
Epidemias de viruela en las reducciones chaqueñas de abipones y mocovíes durante siglo XVIII

Cintia Natalia Rosso

Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad de San Martín (IAES-UNSAM)
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET)
cintia_rosso@yahoo.com.ar

Resumen:

Las epidemias han sido uno de los factores que afectaron de manera significativa a las poblaciones de América provocando modificaciones en la estructura demográfica. Uno de los espacios que se vieron afectados por estas cuestiones fueron las reducciones jesuitas, las que al promover un asentamiento más sedentario aglomeraban un mayor número de personas favoreciendo la aparición de las enfermedades epidémicas.

El objetivo de este trabajo es analizar qué representaciones y prácticas circulaban entre los indígenas y los sacerdotes durante las epidemias de viruela en las reducciones chaqueñas de abipones y mocovíes durante el siglo XVIII. Esto nos permite indagar como la misión constituyó un lugar de conflicto donde se confrontaron y conjugaron distintas concepciones y acciones sobre la salud, la enfermedad y la muerte.

Palabras claves: reducciones chaqueñas, epidemia de viruela, siglo XVIII

Abstract:**Smallpox epidemics in the chaquenian reservations of *abipones* and *mocovíes* during XVIII century**

Epidemics have been one of the factors that significantly affected American population causing changes in the demographic structure. One of the areas affected by these issues were the Jesuit reductions, which by promoting a more sedentary settlement agglomerated more people, and therefore favored the emergence of epidemic diseases. The aim of this paper is to analyze what representations and practices circulated among Indians and priests during smallpox epidemics in *mocovíes* and *abipones* reductions during the 18th century. This allows us to explore how the mission became a place of conflict where different concepts and actions on health, disease and death were confronted and conjugated.

Keywords: chaquenian reservations, smallpox epidemic, XVIII century

Fecha de recepción: mayo 2010.

Versión final: febrero 2011.

Introducción

Las epidemias fueron un factor importante que afectó a las poblaciones americanas nativas. La viruela¹ constituyó un caso paradigmático dentro de este tipo de males debido a su gravedad. Esta enfermedad ha sido mencionada frecuentemente en las fuentes históricas debido a la magnitud atribuida a los estragos causados y, por esta misma razón, es considerada por algunos autores como la primera en la lista de los males epidémicos más desastrosos en el Nuevo Continente.

La problemática de las epidemias para el período de la conquista y colonización de América ha sido materia de numerosos trabajos que buscaron explicar las causas y las consecuencias que las mismas imprimieron sobre la situación colonial en general. Existen en la literatura especializada, diferentes posturas en torno al surgimiento y al desarrollo de las enfermedades en el nuevo mundo. Una de ellas, que prevalece en una gran cantidad de estudios, indica que al no contar los pueblos americanos con defensas inmunológicas para las enfermedades traídas por los europeos se produjo un “choque”, “invasión” o “imperialismo” biológico² que fue el principal causante de las grandes mortandades conocidas. Creemos que a esto hace referencia Livi Bacci (2006) cuando menciona que el “moderno revisionismo epidemiológico” lo que hace es, justamente, “achatar y anular” la pluralidad de factores que se conjugaron en lo que él llama “catástrofe americana”. Esta postura restaría importancia a la intervención humana como factor en las transformaciones demográficas que vivió el continente americano durante la colonización. Por esta razón, otros autores (como Arnold, 2000) plantean que esta posición es por un lado, demasiado indulgente con respecto a la acción de los conquistadores y por el otro, negaría cualquier tipo de capacidad de respuesta por parte de los grupos indígenas. Consideramos que si bien las epidemias constituyeron un factor importante en la dinámica que se estableció entre los europeos y los nativos, no podemos dejar de lado la complejidad de los factores involucrados como las singularidades de los lugares concretos y de los actores implicados que respondieron a estas cuestiones con las herramientas

¹ En las fuentes la enfermedad es mencionada como “las viruelas”.

² Algunos autores que hablan de “choque biológico” son Vellard (1980), Melguizo (1992), entre otros. Otros investigadores (como Mc Neill y Le Roy) plantean una “unificación planetaria” a partir de la enfermedad, esto se inició con la peste negra que habría unido Europa, Asia y África del Norte y una etapa posterior comenzó durante la conquista de América donde las diversas enfermedades se dispersaron a partir de los viajes de exploración y de comercio unificando el planeta entero (Arnold 2000). Muchos trabajos retoman el modelo de Crosby (1986), entre ellos haremos referencia a Hernández (2008) quien utiliza la noción de este autor sobre “expansión biológica” o “imperialismo ecológico” para explicar la epidemia de modorra en la Nueva España.

proporcionadas por sus representaciones y prácticas sociales así como por las situaciones que se fueron dando en el devenir histórico.

Las enfermedades y las formas de cura de las mismas son construcciones sociales que se encuentran insertas dentro de una cosmovisión determinada (Sturzenegger, 1987); en muchas ocasiones, en ciertos espacios sociales existen varias cosmovisiones que entran en conflictos y disputas tanto de las concepciones como de las prácticas a seguir frente a la pérdida de la salud. Este es el caso de las misiones jesuitas donde las representaciones, las concepciones y las prácticas de indígenas y sacerdotes se enfrentaron a tensiones, conflictos y resignificaciones en distintas áreas de la vida social.

En la zona sur del Gran Chaco³, durante el siglo XVIII, diversos factores llevaron a la fundación de estos espacios reduccionales⁴ administrados por miembros de la Compañía de Jesús. Estas misiones conjugaban los intereses de los distintos actores involucrados (indígenas, misioneros, sociedad hispano-criolla), los que muchas veces entraban en disputa.

Entre las poblaciones indígenas que se asentaron en estas misiones se encontraban los mocovíes y los abipones⁵. Estos eran cazadores, recolectores, pescadores y, probablemente, poseían una horticultura incipiente (Paz, 2003). Al mismo tiempo, se caracterizaban por su movilidad a lo largo del año en ciclos de fisión y fusión, mientras que en los primeros los grupos emparentados se dividían para procurar su subsistencia durante los últimos las distintas familias se congregaban para realizar actividades que consolidaban los lazos entre ellos.

El objetivo de este trabajo es analizar qué representaciones y prácticas circulaban entre los indígenas y los sacerdotes durante las epidemias de viruela en las reducciones chaqueñas de abipones y mocovíes durante el siglo XVIII para indagar cómo la misión constituyó un lugar de conflicto en donde se confrontaron y conjugaron distintas concepciones y acciones sobre la salud, la enfermedad y la muerte. Las principales fuentes a través de las cuales se ha abordado este análisis son las obras escritas por los misioneros jesuitas Martín Dobrizhoffer y Florian Paucke⁶, quienes escribieron relatos sobre su vida en el territorio americano luego de la

³ El Gran Chaco geográficamente comprende los actuales territorios de Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay. Dentro de la primera abarca las provincias de Chaco, norte de Santa Fe, Formosa, Santiago del Estero, este de Salta, Jujuy, Tucumán, Catamarca, oeste de Corrientes, norte de Córdoba, La Rioja y San Luis.

⁴ En el siglo XVIII bajo administración jesuita se fundaron las reducciones de San Javier (1743), San Pedro (1765) de mocovíes, así como San Jerónimo del Rey (1748), Nuestra Señora de la Concepción (1749), San Fernando Regis (1750), San Carlos del Timbó (1763) de abipones.

⁵ Ambos grupos formaban parte de la familia lingüística guaycurú, junto con payaguás, mbayás, tobas, pilagás y caduveos, lo que significaba que compartían ciertas características tanto en sus lenguas como en otros aspectos socio-culturales.

⁶ Dobrizhoffer nació en Friedberg, Alemania occidental en 1718, ingresó a la Orden en 1736, luego cursó estudios humanísticos y enseñó latín, griego, sintaxis latina y retórica en los Colegios de Linz y Steyer. Se encontraba estudiando

expulsión de la Orden en 1767. En este contexto donde los jesuitas debieron hacer frente a diversas acusaciones, estos escritos tienen la intención apologética de justificar las acciones de la Compañía de Jesús en América. Los sacerdotes intentaron demostrar cómo gracias a su impulso los indígenas comenzaron un camino hacia la “civilización” que quedó trunco con su partida. Se trata de fuentes documentales sumamente ricas en detalles sobre la vida cotidiana que sacerdotes e indígenas compartían en el ámbito de la reducción, así como de las representaciones y prácticas que entraban en tensión en este espacio⁷. Al mismo tiempo, se consultaron otras fuentes jesuitas cercanas temporal y espacialmente al área chaqueña meridional en el siglo XVIII, como son los escritos de otros jesuitas expulsos como José Jolís y José Sánchez Labrador así como los de Pedro Lozano, cronista de la Compañía de Jesús⁸.

Las epidemias en América

Estas enfermedades, junto a otros factores, provocaron un descenso de la población americana⁹, favorecieron la conquista de algunos territorios¹⁰, al mismo tiempo que contribuyeron a la movilización de algunos individuos¹¹. En el contagio y la proliferación de

teología en Gratz cuando fue destinado al Río de la Plata. Estuvo junto a Paucke en Santa Fe en las misiones de mocovíes y luego pasó a las reducciones de abipones. Por problemas de salud fue trasladado a las misiones guaraníes, estuvo en varias reducciones de distintas etnias y volvió a una nueva reducción abipona. La orden de expulsión lo halló en cama hasta que finalmente llegó a Viena (Furlong 1967). Paucke nació en 1719 en Polonia. Luego de realizar el noviciado estudió filosofía en Praga, enseñó humanidades en Wrocław y cursó teología allí. Concurrió a talleres artesanales que le fueran provechosos en su deseo de misionar. En 1748 fue destinado a América llegando al año siguiente, completó sus estudios y la tercera aprobación en Córdoba, luego fue enviado a la reducción de mocovíes de San Javier donde permaneció hasta la expulsión de la Orden en 1767 para regresar a Bohemia. Una de sus especialidades fue la música. (O'Neill y Domínguez 2001).

⁷ Estas misiones chaqueñas duraron relativamente poco tiempo bajo la administración jesuita, ya que se fundaron entre 1743- 1765.

⁸ Se trabajó con las ediciones de estas obras que fueron traducidas y comentadas bajo la supervisión de especialistas sobre la temática en el marco institucional de las universidades nacionales de Tucumán y del Nordeste ya que consideramos constituyen no sólo excelentes traducciones al castellano sino que poseen estudios previos de las obras y de los jesuitas en cuestión.

⁹ Esto es mencionado en algunas fuentes, por ejemplo: “De modo que atribuímos a las viruelas y no al suelo, el que por toda América se vea disminuido el número de indios.” (Dobrizhoffer, 1968). También Jolís (1972) hace referencia al despoblamiento en la región chaqueña a causa de las epidemias de viruela.

¹⁰ Cordero de Campillo (2001) refiere que varios cronistas mencionan cómo este factor favoreció la conquista de México. En el caso de la región chaqueña meridional, no hubo una preocupación por la ocupación efectiva del territorio hasta el siglo XVIII, esa área se constituyó más bien como un lugar de paso ligado al imaginario que era una región sin “riquezas” para explotar y cuyos habitantes eran sumamente belicosos

¹¹ Esto sucedió en algunas misiones jesuitas como veremos más adelante.

estos males se conjugaban diversos elementos como las condiciones sanitarias, los problemas alimentarios, los cambios en la organización socio-económica. Muchos autores han mencionado que la transmisión de enfermedades desconocidas para las cuales los indígenas no poseían anticuerpos fueron los que provocaron los cambios demográficos más importantes (Guerra, 1987; Melguizo, 1992; Deckmann Fleck, 2006; entre otros). Según Díaz Pardo (2006) existe una corriente que plantea que el continente americano estaba libre de las enfermedades infecto-contagiosas que padecía Europa; sin embargo, algunas de ellas han existido antes de la llegada de los europeos como es el caso del tifus¹² y, podría ser, el de la gripe¹³. Alchon (1999) afirma que los antiguos americanos sufrieron ambas enfermedades epidémicas basada en el estudio de diferentes evidencias (osteológicas, documentales y circunstanciales).

Es interesante la mención de Crawford (1992) que indica que las tasas elevadas de mortalidad de los americanos a las enfermedades epidémicas no tenían tanto que ver con una especial susceptibilidad¹⁴ de los mismos a las enfermedades sino que eso se potenciaba con factores tales como el hambre, la esclavitud y el cansancio físico.

Entre los males que causaron epidemias de suma importancia se encuentran la gripe; la viruela; el sarampión; el *tifus exantemático*, tifo o tabardillo (este mal cuenta con una amplia gama de sinónimos) y la fiebre amarilla. Asimismo, existen otras enfermedades humanas vinculadas a la colonización (dengue, parotiditis, lepra, salmonelosis, paludismo, leishmaniosis, algunas parasitosis¹⁵, entre otras) que tuvieron consecuencias de menor grado (Cordero del Campillo, 2001). También en las regiones donde se desarrollaba la explotación de la minería existían enfermedades asociadas a la misma (relacionadas con la mala ventilación de las minas, el uso del mercurio en el procesamiento de los metales, etc.) (Gómez Gallo, 2003).

La viruela fue, probablemente, la que más estragos causó dentro de las poblaciones nativas americanas¹⁶ durante los siglos XVII y XVIII (Jackson, 2004). Estudios realizados en

¹² En América existía una especie de tifus precolombino que tenía escasa mortalidad, a diferencia del hispánico que causó grandes estragos (Cordero de Campillo, 2001). La mayor virulencia del tifus europeo se debe a los distintos vectores y reservorios, al mismo tiempo que a la menor resistencia inmunitaria específica de las poblaciones americanas ante las nuevas cepas (Guerra, 1999; Díaz Pardo, 2006).

¹³ Existe una fuente que parece hacer referencia a una epidemia de influenza precolombina (Mandujano Sánchez, Camarillo Solache & Mandujano, 2001 citados por Díaz Pardo, 2006)

¹⁴ Sin embargo, esta susceptibilidad fue explicada básicamente por tres hipótesis: 1) la pantalla de frío: la migración de los siberianos al nuevo mundo a través del Ártico previno el flujo de ciertas enfermedades; 2) baja base poblacional: las poblaciones americanas prehispánicas no contaban con un número suficiente de habitantes para causar epidemias; 3) falta de los animales domésticos como depósitos: no había animales domésticos que transmitieran horizontalmente las enfermedades.

¹⁵ Estas cruzaron el Atlántico en ambos sentidos, especialmente entre África y América (Cordero del Campillo, 2001).

¹⁶ La trascendencia de la misma parece reflejarse en esta cita: "¿Quién ignora que las viruelas y el sarampión son casi las únicas y muy calamitosas pestes que azotan a América?" (Dobrizhoffer, 1968).

algunas partes de la América española muestran que los epicentros ocurrieron generalmente en grandes centros poblados con un número importante de personas que pudieran extender el brote. Si bien, no existe evidencia que documente exactamente cómo se expandieron las epidemias a través de una región, se sabe que una de las formas de contagio ha sido la de las personas infectadas que viajaban de una comunidad a otra (ya sea por comercio, trabajo en otras comunidades o movimiento de soldados) (Jackson, 2004).

Con respecto a otras poblaciones afectadas, para la zona chaqueña algunos autores han mencionado que los indígenas reducidos tenían más posibilidades de contagio que los que no se encontraban en las reducciones (Furlong, 1962; entre otros). Esto se debía, por ejemplo, a que el sedentarismo constituía un factor importante en el contagio de las “pestes” u otras enfermedades debido a la concentración de población (Kersten, 1968; Deckmann Fleck, 2006; etc.). Sin embargo, Santamaría (2007) sostiene que dicha hipótesis enunciada a partir de las fuentes con que se cuenta para el siglo XVIII es de difícil determinación. Así como es dificultoso observar la extensión que tuvieron las epidemias en las poblaciones nativas (Jackson, 2004).

Durante el siglo XVIII, la viruela afectó las reducciones chaqueñas en varias ocasiones. Jolís (1972) refiere una importante epidemia en 1718, así como otras en los siglos precedentes. Según Paucke (1943), San Javier se vio afectada en los años 1745, 1759, 1760. Asimismo, Dobrizhoffer (1968) menciona una epidemia que asoló las reducciones jesuíticas del Paraguay y gran parte del territorio chaqueño en 1765. Estas epidemias parecen haber persistido en el transcurso de varios meses según lo referido en las fuentes.

En el caso de las poblaciones chaqueñas, los indígenas habían tenido contactos con los europeos y los criollos previos a la instalación de las reducciones. Estos se debieron a los intercambios comerciales y bélicos que se dieron entre ellos, situación que probablemente haya permitido algún tipo de acercamiento de las etnias chaqueñas con las enfermedades epidémicas.

Las reducciones chaqueñas de mocovíes y abipones: medicinas encontradas

Las reducciones jesuitas surgieron de los intereses de varios actores involucrados como fueron la sociedad hispano-criolla, los indígenas y los sacerdotes. Así, para la sociedad hispano-criolla se fundaron como una forma de contener a los grupos indígenas. Al encontrarse bajo la jurisdicción de alguna ciudad conformaban un intento por evitar las incursiones sobre sus estancias, constituyéndose la misión en un frente defensivo para la ciudad. Para los grupos



guaycurúes significaba un seguro económico pues ya comenzaban a sentirse las consecuencias de la presión de los españoles y la disminución de territorios disponibles para la caza y la recolección. También para algunos grupos la reducción significaba un resguardo temporal con respecto a otros indígenas frente a los cuales se sentían más débiles militarmente (Susnik, 1971). Al mismo tiempo, para los sacerdotes jesuitas, las reducciones planteaban un doble mecanismo que buscaba transformar a los indígenas en “súbditos de la Corona y en hombres de fe” (Dávila, 1998), por ende, conducirlos al camino de la “civilización”.

En las reducciones, los jesuitas intentaron cambiar ciertas pautas de comportamiento que poseían los indígenas por considerarlas como un obstáculo en el camino civilizatorio. Las celebraciones tradicionales junto con las prácticas chamánicas y guerreras intentaron encauzarse o eliminarse mediante distintas estrategias. Al mismo tiempo, se intentó incentivar el sedentarismo y la agricultura, ya que éstas constituían características de la civilización, a diferencia del nomadismo y de las prácticas de caza, recolección y pesca asociadas a comportamientos salvajes y/o bárbaros.

Como plantean Di Liscia y Prina (2002) la evangelización se centraba en cuestiones tales como la lengua, la religión, la magia y la medicina indígena. Por esta razón, uno de los puntos más conflictivos fue el de las actividades relacionadas a la salud, la enfermedad y la muerte, ya que el control sobre las concepciones y las prácticas relacionadas a estas problemáticas representaban espacios clave donde los sacerdotes competían con los chamanes.

En las sociedades indígenas, la enfermedad y la muerte eran consideradas siempre como producto de la intervención de algún agente sobrenatural. En el caso de la enfermedad, ésta podía ser provocada por la acción de algún chamán o por el quebrantamiento de algún tabú, mientras que la muerte sólo podía deberse tanto a prácticas chamánicas o guerreras (Paucke, 1943; Dobrizhoffer, 1968). Los chamanes (llamados en las fuentes “hechiceros”) eran personas con facultades para curar mediante el empleo del soplado y la succión del “mal” así como la unción de la saliva sobre la parte afectada, también utilizaban cantos¹⁷ e instrumentos en el proceso de sanación. Algunos usaban ciertas hierbas con diversos objetivos, tanto medicinales como de otro tipo; por ejemplo, se utilizaban plantas para desunir parejas (Paucke, 1943). Otra característica importante del chamán era su capacidad de matar, por la cual eran temidos por el resto de la sociedad¹⁸ (Paucke, 1943; Dobrizhoffer, 1968).

¹⁷ Según Dobrizhoffer (1968): “Los hechiceros dicen que tienen en su poder el dominio de las enfermedades y de la salud, y afirman con gran ostentación que sólo su palabra es suficiente para curar a los enfermos, excluidos todos los remedios. Sentados junto al lecho del enfermo, entonan cantos arbitrarios o mágicos”.

¹⁸ Otra función importante que cumplían era la de repartir los nombres de los recién nacidos (Paucke, 1943, p. 141, 176). Para Métraux (1996) otra tarea chamánica era la de protección que se realizaba cantando y tocando instrumentos durante la noche, cuando existía algún riesgo sobrenatural.

Los jesuitas condenaron algunas de las acciones asociadas a la medicina “chamánica” porque las consideraban supersticiosas, engaños del demonio o, simplemente, medios utilizados por los charlatanes para lograr su propio beneficio¹⁹. Los sacerdotes ligaban estas prácticas a lo “demoníaco” ya que la misma capacidad de curar era referida por los indígenas como proveniente de “su abuelo” que los jesuitas habían asociado con el demonio²⁰. Sin embargo, los sacerdotes mostraron una gran preocupación por otras costumbres asociadas a la cura de enfermedades como el uso de partes de plantas y animales para sanar. Esto ha quedado plasmado en la cantidad de registros sobre las especies vegetales medicinales utilizadas por los indígenas así como la mención a los usos de animales en la cura de diversos trastornos desde las famosas piedras bezoares²¹ hasta los corazones y excrementos de aves (Jolis, 1972).

En el caso de las reducciones chaqueñas meridionales a las que hacemos referencia en este trabajo²², gran parte de los sacerdotes que las administraron no eran médicos, ni farmacéuticos, ni cirujanos ni boticarios²³. Probablemente, si contaban con conocimientos adquiridos en sus lugares de origen y en los ámbitos donde circulaban (colegios, ciudades, misiones, navíos, entre otros), estos saberes eran los que los ayudarían a la hora de realizar tareas médicas. Asimismo, algunos escritos que trataban aspectos de dicha temática circulaban entre los miembros de la Compañía²⁴. Furlong (1972) menciona que para el tratamiento de algunas enfermedades padecidas por los jesuitas de Santa Fe, Corrientes y Asunción, estos sacerdotes se trasladaban a las misiones guaraníes ya que “carecían de médico, o no confiaban en el que tenían a mano”.

¹⁹ Paucke (1943: 248) menciona que “la paga es acaso una buena manta o una vaca o un caballo.”

²⁰ Como menciona Dobrizhoffer (1968): “Sentados junto al lecho del enfermo, entonan cantos arbitrarios o mágicos, tanto para aplacar al demonio, su abuelo, como para evocar a los manes del infierno, por cuya obra prometen que han de ser dominadas y exterminadas cuantas enfermedades hay”.

²¹ Estas piedras eran concreciones calizas que se formaban en el tubo digestivo de algunos animales.

²² A diferencia de las reducciones guaraníes que contaban además con médicos, enfermeros indígenas y hospitales (Furlong 1962, 1972). Inclusive Furlong (1972) menciona la presencia de tres protomédicos o médicos generales para las reducciones del Paraná y del Uruguay.

²³ Sánchez Labrador aunque no era médico tenía un gran conocimiento sobre este tema, inclusive mayor al de los propios médicos de la época según Furlong (1972). Este jesuita administró las reducciones de los indígenas mbayás más al norte de las que nos centramos en el presente trabajo.

²⁴ Entre estos escritos estaba el que realizó Montenegro (2007 [1710]) sobre “materia médica misionera”, que fue copiado en varias ocasiones por los sacerdotes Asperger, Dobrizhoffer, Lozano y Sánchez Labrador, por ejemplo (Di Liscia, 2003), así como muchos se basaron en referencias de Lozano –y otros jesuitas- sobre las cualidades medicinales de la flora y la fauna.

Jesuitas e indígenas ante las epidemias

Las reducciones chaqueñas –como las misiones jesuitas en general- no contaban, en caso de epidemias, con una normativa a seguir según ha quedado registrado en las obras de los sacerdotes que estuvieron en ellas. Muchos de ellos paliaron las enfermedades fusionando los presupuestos de algunos médicos de la época, las intuiciones del sentido común y de su experiencia y, en algunos casos, los conocimientos indígenas para la cura de los males. Como menciona Jolis (1972, p. 305): “prestaban solícitamente su ayuda a cada enfermo que lo necesitase, no perdiendo de vista la salud de sus cuerpos con los remedios que sus conocimientos y el sitio les permitían”.

Las misiones jesuitas contaban, generalmente, con dos sacerdotes a cargo de la administración del lugar; una de sus obligaciones era la de encargarse de la salud de la población indígena. Esto se convirtió en un problema durante el estallido de las epidemias ya que los sacerdotes no podían cumplir con estas funciones “médicas”. Al mismo tiempo, no podían contar con ayuda de los indígenas de la reducción ya que gran parte de la población se encontraba enferma tornándose casi imposible conseguir asistencia para colaborar en esas tareas. Por esta razón, en las obras de Paucke y Dobrizhoffer encontramos mención a la aparición de personas ajenas a la reducción para ayudar en estos momentos: “fueron despachados el solicitado P. Canelas junto con dos viudas españolas” (Paucke 1944, p. 32).²⁵

Sin embargo, los sacerdotes no oficiaban solamente de enfermeros sino que, obviamente, una de sus preocupaciones principales era la de llevar a cabo sus funciones religiosas. Esta labor se convertía en una ardua tarea en las condiciones mencionadas anteriormente como refiere Dobrizhoffer²⁶ (1969): “Parece increíble el trabajo que me dio cumplir con las tareas de párroco y de médico a la vez”. Lógicamente, la práctica de la medicina podía ser falible, por esta razón se intentaba no fracasar en el terreno religioso:

“día y noche me angustiaba la preocupación de que si las medicinas que les aplicaba no fueran capaces de detener la muerte, al menos /333 salvaría las almas de los moribundos, mediante los sagrados auxilios.” (Dobrizhoffer, 1969)

²⁵ Un ejemplo ilustrativo sobre esta cuestión lo menciona Dobrizhoffer (1968) para las misiones guaraníes: “Agravándose en horas la peste, y aumentando en días el número de muertos, había obtenido como consejero a no sé qué español viejo que tenía entre los suyos cierta fama de médico.”

²⁶ Las citas de Dobrizhoffer no poseen número de página porque han sido consultadas de la versión electrónica de la obra.

Si no se salvaban los cuerpos, por lo menos se procuraba salvar las almas. La aplicación del bautismo era un método efectivo para lograr este objetivo en la cercanía de la muerte:

“Sin embargo nadie /334 murió – para que veas la fuerza de la misericordia de Dios – sin ser rectamente absuelto y expiado, salvo una mujer que cuando se vio con los primeros síntomas que preceden a las viruelas me dejó que la preparara para recibir el bautismo; pero lo rechazó cuando creyó que el peligro de muerte había pasado” (Dobrizhoffer, 1969).

Sin embargo, se corrían dos riesgos principales con este sacramento: 1) que luego de la inminencia de la muerte el bautizado se retracte como vemos en el fragmento citado; 2) que si efectivamente la persona se moría algunos indígenas serían reticentes a ser bautizados. Sin embargo, los momentos de epidemias parecen haber favorecido los bautismos: “fuera del tiempo de enfermedad o de epidemia era escaso el fruto que se obtenía de ellos” (Jolís, 1972, p. 306)

Con respecto a la etiología de la enfermedad, si bien a lo largo de la transición entre el siglo XVII y el XVIII el estudio sobre la enfermedad pasó a corresponder a las ciencias naturales, lo que marcó una cierta declinación de la hegemonía del dogma católico como única explicación, todavía en las centurias mencionadas se recurría a explicar las causas de las enfermedades como productos de “castigos divinos” o maldiciones. Especialmente estas ideas estaban vigentes para el caso de las epidemias, en particular dentro de una orden religiosa como era la Compañía de Jesús: “los Salvajes fueron atacados por una peste más violenta, castigo bien merecido por su inconstancia y sus delitos no interrumpidos” (Jolís, 1972, p. 307). En muchas ocasiones, estos males se ligaban con sucesos sobrenaturales, por ejemplo se creía que las epidemias eran anunciadas mediante señales celestes²⁷: “observamos atónitos un meteoro de fuego [...] en el mismo tiempo en que se vio esa exhalación ígnea, comenzó esa enfermedad epidémica [catarro mortal]” (Dobrizhoffer, 1969).

Asimismo, la otra cara de la representación de la enfermedad – y la muerte- como castigo es la concepción en la misericordia divina, como comenta Deckmann Fleck (2006) la creencia en la intervención divina a través de las oraciones, estaba relacionada con la idea de estos religiosos sobre la naturalidad de la invocación a Dios y su misericordia. Al mismo tiempo, se pedía la intercesión de los santos para detener los brotes de las epidemias; situación que también sucedía en las ciudades americanas donde se realizaban rogativas y procesiones a algún santo particular para que los liberara del “castigo” de la enfermedad (San Martín, Santa

²⁷ Lindemann (2001) comenta algunos presagios como la “gran estrella” que observó Guillaume de Nangis anunciadora de la pestilencia que apareció posteriormente.

Rosalía, San Benito, entre otros) (Amodio, 2002; Santos, Lalouf y Thomas, 2010). Una vez que las epidemias finalizaban se les agradecía a los santos por su intervención: “Después de haber pasado las viruelas hicimos una fiesta de gracia al santo Xaverij por su solicitud ante Dios que había salvado de tan aparente peligro de muerte la mayor parte de los niños de la aldea” (Paucke, 1943, p. 38).

Una cuestión interesante es la apuntada por Jolis en la siguiente frase:

“cuando iban los Misioneros entre aquellos infieles a procurarles la conversión, se encendía entre ellos y corría el contagio, la viruela u otro mal pernicioso; así lo disponía Dios para que los elegidos de entre los Bárbaros se salvaran mediante su predicación y el bautismo en que eran regenerados” (Jolis, 1972, p. 305).

Aquí aparece con más fuerza la idea de la intervención de Dios, ya no para castigar sino para guiar en el camino de la salvación. La enfermedad como medio para la evangelización, como una guía para los elegidos.

En cuanto a las acciones para sanar los cuerpos, los sacerdotes implementaron prácticas tendientes a curar las enfermedades epidémicas guiados, como mencionamos anteriormente, en algunas concepciones de la época que existían sobre las mismas. Los viejos sistemas filosóficos (humoral, vitalista, metodista) mantenían su vigencia y se entremezclaban las interpretaciones sobre los orígenes y tratamientos en relación a las diversas enfermedades. Se creía que la causa de la enfermedad se originaba en un desequilibrio en los cuatro humores básicos (flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre)²⁸, o que era producto de vapores venenosos (miasmas), que se formaban resultado de la vegetación, los cuerpos en descomposición y otros materiales corruptos (Jackson, 2004; Deckmann Fleck, 2006; entre otros). El diagnóstico se basaba en averiguar cuál era el humor que estaba en desequilibrio y la cura consistía en recomponer ese equilibrio mediante sangrías -estas podían consistir en cortes en las venas, escarificaciones o aplicación de sanguijuelas-, purgas o eméticos (Deckmann Fleck, 2006).

En Europa los remedios más comúnmente utilizados para la viruela eran las sangrías, la aplicación del calor, la provocación de sudor y la llamada “cura roja” (Lindemann, 2001, p. 51)²⁹. Las sangrías se utilizaban porque la gente creía que eliminaban las impurezas causadas

²⁸ Una mención de Dobrizhoffer (1968) es ilustrativa de este desequilibrio como causa de la enfermedad: “No se le había ocurrido atribuirlo [una infección] a los humores nocivos”.

²⁹ Dobrizhoffer (1967) menciona que el médico Woyts informa sobre el uso de las piedras bezoares en el caso de viruelas.

por la enfermedad (Lindemann, 2001). Este constituye un modelo terapéutico netamente extractivo de los “malos humores” corporales (Scarpa, 2004).

En las reducciones chaqueñas, los sacerdotes ensayaron algunos remedios, al mismo tiempo ponían particular cuidado en la dieta de los enfermos. Esto se debe a que tenían en mente los postulados mencionados anteriormente, donde la dieta observada era de suma importancia para equilibrar el organismo así como para aliviar algunos padecimientos provocados por la viruela. Paucke (1944, p.37) menciona una emulsión que él se encargaba de preparar y dar a los enfermos de su reducción en el tiempo de viruela:

“Era una sustancia de diversas semillas de melones de agua [sandía] y otros melones machacados en conjunto: a los melones de agua llaman los Españoles *sandías*, los Mocovíes *nevaqué*, tras semillas de pepinos o *semen cucumeris*: semillas de zapallos dulces y porongos dulces en español *calabazas die Plutzer* a saber los dulces para comer zapallos o *porongos dulces* en mocobí: *loquili*. Estas semillas son todas machacadas en conjunto y colocadas con agua por un pañuelo rinden una leche preciosa; está con más agua y endulzada con azúcar la daba a mis enfermos a beberla con ahinco: pero para bebida *ordinaria* [les daba] agua de cebada; para hacer brotar las viruelas agua de lentejas.”

Asimismo, se encuentran varias referencias sobre el uso de las sangrías en las misiones jesuitas³⁰. En el caso de la reducción de San Javier, el sacerdote realizaba la práctica de la sangría imitando a los médicos españoles: “También hacía abrir la vena a algunos en seguida al comienzo pues así había oído de médicos españoles y todo hacía un bien³¹” (Paucke, 1944, p. 37) Según Dobrizhoffer (1968) también los indígenas utilizaban las sangrías, aunque lo hacían imitando a los europeos:

“Aunque aquella succión de los hechiceros sea entre los abipones el principio de la medicación, y casi la única, tienen sin embargo alguna idea de nuestros remedios, pero muy vagamente. A veces cuando se sienten muy cansados por el calor del sol o

³⁰ Furlong (1962) comenta que durante la epidemia de peste que hubo en algunas reducciones entre 1641 y 1643 las Cartas Anuas mencionan que los misioneros sangraban a los indígenas al mismo tiempo que adiestraban a estos para que ellos mismos lo realizaran.

³¹ Según Humboldt una buena fumigación y un poco de quina, que desde la segunda mitad del siglo XVIII era conocida y utilizada tanto en América como en Europa, hubiera resuelto el problema. Sin embargo, de diferente opinión era el cirujano de a bordo: “un cirujano gallego, ignorante y flemático, recetaba sangrías, pues que atribuía la fiebre a lo que llamaba ardor y corrupción de la sangre” (Humboldt, I, 1985, p. 258 citado en Amodio, 2002).

afiebrados, se sacan un poco de sangre punzando el brazo o la pierna con un cuchillo.
Usan a modo de bisturí una espina de pez.”

En relación a las epidemias, los defensores de la doctrina hipocrática sostenían que eran causadas por factores procedentes del medio ambiente. En este sentido, explicaban que ciertas emanaciones poseían una acción mórbida a distancia y que las mismas surgían de condiciones atmosféricas, astrológicas, telúricas o de la acumulación de heterogéneas sustancias orgánicas en descomposición (Bustíos Romaní, 2002).

Estas ideas también aparecen en los sacerdotes jesuitas mencionados, donde aparece la noción que esta contaminación del aire podía contrarrestarse con el uso de sustancias que lo limpiasen. Lozano, jesuita historiador de la Orden, menciona una planta que “llámanle los españoles yerba santa contra la peste porque es de un olor aromático muy vehemente, que destierra toda cualquier infección del aire” (Lozano, 1874, p. 263)

A partir de los principios antes mencionados se desarrolló desde el XVI la noción de “constitución epidémica” que luego se amplió como “teoría miasmática” y que era definida como: “Un estado de corrupción particular de la atmósfera que produce ciertas enfermedades que se difunden en la extensión que dicho estado atmosférico se prolonga y lo permite” (Bustíos Romaní, 2002, p. 33). Sin embargo, tal y como las viejas teorías filosóficas mantenían su vigencia, la teoría miasmática fue refutada por los nuevos conocimientos que se iban adquiriendo sobre la naturaleza, según los cuales la corrupción del aire no explicaba por sí sola el surgimientos de las epidemias.

Se sostenía también, que el contagio podía ser por puro contacto, tanto con personas como con los objetos contaminados (vestidos, ropa de camas) que albergan “semillas”. De este modo, se fue perfilando la teoría del *contagium vivum* que postulaba que la enfermedad era transmitida del portador al infectado a través de partículas vivas creadas espontáneamente por la corrupción de los humores: de ahí deriva la teoría “contagionista”.

En el caso de Paucke, encontramos la siguiente cita que ejemplifica la idea del contagio que existía en la época:

“Mi *barca* estuvo también ya en el puerto de *Santa Fe* donde los barcos anclaron [provenientes de las misiones guaraníes] o fueron atados en la ribera. Mis indios lo sabían y veían también las cicatrices en los indios que habían padecido viruelas. El *P. Procurator* de *Santa Fe* era también tan cuidadoso por mis indios que les prohibió que alguno de ellos trasbordara a semejante buque. Todos obedecieron, menos un mocito neófito [...] el 8 [de septiembre] ya vi que le brotaban las viruelas” (Paucke, 1943)



Aquí es muy clara la mención del surgimiento de una epidemia a partir del arribo a un lugar contaminado. Asimismo, existía una prohibición a exponerse a ambientes contaminados cuya trasgresión fue la causante de la expansión de la enfermedad en este caso.

Otra cuestión interesante, que se desprende de la cita, es que las reducciones chaqueñas practicaban el comercio regional donde la circulación de personas y bienes facilitaron el contagio, cuestión indicada por Jackson (2004) para las misiones jesuitas del Paraguay³². Esto a su vez puede relacionarse con el uso de la cuarentena como preventivo para evitar el contagio, según el mencionado autor esta era la técnica más utilizada en Europa en esta época. Los enfermos eran aislados físicamente del resto de la población en un lugar especial donde recibían poco o ningún cuidado. El objetivo era prevenir que los individuos entraran o salieran de sus comunidades al estallar una epidemia. Al mismo tiempo, en algunas ciudades americanas como Buenos Aires, la cuarentena se realizaba con los buques esclavistas que arribaban al puerto y que podían representar un foco infeccioso (Santos et al., 2010). Sin embargo, en las reducciones del Chaco no parece haberse practicado asiduamente esta medida.

Otra cuestión relacionada con el control de factores que pudieran propagar las epidemias era la deposición de los cadáveres de los infectados, relacionado al mismo tiempo con la corrupción del aire. En otros lugares, especialmente en las ciudades, se usaba la cal para tapar a los muertos (Díaz Pardo, 2006). Para las reducciones de abipones Dobrizhoffer menciona:

“Ninguno de los que murieron de viruelas recibieron el bautismo sin antes haber elegido el lugar de su entierro por temor al contagio. A ejemplo de los guaraníes procuré que el cementerio, resguardado por un muro elegantemente adornado, fuera establecido en un lugar apartado de la fundación y lejos de las brisas malignas por que, destinado a enterrar los muertos de viruelas, no fuera simiente de nuevas viruelas por los vapores que emanaran de estos cadáveres. Con estas precauciones coloqué en la misión el cementerio en un lugar desde donde raramente llegaran las brisas” (Dobrizhoffer, 1969).

Asimismo, debe tenerse en cuenta que dónde enterrar a los difuntos en el contexto misional era un factor importante que podía provocar conflictos, ya que el lugar de entierro tenía que ver con cuestiones sociales y políticas. No todos los miembros de la reducción eran

³² Esta es una reflexión que también Dobrizhoffer (1968) realiza cuando dice: “Nosotros opinamos por experiencia que las viruelas aparecen siempre en las colonias españolas, y de allí pasan a los campamentos de los indios, aunque estén a gran distancia, llevadas por los comerciantes que viajan de unos a otros.”



enterrados en el mismo sitio, dependiendo esto tanto de si los indígenas estaban o no bautizados así como de cuan buen cristianos eran, la relación que tenían con los sacerdotes así como que lugar ocupaban en la sociedad indígena. El siguiente ejemplo es sobre uno de los hijos de un cacique que murió en una de las epidemias de viruela que sufrió San Javier: “Como él fue hijo de un padre tan buen cristiano, yo lo enterré en la Iglesia” (Paucke, 1944). Esta cita muestra también que en la reducción mocoví no había un cuidado con los difuntos afectados por la viruela, ya que la Iglesia se encontraba en un lugar central de la misión. Consideramos que esto refleja, como otras cuestiones, que las decisiones personales de los sacerdotes eran de suma importancia en estos contextos sobre los cuales no existía un estricto control ni normativas de los superiores de la Orden.

Nos parece interesante destacar varias observaciones que hicieron los jesuitas. La primera es la referencia a quiénes eran los principales contagiados, tanto a nivel de sociedades como de individuos dentro de las mismas:

“Los abipones, y los demás pueblos ecuestres, de naturaleza más firme, la mayoría sin los vicios o miserias que soportan los pedestres, sufren por lo general una viruela benigna.” (Dobrizhoffer, 1968)

Este sacerdote hace hincapié en varios momentos de su obra sobre esta diferencia entre los pueblos *ecuestres* y los *pedestres*, distinción que también era usada en las fuentes como una diferenciación entre los más “salvajes y/o bárbaros” (*ecuestres*) y los más “civilizados” (*pedestres*). En el caso de los abipones, mocovíes y otros grupos *ecuestres*, considerados pueblos guerreros y sumamente “belicosos” podían asociarse estas características con la fortaleza corporal y otras virtudes relacionadas a la misma. Esto podría estar reforzando la imagen del salvaje indómito, que ni siquiera las enfermedades podían dominar. Al mismo tiempo, esta cuestión era relacionada con algunas prácticas que realizaban estas etnias –como una buena dieta, como veremos más adelante- que, a la vista de los sacerdotes, los hacían más “resistentes” que otros grupos a las enfermedades.

Por esta razón, según comenta Dobrizhoffer (1968) los abipones no tuvieron un alto grado de mortalidad: “Acaso la mezcla de la sangre y los humores, combata el veneno que no es para ellos ni tan abundante ni tan funesto.” Este jesuita a lo largo de su obra comenta la salud que gozan estos indígenas y lo relaciona con su alimentación. Esta idea de una buena dieta relacionada al estado de salud parece ser un discurso habitual que los jesuitas tenían sobre los indígenas, ya que aparece mencionado en los comentarios de otros sacerdotes (Furlong, 1962). La mención a la salud casi perfecta y a la ausencia de enfermedades de los americanos previas al contacto europeo, quienes sólo se veían afectados por la vejez o algunas



caídas también es un tema recurrente en estas fuentes, como en otras escritas por jesuitas (Furlong, 1972). Esta idea fue trasladada luego a estudios sobre la salud de los pueblos americanos, donde los especialistas creían que existían diferencias sustanciales entre los patrones de salubridad del Viejo y el Nuevo Continente, hecho que probablemente se relaciona a una visión idílica de América como una especie de paraíso prístino (Alchon, 1999; Crawford, 1992; entre otros)

Con respecto a los individuos, los más perjudicados parecen haber sido “los hombres de edad mediana” así como “las mujeres encinta” (Dobrizhoffer, 1968, 1969). Asimismo, Dobrizhoffer (1968) menciona que “esta enfermedad es muy peligrosa y casi mortal para los varones, que se ven afectados por una tristeza ingénita, negra bilis o vejez prematura”. Esto puede relacionarse con la idea de que un humor predominaba en la personalidad del individuo y podía influir positiva o negativamente en la enfermedad. Un aspecto a tener en cuenta en estas cuestiones es que, según Crawford (1992), la población más afectada por las enfermedades epidémicas fue probablemente la gente más joven y la más vieja junto con las mujeres embarazadas y en período de lactancia, ya que estos individuos son los más propensos a morir de estos males.

Dobrizhoffer (1968), un gran observador, hace referencia a la inmunidad proporcionada por haber sobrevivido a la enfermedad: “Un niño de cinco años cayó enfermo apenas dos días y no le conté más de diez granos; pero por esta breve enfermedad, sucedió que quedó siempre inmune”.

Con respecto a las poblaciones indígenas que habitaban el Gran Chaco, las mismas tuvieron diversas reacciones ante las epidemias que aparecieron en la región. Estas acciones oscilaron principalmente entre fugas y abandonos: “¡qué tontos! Temerosos de contraer el virus se alejaban en busca de profundos escondrijos, pues creían que al emplear esta táctica eludirían la peste” (Dobrizhoffer, 1968).

Existen diferencias en lo mencionado por los jesuitas para los grupos abipones y mocovíes. Paucke menciona para estos últimos que:

“En tiempo de viruelas o de una peste ni las familias quedan reunidas sino que se dispersan por los bosques. Si alguno de ellos se enferma y hay un peligro, colocan entonces ante el enfermo una fuente con comida y una jarra de agua, se ausentaban y lo dejaban sólo, suceda con él lo que quisiera.” (Paucke, 1943, p. 236)

Mientras que Dobrizhoffer menciona para los primeros:

“[Los abipones] Parten en camino recto al lugar que eligieron; pero no abandonan nunca el cuidado de los suyos, con quienes están obligados por lazos de sangre o de amistad, sino que ponen gran cuidado de llevarlos consigo”. (Dobrizhoffer, 1968)

Esta cita también puede querer diferenciar a los abipones, entre los que el sacerdote misionaba de los demás indígenas mostrando las cualidades solidarias de los mismos. Sin embargo, también la cita de Paucke nos indica que algún tipo de cuidado se le proporcionaba al enfermo y quizás se volviera periódicamente a controlarlo. Según Díaz Pardo (2006) “entre muchos pueblos indígenas la aplicación del aislamiento de los enfermos era desconocida como medida profiláctica ante la epidemia, el ethos indígena reclamaba la solidaridad grupal y esto daba lugar a tasas de infección mayores”.

Las acciones de abandono y huida probablemente tengan que ver con el imaginario –y la experiencia– de las consecuencias devastadoras de las epidemias: “Ante los primeros signos de viruela, un profundo temor domina a los naturales. Aprendieron de sus antepasados que esta enfermedad significaba la muerte” (Dobrizhoffer, 1968)³³. Asimismo, es interesante mencionar una cita de Dobrizhoffer (1967) donde los hechiceros querían hacer creer que los causantes de la epidemia eran los sacerdotes:

“Los hechiceros y principalmente su principal, Tupanchicú, trataron de hacer creer al pueblo ignorante, con la intención de hacer nacer en su ánimo horror con respecto a los cristianos, que esta epidemia estaba causada por nosotros”

En algunos casos, las epidemias fueron uno de los factores que ayudaron a que algunas reducciones fueran abandonadas momentánea o definitivamente:

“Aterrados al ver a la primera vieja que murió, todos, exceptuados unos pocos, quisieron huir de la misión para poner a seguro sus vidas en remotos escondrijos. Algunos, cruzando el río Grande o Iñaté, se retiraron a veinte leguas.” (Dobrizhoffer, 1969).

Vitar (1991) menciona que la peste de viruela provocó una alta mortandad entre los lules -otro grupo chaqueño- y que al mismo tiempo produjo “la desertión de éstos en cadena”. Una cuestión interesante que plantea la autora es que a pesar de que los españoles reconocían los estragos producidos por la epidemia de viruela, el abandono de la reducción por parte de los

³³ Como mencionamos anteriormente no se trataban de “poblaciones vírgenes”, probablemente existía algún tipo de contacto con las enfermedades epidémicas.

indígenas se adjudicaba a los defectos propios de los indígenas (“vicios”, “inconstancia” y “nociva influencia de los guerreros”) en lugar de otorgársele al temor producido por la enfermedad.

Deckmann Fleck (2006) plantea una paradoja en la cual las epidemias, acompañadas por el hambre y cambios en la estructura social y territorial, llevaron a los indígenas a buscar la protección misional en las reducciones, creando un ambiente que potenció la aparición de nuevas enfermedades, en relación a la sedentarización y las transformaciones en la dieta alimenticia de los indígenas. Sin embargo, como mencionamos anteriormente el proceso inverso se dio en las reducciones asentadas cuando las epidemias aparecieron. Por ejemplo, Suárez y Tornay (2003) plantean que “los pueblos de San Javier, San Jerónimo y San Pedro fueron establecidos entre 1743 y 1765 cuando abipones y mocovíes pidieron reducción tras las epidemias de viruela y la escasez de recursos con qué sustentarse”. Si bien estas pueden haber contribuido, las causas que derivaron en el pedido de reducción son más complejas (Vitar, 1997; Paz, 2003, 2007; Lucaioli, 2005; Nesis, 2005; entre otros).

Los indígenas también recurrieron a sus prácticas tradicionales como forma de enfrentar las epidemias cuando estas aparecían en las reducciones ya constituidas. Ante este mal los indígenas buscaban la protección y la capacidad de cura de los chamanes³⁴ como lo muestra el siguiente ejemplo:

“El cacique de los tobas, Keebetavalkin, fue el principal médico en todo el Chaco; vivió por un tiempo en la fundación de San Jerónimo, de abipones, y otro en San Javier, de mocovíes; pero sobre todo ambulante, y conoció nuestros asuntos cuando estuvo un tiempo entre nosotros con su mujer y sus dos hijitas. Ninguno de los míos atacado de viruelas se negó a ser sumido y exsufado por aquel bárbaro Esculapio” (Dobrizhoffer, 1969).

El modo de sanación (chupado, soplado) parece haber sido el mismo que para el resto de las enfermedades:

“Si tiene todo el cuerpo debilitado, fiebre, o comienzan a insinuarse los síntomas de viruelas o sarampión, a veces cuatro o cinco médicos, como las Harpías, revolotean alrededor del cuerpo del paciente al mismo tiempo; uno chupando, otro soplando en el brazo y en el costado; el tercero y el cuarto en los pies” (Dobrizhoffer, 1968).

³⁴ Deckmann Fleck (2006) menciona esto mismo para el caso de los guaraníes.



Las prácticas tradicionales se utilizaban para las enfermedades “nuevas”, ya que según Dobrizhoffer (1968) “Entre los médicos abipones era costumbre curar con la misma medicina todo tipo de enfermedad, sin importarles si la afección era de origen interno o externo.”

Como mencionamos anteriormente, uno de los esfuerzos más importantes de los sacerdotes fue terminar con el accionar de los chamanes. Esto se debía a que el monopolio en cuestiones de salud, enfermedad y sanación constituía un ámbito donde se disputaban fuertes intereses, ya que los chamanes³⁵ tenían injerencia en otras cuestiones de la sociedad y eran personajes temidos y respetados. Desprestigiar este poder era necesario para “extirpar” comportamientos impropios y evangelizar más fácilmente. Según Deckmann Fleck (2006) este desprecio por las prácticas tradicionales podría estar mostrando la intención de los jesuitas de controlar el proceso de cura, potenciando la conversión de los indígenas con la promesa de vida eterna. Al mismo tiempo, la autora plantea que también puede estar relacionado con el control legítimo y la manipulación que la Iglesia intentaba detentar sobre la esfera sagrada y sobrenatural.

Con respecto a las causas que provocaban las enfermedades, Sánchez Labrador (1910 [1770]) indica que los mbyáys –guaycurúes con los que él convivió- tenían identificado un claro “ente invisible” que era el responsable de las enfermedades epidémicas:

“Tienen rarísimo concepto formado de este mal, no muy frecuente en estas tierras. Creen que es un ente vivo aunque invisible, amigo del Sol y del calor no menos opuesto al frío y á la sombra. Según la naturaleza que se fingen, los hacen andariegos. Buscando a quien pegarse. Pobre del que anda por el sol y vía recta. Es necesario andar por la sombra, ó por el sol atravesando de un lado á otro, para que las viruelas no atinen con la vereda.”

Al mismo tiempo, algunas medidas preventivas para evitar el contagio de las viruelas se podían realizar al haber identificado la causa del mal.

La asociación de esta enfermedad con el calor, también se refleja en las prácticas que los indígenas tenían una vez que sentían los síntomas de la enfermedad: “el indio, ni bien siente el calor de las viruelas brotantes, salta en seguida para dentro del agua más fresca y se baña, por lo cual las viruelas retroceden al cuerpo y los matan” (Paucke, 1943), lo cual según el sacerdote era contraproducente.

Sin embargo, con respecto a las consecuencias de los baños en el caso de padecer viruela hay una diferencia en la opinión entre el jesuita mencionado y el misionero de los

³⁵ Silvia Citro (2008) plantea para el caso de los mocovíes que el cacique también era chamán, lo que podría pensarse como posibilidad para el momento histórico que estamos analizando.

abipones. Dobrizhoffer (1968) plantea que “O con más propiedad yo creería que la salvación del hombre febril fue el haber nadado de noche por un río frío, lo que le refrescó la sangre”.

Interesante es la siguiente cita: “Bullendo en las fibras de este bárbaro el pestilente calor aumentado por la gran cantidad de vino cremado, se excitaba en su cuerpo un incendio letal. Pero el resultado nos enseñó que el fuego se mata con el fuego” (Dobrizhoffer, 1968). Creemos que, probablemente, estas referencias tengan que ver con cuestiones asociadas al llamado “síndrome cálido-fresco”, donde tanto los alimentos, las enfermedades como las curas pertenecen a alguna de estas categorías (Scarpa, 2004), la viruela podría pertenecer al grupo “cálido”, por eso la mención del “fuego se mata con fuego”³⁶. También en la concepción indígena, como vimos anteriormente, parece haber una asociación de la enfermedad con el calor, habiendo un punto de contacto entre ambas concepciones.

Consideraciones finales

Las epidemias han constituido un problema de importancia en diferentes ámbitos americanos, entre ellos figuran las reducciones jesuitas. Estas constituían espacios permeables donde no sólo las enfermedades “entraban” sino que circulaban bienes, concepciones, prácticas que generaban resignificaciones tanto para los jesuitas como para de los indígenas dentro del contexto misional.

Las misiones, al congregar a un mayor número de personas en un sitio tendiente a prácticas más sedentarias, favorecieron la aparición de enfermedades epidémicas así como un mayor número de enfermos. Las acciones terapéuticas que se llevaron a cabo en las reducciones representaron una síntesis de prácticas entre las medicinas de los indígenas y de los europeos, lo que Deckmann Fleck (2006) llama “medicina experimental”. Ante las epidemias, los indígenas optaron por diferentes alternativas como abandonar las misiones y volver a las tierras “selváticas”, dejar a sus parientes enfermos, acudir a sus chamanes y/o seguir los consejos y acciones promovidos por los sacerdotes.

Asimismo, a pesar de los esfuerzos de los jesuitas de eliminar las prácticas chamánicas, muchas veces los sacerdotes debían negociar la realización de algunas de las prácticas tradicionales mezcladas con otras que ellos intentaban llevar a cabo entre los indígenas.

Los jesuitas que administraron estas reducciones chaqueñas en el período observado, no eran farmacéuticos, ni boticarios ni médicos sino que, a partir de sus experiencias y

³⁶ Si bien es para otro contexto cultural y temporal, es interesante lo que menciona Scarpa (2004) para los criollos del Chaco argentino, para los que las enfermedades de la piel son consideradas producto de un “calor que sale de adentro” debido a alteraciones de la sangre.

conocimientos previos así como del ensayo y error, intentaron paliar las epidemias cuando estas se hicieron presentes en los espacios misionales. Tenían presentes los postulados propios de la época como las ideas de los humores corporales desequilibrados y los miasmas como causantes de las enfermedades pero, al mismo tiempo, poseían nociones acordes a su rol de sacerdotes donde la enfermedad y la sanación estaban ligados a castigos y recompensas divinas. Asimismo, sus prácticas estuvieron en consonancia con dichas ideas ya que utilizaban sangrías, dietas, remedios para aliviar el cuerpo, pero simultáneamente rezaban y dedicaban parte de su tiempo a ayudar a las almas. Así, quedaban cumplidas sus funciones principales: las de socorrer los cuerpos y las almas tanto de los indígenas como de ellos mismos.

Una mención interesante es que las cuarentenas que se llevaban a cabo en varios lugares, parecen no haberse cumplido en algunas reducciones chaqueñas. Esto puede tener que ver con que esta medida preventiva entraba en conflicto con un objetivo básico de la reducción: “aldear para civilizar” (Bohn Martins, 1997). El tratamiento de los cadáveres también fue diferente en cada reducción. Estas cuestiones nos permiten afirmar la importancia de las decisiones individuales ante los problemas que proporcionaban las epidemias –y la salud en general- en el ámbito misional. Esto se relaciona a que el espacio chaqueño era un lugar donde las reducciones funcionaron por un breve período de tiempo y que, muchas veces, no contaba con algunos elementos que otras misiones más antiguas sí poseían (enfermeros, médicos, boticas, entre otros).

Podemos encontrar algunas coincidencias en las explicaciones de las causas de las enfermedades que parecen haber dado tanto sacerdotes como indígenas. Los motivos de ambos grupos tendrían relación con cuestiones ligadas a entidades más allá de lo visible, sea Dios (castigos divinos) o espíritus invisibles, quienes provocaban las enfermedades. La enfermedad y la muerte son tareas propias de seres y niveles no “naturales”. Este es un punto de coincidencia a la vez que de conflicto, ya que la intercesión ante estos seres potentes otorgaba poder al intercesor (sacerdotes o chamán) que pudiera encauzar las enfermedades. Así, la salud, la enfermedad y la muerte fueron un lugar privilegiado en las disputas de poderes que se dieron dentro de las reducciones. Dentro de las concepciones de salud, enfermedad y muerte, lo sobrenatural, que aparece en ambas visiones, genera un marco de disputa por el control de las concepciones y prácticas relacionadas a estos conceptos. Como plantea Di Liscia (2000) con respecto a las creencias mapuches, la deconstrucción simbólica servía para reconstruir un sistema en el cual se apoyaran la Iglesia y su proyecto evangelizador.

Dónde enterrar a los muertos, qué remedios consumir y qué acciones sanadoras seguir eran decisiones que iban más allá de las prácticas médicas para curar una enfermedad determinada sino que estaban fuertemente ligadas a los ámbitos religiosos, políticos, familiares algunos de los cuales los jesuitas intentaban cambiar con insistencia.

No sólo los cuerpos estaban en disputa sino que, fundamentalmente, la lucha se daba por las almas. Ante la inminencia de la muerte los sacerdotes propiciaban la inmersión en las aguas bautismales para salvarlas. Esto, en ocasiones era contraproducente porque la gente moría quedando asociada la recepción del bautismo con la muerte, así como porque otras veces una vez pasado el momento límite, el enfermo se recuperaba y renegaba del sacramento. El tema de la higiene es una línea interesante para explorar en futuros trabajos.

Bibliografía

- Alchon, S. A. (1999). Salud y enfermedad en la América Precolombina. Una perspectiva hemisférica. *Folia Histórica del Nordeste* (14), 211-228. Resistencia: IIGHI, CONICET – IH, UNNE.
- Amodio, E. (2002). Las calenturas criollas. Médicos y curanderos en Cumaná (Venezuela) durante el siglo XVIII. *Procesos históricos: revista de historia y ciencias sociales*, vol. 1 (1). Obtenida de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/200/20000102.pdf>
- Arnold, D. (2000). *La naturaleza como problema histórico. El medio, la cultura y la expansión de Europa*. México: Fondo de Cultura.
- Bohn Martins, M.C. (1997). Tempo, festa e espaço na Redução dos Guaranis. *49 Congreso Internacional del Americanistas (ICA)*. Quito.
- Bustíos Romani, C. (2002) *Cuatrocientos años de la salud pública en el Perú 1533-1933*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima.
- Citro, S. (2008). Las estéticas del poder. Liderazgos y performances rituales entre los mocovíes santafesinos. En: J. Braunstein (Ed.), *Liderazgos en el Gran Chaco* (pp. 169-198). Resistencia: Universidad del Nordeste.
- Cordero de Campillo, M. (2001). Las grandes epidemias en la América colonial. *Archivos de zootecnia*, vol. 50 (192), 597-612.
- Crawford, M. (1992). *Antropología biológica de los indios americanos*. Madrid: Mapfre.
- Crosby, A. W. (1986). *Ecological Imperialism. The Biological Expansion of Europe, 900-1900*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dávila, B. (1998). Gobierno del cuerpo, gobierno del alma. La estrategia reduccional jesuítica como dispositivo de evangelización y sujeción política. Santa Fe, 1743-1767. *VII Jornadas Internacionales sobre las Misiones Jesuíticas*. Resistencia: IICHI.
- Deckmann Fleck, E. C. (2006). Da mística às luzes - medicina experimental nas reduções jesuítico-guaranis da Província Jesuítica do Paraguai. *Revista complutense de historia de américa* (32), 153-178. Obtenida de <http://www.oei.es/n12146.htm>
- Díaz Pardo, C. (2006). Las epidemias en la Cartagena de Indias del siglo XVI-XVII: una aproximación a los discursos de la salud y el impacto de las epidemias y los matices ideológicos subyacentes en la sociedad colonial. *Memorias. Revista Digital de Historia y*

- Arqueología desde el Caribe*, vol. 3 (6), 80-99. Obtenida de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=85530609>
- Di Liscia, M. S. (2000). *Itinerarios curativos. Saberes, terapias y prácticas médicas indígenas, populares y científicas. Región Pampeana (1759-1910)*. Tesis doctoral. Obtenida de <http://eprints.ucm.es/tesis/19972000/H/0/H0040401.pdf>
 - Di Liscia, M. S. (2003). *Saberes, terapias y prácticas médicas en la Argentina (1750-1910)*. España: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
 - Di Liscia, M. S. & Prina, A. (2002). Los saberes indígenas y la ciencia de la Ilustración. *Revista Española de Antropología Americana*, 302 (32), 295-319.
 - Dobrizhoffer, M. (1967, 1968, 1969 [1783]). *Historia de los abipones* (Vol. I, II, III). Resistencia, Chaco: Universidad Nacional del Nordeste. Obtenida de www.bvp.org.py
 - Furlong, G. (1962). *Misiones y sus Pueblos de Guaraníes*. Buenos Aires: Teorema.
 - Furlong G. (1967). Noticia biográfica y bibliográfica del padre Martín Dobrizhoffer. En M. Dobrizhoffer, *Historia de los abipones* (tomo I). Resistencia: Universidad Nacional del Nordeste.
 - Furlong, G. (1972). Medicina y botica misionera. *Tercer Congreso Nacional de Historia de la Medicina Argentina*. Rosario.
 - Gómez Gallo, A. (2003). La medicina en el descubrimiento de América. *Gazeta Médica de México*, Vol. 139 (5), 519-522.
 - Guerra, F. (1987). Origen y dispersión de las grandes epidemias de la Conquista de América. *II Jornadas Colombianas de Historia de la Medicina*. Medellín.
 - Guerra F. (1999). *Epidemiología americana y filipina (1492-1898)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
 - Hernández, J. (2008). En torno a la invasión biológica de la Nueva España: la epidemia de modorra. *Analecta Historico Medica*, Suplemento I. VI. Memorias 41º Congreso Internacional de Historia de la Medicina. México
 - Jackson, R. H. (2004). Una mirada a los patrones demográficos de las misiones jesuitas de Paraguay. *Fronteras de la Historia Revista de historia colonial latinoamericana*, vol. 9, 129-179.
 - Jolis, J. (1972). *Ensayo sobre la Historia Natural del Gran Chaco*. Resistencia: Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Humanidades, Instituto de Historia.

- Kersten, L. (1968). *Las tribus indígenas del Gran Chaco hasta fines del siglo XVIII*. Resistencia: Universidad Nacional del Nordeste.
- Lindemann, M. (2001). *Medicina y sociedad en la Europa moderna 1500-1800*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Livi Bacci, M. (2006). *Los estragos de la conquista: quebranto y declive de los indios de América*. Barcelona: Crítica.
- Lozano, P. (1874). *Historia de la conquista del Paraguay, Río de la Plata y Tucumán* (Tomo III). Buenos Aires: Imprenta Popular.
- Lucaioli, C. (2005). *Los grupos abipones hacia mediados del siglo XVIII*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Antropología. Colección Tesis de Licenciatura.
- Mc Neill, W. (1984). *Plagas y pueblos*. México: Siglo XXI.
- Melguizo, M. (1992). Las grandes epidemias del Descubrimiento y la Conquista de América. *Revista Universidad de Antioquia, Vol. LXI (229)*, 31-35.
- Métraux, A. (1996). *Etnografía del Chaco*. Asunción: Editorial El Lector.
- Montenegro, P. (2007 [1710]). *Materia Médica Misionera*. Posadas: Editorial Universitaria de Misiones.
- Nesis, F. S. (2005). *Los grupos mocoví en el siglo XVIII*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Antropología. Colección Tesis de Licenciatura.
- O'Neill, C. E. y Domínguez, J. (2001). *Diccionario histórico de la compañía de Jesús. Biográfico-temático* (Tomo III). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Paucke, F. (1943, 1944). *Hacia allá y para acá. Una estadía entre los indios Mocobíes, 1749-1767* (Volumen II, III). Tucumán: Universidad de Tucumán.
- Paz, C. D. (2003). "...como es su costumbre hacer casi cada año..." Algunas consideraciones sobre las actividades económicas de los pueblos del Gran Chaco argentino. Siglo XVIII. En R. J. Mandrini y C. D. Paz (Eds.), *Las fronteras hispanocriollas del mundo indígena latinoamericano en los siglos XVIII-XIX. Un estudio comparativo* (pp. 375-405). Instituto de Estudios Histórico-Sociales, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires; Departamento de Humanidades, Universidad Nacional del Sur y Centro de Estudios de Historia Regional y Relaciones Fronterizas, Universidad Nacional del Comahue.



- Paz, C.D. (2007). Territorialidad, espacialidad y construcción de posiciones de rango entre abipones y mocovíes en el Chaco austral en la segunda mitad del siglo XVIII. *XXVII Encuentro de Geohistoria Regional*. Asunción: Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Filosofía.
- Sánchez Labrador, J. 1910 [1770]. *El Paraguay Católico*. Buenos Aires: Imprenta Coni Hnos.
- Santamaría, D. (2007). *Chaco Gualamaba. Del monte salvaje al desierto ilustrado*. Jujuy: Ediciones Cuadernos del duende.
- Santos, G. M., Lalouf A. & Thomas H. (2010). Las viruelas preocupan a las autoridades de Buenos Aires: un análisis de los problemas atribuidos a las epidemias de viruelas y sus modos de solucionarlos durante la segunda mitad del siglo XVIII. *Eä - Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, vol. 1 (3). Obtenido de <http://www.ea-journal.com/es/numeros-anteriores/59-vol-1-n-3-abril2010/202-las-viruelas-preocupan-a-las-autoridades-de-buenos-aires>
- Scarpa, G. (2004). El síndrome cálido-fresco en la medicina popular criolla del Chaco argentino. *Revista de dialectología y tradiciones populares*, vol. 59, 5-29.
- Sturzenegger, O. (1987). *Medecine traditionnelle et pluralisme medical dans une culture creole du Chaco Argentin*. Mémoire pour le D.E.A. Anthropologie: Biologie Humaine et Société. Marseille: Université de Droit, D´Economie et des Sciences D´Aix-Marseille.
- Suárez, T. & Tornay M. L. (2003). Poblaciones, vecinos y fronteras rioplatenses. Santa Fe a fines del siglo XVIII. *Anuario de Estudios Americanos* (Tomo LX) (2), 521-555.
- Susnik, B. (1971). *El indio colonial del Paraguay. III. El Chaqueño: Guaycurúes y Chanes-Arawak*. Asunción: Museo etnográfico Andrés Barbero.
- Vellard, J. (1980). El choque biológico de la conquista sobre la población americana. *La Semana Médica*, Nro. 14.
- Vitar, B. (1991). Las relaciones entre los indígenas y el mundo colonial en un espacio conflictivo: la frontera tucumano-chaqueña en el siglo XVIII. *Revista Española de Antropología Americana* (21), 243-278.
- Vitar B. (1997). *Guerra y misiones en la frontera chaqueña del Tucumán. 1700-1767*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Notas y agradecimientos

Este trabajo pudo ser realizado gracias a la financiación del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y fue enriquecido por los valiosos aportes de Mónica Ferraro, Pablo Azar, María Soledad Gheggi, Bettina Sidy y mis compañeros del Seminario Permanente de Estudios Chaqueños (SPECH).