundos: el movimiento evangélico en la vida pública argentina 1980-2001*. San Martín: UNSAM Edita.

Documentos

JUM (1977). Proyecto Promoción Sanitaria Chaco. Castelli, Chaco. Archivo Histórico de la IEMA, Caja Tobas JUM.

JUM (S/F). Resumen del Informe del Programa en la Provincia de Chaco. Archivo JUM, Caja 2.1 (41).

Monsalvo, Julio Alberto (1978). "Estudio antropométrico en niños tobas", Archivos Argentinos de Pediatría, 76(2): 82-85.

Monsalvo, Julio (s/f). La Iglesia frente a las injusticias con la Salud. Archivo Histórico de la IEMA, Caja Tobas JUM.

Ortega, Hugo (1968). Cbra entre los aborígenes tobas desde J. J. Castelli (Chaco). Su iniciación, instalación, apertura y marcha. Archivo Histórico de la IEMA, Caja Tobas JUM.