



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Ciencias Sociales

Unidad de Posgrado

Nacer Matsigenka: prácticas tradicionales en torno al parto en la comunidad nativa de Camisea

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Estudios

Amazónicos

AUTOR

Brenda Liz ARAUJO SALAS

ASESOR

María Emma MANNARELLI CAVAGNARI

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Araujo, B. (2018). *Nacer Matsigenka: prácticas tradicionales en torno al parto en la comunidad nativa de Camisea*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

18488 A



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

UNIDAD DE POSGRADO

**ACTA PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN ESTUDIOS AMAZÓNICOS**

En Lima, a los cuatro días del mes de octubre del año dos mil dieciocho, reunidos en la Sala de Grados de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a horas 15:00 p.m., bajo la Presidencia del Dr. ROMMEL HUMBERTO PLASENCIA SOTO y con la concurrencia de los demás Miembros del Jurado Examinador, se inició el acto académico invitando a la graduanda **BRENDA LIZ ARAUJO SALAS**, para que realice la sustentación de su Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Estudios Amazónicos, titulada:

“NACER MATSIGENKA: PRÁCTICAS TRADICIONALES EN TORNO AL PARTO EN LA COMUNIDAD NATIVA DE CAMISEA”

A continuación fue sometido a las objeciones por parte del Jurado. Terminada esta prueba y verificada la votación; se consignó la calificación correspondiente a:

.....
B. MUY BUENO 17
.....

Por cuanto, el Jurado, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, acordó recomendar a la Facultad de Ciencias Sociales para que proponga que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos otorgue el Grado Académico de Magíster en Estudios Amazónicos, a la Bachiller **BRENDA LIZ ARAUJO SALAS**, Siendo las 16:00 p.m. y para constancia dispuso se extendiera la presente Acta y firmaron:

Dr. Rommel Humberto Plasencia Soto.
PRESIDENTE

Dr. Danny David Pinedo García.
MIEMBRO

Dr. Enrique Carlos Rojas Zolezzi.
MIEMBRO

Dr. Mirko Roal Solari Pita.
MIEMBRO

Dra. María Emma Mannarelli Cavagnari.
ASESORA

.....

.....

.....

.....

.....



Dr. JULIO MEJIA NAVARRETE
Director (e)

Al Bajo Urubamba,
por sus gentes, sus ríos y su pongo
A las parteras
y a todas las mujeres
que nos enseñan a crear con la vida
generosamente

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
Capítulo I. Marco teórico y metodológico	12
1.1. Problema de investigación	12
1.2. Justificación.....	16
1.3. Preguntas de investigación.....	16
1.4. Objetivos	17
1.4.1. Objetivo general.....	17
1.4.2. Objetivos específicos.....	17
1.5. Hipótesis.....	18
1.5.1. Hipótesis central.....	18
1.5.2. Hipótesis específicas	18
1.6. Metodología	18
1.7. Revisión bibliográfica.....	22
1.7.1. Concepción del cuerpo.....	22
1.7.2. Conceptualización de salud	27
1.7.3. Sistemas médicos.....	28
1.7.4. Medicinas tradicionales.....	29
1.7.5. Los conocimientos tradicionales.....	29
1.7.6. Transmisión de los conocimientos tradicionales.....	30
Capítulo II. Antecedentes históricos y contexto sociopolítico sobre los Matsigenka del Bajo Urubamba, Camisea	32
2.1. Historia del Bajo Urubamba.....	32
2.1.1. Periodo colonial.....	32

2.1.2.	El auge del caucho y la ampliación de la actividad agrícola.....	33
2.1.3.	El ingreso de las misiones dominica y evangélica.....	34
2.1.4.	Ingreso de industrias extractivas.....	36
2.2.	Contexto sociopolítico del Bajo Urubamba.....	38
2.2.1.	Aspectos geográficos del Bajo Urubamba.....	39
2.2.2.	Características de la población de la comunidad.....	42
2.2.3.	Actividades de subsistencia.....	44
2.2.4.	Actores socioeconómicos del Bajo Urubamba.....	48
2.2.5.	Aspectos organizativos de Camisea.....	57
2.3.	La microred de salud de Camisea.....	61
2.3.1.	El centro de salud de la comunidad.....	62
Capítulo III. Aspectos culturales sobre el ciclo vital.....		64
3.1.	Cosmología Matsigenka.....	64
3.2.	Concepción de la salud.....	68
3.3.	Momentos del ciclo vital.....	73
3.4.	La primera menstruación (Ventagantsi).....	74
3.4.1.	Aprendizajes durante la menarquía.....	77
3.4.2.	Prácticas para renovar el cuerpo en la menarquía.....	78
Capítulo IV. Prácticas durante el embarazo y el parto.....		83
4.1.	Creencias y prohibiciones durante el embarazo.....	84
4.2.	El Parto (kanie, puja).....	91
4.2.1.	Facilitar el parto.....	93
4.2.2.	La placenta y el corte del cordón umbilical (<i>mogitontsi</i> , ombligo).....	95
4.2.3.	Eligiendo el sexo del próximo hijo.....	97
4.2.4.	Algunas complicaciones durante el parto.....	99

4.3.	El baño y los cuidados de la madre	101
4.4.	Alimentación de la madre y cuidados del recién nacido	103
4.4.1.	Cuidado especial frente a los animales.....	107
4.5.	La transición en la atención del parto	111
4.5.1.	Promotores de salud.....	111
4.5.2.	Parteras en Camisea.....	112
4.5.3.	Las obstetras	115
4.5.4.	¿Qué está pasando en la transición?.....	116
Capítulo V. El parto en el puesto de salud		121
5.1.	El parto en el puesto de salud.....	121
5.2.	Experiencias del parto en el centro de salud	125
5.2.1.	Algunas complicaciones durante el parto en Camisea.....	129
5.3.	El manejo de la fertilidad	133
5.3.1.	El embarazo adolescente.....	136
5.3.2.	Las infecciones de transmisión sexual	137
5.4.	Preferencias del parto en Camisea.....	140
CONCLUSIONES		145
BIBLIOGRAFÍA		149
ANEXOS.....		163

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. El pongo de Mainique.....	64
Ilustración 2. Omogüto Inkite	68
Ilustración 3. Primera menstruación	74
Ilustración 4. Prohibiciones de alimentación durante la primera menstruación.....	76
Ilustración 5. Embarazo y parto por la pantorrilla.....	83
Ilustración 6. Prohibiciones de los hombres durante el embarazo	87
Ilustración 7. El parto antes.....	91
Ilustración 8. Eligiendo el sexo del próximo hijo.....	98
Ilustración 9. El baño después del parto	101
Ilustración 10. El daño de las hormigas	107
Ilustración 11. Partera Acomodando	112
Ilustración 12. El parto soñado, eligiendo la forma de parir.....	140

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Principales informantes entrevistados	19
Cuadro 2. Hormigas que afectan a los niños.....	108
Cuadro 3. Número de partos en CN Camisea según lugar de atención durante el periodo 2011-2016.....	122
Cuadro 4. Número de partos en CN Camisea atendidos durante el periodo 2011-2016, según la persona que atendió	124
Cuadro 5. Resultados del taller sobre preferencias al parir.....	141

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de partos en CN Camisea según lugar de atención, durante el periodo 2011-2016.....	122
Gráfico 2. Número de partos en CN Camisea atendidos durante el periodo 2011-2016, según la persona que atendió	124

RESUMEN

La comunidad nativa de Camisea es una de las comunidades representativas de los cambios acelerados que vive el Bajo Urubamba desde el ingreso de las iglesias católica y evangélica, pero también por la presente convivencia con el Proyecto gasífero más importante del país que lleva su nombre. Los cambios sociales, ambientales y culturales que vive la población son también reflejados en el momento del parto.

El presente estudio se propone describir y analizar las prácticas tradicionales vinculadas al parto que actualmente llevan a cabo las mujeres del pueblo Matsigenka de la comunidad nativa de Camisea. De esta manera, se busca comprender las concepciones, prácticas culturales y costumbres que las mujeres tienen sobre sus partos, además de los aprendizajes durante la primera menstruación, los cuidados en el embarazo, posparto y el cuidado de los niños y niñas. Asimismo, se analiza la relación existente con el personal del centro de salud de Camisea.

Palabras clave: Matsigenka, embarazo, parto, prácticas tradicionales, amazonía.

ABSTRACT

The native community of Camisea is one of the representative communities to the accelerated changes that the Lower Urubamba lives since the entrance of the Catholic and evangelical churches, but also because of the present coexistence with the most important Gas Project of the country that bears his name. The social, environmental and cultural changes experienced by the population are also reflected at the time of birth.

The present study aims to describe and analyze the traditional practices related to childbirth that currently perform the Matsigenka women of the native community of Camisea. In this way understand the conceptions, cultural practices and customs that women have about their births, learning during the first menstruation, care in pregnancy, postpartum and the care of children. Besides, it is analyzed the relationship with the health personnel of the Camisea health center.

Keywords: Matsigenka, embrace, childbirth, traditional practices, amazon.

INTRODUCCIÓN

La comunidad de Camisea, como otras comunidades del Bajo Urubamba perteneciente al recién conformado Distrito de Megantoni, de la región Cusco, ha vivido en constantes cambios desde el ingreso de las iglesias católica y evangélica en su territorio durante la segunda mitad del siglo XX. Actualmente convive con las actividades del proyecto gasífero más importante del país. La población está viviendo, por ello, acelerados cambios en sus valores, creencias y prácticas socioculturales.

Durante los años 2011 y 2012, tuve la oportunidad de trabajar en el proyecto de desarrollo “Nuestro Buen Vivir” ejecutado por el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y financiado por la empresa Pluspetrol. Fue así que pude conocer varias comunidades del pueblo Matsigenka ubicadas en la cuenca del Bajo Urubamba. La principal labor que realicé fue la coordinación en campo de actividades enfocadas en mujeres artesanas, lo que me permitió entablar relación con muchas de ellas, inclusive con niñas, sobre todo de la comunidad nativa de Camisea.

La ocasión me hizo aprender sobre sus labores artesanales, las cuales no pueden desligarse del ámbito familiar. La mayoría de las mujeres artesanas eran madres y llevaban a sus hijos pequeños a los talleres. Estas reuniones motivaban el compartir historias y experiencias entre todas.

En las reuniones pude ir conociendo a algunas mujeres de manera más íntima, a las que les informé sobre mi interés por los conocimientos tradicionales acerca de la salud femenina. Ellas fueron compartiendo sus dudas con respecto a su salud sexual, otras contaban historias relacionadas a los nacimientos y cuidados de sus hijos, las nuevas enfermedades que padecen y el tipo de atención que reciben en el centro de salud.

En los años siguientes retorné a la comunidad con la intención de investigar temas relacionados a la salud reproductiva. Fue en el 2014 que solicité el permiso a la comunidad, a través del jefe, quien preside la junta directiva de la comunidad, para llevar a cabo la investigación y poder así realizar entrevistas, con el apoyo de una joven madre Matsigenka, y dos talleres coordinados con las obstetras del centro de salud de la comunidad.

Luego, en el 2016-2017, volví nuevamente a trabajar en el Bajo Urubamba con la institución Ayni Desarrollo en un proyecto de salud materna, donde tuve la oportunidad de participar en talleres de capacitación con agentes comunitarios de salud de las comunidades de Camisea y Timpía y obstetricias de la Red de Servicios de Salud de La Convención. Este periodo me permitió verificar y ampliar la información que ya tenía registrada.

El propósito de esta investigación ha sido conocer las prácticas culturales en torno al parto que las mujeres Matsigenka realizan y la relación que tienen con el sistema de salud en las comunidades ¿Qué prácticas culturales se mantienen? ¿Cómo es la relación con el sistema de salud? Estas fueron las preguntas que acompañaron los días durante mi paso en la comunidad.

El presente estudio proviene de la relación generada con las mujeres y hombres con los que se conversó o convivió. Gran parte de la información recopilada sobre el parto fue durante momentos de la vida diaria de los entrevistados. El respeto y la confianza fueron fundamentales para conversar temas que abordaban lo privado. Es importante resaltar que, de no haber compartido varios momentos durante los cinco años que se visitó la comunidad, mucho de lo registrado para esta investigación no se habría dado.

Esta tesis posee cinco capítulos. En el capítulo I se presenta la formulación del problema de investigación, objetivos, hipótesis, metodología y elementos teóricos.

En el capítulo II se describe los antecedentes históricos y las características socio culturales del pueblo Matsigenka del Bajo Urubamba. De esta forma, se evidencia su dinámica social, cultural y económica; aspectos generales como la educación, la salud y las actividades de subsistencia; y los aspectos geográficos de la zona de estudio.

En el capítulo III se detalla la cosmología del pueblo Matsigenka, su concepción de salud, los aspectos culturales del ciclo vital y las referencias etnográficas en torno a la menstruación.

En el capítulo IV se detallan las características, las creencias, las prácticas y plantas medicinales empleadas durante el embarazo, parto, puerperio y la transición de la atención del parto.

El capítulo V se refiere al estudio del parto en el puesto de salud, las preferencias entorno al dar a luz, las enfermedades de transmisión sexual, el manejo de la fertilidad y cómo las mujeres se relacionan con el sistema de salud.

Al final se presentan las conclusiones a las que llega esta investigación.

El resultado del presente trabajo se da a partir de las experiencias compartidas por la gente de la comunidad de Camisea, los promotores de salud de la jurisdicción de los establecimientos de salud de Timpía y Camisea y del apoyo de actores externos que estuvieron involucrados, de algún modo, en el proceso de la investigación. De esta manera, se puede compartir las respuestas a las interrogantes con las que se inició esta investigación.

Capítulo I. Marco teórico y metodológico

1.1. Problema de investigación

El parto es un evento biológico y cultural que da inicio a la vida y las relaciones en un grupo social. Según la cultura a la que se pertenece, existen prácticas, creencias y costumbres en torno al mismo (Zevallos, 2010: 115).

En muchos casos, durante el parto se expresa el poder de las mujeres, una demostración que luego define las relaciones interpersonales en comunidad. Por ejemplo, en el caso de las mujeres del pueblo Harakbut, el hecho de que la mujer decida el tipo de parto al que accederá cierta conduce a asumir cierta dinámica y una posición dentro de su organización social, la misma que será reconocida y legitimada en su entorno (Zevallos, 2010: 22).

Es común que, después del primer parto, las mujeres puedan parir solas o acompañadas por sus familiares. El parto se da en un ámbito femenino, se puede observar a nivel comunal la presencia de mujeres que desarrollan un mayor número de conocimientos y prácticas para atender a las embarazadas en sus primeros partos o en aquellos que presentan dificultades. Ellas son conocidas como parteras tradicionales.

En contraste con este sistema de salud que asiste a las mujeres en las comunidades, está el sistema nacional de salud. La visión estatal en el tema de la salud se dirige a integrar a toda la población, tanto urbana como rural, dentro de un sistema de salud integral, el mismo que se ha venido enfocando a través de estrategias sanitarias, como la salud sexual y reproductiva. En esta línea se incluye la atención del parto institucional de manera homogénea y a nivel nacional (Zevallos, 2010: 12).

En comparación con la visión occidental, biomédica de la salud, la población indígena la concibe como el producto de la relación armónica existente entre la naturaleza, los seres humanos y el mundo espiritual. Al romperse el nexo entre estos, el cuerpo se enferma, afectando tanto al individuo como a la familia entera. En este sentido, la enfermedad y la salud son definidas en un sentido social, no solo individual. La salud de una comunidad constituye de igual forma la integridad de su territorio (Reátegui, 2001).

A partir de la década del 2000, luego de que el Estado peruano asumiera los objetivos del milenio, se iniciaron las estrategias para reducir el índice de mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva en el país, (Comisión Interministerial de Asuntos Sociales, 2008). Se identificó a las zonas rurales de difícil acceso como los espacios donde había un mayor número de mujeres con partos riesgosos. El problema de la mortalidad materna encontrado en el Perú tuvo como solución parcial la institucionalización del parto, lo cual trajo consigo su medicalización, tecnificación, así como una reducción en las horas y calidad del mismo.

Es así que en algunas comunidades dicho sistema ha provocado la desconfianza ante la atención y un conflicto con los agentes de salud local, pero también la reducción en prácticas locales tradicionales, participación de las parteras y familiares durante el parto, autonomía de las mujeres en su salud reproductiva, entre otros efectos.

No obstante, no se puede dejar de reconocer los avances en las políticas públicas de salud que incorporan el enfoque de interculturalidad en las atenciones a la salud materna en el Perú. En el año 2004 el Ministerio de Salud definió diez Estrategias Sanitarias Nacionales, dos de ellas dirigidas a los pueblos indígenas y otra a la salud sexual y reproductiva. El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), dependiente del Instituto Nacional de Salud es responsable de la Estrategia Sanitaria de Salud de los pueblos indígenas. En el marco de esta estrategia se ha iniciado el trabajo en la adecuación cultural y la ampliación de la oferta de servicios bajo nuevas modalidades apropiadas para los pueblos indígenas, el respeto al parto vertical, la capacitación de los recursos humanos en interculturalidad, el fortalecimiento de la participación comunitaria y el mejoramiento del sistema de vigilancia epidemiológica (Nureña, 2009: 371).

También la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva ha introducido el enfoque intercultural. Propone mejorar la calidad de la atención del parto y del recién nacido, la adecuación cultural de los servicios, el desarrollo de actividades de educación y la prestación de servicios teniendo en cuenta una perspectiva de género, los derechos humanos y la interculturalidad (Nureña, 2009: 371). Luego de la implementación de

la “Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural¹” se conocen experiencias, algunas exitosas, en cuanto a mejoras de la comunicación de parte de los profesionales de salud con las mujeres gestantes.

Desde mediados del 2000 se han desarrollado estrategias e iniciativas importantes para disminuir las barreras geográficas y culturales, como son la creación de las casas maternas y la adecuación cultural de los servicios. UNICEF y USAID han apoyado al Ministerio de Salud en la adecuación cultural de la atención del parto y en la implementación de las casas maternas en los departamentos de Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Apurímac, Huancavelica, Pasco, Junín, Huánuco, Piura, Ucayali, San Martín y Amazonas (Ministerio de Salud, 2007).

Una de las estrategias para promover los partos en las instituciones de salud es la creación de las casas maternas. Mujeres embarazadas que viven alejadas al puesto de salud se desplazan hacia estas en compañía de sus familiares para acceder a los servicios sanitarios.

La estrategia en la zona andina ha dado mayores resultados, sobre todo en la región de Cusco y Huancavelica (Ministerio de Salud, 2007; Salud Sin Límites, 2009), pero no pasa lo mismo con poblaciones indígenas amazónicas donde solo hay algunos resultados positivos como es el caso de Satipo. Algunas mujeres de comunidades del pueblo Asháninka han aceptado moderadamente realizar los partos fuera de sus casas pero en compañía de sus parteras (Salud Sin Límites, 2008).

Durante la última década se aprecian avances en las políticas en salud intercultural que más han sido viabilizadas en la atención a las mujeres embarazadas durante su parto, como es el caso de la actualización de la "Norma Técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural" (Ministerio de Salud, 2016), con el fin de institucionalizar el parto. Asimismo en el 2016 se promulgó la Política Sectorial de Salud Intercultural (D. S. N° 016-2016-SA), con el objetivo de regular las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional. De esta manera, se busca asegurar el ejercicio del derecho a la salud

¹ NT N° 033 -MINSA/DGSP-V.01. Promulgada por la Dirección General de Salud de las Personas en agosto del 2005.

de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos, así de como de la población afroperuana.

Por otro lado, actualmente en el país se observa un aumento en el número de cesáreas como una opción para el nacimiento. De acuerdo con la información estadística del Ministerio de Salud, los índices de nacimientos por cesáreas en el sistema público y privado están por encima de la tasa máxima de partos por cesáreas recomendada por la OMS (Congreso de la República, 2011).

La tecnificación de la atención del parto es solo un ejemplo de cómo la modernidad y globalización ha llegado a todas partes del mundo, incluyendo las zonas más abandonadas.

Si bien algunos pueblos se están adaptando con mayor facilidad, la amazonía peruana, durante los últimos cuarenta años, está viviendo los cambios rápidamente debido al crecimiento de la población por la migración y a la expansión de actividades productivas como la agricultura de monocultivo, ganadería, tala de madera, minería y la explotación de hidrocarburos, entre otras (PNUMA y OTCA, 2009).

El proceso de cambio sociocultural y económico que están experimentando las sociedades indígenas se ha acelerado y ha generado que patrones de comportamiento sexual y reproductivo, comúnmente caracterizados por la relación entre hombres y/o mujeres indígenas con no indígenas, se modifiquen; tornándose con frecuencia en situaciones de contacto y de enfrentamiento con colonos, madereros, trabajadores de empresas extractivas, municipios, entre otros.

El ámbito de la presente investigación es la comunidad nativa de Camisea, perteneciente al pueblo Matsigenka, ubicada en la cuenca del Bajo Urubamba. Es una comunidad representativa de los cambios socioculturales acelerados que vive la población indígena amazónica. Se encuentra próxima al proyecto gasífero más importante del país². En ella, como en cualquier otro lugar, el parto es un evento de importancia para la construcción social y cultural en su conjunto. Se manifiestan los

² La empresa Pluspetrol empieza sus actividades de explotación en el Lote 88 a partir del año 2000 (Decreto Supremo N° 021-2000-EM).

vínculos familiares, las nuevas alianzas, la transformación de las costumbres suscitada por los nuevos escenarios en los que se vive a nivel comunitario.

1.2. Justificación

Si bien existen estudios realizados sobre los aspectos socioculturales y necesidades de la salud reproductiva en comunidades indígenas amazónicas³, estudiar las prácticas culturales del embarazo y el parto ha recibido en el Perú muy escasa atención de las ciencias sociales.

Este tipo de estudios permite mejorar las propuestas en las políticas públicas en salud, como es el caso de la salud reproductiva, lo que se manifiesta en la “Norma Técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural” (Ministerio de Salud, 2016), la cual ha obtenido algunas experiencias exitosas en población rural andina (Salud Sin Límites Perú, 2009).

La investigación realizada permite identificar prácticas culturales en torno al parto que la población Matsigenka realiza en su vida diaria, las cuales son importantes para la comprensión de los agentes de los centros de salud del Bajo Urubamba, enfocados a mejorar su atención en la salud reproductiva y el acercamiento a la población con la cual conviven.

1.3. Preguntas de investigación

Las preguntas que detallo a continuación son las que guiaron la investigación propuesta.

Pregunta principal:

- ¿Qué concepciones y prácticas culturales en relación al parto tienen las mujeres de la comunidad nativa de Camisea del pueblo Matsigenka del Bajo Urubamba?

³ APRISABAC, 1995; Bant y Motta, 2001; CARE-Perú, 2002; Fuller, 2009; Ministerio de Salud, 2000, 1999; Rivas, 1994; Salud Sin Límites Perú, 2008, 2009; Silva, 1997; Valdizán y Maldonado, 1985; Vargas y Naccarato, 1995; Velarde, 2007; Villavicencio, 2002; Warren, 1994; entre otros.

Preguntas secundarias:

- ¿Cuáles son las prácticas culturales que las mujeres de la comunidad nativa de Camisea realizan actualmente en torno al parto?
- ¿Cuáles son los recursos locales (plantas, animales, minerales) y cómo son empleados en el embarazo y parto por las mujeres de la comunidad nativa de Camisea del pueblo Matsigenka del Bajo Urubamba?
- ¿Qué diferencias existen en el parto en casa tradicional y el parto en el centro de salud en la comunidad nativa de Camisea del pueblo Matsigenka del Bajo Urubamba?
- ¿Cómo y de qué forma quieren parir actualmente las mujeres de la comunidad nativa de Camisea del pueblo Matsigenka?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Conocer y analizar las prácticas culturales relacionadas al parto de las mujeres de la comunidad nativa de Camisea del pueblo Matsigenka del Bajo Urubamba.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar las prácticas culturales relacionadas al parto de las mujeres de la comunidad nativa de Camisea del pueblo Matsigenka del Bajo Urubamba.
- Determinar los recursos locales (plantas, animales, minerales) empleados en el embarazo y parto por las mujeres de la comunidad nativa de Camisea del pueblo Matsigenka del Bajo Urubamba.
- Analizar las diferencias existentes entre el parto en casa tradicional y el parto en el centro de salud en la comunidad nativa de Camisea del pueblo Matsigenka del Bajo Urubamba.
- Determinar las preferencias para parir de las mujeres de la comunidad nativa de Camisea del pueblo Matsigenka del Bajo Urubamba.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis central

El ejercicio de las prácticas culturales en torno al parto de las mujeres Matsigenka se restringe cuando este se efectúa en el establecimiento de salud de la comunidad nativa de Camisea.

1.5.2. Hipótesis específicas

- Existe un gran número de prácticas culturales relacionadas al parto que las mujeres de la comunidad nativa de Camisea realizan desde el momento del embarazo y después del parto.
- Existe un variado número de recursos locales empleados durante la menarquía, embarazo, parto y cuidados del recién nacido que permiten salvaguardar la salud de las mujeres gestantes, madres y niños.
- Las mujeres de la comunidad nativa de Camisea prefieren parir en sus casas en compañía de su familia, partera y obstetra, empleando plantas medicinales para facilitar el parto y ejerciendo sus prácticas culturales relacionadas al cuidado de la mujer y recién nacido.
- El parto en el centro de salud de Camisea ha reducido la participación de las parteras de la comunidad, desautorizando prácticas culturales empleadas durante el proceso de parto de las mujeres.

1.6. Metodología

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo, lo que posibilita profundizar y comprender las prácticas culturales ligadas al parto que las mujeres Matsigenka de la comunidad Camisea siguen realizando.

Fue necesario sostener una perspectiva histórica y revisar los cambios socioculturales, así como conocer la relación que las mujeres tienen con el centro de salud a la hora de brindar sus servicios. Se hizo la revisión bibliográfica enfocada en el Bajo Urubamba y la comunidad.

El estudio etnográfico se dirigió a conocer la concepción y prácticas culturales en torno al parto de las mujeres de la comunidad y localidades cercanas, al igual que el

conocimiento de recursos locales (plantas, animales, minerales u otros elementos) utilizados durante la menstruación, gestación, parto, cuidados posteriores y las diferencias entre el parto tradicional y el institucional.

El desarrollo de la investigación se inició en enero del 2014 a partir de conseguir el permiso de la comunidad (Anexo 1), lo que permitió tener un rápido acercamiento con la gente de mayor edad.

Las herramientas empleadas fueron principalmente la realización de entrevistas individuales a profundidad, observación participante, la conducción de dos talleres con las obstetras del centro de salud de Camisea y la revisión de documentos etnográficos.

Para las entrevistadas se seleccionaron a mujeres en edad reproductiva, hombres adultos mayores, parteras, personal de salud (biólogo, obstetras, técnico sanitario, enfermera técnica). Adicionalmente, se entabló conversaciones con mujeres, hombres, parteras y personal de la microred de Camisea, pertenecientes a otras comunidades.

Cuadro 1. Principales informantes entrevistados

Seudónimo de Informantes	Ocupación	Edad	Lugar
Luzmila	Partera	64	Camisea
Dalia	Partera	45	Timpía
Rita Semperi	enfermera técnica	46	Timpía
Alma	monitora ambiental	30	Camisea
Shina	ama de casa y agricultora	46	Camisea
Erick	ex promotor y obrero	48	Camisea
Tomás	ex promotor y agricultor	58	Camisea
Débora	Comerciante	30	Camisea
Promotora de Segakiato	monitora ambiental	42	Camisea
Obstetra del 2012	Obstetriz	28	Camisea
Nory	ama de casa y agricultora	44	Camisea
María	artesana y agricultora	63	Camisea
José	técnico sanitario	65	Camisea
Obstetra del 2014	Obstetriz	32	Camisea

Elaboración propia. Datos de los informantes.

En total se desarrollaron entrevistas a 15 mujeres, 4 hombres adultos mayores, 2 parteras y 5 trabajadores de la microred de salud Camisea, y un sinnúmero de conversaciones informales que se sostuvieron durante mi permanencia en la

comunidad y el proceso de transcripción. Casi la totalidad de las entrevistas fueron en castellano; solo tres de ellas fueron en idioma Matsigenka y se contó con el apoyo de traductoras para la interpretación y transcripción. Adicionalmente se realizaron dos talleres en que participaron mujeres en edad reproductiva; estos fueron hechos de manera conjunta con las obstetras del centro de salud. Participaron 11 y 12 mujeres.

Se tuvo en cuenta que el tema de esta investigación fue en gran parte las historias personales de mujeres sobre su experiencia de parto. Por ello, como estrategia para poder llegar a historias de las mujeres mayores, se tuvo la colaboración de una joven mujer perteneciente a Camisea, Yaquemilsa Matiashi Vicente. Antes de iniciar la investigación, realizamos una introducción al desarrollo de entrevistas y fundamentos básicos sobre etnografía y registro de la información, además de compartir libros de etnografía amazónica.

La recolección de los datos etnográficos se hizo de manera conjunta durante los periodos en que no se estuvo en campo, la colaboradora siguió con la actividad de entrevistar a las mujeres mayores y registrar las narraciones entre los meses de marzo y noviembre del 2014. Para el registro de plantas medicinales se complementó con una salida de identificación botánica cercana a las casas y de camino a las chacras.

Esta propuesta de registro fue con el objetivo de entablar confianza y que las mujeres puedan expresar sus conocimientos y experiencias en el espacio familiar de manera respetuosa y en su idioma materno. La participación de Yaquemilsa Matiashi fue muy importante para obtener un registro desde la propia narrativa de las mujeres. Además, la colaboradora, desde sus estudios secundarios, viene recopilando historias de sus antepasados. Le es habitual conversar y luego escribir las historias o dibujarlas.

Asimismo, para poder hacer la revisión de las transcripciones y consultas en relación a los registros, se utilizó la vía telefónica y las redes sociales para enviar la información solicitada. Esto permitió que durante las conversaciones virtuales se reflexionara sobre otros datos etnográficos que luego fueron consultados a las mujeres estando en Camisea y en otras comunidades cercanas.

Entonces, fue a partir de la historia oral de mujeres mayores y de la revisión de etnografías sobre el pueblo Matsigenka, que se pudo conocer más ampliamente el

escenario del pasado. Para conocer las preferencias de cómo quieren dar a luz ahora y cómo daban a luz antes de la presencia del centro de salud en la comunidad, se coordinaron con el centro de salud de Camisea dos talleres, que fueron dirigidos a las mujeres en edad reproductiva, uno acerca de las preferencias sobre cómo dar a luz y otro sobre el empleo de los métodos anticonceptivos.

La investigación pudo ser confrontada con la población. Este acceso se logró en el periodo de marzo a noviembre del 2016, en que estuve trabajando para la institución Ayni Desarrollo, en el proyecto “Intervenciones Concertadas para Mejorar la Salud Materna en el Bajo Urubamba”, en las comunidades de Camisea y Timpía. Este trabajo me permitió corroborar y ampliar la información recopilada entre los años 2012 y el 2015 porque se consiguió conversar continuamente no solo con las mujeres que conocía, sino con promotores de salud de los establecimientos de salud de Camisea y Timpía.

Con los promotores y promotoras de la jurisdicción de Camisea y Timpía se consiguió hacer la revisión del registro de plantas medicinales empleadas antes, durante y después del parto, que había documentado en el 2014, utilizando asimismo la información publicada por Izquierdo (2001). De la misma manera, se pudo registrar otras plantas y/u otras formas de uso por los promotores que fueron motivados a compartir sus conocimientos durante los talleres realizados por el proyecto.

Una vez concluidas las actividades de campo programadas, se procedió a la transcripción de las entrevistas, talleres realizados y anotaciones de campo. Se buscaron temas comunes y puntos de contraste en lo conversado, teniendo en cuenta las preguntas de investigación. Se han seleccionado los acontecimientos y sucesos que ilustran las prácticas, las costumbres y los puntos de tensión con el servicio de salud.

Una de las limitaciones que se encontraron durante el trabajo de campo fue la dificultad para presenciar directamente un parto. Las fechas probables de estos no coincidieron con los periodos de estadía en la comunidad; y un único parto se dio cuando estuve de visita en el puesto de salud. Este fue muy rápido, pero oportuno

para conocer el mecanismo del personal de salud, mas no para visualizar los detalles de su atención.

También es necesario acotar que el acercamiento con las mujeres de Camisea fue mucho antes de iniciar la investigación de campo. Durante los años 2011 y 2012 participé en el proyecto de desarrollo “Nuestro Buen Vivir”, a cargo de la organización no gubernamental (ONG), C.M.P. Flora Tristán, desarrollado durante los años 2010-2014, lo cual permitió conocer siete comunidades pertenecientes al Bajo Urubamba, permanecer más tiempo en Camisea, lo que favoreció una relación más estrecha con algunas familias de la comunidad y realizar registros previos de las conversaciones con el personal de salud y mi experiencia trabajando con mujeres artesanas de la comunidad.

Otro punto importante es que, en el periodo 2012 al 2015, se ha visitado las comunidades de Camisea y Timpía entre una a tres veces al año, pernoctando un promedio de dos semanas por ingreso. Por ello se ha registrado y se ha podido formar parte de las actividades con distintos actores de la comunidad, percibiendo los cambios en la infraestructura, la dinámica del transporte fluvial, el crecimiento de las familias y la rotación del personal de salud.

Finalmente, se debe señalar que el género de la colaboradora y mío, siendo ambas mujeres en edad reproductiva, favoreció el acceso a temas íntimos y privados con mujeres y parteras del Bajo Urubamba.

1.7. Revisión bibliográfica

A continuación, describimos algunos conceptos esenciales para el abordaje de la investigación.

1.7.1. Concepción del cuerpo

Cada sociedad traza, al interior de su visión del mundo, un saber singular sobre el cuerpo. Le otorga sentido y saber. Muchas sociedades no distinguen entre el hombre y el cuerpo como lo hace el modo dualista al que está tan acostumbrada la sociedad occidental (Le Breton, 2002: 13).

En comparación, “las cosmologías amazónicas despliegan una escala de seres en la que las diferencias entre hombres, plantas y animales son de grado y no de

naturaleza” (Descola, 2004: 26). “Una cosmología en la que la mayor parte de los animales y plantas están incluidos en una comunidad de personas con las que comparten, total o parcialmente facultades, comportamientos y códigos morales ordinariamente atribuidos a los hombres no responde en modo alguno a los criterios de tal oposición” (Descola, 2004: 27-28). Es decir, no presentan un carácter antropocéntrico.

Según la teoría propuesta por Viveiros de Castro, el perspectivismo está relacionado a una esencia humana compartida: los diferentes seres son humanos desde su propio punto de vista (Viveiros de Castro, 1996: 117). En este sentido las cosmologías amerindias no son multiculturalistas sino multinaturalistas. Todos los seres se perciben a sí mismos como humanos. Todos tienen una cultura humana: viven en casas, tienen fiestas, etc. Sin embargo, sus mundos son diferentes, lo que procede de los distintos cuerpos de los diversos seres (Opas, 2014: 173).

Esto se puede ejemplificar con lo que señala Baer (1994) sobre los Matsigenka: “el ser humano se ve a sí mismo como tal. La luna, la serpiente, el jaguar y la madre de la viruela lo ven, sin embargo, como un tapir o un pecarí, a lo que ellos matan” (Baer, 1994: 224). Como bien lo describe Viveiros de Castro, los animales y espíritus se perciben humanos “cuando están en sus propias casas o aldeas y consideran sus propios hábitos y características como una especie de la misma cultura: ven su alimento como alimento humano (los jaguares ven la sangre como cerveza de yuca, es decir masato), sus atributos corporales (pelaje, plumas, garras, picos) como adornos o instrumentos culturales de su sistema social: como organizado idénticamente a las instituciones humanas (como jefes, chamanes, ritos, reglas matrimoniales)” (Viveiros de Castro, 2004: 39).

Esta concepción está casi siempre asociada a la idea de que la forma material de cada especie es un envoltorio (“una ropa”) que esconde una forma interna humana, normalmente visible tan solo a los ojos de la propia especie o de ciertos seres transespecíficos, como los chamanes. La noción de “ropa” es corporal, ha sido documentada en varios pueblos amazónicos (Baer, 1994; Rosengren, 2002; Viveiros de Castro, 2004).

Dentro de la antropología amazónica, se tiene la noción de la corporalidad y la idea de que la persona social se constituye por medio de la construcción de su cuerpo. El cuerpo no es una entidad meramente biológica que sirve de apoyo a las identidades y los roles sociales que configuran la persona social. El cuerpo es “el instrumento, la actividad, que articula significados sociales y cosmológicos; el cuerpo es una matriz de símbolos y un objeto de pensamiento” (Seeger, da Matta y Viveiros de Casto, 1979: 11 citado en Belaunde, 2008: 25).

Como manifiesta Viveiros de Castro, la fabricación del cuerpo se da en procesos periódicos que se inician con las relaciones sexuales de los padres. Esta construcción es concebida como un conjunto de intervenciones sobre las sustancias que comunican el cuerpo humano y el mundo: los fluidos corporales, los alimentos, las plantas medicinales. Las sustancias y fluidos, que forman la nueva vida, están en los padres, que deben proteger sus cuerpos para cuidar a su hijo y evitar la enfermedad. La salud puede entenderse a través de la construcción social de las personas y sus cuerpos, en su ciclo vital y marcada por las transformaciones (Viveiros de Castro, 1979 citado en Reyes, 2008: 24).

Asimismo, como señala Belaunde (2008: 43), en distintos pueblos amazónicos se distingue la idea de que el pensamiento se hace cuerpo en la sangre, y tanto la sangre como el pensamiento tienen la característica común de fluir, circular. Así, según Brown (1985), se puede observar que para el caso del pueblo Awajún del Alto Mayo la sangre encarna el conocimiento intelectual, afectivo y espiritual y esta circula por las venas bombeado por el corazón (Brown, 1985 citado en Belaunde, 2008: 45). En el caso del pueblo Shipibo, no se tiene lugar exacto para localizar el pensamiento en un solo órgano del cuerpo (sea este el corazón, pulmones, hígado o cabeza), pero sí la asociación de estos órganos y la sangre (Bertrand-Rousseau, 1986: 96), es decir, el fluir del pensamiento es a través de esta.

Con esta noción del pensamiento y la sangre se puede también describir el parentesco. El pensamiento del padre es transmitido a sus hijos a través de su sangre hecha semen, y se mezcla con la sangre y el pensamiento de la mujer durante la gestación. Por eso se puede identificar la importancia de las prácticas de dieta y reclusión que se dan entre los padres durante el embarazo. En el caso del pueblo Yine, el padre, al ser uno de los conformadores del hijo, están biológica, mental y

espiritualmente unidos; es por ello que tanto él como la madre deben respetar las restricciones alimenticias, de comportamiento y pensamiento que podrían afectar al feto, ya que este comparte sus sangres (Belaunde, 2008: 48).

De la misma forma, como parte de los cuidados durante el embarazo en los pueblos Asháninka, Yine y Shipibo, de la región Ucayali, se restringe consumir ciertos alimentos que pueden provocar que tanto la madre (manifestado en las complicaciones durante el parto) como el feto adquieran características físicas no deseadas de animales o plantas (UNICEF, 2012). Así, se rechaza el consumo de animales que contienen mucha sangre como por ejemplo la huangana, que podría provocar que el feto adquiera características del animal, tener la cabeza grande y posteriormente tenga dificultades en su nacimiento.

Para una gran variedad de pueblos amazónicos, la sangre es el vehículo principal que efectúa tanto la diferenciación como la unidad de los géneros. Las relaciones de género ponen en movimiento el proceso de producción de los conocimientos corporizados. La dualidad cartesiana cuerpo/mente de la filosofía moderna occidental no pertenece al pensamiento amazónico: las sustancias, los pensamientos, los afectos, los deseos, los espíritus y los productos del trabajo se interconstituyen (Belaunde, 2008: 43).

Para los pueblos indígenas, la sexualidad y la reproducción son una cuestión de corporalidad que supera el nivel físico y no se fragmenta de otras dimensiones de la vida. De esta forma, muchos aspectos de la vida cotidiana se disponen a partir de la construcción del cuerpo, como mecanismo de socialización de hombres y mujeres. Tanto hombres y mujeres, tienen un papel fundamental en la construcción social del cuerpo y la identidad de género. Los cuerpos femeninos y masculinos se van formando por medio de prácticas tan cotidianas como la alimentación durante las etapas de transformación corporal que se presentan a lo largo del ciclo de vida, haciendo uso de ritos de dieta y reclusión. Estas etapas son: la menarquia, el parto y nacimiento, el puerperio, la infancia y la pubertad (Belaunde, 2008: 24-25).

Belaunde (2008) también menciona que es una noción generalizada en la cuenca amazónica al sangrado como un cambio de piel / cuerpo, y son las mujeres quienes lo llevan a cabo de las más sobresalientes maneras durante la menstruación y el

posparto. Por lo general, según visiones amazónicas, la menstruación, el embarazo, el parto, la lactancia, la anticoncepción y el aborto espontáneo o provocado, forman parte de las etapas entrelazadas de la fertilidad y renovación (Belaunde, 2008: 267-277).

El cuerpo, en los pueblos indígenas amazónicos, no es solamente considerado un objeto “natural”, sino que debe ser construido activamente por medio de la alimentación, las curaciones, las marcas y transformaciones. El cuerpo de los humanos no es garantía para constituir a un "humano" (Echeverri, 2004: 272). Según la visión que se tenga sobre el ser humano se construyen las sociedades y en ese mismo sentido aquel es construido (Seeger *et al.*, 1979 citado en Belaunde, 2008: 25). Es así que en ciertos pueblos indígenas amazónicos hay etapas del ciclo vital que exigen realizar rituales de cuidado para mantener el cuerpo fuerte y sano, que, sin considerarlas enfermedades, en sí mismas exigen disciplina y conciencia del cuerpo (Reyes, 2008: 58).

El tratamiento y el cuidado del cuerpo están íntimamente ligados a la percepción del mismo. Como describe Huicochea (2009), “su percepción se encuentra en una dinámica de estabilidad y cambio permanente, en la que se afectan aspectos físicos, emocionales y simbólicos. En una comunidad la búsqueda de equilibrio tras un problema de salud y las prácticas usadas para restablecerse dependen de la cosmovisión, el origen y tradición del pueblo; del ambiente y la realidad socioeconómica donde se vive y de las características individuales y familiares de sus integrantes. En pocas palabras, la construcción, idea y transformación de nuestro cuerpo se alimentan del hecho mismo y de las prácticas de atención que buscan dar sentido y equilibrio” (Huicochea, 2009: 21).

El cuerpo, al ser parte de la cultura, está implicado en los procesos de representación y práctica social; es una realidad viva, una representación reconocida socialmente, que lucha y cambia constantemente con formas del pasado y del presente. Su carácter simbólico puede analizarse desde las representaciones que de él se hacen hasta las prácticas en las que se ve involucrado y transformado; ambos procesos socialmente desarrollados se estudian en un mito, en una narración o en un ritual de algún tratamiento (Huicochea, 2009: 33-35).

Con respecto al cuerpo como experiencia, día a día estamos en la búsqueda constante de un equilibrio en la salud. Damos sentido a lo que vivimos porque hay un cuerpo que padece, experimenta, percibe y cambia; sus prácticas son recursos de los que las personas se valen para lograr un equilibrio en la salud (Huicochea, 2009: 22).

1.7.2. Conceptualización de salud

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo de los años. Desde la medicina tradicional, se precisa que “cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a todos los problemas fundamentales. Estas respuestas no solo obedecen a las dinámicas internas de las sociedades sino en gran medida a los condicionamientos externos. Para responder a la enfermedad se han creado categorías, modelos, ideas y prácticas muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social, la economía y la naturaleza en la que se asienta cada cultura” (OPS 1995 citado en Reátegui, 2003:182).

De esta manera, el concepto de salud para los pueblos indígenas significa “la armonía de todo los elementos que constituyen el equilibrio, es decir: tener su propio entendimiento y control de su vida, y la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social. La eficacia de su sistema de salud se expresa en la fuerza y capacidad de supervivencia, cuyo eje conceptual o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad” (Reátegui, 2003:182).

En comparación, tenemos el concepto propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948 citado en Alcántara, 2008: 96) el cual, es un concepto que también ha evolucionado en la cultura occidental.

Al mismo tiempo, es necesario considerar que los aspectos de estructura social respecto del proceso salud/enfermedad/atención son afectados por la existencia de procesos estructurales: la tendencia continua a la urbanización y concentración de población, la articulación entre procesos económicos y demográficos y el constante proceso migratorio rural/urbano, entre otros. De ahí la necesidad de reconocer la

existencia de otros sistemas de salud, aparte del sistema biomédico o modelo hegemónico, como son los sistemas del modelo doméstico y tradicional que operan de manera simultánea (Menéndez, 2002).

1.7.3. Sistemas médicos

En cuanto a la conceptualización del sistema médico, Pedersen (1989), define que “un sistema médico es el conjunto organizado de recursos humanos, tecnologías y servicios específicamente destinados al desarrollo y práctica de una medicina para la atención de la salud individual o colectiva. Está interconectado por otros sistemas culturales, especialmente por el religioso” (citado en Giove, 2006: 4).

El sistema médico occidental se ha caracterizado por asumir la distinción entre el cuerpo y la mente, y con ello su comprensión biologista de las enfermedades. Esta visión contrasta de la medicina indígena que “constituye un fenómeno complejo en el que se combinan diversos ámbitos de la vida humana: el individual, el social, el ambiental y la relación de todos ellos con el espiritual” (Hirose, 2003: 37).

El componente cultural es fundamental para el diagnóstico y el proceso terapéutico que puedan recomendar los conocedores y generadores de este modelo, como son las parteras para el caso de la salud reproductiva. La composición de dicho modelo viene a ser bastante dinámica al ir adaptando los conocimientos a las exigencias del contexto (Ramos, 2010: 5).

Además, como lo indican Alarcón, Vidal y Neyra, (2003), “los conflictos entre los sistemas médicos no emergen solo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre el otro. En este contexto la cultura biomédica, expresada a través del sistema médico occidental, se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolla la enfermedad” (Alarcón *et al.*, 2003: 1063). En consecuencia, se ha establecido un monopolio de la salud bajo el argumento del “conocimiento experto” (Velarde, 2007: 16).

1.7.4. Medicinas tradicionales

La OMS define la medicina tradicional como “la suma total del conocimiento, destrezas y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias indígenas de diferentes culturas, sean explicables o no, usadas en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico, mejoría o tratamiento de enfermedades físicas o mentales” (OMS, 2013: 15).

Y es que la medicina tradicional, además de ser un cuerpo de conocimientos y prácticas médicas y del cuidado de la salud propio de cada cultura, “se caracteriza por su uso, por un mínimo de dos generaciones; son patrimonio anónimo y colectivo de un pueblo, se transmiten en forma oral de una generación a otra; sus creencias y prácticas perduran y se basan en conocimientos empíricos acerca del medio ambiente, tendiendo al control de este” (Grebe, 1998 citado en Giove, 2006: 5).

1.7.5. Los conocimientos tradicionales

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), los conocimientos tradicionales son entendidos como “el conjunto acumulado y dinámico que poseen los pueblos con una larga historia de interacción con su medio natural, estrechamente vinculados al lenguaje, las relaciones sociales, la espiritualidad y la visión del mundo, saberes que son usados colectivamente” (Ministerio de Cultura, 2014: 9). En tal sentido, Anderson (2000), señala que “si bien el conocimiento tradicional es un bien común, solo una parte de él está en manos de la comunidad. La otra parte, la más especializada, está en unas cuantas manos, los expertos cuyo derecho a mantener en secreto estos conocimientos y transmitirlos a ciertas personas por ellos identificadas, es reconocido por la comunidad” (citado en Hirose, 2003: 13).

Según la Organización Mundial de la propiedad intelectual (OMPI), se llama “conocimientos tradicionales” a la sabiduría, experiencia, aptitudes y prácticas que se desarrollan, mantienen y transmiten de generación en generación en el seno de una comunidad y que a menudo forman parte de su identidad cultural o espiritual. El término conocimientos tradicionales engloba, de manera general, el propio contenido de los conocimientos así como las expresiones culturales tradicionales, incluyendo los signos y símbolos distintivos que se asocian a dichos conocimientos (OMPI, s/f).

Adicionalmente, como señala Villoro, 1982 (1982), “los conocimientos tradicionales existen siempre en permanente conexión con otros dos ámbitos del fenómeno humano: la práctica, que permite la satisfacción material de los individuos, y la creencia que conduce hacia la satisfacción espiritual y, por tanto, ordena a su vez la práctica. Y es que la práctica es tanto una condición como un criterio de verdad del conocimiento” (citado en Toledo, 2008: 74). Asimismo, el conocimiento en torno al parto es derivado de la experiencia y la sabiduría transmitida por parteras y mujeres desde sus vivencias. Este conocimiento es coherente con la visión del pueblo al que pertenece, con cuya base se construyen estrategias de atención al parto y de salud en general (Ramos, 2010: 183-184).

1.7.6. Transmisión de los conocimientos tradicionales

El proceso de aprendizaje es casi una experiencia personal vivencial con un maestro, el que tiene la responsabilidad y la autoridad sobre la conducta y habilidades de su discípulo. “La posesión de conocimiento implica para el poseedor deberes específicos que, de no cumplirse, nulifican su utilidad terapéutica” (Barsh, 1997 citado en Hirose, 2003: 18). Sin embargo, existen otras formas que varían según el tipo de agente (partera, vegetalista, etc.). El tiempo de aprendizaje es prolongado. “En el caso de las parteras se transmite principalmente de modo matrilineal” (Giove, 2006: 8).

Para comprender mejor los mecanismos de transmisión de los conocimientos es necesario explorar los símbolos, conceptos y percepciones de lo que agrupa el sistema cultural local. Como detalla Toledo (2008), “la transmisión del conocimiento es a través del lenguaje, “la memoria es el recurso más importante de la vida tradicional... que perdura en el tiempo y el espacio a partir de la oralidad” (Toledo, 2008: 71).

En los pueblos indígenas, se puede identificar un repertorio de conocimiento ecológico que generalmente es local, colectivo y holístico. Dado que “poseen una muy larga historia de práctica en el uso de los recursos naturales circundantes que son transmitidos de generación en generación. Su conocimiento es holístico porque está intrínsecamente ligado a las necesidades prácticas de uso y manejo de los ecosistemas locales” (Toledo, 2008: 71).

Existe también un conocimiento popular general, el cual es manejado por toda la población. Rivas (1994) en sus resultados de un trabajo de campo sobre el matrimonio, embarazo, parto y salud, realizado en el Bajo Ucayali, demuestra el conocimiento general que tienen las mujeres de su ambiente para el cuidado de su cuerpo.

Capítulo II. Antecedentes históricos y contexto sociopolítico sobre los Matsigenka del Bajo Urubamba, Camisea

2.1. Historia del Bajo Urubamba

2.1.1. Periodo colonial

Existen numerosos estudios sobre la existencia de relaciones de intercambio entre los Matsigenka, Asháninka, Yine y la cultura quechua (Camino, 1973; Kapila, 2005, Encinas, 2008; De la Torre, 2004). También esto puede ser evidenciado en mitos que cuentan de los incas, en el empleo de topónimos quechuas en el actual territorio Matsigenka y en los sitios arqueológicos incas encontrados en Echarati, Sahauyaco y Quillambaba (Encinas, 2007: 95-96).

Hay referencias de que los españoles tuvieron contacto directo con la etnia Matsigenka por la cuenca del Urubamba, hasta fines del siglo XVII y principios del siglo XVIII. El interés por el territorio Matsigenka motivó la búsqueda de nuevos lugares de explotación minera en la zona del Vilcabamba y para el cultivo de productos agrícolas como la coca y la caña de azúcar (Encinas, 2007: 203).

Durante el siglo XVII se buscó que diferentes órdenes religiosas acompañaran las expediciones para posteriormente convertir a la fe cristiana a los indígenas del territorio en cuestión. Se conoce que en las expediciones se empleaban telas, machetes, hachas, cuchillos, cascabeles, cucharas, espejos, etc. para atraer a los nativos. Los jesuitas desde 1650 establecieron haciendas para el cultivo de caña de azúcar en el Alto Urubamba. Así, tuvieron en la hacienda de Santa Ana su centro de acción, extendiéndose luego a Chaco, Echarate, Vilcambamba y Cocabambilla (Encinas, 2007: 203).

A finales del siglo XVIII, a raíz de la expulsión de los jesuitas, los franciscanos ocuparon su lugar y conformaron la misión de Cocabambilla, pero con la independencia del Perú, los franciscanos tuvieron complicaciones con el funcionamiento de las misiones conformadas en Alto y Bajo Urubamba en el siglo XIX.

2.1.2. El auge del caucho y la ampliación de la actividad agrícola

Se sabe que el territorio actual de los Matsigenka fue más extenso de lo que actualmente comprende. El cambio de territorios indígenas a fines del siglo XIX, fue debido a la explotación del caucho, y la consiguiente huida de sus pobladores fue lo que generó la limitación. Se tiene información también que hasta la mitad del siglo XIX los Matsigenka vivían en el valle del Urubamba. Es probable que en siglos anteriores su territorio se extendiera hasta las cercanías de Machu Picchu (Baer, 1994).

Con la mayor demanda de la industria automotriz en países europeos y Estados Unidos se iniciaron nuevas expediciones en la amazonía para proveer a las fábricas de materia prima. Se estima que esta industria se abasteció de jebe natural en volúmenes de 15 mil hasta 76 mil toneladas entre 1850 y 1910 (De la Torre, 2004: 96).

En el Alto Urubamba la explotación de caucho se realizó en las cuencas del Mantalo y Yavero. En el Bajo Urubamba existió una primera zona de explotación en la cuenca del Ticumpinía con un centro llamado La Hermanita y, posteriormente, se abrió el centro San Isidro ubicado un kilómetro más abajo del Pongo de Mainique. Por algunos años la producción de jebe del Bajo Urubamba fue exportada vía Sepahua-Iquitos, pero luego se envió a Mollendo por el camino Lámbarri (Encinas, 2010: 152).

Como mano de obra para la explotación del caucho fueron esclavizados los Matsigenka bajo el sistema secuestros, más conocidos como “correrías”. Mediante este sistema los caucheros incursionaban de forma violenta en los asentamientos de nativos con el fin de robar niños, jóvenes y mujeres, quienes posteriormente eran vendidos y/o esclavizados en el trabajo (Camino, 1973: 20).

La salud y el destino de los Matsigenka han sido moldeados por diversos factores ajenos a su pueblo. La principal consecuencia que trajeron consigo las correrías fue la alta tasa de mortalidad por epidemias de malaria, sarampión y viruela (Camino, 1973; Baer, 1994; Kapila, 2005). Una forma de sobrevivir fue su aislamiento e incluso hoy en día existen grupos nómadas del pueblo Matsigenka (Lev, 2008).

El etnocidio cauchero duró veinte años, hasta que en 1914 se produce la quiebra de la empresa cauchera y los nativos que sobreviven regresan a sus lugares de origen o, la mayoría, se refugia en quebradas remotas. Pero la actitud de sometimiento hacia las poblaciones indígenas en la selva no desaparece. Muchos patrones caucheros permanecieron en la zona creando haciendas e incursionando entre tales poblaciones con un doble fin: aumentar su mano de trabajo y traficar con sus hombres, mujeres y niños (Vicariato Apostólico Puerto Maldonado y Pluspetrol, 2003).

A finales de 1920, la actividad cauchera se sustituye por la agrícola, de modo que el Estado ofrece garantías y facilidades a quienes se decidan emprender la colonización de la zona, especialmente migraciones extranjeras. Para ello, el Estado establece las bases políticas y geográficas necesarias y en 1928 se crea un nuevo Distrito, denominado Alto Ucayali, cuya capital sería Atalaya y que en la parte del Bajo Urubamba estaba formado por numerosas haciendas extendidas hasta la desembocadura del río Sepa. Por primera vez, una parte del Bajo Urubamba poseía un status jurídico propio ante la sociedad nacional (Encinas, 2008:52-53).

Entre los años 1930 y 1940 se impulsa la extracción de materias primas, principalmente especies maderables valiosas y se incentivan actividades agropecuarias que originan la llegada de nuevos patrones de vida a la zona (Vicariato Apostólico Puerto Maldonado y Pluspetrol, 2003). Mientras tanto, en el Alto Urubamba, la construcción de carreteras hacia territorio Matsigenka estuvo relacionado a la expansión de las haciendas de té, café y coca. La colonización se fue masificando con la presencia de personas procedentes de la sierra que trabajaban en las haciendas, lo que prontamente generó la expansión de nuevas tierras agrícolas y el de epidemias como la malaria (Ministerio de Salud, 2006: 33).

2.1.3. El ingreso de las misiones dominica y evangélica

Durante ésta etapa la presencia de la orden dominica adquiere la función de promover la ocupación de la región amazónica de Cusco. Los dominicos ingresaron a territorio Matsigenka en los departamentos de Cusco, por el Alto Urubamba, a inicios del siglo XX (Encinas, 2008: 64). En este periodo se hace notorio el adoctrinamiento al cristianismo de niños nativos en las escuelas de internado (Aparicio, 1999: 527).

En 1900 los misioneros iniciaron un proceso de evangelización, fundando misiones en Chirumbia, Koribeni (pertenecientes al Alto Urubamba), Timpía, Sepahua y Kirigueti (pertenecientes al Bajo Urubamba) e iniciaron un centro de educación escolar para los indígenas. En 1948, en el departamento hoy llamado Ucayali, se funda la misión de Sepahua, para defender y acabar con la venta de niños a los comerciantes y hacendados de la zona del alto Ucayali (Encinas, 2008: 343). En 1953, se funda la misión de San Pedro Mártir de Timpía. Luego, en 1960 se funda la misión de Kirigueti, quedando así toda la zona del Urubamba con misiones (De la Torre, 2004: 102).

En esa misma década la organización cristiana evangélica del Instituto Lingüístico de Verano (ILV), inició su proceso de evangelización y educación escolar en el Bajo Urubamba y sus afluentes, en el cual se capacitó a profesores bilingües de las comunidades Matsigenka (Kapila, 2005).

Previamente, en el año 1946, los lingüistas del ILV iniciaron estudios de los idiomas de la selva a través de un convenio de cooperación con el Ministerio de Educación del Perú. Fue a partir del año 1952 cuando Wayne y Betty Snell iniciaron una investigación sobre el idioma Matsigenka. A los pocos meses de haber empezado, el gobierno peruano decidió establecer escuelas bilingües. Ya en el año 1954 se formaron los primeros profesores indígenas y se abrieron las dos primeras escuelas bilingües en Timpía (que posteriormente se traslada a Etariato) y Pangoa. En el año 1955 se abrió una nueva escuela en Picha (Davis, 2002).

En 1958, la escuela de Etariato se traslada a la desembocadura del río Camisea. La Población Matsigenka del río Manu al escuchar que se establecía una escuela en la boca del Camisea se trasladó en un viaje de seis semanas hacia este lugar. A medida que se propagaba la noticia de conformación de escuelas, los Matsigenka comenzaron a formar comunidades con la finalidad que sus hijos recibieran educación. El Ministerio de Educación exigía un mínimo de 25 alumnos en una comunidad para establecer una escuela (Davis, 2002).

A diferencia de los misioneros evangélicos, los dominicos desarrollaron un sistema educativo donde se encontraban sus misiones y donde la gente no tenía escuelas bilingües. El idioma de instrucción en esas escuelas era el castellano.

Además, en contraste con el trabajo de los misioneros dominicos, los del ILV venían en pareja (casados) o equipos de un mismo sexo (Strongin, 1982: 56).

Ambas misiones fueron un importante estímulo para la conformación de las comunidades, no solo por la creación de las escuelas sino por dar solución a los brotes de epidemias que persistieron por el contacto con personas ajenas a su territorio (Ministerio de Salud, 2006: 36-37).

Las misiones iniciaron con programas de vacunación en las comunidades del Bajo Urubamba, los servicios de salud que ofrecían daban una solución rápida al sarampión, varicela y gripe. Algunos autores refieren que los problemas de salud vividos en el Urubamba indujeron a los Matsigenka a hacerse cristianos para poder acceder a los medicamentos, también propiciando el debilitamiento de su sistema de medicina tradicional ya afectado en su credibilidad por no poder responder a todas las nuevas situaciones de salud (Shepard e Izquierdo, 2003: 120). Años atrás, ya lo manifestaba Strongin (1982: 211-214), quien deducía que la sustitución de un sistema médico por otro era por el grado fundamental de los cambios sociales y económicos que habían sufrido los Matsigenka en los últimos años.

Otro evento importante para el año 1964, fue la conformación de la primera tienda comunal, con el apoyo del ILV, como proyecto piloto en Camisea (Davis, 2002). Este proyecto incluyó dentro de sus actividades la atención médica, estudios lingüísticos y etnográficos y la organización comunitaria (Strongin, 1982: 65; Izquierdo, 2001). Los Matsigenka comenzaron a comprar medicinas por medio de la tienda comunal y de ocasionales comerciantes que llegaban.

En esa misma década se empezó a ofrecer capacitaciones intensivas para los promotores de salud, los que paulinamente se fueron relacionando con las oficinas regionales de salud cuando éstas empezaron a tener una mayor presencia en el Bajo Urubamba (Davis, 2002).

2.1.4. Ingreso de industrias extractivas

En la década de 1960 se iniciaron algunas exploraciones hidrocarburíferas en territorio Matsigenka en la cuenca del río Urubamba (Lema, 2011; Ministerio de Salud, 2006), pero fue a partir del año 1973 cuando se inicia la presencia de compañías petroleras en el Bajo Urubamba, con la firma del acuerdo entre el Estado

peruano y la compañía francesa TOTAL, por el cual ésta inicia sus actividades de exploración. La compañía se asentó en Sepahua, generando diversos conflictos entre su personal y la población local. Su actividad en la zona se desarrolló únicamente hasta 1975 (Vicariato Apostólico Puerto Maldonado y Pluspetrol, 2003).

Luego, en el año 1983, las compañías Shell y Chevron inician su trabajo en el Bajo Urubamba. Shell inicia sus actividades de exploración de los yacimientos de gas en Camisea desde 1983, realizando campañas de perforación entre los años 1985 y 1988. Chevron realizó trabajos de prospección sísmica en 1996 y 1997 (Lema, 2011; Ministerio de Salud, 2006). Ambas empresas realizaron trabajos de prospección sísmica y perforación de nueve pozos realizándose contactos forzados con la población indígena en aislamiento.

La empresa Shell generó desconfianza y perturbación a la población local. “Los Matsigenka recuerdan que los trabajadores de la empresa abusaron de mujeres locales y que las operaciones atrajeron a madereros y trabajadores que trajeron enfermedades que mataron a un número significativo de vecinos del pueblo Nahua, que entonces vivían en un relativo aislamiento” (Izquierdo, 2001: 66).

En 1996 se renueva el contrato entre PerúPetro y Shell para la explotación del gas de Camisea, contrato que se rompe en 1999 y que es renovado en el 2000 al firmarse un nuevo contrato de licencia del Lote 88 entre PerúPetro y un consorcio formado por tres compañías: Pluspetrol Perú Corporation S.A., Hunt Oil Company of Perú LLC y Sucursal Peruana de Hidrocarburos Andino S.A.C. (Vicariato Apostólico Puerto Maldonado y Pluspetrol, 2003).

La escala e intensidad de las operaciones en la cuenca se incrementó a partir del año 2000 cuando el Estado adjudicó el Lote 88 al consorcio. En paralelo se otorgó a la Transportadora de Gas del Perú (TGP) el contrato para el establecimiento del gasoducto que atraviesa el territorio Matsigenka de este a sur-oeste, desde los pozos ubicados en las plataformas del río Camisea hacia el Apurímac. Estas actividades han tenido amplios impactos al haber generado cambios económicos, sociales, culturales y ambientales en la región (Lema 2011; Ministerio de Salud, 2006).

En el estudio realizado por el Ministerio de Salud (2006), se detallan los impactos directos o indirectos sobre la salud de la población Matsigenka, como por ejemplo:

“la creciente presencia de enfermedades transmisibles; enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias por el mayor tráfico de personas en la cuenca del Urubamba; el incremento de enfermedades metaxénicas y venéreas; el incremento de casos de mordedura de murciélago; la contaminación sonora y del agua que ha producido la disminución de animales para la caza y la pesca generando como consecuencia la desnutrición reagudizada; ansiedad en la población causado por los acelerados cambios en la región”; entre otros (Ministerio de Salud, 2006: 52).

Otra actividad extractiva presente en el Bajo Urubamba es la forestal. En la década de 1980, fue el factor económico más dinámico, dependiente de la industria maderera de Pucallpa, actividad que continúa y ha alcanzado nuevas áreas (Ministerio de Salud, 2006: 146).

Hoy en día se han retomado las actividades de extracción de madera por capitales chinos. El consorcio “Empresa Nuevo San Martín SAC – Empresa Sepahua Forest SAC” viene operando en la zona hace cuatro años y tiene un permiso de explotación de 4 mil hectáreas (Pinedo y Calsina, 2014: 26).

Previamente existían pequeños concesionarios que han pasado a manos de uno solo. Esto se debe a que solo las grandes y medianas empresas pueden pagar el derecho de aprovechamiento. La producción industrial de madera es destinada a la exportación, como principal destino China, México y Estados Unidos. En Sepahua, los pobladores y los pequeños concesionarios, ven con desconfianza las empresas extractivas de corte industrial. Consideran que el Consorcio Nuevo San Martín realiza sus actividades con demasiado hermetismo, situación que genera sospechas sobre lavado de activos (Pinedo y Calsina, 2014: 26).

2.2. Contexto sociopolítico del Bajo Urubamba

El pueblo Matsigenka ocupa el territorio en los departamentos de Madre de Dios, Cusco y Ayacucho, entre los ríos Urubamba y Madre de Dios. Pertenecen a la familia etnolingüística Arawak, se refieren a sí mismos con el término “Matsigenka” o “Matsigenga” o “Machiguenga” que quiere decir seres humanos, gente, persona (Shepard, 2002: 202; Ministerio de Salud, 2006: 31).

Los Matsigenka antiguamente han vivido en asentamientos pequeños, dispersos, autónomos, organizados en torno a la familia y al grupo residencial, manifestando una fuerte preferencia por la residencia matrilocal. El matrimonio se da entre primos cruzados (Johnson y Johnson, 1975 citado en Shepard e Izquierdo, 2003: 113; Centro Cultural José Pío Aza, 2007: 388-391).

No existe una regla que determine dónde y cómo establecer el nuevo grupo familiar. Las hijas mujeres, al casarse, suelen preferir permanecer cerca de sus parientes mujeres (madre, hermanas e hijas). Cuando una pareja establece una nueva unidad doméstica, suele hacerlo en los alrededores del grupo doméstico de los padres de la esposa. Mantener los lazos de comunicación es más importante que la proximidad espacial (Rosengren, 2004: 96).

Los Matsigenka antiguamente practicaban la poligamia. Si las casas eran grandes podían vivir todas las mujeres juntas, pero cada una en su espacio, se podía contar el número de familiar por el número de fuegos prendidos (Centro Cultural José Pío Aza, 2007: 358). En las décadas recientes se han ido organizando en comunidades bajo la dirección de las misiones evangélica o católica, alrededor de las escuelas que se fueron creando (Johnson y Johnson 1975; Davis, 2002; Shepard e Izquierdo, 2003). Las comunidades actualmente pueden estar conformadas por más de 500 habitantes. Están constituidas por un área residencial cercano a la posta y escuelas y, adicionalmente, pequeños asentamientos, conocidos como anexos.

2.2.1. Aspectos geográficos del Bajo Urubamba

El territorio del pueblo Matsigenka se extiende entre los 11° 20' de latitud sur y 71 y 73° 30' de longitud oeste. Comprende la zona de influencia del Alto Urubamba, una parte del Bajo Urubamba y, hacia el oriente, zonas del río Manu y el Alto Madre de Dios. Hacia el oeste se halla limitado por las cadenas montañosas del complejo Vilcabamba que forman la divisoria de aguas entre el valle del Urubamba y el valle del río Apurímac y Ene (Baer, 2005).

El eje del territorio Matsigenka es el río Urubamba el cual se divide en Alto y Bajo Urubamba con referencia al Pongo de Mainique. El Bajo Urubamba es la cuenca que forma el río Urubamba desde el Pongo de Mainique hasta el encuentro con el río Ucayali (Ministerio de Salud, 2006: 42-43), tiene un recorrido total de 250

kilómetros, teniendo como afluentes los ríos Timpía, Camisea, Picha, Mipaya, Paquiria, Miaria, Mishahua, Sepahua, Sepa e Inuya. Está ubicado en el sur del Perú, es mayoritariamente selva tropical húmeda, oscilando la altura de los asentamientos entre los 200 a 1200 metros sobre el nivel del mar (Baer, 2005).

La cuenca ha sido ocupada por varios grupos étnicos, estos pueblos pertenecen, predominantemente, a las familias etnolingüísticas Arawak y Pano, familias que agrupan la mayoría de los grupos étnicos que viven dentro del Perú (Baer, 2005). Los Matsigenka y los Yine son habitantes históricos de la zona, lo mismo que los pueblos que están aislados voluntariamente, los Kugapakori y Nahua (Ministerio de Salud, 2006: 31).

Los vecinos de los Matsigenka son por el oeste el pueblo Asháninka, por el noreste el pueblo Yine Yami. Al este se encuentra la Reserva Territorial Kugapakori, Nahua, Nanti (RTKNN), gran parte de la población Nanti se encuentra en el asentamiento de Montetoni y usan un dialecto del Matsigenka. Por el sur, en el departamento de Madre Dios, tienen como vecinos a los pueblos Harakbut, Ese' Eja, Yine Yami y Shipibo-Konibo.

Los Nanti constituyen un subgrupo Matsigenka aislado desde la época del caucho ubicado en el curso medio y alto del río Camisea. No obstante, desde la década del 2010, se ha visto que con mayor frecuencia realizan visitas a las comunidades cercanas de Cashiriari, Segakiato y Camisea para trabajar y comprar alimentos, ropa, utensilios para la casa, caza y agricultura.

2.2.1.1. Clima

La selva del Bajo Urubamba es reconocida mundialmente por su alta biodiversidad, pues está completamente rodeada de áreas naturales protegidas, como el Parque Nacional del Manu al este, el Santuario Nacional Megantoni al sur, y la Reserva Comunal Machiguenga, la Reserva Comunal Asháninka y el Parque Nacional Otishi al oeste. Su clima es cálido (con una temperatura media de 28°C), húmedo (humedad relativa 80.4%) y lluvioso (2000 a 3000 mm promedio anual) (Torres, Armas y Zapata, 2010).

Como en gran parte del territorio amazónico, se presentan dos estaciones marcadas de lluvias y sequía. De octubre a abril los ríos crecen haciéndose peligrosos los viajes

fluviales. Durante la época de sequía, que es durante los meses de mayo a setiembre, las lluvias decrecen haciendo que el nivel de los ríos baje significativamente. Esto origina el aislamiento de las comunidades que se encuentran en las cabeceras de los ríos (Izquierdo, 2001: 75).

La temperatura promedio en la comunidad nativa de Camisea durante el día es de 29.3°C, mientras que en la noche el promedio es 21.1 °C. Durante el mes de junio el área experimenta el ingreso de vientos fríos y la caída de la temperatura es significativa. Este friaje dura aproximadamente de 4 a 5 días (Izquierdo, 2001: 76).

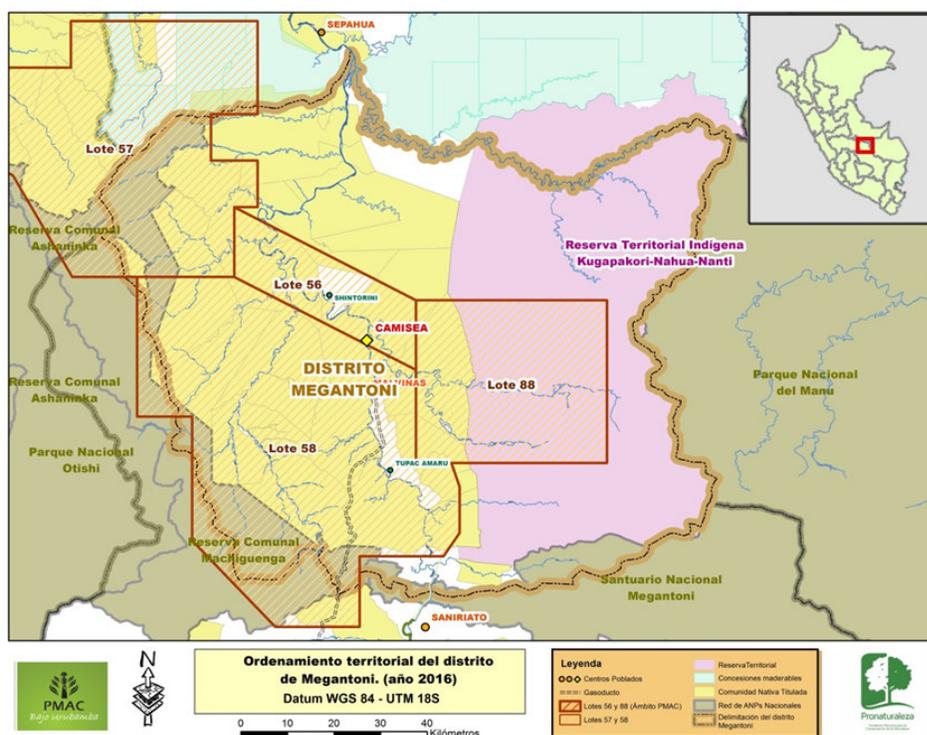
2.2.1.2. Límites geográficos de Camisea

La comunidad nativa de Camisea está ubicada a unos 65 kilómetros de Timpía, se encuentra en la parte central del Bajo Urubamba (Vicariato Apostólico Puerto Maldonado y Pluspetrol, 2003), colinda con la comunidad de Shikankoreni que se encuentra cruzando el río Camisea. La comunidad está en 11 42' 54.77 latitud sur y 72 56' 42.25 longitud oeste (Izquierdo, 2001: 77). Se sitúa en la confluencia de los ríos Urubamba y Camisea, en una terraza elevada a 15 metros del nivel del río y a 395 sobre el nivel del mar; en el departamento de Cusco, provincia de La Convención, Distrito de Megantoni⁴ (Izquierdo, 2001: 78).

A diferencia del Alto Urubamba no hay carreteras en el Bajo Urubamba, aunque están en proyecto sus construcciones. Se accede a la comunidad por vía fluvial a través del río Urubamba, en aproximadamente dos días desde Cusco y un día y medio desde Atalaya (Ucayali). Por su cercanía con el yacimiento gasífero de Camisea (la comunidad se encuentra cercana al Lote 56 y el Lote 88 se superponen a ella) mantiene vínculos cercanos con la empresa Pluspetrol. (CBC y Asociación Arariwa. 2009).

⁴ En el año 2016 se creó el Distrito de Megantoni a través de la Ley Nro. 5103-2015PE.

Mapa 1. Ubicación de la comunidad de Camisea en el distrito de Megantoni



Fuente: PMAC Bajo Urubamba (2016). Ordenamiento territorial del distrito de Megantoni.

2.2.2. Características de la población de la comunidad

Mayoritariamente los Matsigenka del Cusco pertenecen a la provincia de La Convención, la cual fue creada en el año 1857. Está conformada por cinco distritos: Santa Ana, Ocobamba, Huayopata, Vilcabamba, Megantoni y Echarati. Los distritos de Echarati y Megantoni, se encuentran ubicados en la parte norte de la provincia (Encinas, 2008).

Las comunidades que se fueron creando a finales de la década de 1970, entraron en un proceso de organización a partir de 1990 para la defensa de sus derechos. En ese proceso surgieron el Consejo Matsigenka del Río Urubamba (COMARU) y la Central de Comunidades Nativas Matsigenka (CECONAMA), siendo la primera la que tiene el mayor número de comunidades afiliadas (Ministerio de Salud, 2006: 35). Camisea pertenece a CECONAMA, organismo paralelo a COMARU y que fue creado con el apoyo del ILV a finales de la década de los ochenta.

En el Bajo Urubamba están asentadas 22 comunidades nativas reconocidas a nivel legal. Pero también hay algunas de la etnia Nanti-Kugapakori que no disponen de

titulación de tierras por encontrarse dentro de la Reserva Kugapakori, Nahua, Nanti como son Alto Timpía, Montetoni y Malankiato (Vicariato Apostólico Puerto Maldonado y Pluspetrol, 2003).

La comunidad de Camisea se formó en torno al año 1960, con gente proveniente de la cabecera del río Camisea, pero que se ha ido complementando con comuneros procedentes de diversos lugares, como del asentamiento Montetoni, el Manu y del Alto Urubamba, también de las comunidades de Nueva luz, Coshiri, Chokoriari, Timpia, Shivankoreni entre otras (Proceso de desarrollo de la Comunidad de Camisea, s/f). Es quizás una de las comunidades que mayor heterogeneidad presenta en cuanto a su composición si atendemos a los lugares de origen de las personas.

Camisea tiene una población total de 700 habitantes distribuidos en 90 familias, siendo el 51% mujeres y 49% hombres; la mayor cantidad de población se concentra en los jóvenes (de 12 a 34 años) (Proceso de desarrollo de la Comunidad de Camisea, s/f). Desarrolla funciones de administración de la comunidad nativa y de Concejo Menor. La comunidad está dividida en Barrios (Las Palmeras, Sirenita, Arriba, Abajo, Nueva Generación). Su fecha de aniversario es el 30 de octubre.

En Camisea cada dos años se elige a una nueva junta directiva que está comprendida por: un presidente, un vice-presidente, secretario, tesorero y dos vocales. También existe un comité de madres y un comité del vaso de leche en los cuales los cargos se rotan cada dos años. El trabajo comunitario más frecuente es limpieza de los senderos comunales y el corte del césped. Pero también se realizan actividades de reparación del salón comunal o escuela, cerca del contorno del centro de salud, entre otros (Izquierdo, 2001: 89).

“El fútbol es un importante pasatiempo como una actividad social que permite el contacto con otras comunidades. Durante las celebraciones como el aniversario de la comunidad, el día de la independencia, aniversario del colegio secundario y la celebración del distrito, se invita a otras comunidades a participar de torneos de fútbol. En donde la comida y la bebida son compartidas. Es una oportunidad para las familias visitarse entre ellas y también proporciona un mecanismo para que hombres y mujeres conozcan sus parejas potenciales” (Izquierdo, 2001: 89).

2.2.3. Actividades de subsistencia

Anteriormente la subsistencia dependía íntegramente de agricultura de roza y quema, la caza y la pesca, pero ahora es completado con los ingresos monetarios de trabajos como obreros en las empresas, proyectos de infraestructura del municipio de Megantoni, y en menor medida, en proyectos de organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y establecimientos de salud.

Los principales cultivos son la yuca, la sachapapa, la pituca, el camote, el maní, el maíz y el plátano junto con otros cultivos diversos, plantas medicinales, y árboles frutales que maduran como huertas y son abandonados para la regeneración forestal (Johnson 1983 citado en Shepard e Izquierdo, 2003: 114). La cría de aves de corral y animales menores, como cuyes, se ha extendido entre las familias.

Actualmente producen cacao, café y achiote para el mercado y algunos, impulsados por las misiones, han incursionado en la ganadería y la producción de madera de forma individual.

Según los estudios de Shepard e Izquierdo (2003: 114) existe una división de trabajo entre mujeres y hombres, ambos contribuyen a la alimentación y subsistencia de la familia en colaboración, y antes del ingreso de las empresas esto era equitativo. Otra de las labores importantes para las mujeres es el cultivo, el hilar y el tejer *cushmas* en telares dorsales. Además dedican un tiempo en la preparación del masato o chicha de yuca (*ovuiroki*), elemento central de la vida social Matsigenka al ser consumido a diario y en grandes cantidades en las fiestas.

2.2.3.1. Agricultura

Los cultivos de yuca y maíz se hallan claramente identificados con los hombres y conjuntamente proveen los alimentos básicos de la dieta Matsigenka; son sembrados un cultivo a la vez y en grandes cantidades. En cambio las mujeres tienden a sembrar muchas variedades de cultivos de manera simultánea y a dedicar un período de tiempo relativamente corto en cada una de estas siembras, generalmente van a sembrar acompañadas de sus jóvenes hijos e hijas. Podría decirse que los hombres empleaban mayor esfuerzo en la producción de alimento y que producen la mayor cantidad de energía alimenticia, mientras que las mujeres contribuyen en la diversidad de la dieta (Johnson, 1978).

La agricultura todavía es la más importante actividad de subsistencia por el tiempo que la familia le dedica, por la fuerza de trabajo que emplea, por los ingresos que la venta de productos puede generar y por el aporte nutricional. Además, para ciertos momentos del trabajo agrícola como la cosecha, la limpieza de terreno y la quema, existe la ayuda mutua y la reciprocidad interfamiliar. Con fines de venta a los mercados de Quillabamba, Sepahua y Satipo, en la década de 1950 se introdujo el cultivo de café, cacao, achiote, arroz, frejol y maní. Lo usual es que los comerciantes mestizos lleguen hasta las propias comunidades para comprar la producción o para intercambiarla por productos industriales (UPCH, 2006).

2.2.3.2. Caza

Es una actividad realizada una vez por semana, siendo las especies más disponibles: sajino, majáz, venado, ñuje, mono, paujil, perdiz, loros y tortuga motelo. Utilizan escopetas, aunque se mantiene el uso tradicional de flecha y arco. Las especies capturadas son utilizadas para la alimentación y parte de ella para la venta en las comunidades (Vicariato Apostólico Puerto Maldonado y Pluspetrol, 2003).

Es una actividad exclusivamente masculina. Tiene un significado social, pues el dominar las técnicas de caza distingue al adulto experimentado. Sin embargo, en la actualidad su importancia ha decrecido debido a la disminución de animales de caza. Las causas son la concentración poblacional, el crecimiento demográfico y el surgimiento de actividades extractivas (la explotación maderera e hidrocarburos) (UPCH, 2006).

2.2.3.3. Pesca

La pesca es una actividad fundamental en la alimentación de las familias. La efectúa en mayor medida los hombres, pero también lo realizan los hijos y esposas. Además existe la pesca como faena comunal, en la que participa toda la población con motivo de una festividad. En la actualidad, se manifiesta que la disponibilidad de peces ha disminuido considerablemente, por un lado (como en la actividad de caza) debido al crecimiento demográfico que origina la presión sobre los recursos ictiológicos y de otro lado por el incremento del transporte fluvial que ha generado que las especies se asusten y busquen tranquilidad en quebradas y riachuelos (Vicariato Apostólico Puerto Maldonado y Pluspetrol, 2003).

Por ello la solución que han encontrado para seguir abasteciendo a las familias de pescado es ir a lugares cada vez más alejados en los ríos Urubamba y Camisea, al mismo tiempo se puede evidenciar que la diversidad de peces es cada vez menor (Torres, Armas y Zapata, 2010).

2.2.3.4. Recolección de alimentos y la medicina tradicional

La recolección de gusanos, larvas y la extracción de frutos, son actividades desarrolladas por las familias para su autoconsumo y son de gran relevancia, porque permiten complementar la alimentación rica en carbohidratos, con un aporte importante en proteínas y vitaminas (Vicariato Apostólico Puerto Maldonado y Pluspetrol, 2003).

Un número de cultivos Matsigenka cumplen funciones como plantas medicinales y de índole espiritual. El grupo más importante está compuesto por las variedades de *ivenkiki*, de la familia *Cyperaceae*. Muchas son empleadas con fines mágicos para la protección del hogar, familia o cultivos específicos de plagas, depredación, o amenazas espirituales. Los Matsigenka ven a las plantas como seres individuales además de pertenecer a ciertas clases o categorías, de ahí que sea importante la cualidad personal y espiritual de la planta más que el estrictamente botánico (Rosengren, 2004: 85-86).

La medicina tradicional sigue desempeñando un papel central en la vida de los Matsigenka. “Las opciones de tratamientos etnomédicos incluyen remedios caseros y el uso de cientos de plantas medicinales empleados por curanderos o chamanes. Las plantas medicinales, en particular, se utilizan para curar muchos tipos de afecciones físicas, psicológicas y espirituales, aflicciones que en sí están interrelacionadas” (Shepard e Izquierdo, 2003: 115). La mayoría de los tratamientos, responsabilidad en gran parte de las mujeres de las comunidades, es a través de la administración de la multitud de remedios caseros a base de hierbas (Rosengren, 2002).

2.2.3.5. Trabajos temporales en las empresas

La mayoría de los hombres han trabajado de manera temporal en las empresas Pluspetrol, Repsol, Petrobras y subcontratistas de las tres primeras, muchos de ellos como personal no calificado. Son pocos los que, al tener una carrera técnica concluida, tienen un trabajo en áreas administrativas o en las oficinas de logística.

Existe un mayor número de trabajadores que pertenecen a las comunidades que se encuentran dentro del área donde están los lotes 88 y 56. Es por ello que también hay trabajadores Nahuas y Nantis.

En los proyectos de infraestructura del Municipio de Megantoni los trabajos son por jornada diaria y el pago se realiza al finalizar el mes, aunque muchas veces se da con retraso. Hasta el 2015, cuando aún era jurisdicción del municipio de Echarate, pude observar en Camisea hombres de Montetoni trabajando para el municipio.

El ingreso del dinero ha modificado las necesidades de la población. Ahora se tiene dinero para comprar ropa, comida, utensilios de cocina, electrodomésticos, tecnología; sin embargo las oportunidades para obtenerlo son diferenciadas entre hombres y mujeres. Para los trabajadores Matsigenka de las empresas, el progreso es entendido en realizar actividades de trabajo fuera o dentro de la comunidad para hacer dinero, lo que permite tener acceso a una mejor educación, salud y adquirir nuevos productos, pero también “la apropiación de nuevas prácticas y actitudes a partir del ingreso monetario regular que da el trabajar en las empresas, como es el caso del consumo de alcohol” (Del Castillo, 2012: 91).

Los líderes y hombres que invirtieron su dinero de los trabajos temporales, han abierto bodegas y hospedajes que son administrados por las esposas. Hay algunas mujeres que estudiaron una carrera técnica y han migrado, muchas de ellas son hijas de profesores, o promotores de salud. Las madres solteras son ayudadas con el trabajo rotativo de vigilancia en la garita del puerto de la comunidad.

Aunque ahora existen más opciones de obtener dinero para las mujeres: cargar material de construcción o ser las que cuidan el almacén de los proyectos de construcción, vender yuca y plátano a los marinos, vender sus artesanías, trabajar de cocineras; la diferencia de la contribución familiar en dinero, entre hombres y mujeres, es notoria. Los hombres son los que obtienen mayores ingresos y esto genera nuevos conflictos familiares. Las mujeres se quejan que sus maridos gastan gran parte de sus sueldos en cerveza, celulares y ropa (deportiva) para ellos.

2.2.4. Actores socioeconómicos del Bajo Urubamba

2.2.4.1. Las empresas extractivas

Como hemos señalado en las actividades de subsistencia es notorio que con las actividades extractivas de las empresas en el Bajo Urubamba el mayor impacto para la población es la escasez de peces y animales de caza, en consecuencia la variación de su dieta. No obstante, “el impacto del desarrollo económico en la zona es más problemático a nivel familiar y comunal” (Izquierdo, 2001: 68).

El cambio económico, expresado en la afluencia de ingresos salariales, ha reforzado las diferencias (en ingresos económicos) entre hombres y mujeres. Los trabajadores locales de las empresas son en su mayoría hombres. Las comunidades exportan trabajadores hombres, dejando a mujeres y niños encargados en el manejo de las chacras y sobreviviendo con el inadecuado suplemento de pescado y carne (Izquierdo y Johnson, 2007: 429). Muchas mujeres se quejan del doble trabajo que realizan desde que sus maridos han empezado a trabajar en las empresas.

Otro ingreso económico monetario son las compensaciones, indemnizaciones, fondos del canon e inversiones para el desarrollo; que si bien son percibidos por las comunidades y asentamientos, su uso debería ser decidido en asambleas comunales y para beneficio del conjunto⁵ o de parte de la comunidad (Dourojeanni, Ramírez y Rada; 2012: 76).

Las comunidades han orientado la inversión de sus fondos de compensación prioritariamente a obras de infraestructura (construcción de locales, mejoramiento de viviendas, que incluye distribución de fondos entre familias) y servicios básicos de luz y agua. Otra parte importante de las inversiones fueron dedicadas a proyectos productivos como viveros o piscigranjas que, además de prestar servicios a la comunidad, han generado ingresos eventuales. “También se han instalado pequeños

⁵ A inicios del 2012, en conversaciones con uno de los comerciantes que viajan por las comunidades en sus botes, pude conocer que en una oportunidad la comunidad de Nuevo Mundo estaba a la espera de una indemnización de la empresa Repsol. Todos los comerciantes querían estar ese día o al día siguiente para tener mayores ventas porque habían escuchado que las familias recibirían más de diez mil soles, cada una. Pero como existen reglas en las comunidades para los comerciantes de no quedarse más de tres días o pagar una penalidad, comentaba que era como una “ruleta rusa”, quiénes serían los suertudos de estar justo en ese evento. Al final solo fue uno el que estuvo en ese día tan esperado. Recuerda que las personas compraban cualquier cosa, le quitaban de las manos los productos. Vendió todo en menos de tres días.

aserraderos comunales, se ha adquirido motores para navegación y embarcaciones creando empresas de transporte fluvial e inclusive, una parte de las inversiones ha sido colocada a plazo fijo en instituciones del sistema financiero donde siguen generando intereses” (Dourojeanni, Ramírez y Rada; 2012: 77).

La inversión en educación también ha sido representativa, aunque aún se enfoca al sostenimiento de los jóvenes que salen de la comunidad a estudiar a otras comunidades o ciudades, cuando van a seguir estudios superiores. Esta inversión educativa no se ha traducido en una propuesta integral que desarrolle capacidades y los forme para el futuro que se avecina en su territorio. Por otro lado, las inversiones en “salud están orientadas al equipamiento de puestos de salud, básicamente a la compra de medicinas, equipos y al apoyo de enfermos” (Dourojeanni, Ramírez y Rada; 2012: 77).

Además, con el crecimiento exponencial de la economía monetaria, va de manera conjunta el aumento del consumo de alcohol y comida procesada, lo cual puede desplazar enteramente la contribución alimenticia de los miembros de la familia, especialmente la de las mujeres (Izquierdo, 2007).

Hay mujeres jóvenes que han optado salir de sus comunidades para buscar trabajos remunerados en comunidades más grandes y laborar de meseras y cocineras. Algunas de las que han optado por cruzar el Pongo de Mainique con el mismo fin, han caído en la trata de personas para la explotación sexual.

En el estudio a cargo de la ONG Inti Runakunaq Wasin (2016), informa que la captación la realizan en su mayoría los boteros (conductores de lanchas) porque son los que más contactos tienen con las adolescentes y jóvenes en todo el recorrido del río Urubamba. Las jóvenes captadas provienen de las comunidades de Miaria, Sensa, Nueva Luz, Nueva Vida, Nuevo Mundo, Kiriguete, Camisea, Chocoriari y Timpia. Una de las rutas de trata de personas y explotación sexual identificada es la que corresponde a la explotación del gas y el canon gasífero. En el centro poblado de Kiteni, existen más de veinte bares y tres clubes nocturnos que ofrecen servicios sexuales. Los clientes son los trabajadores de las empresas de gas, fuerzas armadas (PNP, Ejército del Perú y la Marina), trabajadores administrativos y obreros de la Municipalidad Distrital de Echarate, con sus zonales y población local.

2.2.4.2. Presencia del Estado

Antes de la explotación del gas de Camisea, el Bajo Urubamba se ha desarrollado lentamente y conforme a los intereses productivos, en su mayoría agrícolas. “El desarrollo peruano ha estado históricamente limitado por la falta de acceso a la tierra y a los recursos de la selva” (Izquierdo, 2001: 65). La Convención fue la primera provincia selvática creada en el Perú, en 1857. El hecho de que en dicha zona no se hayan creado más provincias indica que la colonización de la vertiente amazónica ha sido allí más lenta que en otras partes del país (Hurtado; Mesclier y Puerta, 1997).

En 1969 se inició la reforma agraria en el Perú, se crearon nuevas leyes que salvaguardaban los territorios de los pueblos indígenas, es así como en ese contexto se crean algunas de la Comunidades Nativas del Bajo Urubamba. Las misiones de los dominicos y el ILV apoyaron en el asesoramiento a las comunidades de la zona, realizaron los trámites que les permitieron ser reconocidas por la ley y que se les asignara en propiedad el territorio que tradicionalmente venían ocupando.

Fue con la presencia de las misiones que el Bajo Urubamba adquirió un gran dinamismo, sobre todo debido al impulso que ambas misiones dieron a la educación y a la sanidad en la región (Encinas, 2008; 355). Su cooperación sirvió como inicio en el desarrollo sanitario, pero no fue hasta la década de 1980 que se establecen los puestos de salud a cargo del Estado (Martín, Barcala y Carbone, 2006).

Situación similar sucedió con el sistema educativo estatal, la primera institución educativa de primaria se creó en 1964, pero no fue hasta la década de 1990 que se estableció el colegio secundario (Vicariato Apostólico Puerto Maldonado y Pluspetrol, 2003).

Luego del ingreso del Proyecto Gasífero Camisea, hasta el 2015 se venían implementando proyectos de infraestructura en el Bajo Urubamba, a cargo del municipio de Echarate. Esto generó un aumento en el transporte fluvial por el río Urubamba, de Ivochote a Camisea.

Desde el año 2004, la región Cusco recibe el canon gasífero. En el 2011 el distrito de Echarate recibió 355 millones de soles y solo ejecutó el 31% del total (Pinedo y Calsina, 2014).

Asimismo, según la Ley de Canon N° 27506, “los gobiernos locales donde se efectúa la actividad de explotación deberán destinar el 30% del monto que les corresponda... para el desarrollo sostenible de las comunidades donde se explota el recurso natural”. Sin embargo esto no se ha cumplido hasta el presente. Según el señor Wilfredo Silva, Gerente de Comunidades Indígenas Amazónicas de la Municipalidad de Echarate, para el año 2014, la inversión estimada en las comunidades nativas del Alto y Bajo Urubamba llegaría al 24 o 25%, mientras que el año 2013 no llegó ni al 10%, el 2012 ni al 7% (CBC y Asociación Arariwa. 2009: 51).

A partir del 2014 han comenzado a ejecutarse proyectos sociales enfocados en la artesanía y la ganadería (Ver Anexo 2). En el 2012 se abrió una oficina descentralizada del Municipio en Camisea, donde se coordinaron los proyectos que se ejecutan en el Bajo Urubamba.

En el 2014, se culminó con la remodelación del Salón Comunal y la ampliación de habitaciones para el personal de salud y mejoramiento del centro de salud, la construcción del nuevo centro educativo nivel secundario que fue culminado a principios del 2015. A pesar de las mejoras en Camisea como en otras comunidades del Bajo Urubamba, muchos de los proyectos de infraestructura no se han concluido. Hasta fines del 2017 el municipio de Echarate fue siendo el administrador y ejecutor de los proyectos del actual municipio Megantoni, y no se hizo responsable de la culminación de los mismos.

2.2.4.3. Presencia de terrorismo y narcotráfico

Hacia fines de la década de los ochenta, la situación económica del Perú entró en crisis. Algunos grupos subversivos llegaron a controlar grandes áreas en los principales ríos de la amazonía. Era peligroso viajar y los costos de operación de las embarcaciones se volvieron excesivos. La actividad subversiva empezó a constituir una seria amenaza para las comunidades Matsigenka y Yine desde 1993, los líderes comunales eran amenazados y las escuelas se vieron afectadas en su funcionamiento (Davis, 2002).

Entre los años 1990 y 1991 los pueblos Yine, Matsigenka y Asháninka de la zona del Bajo Urubamba, lograron el retiro de Sendero Luminoso⁶ y la liberación de varias comunidades, pero no para el caso de comunidades Asháninka y Nomatsiguenga de la zona del Ene, que años después con la acción del ejército peruano consiguieron expulsarlos (Kapila, 2005).

A principios de la década del 2010, en un artículo en el diario La República (2012), se detalla cómo terroristas de Sendero Luminoso destruyeron tres helicópteros que transportaban al personal de la Transportadora del Gas del Perú (TgP). También sobre el plagio de 32 trabajadores, que se encargaban de vigilar el funcionamiento del gasoducto que se inicia en el yacimiento de Camisea, solicitando un rescate de 12 millones de dólares.

Asimismo el diario El Comercio (2014, 2015), ha presentado información sobre los enfrentamientos entre las fuerzas armadas, los narcotraficantes y terroristas. Se han creado nuevas rutas para la transportación de la cocaína por la zona del Alto Urubamba que tienen como dirección Atalaya (Ucayali), donde se han encontrado pistas de aterrizaje para sacar la droga con destino Brasil. Existen indicios de nuevos narcopuertos en las comunidades nativas del Alto y Bajo Urubamba. Desde hace tiempo que Cusco viene siendo la segunda región del país con más coca articulada al narcotráfico.

Las actividades de Sendero Luminoso, siguen latentes en el VRAEM (Valles de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro), una franja de selva entre montañas que une las regiones de Junín, Ayacucho, Apurímac y Cusco. Son alrededor de 350 personas, muchas de ellas población Asháninka que se encuentra sometida en los campamentos que tienen en zonas alejadas de la selva, y se presume que esta agrupación tiene alianza con el narcotráfico (El Comercio, 2015).

⁶ Es una organización subversiva y terrorista de tendencia ideológica marxista, leninista y maoísta originada en el Perú fundado a finales de los años setenta. La organización, en mayo de 1980 desencadenó un conflicto armado contra el Estado y la sociedad peruana. La Comisión de la Verdad (CVR) y la Reconciliación ha constatado que a lo largo de ese conflicto, el más violento de la historia de la República, Sendero Luminoso cometió gravísimos crímenes que constituyen delitos de lesa humanidad y fue responsable del 54% de víctimas fatales reportadas a la CVR, se estima 31,331 personas.

Los grupos subversivos hasta el día de hoy están presentes en las comunidades del Bajo Urubamba. La población mantiene en reserva esta información por su seguridad porque tienen una historia en común con el pueblo Asháninka del VRAEM, de raptos de niños, adolescentes y mujeres. Sin embargo, se suelen escuchar comentarios de situaciones poco comunes en las comunidades. A partir del año 2012 se han presenciado y escuchado avionetas en la madrugada con dirección a la comunidad nativa de Segakiato, limitando con la comunidad de Shivankoreni (en la quebrada de Porokari). También se comenta la aparición de personas blancas extrañas a la comunidad y a las empresas petroleras presentes en la zona. El mismo informante comentó que ese año había aparecido una mujer Matsigenka que afirmaba haberse escapado de los narcotraficantes que la tenían secuestrada y que fue abusada sexualmente todo el tiempo que estuvo en los campamentos cercanos a Shivankoreni y Segakiato.

En el 2016, personal de salud de la microred de Camisea y comuneros de la cuenca del río Picha manifestaron en conversaciones que de la cabecera del río llegaron personas con heridas de bala en botes, no eran de la zona. Siguieron aguas abajo como rumbo a Sepahua.

Caso similar se vive en la cuenca del río Ene, en la época de verano la formación de grandes playas en el río, permite la creación temporal de pistas de aterrizaje para las avionetas de los narcotraficantes. Por la madrugada se puede escuchar el ruido de varios motores fuera de borda y seguidamente se ven luces dispersas sobre el río⁷.

2.2.4.4. Las fuerzas armadas en las comunidades

Luego de que se produjera el ataque terrorista a los tres helicópteros de la empresa TgP, se crearon en el año 2012 dos bases de la Marina en las comunidades de Nuevo Mundo y Camisea, ambas en el Bajo Urubamba.

Las bases de la Marina se definieron con la junta directiva de las comunidades y las comunidades cedieron un terreno para su establecimiento. Ambas bases se encuentran muy cercanas a la zona residencial de los comuneros. En Camisea, todos los días los marinos realizan recorridos para vigilar los límites y caminos de la

⁷ Durante los años 2013 y 2014 cuando laboré en la zona del VRAEM pude conocer varias historias de comuneros del río Ene y Apurímac, y escuchar las avionetas.

comunidad, así como la inspección del transporte fluvial que se desplaza por el río Urubamba.

Para la población resulta incómoda la presencia de los militares, en especial a las mujeres que suelen ser fastidiadas en sus casas con preguntas rutinarias en sus monitoreos, y al existir una barrera lingüística, la comprensión entre ambas partes se complica. También se ha podido notar que hay nuevos conflictos familiares por la desconfianza que les genera a los comuneros hombres cuando tienen que dejar a sus esposas solas en sus casas por la estancia de hombres foráneos en la comunidad.

Es por ello que actualmente la base de los marinos está en la parte alta de Camisea, más lejos del pastizal de la comunidad. La población no quiso convivir con los militares en comparación a las comunidades de Miaría y Nuevo Mundo. En ambas comunidades se ha podido observar que los estudiantes indígenas entre trece a diecisiete años estudian conjuntamente con militares que tienen más de veinte años de edad y que no han culminado los estudios secundarios. El mayor número de embarazo adolescente en la comunidad de Miaría puede estar relacionado con esta situación.

2.2.4.5. Los organismos no gubernamentales en el Bajo Urubamba

Durante la conformación de las comunidades nativas se hicieron presentes las Organizaciones no gubernamentales (ONGs). El Centro para el desarrollo del Indígena Amazónico (CEDIA) fue una de las primeras en estar presente en el Alto y Bajo Urubamba. Acompañó en el proceso de titulación de comunidades como Cashiriari y Shivankoreni, realizaron capacitaciones para la defensa de su territorio; identificación física de linderos comunales; saneamiento legal de las comunidades nativas inscribiéndolas en registros públicos como personas jurídicas al igual que las juntas directivas; también realizaron capacitaciones y asesoría en la elaboración participativa de los estatutos (Sánchez, 2009: 178). Hasta el día de hoy CEDIA continúa apoyando actividades como el fortalecimiento de la organización con la organización COMARU.

Como parte del acercamiento a la población de la zona de intervención del Proyecto Gasífero Camisea, se han ejecutado proyectos sociales a cargo de distintas ONGs. PRO-NATURALEZA inició sus actividades en el año 2002 estableciendo un Plan de

Monitoreo Ambiental Comunitario (PMAC) tanto en el Alto como en el Bajo Urubamba. Abarcaba comunidades relacionadas a las operaciones de Pluspetrol como a las de la TgP, es decir, además de las comunidades de Camisea, Cashiriari, Ticumpinia, Kiriguete, Nuevo Mundo, Segakiato, Shivankoreni, Puerto Huallana, Nueva Vida y los asentamientos de colonos de los sectores Tupac Amaru y Shintorini, también consideraba a las comunidades de Timpía y Camaná. Su objetivo general fue “Contribuir a la eficacia y eficiencia de las acciones de monitoreo ambiental y de supervisión de las operaciones de extracción y procesamiento del gas del Camisea, a través de la participación de la población local” (Ugaz, Reyes, Salas, Ramos, Ugarte, Halliday, Sarasara y Manrique, 2003 citado en Dourojeanni, Ramírez y Rada; 2012: 70). Actualmente PRO-NATURALEZA realiza actividades de capacitación al comité de coordinación del PMAC que está conformado por personas que pertenecen a las comunidades del Bajo Urubamba.

La ONG Prisma durante el periodo 2008 – 2013, desarrolló el Proyecto Ananeki Kameti (Niño Sano) con el objetivo de mejorar el estado de salud y seguridad alimentaria en la población de siete comunidades nativas y dos asentamientos rurales del Bajo Urubamba con énfasis en niños y niñas menores de 3 años. Las comunidades fueron Camisea, Chocoriari, Kiriguete, Nuevo Mundo, Shivankoreni, Cashiriari, Segakiato, y los asentamientos rurales de Shintorini y Túpac Amaru (PRISMA, s/f).

La ONG C.M.P. FLORA TRISTAN también estuvo presente en el Bajo Urubamba en el periodo 2010 – 2014. El proyecto que ejecutaron tenía como objetivos reducir el consumo de alcohol y propiciar la incursión de actividades económicas de las mujeres como medida para reducir la violencia familiar en las comunidades. Aunque sin resultados visibles, una de las acciones para mediar la violencia a las mujeres fue asesorar a las juntas directivas de las comunidades y organizaciones indígenas de CECONAMA y COMARU para modificar los artículos de sus estatutos, donde se definía las sanciones a actos de violación sexual y violencia familiar.

Flora Tristán trabajó inicialmente en cuatro comunidades (Camisea, Shivankoreni, Cashiriari y Segakiato), posteriormente se amplió el trabajo en Kiriguete y Nuevo Mundo. Las actividades que mayor importancia tuvo para la población fueron las referentes a artesanía y manejo del dinero. Actualmente, mujeres de las comunidades

donde estuvo el proyecto y participaron de los talleres, realizan ventas de sus productos artesanales a otras comunidades, al Municipio de Echarate, a la Empresa Pluspetrol y a turistas eventuales.

Una de las recientes instituciones que ha ingresado al Bajo Urubamba es la ONG Ayni Desarrollo (AYNI) con el proyecto Intervenciones Concertadas para Mejorar la Salud Materna en el medio y Bajo Urubamba. Su Ámbito de intervención son ocho establecimientos de salud en las microredes de servicios de salud de Kiteni y Camisea. Sus objetivos son mejorar la oferta de servicios de salud para madres, gestantes, recién nacidos y niños menores de cinco años; mejorar la capacidad de las y los agentes comunitarios en salud materna y perinatal para realizar: intervenciones educativas, identificación de casos de alto riesgo obstétrico, y para la referencia oportuna a los establecimientos de salud; y mejorar el acceso de mujeres en edad reproductiva, gestantes y niños menores de cinco años a alimentos nutritivos producidos localmente adecuando prácticas recomendadas por la OMS sobre nutrición.

2.2.4.6. Empresas comunales

Así como las comunidades de Cashiriari y Segakiato, la comunidad de Camisea ha conformado una empresa, Asema Camisea SAC desde el 2014. Es una compañía que actualmente ofrece servicios en logística, transporte fluvial, gestión de campamentos y construcción para la Empresa Pluspetrol. Cuenta con sedes de operación en Atalaya, Quillabamba, y en la comunidad. Esta empresa se ha conformado con los fondos que la comunidad recibe por concepto de compensación por la extracción de hidrocarburos en su territorio. Los obreros son de distintas comunidades pero se prioriza la participación rotativa de los que pertenecen a Camisea.

2.2.5. Aspectos organizativos de Camisea

2.2.5.1. Accesibilidad

Para llegar a la comunidad de Camisea se puede hacer con transporte fluvial y aéreo. En el Bajo Urubamba los ríos forman la principal ruta de comunicación, el tráfico fluvial varía especialmente por las actividades de las empresas y proyectos ejecutados por el municipio. Existe un eje fluvial formado por la ruta Ivochote – Saniriato – Pongo Mainique - Timpía – Camisea – Kiriguetti – Miaria – Sepahua – Bufe Pozo – Maldonadillo. Cabe resaltar que el transporte fluvial en la zona del Bajo Urubamba es caro, las distancias son largas, el consumo de combustible alto y la disponibilidad de embarcaciones con motor mínimas.

Cercano a la comunidad se encuentra el aeropuerto del Campamento Malvinas. Los comuneros pueden solicitar cupos para viajar vía aérea en coordinación con su junta directiva. La mayoría de los viajes son de los representantes de la comunidad, emergencias médicas y salidas de estudiantes universitarios.

Para llegar a la comunidad de Camisea existen dos vías de acceso: una es desde Lima - Atalaya - Sepahua, que se puede realizar por vía terrestre o aérea, en avioneta, hasta Atalaya. Luego el viaje se continúa surcando el río Urubamba. Este viaje puede durar dos días y medio, considerando pernoctar en Atalaya y Sepahua. La otra manera de llegar a Camisea es viajando desde Cusco - Quillabamba - Ivochote en bus y desde Ivochote por río. Este viaje dura un día y medio o dos, depende mucho de las lluvias y el estado de las carreteras.

Estas rutas terrestres y fluviales son empleadas por los comuneros y comerciantes de la zona. Las familias emplean botes de menor tamaño para trasladarse a sus chacras y visitar a sus familias cercanas a sus residencias. La estación con menos riesgo de crecidas de los ríos es en verano (abril a setiembre).

2.2.5.2. Energía eléctrica y agua

La comunidad de Camisea tiene acceso a fluido eléctrico que proviene del campamento Malvinas. La Implementación del Sistema de Electrificación Rural se dio en el año 2012, fue a cargo del Proyecto Gasífero Camisea. Las comunidades de Camisea y Shivankoreni son las únicas del Bajo Urubamba que tienen luz todo el día,

salvo en época de lluvia que por lo general, existen problemas con la conexión de energía eléctrica.

Con respecto al abastecimiento de agua, poseen un sistema de agua entubada que proporciona agua a las casas. No es potable, proviene de un manantial cercano a la comunidad. El abastecimiento de agua es deficiente en la época seca (mayo a setiembre), por ello las familias deben de coleccionar agua en bidones en la madrugada. Cuando la presión del sistema de agua entubada es mínima, las personas se van a bañar en las quebradas o en el río Camisea y, especialmente las mujeres, se desplazan al río Camisea para el lavado de la ropa.

2.2.5.3. Vivienda

Las viviendas que conforman Camisea están dispuestas de forma lineal paralela al río Urubamba, ubicadas en la intersección de éste con el río Camisea. Dada su cercanía con los pozos gasíferos ha contado en los últimos años con importantes apoyos de equipamiento e infraestructura (Vicariato Apostólico Puerto Maldonado y Pluspetrol, 2003).

La gran mayoría de las viviendas son hechas de madera y calamina, con pisos elevados de madera para evitar el ingreso de humedad de las lluvias. Separada de la casa se construyen la cocina y la pileta. Los baños (inodoro y ducha) y las piletas de agua son a base de ladrillos y cemento, algunas casas poseen silo en vez de baño. Las cocinas son generalmente un ambiente abierto con techo de hoja de kapashi (palmera). La mayoría de las familias usa el fogón como medio de cocinar, quienes tienen cocina la disponen dentro de la casa.

Casi todas las casas poseen tres o cuatro ambientes, un ambiente principal que hace de comedor y el resto que se emplean como dormitorios los cuales tienen puertas. Uno de los dormitorios es empleado por los padres y los restantes para los hijos.

Aunque la mayoría de las casas son de un piso, se pueden encontrar casas (hospedajes) de dos y hasta tres pisos en la zona residencial, es decir donde se encuentra la escuela y el centro de salud. Las familias generalmente tienen otra vivienda más cerca de sus chacras, la cual es empleada para guarecerse de la lluvia, descansar o quedarse en las temporadas largas de cultivar la chacra.

2.2.5.4. Comunicaciones

Desde el 2015 la comunidad cuenta con el servicio de telefonía móvil de la compañía Movistar, aunque el servicio no tiene la calidad y velocidad del internet móvil adecuado para acceder al uso de internet usando los datos del celular y son restringidas las llamadas en momentos de fuertes lluvias. La población consigue los celulares de comerciantes y comuneros que viajan a las ciudades de Atalaya, Lima y Quillabamba. Se pudo observar que en algunas ocasiones los vendedores triplicaban el valor de los equipos.

Actualmente también se puede acceder a internet desde la institución educativa secundaria, los hospedajes y las oficinas institucionales, como la oficina del PMAC. En cuanto al uso de televisores, en la comunidad existe la presencia de DirecTV desde el año 2010.

Los jóvenes de la comunidad están muy interesados en la tecnología y quieren acceder a celulares, computadoras portátiles, tablets, entre otros equipos; lo que ha provocado casos de robos de dinero. Estos hechos han sido manejados por las autoridades de la comunidad con sanciones de limpieza de la zona residencial y la reposición fraccionada del monto robado.

Camisea también tiene un equipo de radio comunicación que es operado todos los días en un horario restringido de 6:00 a 7:30 am y de 4:00 a 6:00 pm. Los equipos funcionan con sistema de energía solar. Es la forma más común de comunicarse con las comunidades que no tienen línea para llamadas a celular. Antes, la comunicación telefónica se daba a través de equipos satelitales de la empresa GILAT, para el uso del teléfono era preciso comprar tarjetas de llamadas.

2.2.5.5. Educación y centros educativos

Camisea cuenta con tres instituciones educativas: inicial, primaria desde el año 1962, y colegio secundario Juan Santos Atahualpa, desde 1996 (Vicariato Apostólico Puerto Maldonado y Pluspetrol, 2003). La construcción del nuevo local del centro escolar nivel secundario a cargo del municipio de Echarate culminó en el 2015.

Por lo general las actividades educativas en inicial y primaria empiezan en la fecha programada por el Ministerio de Educación. Los profesores pertenecen a las

comunidades del Bajo Urubamba o de Atalaya. Todo lo contrario en el caso del centro educativo secundario, donde las clases se inician con un mes o más de retraso y, hasta el 2013 los profesores provenían de la parte andina de Cusco y Puno. Entre los años 2014-2017 los profesores contratados fueron de Pucallpa y Atalaya. Con ello, aumentó la cantidad de horas educativas y la presencia constante de los profesores.

En el centro educativo Juan Santos Atahualpa, los alumnos proceden de distintas comunidades como son: Nuevo Mundo, Timpía, Chokoriari, Cashiriari, Segakiato, Shivankoreni, Kirigueti, Nueva Luz, Montetoni⁸, entre otras. Los alumnos se quedan a vivir con sus apoderados, con excepción de los estudiantes de Shivankoreni, ellos caminan en promedio 30 minutos para llegar al colegio pasando por un puente, o también se trasladan en pequepeque.

Existe un número similar de alumnas y alumnos hasta tercero de secundaria, en los siguientes niveles se reduce la participación de mujeres adolescentes por embarazos no deseados. Sin embargo el director de la institución (del año 2016) apoyaba a las estudiantes embarazadas a culminar sus estudios siendo más flexible con la asistencia al colegio.

Algunos adolescentes no culminan sus estudios en la comunidad, su padres prefieren enviarlos a estudiar a las ciudades de Quillabamba, Cusco y Lima para recibir una mejor educación para continuar los estudios universitarios. Son mandados desde pequeños a las casas de padrinos (mestizos) quienes son sus apoderados durante todo el año escolar. No se ha observado que exista distinción de género para enviar a sus hijos a estudiar fuera, solo la adaptación de los estudiantes a un nuevo espacio garantiza la continuidad.

⁸ Son pocos los estudiantes que vienen de Montetoni, los egresados son ahora los líderes y representantes de su comunidad.

2.3. La microred de salud de Camisea

En el Perú el sistema de salud está regido por el Ministerio de Salud (MINSA) y sus servicios de atención se brindan a través de cuatro niveles: los hospitales, los centros de salud, los puestos de salud, también conocidos como postas médicas y los promotores de salud⁹. De acuerdo al organigrama del MINSA, las direcciones de salud congregan a hospitales, centros y puestos de salud; establecimientos que se encuentran agrupados en microredes y éstas, a su vez, en redes¹⁰ (Reyes, 2007).

La microred de Camisea es parte de las siete microredes que conforman la Red de Servicios de Salud de la Convención (RSSLC), ubicada en la ciudad de Quillabamba. Actualmente la microred contiene catorce puestos de salud y dos centros de salud a su cargo (en las comunidades de Camisea y Kiriguetti). Hasta hace un par de años las comunidades de Cashiriari y Montetoni pertenecían a la jurisdicción del centro de Salud de Camisea, pero ahora ambas comunidades tienen un puesto de salud en funcionamiento con un personal de enfermería y técnico enfermero. Los establecimientos que ofrecen servicios a población indígena en aislamiento y/o contacto inicial son Camisea, Cashiriari, Montetoni y Timpía.

Cerca de la mitad de las atenciones son casos de enfermedades respiratorias, luego las infecciones diarreicas y la desnutrición infantil son los principales problemas de salud que afectan a las comunidades (ERM, 2012).

La microred se apoya con la compañía Pluspetrol para los traslados de las emergencias a un centro de mayor resolución de los hospitales de Lima. Los traslados son vía el campamento Malvinas, sobre todo los partos. Si el paciente está en Camisea se traslada en bote y si está en otra comunidad se manda un helicóptero. Se hace una referencia a través de la Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias (CENARUE), una vez está definido el hospital en Lima, el paciente y el

⁹ Ahora también conocidos como agentes comunitarios de salud.

¹⁰ La organización en redes y microredes fue promovido por las reformas sectoriales iniciadas por el Ministerio de Salud en 1995 y concretadas en sus “Lineamientos para la conformación de redes de salud” en el año 2001. Una red puede estar formada por varias microredes. Las microredes organizan la atención del Plan de Salud local, abastecen y distribuyen recursos, promueven la participación social, acopian, procesan y analizan información, realizan vigilancia epidemiológica y el control interno de calidad (Ministerio de Salud, 2001).

personal de salud que acompaña pueden viajar en un vuelo de la Empresa desde Malvinas.

Cuando la población pertenece a Montetoni, al existir un convenio especial con Pluspetrol, son asistidos incluso si las personas no tienen documentos. En el caso de madres gestantes se hace todo lo posible para apoyar su traslado, tenga o no documento de identidad. A veces solo es necesario un oficio escrito con la firma del jefe de la comunidad avalando que la persona es Matsigenka y pertenece a esa comunidad.

2.3.1. El centro de salud de la comunidad

En el Bajo Urubamba la presencia de las misiones católica y evangélica, sirvió para dar inicio en el desarrollo sanitario para acceder a servicios de calidad y a establecimientos de mayor nivel (Martín, Barcala y Carbone, 2006). Los dominicos¹¹ y evangélicos apoyaron en la formación de promotores y personal técnico Matsigenka que en la actualidad siguen participando como enfermeros técnicos, técnicos sanitarios nombrados y promotores vigentes.

Camisea tuvo desde 1985 un puesto de salud, ahora reformado a centro de salud. Los primeros años de funcionamiento laboraron enfermeros y médicos que permanecían trabajando en la comunidad por más de dos años, lo que actualmente es solo días cuando el personal de salud no se acostumbra a las comodidades del Bajo Urubamba.

Posteriormente, el centro de salud de Camisea fue seleccionado por la RSSLC como cabeza de la microred, por su situación geográfica. La comunidad, al encontrarse en la convergencia de los ríos Camisea y Urubamba, es un punto estratégico como centro de referencias de otros puestos de salud del Bajo Urubamba. En marzo del 2012, pasó a ser un establecimiento i.4¹² con un mayor número de personal. En el año 2014 el personal de salud estaba conformado por: 4 obstétricas, 4 enfermeras, 2

¹¹ En la década de los años 1980, con la ayuda de los misioneros dominicos entran en funcionamiento los primeros Centros de Salud de Sepahua y Kiriguetai, las Postas de Salud de Timpía y Shintuya, a cargo del Ministerio de Salud. Se inicia la formación como enfermeras técnicas de origen Matsigenka. Ya para la década siguiente fueron acreditados, reconocidos y contratados por el Ministerio de Salud (Martín, Barcala y Carbone, 2006).

¹² Establecimiento i.4 significa el nivel de atención y complejidad. Es un centro de salud con intermedio, según la necesidad del establecimiento se define el número de profesionales que debe de tener (Ministerio de Salud, 2004).

biólogos (contratados), 1 nutricionista, 3 médicos (uno de ellos serumista¹³), 1 dentista y 1 técnico sanitario¹⁴. Esto duró alrededor de ocho meses en toda la historia del centro de salud. Ese año hubo también una psicóloga y dos dentistas realizando el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), pero actualmente no hay la misma cantidad de personal y tampoco tantas especialidades. Los miembros del centro de salud afirman que falta más personal técnico para apoyarse en sus labores.

En el centro de salud existe personal nombrado, personal contratado y SERUMS. Se ha podido observar que mucho del personal nombrado de Camisea es de los años 2014 y 2015, sus horas de servicio, en comparación al personal contratado, es menor. Ambos cumplen las mismas funciones pero solo el personal nombrado tiene beneficios sociales, lo que ha provocado en los establecimientos malestares entre compañeros de trabajo por estas diferencias.

La población de la comunidad casi en su totalidad cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS), solo algunas que laboran en las empresas tienen seguro social EsSalud.

Como enfermedad generalizada se ha identificado la anemia, el 85% de la población lo padece, pero principalmente niños menores de 8 años¹⁵. En un estudio de línea base en nutrición infantil de la institución AYNI se identificó que el 43.4% de los niños menores de cinco años tenía desnutrición crónica (AYNI, 2016b: 9).

¹³ Se les conoce como serumistas, al personal de salud que está realizando el SERUMS, es un programa del MINSA que es requisito obligatorio para todos los profesionales de salud que deseen laborar en establecimientos del sector público. Por lo general son profesionales que recién han terminado sus estudios en diversas áreas de la medicina y postulan para un puesto temporal rentado por un año (Reyes, 2007).

¹⁴ Es el único Matsigenka laborando en el Centro de Salud de Camisea. Todo el resto del personal son de otros lugares. De puno (obstetra, enfermera), Huaraz y Trujillo (los biólogos), Lima (obstetra), Cusco (odontólogos, doctores y enfermera de Quillabamba). En toda la microred solo algunos técnicos enfermeros y técnicos sanitarios con Matsigenka.

¹⁵ Según información del biólogo del centro de salud de Camisea (2014).

Capítulo III. Aspectos culturales sobre el ciclo vital

Ilustración 1. El pongo de Mainique



Fuente: Dibujo de Yaquemilsa Matiashi Vicente, 2017.

3.1. Cosmología Matsigenka

Para entender mejor la concepción del mundo del pueblo Matsigenka es necesario conocer algunos conceptos sobre su ordenamiento de la vida, en un mundo donde tanto las relaciones sociales como las relaciones con la naturaleza y lo sobrenatural se influyen mutuamente (Ministerio de Salud, 2006: 76-79).

En la concepción tradicional de los Matsigenka, la tierra en que viven es su territorio (*kipatsi*). En las versiones más detalladas, el universo es descrito como compuesto por tres o cinco planos. Cada uno de ellos está habitado por distintos tipos de seres e iluminado por soles con distintas características, de los cuales depende el bienestar de aquellos seres, su comportamiento y su paisaje (Rosengren 2004: 33).

El mundo primero, es en el cual vivimos, *Kipatsi* (Tierra), y siempre es el que está en el centro. *Kipatsi*, está interconectada por el río Urubamba, en su idioma conocido como *eni* (el río) u *omárane eni* (el gran río), con el resto de los planos que está compuesto el universo (Rosengren, 2004: 33-36).

El mundo ubicado por encima de Kipatsi es *Menkoripatsa* como el cielo (*ménkori*), mientras que el siguiente mundo más arriba, *Inkite*. En Inkite también vive ahora el dios creador, *Tasorintsi*, dios creador supremo, traducido en Matsigenka “aquel que sopla”. Los habitantes de los mundos superiores son, la mayoría, alegres y bellos. Pero también viven demonios como *Katsivorérini*, el Cometa. En estos planos superiores la caza es abundante, las tierras son fértiles y sus habitantes trabajan y participan con alegría de los cantos, los bailes y el abundante masato de yuca. No existen allí el hambre, la enfermedad, ni la muerte. Los tres soles que iluminan los mundos del universo son los hijos de *Kashiri* (Luna), a quienes procreó con su esposa Matsigenka (Rosengren, 2004: 35).

Antiguamente “se decía que si se apagara el sol, sería señal del fin del sistema del mundo tal como es actualmente y todo estaría al revés con el resultado de que, por ejemplo, los animales se convertirían en gente y dominarían a los hombres; los castigarían por el mal tratamiento que les daban ellos en el pasado” (ILV, 2011: 396). Por esa razón en esta vida se enseña a tratar bien a los animales para no sufrir las consecuencias.

Los mundos ubicados debajo de Kipatsi son, la antítesis de los mundos situados por encima de Kipatsi. *Kamaviria*, el mundo de los muertos. Aparte de los espíritus de los muertos, está habitado por monstruos y demonios que perciben nuestro mundo como el cielo. Se cree que los habitantes de los mundos inferiores suelen ser seres tristes y descontentos, un lugar donde no crece la yuca. El último mundo es *Gamaironi*, aquí vive *Kentivákori* o diablo, creador de cosas malas, uno de los dioses creadores principales (Rosengren, 2004: 35).

Se dice que Tasorintsi creó con su soplo las cosas perfectas del universo, los "seres humanos", es decir, gente Matsigenka, que es una categoría que incluye no solo los humanos sino también los espíritus “*saankariite*”, algunos animales e incluso plantas, especialmente el gigantesco árbol lupuna (*Chorisia speciosa*); pero luego de crear al hombre y de permitir su transformación en mortales, se retiró para no intervenir más en sus vidas, llevando consigo las cosas perfectas a Inkite (Baer, 1994).

Al cortarse la sogá o liana que facilitaba el acceso de los hombres inmortales a los planos superiores los Matsigenka quedaron confinados a Kipatsi, la tierra actual, y separados de los *saankariite*, quienes habían sido creados al mismo tiempo que los hombres pero conservando su inmortalidad. Los *saankariite* tienen influencia en la vida de los humanos en tanto juegan un papel fundamental para ahuyentar la enfermedad y la pérdida del alma (Baer, 1994).

Así “como en otras culturas amazónicas, los mitos del pueblo Matsigenka hablan de un tiempo en que los hombres y las mujeres eran inmortales. Como tales, podían acceder libremente a los planos superiores del universo por caminos y escaleras que ahora permanecen ocultos para los mortales” (Ministerio de Salud, 2006: 76).

Aunque los Matsigenka se han vuelto mortales todavía pueden cultivar esta amistad recurriendo al uso de algunas plantas que ahuyentan el mal olor, particularmente los *ivénkiki* (*Cyperus* sp.), que son la comida más apetecida por los *saankariite*, y tabaco (*seri*). También contribuye a ello el practicar dietas y la abstinencia sexual (Ministerio de Salud, 2006: 77; Rosengren 2004: 41).

Solo los shamanes, llamados *seripigari*, empleando tabaco y la ayahuasca, plantas que tienen propiedades psicoactivas, pueden comunicarse con los *saankariite*. Los shamanes pueden curar las enfermedades y advertir sobre los peligros de ellas. La cercanía con estos espíritus ahuyenta la enfermedad que tiene su origen en el inframundo, ubicado debajo de Kipatsi, donde viven los muertos y una categoría de demonios llamados *kamatsirini* (Ministerio de Salud, 2006: 77; Rosengren, 2004: 46-47).

También, el mito Matsigenka de Kashiri¹⁶ (Luna), describe el origen de la yuca y, a su vez, demuestra la ambigüedad de la sexualidad y la compleja asociación en torno a la comida, sexo, emociones no controladas, infelicidad y muerte.

La luna posee aspectos positivos y negativos. Entregó a los humanos la yuca y plantas de cultivo al casarse con una mujer Matsigenka. Al mismo tiempo, la Luna es un ser canibal, por haberse comido a su esposa Matsigenka cuando ella murió durante el parto.

¹⁶ Para la revisión completa de una variante del mito de Kashiri, ver Arias (2003).

En el mito se detalla que Kashiri tuvo con una mujer Matsigenka varios hijos, que luego al ir al cielo se convirtieron en soles. Uno de ellos es Poreatsiri, “el que nos ilumina”, se hace referencia sobre la muerte de la mujer dando a luz, que se la come, y los humanos se extinguirán cuando la Luna coma un resto de carne humano que aún guarda (Baer, 1994). Es por ello que las manchas de la luna son las manchas de la sangre¹⁷.

Arias (2003) hace un registro del mito en alusión a los hijos de Luna, se detalla que luego de que naciera Poreatsiri, su cordón umbilical fue enterrado en el monte y que cuando han regresado encontraron que el cordón estaba creciendo como un árbol durísimo, conocido como shivavako.

Asimismo, en el diccionario Matsigenka elaborado por el Instituto Lingüístico de Verano (2011), también se puede identificar que existe una planta *Omogútsa inkite*, empleada durante el parto que refieren a una liana, o cordón umbilical, que unía el cielo con la tierra. “Antiguamente se pensaba que el cielo era una mujer y que el cordón por medio del cual los de la tierra llegaban donde ella estaba conectada a su ombligo; por eso algunos contaban de *omoguto inkite* (el ombligo del cielo), mientras otros enfocaban al cordón mismo y contaban de *omogutotsa inkite*. Se decía que mientras el cordón estaba conectado, se parecía al cordón umbilical de un ser humano, pero que una vez cortado se cayó a la tierra tomando la forma del bejuco ancho *omogutotsa* que actualmente se encuentra en el monte” (ILV, 326).

Según se contaba, “el cordón fue cortado por los inmortales cuando fueron engañados por el mentiroso caracol Machoeri y desde aquel entonces, no solamente se había ido aumentando la distancia entre la tierra y el cielo, sino que ya no se sabía cómo llegar a Meshiarení, la fuente de la vida eterna (río de cambiar la piel). El afán de muchos Matsigenka, especialmente de los chamanes, a través del tiempo, era encontrar otra ruta para llegar allá. Otros cuentan que la estrella *Porinti* fue la

¹⁷ “Tradicionalmente, cuando había eclipse de luna, se hacía todos los esfuerzos posibles para llamar su atención, tamboreando, gritando, disparando flechas al aire con algodón prendido en sus puntas, estirando ropa blanca o algodón en el patio, etc. Se le imploraba acordarse de ellos y no apagarse sino brillar otra vez, pensando que si se apagaba y moría no habría nadie que siguiera haciendo crecer la yuca, de manera que la muerte de la luna significaría la extinción de los habitantes de la tierra y el fin del mundo” (ILV, 2011: 182).

primera en tratar de cortar el cordón para prevenir la llegada de la gente de abajo, pero no pudo, así que la estrella más grande y poderosa lo hizo” (ILV, 2011: 326).

Ilustración 2. Omogüto Inkite



Fuente: Dibujo de Yaquemilsa Matiashi Vicente, 2017.

3.2. Concepción de la salud

Para comprender la concepción del malestar y bienestar físico y social se debe también hacer referencia a la noción, compartida por los pueblos Arawak, de que el cuerpo es una vestimenta (*cushma*) del verdadero ser o alma (*suretsi*). De allí que se considere que los males del cuerpo tienen origen en daños al alma. De la misma manera, la realidad invisible, que podría ser vista como sobrenatural, es tan o más real que la visible y natural (Ministerio de Salud, 2006: 77; Rosengren 2004: 45).

El cuerpo físico para los Matsigenka es como una cubierta, y la propia lengua: *imanhake isura* habla de "el vestido del alma." El cuerpo, sin embargo, no es una envoltura simple. El cuerpo es indispensable en el entorno social, ya que el espíritu

es un medio físico de comunicación con los seres humanos que no han cruzado la frontera entre las diferentes dimensiones del universo. En consecuencia, el cuerpo es en este contexto, tanto instrumental como de comunicación como una herramienta social (Rosengren, 2004: 45).

“El alma o suretsi para el Matsigenka es una fuerza vital que infunde y activa los cuerpos de los seres humanos, animales y otros seres animados con apetitos, deseos, funciones fisiológicas, locomoción y acción intencional, así como pensamiento y razón” (Shepard, 2002: 217).

El término suretsi también se refiere al núcleo de un árbol. La actividad fisiológica de una planta medicinal o psicoactiva se atribuye a "su alma" (osure), una fuerza curativa (que podríamos llamar el principio activo farmacológico) que tiñe la decocción a base de hierbas, se manifiesta en propiedades sensoriales específicas (gusto, olor, color, etc.), e infunde el cuerpo del paciente en la ingestión. Sin su esencia de núcleo o vida, una planta se marchita; en un cuerpo humano o animal se quedaría a piel y huesos (Shepard, 2002: 217).

Según los Matsigenka, un ser viviente se compone básicamente de tres sustancias: la sangre-carne, los huesos y el alma. En la formación del feto, por lo general se asume que las mujeres contribuyen a la sangre-carne, mientras que los hombres contribuyen a los huesos (Rosengren, 2004).

En cuanto a la corporalidad, se puede observar que el aspecto físico de las personas, al igual que el de otros seres, puede cambiar. Es más, la forma física puede ser percibida de distinta manera, dependiendo de quién y desde dónde se observe. El mundo percibido por un ser humano es diferente de aquel percibido por otros seres. Sin embargo parecería como si el yo se percibiera siempre en forma humana. Según esto, la criatura que los humanos percibimos como un águila se percibe a sí misma como ser humano. Más aún, desde la perspectiva del águila, los humanos pueden ser tapires. Cuando un águila caza tapires, es decir, humanos, las flechas que envía son vistas por nosotros como serpientes y los perros que emplea tienen para nosotros la forma de abejas (Rosengren, 2004).

La finalidad de las pinturas corporales no es solo defenderse de la enfermedad (y los muertos) sino también “cerrar” el cuerpo para hacerlo inmune a las flechas de la

enfermedad. Entonces, existe una doble simbología de los diseños faciales y corporales, que asustan a las enfermedades o seres que las provocan y por otro lado, encierran al cuerpo, de modo que las enfermedades no puedan penetrar en él (Baer, 1994: 118). Asimismo la enfermedad es tratada como una lucha, y en otros casos como un aspecto de cacería.

“Así como los humanos cazan animales para el sustento de la familia, así los demonios, las enfermedades, la luna caníbal, y las serpientes y otros espíritus animales miran a los seres humanos como animales de caza para ser cazados y comidos. Mientras que los demonios depredadores y los espíritus animales son culpados por enfermedades inexplicables y muertes en pueblos más aislados, la brujería se invoca a menudo en las comunidades donde ocurren cambios económicos y culturales que reflejan la coincidencia de nuevas enfermedades” (Shepard, 2002: 208).

Los Matsigenka definen a la salud física como solo un componente de lo que significa estar saludable y la experiencia de bienestar. Para los Matsigenka la salud es integral, conceptos interrelacionados que están incorporados en el ideal de felicidad, productividad y bienestar, además de los parámetros médicos de salud. Ellos definen la salud y el estar bien en términos del equilibrio y funcionamiento social, de acuerdo al enfoque que la familia tiene de la cultura a la que pertenecen (Izquierdo, 2005: 768).

Existen varias plantas que se emplean para tratar asuntos de índole moral. De manera que las curaciones y tratamientos aplicados se prestan también para expresar y resolver los conflictos personales y sociales que pueden provocar la enfermedad. Estas plantas y tratamientos son de gran importancia cuando actualmente se advierten nuevas formas de conflicto social e intranquilidad asociadas a la integración a sociedad peruana y la economía globalizada. Los conflictos se ven reflejados en las acusaciones de brujería y en el reconocimiento de nuevas enfermedades consideradas no tratables por la medicina occidental (Shepard e Izquierdo, 2003: 115).

“Sus creencias y prácticas médicas son un importante aspecto de su identidad y cultura y como ellos buscan preservar sus sentido de estar bien a pesar de su rápido cambio social y económico” (Izquierdo, 2005: 768).

Los diferentes acercamientos para estudiar la salud usado en la investigación de Izquierdo (2001), entrega una paradójica observación: “indicadores objetivos de exámenes físicos y pruebas de laboratorio confirman que la salud física de los Matsigenka ha mejorado significativamente durante los 20 a 30 años, aunque subjetivamente y las apreciaciones sociales demuestran una figura contradictoria, que sugiere que los Matsigenka se sienten enfermos y sufren más” (Izquierdo, 2005: 780).

El sentirse bien es algo más allá de las condiciones que los doctores y el personal médico pueden medir a través de exámenes fisiológicos. Sentirse bien está enlazado a los ideales sobre felicidad, los cuales están dentro de las nociones de ser trabajador, estar en armonía con el ambiente, sentirse bien física, social y espiritualmente. La socialización dentro de estos ideales o valores y comportamientos esperados son fuertemente formados desde la infancia (Izquierdo, 2005: 776).

La proliferación de acusaciones de brujería en comunidades occidentalizadas guarda coincidencia con las enfermedades exóticas a las nuevas formas de conflicto social y económico (Izquierdo, 2001: 144, 187). Las imágenes publicitarias también ejercen una influencia en los conceptos tradicionales de salud y belleza (Yu y Shepard, 1998 citado en Izquierdo y Shepard, 2003: 825). “Estos cambios en conjunto van redefiniendo las propias nociones de cuerpo y alma, de individuo y comunidad y las nociones de moralidad, seguridad y confianza” (Shepard e Izquierdo, 2003: 115).

Existe una fuerte relación entre la envidia y la brujería. Este tipo de sentimientos negativos se incrementan a medida que las poblaciones y la competencia por los recursos aumentan, aumentando el stress a nivel individual como a nivel de la sociedad” (Izquierdo, 2001: 144, 203).

Como en líneas anteriores se indicó, los seripigari son los que mediaban con las enfermedades. La curación de la enfermedad en caso de ser grave o de muerte, está en manos de ellos, quien por su función, su relación con los espíritus protectores y auxiliares y su capacidad de divisar lo escondido, que resulta de esta relación, puede reconocer al culpable de enfermedad, muerte o disturbio del equilibrio social. El enfermo no es curado directamente por el shamán, sino por los espíritus auxiliares de éste. Las plantas curativas (ivenkiki, piripiri, *Cyperus* sp.) crecen, según los

Matsigenka, o bien en forma silvestre, o son cultivadas en sus chacras, o crecen silvestres o cultivadas en los lugares donde viven los saankariite (Baer, 1994).

Más que curanderos, los seripigari son como embajadores del cosmos, quienes negocian con las fuerzas de la naturaleza, pero en la práctica actual, son acusados por su ambigüedad moral. El mismo poder para curar puede ser empleado para hacer brujería, es por ello que cualquier shamán puede ser sospechoso. Esta ambigüedad moral ha sido alimentada por las misiones cristianas tanto católica como evangélica, denunciando a los shamanes como adoradores del demonio. Hoy en día los seripigari han sido aparentemente escondidos o nombrados como extintos en las comunidades (Izquierdo, 2001: 235-236).

Otra práctica conocida de curación es la vaporización (*itsimpokantavagetira*). Con los baños de vapor se puede “remover” objetos que dañan a las personas que han sufrido brujería u otra enfermedad del espíritu. Para los baños de vapor se colocan piedras de río calientes en una olla con agua que contiene plantas especiales que están en el fondo. El paciente se pone de pie sobre la olla (sus piernas flanqueando la olla), cubierto con una túnica de algodón, recibiendo el vapor y sobándose en las partes del cuerpo donde siente algún malestar. Cuando el agua se enfría, el curandero remueve el contenido de la olla y descubre una variedad de objetos (uñas, plantas de hechicería, botellas de plástico, papeles, etc.), todo esto aparentemente emerge del cuerpo del paciente. El curandero conversa con el paciente sobre la historia de su enfermedad, enfocándose en conflictos sociales y la sospecha de alguna brujería (Izquierdo y Shepard, 2003: 826). Esta técnica es empleada por hombres y mujeres y es conocida entre los Matsigenka y los Asháninka.

La educación formal está redefiniendo la noción de identidad cultural y las aspiraciones de los Matsigenka. Sienten que el personal de salud, profesores de las escuelas y misioneros han introducido nuevas formas de pensar, comportamientos e ideales, las cuales están incorporando en sus vidas (Izquierdo, 2005: 779).

3.3. Momentos del ciclo vital

Los Matsigenka le dan importancia al desarrollo corporal e, implícitamente, al espiritual, ya que existen numerosas expresiones para los estadios vitales tempranos¹⁸. También, la fuerza corporal y la resistencia de los adultos tienen mucha importancia para la sociedad (Baer, 1994).

Los principales ritos del ciclo vital: nacimiento-parto, transición a la vida adulta, muerte y duelo; se dan en ceremonias privadas, propiamente familiares y acompañadas por actos silenciosos y simbólicos. Durante estos acontecimientos se ponen en práctica restricciones dietéticas y de comportamiento que incluyen un grado de aislamiento social.

Las plantas medicinales especiales también son usadas para marcar y facilitar las transiciones en cada ocasión¹⁹. Así también, los códigos de conducta que dictan y diferencian el bien del mal no se radican en instituciones legales o religiosas, se reflejan en todas las actividades del diario vivir Matsigenka. Algunos aspectos de las reglas de conducta se expresan en la mitología, otros en las interpretaciones de los sueños, de las enfermedades y de situaciones negativas o acontecimientos extraordinarios (Shepard e Izquierdo, 2003: 114).

Ana, potsoti (el conocido huito), *komashiki* (guayaba) y la hierba *shimpenashi* (*Paspalum* spp.), que aparece espontáneamente en los claros del pueblo. Estas plantas son reconocidas como resistentes y asociadas a los espacios donde viven los Matsigenka, usarlas para el baño asegura una larga vida para la familia y la comunidad. Los baños se realizan al recién nacido y en el proceso de duelo por lo que sugiere paralelismos simbólicos entre rituales de nacimiento y muerte (Shepard, 2002: 214).

Las prácticas de duelo Matsigenka son expresiones de defensa. La muerte resulta contagiosa porque los muertos tienen poder sobre los vivos. Los fantasmas interrumpen temporalmente el espacio entre la vida y la muerte. *Suvatatsirira* el fantasma del muerto o el rompe huesos, no totalmente adaptado a la muerte, regresa

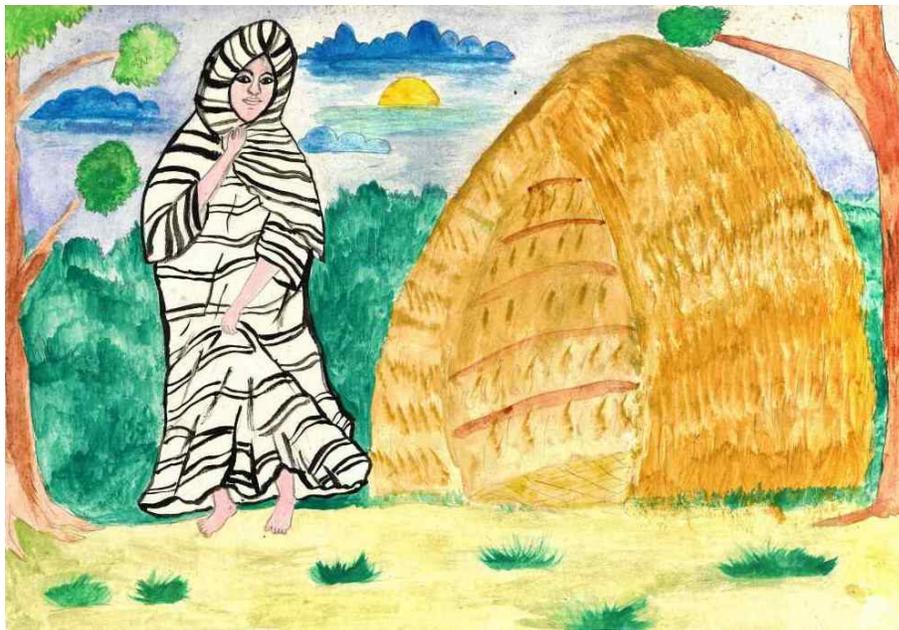
¹⁸ Revisar Anexo 3, para más detalles de las denominaciones de los estadios de vida de los Matsigenka.

¹⁹ Como por ejemplo cuando un hombre muere su esposa se corta el cabello y se pinta con huito.

en busca de posesiones materiales y compañía para el camino al mundo de los muertos. Por ello los muertos son evitados y temidos, representando un grave peligro para los seres queridos que todavía están vivos. El período de duelo obliga a una ruptura radical en el tejido social, permitiendo que tanto los vivos como los muertos se distancien unos de otros. El fantasma debe encontrar su camino a través del bosque a la tierra de los muertos, y los vivos deben volver a las preocupaciones de la vida cotidiana (Shepard, 2002: 214).

3.4. La primera menstruación (*Ventagantsi*)

Ilustración 3. Primera menstruación



Fuente: Dibujo de Yaquemilsa Matiashi Vicente, 2018.

(*Menstruar: novoatake, pivoatake, ovoatake*)

Existen restricciones alimenticias y de comportamiento que las mujeres deben de considerar, sobre todo en la primera menstruación, para no tener luego problemas de salud o de sus familiares. La primera menstruación es entendida como una transición de niñas a mujeres, periodo en donde se realizan dietas para adecuar el cuerpo a los nuevos conocimientos y eventos en la vida adulta.

Durante este periodo su alimentación se basaba en yuca sancochada, en ocasiones acompañada de un pescado pequeño como carachama o chiripia²⁰; sumado a comidas especiales como la patarashca²¹ de *tsiriniro*, animal parecido a una anguila, que sirve también para que el parto sea fácil y las mujeres no sufran mucho dolor²².

La mayoría de las mujeres mayores entrevistadas en Camisea expresan que eran obligadas a comer todo lo que les era servido en un tazón de calabaza o pamoko. También se les ofrecía mucho masato dulce espeso, el cual tenían que tomarlo hasta acabarlo, como expresión de ser respetuosas con las reglas que les eran impuestas. Algunas recuerdan cómo escondían los restos de las yucas enterrándolo debajo de las esteras de ungurahui donde estaban recluidas porque no podían culminar con la comida entregada.

Era prohibido el consumo de sal o alimentos dulces por provocar caries causando la pérdida de dientes, de mayores no les durarían los dientes (Izquierdo, 2001: 125). Lo mismo era con los animales que tenían dientes (incluido los peces), ni animales que tuvieran mucha sangre como la sachavaca, sajino, o que se cocinaran empacados²³, estaba negado comerlos porque cuando se fuera madre podían ocasionar que se tuviera muchos hijos continuamente y la sangre aumentara más de lo que fue en su primera menstruación.

“...Ahí aprendí a no comer animales que tenían diente, ni empacado porque mi abuela me dijo si lo comes cuando seas madre cada rato vas a parir muchos hijos y tu sangre aumentará mucho más de lo que es hoy”. Entrevista a Shina, 2014.

“...Y no hay que comer sal, ni dulce. Te dicen que se te acaban los dientes. Pero yo no hacía caso, yo no pensaba que se me iban acabar los dientes. Yo salía a escondidas y a escondidas estuve comiendo sal. Y es verdad, cuando

²⁰Podían comer pescado pero evitando la cabeza y cola. Vela (2011), informa que también es permitido comer caracolitos de río y la palmera chonta.

²¹ Se le dice al asado o hervido de cualquier carne o también hongos y fibras de plantas en el que se emplea hojas de bijao para envolver. Esta planta le da un sabor muy agradable a la comida.

²² Este animal también es empleado en el primer mes de embarazo. Si se llega a pescar se toma al animal para sobarlo en la espalda de la mujer y luego soltarlo al río, de esta manera el bebé nace como resbalando.

²³ Forma de asar la carne empleando cañas (paca) como envoltorio.

no comes sal. Cuando te dicen, hay que hacer caso, es bueno y yo no hacía caso”. Entrevista a Débora, 2015.

Comer carne de mono durante la primera menstruación o en los embarazos podría provocar manchas en la cara de la mujer; sacarles joroba, la carne de venado las haría mujeres que “corretean” tras los hombres, si comieran carne de suri serían chismosas (Vela, 2011)²⁴.

Ilustración 4. Prohibiciones de alimentación durante la primera menstruación



Fuente: Dibujo de Yaquemilsa Matiashi Vicente, 2018.

Habían prohibiciones con respecto a la Luna, si se la miraba, podía ennegrecerles la cara, acecharles en la noche para matarlas, les decían “la luna es la cabeza humana manchada con la sangre de la mujer”. Señalarla con el dedo podría ocasionar el perderlo.

“Dice porque la luna te puede echar su... será pues qué cosa, te puedes volverte negra... dice de la luna te puede echar agüita, qué será pero la costumbre... qué será pero la cosa es si no te dejan mirar. Si por eso a las 3 de la mañana te sacan a bañar a esa hora, todo oscuro...”. Entrevista a Rita Semperi, 2016.

²⁴ Una de las entrevistadas informó que no se pueden comer larvas que contengan dientes como el suri, chagavento, kao, tsuro, entre otros. Según dicen serían mordidas por dentro y sangrarían.

Si por motivos de ir al baño salían de la reclusión, lo hacían tapadas y sin ver el cielo y los alrededores; caso contrario ocasionaría que se quedaran morenas o atraer a los espíritus del bosque y estos hacerles daño.

Las mujeres mayores comentaron que su aislamiento se realizaba en pequeñas chozas de estera elaborada con hojas de palmera, eran encerradas entre una a tres lunas, es decir alrededor de tres meses. Solo una de ellas informó que estuvo cerca de un año. En comparación a las mujeres jóvenes, la mayoría fueron encerradas una semana, algunas un mes, aunque cuando se da la participación de las abuelas, es más tiempo.

“Mi mama tenía que encerrarme una semana, en mi casa... La costumbre de antes era estricta. Cuando a mí me encerraron ya no era tanto. Me encerraron no más ahí echada...a veces me daban algodón para hilar ahí, pero a veces no, aburrido estar ahí, hasta una semana. Hasta que me sacaron me cortaron mi cabellito cortito, me echaron agua caliente y salí”. Entrevista a Marianela, 2015.

“Mi mamá la ha encerrado 3 meses (a su hija)...y mi mamá le ha hecho... yo no... Está bien que seas personal de salud pero yo no puedo perder mi costumbre, así me dijo”. Entrevista a Rita Semperi, 2016.

3.4.1. Aprendizajes durante la menarquía

Como parte de los aprendizajes durante la primera menstruación las madres les prohibían hablar para aprender de mayores a no hablar gritando porque se dice que luego serían escandalosas. Siempre eran aconsejadas, por las mujeres mayores de la familia, durante las visitas diarias mientras eran bañadas con agua caliente para quitarles la suciedad de la niñez²⁵.

²⁵ Además Rojas-Zolezzi (2017: 36-37), refiere que desde el principio de la reclusión, la cabeza de las jóvenes menstruantes era tapada con una tela. Tenían que estar siempre sentadas dentro de su encierro, con la cabeza inclinada, sin mirar de frente ni hacia arriba. La finalidad de permanecer sentadas estaba relacionada con evitar que el fluido de la sangre sea muy abundante. Además, antiguamente las mujeres menstruantes se sentaban sobre cestas donde la sangre se depositaba y al mismo tiempo se aislaba, de tal manera que otras personas, especialmente varones, no entrasen en contacto con aquella, evitando, en palabras de las mujeres “contaminarse”.

“Mi madre me decía no grites para que no seas mujer pendenciera, gritando por aquí por allá. Así fue cuando mi madre me encerró”. Entrevista a Graciela, 2014.

“Tampoco la jovencita puede jugar tiene que estar bien vigilada, ni subir a los árboles, ni hacer trampolines, si es que viven cerca del río, ni saltar porque no querían que menstrúe a temprana edad”. Entrevista a Marisol, 2014.

“Tienes que estar adentro y no mires afuera ni veas a nadie, ni mucho menos a un hombre porque cuando tengas la edad de casarte le serías infiel y estarías con uno y otro. Por eso cuando se encierra es una concentración de cómo ser una verdadera y perfecta mujer”. Entrevista a Nory, 2014.

Aunque la primera menstruación se la recuerda como un momento de sus vidas que sufrieron recluidas estando solas, a oscuras y obligadas a dietas estrictas, también lo recuerdan como un momento de aprendizaje.

“Al estar sola en lo oscuro ahí aprendes a pensar y soñar muchas cosas. Aprendes como trabajar hilando para no tener frío durante la época de lluvia”. Entrevista a Shina, 2014.

3.4.2. Prácticas para renovar el cuerpo en la menarquía

Como otros autores mencionan (Izquierdo, 2001; Izquierdo y Shepard, 2003) durante la primera menstruación las mujeres se dan baños con agua caliente. Durante un diálogo con la enfermera técnica Matsigenka de la comunidad de Timpía, Rita Semperi, le consulté si al momento de los baños, se les hacía algún tipo de masaje:

“Sí, te empieza agarrarte te masajean así para abajo todo tu barriga te lo masajean para abajo. Te dicen que es para que estés bien preparada y que no sufras al momento de dar a luz y cuando tengas tu bebito y te masajean toda la espalda para abajo, nunca para arriba, sino para abajo... de ahí te ponen...te amarran tu barriga... de ahí te encierran un mes, dos meses de luna. De ahí te bañas a las 3 de la madrugada. De ahí te sacan y de nuevo te amarran”. Entrevista a Rita Semperi, 2016.

Hay algunas plantas que se emplean especialmente para el momento del baño: pariantinato²⁶ y mogüto, esta última es también usada de la misma manera luego de dar a luz para bajar la hinchazón del vientre y cicatrizar el útero (revisar Anexo 4).

Al salir de la reclusión también se las bañaba con agua muy caliente, con la intención de adquirir fortaleza privándoles el poder expresar alguna incomodidad; se las pintaba con huito²⁷; tomaban purgas²⁸ con masato y totuiropari o moka²⁹; les cortaban el cabello, como un cambio y en señal de que ya no se es una niña, sino una mujer. También empleaban otras plantas como el *ojé o potogo* para aumentar de peso.

“Y cuando salí de allí, mi abuela me bañó con agua caliente y lo primero que me dieron de tomar fue masato mezclado con unas "totuiropari" y como dicen cebolla de isola y me acuerdo que vomité y luego cuando mi abuela terminó de bañarme con agua caliente me dijo algunos consejos como trabajar en la casa, como cuidar animalitos, como hacer masato, dar bien comida a los visitantes, compartir... y así fue mi primera menstruación. Cuando llegó el día en que pude salir me cortaron el cabello. Dicen que es un cambio y es la señal de que ya no es una niña sino una mujer”. Entrevista a Blanca, 2014.

Con la primera conformación de los centros educativos, las jóvenes (sobre todo las que han ido y van a estudiar en los internados o a las ciudades) ya no aprenden a hilar algodón. Actualmente, hay pocas mujeres jóvenes que aprenden a hilar porque

²⁶ Rita Semperi refiere que esta planta ha desaparecido, pero que en su época, cuando a ella le tocó estar recluida si la usaban. En Camisea algunas mujeres todavía lo emplean para engordar y sangrar poco.

²⁷ El huito es un fruto comestible que también se empleada, la infusión de la parte carnosa rallada, para pintarse el cuerpo de negro. Lo curioso es que al echarle el líquido a la piel no se tiñe directamente, tiene que pasar al menos unas 4 horas para que se ponga negra la piel. Esta pintura puede durar 3 semanas.

²⁸Se ha encontrado una referencia sobre el uso de una bebida llamada Tsigoroki, arbusto del cual se utiliza su raíz. Lo rayaban y chapeaban (cernido) con un trapo para extraer el jugo. Luego se vertía en un envase que ya contenía masato. A partir de las dos de la mañana se le exigían a las recién menstruantes beber hasta quedar vacío el depósito con el propósito de tener mejor salud (Proceso de desarrollo de la Comunidad de Camisea, s/f). También *kitsókiri*, una especie de tubérculo grueso. “Se siembra mayormente para dárselas a las mujeres cuando llegan a la pubertad y hacerlas vomitar con el fin de que sean gordas; fuera de esto, si no hay necesidad, casi no se come porque no tiene mucho sabor” (ILV, 2011: 219).

²⁹ Se toma rallado con el masato dulce. Lo emplean para engordar y tener una vida saludable.

la reclusión se da pocos días, solo lo que dura la menstruación, se prioriza lo que se aprende en los centros educativos.

“Antes a las mujeres cuando las encerraban se quedaban un año más o menos, cuando la muchacha comenzaba a desarrollarse su madre la cuidaba y tuvo que seguirle con todas las dietas”. Entrevista a Marisol, 2014.

Es así como lo recuerda también, uno de los hombres de mayor edad de la comunidad de Camisea:

“Antes mi mamá descansaba un mes cuando le bajó su primera menstruación y tuvo muchas dietas para que tenga un cuerpo sano. La encerraron y le enseñaron a hilar, no como hoy, las mujeres ni saben ya lo de las costumbres, ni siquiera agarran algodón para hilar”. Entrevista a Pepe, 2014.

La obstetra del centro de salud de Camisea hace una observación con respecto a la menarquía, según su vivencia en el Bajo Urubamba.

“Cuando tienen su primera menstruación se cortan su cabello. Y en Taini y Kiteparay³⁰ en la primera menstruación les cortan el cabello y les encierran en una choza de estera, como a la momia, y la encierran a la niña por un mes. Y solo te dan comida por abajo. Acá (en Camisea), no he visto. Allá le hacen pelachito. Acá le ponen un pañuelo. Cualquier niña que veía con algo en su cabeza y pelachito es porque estaba reglando, eso todavía pasa en cabecera, pero a las orillas del río ya no”. Entrevista a obstetra del 2014, 2014.

Como se dijo inicialmente antiguamente las prohibiciones no solo se daban en la primera menstruación, sino en todas. “Tradicionalmente cuando una mujer que reglaba se quedaba un poco aparte andando por su propia trocha, entraba a la casa por otra puerta y se sentaba en un rincón para evitar contaminar el suelo” (ILV, 460). “Cuando los hombres veían o pisaban la sangre de menstruación o del parto, o tenían relaciones sexuales, ellos se volvían débiles y enfermos con reumatismo. Perdía su energía viril y con ella perdía la puntería. Para evitar estos síntomas se bañaban con iraatsipirini, de esta forma la sangre que estaba en el cuerpo del hombre se

³⁰ *Kutapage*, significa piedras blancas.

desvanece. En el caso de las mujeres, no se conoce que sean vulnerables a la sangre menstrual de otras mujeres” (Izquierdo, 2001: 126).

Anteriormente se creía que al tener la menstruación significaba que ya se había iniciado a tener relaciones sexuales. Es así que desde que empiezan a reglar ya pueden juntarse con un hombre, es decir ya pueden tener un marido.

Otro punto importante que fue comentado en relación a la dieta, es que cuando las niñas ya empiezan a mostrar indicios de la formación de sus senos y caderas tiene que empezar a dietar para que pueda desarrollarse bien y no empezar a menstruar a una edad temprana.

Un tema poco comentado sobre la menstruación fue la prohibición de acciones de trabajo de la mujer, referidas a la agricultura. Las mujeres menstruantes no pueden recolectar los frutos de los árboles, se dice que esto provocaría que los frutos se echen a perder, el árbol empezará a dar malos frutos partidos. Al igual que no se puede ir a la chacra y trabajar los cultivos, sino la chacra quedaría sucia, se morirían las plantas que recién fueron cultivadas.

Esta información sugiere que las mujeres tienen que guardar cierta complementariedad en sus ciclos reproductivos con el de las plantas. Una mujer que está menstruando está en un proceso de limpieza en que, por la sangre, es expuesta a los espíritus del bosque. Por ello la menstruación es un periodo para el reposo y posteriormente entrar a la fecundidad.

Para Belaunde (2008), según los estudios etnográficos revisados, en la amazonia los fluidos corporales, como la sangre, toman un sentido biológico, mental y espiritual. La noción según la cual la sangre encarna el conocimiento intelectual, afectivo y espiritual.

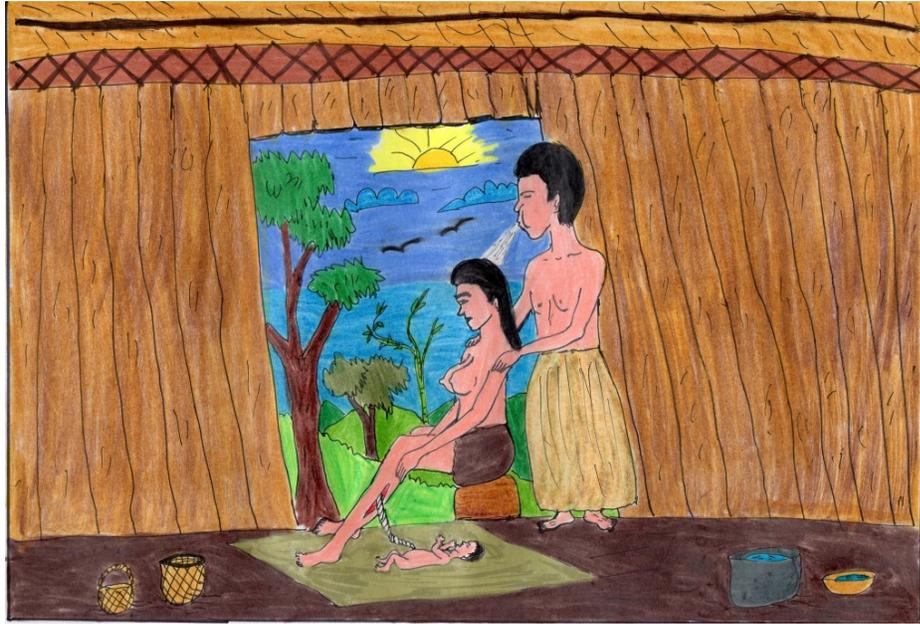
En conversaciones con una joven de la comunidad, informó que la sangre de la primera menstruación también es reconocida con mucho poder, la sangre puede atraer al mundo espiritual, por eso los *matsikanaris* o brujos que hacen daño, la

utilizan. En consecuencia, hay que tener cuidado al poner a secar los calzones o telas que se utilizan en la menstruación³¹.

³¹ En el caso de pueblo Macuna, Colombia, con la menarquia, las mujeres adquieren un yuruparí (un poder) distintivamente femenino. Es a través de su menstruación donde se manifiesta la inteligencia y la energía universal/cósmica con más poder e intensidad (Belaunde, 2008: 134-136). De manera similar las mujeres awajún de la amazonía peruana sostienen que la sangre es el instrumento de la fertilidad femenina, no solo biológica, sino también mental y espiritual (Belaunde, 2008: 122).

Capítulo IV. Prácticas durante el embarazo y el parto

Ilustración 5. Embarazo y parto por la pantorrilla



Fuente: Dibujo de Yaquemilsa Matiashi Vicente, 2017.

Antiguamente se creía que no existían las relaciones sexuales. A partir del soplo en la cabeza de la mujer por un saankariite, chainkavani, o el mismo Tasorintsi (dios) los bebés eran formados en la pantorrilla de la mujer.

Se empleaba pocharoki para dar el soplo, de esta manera la pantorrilla se empezaba a hinchar, posteriormente, por esa misma parte del cuerpo nacía el bebé. Además, algunos abuelos mayores cuentan que antiguamente los seripigari ayudaban a la embarazada para que pueda nacer usando pocharoivenkiki,

Asimismo, se creía que antes las mujeres no sufrían dolor porque los hombres formaban un bebe de madera de paroto (topa) y luego de un tiempo se convertía en bebé. Lo cuidaban tapándolo y recostándolo encima de una estera o en una hamaca. Tasorintsi venía y ayudaba a la formación del bebé, le daba vida.

4.1. Creencias y prohibiciones durante el embarazo

Existen prohibiciones que han sido nombradas por la gran mayoría de mujeres y hombres de Camisea, las cuales también han sido escuchadas en otras comunidades del Bajo Urubamba. Sin embargo, son las prohibiciones relacionadas con animales pequeños, los frutos que no fueron traducidos inicialmente al castellano y las relacionadas con la luna las que fueron compartidas por parteras, ayudantes de parteras, hombres mayores. Esta información también es descrita en el diccionario Matsigenka del Instituto Lingüístico de Verano (2011) y en la investigación de Izquierdo (2001).

Los Matsigenka creen que el destino de los niños puede estar determinado mientras están en el vientre de la madre (Izquierdo, 2001: 118). Durante los tres primeros meses de embarazo la mujer debe de evitar de consumir el plátano guineo porque el bebito puede engordar mucho y no podría salir al momento de dar a luz; la carne de tapir, majaz, sachavaca (y ahora también se suma a la restricción, no comer carne de ganado vacuno), los frutos coco, castaña, poroto (en el caso del frijol porque aumentará el líquido de su cabeza) dado que pueden provocar el crecimiento de la cabeza; venado y rana (*tonsanto*), al bebe le ocasiona que nunca le salgan los dientes (Baer, 1994: 167); monos, tucanes y otros animales de color negro porque saldrá moreno³²; comer pan de árbol, el niño puede nacer todo lleno de grasa blanca en las axilas; evitar comer chancaca, harina de yuca, arroz quemado (ILV, 2011: 523) para prevenir que la placenta no se pegue en el útero. Los peces que tienen dientes, están prohibidos para las mujeres embarazadas como el sábalo (*mamori*), paco, bazaco, andanchoeta, creen que pueden morder el estómago y causar diarrea o sangre en las heces (Izquierdo, 2001: 184). Asimismo no pueden comer *soremanteki* (parecido a la granadilla) y maracuyá porque el niño será encerrado en la bolsa fetal como esa fruta cubre a sus semillas con el mesocarpio.

Larvas como las especies *koshanti* y *tsuro chagárento*, están prohibidas comerlas para evitar que nazcan hijos “sin cuello”, o con cuello muy corto y los hombros

³² La planta *kütaeguiri* fue nombrada por una madre de Camisea, la cual es empleada durante el embarazo para el niño sea “blanconcito”.

encorvados cerca de la cabeza, y también para evitar que salgan cabezones lo que dificultaría el parto (ILV, 2011: 235) y una posterior hemorragia durante el mismo.

No se debe comer el fruto caimito, al ser pegajoso cuando sale el niño la madre sufre, y se demora. Tampoco *tsigaro* (shapaja) porque no podrá salir rápido, ni *manataroki* (shika shika) porque puede quedarse entrelazado con su cordón umbilical, “...*oka gara pogaro onti pantsuitakotakmpa okanti*. Eso no lo comas va quedar *amarrado*”. Entrevista a Luzmila, 2016.

Antiguamente el consumo de sal y dulces también era prohibido en el embarazo y posparto (hasta que cayera el cordón umbilical), incluso algunas mujeres dejaban de consumir por los siguientes tres meses, ya que se consideraban los dientes débiles durante este periodo. El hombre también era implicado en no comer sal cuando su mujer daba a luz, pero no tanto tiempo como la parturienta. Actualmente esto solo se da durante la primera menstruación y muy pocas mujeres lo practican en su primer embarazo y parto.

En cuanto a otros vegetales en Baer (1994), está registrado que si se come la sachapapa roja, el niño no podrá hablar, o bien tartamudeará.

Una restricción común para madre y padre es el no tocar la liana llamada *tapetsa* (tamishi), con la que se fabrica cestas. Se dice que este material pajizo hace sobresalir el ombligo de la madre (Izquierdo, 2001: 120).

Existen algunas prohibiciones relacionadas con la luna, si esta es mirada en luna llena, cuando aparecía grande en el horizonte, el feto podría crecer tan grande que no podría nacer. También la estrella *Porinti*, que según la mitología Matsigenka es conocido como el último hijo de Luna y hermano menor del sol; se decía que el marido de una mujer embarazada no debía señalarlo con la mano, porque podría hacer abortar o tener un mal parto a su esposa, y así llevarse al bebé (ILV, 2011: 397)³³.

³³ “*Intasonkakempira pokoterira, iraganakeri oanankite pitsinanetsite*. Si le señalas, te va a soplar y se va a llevar el bebe de tu mujer” (ILV, 2011: 397).

Los varones no podían comer frutos que son gemelos, dos en un mismo lugar, porque cuando tengan hijos nacerían gemelos³⁴, también estaban prohibidos de comer tsimeri hembra (pájaro pequeño). Las prohibiciones de los padres están más relacionadas con algunas actividades que con la alimentación, como el caso de hacer o poner brea de monte³⁵ a sus canoas y flechas intsinetara (Izquierdo, 2001: 120) porque esto podría provocar que la placenta se quede pegada en el vientre; tampoco deben cazar tigre porque luego la criatura no podría caminar; ni matar serpientes porque esta criatura nacería inválida. Asimismo el padre no puede tocar la madera de catahua (*kamana*), la fuerte resina puede quemar la piel del bebé. El bebé puede caer enfermo y su cuerpo llenarse de ampollas (Izquierdo, 2001: 278).

“...Los hombres pueden *fabricar* (al hijo) pero no hacen dieta. El hombre no puede agarrar paca, hacer su flecha, no puede agarrar brea, caucho, porque si no el niño puede demorar, el niño no puede tener normal la respiración”.
Conversaciones con mujeres de Timpía, 2016.

Así como éste tipo de prohibiciones habían muchas otras en torno a la realización de ciertas actividades, el padre no podría desafiar ninguna de ellas porque ponía en riesgo las vidas de la madre e hijo, dado que se es padre antes de que nazca el bebé, además había que cuidar al recién nacido hasta que se le caiga el cordón umbilical. El padre debía de trabajar duro, realizar actividades de fuerza como amontonar la leña, para que cuando nazca el niño no sea ocioso (Baer, 1994).

³⁴ Si bien ahora es más común observar la crianza de niños gemelos o mellizos en comunidades Matsigenka, antiguamente cuando una mujer tenía gemelos los separaba porque se creía que uno de ellos podría morir. Durante mis viajes a la comunidad de Cashiriari en los años 2011 y 2012 conocí a un par de niñas gemelas. Su abuela criaba a una de ellas desde los seis meses. Hasta el primer año la llevaba donde la madre para que le diera de lactar.

³⁵ Los hombres hicieron la diferencia del uso de la brea comprada, la brea que proviene de la ciudad si se puede usar.

Ilustración 6. Prohibiciones de los hombres durante el embarazo



Fuente: Dibujo de Yaquemilsa Matiashi Vicente, 2017.

La partera de Camisea hizo referencia de acciones diferenciadas según el género del feto y/o recién nacido. Los padres tienen que trabajar más cuando es mujer la bebé porque al hombre le da pereza y quiere dormir, por esta razón el hombre tiene que ser fuerte y trabajar duro. Igualmente en el caso de las madres les da pereza cuando el hijo es varón, y ella a la fuerza tiene que hacer algo porque si no lo hace, será más perezosa.

Mantener las reglas de comportamiento y las restricciones alimenticias son creídas como medio de prevención para el desarrollo del feto³⁶ pero también para evitar rasgos negativos del comportamiento de los niños, como son la ira y la pereza (Izquierdo, 2001: 119). Igualmente como menciona Baer (1994), si el alma del bebé es capturada y llevada por un no-humano, el bebé va a nacer muerto. Si el bebé no pierde su alma, la influencia no-humana produce cambios físicos y/o discapacidad mental. Tener un labio leporino es un tipo de evidencia física característica considerada de la influencia de un demonio, *kamagarini*, la formación de los recién nacidos. Baer (1994) también menciona que antes los bebés, que nacían con

³⁶ “*Yatsatake* significa estar o ser afectado por lo que su madre había comido o hecho durante el embarazo. *Yatsati ananeki tatarika ogatetakari iriniro*, un bebé adopta las características de cualquier cosa que su madre haya comido durante el embarazo” (ILV, 2011: 523).

deformidades, eran asesinados porque podían llegar a ser peligrosos, ya que no solo afectaba el físico, sino también la personalidad del recién nacido, que sería en parte humano y parte demonio. Las influencias de no-humanos, sin embargo, no necesariamente producen cambios físicos, también pueden producir cambios mentales que solo puede hacerse evidente durante el desarrollo infantil que afectan lo físico y las expresiones.

Una situación similar sucede luego de los fallecimientos. Al respecto, una promotora de salud de la comunidad de Segakiato, comentó que cuando el primer bebé fallece al nacer o es abortado, se tiene que pasar por una palmera, a la altura de la base. De esta manera el espíritu del bebé fallecido se quedaría dentro de la base y así el siguiente bebé no sería fastidiado por el alma del que falleció. Se cree que el alma viene y por eso se aplica el baño de agua tibia con *Kepigarivenkiki*, *Kamatsirivenkiki* al igual que también se esparce polvo molido de aquellas. Se aplica también Kontiri (especie de palmera) la ralladura de su corteza para que luego no pueda perder a otro bebe. Existe la creencia que el alma del fallecido va a venir para llevarse a una persona viva para ser acompañado al mundo de los muertos.

Otras prohibiciones generales que son actualmente promovidas por los promotores y el personal de salud son: no tomar masato fuerte, no jugar pelota, no tomar medicamentos (antibióticos o plantas medicinales)³⁷, bañarse a diario, no usar ropa apretada; durante el octavo y noveno mes no tener relaciones sexuales. Las mujeres las asumen como sugerencias para prevenir alguna complicación durante el embarazo, sin embargo las actividades que son de esfuerzo físico, como el jugar fútbol, lo siguen realizando hasta el séptimo u octavo mes.

Las madres recomiendan consumir durante el embarazo el masato dulce de forma continua. Alimentos para llevar bien un embarazo son chapo, pescado, chopispa, caldo de carachama, o caldo de *toteroki* (caracol), el cual es mencionado también para prevenir la anemia y cuando se tiene alguna infección. Baer (1994: 167), igualmente menciona que es permitido comer corazones de algunas palmeras, como kamona (*Iriartea* sp.) y tiroti (*Astrocaryum* sp.), y pescados de pequeño tamaño, sin dientes (bagre, chiripira).

³⁷ Sangre de grado, uña de gato, tiroti, kantiare, entre otras.

Si bien la siguiente información proviene de la comunidad de Timpía³⁸ es destacable indicar que parteras y algunas madres hayan nombrado las plantas *pocharoki e inki* para que el feto se forme adecuadamente y que las restricciones alimenticias son más que todo en los primeros meses de embarazo, a partir de los siete meses se puede comer de todo. También la planta *chariro*, para que el bebé comience a reducir de tamaño se toma el mate, de esta forma es más fácil el parto.

“Para que tu hijo esté delgado en tu parto se come un inki, es como un maní, pero es personal, es secreto”. Conversaciones con mujeres de Timpía, 2016.

“Cuando pierden, cuando ya no ven su menstruación en un mes, toman *pocharoki* para que el niño o niña esté bien y nazca sanito y no sufra, y para que no le molesten. A veces hay otras mujeres que cuando tienen su primer embarazo a veces están fastidiadas no están tranquilas o de repente le pican por acá (la barriga) y no están cómodas y mucho vomitan entonces para eso es... el matecito de *pocharoki*, tienen que echarlo, chupadito no más, solo el líquido lo tomas y el resto lo botas y lo pones en un sitio donde nadie lo pueda orinar, donde nadie puedan pisarlo³⁹”. Entrevista a Dalia (comunidad nativa de Timpía), 2016.

“...he tomado en mis embarazos, es efectivo. Por eso sé que es verdad. O sea todas las gestantes yo les indico que si eso es verdad para tomar, sí. Si pues, las cosas se toman y después ya nace el bebito... Mis mamás así nos dicen a

³⁸ Un antiguo promotor de salud de la comunidad de Camisea también hizo referencia del empleo de una planta para un embarazo saludable, pero no recordaba el nombre.

³⁹ “*Ananekivocharókite*, también conocida como *ananeki, pochároki* es una especie de enredadera medicinal con pequeños tubérculos dulces. Se comen los tubérculos crudos durante el embarazo para que el feto esté sano y nazca sin defectos. A esta planta se da un trato especial, tradicionalmente se le atribuía propiedades sobrenaturales al haber sido dada a los chamanes por los espíritus inetsáane con los que tenían contacto” (ILV, 2011: 429). Se decía que “los espíritus auxiliares que hacían contacto con los chamanes les daban tubérculos de *pocharoki* para que los sembraran, de esa manera se adueñaban de las plantas y las usaban para hacer sus curaciones; por eso decían que las plantas tenían propiedades sobrenaturales. Por ejemplo, se empleaba *ananekivocharókite, pocharoki* para niños, para aliviar el dolor en el parto y para que naciera (el bebé) rápidamente y sin complicaciones. Se mordía el tubérculo chupando el jugo y después se envolvía el afrecho y se lo enterraba por respeto a la planta. Botarlo hubiera sido profanarlo, porque alguien podría pasar por encima de él, perdiéndose su eficacia y no curaría. Además se decía que cuando un espíritu bueno, *saankariite*, quería engendrar a un hijo, como ellos nunca tenían relaciones sexuales con mujeres, cogía un tubérculo de *pocharoki*, lo masticaba bien y se lo daba de boca a boca a una mujer” (ILV, 2011: 391).

nosotros. Yo creo que todas estas costumbres yo voy a practicar en mis hijas cuando van a salir embarazadas y yo siempre le voy a dar así yerbitas como a mí me dieron, sí”. Entrevista a Rita Semperi, 2016.

Una de las promotoras del centro de Salud de Camisea, de la Comunidad de Segakiato comentó que se puede identificar el sexo del bebé estando embarazada.

“... mi mamá me decía saca tu leche, yo he sacado así un poquito no tan espeso, mi mamá me dice es tu hijito, cuando está bien espeso es mujercita. Mi mamá sabía que es varoncito... es cuando sale su leche bien ralito no tan espeso, así es hombre y cuando es mujer bien espeso está, y también su barriga, así saben”. Conversaciones con promotora de Segakiato, 2016.

Como posteriormente se detalla, las parteras tienen actualmente una participación menos protagónica en asistir los partos, sin embargo siguen siendo llamadas para realizar la revisión de la posición del feto. Con la realización de masajes se acomoda el vientre y también al feto, para que la cabeza esté en buena posición.

“...Ella viene a verte a ver cómo estás, cómo está posición. Me acomodó desde los seis meses. Pero ella sabe recién cuando estás gestando de a dos meses y ya sabes. Toca y ya sabe. Ella toca aquí (señalando el vientre) y cuando hay bolita sabe que estas embarazada. Partera ella sabe”. Entrevista a Alma, 2016.

4.2. El Parto (*kanie, puja*)

Ilustración 7. El parto antes



Fuente: Dibujo de Yaquemilsa Matiashi Vicente, 2017.

El parto es vivir, morir, vivir (JS)

El parto es un evento que se da en familia. Aunque actualmente la mayoría de los partos son atendidos en el centro de salud, esto no deja de lado la participación de algún familiar acompañando a las mujeres embarazadas.

No obstante, dar a luz a solas y sin gritar, es reconocido como fortaleza y expresión de seguridad entre las mujeres. En la menarquía se les decía que no tenían que gritar en su primer parto porque si no los siguientes serían dolorosos. Las mujeres reconocen el momento de pujar cuando ya no se aguanta más el dolor en la cintura, la barriga se pone dura y la cabeza está muy caliente. Otras también lo relacionan con las ganas de hacer el dos.

“Bueno yo tuve mi primer hijo a los 25 años, siempre yo no me olvidó los consejos de mi abuela por eso a la edad de mi madurez y cuando lo tuve a mi marido. Nació mi hijo en la casa, dicen que es doloroso sí, pero para mí es doloroso pero soportable, no grité como las otras lo hacen, lo parí sola al igual

ahora el último que tuve, lo parí sola en mi casa, aunque la obstetra me dijo que iría a la posta pero cuando llegó el momento no fui”. Entrevista a Shina, 2014.

No hace menos de tres décadas que aún las mujeres de Camisea daban a luz en el bosque. Las mujeres se agarraban de las ramas de árboles, no muy altos como el cacao, y haciendo fuerza lograban dar a luz. Se ponían a cargar cosas pesadas como el comejen⁴⁰ o troncos el mismo día que empezaban con los dolores de parto. Luego regresaban a sus casas con su bebé. Pocas veces se avisaba a los hijos, en algunas ocasiones eran acompañadas por la hija mayor o la hermana para pedir apoyo en el corte del cordón umbilical de alguna persona de la comunidad.

Antes era un acontecimiento netamente femenino, madre, tía o abuela y partera apoyando en el primer parto. Aunque no es impedida la participación de los hombres, antes estaban prohibidos de recibir a los bebés porque no debían de ver la vagina o tocar la sangre del parto o el sangrado de la mujer. Podían ayudar trayendo la sogá o el palo para que la mujer se sostuviera o, estar por detrás, sosteniendo a la mujer por la espalda, pero nunca estando delante de la mujer porque esto podría originar que luego no pueda cazar, ni traer pescado, en consecuencia no traer carne a la familia. Los animales se le escaparían o se esquivarían porque podrían olerlo.

“Bueno lo vi cuando mi mama daba parto, mi papá se iba lejos no sé, no lo veía a mi mamá dar luz. Luego venía cuando nacía mi hermano y ahí también me decían que nos quedáramos, de ahí solo se quedaban ella y mi abuela. Siempre antes las mujeres no más estaban ahí y los varones estaban alejados de ahí. Porque una vez cuando vea la parte de la mujer o su sangre sería considerado como hombre sin valor porque ya no sería cazador, su presa se le escaparía”. Entrevista a Shina, 2014.

Las mujeres se mantenían vestidas, alistaban el piso poniendo una estera y trapos para dar a luz de cuclillas, empleaban diferentes recursos para facilitar sus partos o para que sean menos dolorosos.

“...la mujer tiene como que agacharse para que pueda dar a luz. Hay tres diferentes, hay otras que ponen un palo y con eso se apoyan entonces ahora hay

⁴⁰ Nido de termitas.

también otra costumbre que hay que tienen que agarrarse debajo del brazo para que pueda nacer el niño pero hay también esto, para que nazca rápido cogen la cascara del cacao y también hay piripiri para que no le siga doliendo fuerte entonces eso rápido dan a luz”. Entrevista a Erick, 2016.

Antiguamente culminado el parto se cortaban el cabello, señal que el dar a luz es un cambio en la vida, y se hacían purgar para limpiar el interior del cuerpo. Luego de una semana, cuando cae el ombligo del bebé, la mujer ya podía empezar a trabajar para que no fuera ociosa. Aunque desde el primer día luego del parto las mujeres comenzaban a hilar algodón.

4.2.1. Facilitar el parto

El usar clara de huevo con malva es generalizado en las comunidades del Bajo Urubamba. Algunas mezclan el huevo⁴¹ y malva, o malva con sábila, hasta que ambas tengan una consistencia flemosa y es tomado cuando se inician las contracciones. Según las mujeres, al tener una consistencia resbalosa ayuda a que el bebé salga fácilmente y la malva ayuda a calmar el dolor.

En la comunidad de Timpía indicaron que se hace resbalar la clara de huevo por la columna, de la nuca a la zona lumbar, para dar a luz rápido y, de conseguir el pescado *ségori* (o *sunka*), lo emplean de la misma forma, hacen que resbale el pequeño pescado por la espalda.

Las hojas de malva también son utilizadas como mate, al igual que la corteza de la planta *shinti* (topa o yausa pancho), y con agua caliente se soba el vientre, su consistencia es flemosa. Otros mates empleados son la manzanilla, anís y coca los que alivian el dolor. También *ishanguearse*⁴² con ortiga sirve para aguantar el dolor cuando empiezan las primeras contracciones.

Otra planta comúnmente usada es el cacao *rojo* (*kirajairi*), su semilla es raspada y se toma en mate, otros emplean la corteza complementándolo con el piripiri, éste último se conoce en toda la selva peruana con el nombre en quechua piripiri, en Matsigenka

⁴¹ Durante el desarrollo de uno de los talleres de la institución Ayni Desarrollo, con los promotores y parteras de Camisea, indicaron que se emplea, de preferencia, la clara batida del huevo de gallina negra.

⁴² Frotarse.

se le llama *ivenkiki*⁴³. Aunque no todas las mujeres comparten sus ivenkikis, las parteras los emplean, inclusive cuando el parto se lleva a cabo en el centro de salud.

El ivenkiki se mastica o se tritura, se puede tomar con un poco de agua tibia o consumir solo el jugo o también se puede emplear la mezcla de agua tibia con el jugo extraído para frotarlo en el vientre. Existe una gran variedad de ivenkikis que pertenecen a la familia Cyperaceae: *anankivenkiki*⁴⁴, *pocharoki*, *atsavenkiki*, *anavenkiki*, *nontarentsivenkiki*, *coshiritsapini*⁴⁵.

Además de emplear plantas, se realizan masajes para poner en buena posición al bebé y el bañar con agua caliente a las parturientas para resistir los dolores de las contracciones. Es muy importante que no le entre frío a la mujer cuando ha iniciado su proceso de parto. Como acciones preventivas están todas las que se deben de realizar durante el embarazo.

Las primeras personas que conformaron la comunidad recuerdan cómo era antes de la presencia del personal de salud, cuando existían complicaciones en el parto se usaban plantas, que aún hoy se usan pero son menos conocidas por las madres jóvenes. Sin embargo el uso de las plantas es promovido por las obstetras que tienen más tiempo de experiencia trabajando en comunidades amazónicas. Como nuevos elementos considerados previos al parto están el caminar mucho, concentrarse en su respiración, algunas mujeres han experimentado comiendo chocolates, otras informan les han puesto inyecciones para el dolor y han tomado pastillas para bajar la presión.

⁴³ Como lo han detallado las mujeres en las conversaciones, el ivenkiki es una planta que se cría, al igual que un hijo o un animal. Es por eso que muy pocas mujeres lo comparten. No necesariamente porque no quieran ayudar, sino porque la planta no va a tener el mismo efecto si no pertenece a la familia. Los ivenkikis son de muchos tipos. Solo el ojo de quienes los cuidan saben reconocer cuál es y para qué sirve. Se crían lejos de los caminos, de la basura o las gallinas. Por eso están en las chacras.

⁴⁴ “Hay por lo menos tres plantas de piripiri que se denominan *anankivenkiki*; tradicionalmente se usaban sus rizomas para preparar mate machucándolos y mezclándolos con un poco de agua tibia. Una especie se tomaba para que no creciera mucho el feto con el propósito de que el parto fuera menos doloroso; otra se tomaba como abortivo para que el feto “desapareciera” adentro; otra se tomaba como anestesia a la hora del parto para que no doliera mucho” (ILV, 2011: 33). Otro ivenkiki es *shigóvana*, “se machucaban los rizomas, se los mezclaban con agua, se cernía esto para botar el afrecho, y las mujeres que estaban con dolores de parto lo tomaban para que sus bebés nacieran rápidamente. También se usaba como abortivo; se afirma que había que tomarlo antes de los cinco meses para que sea efectivo” (ILV, 2011: 447).

⁴⁵ Cuando empiezan los dolores de barriga, cuando es la primera vez de parir, se baña con agua caliente la barriga.

Cada mujer decide si quiere hacer empleo de las plantas mencionadas. Las madres más jóvenes algunas veces dudan de su efectividad.

“Algunos ya no creen y ya no usan piripiri, pero cuando toman y ven cómo funciona, sí. Algunos en su chacra tienen sus medicinales. Las jóvenes de 20 años, 15 años, menores de edad dependen de su madre para que tome y nazca rápido. El doctor no impide que entre su madre”. Entrevista a Tomás, 2016.

4.2.2. La placenta y el corte del cordón umbilical (*mogütontsi*, ombligo)

Cuando el bebé ha nacido se espera a que la placenta salga y el cordón umbilical deje de latir para que éste sea cortado. La partera Luzmila de Camisea y las de Timpía explicaron que cuando ellas atienden los partos “ordeñan” el cordón haciendo que pase la sangre al niño.

“Si yo le he dicho sobar aquí para que no se va su sangre, para que se vaya a su cuerpo, ahí recién lo ha amarrado”. Entrevista a Luzmila, 2016.

“El corte del cordón umbilical es al momento, cuando sale el bebito le ponen el clamp y rápido hasta antes de que salga la placenta. Pero los machiguengas esperamos hasta que salga la placenta y recién le cortamos el ombligo. Pero los que atienden en el establecimiento el corte es rápido, recién al salir el bebito. Eso no se debería hacer. Yo cuando no está el doctor, igualito espero que salga la placenta para cortar el cordón, cuando está el doctor yo hago lo que él hace. Yo preferiría cortar cuando salga la placenta”. Entrevista a Rita Semperi, 2012.

El corte del cordón umbilical antes era realizado por la partera, abuela, hermana, padre o un familiar cercano. Se hacía con el pedazo de una paca o caña bien filuda o estrangulando el cordón con el hilo de algodón (*manvetsa*). El ombligo era amarrado con el algodón y con la medida de dos dedos se determinaba dónde cortar.

Actualmente se estila pedir a un familiar o conocido para que realice el corte y este sea la madrina o padrino del bebé. Algunas de las obstetras apoyan esta práctica siendo ellas las madrinas o esperando a que se acerque la persona que ha sido elegida por los padres para que ésta realice el corte.

Luego se destina a enterrar placenta. Se la guarda en una bolsa o envuelta en hojas de plátano y se entierra en un hueco profundo, agregándole una piedra encima, para que sea imposible que los animales puedan comerla.

Anteriormente, se creía que la placenta se enterraba lejos para que el bebé no la escuchara⁴⁶. Se dice que si eran tiradas al río podrían comérsela los peces y eso podría ser la razón por la cual el niño se enfermaría, a su ombligo le saldría heridas y se infectaría, o podría provocar que la mujer tuviera muchos hijos. Existen algunas mujeres que la han botado al río, pero la partera y las mujeres mayores explican que es importante para la salud de la madre y del recién nacido que la placenta esté bien enterrada.

“...cuando bota al río come a veces come *omaní* (zungaro), boquichico, *cunchi* (bagre) a veces come. Nosotros comemos por eso no le bota al río. Aquí yo enterrado bastante aquí cuando nace ahí yo entierro con cavador, antes no hay cavador con machete... Si come animal va enfermar va morir. Cuando come su placenta después mañana se enferma y se va morir”. Entrevista a Luzmila, 2016.

“Entierran la placenta para que no se coman los animales, porque si comen los gallinazos la mujer tendrá hemorragia y cuando salgan embarazadas nuevamente tendrá hemorragia”. Entrevista a Dalia, 2016.

Fueron nombrados varios lugares dónde enterrar la placenta: cerca de la casa, en la parte arenosa cerca del río, a los pies de un árbol, en el bosque. Quien se encargaba del entierro en Camisea era una de las primeras parteras, ella las enterraba en donde queda actualmente la garita de la comunidad. Ese espacio estaba lleno de árboles y enterraban las placentas cerca de una planta de plátano.

“...mi mamá le ha sembrado en la tierra. En un lugar, que no sé...En un cacaotal. Así no más, profundo... En una bolsa se pone la placenta y se entierra al bosque”. Entrevista a Débora, 2016.

⁴⁶ No se ha podido encontrar referencias si la placenta actuara como un alma de un humano muerto que está en busca de compañía para viajar al mundo de los muertos.

Durante uno de los talleres con promotores de salud del centro de salud de Camisea, luego de ver un documental del parto tradicional de un pueblo indígena ecuatoriano, una partera de la comunidad de Segakiato y la traductora de Shivankoreni comentaron que como secreto tienen el enterrar la placenta cerca del fogón de la casa, como se vio en el video. De esta manera el niño se mantiene caliente y no le entra frío, entonces tampoco le entra enfermedades. Asimismo, lo expresó otra promotora de la comunidad de Segakiato sobre la costumbre que hay en su comunidad para mantener la salud de la mujer.

“...mi mamá, nosotros costumbre, para que no enfermes, para que no se muera, para que se le proteja le lleva a un tronco, cómo se llama, hay uno lo que tiene espina todo, sus flores rojitas, en Matsigenka *tairi* (amasisa), abajo del tronco ahí le ha puesto ahí, su placenta mi mamá, cerca de la comunidad se ha ido a buscar *tairi*, siempre hasta ahora sigue, en mi zona cuando se nace bebito, todos tienen que buscar donde hay *tairi*, se pone abajo, se cava y ponen su placenta”.
Entrevista a promotora, 2016.

4.2.3. Eligiendo el sexo del próximo hijo

Durante las conversaciones con las mujeres artesanas de Camisea, que fui conociendo desde el 2011, revelaron que existía una forma de poder elegir el sexo del próximo hijo con el empleo de la placenta del reciente alumbramiento. Luego de conversar con otras parteras de la comunidad de Timpía, me esclarecieron cómo esta práctica tiene resultados.

Las tres mujeres me informaron con detalle sobre cómo se debe de realizar el entierro. La seguridad con que me explicaron proviene de sus experiencias, ellas han tenido hijos consecutivos hombre, mujer, hombre.

Ilustración 8. Eligiendo el sexo del próximo hijo



Fuente: Dibujo de Yaquemilsa Matiashi Vicente, 2017.

Se entierra los instrumentos para hilar (*kirikamento*), con la placenta volteada con el cordón hacia arriba para que en el próximo bebé sea hombre; y con flecha hecha de Pijuyo (*sagitakii*) o enterrarlo cerca de un árbol, con el cordón hacia abajo para que sea mujer.

“La placenta la entierran con el *parianti* (plátano) al costado y de ahí lo hincan con el pijuayo (*kurikii*), chac, y lo entierran... el cordón para abajo... para que sea mujer... y para que sea hombre para arriba y para que sea varón lo tienen que hincar con lo que hacen algodón, *kiricamento*, y después le ponen su parte de arriba su esto (el cordón). Por eso pues dice que le ha hecho la prueba con su esposo de cuando ha nacido su hija Alondra, le ha picado y ahora tiene un hijo que es el de aquí”. Traductora explicando lo que dice partera de Timpía, 2016.

“Nosotros, nuestra costumbre, lo ponemos en una bolsa, lo enterramos, sí. Y de ahí si queremos tener hijos varón le pican con esto del pona y le voltean para que pueda el segundo o tercer embarazo le salga varoncito”. Entrevista a Rita Semperi, 2016.

4.2.4. Algunas complicaciones durante el parto

La espera de la placenta a veces toma su tiempo, es una de las preocupaciones principales frente a una posible hemorragia. Es quizás por esta razón que existe una gran cantidad de maneras de hacer que la placenta salga prontamente y remedios para reducir las hemorragias posparto.

Si la placenta demora en salir, se la induce a que salga dando golpes en la parte baja de la cintura con una escoba de palmera o cinturón de cuero; sobando con el calzoncillo del padre (no necesariamente el que esté usando) o con un pez similar a una anguila (*tsiriniro*), también se da de lactar, pero los que nombran más efectivos es soplar fuertemente en el pico de una botella y tomar ceniza (*samampo*) cernida y mezclada con agua tibia y limón.

Igualmente existen muchas plantas medicinales que permiten que salga la placenta⁴⁷:

*Yaviro*⁴⁸, especie similar a la piña, primero se tiene que machucar las hojas y luego hacerlo hervir y tomar una tasa de la preparación. Es una planta que crece en las partes altas por eso no está en Camisea, la consiguen en sus viajes al Alto Urubamba.

Mogüto (Santa María) tiene varios usos, para el baño de la madre después del parto y también es usado como el yaviro, ambos funcionan muy bien. Se toma como mate, se tiene que hacer hervir las hojas, sirve para cicatrizar adentro de la vagina y no estar hinchada. Lo particular de esta planta es su nombre, se llama literalmente planta ombligo⁴⁹.

⁴⁷ Para la lista completa de plantas empleadas durante la menarquía, embarazo y parto revisar el Anexo 4.

⁴⁸ También “se ralla la piña, se la mezcla con un poco de agua, se la calienta y se la toma durante un parto cuando no se cae rápidamente la placenta; al tomarla, debe caerse inmediatamente; algunos la conocen por el término *notaretsiriantite* piña para la placenta” (ILV, 2011: 596).

⁴⁹ Omoguto o Shirimogütoshi (hoja para caer el ombligo) es una hierba conocida también en el Bajo Urubamba con el término inarópini por la forma de las hojas. “Las partes de la hoja son: *omogutotsa* su pedúnculo (su cordón umbilical); *omoguto* su ombligo (donde se unen *oshitsa* las venas destacadas de la hoja); *iranotare ananeki* la forma de la hoja (la placenta de un niño). Algunos usan el nombre *tsivetápini* (planta de raya) para referirse a esta planta. Tiene hojas grandes con la forma de un pez raya o una placenta; también tienen una concavidad pequeña donde se conecta con el pedúnculo que parece un ombligo. Se prepara mate de las hojas que las mujeres toman cuando tienen dolores de parto, y la placenta no quiere bajar; también se toma para bajar la hinchazón postnatal del útero. También se utilizan las hojas para preparar baños calientes para calmar los dolores postnatales y remojar los pies para aliviar el reumatismo, resfríos y la picadura de raya” (ILV, 2011: 459).

Potogo (ojé), del mismo modo, sirve para bajar la placenta. La resina se hace hervir primero y se toma una cucharadita.

La raíz de la Sara-sara (*sarioki*) y el *Pocharoki*, se cocinan para tomarlo en mate con el mismo fin.

Otras plantas empleadas luego del parto para prevenir las infecciones y hemorragias son:

Omogútotsa inkite, esta planta es un bejuco que se tiene que triturar y luego hervir para ser empleado para bañar a la mujer parturienta. Su nombre significa el cordón umbilical del cielo, esta planta es nombrada en los mitos Matsigenka sobre la relación de seres del cielo con los Matsigenka, habitantes de la tierra (ILV, 2001: 326).

Kosamati (sangre de grado) se toma su resina y se utiliza baños de asiento, también se cocina la corteza y luego se toma; *Pakitsápari*⁵⁰, es una planta que se encuentra en los montes, difícil de encontrar, se utiliza su raíz, tiene que ser cocinada y después se toma, ambas reducen la hemorragia.

También se toma la planta *Iraatsipiri* con el mismo fin, se toma la cocción de la hoja. Esta planta también sirve para que baje la menstruación, cuando se quiere tener hijos otra vez.

Iraatsivenkiki, se utiliza para parar la hemorragia, se tiene que machucar y con agua tibia se toma (Izquierdo, 2001: 330).

Samponerotsapini, sirve para la hemorragia cuando se ha dado a luz, ayuda a reducir la hinchazón del vientre. También se usa cuando hay sangrados por un aborto y para reducir la menstruación abundante.

⁵⁰ Este arbusto también “se decía que era utilizado para ayudarle a uno tener buena puntería y a los perros a ser buenos cazadores. Se la raspa, se mezclan las virutas con agua y se toma la medida correspondiente; después se toma el masato fresco para provocar el vómito. Se emplea el término *vigaatagantsi* para referirse a la acción de tomarla, porque es muy tóxica” (ILV, 2011: 349).

4.3. El baño y los cuidados de la madre

Ilustración 9. El baño después del parto



Fuente: Dibujo de Yaquemilsa Matiashi Vicente, 2017.

Una vez terminado el alumbramiento las mujeres se bañan con agua caliente empleando yerbas como *tairishi*. Si bien el baño posterior al alumbramiento puede ser solo con agua caliente, las plantas nombradas para que salga la placenta y cicatrizar el vientre son también empleadas. La mamá emplea hojas de matico y sangre de grado para el dolor de hueso y bajar la hinchazón. Además, las mismas se pueden tomar chapeadas. Una de las obstetras, entrevistadas en el 2012, reconoce la efectividad de los baños, pues ayudan a que las mujeres no tengan mareos, no sangren mucho y el útero se contraiga.

Antiguamente toda la familia se bañaba con agua caliente y con las plantas. Los hombres después del parto bañaban al bebé y ellos también tenían que bañarse con agua caliente, y si tenían otros hijos igual⁵¹. En general, todos los que estaban en la casa. El agua caliente era mezclada con *ishanga* (ortiga⁵²), hojas de guava y *kamatsirinishi* (hojas del esqueleto del muerto) para que el cuerpo siga

⁵¹ De esta manera el niño no crecería siendo una persona molesta que golpea a su madre o padre o ser desobediente a los mayores (Izquierdo, 2001: 119).

⁵² Esta receta es peculiar porque la ortiga provoca escozor.

manteniéndose fuerte y no se envejezca. Se piensa que de esta manera el nuevo integrante de la familia será fuerte y sano.

Luego del baño comienza el reposo del cuerpo de la parturienta. La abuela, suegra y/o esposo apoyan en las labores de la casa y en traer la comida. En el caso de las madres solteras son los padres de ellas quienes tienen que ir a mitayar⁵³, es una forma de cooperar con las hijas.

Algunas personas mayores en el Bajo Urubamba comentan que el descanso de la mujer era hasta que cayera el ombligo del recién nacido. Después de eso se podía empezar a caminar, cocinar, lavar. Si se hacía antes podía entrar frío en el cuerpo y enfermar. Por eso algunas mujeres después del parto se abrigan incluso con medias y frazadas y los esposos apoyaban trayendo siempre leña para la fogata, de esta manera mantener abrigados a la madre e hijo.

“Yo me cuidaba, no me iba a levantar temprano a lavar ropas y yo no levantaba todavía a cocinarme hasta que recién sale el sol recién me iba a cocinar y lavaba mi ropa. Mi mamá también ayudaba, ella si lavaba, traía yuca, mi esposo también traía. Cuando no estaba mi mamá mi esposo me ayudaba a lavar mi ropa” Entrevista a promotora de Segakiato, 2016.

En otras localidades donde también hay gente Matsigenka existe la costumbre de usar las fogatas para hacer sudar a las parturientas y mantener, además, a las mujeres y bebés calientes.

“Antes, yo era chiquita... dio a luz una mujer donde yo vivía antes en Manu... Aquí ya no hay, no hay aquí quien le diga a ella que se siente alrededor de la fogata, antes se sentaban encima de la fogata... la muchacha aquí en la candela... muchacho acá su mamá está sentada bien calientito... Ella empieza a sudar, yo he visto aquí que no hay... cuando nace ya echando su cama ya no hay sentado en la candela ya no, esta echado descansando”. Entrevista a Luzmila, 2016.

Durante la realización de una reunión, en el año 2014, con las mujeres en edad reproductiva de la comunidad, solicitaron al personal de salud que se “les capacite” a

⁵³ Ir de cacería.

los esposos para que comprendan que deben de descansar más tiempo para no tener sexo tan pronto. Actualmente les piden tener sexo a la semana de haber dado a luz y antes era al menos un mes. Esto también fue corroborado en las entrevistas, una de las entrevistadas comentó que había descansado dos semanas de tener relaciones sexuales luego del parto, y que había preferido descansar más pero que “los hombres no entienden”.

Como se detalla posteriormente en el acápite sobre las infecciones de transmisión sexual, el comportamiento sexual de los varones y la población más joven ha ido cambiando con los nuevos estímulos visuales que han llegado a la comunidad por medio de la tecnología. El reclamo a tener relaciones sexuales de manera ininterrumpida luego del parto ha ido en perjuicio de la salud de las mujeres y la familia. Como lo comenta un antiguo promotor de salud que hay que seguir las costumbres para cuidar a la familia. Ya en una conversación personal recuerda que él también ha cometido errores y que fue por no escuchar a su padre cómo cuidar a su mujer y familia.

“La recomendación para los jóvenes de hoy día para adelante sigan las costumbres, ni tampoco que estén maltratando... (en conversaciones con sus hijos les dice) no quiero que pase esas cosas para que le estés enojando a tu compañera, tu esposa” Entrevista a promotor de salud de Camisea, 2016.

4.4. Alimentación de la madre y cuidados del recién nacido

La alimentación principal de las madres es a base de líquidos como los caldos de gallina, pescado, *toturoki* (caracol); masato y chapo frescos los que pueden promover la generación de leche.

Durante la lactancia también se prohíbe comer dulces, alimentos con sal⁵⁴, al menos durante el primer mes, para evitar la caída de los dientes. Tampoco se debe comer animales que contengan dientes porque dicen que se aumentará la sangre y la mujer tendrá niños seguidos. Si se come caña de azúcar, al bebé le puede dar alergia y salirle granitos en el cuerpo; comer la oncucha y piña le hace dar hongos en la boca y

⁵⁴ Se le ha agregado a esta dieta las frituras.

lengua; papaya porque le producir diarrea; si come sachapapa roja el niño no va a poder hablar.

La planta que más se emplea para aumentar la producción de leche, en las comunidades Matsigenka del Bajo Urubamba, es *puigoro*. Se lavan los senos con agua tibia y también toman la infusión por tres días.

“Hay plantas por ejemplo *puigoro*, eso es bueno, lo raspas su centro y lo mezclas un poco de agua tibia y con eso lo haces mojar tus senos y producirá leche para el niño”. Entrevista a Luzmila, 2014.

Igualmente toman el mate de la raíz de pijuayo para aumentar la cantidad de leche. Este mate también sirve para sanar las heridas de los pezones.

Al presente no todas las mujeres realizan la dieta alimenticia y los cuidados después del parto. Antes las parturientas se cuidaban cerca de un mes con la ayuda de sus madres, ahora hay algunas mujeres que se cuidan solo tres días o una semana.

En la comunidad de Timpía algunas mujeres expresaron que no le dan la primera leche (calostro) a sus bebés porque les puede causar diarrea, así se previenen de los hongos de la boca. Solo cuando sale blanca la leche le dan de tomar.

“Se ha observado que la lactancia se da hasta los dos años⁵⁵ aunque en los últimos años se ha observado una tendencia al destete temprano con masato dulce” (Ministerio de Salud, 2006: 62).

Existe un variado número de plantas que se emplean para la salud, crecimiento y cuidado de los niños:

La ceniza de *okago shinki* (coronta de maíz), se emplea para que el ombligo cicatrice rápido; *kosetsipini* para los niños que tienen afta, se tiene que raspar su tronco, ser cocinado o empacado y luego usar un poco de algodón, también se puede usar ceniza y con un pedazo de algodón humedecido quitar las aftas; *yanaivenkiki* para que camine rápido antes de que amanezca se le baña en agua tibia; *kamparoivenkiki* para que pueda dormir, se le baña con el agua tibia en la tarde; *shiarontsivenkiki* para la

⁵⁵ Aunque se ha visto algunas madres destetar a los hijos a los 6 años.

diarrea, se toma con agua tibia; *pocharovenkiki* para que el niño engorde⁵⁶; *maviki*, para caminar en la noche con el bebé y no enfermarse; flor de *choropetatava* para bañar en la primera semana para que no enfermen los bebés, pueda caminar, se pueda llevar al bebé; *kitetegari*, es una planta de flores amarillas de olor fuerte que se emplea para bañar a los bebés luego de haber escuchado que cerca de la casa hay un fallecido o si se ha llevado al bebé donde hay un muerto. Esto se emplea para prevenir que los espíritus *malos* puedan asustar a los bebés.

Una de las mujeres de Camisea comentó que antes para que los bebés crecieran sanos no podían salir de la casa al menos tres meses, limitando que estos fueran vistos por otras personas que no sean los parientes cercanos. Tampoco debían ver la luna llena porque según las historias, la luna se lo puede llevar y comérselo⁵⁷.

También otra mujer comentó que antes se realizaba un segundo baño de toda la familia a la caída del ombligo.

“En ese entonces a las cinco días cuando se le cayó el ombligo del bebé, toda la familia a bañar con agua caliente, se dice que si no te bañas te vuelves más ocioso de lo que eras y así fue antes de eso del bebé recién nacido. El padre de este tiene que tener cuidado de no cortar a un árbol *matsinko*, ni *kamana*⁵⁸ porque el niño se va a enfermar y puede morir” Entrevista a Nory, 2014.

El estar atentas a los bebés es parte de los cuidados de los recién nacidos pero sin llegar a sobre protegerlos porque no sería bueno para la formación del niño.

“... lo amamanté. Luego lo dejé que se descansa bien abrigado para que no le entre frío. Siempre es la costumbre que no le tenga el niño recién nacido en tus brazos o en tus rodillas porque se dice que cuando crezca no será trabajador y será haragán...Debes dejarlo por unos momentos luego de lactarle, lo dejas que este se descansa hasta que llore”. Entrevista a Shina, 2014.

⁵⁶ No se le puede dar mucho porque pueden engordar demasiado.

⁵⁷ Esto hace referencia a que Luna se volvió canibal al ser obligado por su suegra comer a su esposa muerta luego de dar a luz dos gemelos. Por eso se considera que la luna puede estar merodeando por asentamientos Matsigenka para poder coger un humano desprevenido o en un periodo donde exista cierta vulnerabilidad.

⁵⁸ Los matsikanaris (brujos) utilizan este árbol para hacer daño, producen la hinchazón del cuerpo de las personas.

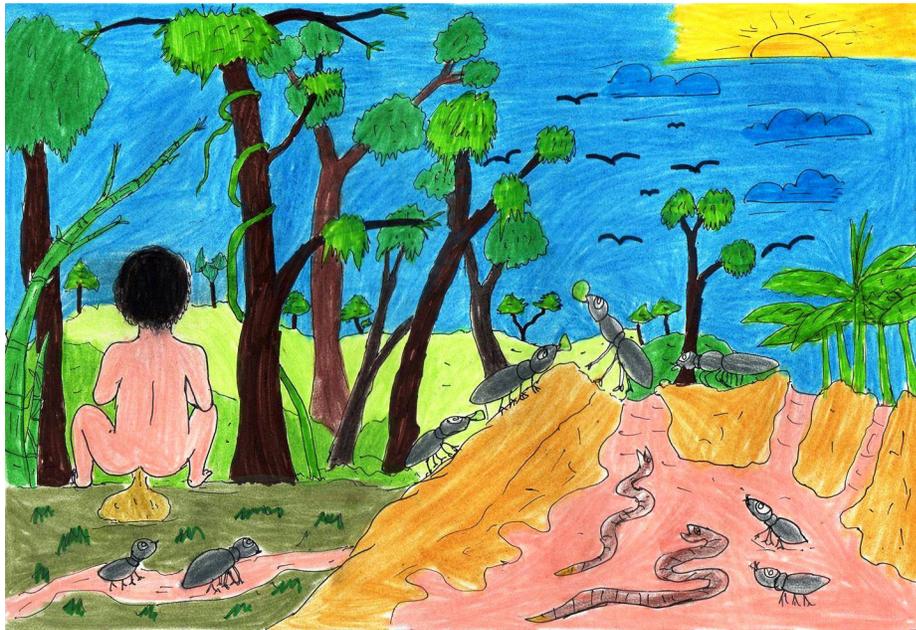
En ocasiones se observan en Camisea a los niños que recién empiezan a caminar que tienen amarrados en su cuello su ombligo o un ivenkiki a manera de protección.

“Cuando le sale el ombligo, no vez está bien seco, le ha hecho bien con hilo de algodón, le ha hecho bien bolita, parece boliche así bolita, le pone su collar acá, le pone collar para que no enferme, lo cuiden. Hasta cuándo va a ser grande, de repente va a romperse... Hasta mi hijo, recién cuando tiene, ahora tiene 12 años, cuando tenía 9 años tenía eso, ahí yo he guardado, tenía su collar, su collarcito de algodón con su ombligo, es costumbre de mi mamá”. Entrevista a promotora de Segakiato, 2016.

“...cayó el ombligo se lo deja como adorno en una canasta de recuerdos para cuando crezca el niño vea su ombligo y se acuerde de su madre y su historia”. Entrevista a Nory, 2014.

4.4.1. Cuidado especial frente a los animales

Ilustración 10. El daño de las hormigas



Fuente: Dibujo de Yaquemilsa Matiashi Vicente, 2017.

Existen varios insectos que son considerados peligrosos para la salud de los niños. Usan la planta *petaguirishi* en los baños a los bebés para que no sean cutipados por hormigas⁵⁹, *yairiivenkiki* cuando es por las abejas *yairi*, así evitan las diarreas, fiebres o vómitos de los niños (Revisar Cuadro 2). No solamente se previenen de estos animales sino también de algunos fenómenos naturales como la niebla, *amokari*, utilizan *ivenkikis* como amuletos.

Tradicionalmente, no se viajaba ni se andaba lejos de la casa en días nublados, especialmente con niños pequeños, por miedo a los espíritus maléficos, los jaguares, o el mal aire; se decía que los jaguares andaban en días nublados porque no había sol que les reflejara en sus ojos y los cegara. Cuando una persona moría, si el cielo se nublaba, se decía que era el muerto transformado en demonio que estaba poniendo el

⁵⁹ Se piensa que las hormigas (*petyagiri*, *sankori*, *manii*, *yamposhito*, *kaveti*, *tsivokiro*), “enferman a los niños llevando migajas de sus comidas o las deposiciones o caminando por sus heces u orina. De éstas, las *petyagiri* se consideraban ser las más peligrosas porque, al igual que las abejas *yairi*, hacen sus nidos arriba en los árboles desde donde se decía miraban a los niños que pasaban por abajo. Aunque éstos estuvieran cargados por sus madres, y les quitaban sus almas haciéndoles enfermarse hasta morir” (ILV, 2011: 71). La hormiga *petyagiri* es una hormiga negra que camina para adelante y atrás. *Sankori* es la hormiga más peligrosa que ocasiona diarrea con sangre.

día así. “Las madres les prohibían a sus niños alejarse un poco de la casa para evitar que se encontraran con el muerto que estaba andando en lo nublado y podría llevárselos, y por consiguiente se enfermarían ellos también” (ILV, 2011: 32).

Cuadro 2. Hormigas que afectan a los niños

Hormiga	Síntomas	Forma de curarse
Kaveti	Fiebre, vómito blanco.	Papá tiene que botar árbol donde está kaveti y lo quema. Así se sana y se levanta.
Petyagiri	Fiebre, vómito medio amarillo, dolor de cabeza.	Papá tiene que botar árbol. Itingami es patrón de petyagiri
Yairi	Fiebre, vómito amarillo como la caca de yairi.	Papá tiene que botar árbol.
Sankori	Niño come yuca, sangori viene a comer y le da a su patrón. Diarrea verde, vómito medio amarillo.	Escarbar y botar el nido y sacar a su patrón y quemarlo (vive en la tierra).
Taenveri	Produce fiebre, diarrea verde, vómito, dolor de cabeza.	Papá va a botar sus basuras y quema toda la hojarasca (vive en hojarasca o troncos secos caídos).
Yamposhito	Fiebre, niño llora mucho, tiene diarrea amarilla como huevo pasado.	

Elaboración propia. En base a la información recogida.

Durante un taller con los promotores de salud en la comunidad de Timpía se les consultó por alguna creencia relacionada con que al niño le dé anemia, compartieron que cuando el niño se cae y se golpea se asusta, es por eso que deja de comer y es porque la tierra se lo ha agarrado, para que no pase nada se hecha sal en la tierra, pero con fe. Antiguamente creían que tenían parásitos o que algún animal le estaba haciendo daño como el *petyagiri* o los espíritus de los muertos o mal viento.

“Dice que cuando por ejemplo, deja el bebito hace su deposición y su deposición lo come la hormiga el bebito empieza a tener diarrea, diarrea y no cede la diarrea y puede ser diarrea verdoso y cuando empiezan las mamás a bañar con eso para que no le dé eso, después si le ha dado eso tienen que buscar dónde está ese nido de hormiga, lo bajan y lo botan y lo queman y el bebito empieza a ceder su diarrea... Y hay otras hormigas que viven en el árbol que son chiquititos, hormiguitas y también dice cuando llora el bebito, se

parece que le oye su sonido, su llorada del bebito y ahí empieza a tener fiebres, se enferma, ya entonces la mamá piensa que es esa hormiga y empieza a tumbarle a esa hormiga, le bota el palo y al día siguiente el bebito sanito...Y tampoco la mamá no puede llevarle no puede ponerle en un árbol echarle al bebito porque las hormigas según dicen están arriba.

Son varias hormigas que cuando el bebito se pone mal... el primero es *sankori*, *maseri*, después *kaveti* y *petyagiri*, son cuatro hormigas que lo cutipan, que dañan a los niños, a veces ahora te das cuenta que todos los niños están con su amuleto con piripiri para contra de esos animales y para cuando empieza a nublarse para que no le cutipe también el nublado *amokari*... también tiene su secreto, el piripiri se llama *amokarivenkiki*,... pero yo casi no he utilizado en mis hijas, por eso yo lo que les veo les pregunto me dicen que esto sirve para esto. También utilizan piripiri para *yairi*, *yairivenkiki* eso le echan al bebito, el *yairi* es un mosquito. También le puede llevar dónde está ese nido el bebito y empieza a llorar llorar y se puede morir por el llanto como según dice costumbre que le pica, es como animal malvado es un ave⁶⁰ malvado... su alma al bebito se lo lleva, cuando llora se lo haya ahí, tiene que el papá ir a tumbar ese árbol, botar a ese animal y el bebito se sana, porque empieza a vomitar

⁶⁰ Cuando hizo referencia de un ave quiso referirse a *tsiroti* uno de los más grandes picaflor que habita en los cerros. “Se decía que este picaflor era el yerno de la abeja *yairi* y que siempre se jactaba de él diciendo que su suegro podía hacer daño con sus flechas porque era capaz de hacer cualquier cosa; también se decía que cuando se veía al picaflor pasando a cada rato, ya se sabía que por allí estaba su suegro, y por lo tanto había que cuidar bien a los niños, y aun las personas adultas corrían riesgo de ser flechadas por *yairi* o por *tsiroenti* que aprovechaba que su pico era puntiagudo para utilizarlo como flecha. Si *tsiroenti* flechaba a un bebé, éste comenzaba a sentirse mal del costado; el remedio que se usaba era conseguir rizomas de piripiri *tsiroentivenkiki*, se los machucaba, se los mezclaba en agua caliente y se utilizaba esto para bañarle. También se decía que a veces el alma de un niño andaba vagando y si se encontraba con *tsiroenti*, él se lo capturaba y lo llevaba a su suegro”, *yairi* (ILV, 2011: 544). “Si una de ellas miraba a un bebé, aunque sea de lejos, podía picarle con su flecha y hacer que se enfermara y se muriera, mayormente de neumonía; para expresar esto se decía *yagakeri* (le ha llevado). También se pensaba que en caso de que la abeja *yairi* se llevara residuos de la comida de un niño, sus heces o su orina, también cogería su alma la que llevaba a su nido y el niño se enfermaba. El remedio era que el padre del niño tumbara el árbol donde pensaba que se ubicaba el nido de estas abejas. Después de tumbarlo, deshacía el nido con mucho cuidado para no hacer daño al alma de su hijo ni hacerla huir, y al final quemaba el nido. En el momento en que el árbol está cayéndose, el padre grita *eeeeee* para que su hijo no se lastime partiéndose en pedazos, sino que regrese a la casa porque el alma del niño está sentada adentro con las abejas” (ILV, 2011: 590).

amarillo amarillo, caga amarillo⁶¹ se puede morir la criatura”. Entrevista a Rita Semperi, 2016.

Izquierdo en su investigación (2001) identificó que los Matsigenka consideran que algunos alimentos comestibles no son alimenticios debido a la creencia de que algunos animales son peligrosos. Estas creencias demuestran que incluso las enfermedades comunes tienen algunos elementos que se ajustan a la cosmología Matsigenka con respecto a la vulnerabilidad corporal y espiritual (Izquierdo, 2001: 184).

Es así como los problemas gastrointestinales se pueden asociar con un espíritu o la venganza del animal. Estas enfermedades no solo afligen a la persona responsable, sino que los padres siguen restricciones en la alimentación para evitar contratiempos con sus bebés, al igual que la mujer embarazada evita ciertos alimentos para asegurar un parto exitoso. A los niños de una edad muy temprana se les enseña qué animales y plantas deben respetar, ya que comer el animal no es la única manera en que un animal puede vengarse. Burlarse de ciertos animales también resultaría en daño (por ejemplo *moskini* o el pájaro *marini*), se les dice a los niños que a estos animales no hay que imitar sus sonidos, que no tienen que burlarse de ellos, sino ignorarlos (Izquierdo, 2001: 184) porque se pueden convertir en *matsontsori* (jaguar) y llevárselos.

Asimismo, como describe Shepard (2002) “muchos demonios en la mitología Matsigenka se describen poseyendo penes enormes, el tamaño y la forma de las brácteas florales fálicas de la palma *chorina* (*Oenocarpus mapora*). Para los Matsigenka los penes grandes no son un signo de virilidad, sino la manifestación de la sexualidad agresiva. Las mujeres Matsigenka a veces bañan a sus hijos recién nacidos con una infusión de especies de orquídeas que tienen pequeñas bombillas para que crezca hasta tener un pene de tamaño normal, es decir, pequeño. Si uno

⁶¹ Se atribuía la diarrea amarilla de los bebés a la abeja *yairi* diciendo que cuando cogía el alma del niño, le daba su chicha de maíz; también se pensaba que el espíritu protector de estas abejas (*inato yairi*) podía picar a los niños y causar la neumonía. El arbusto *yairipini* o *yairishi* (con frutos parecidos a la anona), se utilizan sus hojas en baños calientes para niños con bronquitis o neumonía y como antídoto contra “la mirada” de las abejas *yairi*. “Las mujeres para llevar a sus hijos al monte, lo hacían dentro de sus *cushmas* para evitar que las abejas los miraran de lejos. Masticaban los rizomas y se los escupían en el tronco donde había un nido de abejas *yairi* para hacer que éste se cayera; también se lo usaba para proteger a los niños de los supuestos flechazos de las abejas” (ILV, 2011: 591).

fuera a emplear orquídeas con grandes bulbos fálicos, el niño podría crecer hasta tener un pene grande y un apetito sexual demoníaco” (Shepard, 2002: 207).

4.5. La transición en la atención del parto

Un segundo aspecto importante relacionado a las prácticas y maneras de dar luz es quienes apoyan y/o acompañan a la gestante en el parto. Durante los últimos 50 años en las comunidades amazónicas se ha visto transitar entre miembros femeninos de la familia, pareja, parteras, promotores de salud, técnico sanitario y en las últimas tres décadas a las obstetras⁶². Para explicar la transición en este subcapítulo se describe a los actores: promotores de salud, las parteras y las obstetras; finalizando con un análisis de la relación de ellos en la atención del parto en la comunidad.

4.5.1. Promotores de salud

Como se expresó en el capítulo dos, los primeros promotores de salud de las comunidades del Bajo Urubamba fueron capacitados por las misiones de las iglesias católica y evangélica. Parteras y promotores de salud de la microred de Camisea, son elegidos en asamblea por las comunidades al ser requeridas por las gestantes, debido a que conocen y comparten las prácticas tradicionales que facilitan dar a luz (ERM, 2012).

Previo al funcionamiento del establecimiento de salud por un personal profesional, laboraba el técnico sanitario quien fue elegido por la comunidad y los misioneros evangélicos. Este nuevo rol de salud en la comunidad se da justo cuando empieza a ser más visible los cambios sociales y económicos en el Urubamba; el nuevo cargo proporcionó prestigio al técnico sanitario, al ser el intermediario del conocimiento curativo occidental (Strongin, 1982: 187).

El técnico sanitario trabajaba junto a las parteras y promotores hasta que llegaron los profesionales de salud. Aunque cumplían un papel muy importante en la comunidad, en Camisea los promotores de salud estuvieron inactivos por muchos años (2010-2016). Recién en el año 2017 con la ejecución del proyecto “Intervenciones Concertadas para Mejorar la Salud Materna en el Medio y Bajo Urubamba”

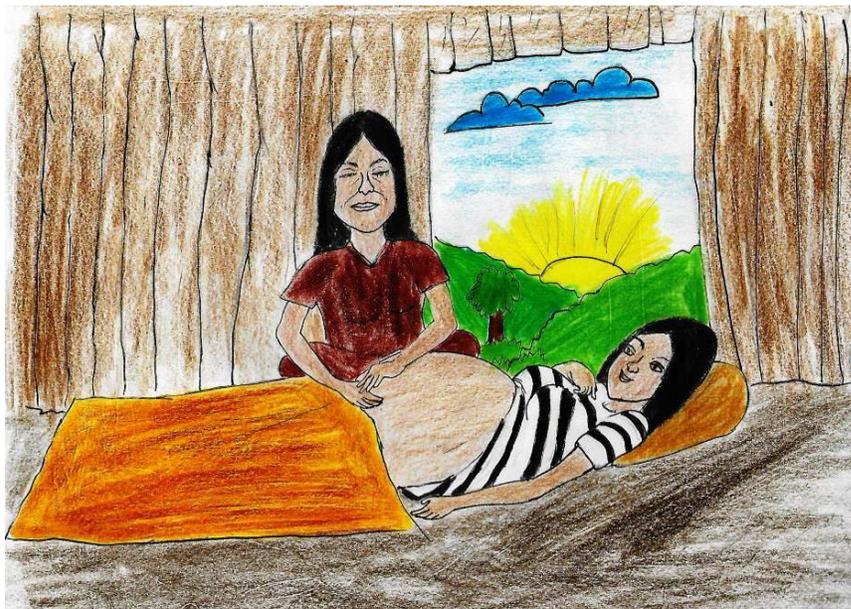
⁶² Al no ser su rol principal no nombramos a todo personal de salud, pero tanto médicos, enfermeros, técnicos y odontólogos han participado en la atención del parto.

desarrollado por AYNI, se conformó el comité de vigilancia en salud que permitió restablecer la labor de la partera de Camisea.

Los promotores de salud de Camisea bordean los 60 años, los jóvenes han preferido las labores en la comunidad que son remuneradas. Aun cuando los dirigentes reconocen que tener promotores favorece la relación entre el personal de salud y la gente de sus comunidades, no gestionan a nivel comunal un apoyo económico. Tampoco se observa un interés de parte de otros líderes de la comunidad en que participen los promotores porque reconocen la modernización de la atención médica como mejoras en la comunidad.

4.5.2. Parteras en Camisea

Ilustración 11. Partera Acomodando



Fuente: Dibujo de Yaquemilsa Matiashi Vicente, 2018.

Personas que pasan los 50 años de edad hacen referencia que la primera partera en Camisea fue la señora Primina, mujer que vino del Manu a inicios de 1960. Ella ya atendía partos antes de llegar y estando en la comunidad recibió capacitación en primeros auxilios y como promotora de salud por parte de los misioneros, al igual que otras dos mujeres, Julia y Norma, ambas apoyaron a Primina. Después llegaría otra mujer del Manu, Luzmila, que tras recibir capacitación en primeros auxilios empezó sus labores de partera.

En los primeros años de conformación de la comunidad hasta la fundación del centro de Salud, los partos de las mujeres se realizaban en casa y a nivel familiar. Las parteras asistían en los primeros partos o los que tenían alguna complicación.

La labor actual de las parteras se ha reducido en acomodar a los bebés durante el embarazo y estar presente en el parto, pero no teniendo una participación activa en la atención cuando este se realiza en el puesto de salud.

La partera Luzmila ha atendido partos en Camisea desde 1980 hasta el 2014. Su hija, Nidia, también ayudaba en los partos. Luzmila recuerda que aprendió con un médico de Kirigueti llamado Arturo de la misión Dominica, fue él quien le enseñó a atender los partos, según ella fue la segunda que aprendió, la primera fue Julia, esposa del técnico sanitario del centro de salud de Camisea.

Aunque no siempre ha atendido todos los partos de sus hijas, porque estos han sido apoyados por las hermanas, Luzmila ha asistido a mujeres de otras comunidades como Nuevo Mundo, Timpía, Segakiato y Shivankoreni. Es muy considerada por las personas mayores porque no pide dinero por su labor. No obstante, ella ha comentado que sí pide dinero cuando los esposos no apoyan a sus mujeres en el parto.

Las parteras tienen la voluntad de ayudar a otras mujeres, sin pedir nada a cambio. Inclusive se da el caso en que los esposos de las parteras se oponen a que apoyen porque piensan que descuidan la casa y no reciben compensación alguna⁶³. Les gusta compartir sus conocimientos de *ivenkikis* que puedan ayudar a un parto rápido y con menos dolor.

Algunas mujeres que ayudan en los partos son también conocedoras de plantas medicinales, otras son hijas de parteras de otras comunidades. El aprendizaje se va dando con sus propias experiencias durante el embarazo, cuando escuchan a las parteras mientras les soban sus vientres (identificando dónde está la cabeza, los pies),

⁶³ En la comunidad de Timpía tuve que conversar con el esposo de una de las parteras más reconocidas de la comunidad para que ella pudiera participar de una entrevista y de los talleres realizados con los promotores de salud. Argumentaba que como no recibe dinero a cambio por su trabajo, no estaba de acuerdo que realizara esta comprometida labor.

cuando van acomodando a los bebés y así, también van calmando el dolor de espalda.

Las mujeres que han tenido experiencia de acompañar los partos son mujeres que provienen de familias que tienen un mayor conocimiento de plantas medicinales y son reconocidas por la misma gente de la comunidad, también, hay mujeres que han recibido capacitación sea por la misión evangélica o católica, pero que igualmente son conocedoras del saber curar según sus prácticas culturales, ya que anteriormente este prestigio facilitaba el ser elegido por la comunidad para ir a las capacitaciones relacionadas a la salud.

Tener este rol en la comunidad fue beneficioso para hijos y nietos porque como familia les daba una mayor notoriedad para tener otros cargos o ser percibidos como personas que lograrían en su labor beneficiar a la comunidad.

Esto se constata también con una obstetra Matsigenka que trabajó aproximadamente en el año 2010 en la comunidad, que resulta ser la nieta de Primina, la primera partera de Camisea. Gleni Pereyra, es una obstetriz que actualmente trabaja en otra microred de la Red de Servicios de Salud de la Convención, pero estuvo atendiendo en Camisea y Kirigueti.

Otros jóvenes de las comunidades de Cashiriari, Shivankoreni y Camisea están estudiando medicina, obstetricia y enfermería técnica. También en la comunidad hay mujeres que han estudiado enfermería (técnica), una de ellas trabaja⁶⁴ en el campamento Malvinas en el área de logística.

Como en la gran mayoría de las comunidades amazónicas, las mujeres son las responsables del cuidado y la salud de las familias. A las afueras de las casas y en los campos, las mujeres cultivan hierbas que encuentran útiles para el mantenimiento de la salud de los miembros de sus hogares. A pesar de que el conocimiento de las hierbas medicinales se dice que procede originalmente de los espíritus saankariite a través de los chamanes, la mayoría de las prácticas y las tradiciones asociadas a base

⁶⁴ Trabajaba en la comunidad de Kiteni, Alto Urubamba, hasta que fue obligada a realizar curaciones en la madrugada a gente que presuntamente se dedicaba al narcotráfico. Comentó que no se sentía segura por ello cambió de trabajo.

de hierbas es transmitida a las mujeres de alto nivel para jóvenes, de madres y abuelas a hijas y nietas (Rosengren, 2002).

En Camisea, los conocimientos se transmiten a nivel familiar. Es poco común que estos sean compartidos entre mujeres que no tenga algún lazo. Es por ello que tanto prácticas y como conocimientos son heterogéneos. A la par, existe el reconocimiento de mujeres que manejan y saben más de plantas medicinales, como son las señoras Silvia, Elvira y Luzmila. Ellas provienen de Monte Carmelo, Puerto Huallana y el Manu. Las dos últimas, parteras que son frecuentadas para los consejos durante el embarazo y apoyo en el parto.

En el Bajo Urubamba sigue existiendo la labor de partería, a comparación de Camisea, en otras comunidades existe una mayor participación de las parteras colaborando a las mujeres gestantes y en el establecimiento de salud. Esto se observó al trabajar en el año 2016 en las comunidades de Camisea y Timpía, y comprobar la participación activa de más parteras y promotores de salud en Timpía. En Camisea solo participó un promotor de salud y el técnico sanitario del centro de salud, a comparación de las trece promotoras y parteras de Timpía.

4.5.3. Las obstetras

Desde el año 1985 se tuvo permanentemente en la comunidad personal de salud. Posteriormente, ya en la década del 2000 aumentó el número de personal y el puesto de salud pasó a ser un centro de salud, fue entonces cuando se empezó a tener la presencia de obstetras.

Durante el periodo que conozco la comunidad de Camisea (2011-2018) he podido observar la rotación del personal en todas las comunidades del Bajo Urubamba. En promedio, el personal ha trabajado de manera permanente en al menos tres comunidades. Este personal de salud es en su mayoría femenino. A fines del 2016 ingresó a la microred de Camisea el único obstetra hombre que iniciaba su labor en la comunidad de Timpía suplantando a una colega.

La edad promedio del personal obstétrico es 28 años, y muchas de las que están contratadas es su primer trabajo después del SERUMS. En Camisea actualmente, hay tres trabajando, una de ellas es nombrada, y una de las contratadas tiene una hija. En

general, todo el personal de salud siempre está contando los días para viajar en sus días libres a sus hogares.

Dos de las obstetras tienen una especialidad en ecografía. El centro de salud de Camisea cuenta con un equipo de ecografía que viene siendo empleado desde más de 4 años. Con este equipo se han podido evitar complicaciones, pero también evadir responsabilidades, ya que hubo casos de gestantes que fueron referidas para recibir la atención en Lima, y luego dieron a luz por parto natural en la unidad médica de Malvinas o en un hospital de Lima.

Ninguna de las tres obstetras tenía una capacitación en atención con pertinencia cultural del parto. Solo la obstetra nombrada que estudió en la Universidad Andina N. Cáceres Velásquez en Puno, había recibido en sus estudios de pregrado cursos sobre el empleo de la medicina tradicional y la participación de los especialistas locales en salud.

Hasta el año 2016, el personal de salud llegaba al Bajo Urubamba sin recibir capacitación para trabajar con población indígena, ni por parte de la dirección regional de salud o la RSSLC, y tampoco durante los años de preparación académica. Es por eso que se aprecia el desconocimiento en cómo ofrecer un servicio a comunidades nativas amazónicas, y durante el camino van aprendiendo con errores y abusos de autoridad a la población indígena.

4.5.4. ¿Qué está pasando en la transición?

Durante su investigación en Camisea Izquierdo (2001), menciona que conoció a dos parteras que trabajaban como un equipo, madre e hija. Ellas eran quienes atendían los partos en la comunidad. Las parteras traían con ellas *ivenkikis* para ayudar a las mujeres a dar a luz sin peligro, rápido y con menos dolor. Con la llegada de un médico trajo otros conocimientos, para comprobar el nivel de dilatación cervical, también estimar el tamaño del feto y la fecha prevista de parto. Durante su estadía, Izquierdo explica que estuvo presente en cuatro partos, los que se realizaron en el puesto de salud fueron de forma horizontal, lleno de luces e instrumentos, resultando poco acogedor a las mujeres (Izquierdo, 2001: 121).

Actualmente la partera Luzmila ya no quiere asistir los partos excusándose de sus dolores en las rodillas, pero es también porque su opinión ya no es valorada por las

mujeres embarazadas (jóvenes) y en el puesto de salud su participación es más de observadora de partos horizontales que se han dado en la camilla. Por esa razón ahora solo acude cuando los padres de las mujeres embarazadas jóvenes se lo piden.

“Yo he trabajado antes pero ahora no por eso no quiere ir a la posta los chicos no quiere echar, yo también antes cuando no quiere ir ahí viene su mamá vamos a ver a mi hija ya está doliendo su barriga yo le he dicho vamos cómo es eso bien fuerte doliendo yo le dicho vamos a la posta y rápido viene obstetriz llamando obstetriz que ya está gestante hay rápido tráele súbele camilla echa, yo le dicho si subes no puedes bajar si hay camino camina, no hay bajar después bajar saliendo su bebito por eso yo no casi no me ido a la posta”.

“Si entonces no puede allá en la posta yo me ido yo le he dicho ¿Te ha sobado? No dice, no me lo acomodó. Ella me dijo, a ver acomódamelo. Yo le acomodé le dije que estaba duro aquí. Si lo acomodo después ya no, ya está suave después viene la obstetriz ya está si ya está vamos voy a llevar camilla vamos ya está saliendo si no le hacía así no iba salir, sufriendo ahora estando en la posta por eso no ido cuando está doliendo mi rodilla no me ido en la posta yo le he dicho a mi paisano vete acomódale bien para que sale rápido...Yo he acomodado bien ya llega este su papá yo he dicho ya está vete a la posta después dice ya está saliendo su hija mujer. Así yo trabajo pero ahora ya no casi ya no, pero cuando viene su mamá ahí yo me ido siempre estoy trabajando... Si eso no más, su papá no está, emborrachándose embriagado... a veces yo le dicho ¿Por qué no le acompañas a tu esposa? Ten compasión de tu esposa ella sufre el dolor tienes que sujetarla, agárrale así para que nazca... yo solita, yo está agarrando yo le he dicho quiero que me paga yo he cobrado 20 soles cuando ha nacido... cuando si ha ido (el esposo) no cobro... A veces cuando ellas saben me dan jabón para que lave mi ropa eso no más”. Entrevista a Luzmila, 2016.

Haciendo el comentario sobre éste tema a una mujer mayor de la comunidad, me dijo que las parteras como Luzmila, han visto muchas veces a las mujeres luego de la revisión de los doctores u obstetras que indican que el parto tiene que ser por cesárea y tienen que viajar a Lima. Ella las revisa y les da su opinión que no es necesario una

cesárea, que el bebé está bien puesto, pero las mujeres ya no le creen. Entonces ella ya no quiere atender, porque ya no le creen.

“Le dicho ahí va nacer ahora no hace complicado para operar yo le he dicho ahora va nacer pero después yo llevar ya llévale yo no quiero ir... No dice va morir y no muere ya salido en Malvinas y viene otro vez yo le dicho espéralo, espéralo luego de un tiempo después él va doler luego va dar a luz...”.
Entrevista a Luzmila, 2016.

Hay otras mujeres que van al puesto de salud y apoyan en los partos, pero no todas son reconocidas como expertas para resolver complicaciones durante el parto o acomodar a los bebés para tener un parto natural. Las mujeres mayores afirman que ser partera es difícil y respaldan la experiencia de la partera mayor de la comunidad, Luzmila.

“Yo soy insignificante, solo era ayudante, la acompañaba a Julia. Yo le he ayudado a atender, cuando era de noche le pedía a una prima que se quedara cuidando a mis hijos para ir. Recuerdo cuando Thalía seguía con dolores luego de haber dado a luz y decía que no salía la placenta, entonces Julia la revisó y dijo que parecía que había otro bebé más, no sabía qué hacer así que nos fuimos a buscar al enfermero Gilder, de la Shell, que estaba al frente (se refiere por Shivankoreni). Le dijimos que los dolores no era de lo que no salía la placenta sino que era que había otro bebé. Gilder nos dijo ¿Cómo van a creer eso? Luego de revisarla nos dio la razón, era la gemela... Julia llegó un momento a cansarse y de estar siempre con ese temor de lo difícil que es a veces y dejó de atender. Luego la que comenzó fue Luzmila, ella sí que sabe”
Conversación con María, 2014.

Durante el estudio de línea base en salud materna, para el proyecto ejecutado por AYNI, se pudo entrevistar a uno de los antiguos promotores con más años en esta labor, el señor Tomás, dejó de ser promotor de salud en el año 2001, realizó esta labor por 20 años y lleva 35 años como pastor de la iglesia evangélica, ahora ubicada en Shivankoreni.

Él comentó que ayudaba al doctor y a la partera en la traducción, coordinación y traslado de mujeres embarazadas al centro de salud. Pero llegado un tiempo cuando

empezaron a darse muchos cambios de personal de salud, ya no lo conocían y le dijeron que no era necesario que apoyara porque no ganaba dinero, que mejor se dedicara a su chacra.

“Antes había partera y promotor por eso había capacitación, ahora como hay obstetra, doctor. Olvidado partera, olvidado promotor... Coordinaba los doctores y los promotores de salud. Antes coordinaban, pero ahora nuevos ya no, no me conocen... Usted promotor no gana, por busto usted trabajando, mejor trabaje en su chacra”. Entrevista a Tomás, 2016.

Recuerda la coordinación que hacían las parteras y él en relación al tiempo del parto y cuando estaban por nacer llamaban al doctor o a la obstetra. La partera y él llevaban al puesto de salud a las gestantes. Sin embargo, ahora se coordina y se chequea en el puesto de salud y ya no en la casa. Solo realizan los partos en casa cuando no hay doctor ni obstetra en el centro de salud.

“Antes los anteriores doctores si capacitan a los promotores. Ellos (los nuevos) no escuchan nada... No, no me avisan... Antes capacitaba, hacíamos reunión en casa, conversando... motivaba para que los promotores apoyaran... Antes había partera ahora ya no tanto... La mayoría de las mujeres embarazadas van al puesto de salud”. Entrevista a Tomás, 2016.

Conversando con una de las mujeres entrevistadas, me indicó que no todo el personal de salud atiende bien, que las costumbres están cambiándose y la partera ya no participa en el centro de salud. Le gustaría que la partera apoye en el centro de salud, aunque sería necesario ver la forma de un pago.

“(Que sepan) nuestra creencia, es decir las enfermeras para que nos atiendan bien. A veces ellas no nos tratan bien... A veces los enfermeros no más atienden. Ya no hay costumbre. Ya está cambiándose, poco a poco está cambiándose. Algunas señoras lo que tiene le da piripiri, o cacao su flema le da de ahí rápido para que pueda salir su hijo... A veces ya no pueden, algunas cuando están gestando, hay niñas de 13 años y tienen que cesarear. Algunas señoras mayores de 18 años no pueden y tiene que ir a Lima... (La partera) Ella viene a verte a ver cómo estás, como está posición. Me acomodó desde los 6 meses. Pero ella sabe recién cuando estás gestando de a 2 meses y ya sabes.

Toca y ya sabe. Ella toca aquí y cuando hay bolita sabe que está embarazada. Partera ella sabe... Eso queremos, pero acá el centro de salud dice que no... A veces ella quiere que le paguen aunque sea para su jabón, ella necesita algo, pero acá no considera. Cuando le apoya la comunidad le dan algo. Cuando la señora le apoyan le dan algo. Como su marido no trabaja". Entrevista a Alma, 2016.

Capítulo V. El parto en el puesto de salud

5.1. El parto en el puesto de salud

Desde que se inició la atención en el puesto de salud⁶⁵ (cerca de treinta años) los partos cambiaron de lugar. Las abuelas recuerdan cómo médicos y enfermeras las atendieron, algunas de ellas fueron amarradas y aun se acuerdan cómo fueron tocadas sin su consentimiento muchos minutos antes de tener las contracciones para iniciar su parto.

Actualmente (2016), basándonos en la información estadística del sistema de información salud de la Red de Servicios de la Convención, se puede conocer que el porcentaje de partos institucionales en el 2015 de la microred de Camisea fue del 66.5% (249 de 374 partos). Asimismo el porcentaje de partos institucionales en el primer semestre del 2016 fue de 62.5% (117 de 187 partos)⁶⁶.

Según la información del estudio de línea base en salud materna de la organización AYNi (2016a: 81), realizado en las comunidades de Camisea, Miaría y Timpía, el 100% de los partos en el año 2015 (31 partos) y el primer semestre del 2016 (11 partos)⁶⁷ fueron atendidos en el establecimiento de salud.

Este dato no resulta del todo confiable porque la cantidad total de partos considera los partos de la jurisdicción del establecimiento, es decir los partos que se dieron en la comunidad de Segakiato y Marankiato, donde no hay personal de salud. Sin embargo, es importante señalar la variación del lugar donde se realizan los partos en la comunidad de Camisea. Esto se puede observar luego de cuantificar solo los partos que se dieron en la comunidad durante el periodo 2011-2016, en base al registro personal de las obstetras⁶⁸. Los partos desde el 2012 se están dando mayoritariamente en el centro de salud.

⁶⁵ Revisar acápite 2.3.1.

⁶⁶ Fuente: Reporte HIS mensual del personal de salud de la Red de Servicios de Salud de la Convención de los años 2015 y 2016.

⁶⁷ El estudio se realizó en el mes de junio del 2016.

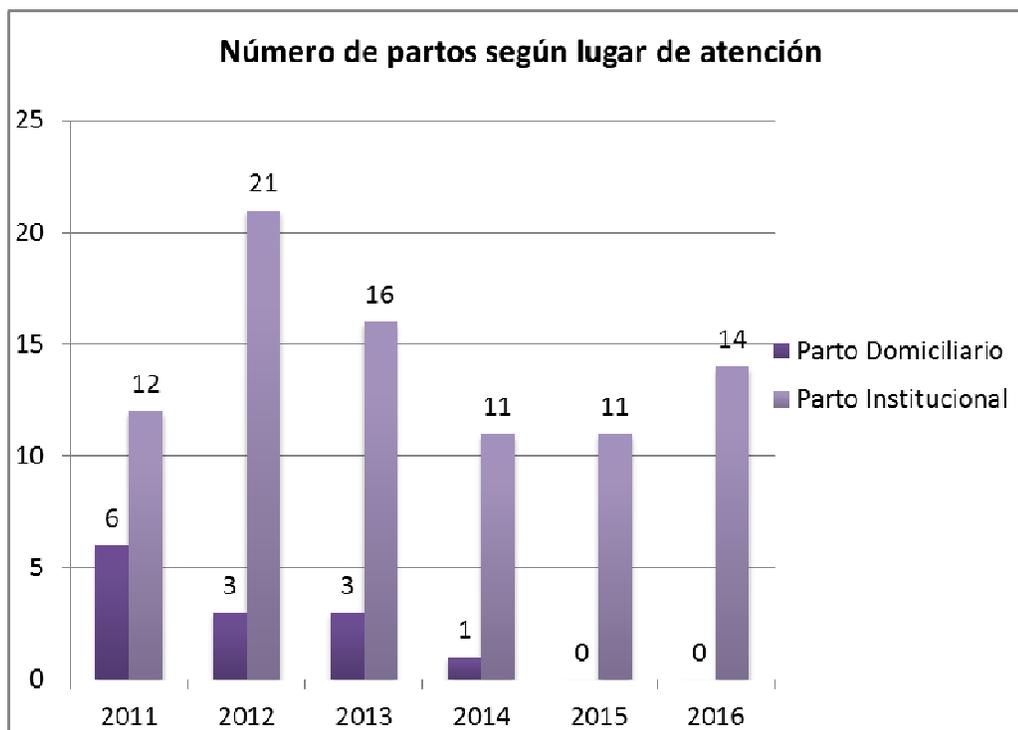
⁶⁸ Durante mis conversaciones con las obstetras revisamos de manera conjunta el cuaderno donde anotan las atenciones de los partos previo al registro oficial que hacen en el Libro de atención de partos.

Cuadro 3. Número de partos en CN Camisea según lugar de atención durante el periodo 2011-2016

Años	Parto Domiciliario	Parto Institucional	Total de partos por año
2011	6	12	18
2012	3	21	24
2013	3	16	19
2014	1	11	12
2015	0	11	11
2016	0	14	14

Elaboración propia. En base a la información de cuaderno de registro de partos.

Gráfico 1. Número de partos en CN Camisea según lugar de atención, durante el periodo 2011-2016



Elaboración propia. En base a la información de cuaderno de registro de partos.

Como se señala en otro estudio de línea base de la organización AYNI, en salud nutricional de los niños, realizado en las comunidades de Timpía, Miaría y Puerto Huallana⁶⁹, se identificó que el 91.9% de los partos se atendieron en el

⁶⁹ Realizado en Julio del 2016.

establecimiento de salud. Es importante reconocer que solo el 13.6% de los partos atendidos en los establecimientos de salud se produjeron en posición vertical (AYNI, 2016b: 12)⁷⁰. Con esto se puede evidenciar que no todo el personal de salud de la microred está preparado para la atención del parto en posición vertical, que es la posición que mayoritariamente eligen las mujeres.

En el estudio de línea base en salud materna también se consultó a las mujeres si habían sido informadas de la opción de dar parto vertical, en la microred de Camisea (Camisea, Miría y Timpía), 33% de las mujeres respondieron que fueron mal informadas o tuvieron una respuesta neutral. Este porcentaje resalta que la estrategia del Ministerio de Salud para promover el parto vertical y respetar las costumbres en torno al mismo no se está llevando a cabo eficientemente en las comunidades del Bajo Urubamba (AYNI, 2016a: 103).

En el siguiente Cuadro, sobre el personal que atendió el parto, se puede observar que a partir del 2014, la partera dejó de participar en ellos. Esto se corrobora con la información repartida en el subcapítulo 4.5 donde se habla de las parteras de Camisea.

En el Cuadro también se señala en paréntesis el número de partos que fueron atendidos por obstetras, el cual indica un aumento de la atención del parto por este personal. Esto puede deberse a que partir del 2013, hubo la presencia de dos obstetras en el Centro de Salud de Camisea. Asimismo, los asteriscos establecidos en el número de atenciones por el personal de salud en los años 2013 y 2015 se refieren a que uno los partos fueron atendidos en el Campamento Malvinas y en Lima respectivamente.

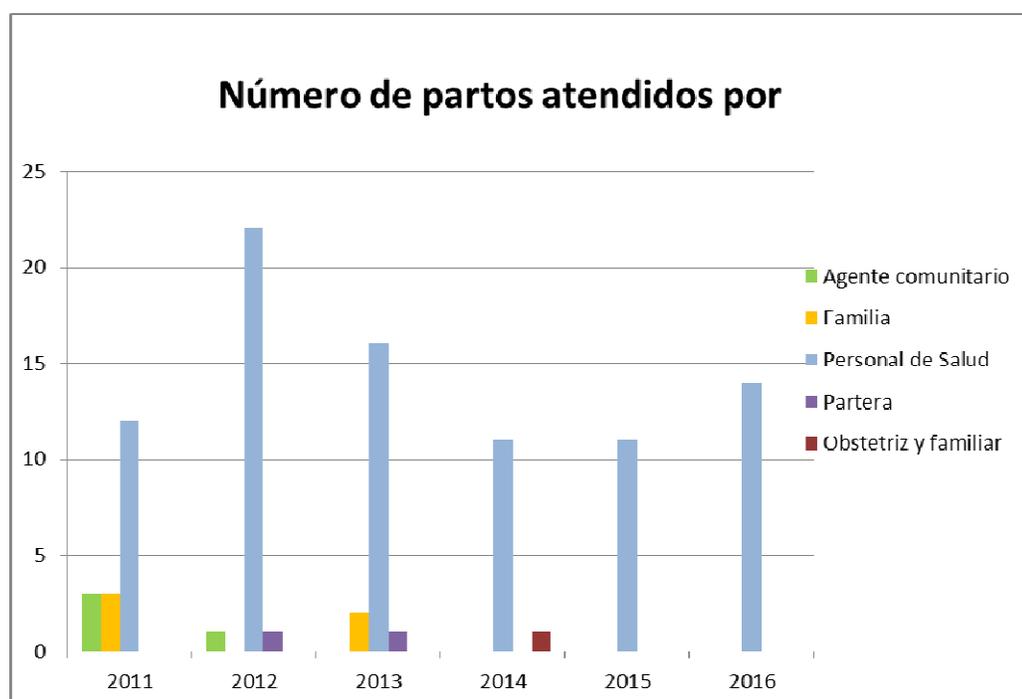
⁷⁰ Esta información pudo recogerse dado que se hizo la revisión de las historias clínicas de los niños y las madres.

Cuadro 4. Número de partos en CN Camisea atendidos durante el periodo 2011-2016, según la persona que atendió

Años	Agente comunitario	Familia	Personal de salud	Partera	Obstetriz y familiar	Total de partos atendidos por año
2011	3	3	12			18
2012	1		22 (8)	1		23
2013		2	16 (11)*	1		18
2014			11 (10)		1	11
2015			11 (8)*			11
2016			14 (14)			14

Elaboración propia. En base a la información de cuaderno de registro de partos.

Gráfico 2. Número de partos en CN Camisea atendidos durante el periodo 2011-2016, según la persona que atendió



Elaboración propia. En base a la información de cuaderno de registro de partos.

Un hecho resaltante, manifestado por el representante de la empresa Pluspetrol durante el congreso de COMARU⁷¹ en abril del 2016, fueron las más de 10 atenciones a mujeres gestantes en la unidad médica del Campamento Malvinas que

⁷¹ Realizado en la comunidad de Shivankoreni.

culminaron en la asistencia de sus partos. El mismo representante comunicó también la realización de un próximo estudio de línea base en salud, a ejecutarse con la Dirección Regional de Salud del Cusco, como parte de sus actividades enmarcadas en el Convenio que tienen para facilitar los servicios de salud en las comunidades del Bajo Urubamba.

El aumento en los partos institucionales también puede resultar del aumento en los controles de las gestantes en establecimiento de salud. En el 2015 el 82% de las mujeres gestantes han tenido al menos cuatro controles relacionados con el embarazo. En comparación a otros centros de salud donde se atienden mujeres Matsigenka como el de Kepashiato (en Alto Urubamba) que es mucho menor, 48% (AYNI, 2016a: 71).

Es importante recalcar la apreciación de las mujeres indígenas que se atienden en el centro de salud de Kepashiato que manifestaron que “hace 4 años (2013 aproximadamente) la atención era diferente, ahora son tratadas con amabilidad, antes eran atendidas con molestia” (AYNI, 2016a: 102). Esto puede deberse a que cinco años atrás se ofrecieron bonificaciones al personal de salud que trabajara en el VRAEM y la jurisdicción colindante, por medio del Decreto Legislativo 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal sanitario al servicio del estado.

5.2. Experiencias del parto en el centro de salud

Mujeres mayores y jóvenes, entre los 14 y 42 años de edad, van a dar a luz en el centro de salud. Con las estadísticas proporcionadas por el personal, se reconoce que casi la totalidad de los partos en la comunidad son institucionales desde el 2015. Las mujeres han decidido parir en el centro de salud. Existen distintos motivos por los que se ha optado no dar a luz en sus casas: para prevenir complicaciones por tener gastritis, al ser un embarazo adolescente, un parto prematuro, tener preclampsia, por pasar los cuarenta años de edad, porque hay muchas personas en la casa, entre otros.

Hombres y mujeres de la comunidad resaltan las diferencias según el lugar donde se da el parto cuando se les pregunta cómo es la costumbre de parir.

“...Agarran un palo para que empuje la mujer embarazada rápido baje, pero cuando va a posta es echada, cuando empuja no tanto puede. Pero nuestra costumbre le damos palo, agarramos acá (los brazos por la espalda) y después se baja niño y nace rápido. En la posta es echada. Mi nieta ha nacido acá (en su casa). Mi hija dio luz con su mamá y partera y luego invitaron a doctora... Antes había partera ahora no hay... La mayoría de las mujeres embarazadas van al puesto de salud... (Cuando se le preguntó porque no quería ir su hija al puesto de salud a dar a luz) No le gusta calatearse, echarse, que le agarren, de repente va enfermarse... Nosotros sabemos ya sin tocar cuando da. Depende también la mujer opera en sus partes (episiotomía) y no les gusta a la mujer... Mayoría da en posta, y algunos con la mamá atiende y la partera cuida y luego van a posta. Antes sí, no necesitaba posta, normal no más... (Ahora) cuando nace van a posta a avisar y ponen ampolla y todo normal... Mejor posición es agarrada y ayudada con su papá agarrada”. Entrevista a Tomás, 2016.

Con referencia a los testimonios de varias mujeres de Camisea que dieron a luz en el puesto de salud (ver Anexo 5), se consigue identificar que la mayoría da a luz en posición horizontal y en la camilla. En ocasiones se les obliga a cambiar su ropa por una bata. Algunas han sido alarmadas durante sus embarazos por cómo estaba posicionado el feto en los últimos meses o por tener alguna complicación de la salud como la gastritis. Les han puesto suero antes de dar a luz, que posiblemente sea con oxitocina para apurar el parto. Se les ha practicado la episiotomía, cuando la atención ha sido fuera de la microred de Camisea.

Sin embargo, a veces se da con la participación de la partera y la familia, pudiendo hacer uso de plantas medicinales. Otra característica interesante es el acompañamiento del parto con oraciones religiosas cristianas, mujeres que pertenecen a la iglesia evangélica oran en Matsigenka previo al parto, pidiendo que no haya complicaciones y que no tenga dolor su familiar al momento de parir.

En cambio, en las cabeceras de los ríos, durante el embarazo poco se las examina a las embarazadas. La atención del parto se hace en una estera y en el bosque. El esposo está presente cuando la mujer da a luz. Recién paridas van a la posta con el

bebé y la placenta. Estos casos se dan en Montetoni, Malankiato, Segundoari e Inaroato^{72,73}.

Conviene subrayar que el aumento de los partos institucionales es a través del discurso oficial del personal de salud sobre cómo deben ser y en dónde, con el propósito de prevenir las muertes maternas y perinatales⁷⁴. Se suma a esto la desvaloración del conocimiento local de la partería por las mujeres jóvenes, no solo porque ya no hay una participación más activa de las parteras, la familia y promotores de salud, sino porque las adolescentes ya no aprenden durante su primera menstruación la totalidad de conocimientos que antiguamente se transmitía durante este periodo: cómo cuidarse como mujeres y como madres, qué plantas utilizar para su salud, cómo aprender a tener paciencia, la importancia de las purgas y dietas para el cuidado del cuerpo. Igual perjuicio tuvo el cultivo y empleo invenkikis al ser prohibidos por los misioneros evangélicos y dominicos. Actualmente estas plantas son conocidas por pocas personas y su conocimiento es reservado para la familia.

Lo que además manifiestan las mujeres es la preocupación de tener una complicación previa al parto y por ello ser trasladadas a Lima para una cesárea. Por este motivo buscan otra opinión de la partera sobre el diagnóstico ofrecido en el establecimiento de salud. Al mismo tiempo se ha perdido la plena confianza en lo que la partera aconseja.

Cuando las parteras participaban en los momentos previos al parto, eran las que coordinaban para que se diera el parto en el establecimiento de salud. A pesar de ello no se ha podido revisar algún documento donde se evidencie actualmente cómo es la participación de las parteras y promotores de salud durante los partos de Camisea. Dado que en muchos de ellos está presente alguna persona de la comunidad apoyando y un familiar, resulta extraño que no se haga un registro de esta

⁷² De entrevista con obstetra del centro de salud de Camisea en el 2012.

⁷³ Marankeato se refiere al lugar de las serpientes, Sagontoari, se refiere al lugar donde crecen bastantes herbáceas llamado sagonto.

⁷⁴ Además en el último año (2016), se ha promulgado la Política Sectorial en Salud Intercultural, para promover el aceleramiento en que los servicios de salud tengan un desempeño con pertinencia étnica para mejorar la calidad de atención a población indígena.

característica que luego sea verificable en las estadísticas que maneja el establecimiento de salud.

Con respecto a la participación de la familia de las gestantes, las obstetras llaman padres “conscientes” a los que están atentos durante el parto de sus parejas. La familia acompaña a la gestante al establecimiento de salud para que sea atendida por la obstetra y/o el médico. El personal de salud no impide que estén presentes los familiares, pero en Camisea, como señala la obstetra que lleva más de cuatro años en el establecimiento, esto no es tan común como en otras comunidades que ella ha trabajado. Hay muchas madres solteras y poca participación de los maridos durante el parto.

Una de las obstetras de la microred afirmó que para realizar una buena atención es importante conocer la cultura local, esto hace que sea accesible la atención a la población. El personal reconoce que hay problemas de comunicación porque no hablan el idioma local, pero resuelven las dificultades a través de ilustraciones o gráficos. También consideran una barrera la timidez y el pudor por tocar sus cuerpos o por la presencia de un hombre⁷⁵ en la sala de parto (AYNI, 2016a: 151).

Las obstetras del Bajo Urubamba realizan acciones que promueven un trato respetuoso como por ejemplo: consultan quiénes van a participar en el parto, durante la preparación del plan de parto; supervisan el empleo de los ivenkikis y reconocen el conocimiento de las mujeres Matsigenka, ya que la planta la utilizan cuando están en siete centímetros de dilatación. Pero también se dan acciones coercitivas por el personal de salud para que la totalidad de los partos sean institucionales.

En dos comunidades del Bajo Urubamba se tuvo conocimiento durante el año 2017 que estaban siendo obligadas a parir en la posta para tener la partida de nacimiento de sus hijos.

Durante mi trabajo en la institución AYNI, en uno de los talleres con los promotores de salud de Camisea, se conversó sobre la importancia de los controles de embarazo y tener listo el plan de parto. Fue así que una promotora de Shivankoreni informó que en su comunidad la enfermera en la asamblea de la comunidad comunicó que se

⁷⁵ Hasta finales del 2017, solo había un obstetra hombre atendiendo en el Bajo Urubamba, de las 11 en total que corresponde a la microred de Kamisea, pero en la atención al parto participan los enfermeros, enfermeros técnicos incluso el dentista cuando las obstetras no están en la comunidad.

iba a tener que pagar 100 soles por el certificado de nacimiento cuando los partos no se daban en el establecimiento.

La promotora contó que inicialmente les decía a las mujeres que vayan a dar a luz al puesto de salud para no tener la multa como mecanismo para favorecer la salud de su comunidad, sin hacer crítica de este abuso por parte del personal. Luego de estar informados sobre sus derechos en decidir dónde quieren dar a luz, su libertad en decidir la forma y con quién acompañarse durante el parto, se reflexionó de manera conjunta la labor de ellos como promotores y el trato recibido por el personal de salud de su establecimiento. Los promotores quedaron en conversar con el personal de salud e informar a su junta directiva sobre este trato indebido para obligarlos a acudir al establecimiento.

5.2.1. Algunas complicaciones durante el parto en Camisea

Las complicaciones que más se registran por el personal de la microred de Camisea durante el parto son los embarazos prolongados, estreches pélvica, oligohidramnios (bajos niveles de líquido amniótico), infecciones vaginales y anemia extrema. En cuanto a las complicaciones posparto son por restos de placenta y abortos incompletos (AYNI, 2016a: 160)⁷⁶.

Haciendo la consulta a las obstetras del centro de salud sobre cuáles son las complicaciones que observan continuamente mencionan que lo más común son los embarazos en adolescentes y los partos prolongados, como también lo ha comentado la partera Luzmila y la enfermera técnica Rita Semperi de Timpía. Las complicaciones son los partos prolongados por una cabeza grande y luego por los desgarros, pero le da solución empleando baños con agua caliente y plantas medicinales para facilitar el nacimiento.

Una de las obstetras relató el caso de una retención placentaria, se quedaron restos de la placenta y tuvo que sacarlos con la mano. La madre de la mujer atendida estaba presente y mostró su molestia por la forma en que fue atendida su hija. Ese día no estaba la partera de mayor experiencia en la comunidad⁷⁷.

⁷⁶ La obstetra informa que todos los abortos son manejados en el establecimiento de salud, aunque resaltó más el hecho que las mujeres llegan al centro de salud ya con hemorragias.

⁷⁷ Entrevista a obstetra del Centro de salud de Camisea en el 2012.

Durante los talleres con los promotores de salud en Timpía en el 2016, las promotoras y parteras manifestaron que las complicaciones durante el parto se dan porque las mujeres no van a los controles, hacen mucha fuerza cargando cosas pesadas en la chacra estando embarazadas, por el consumo de mucho alcohol, infecciones urinarias, malformaciones del niño, abortos, infecciones de transmisión sexual, anemia y violencia familiar.

En la microrred se ha registrado en los últimos tres años (2014-2016) un caso de muerte materna. En el año 2015 en el puesto de salud de Miraría se diagnosticó a una mujer con pre eclampsia, fue referida al Centro de Salud Referencial de Sepahua y luego a Lima. El feto y la madre murieron por Shock Séptico⁷⁸ (AYNI, 2016a: 66). En el establecimiento de salud de Timpía se han tenido tres casos de muerte perinatal, en el año 2014 uno y en el 2015 dos (AYNI, 2016a: 68).

En el centro de salud de Camisea las complicaciones durante el parto no han tenido este término, sin embargo en el 2011 se practicaron dos cesáreas en mujeres mayores de treinta años y, del 2011 al 2015, se han atendido once partos de adolescentes (edades entre 14 y 17 años). Si bien las cesáreas se realizan cuando un parto vaginal puede generar una complicación médica, existen algunos médicos que han trabajado en la microrred que están a favor de estas intervenciones quirúrgicas si las mujeres lo solicitan, sin que hubiera una complicación⁷⁹.

La atención de adolescentes y mujeres que han tenido alguna señal de riesgo durante el embarazo y que proceden de comunidades alejadas, pueden ser más proclives a tener complicaciones durante el parto. En el año 2014, en el mes de enero se tuvo un caso procedente de la comunidad de Montetoni, jurisdicción en ese entonces del centro de salud de Camisea. La emergencia fue un parto prolongado de una

⁷⁸ El shock séptico es una insuficiencia circulatoria aguda, secundaria a una infección bacteriana. Es la forma más grave de la respuesta inflamatoria, está causada por la infección de las heridas abiertas del paciente.

⁷⁹ En el año 2012, durante un viaje a Quillabamba con los promotores y miembros del personal de salud de la microrred, conversando con el médico que en ese momento estaba a cargo del centro de salud de Camisea me explicó que él estaba de acuerdo en que las cesáreas se realicen si las mujeres lo desearan, así no existiera alguna complicación. Luego refirió que en las comunidades los embarazos de riesgo deberían practicarse cesáreas.

adolescente, la cual tuvo que ser trasladada al Campamento Malvinas (Revisar Anexo 6).

La joven de 16 años fue trasladada por la tarde al Campamento Malvinas con el objetivo de ser evacuada a Lima, pero no se logró esto porque el último vuelo había ya partido, no llegaron a tiempo. En parte fue porque los familiares no se pusieron de acuerdo, unos no tenían DNI y la pareja podría tener problemas para retornar al Bajo Urubamba por ser mayor de edad. Entonces el parto fue atendido en la unidad médica del Campamento. Inicialmente se iba a realizar una cesárea pero la familia no estaba de acuerdo y cuando por fin aceptaron la explicación ya se había dado el parto, pero lastimando todo el perineo de la adolescente, tuvo un rasgado hasta el ano, es decir de cuarto grado. Para la curación la tuvieron que amarrar. La obstetra que narró el suceso explicó cómo ella tuvo que aceptar de forma sumisa la desaprobación del médico, que entre gritos le decía que no tenía que traer a personas de la Reserva si no querían venir.

En este caso se puede advertir cómo se toman las decisiones cuando hay una emergencia. No se considera como parte del procedimiento, para realizar el servicio de salud a población indígena, la participación de un intérprete para apoyarse en la comunidad. El promotor de salud de la comunidad pudo haber viajado, incluso haberse coordinado con la partera para establecer mejor la comunicación. Aquí se pone en evidencia la importancia de tener un intérprete, un promotor de salud o partera, que apoye y coordine con los pacientes y el personal de salud, para una mejor comprensión, sobre todo cuando hay una emergencia.

En un diferente escenario, como es la unidad médica del Campamento Malvinas, se consigue observar las diferencias en el trato jerárquico, entre el personal de salud de la microred y la empresa; con gente indígena que no habla castellano y personas que provienen de zonas urbanas. Los de la microred están subyugados al apoyo en el traslado de pacientes y personal de salud que ofrece la empresa. De esta manera tienen que aceptar con resignación el maltrato.

Durante su recuperación la adolescente y su familia estuvieron unos días en el Campamento y otros en la comunidad, aprendiendo a usar utensilios y mobiliario nuevos de limpieza en la empresa. En la comunidad estuvieron hospedados en la casa

materna⁸⁰ del establecimiento, pero por elección prefirieron más tarde hospedarse con el señor Andrés Vicente (profesor jubilado), uno de los hombres mayores más reconocidos de la comunidad de Camisea. Su estadía permitió seguir la evolución de la recuperación de la adolescente y estar alertas con la salud del recién nacido.

Posteriormente la empresa facilitó el traslado de retorno a Montetoni, acompañados del personal de salud que realizaría actividades de extensión y llevaba medicamentos al puesto de salud.

Como este hecho, se dan otros casos de emergencias en las comunidades del Bajo Urubamba que no son bien referidos a establecimientos con mayor nivel de resolutiveidad. No se reconocen las características de la región para resolver las dificultades considerando todas las alternativas locales. Además es necesario conocer los cambios que ha experimentado la comunidad de Camisea. Precisamente por eso es importante la participación del técnico sanitario, los promotores y parteras. Ellos conocen a las familias, saben qué prácticas culturales siguen vigentes, la mejor forma de comunicar a los pacientes y gestantes y generar entendimiento con el personal de salud para llevar a cabo bien las atenciones.

Hay que mencionar además la importancia de los avances tecnológicos que prevengan una complicación antes, durante y después del parto. Esto pude constatar en la comunidad de Puerto Huallana cuando con el médico de la institución AYNI se hizo el uso del ecógrafo de la comunidad. El personal de salud (enfermero y obstetra en servicio) no sabía emplear el equipo. Gracias al uso por parte del médico se identificó una retención placentaria por acumulación de orina en la vejiga, impidiendo que salga la placenta. El personal ya estaba por trasladar a la parturienta a Kirigueti para luego llevarla al Campamento de Malvinas, sino era resuelto en dicho centro de salud.

⁸⁰ El centro de salud de Camisea tiene una construcción utilizada como casa materna, posee dos dormitorios con una cama cada uno, pero no está equipada completamente. El personal manifiesta la carencia de ropa de cama y utensilios de cocina. Con el proyecto ejecutado por AYNI se ha construido, a fines del 2016, un local para usarlo como cocina y sala familiar. En los meses del 2017 se aguarda la implementación de las habitaciones. Hay que mencionar además que el técnico sanitario, Guillermo Ríos, indicó la importancia de tener la casa materna en la comunidad. Muchas mujeres (incluidas sus familias) de otras comunidades como Miaria, Sensa, Montetoni, se benefician de este ambiente. Su tiempo promedio de estadía es de 3 a 4 días.

Actualmente en el centro de salud de Camisea se tiene un ecógrafo portátil y dos obstetras están capacitadas para emplearlo, pero el principal problema con estos equipos en el Bajo Urubamba es su pronto deterioro por los constantes cambios del voltaje que tiene el fluido eléctrico en la comunidad, el equipo de Camisea se arruinó muy pronto. Recién a finales del 2016 se le ha dotado de uno nuevo. La importancia de este equipo es su portabilidad, se puede emplear en comunidades y anexos alejados, permitiendo hacer mejor las referencias de una emergencia o mejorar la atención de las obstetras.

Otra dificultad observada en el servicio de salud fue en el 2014 cuando por casi un año el centro de salud tuvo que ser trasladado al local del albergue estudiantil, por la remodelación del inmueble. Se instaló la sala de odontología en un área abierta. En un cuarto se instaló la sala de partos, tapando las ventanas con unas telas que hicieron de cortinas, los niños se acercaban a ver por curiosidad. El cuarto que hacía de consultorio de la obstetra era también para guardar los materiales e instrumentos de odontología. Todavía al presente se tiene este problema de espacio, la sala y consultorio ginecológico acumula muebles y equipos que ya no están en uso, lo que incomoda a las parturientas y familia durante el parto.

5.3. El manejo de la fertilidad

El centro de salud ofrece el servicio de control de la natalidad, es ahora disponible en las comunidades, aunque aún no es extendido. Quienes mayormente emplean los anticonceptivos son mujeres de 15 a 32 años. El método más usado es la ampolla trimestral, seguido por las píldoras. Son muy pocas mujeres que utilizan el dispositivo intrauterino (DIU)⁸¹. En el año 2012, según la información dada por la obstetra del centro de salud de Camisea, todas las mujeres (entre 25 y 30 años de edad) que usaban inyectables habían aumentado de peso, a excepción de tres mujeres que usaron píldoras anticonceptivas.

Las y los promotores de salud reflexionan que las mujeres que tienen muchos hijos, ponen en riesgo su salud y la vida de sus hijos, puesto que los hombres no se podrían hacer cargo de tantos; hay mujeres jóvenes que parecen más viejas, por muchos hijos

⁸¹ Más conocido como T de cobre.

que empezaron a tener a temprana edad, a partir 19 o 22 años. Comentaron que las razones por las que antes se tenían muchos hijos eran: los hombres tenían dos mujeres, incluso algunos han tenido cinco mujeres y por eso habían muchos hijos; antes había más alimento de lo que se pescaba y cazaba animales, ahora los animales están lejos y su número ha disminuido debido al aumento de población; antes casi no se enfermaban, eran sanos y comían bastante; antes no se pensaba sobre el número de hijos que se iba a tener.

Las y los promotores opinan que esta idea está cambiando; algunas parejas dialogan y se ponen de acuerdo porque hay poco alimento por eso hay desnutrición y anemia en los niños. Por eso consideran necesario la planificación para la educación, salud y alimentación de los hijos.

Un promotor de la cabecera de Camisea, cercano al asentamiento de Montetoni, comentó que él tiene dos esposas y que conversando los tres juntos han visto que es mejor no tener muchos hijos porque no hay suficiente dinero para educar y cuidarlos a todos. Por esa razón ahora se cuidan para esperar cada 2 años el tener hijos.

Si bien los hombres trabajan en las empresas, el dinero no es suficiente cuando son varios hijos. Luego empieza a manifestarse el maltrato a la mujer en el hogar, los abortos clandestinos y se contraen enfermedades de transmisión sexual. Las mujeres en conversaciones personales expresan su preocupación porque las temporadas en que sus parejas trabajan fuera, ellas tienen que hacerse cargo de la chacra, y el cuidado de los hijos solas. A veces no tienen dinero para comprar alimento, cuando este escasea en su chacra y bosque en época de invierno. Y al retorno de sus parejas a la comunidad muchos solo quieren descansar, ya no quieren trabajar en la chacra como antes.

Esta situación, al igual que el inicio de la actividad sexual en la adolescencia temprana (como se verá posteriormente), propicia que las mujeres decidan por la interrupción del embarazo.

Pueden preparar un remedio para abortar o preguntando a una mujer mayor y experimentada para realizarlo. Izquierdo y Shepard (2003: 834), mencionan que no existe estigma relacionado a la práctica del aborto, aunque ahora puede observarse lo contrario desde la introducción de la iglesia evangélica. El tema es poco hablado y

resuelto de manera escondida. El aborto es visto como pecado, pero también hay evangélicos que piensan que tener hijos que no se quieren⁸², es también pecado. Aunque sea mal visto el aborto, se sigue dando en la comunidad.

Sin embargo teniendo conversaciones con las mujeres de otras comunidades como Puerto Huallana y Timpía se tiene otra apreciación sobre la definición de cuántos hijos tener. En la comunidad de Puerto Huallana, durante la realización de un grupo focal para el estudio de línea base en nutrición infantil en julio del 2016 para AYNI, algunas mujeres identificaron que el alto número de hijos se da porque los esposos no quieren que usen algún tipo de anticonceptivo, por eso se dificulta la toma de decisión para acceder a ellos.

El mismo caso se da en Timpía, la mayoría de las mujeres en edad fértil se cuida, aunque los hombres no están de acuerdo porque creen que sus parejas van a estar con otros hombres. Por eso diez de al menos treinta mujeres que usan anticonceptivos lo hacen sin que sepa el esposo. Algunos piensan que los anticonceptivos, principalmente la DIU, producen cáncer o que los hijos pueden salir con malformaciones. Hay otras que conocen qué plantas sirven para no tener hijos y las emplean, pero actualmente esto no es una práctica común. Existen varias plantas que solo las mujeres conocedoras utilizan como anticonceptivas o preparan los brebajes a algunas mujeres que optan por las plantas medicinales para que no tengan hijos. Muchas de ellas se emplean durante la menstruación (se pueden revisar en el Anexo 4).

A partir de la década del 2000 ha aumentado la población mestiza en las comunidades del Bajo Urubamba. Camisea, al encontrarse en la confluencia de los ríos Urubamba y Camisea, es un lugar para descansar y pernoctar cuando son largos los viajes en dirección a comunidades de la cabecera del Camisea y Cashiriari o al bajo del Urubamba con dirección a Atalaya.

Con la presencia de obreros para las obras de infraestructura ejecutadas por el municipio, militares, trabajadores de las ONG's, hombres de las cabeceras de los ríos en busca de trabajo, se ha modificado la cara masculina de la comunidad.

⁸² Hijos que no se los alimenta o educa, o que no se los trae para que vivan bien, es pecado.

Precisamente, algunas madres llevan a sus hijas de catorce y quince años al centro de salud para que empiecen a tomar pastillas o usar inyectables y prevenir el embarazo mientras están estudiando.

5.3.1. El embarazo adolescente

Los promotores de salud de la jurisdicción del Centro de salud de Camisea consideran que el inicio de las relaciones sexuales es entre los 10 a 12 años, y es visible que hay jóvenes que muy pronto se embarazan y son sus padres los que tienen que criar a sus hijos porque no está la pareja. En otras comunidades, como la comunidad de Miraría del pueblo Yine, el panorama es similar, aún persiste un alto número de embarazos adolescentes.

En el centro de salud de Camisea se han identificado 3 adolescentes gestantes en el primer semestre del 2016. El 21% de las embarazadas (3 de 14) son adolescentes, en comparación a la comunidad Timpía donde solo es el 12% (AYNI, 2016a: 76).

“Las mujeres a partir de los 13 años empiezan a embarazarse. Informamos que el embarazo a temprana edad es riesgoso y a los hombres en la ciudad es considerado violación y pueden estar encerrados muchos años o tener cadena perpetua... Las relaciones se empiezan jóvenes, los chicos piden preservativos... dicen que no es igual, la gente colona usa más. Se usa más las ampollas de tres meses, la píldora también”. Entrevista a Rita Semperi, 2016.

Los estudiantes indican que inician su vida sexual a partir de los 11 o 12 años. Las mujeres usan inyectables y los hombres solicitan condones en el centro de salud de Camisea. Las estudiantes, piensan que sería bueno tener clases de educación sexual desde segundo de secundaria. Muchos adolescentes hombres y mujeres, tienen sus inicios de vida sexual en esa época. Algunas veces tienen sexo porque les piden prueba de que los quieren, otras veces son forzadas cuando están borrachas. Hay estudiantes que han quedado embarazadas de esta manera.

Las madres de las estudiantes, las que participan en la iglesia evangélica, no están de acuerdo que sus hijas tengan relaciones sexuales mientras están estudiando, pero también hay casos opuestos donde existe el consentimiento de los padres para que las hijas adolescentes establezcan una familia. Como resultado de estos embarazos se presenta la deserción escolar y universitaria de las jóvenes mujeres. Se ha observado

el apoyo de las abuelas que cuidan a los nietos para que las jóvenes madres retornen a los estudios.

Frente a esta situación, el personal de salud considera como riesgoso los embarazos de las adolescentes, a diferencia de las mujeres de la comunidad que reconocen que se puede tener el parto natural sin preocupaciones.

En el año 2017, en la comunidad de Shivankoreni se hizo una referencia al centro de salud de Camisea de una gestante de 15 años de edad, fue finalmente transferida a Lima para realizarle una cesárea porque ya habían pasado los nueve meses. Como la gestante era hija de una señora que conozco, realicé el seguimiento de su atención.

Su gestación no era mayor a 40 semanas, el diagnóstico fue equivocado y tuvieron que esperar cerca de dos semanas para tener un parto natural en Lima. El personal de salud de Camisea prefiere hacer la referencia de los embarazos adolescentes para no asumir la responsabilidad de atender a las jóvenes mujeres durante sus partos. Sin considerar los gastos que tienen que realizar los familiares y las embarazadas durante su estadía en Quillabamba o Lima, destinos de las referencias en caso de un embarazo riesgoso.

5.3.2. Las infecciones de transmisión sexual

Según Izquierdo y Shepard (2003) las enfermedades de transmisión sexual fueron traídas a la región del Urubamba durante las exploraciones petroleras de la empresa Shell en los inicios de los ochenta (Izquierdo y Shepard, 2003: 834)

Durante el periodo 2011-2012 que laboré en Flora Tristán conocí a personas que trabajaron para las empresas dedicadas a la extracción del gas de Camisea. Por ellos pude conocer historias sobre la influencia de hombres mestizos en los trabajadores locales nativos, quienes les hacían ver videos pornográficos en los diferentes campamentos establecidos en el lote 56. Con “los nuevos” comportamientos sexuales visualizados, al retornar a sus comunidades fueron una nueva demanda a sus esposas.

La distribución de pornografía puede haberse masificado desde el fuerte ingreso de la economía monetaria en las comunidades, dado que en el año 2014 pude observar en celulares que manipulaban hombres jóvenes, que tenía de espectadores varios niños y adolescentes, videos con contenido sexual.

En conversaciones con mujeres jóvenes de la comunidad, informaron que esta situación sigue dándose, los jóvenes que van a trabajar a las empresas cuentan que otros hombres (mestizos) les muestran videos y películas a través de los celulares y computadoras. Actualmente, en el 2017, se han dado casos en que hombres han compartido los videos pornográficos caseros donde exponen a sus parejas.

La enfermera técnica Matsigenka del puesto de salud de Timpía, recuerda que hace aproximadamente 13 años comenzaron a llegar pacientes con enfermedades como la gonorrea, sífilis, mayormente hombres.

En la comunidad de Camisea no se ha identificado aún un caso de VIH, sin embargo se tiene información para el 2016 que la microrred de Camisea ha atendido a dos gestantes seropositivas pertenecientes a la jurisdicción del puesto de salud de Timpía y al centro de salud de Camisea. En el año 2015 fueron atendidas siete personas con el virus en la microrred.

El mayor número de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) son sífilis y Hepatitis C, Camisea ha reportado dos casos del primero. En conversaciones con las obstetras del centro de salud, registraron la presencia de casos de gonorrea en adolescentes de 16 y 17 años (en el 2012) en la comunidad de Segakiato. En la misma comunidad un hombre falleció con SIDA (en el 2016) y ha contagiado a tres mujeres, una de ellas gestante que recibió el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA). Lo preocupante de Segakiato es su proximidad con la Reserva Territorial Kugapakori, Nahua, Nanti ya que en Montetoni se ha identificado un caso de sífilis.

“...Si antes había acá en Camisea. Alumnas del colegio, de ahí había tratamiento de salud y se ha desaparecido... A veces acá viene la gente desconocidos de Sepahua. Los trabajadores vienen y los colegiales han tenido eso, han tenido sífilis. (Pregunto sobre la gente de Montetoni)...Ellos no, vienen a buscar trabajo y cuando tienen dinero se van. Acá no se juntan. Había antes familias de Montetoni, pero ya se han ido. Vivían un año”. Entrevista a Alma, 2016.

Si bien casos de VIH en gestantes no se han dado aún en la comunidad de Camisea, es importante reconocer la preocupación que existe en la población por las ITS. Un

cambio en la atención de las gestantes, que al ser seropositivas, podría asustarlas y preferir la atención de sus familiares o parteras, ya que sin la explicación previa del personal de salud sobre la indumentaria que están obligados a usar en estos casos, el empleo de más utensilios de barrera o una posible cesárea, son situaciones nuevas que vivirían en el centro de salud las mujeres de las cabeceras. Las gestantes seropositivas de tomar la decisión de ser atendidas por agentes comunitarios de salud o familiares, podrían exponer a más personas de la comunidad y al recién nacido su contagio.

Promotores y personal de salud concuerdan en que los principales focos de las ITS son Sepahua y Atalaya. Esto se da por los continuos viajes que realizan los hombres a dichas localidades para actividades comerciales. También, informan que debido al aumento de hombres foráneos que laboraban en proyectos de infraestructura del municipio de Echarate, se identificaron más casos de gonorrea y sífilis.

El técnico sanitario de la comunidad de Camisea, atribuye el aumento de las infecciones de transmisión sexual, y los problemas de violencia contra las mujeres, al inicio de actividades productivas fuera de la comunidad lo que ha conllevado a tener más de una o dos parejas sexuales activas.

“Cuando los maridos se iban a trabajar dos o tres meses a Sepahua y la esposa ya se buscaba otro y el hombre también. Ahora las mujeres que salen a trabajar a Nuevo Mundo, Sepahua, los esposos también, los niños se quedan en la casa con otros familiares”. Entrevista a José, 2016.

Dentro de las estrategias sanitarias para prevenir las infecciones de transmisión sexual se realizan charlas convocadas por el personal de salud, las cuales se llevan a cabo en el salón comunal. Con respecto a los chequeos ginecológicos es casi imposible realizar el Papanicolaou a las mujeres de las cabeceras de los ríos del Bajo Urubamba.

Existen quejas de las mujeres porque son revisadas, pero no les avisan para entregarles los resultados y a veces les tienen que repetir los exámenes, dado que las muestras se echan a perder durante su traslado a Quillabamba. Es por eso que las mujeres prefieren viajar a Quillabamba o Atalaya para hacerse los chequeos de forma particular. Las hijas de las mujeres mayores de la comunidad señalan que sus madres

no se realizan los chequeos por vergüenza o miedo de ser vistas y tocadas. Por eso les gustaría que se explicara mejor y en su idioma la importancia de realizar este examen.

En el año 2012, al conversar con la obstetra de Centro de Salud de Camisea, me informó que en la comunidad había cuatro casos de cervicitis crónica. Las mujeres tenían entre los 23 y 42 años de edad. Una de las mujeres con cervicitis me comentó que al no resolver su malestar estuvo en un tratamiento con plantas medicinales que le dieron en un centro naturista en Atalaya. Durante mis visitas a la comunidad me solicitaba que le trajera un plantón de guanábana para tener la planta medicinal en su chacra.

5.4. Preferencias del parto en Camisea

Ilustración 12. El parto soñado, eligiendo la forma de parir



Fuente: Dibujo de Yaquemilsa Matiashi Vicente, 2018.

Una de las actividades para el registro de información sobre las prácticas actuales del parto, fue la realización de un taller en coordinación con las obstetras del centro de salud con el objetivo de conocer las preferencias al parir (Revisar Cuadro 5). Fueron doce las mujeres que participaron, incluyendo a la partera Luzmila.

Se hizo una comparación de cómo se daba a luz antes de la presencia del puesto de salud y cómo es ahora. Finalizando con una reflexión de cómo quieren que sea el parto.

Las mujeres participantes señalaron que respecto al lugar, el parto tiene que darse en el centro de salud como prevención. La atención es con la obstetra y la partera, y con la presencia de la familia. Si participa alguna enfermera, que sea mujer. Solo aceptan la presencia de personal de salud hombre si existe alguna complicación en el parto.

Con respecto a la vestimenta las mujeres dijeron que no deben estar obligadas a usar bata, es la mujer quien debe decidir si la usa o se queda con la falda o cushma. Además, se mencionó que la mujer debe de elegir la posición de cómo quiere parir, arrodillada, de cuclillas o echada como muchas veces se da en el establecimiento de salud.

Cuadro 5. Resultados del taller sobre preferencias al parir

Temas	Antes	Ahora	Reflexión (preferencia)
Dónde se Realiza el parto	Casa, chacra, monte, canoa.	Centro de salud, casa, hospital de la ciudad de Lima.	Dar en el centro de salud, para prevención (todas dijeron esto en la actividad, ya no estaba Luzmila).
Con quién se realiza el parto (quién ayuda)	Partera, esposo, mamá, familia	Obstetrix, partera, médico, enfermera.	Dar con obstetrix, partera, familia (mamá), enfermeras (pero que sean mujeres), no hombres porque después nos van a ver, después de nacido normal que entren. Si hay una complicación, se acepta hombres. El esposo sí puede participar.
Cuándo se da a luz	Cabeza caliente, dolor fuerte de barriga. Se ve el pulso en la muñeca.	Obstetrix aconseja cuándo pujar Cuando hay dolor fuerte en la barriga. La mujer decide cuándo. Nos meten su mano (obstetrix) para ver si bebé está durmiendo.	Mamá decide cómo dar a luz, no decide la obstetrix. Las primerizas tienen que tener consejo al dar a luz.
Cuándo se corta el cordón	Hasta que salga la placenta. Primero se amarra con algodón y se corta con paca o caña brava.	Sale el bebé y se corta (si es largo el cordón) Se corta con tijera, guillete, bisturí, ganchito (clamp).	Esperar a que salga la placenta, si demora, cortar el cordón, sino se enfría la mamá.
Qué se hace con la placenta	Se entierra.	Se entierra. Los que nacen en Lima no	Dar placenta para que se entierre. A la partera o

Temas	Antes	Ahora	Reflexión (preferencia)
		sabemos qué hacen con la placenta	familiar.
Cómo se da a luz (tipo de ropa)	Cushma	Bata, falda. Se saca calzón	Con falda, con bata, como quiera la mujer.
Cómo se calma el dolor	Con agua hervida sobar cintura, la partera con hierbas, malva.	Respirando, con malva.	Tomar malva junto con la clara de huevo batida.
Cómo se facilita el parto	Preguntar a la partera.	Cuando van a la posta no tomamos ivénkikis. Solo se toma malva y clara de huevos, otras comen chocolates. Algunas toman plantas.	Caminar, usar hierbas, las que saben usar (depende de cada mujer y partera).
Posiciones durante el parto	Arrodillada (de cuclillas).	Echada, depende de la gestante.	Depende de cada mujer como quiere.
Creencias	No cocinar brea, caucho porque se muere bebé, se pega en el vientre (durante los primeros 5 meses). El hombre no tiene que embrear canoa. No comer Anotera, sino se pega la placenta. Se toma más caldo, masato dulce y chapo para tener más leche.	No comer sal sino se caen los dientes. Masato dulce para la leche.	Depende de cada mujer si se tiene una dieta completa. Tomar mucho líquido depende de cada una. Para recuperar energía, tener leche tomar chapo, también masato pero dulce.
Cuidados Posparto	Se cuidaban un mes después del parto, la mamá ayudaba.	No se descansa un mes sino 3 días o 1 semana.	Capacitar a los esposos para que comprendan. Descansar al menos una semana completa.

Al consultar en qué momento se da a luz, se expresó que antes se decía que al tener la cabeza muy caliente y dolor fuerte en la barriga era el momento de parir, que actualmente la obstetra aconseja cuándo pujar y que algunas les meten la mano para ver si el bebé está durmiendo. En la reflexión dijeron que la mamá es la que debe de decidir cómo dar a luz, que la obstetra no es quien decide, y las primerizas tienen que recibir consejo para saber dar a luz.

Por otra parte, las acciones reclamadas para facilitar el parto son el empleo de plantas medicinales. Se tiene que caminar y tomar plantas e ivenkikis que cada familia sabe manejar. Sin embargo, todas coincidieron que el tomar malva mezclada con clara de huevo ayuda a calmar el dolor y que el bebé salga fácil.

Posterior a las preferencias de cómo dar a luz, se habló del alumbramiento, qué se hace con la placenta y el cordón umbilical. En la reflexión se expresó que hay que esperar a que salga la placenta para luego cortar el cordón, pero que si se demora mucho sí se puede cortar antes. La costumbre de las mujeres al corte del cordón umbilical se enfrenta a la práctica de las obstetras, el corte del cordón es antes de que la placenta salga y cuando aún está latiendo.

Otra acción que todas las mujeres realizan es el entierro de la placenta, es por ello que el personal de salud debe de entregar la placenta a la partera o al familiar que está acompañando el parto.

Con respecto a los cuidados posteriores al parto, las mujeres coincidieron que es decisión de cada mujer si elige hacer dieta (restricción alimenticia estricta) o no. Recomendaron el tomar chapo y masato dulce para tener fuerza y aumentar la producción de leche.

Todas las mujeres presentes pidieron que se “*les capacite*” a los esposos para que entiendan que deben de descansar más tiempo para no tener sexo tan pronto. Actualmente les piden tener sexo a la semana de haber dado a luz y antes era al menos un mes.

Los resultados de esta actividad demuestran la aceptación y flexibilidad de parir en el puesto de salud con personal de salud masculino cuando existe alguna complicación.

Si bien no lo mencionaron como derecho de las gestantes, hablaron de la elección de las mujeres en torno a la posición de dar a luz como ellas prefieran, el usar su vestimenta, en vez de bata, y el momento de empezar a pujar. Igualmente con respecto a llevar a cabo la dieta posparto, si bien era una acción que antiguamente todas las mujeres realizaban ahora lo consideran como una elección de cada mujer de hacerlo o no.

Lo que se aprecia menos negociable y hacen referencias a prácticas culturales, son el empleo de plantas medicinales para facilitar el parto, que el corte del cordón umbilical sea luego de que la placenta salga y que se les entregue la placenta para su entierro.

Considerar las preferencias mencionadas por las mujeres es trascendental para mejorar la atención de salud, pero también como reconocimiento del saber indígena, que promueve “el fortalecimiento de los sistemas médicos indígenas que está íntimamente relacionado a la revitalización de los pueblos indígenas a través de la reafirmación de su identidad étnica” (Reátegui, 2008 citado en Pesantes, 2014: 18-19), más aún si es al inicio de la vida.

CONCLUSIONES

Conocer sobre las prácticas culturales relacionadas al parto, nos permite identificar que no solo están sujetas a dicho momento, sino que están vinculadas con todo el ciclo reproductivo de las mujeres, el vínculo social y del entorno.

Aunque actualmente las costumbres de la primera menstruación están siendo dejados o adecuados a los tiempos de la vida escolar, desde la menarquía se aprende a cuidar el cuerpo y emplear vegetales que favorecen la salud, la fertilidad y un parto con menos complicaciones. Los periodos de reclusión que se dan en la primera menstruación son parte de las prácticas de las mujeres y juegan un papel importante porque en ese momento se reciben conocimientos especiales de mujeres mayores de su familia materna, pero también aprenden a tener paciencia y fuerza.

Se ha podido identificar las innumerables restricciones alimenticias y de acciones que tanto gestantes como parejas deben realizar para no afectar en la salud del feto y en cómo se da el proceso de parto. Dichas restricciones están vinculadas con la mitología Matsigenka, específicamente las que hablan de Kashiri (Luna), su mujer Matsigenka (la muerte de ella) y el nacimiento de sus hijos.

Asimismo se ha podido reconocer cómo ciertos cuidados de los recién nacidos están relacionados también con estar vigilantes a ciertos animales (insectos en su mayoría) que se hacen referencia en los mitos. Además de referir a las plantas empleadas para los cuidados de los niños que guardan relación con los insectos mencionados.

Las mujeres tienen una especial preocupación por las complicaciones del parto con hemorragias, lo cual es destacable en el número de plantas mencionadas. Se ha podido reconocer también algunas plantas, que según su raíz lingüística hacen alusión a la placenta y al cordón umbilical, de esta manera se puede dilucidar no solo su importancia medicinal sino también cultural. La planta *moguto* (ombligo o cordón) es la más destacable y empleada luego del parto. Otra de las plantas es *omogútotsa inkite* (cordón del cielo), aunque poco mencionada por las mujeres es importante en la cosmología Matsigenka, al hacer referencia a la relación de los humanos Matsigenka con los seres del cielo.

Sobre la influencia de agentes externos ligados a las actividades petroleras, la

presencia de diferentes actores ha acelerado el desarrollo económico monetario en la comunidad, pero sobre todo la convivencia añosa que se tiene con el centro de salud, el centro educativo y la iglesia evangélica han afectado en la legitimación de las prácticas Matsigenka. Las cuales son vistas, por ejemplo, para la iglesia evangélica como una relación diabólica el criar ivenkikis; el centro educativo ha apremiado la relación entre hombres y mujeres desde edad muy temprana, reduciéndose el periodo de aprendizaje en la familia durante la adolescencia, como es el caso de la reclusión en la menarquía; y el centro de salud limitando la participación de las parteras y con ella el conocimiento que las mujeres manejan sobre los cuidados femeninos durante el embarazo y parto.

Simultáneamente, hoy en día, se presentan más casos de madres solteras jóvenes, que está conectado con la disminución del interés por llevar las prácticas de cuidados respecto de los padres, hombres jóvenes.

Las mujeres Matsigenka de Camsiea dan a luz mayoritariamente en el establecimiento de salud y son atendidas por obstetras mujeres. Como hemos señalado, las mujeres están de acuerdo, sobre todo las jóvenes, parir en el centro de salud, pero expresan su incomodidad en la atención porque no pueden dar a luz en cuclillas y con su ropa; algunos de sus partos son apurados al igual que el corte del cordón umbilical; no siempre se permite la participación de la familia y las parteras; también por la manera de informar los diagnósticos de embarazos con riesgo sin el apoyo de una intérprete.

Simultáneamente a la atención recibida en el establecimiento de salud, las mujeres embarazadas solicitan el diagnóstico de las parteras para un posible acomodo de los bebés, sin existir una coordinación con el personal de salud. En comparación a otras comunidades donde parteras y promotores de salud participan durante la atención del parto, coordinando con el personal de salud, en Camisea se evidencia un desinterés por articular con las parteras y promotores, quienes podrían favorecer en comunicar a las gestantes los cuidados durante el embarazo, dar un mejor diagnóstico durante el embarazo y llevar a cabo bien las referencias de emergencias obstétricas al actuar de intérpretes.

Por otro lado, hay que destacar que en la atención de las obstetras existe

consideración con las mujeres para que empleen sus plantas medicinales para facilitar el parto, la posibilidad que dan a la familia para realizar el corte del cordón umbilical para el padrino y la facilidad que dan a la parturienta y acompañantes para llevar a cabo el baño-limpieza después del parto. Además, es reconocida la importancia de la casa materna para las mujeres gestantes de comunidades alejadas para que los embarazos riesgosos sean atendidos en el centro de salud y posteriormente dar seguimiento a las madres.

Estos avances, aunque limitados, corresponden con la aplicación de la “Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural”. No obstante, el personal de salud debería de informarse más sobre el empleo de los *ivenkikis* y otras plantas medicinales que favorecen el cuidado de las mujeres gestantes y puerperas al igual que del recién nacido. No en vano existen 87 plantas para este fin que fueron mencionados, por promotores, parteras y mujeres de Camisea y alrededores.

Del mismo modo se pone en evidencia que el sistema médico occidental solo considera las plantas como un recurso biológico y ciertas prácticas culturales como estrategia para elevar el número de partos institucionales, que concierne a las estrategias sanitarias para reducir la mortalidad materna, mas no volver más pertinente la atención del parto según la cultura y la participación de los agentes de salud propios de la comunidad.

Para los Matsigenka el parto no es solo entendido como un evento biológico, es un suceso que contiene significancias sociales y culturales. Precisamente por ello tener conocimiento de las prácticas culturales durante el embarazo, parto y puerperio es indispensable para una mejor atención en el establecimiento de salud.

Las mujeres han mencionado, como parte de sus preferencias actuales en el parto, que el corte del cordón umbilical sea luego de que la placenta haya salido y que ésta sea entregada para hacer su entierro. Ambas acciones resultan no negociables, son imprescindibles para mantener un equilibrio en la salud del nuevo integrante y de la familia. Aunque la realización de estas prácticas culturales se redefinen con cada nuevo personal en el establecimiento, entre las negociaciones de quién participa en el parto y el reconocimiento de las prácticas Matsigenka.

Lo que antiguamente era un evento familiar, en casa y mayoritariamente femenino, ahora las mujeres han optado dar a luz en el establecimiento de salud como prevención a una complicación durante el parto en las casas, sin embargo prefieren el personal de salud femenino y la participación de la partera y familiares.

La vestimenta, la posición de la gestante durante el parto y las dietas posparto que antiguamente era una regla de conducta de las mujeres expresada en la censura social, sobre todo de las mujeres mayores, son ahora consideradas como una elección para las mujeres, su derecho a decidir.

Como hemos querido demostrar, el conocimiento de las costumbres y prácticas en torno al parto-nacimiento no solo son importantes para una mejor atención en los servicios de salud, con pertinencia cultural, sino que son valiosos en la construcción de la identidad como pueblo Matsigenka y en el fortalecimiento y reconocimiento del saber de las mujeres indígenas.

BIBLIOGRAFÍA

ALARCÓN, Ana; VIDAL, Aldo y Jaime NEIRA

2003 Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile* 131(9): 1061-1065. <<http://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v131n9/art14.pdf>>. [Consulta: 28 de octubre de 2018].

ALCÁNTARA, Gustavo

2008 La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación* 9(1): 93-107.

APARICIO, Manuel

1999 *De Vilcabamba a Camisea. Historiografía de la provincia de La Convención*. Cusco, Editorial Universitaria UNSAAC – Siglo XX.

APRISABAC

1995 *Formas tradicionales de planificación familiar rural*. Cajamarca, Perú.

ARIAS, Esteban

2003 *Mitología de los Matsigenka que pueblan el río Picha*. Primera Edición: Febrero del 2003. Impreso en el Perú.

AYNI

2016a *Línea de base sobre la situación de la salud materna en el Bajo y Medio Urubamba*. Cusco, Perú.

2016b *Diagnóstico nutricional de niñas y niños menores de 5 años de 3 comunidades nativas del distrito de Megantoni*. La Convención. Cusco, Perú.

BAER, Gerhard

2005 Los matsiguenga en el tiempo y en el espacio. En: Silva, Giovanna y Ugarte, Alfredo. Editores *El rostro Amazónico del Cusco*. Perú: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales, UNMSM: 85-93.

1994 *Cosmología y shamanismo de los Matsigenka (Perú oriental)*. Quito: Abya-Yala.

BANT, Astrid y Angélica MOTTA

2001 *Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali. Género y salud reproductiva*. Movimiento Manuela Ramos. Lima-Perú.

BELAUNDE, Luisa

2008 *El recuerdo de Luna Género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos*. Lima: CAAAP.

BERTRAND-ROUSSEAU, Pierrette

1986 La concepción del hombre entre los shipibos: estudio de algunas nociones. *Anthropologica* (4): 91-114.

CAMINO, Alejandro

1973 Algunos factores del cambio socioecológico en el Alto Urubamba. *Estudios Andinos*. 3 (9): 119-138.

CARE-PERÚ

2002 *Percepciones y prácticas de salud en la Amazonía. Investigación participativa con comunidades Kichwas y Aguarunas*. Lima, Perú: CARE-Perú. Programa Frontera Selva.

CBC y ASOCIACIÓN ARARIWA

2009 *Gasto Público y Canon en el Perú: Análisis y recomendaciones para el mejor aprovechamiento de las rentas del gas de Camisea*.

CENTRO CULTURAL JOSÉ PÍO AZA

2007 *La vida del pueblo Matsigenka. Aporte etnográfico de los Misioneros Dominicos al estudio de la Cultura Matsigenka (1923 - 1978)*. Lima.

COMISIÓN INTERMINISTERIAL DE ASUNTOS SOCIALES

- 2008 Informe del Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú - 2008. Resumen Ejecutivo
<<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/048038.pdf>>. [Consulta: 28 de octubre de 2018].

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

- 2011 Proyecto de Ley N° 1158/2011-CR: Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y de la Salud de la Mujer Gestante. Lima, Perú.

CONSORCIO CONSTRUCTOR DUCTOS DEL SUR

- 2016 *AMPI. Botiquín Verde. Plantas medicinales utilizadas en cinco comunidades Matsigenka*. N&P Forest Wood Work.

DAVIS, Patricia

- 2002 *Los machiguengas aprenden a leer. Breve historia de la educación bilingüe y el desarrollo comunal entre los machiguengas del Bajo Urubamba*. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; Instituto Lingüístico de Verano.

DEL CASTILLO, M. Cynthia

- 2012 *Ideas de progreso en los trabajadores asalariados indígenas. El caso de los machiguengas y el Proyecto de Gas de Camisea* (Tesis de pregrado en Sociología). Pontificia Universidad Católica del Perú.

DESCOLA, Philippe

- 2004 Las cosmologías indígenas de la Amazonía. En: Surrallés, Alexandre y García, Pedro. Editores. *Tierra Adentro. Territorio indígena y percepción del entorno*: 25-35. IWGIA. Documento No. 39. Copenhague.

DE LA TORRE, Hernán

- 2004 *Geografía e Historia de La Convención*. Quillabamba: Centro de Investigaciones Pedagógicas de La Convención.

DOUROJEANNI, Marc; RAMÍREZ, Luis y Oscar RADA

2012 *Indígenas, campesinos y grandes empresas: Experiencia de los Programas de Monitoreo Socio-Ambiental Comunitarios*. ProNaturaleza - Fundación Peruana para la Conservación de la Naturaleza.

ECHEVERRI, Juan

2004 Territorio como cuerpo y territorio como naturaleza: ¿diálogo intercultural? En: Surrallés, Alexandre y García, Pedro. Editores. *Tierra Adentro. Territorio indígena y percepción del entorno*: 259-275. IWGIA. Documento No. 39. Copenhague.

EL COMERCIO

2015 *Sendero Luminoso usa niños como escudos Humanos*. 07.08.2015 Diario El Comercio. <<http://elcomercio.pe/peru/ayacucho/sendero-luminoso-usa-ninos-como-escudos-humanos-video-noticia-1831314>>. [Consulta: 11 de agosto de 2015].

2014a *Enfrentamientos buscan controlar ruta de la cocaína*. 20.06.2014. Romo Espinoza Vanessa. <<http://elcomercio.pe/peru/cusco/enfrentamientos-buscan-controlar-ruta-cocaina-noticia-1737471>>. [Consulta: 30 de julio de 2015].

2014b *Ofensiva al terrorismo* por Rubén Vargas. 14.07.2014. <<http://elcomercio.pe/opinion/columnistas/ofensiva-al-terrorismo-ruben-vargas-noticia-1742763>>. [Consulta: 30 de julio de 2015].

ENCINAS, Alfredo

2010 *La Convención desde su historia. Resumen histórico para todos sus pueblos*. Lima, Perú: Centro Cultural Pío Aza.

2008 *Historia de la Provincia de la Convención. Tomo II. Historia Social y Religiosa del Siglo XX*. Primera Edición. Lima, Perú: Centro Cultural Pío Aza.

2007 *Historia de la Provincia de la Convención. Tomo I. Siglos XVI – XIX*. Segunda Edición. Lima, Perú: Centro Cultural Pío Aza.

ERM

2012 *Estudio de impacto ambiental para la ampliación del Programa de Exploración y Desarrollo en el Lote 88*. Capítulo IV: Línea Base Social.

FULLER, Norma

2009 *Relaciones de Género en la Sociedad Awajún*. Lima, Perú: CARE Perú.

GIOVE, Rosa

2006 *Etnomedicina y enfermedades de la mujer: Perfil cultural de la patología ginecológica en San Martín*. Trabajo monográfico. Tarapoto, Perú.

HIROSE, Javier

2003 *La salud de la Tierra: el orden natural en el ceremonial y las prácticas de sanación de un médico tradicional Maya* (Tesis de maestría en ciencias con especialidad en Ecología Humana). Yucatán, México: Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN Unidad Mérida.

HUICOCHEA, Laura

2009 *Cuerpo, percepción y enfermedad: un análisis sobre enfermedades musculoesqueléticas en Maltrata, Veracruz*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas: El Colegio de la Frontera Sur.

HURTADO, Isabel; MESCLIER, Evelyne y Mauricio PUERTA

1997 *Atlas de la región del Cusco: Dinámicas del espacio en el Sur Peruano*. Cusco: CBC; IFEA; ORSTOM.

ILV

2011 *Diccionario Matsigenka - castellano. Serie lingüística peruana N° 56*. Lima, Perú: Instituto Lingüístico de Verano.

INTI RUNAKUNAQ WASIN

2016 *Estudio exploratorio: "Las nuevas rutas de la trata y la explotación sexual en la provincia de La Convención"*.

IZQUIERDO, Carolina

- 2007 Senses of Well-Being among the Matsigenka of the Peruvian Amazon: Health, Missions, Oil, and “Progress”. En: *Anthropology and Well-Being: A Linkage Whose Time has Come*: 67-87. Gordon Mathews and Carolina Izquierdo, eds., Oxford: Berghahn Books.
- 2005 When “Health” Is Not Enough: Societal, Individual and Biomedical Assessments of Well-Being Among the Matsigenka of the Peruvian Amazon. *Social Science and Medicine* 61: 727–783.
- 2001 *Betwixt and Between: Seeking Cure and Meaning Among the Matsigenka of the Peruvian Amazon* (Tesis doctoral). University of California, Los Angeles. United States.

IZQUIERDO, Carolina y Glenn H., Jr. SHEPARD

- 2003 Matsigenka. En: Ember, C. R. y Ember, M. (Ed.), *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures* 2: 812-827. New York: Kluwer Academic/Plenum.

IZQUIERDO, Carolina y Allen JOHNSON

- 2007 Desire, Envy and Punishment: A Matsigenka Emotion Schema in Illness Narratives and Folk Stories. *Cult Med Psychiatry* 31: 419–444.

JOHNSON, Orna R.

- 1978 *Interpersonal Relations and Domestic Authority Among the Machiguenga of the Peruvian Amazon* (Tesis doctoral). Columbia University. United States.

JOHNSON, Orna R. y Allen JOHNSON

- 1975 Male/Female Relations and the Organization of Work in a Machiguenga Community. Sex Roles in Cross-Cultural Perspective. *American Ethnologist* 2 (4): 634-648.

KAPILA, Sachin

- 2005 Pequeño libro de historia machiguenga en: Silva, Giovanna y Ugarte, Alfredo. Editores *El rostro Amazónico del Cusco*: 95-99. Perú: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales, UNMSM.

LA REPÚBLICA

2012 *Destruyen tres helicópteros de empresas que operan en Camisea*. <<http://www.larepublica.pe/07-10-2012/destruyen-tres-helicopteros-de-empresas-que-operan-en-camisea>>. [Consulta: 19 de febrero de 2015].

LE BRETON, David

2002 *Antropología del cuerpo y modernidad*. 1ª ed. - 1ª reimp. Buenos Aires: Nueva Visión.

LEMA, Linda

2011 *¿Fulgor o penumbra? El proyecto de gas Camisea y el exterminio de los pueblos indígenas peruanos*. Lima, Perú: Grupo Editorial Arteidea.

LEV, David

2008 *Nanti evidential practice: Language, knowledge, and social action in an Amazonian society* (Tesis doctoral). University of Texas at Austin, United States.

MARTÍN, Manuel; BARCALA, Almudena y Fernando, CARBONE

2006 La Salud en el Vicariato Apostólico de Puerto Maldonado. Estudios Amazónicos. En *La Frontera de la Dignidad y de la fe*: 77-91. Centro Cultural José Pío Aza. 5.

MENÉNDEZ, Eduardo

2002 *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

MINISTERIO DE CULTURA

2014 Conocimientos tradicionales. Una aproximación desde la diversidad biológica. Materiales de capacitación N.3. <<http://repositorio.cultura.gob.pe/bitstream/handle/CULTURA/72/Conocimientos%20Tradicionales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. [Consulta: 29 de octubre de 2018].

MINISTERIO DE SALUD

- 2016 Norma Técnica p para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural NT N° 518 – MINSA/DGSP-V.01. Lima Perú.
- 2007 *Tan cerca, tan lejos: Una mirada a las experiencias exitosas que incrementan el parto institucional en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. UNICEF (Proyecto Maternidad Segura / USAID (Proyecto Cobertura con Calidad).
- 2006 *Análisis de la situación de salud del pueblo Matsigenka. Serie Análisis de Situación de Salud y Tendencias N° 017*. Lima: Dirección General de Epidemiología.
- 2005 Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural. NT N° 033 – MINSA/DGSP-V.01. Lima Perú.
- 2004 Norma Técnica. Categorías de establecimientos de sector de salud.
<http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/NT-0021-DOCUMENTO%20OFICIAL%20CATEGORIZACION.pdf>.
[Consulta: 24 de julio de 2015].
- 2001 *Lineamientos generales para la organización de micro redes*. Dirección General de Salud Pública.
- 2000 *Aspectos socioculturales y necesidades de salud reproductiva en comunidades nativas: estudio de investigación*. Lima, Perú: Ministerio de Salud.
- 1999 *Salvarse con bien. El parto de la vida en los Andes y Amazonía del Perú (técnicas tradicionales de la atención del parto y el recién nacido)*. Lima, Perú: Ministerio de Salud, Proyecto 2000.
- NUREÑA, César
- 2009 Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Pública*, 26 (4): 368-76.

OMPI

s/f *Propiedad intelectual y conocimientos tradicionales*. <
http://www.wipo.int/edocs/pubdocs/es/wipo_pub_tk_1.pdf >. [Consulta: 29
de octubre de 2018].

OMS

2013 *Medicina tradicional. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional
2014-2023* [en línea]. Organización Mundial de Salud. Medicina tradicional.
<<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>>.
[Consulta: 28 de setiembre de 2017].

OPAS, M.

2014 Ambigüedad epistemológica y moral en el cosmos social de los Yine.
Anthropologica. 32 (32): 167-189.

PESANTES, M. Amalia

2014 *Out of sight, out of mind: intercultural nurse technicians in the peruvian
amazon* (Tesis doctoral). University of Pittsburgh. United States.

PINEDO, Donaldo y CALSINA, Marko

2014 *Extracción de Madera, Oro y Gas en la Amazonía Sur del Perú: Impactos y
Controversias*. Lima, Perú: Centro Cultural José Pío Aza.

PMAC BAJO URUBAMBA

2016 *Ordenamiento territorial del distrito de Megantoni*. [mapa].
<[http://biodiversificat.pronaturaleza.org/wp-
content/uploads/2017/05/mapa.png](http://biodiversificat.pronaturaleza.org/wp-content/uploads/2017/05/mapa.png)>. [Consulta: 17 de agosto de 2018].

PNUMA y OTCA

2009 *Perspectivas del Medio Ambiente en la Amazonía. Geo Amazonía*. Lima,
Perú.

PRISMA

s/f *Página oficial Institución PRISMA.*
<<http://www.prisma.org.pe/proyecto/ananeki-kameti-nino-sano-creciendo-sanos-y-felices-en-el-bajo-urubamba/>>. [Consulta: 17 de noviembre de 2015].

PROCESO DE DESARROLLO DE LA COMUNIDAD DE CAMISEA.

s.f. Fundación Pronaturaleza.

RAMOS, Mirna

2010 *Cuerpo y reproducción entre los Pankararu del Noreste de Brasil. Salvador-Brasil* (Tesis de doctorado). Universidade Federal da Bahia, Brasil.

REÁTEGUI, Juan

2001 *Bases para una Política de Salud Intercultural Amazónica*. Lima: AIDSESEP – Programa de Salud Indígena.
<<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/PoliticAmazonia.pdf>>.
[Consulta: 30 de julio de 2015].

2003 El Programa de Salud Indígena-PSI-AIDSESEP. En: Soren Hvalkof, ed., *Sueños amazónicos. Un programa de salud indígena en la selva peruana*: 178-185. Fundación Karen Elise Jensen y NORDECO. Copenhague.

REYES, Giovanna

2008 *Analogías y antagonismos en salud sexual y reproductiva entre población Ticuna y los servicios de salud del municipio de Leticia* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. Sede Leticia. Leticia, Colombia.

REYES, Esperanza

2007 *En nombre del Estado: servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú*. Lima, Perú: IEP; Universidad Peruana Cayetano Heredia.

RIVAS, Roxani

1994 La Mujer Cocama de Bajo Ucayali Matrimonio, Embarazo, Parto y Salud. *Amazonía Peruana* 24: 227-242.

ROJAS-ZOLEZZI, Martha

2017 *Tejiendo la Identidad. Mitología y estética entre los Matsigenka del Bajo Urubamba*. Lima, Perú.

ROSENGREN, Dan

2004 Los Matsigenka. En: Santos, Fernando y Barclay, Federica, editores. *Guía Etnográfica de la Alta Amazonía*. Volumen IV. Smithsonian Tropical Research Institute.

2002 Cultivating Spirits: on Matsigenka Notions of Shamanism and Medicine (and the Resilience of an Indigenous System of Knowledge). Göteborg University. Faculty of Arts. Department of Romance Languages, Institute of Iberoamerican Studies. *Anales*, 5: 85-108. <http://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/3238/1/anales_5_rosengren.pdf>. [Consulta: 30 de julio de 2015].

SALUD SIN LÍMITES PERÚ

2009 *Cerrando brechas, aproximando culturas. Un modelo de atención materno-perinatal*. Lima, Perú.

2008 *Madre nativa: Experiencias acerca de la salud materna en las comunidades ashaninkas y nomatsiguengas*. Lima, Perú.

SÁNCHEZ, Melisa

2009 *Cambios en los machiguenga del Alto Urubamba-cusco. Estudio comparativo de la organización social en Koribeni y Matoriato* (Tesis de pregrado en antropología). Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú.

SHEPARD. Glenn H., Jr.

2002 Three Days for Weeping: Dreams, Emotions, and Death in the Peruvian Amazon. *Medical Anthropology Quarterly*, 16 (2): 200-229.

SHEPARD, Glenn H., Jr. y Carolina IZQUIERDO

2003 Matsigenka of Madre de Dios and Manu National Park. En: Beatriz Huertas Castillo and Alfredo García, eds. *Los Pueblos Indígenas de Madre de Dios: Historia, Etnografía y Coyuntura*: 111-126. IWGIA y FENAMAD.

SILVA, Herman

1997 *Plantas medicinales de la Amazonía peruana utilizadas por curanderos y chamanes con fines anticonceptivos*. Iquitos: Instituto Peruano de Seguridad Social. Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud. Instituto de Medicina Tradicional.

STRONGIN, Jonathan

1982 *Machiguenga, medicine, and missionaries: The introduction of western health aids among a native population of southeastern Peru* (Tesis doctoral). Columbia University. United States.

TOLEDO, Víctor

2008 *La memoria biocultural. La importancia ecológica de las sabidurías tradicionales*. Barcelona.

TORRES, Luis; ARMAS, Manuel y Fredy ZAPATA

2010 *Análisis de percepciones sobre la reducción de la biomasa pesquera en la zona de influencia del proyecto Camisea*. Lima, Perú: DAR.

UNICEF

2012 *Para que crezcan bien. Crianza y capacidades en niñas y niños Asháninka, Shipibo y Yine del Ucayali*. <<https://www.unicef.org/peru/spanish/Para-que-crezcan-bien-ninos-ashaninka-shipibo-yine-ucayali.pdf>>. [Consulta: 19 de agosto de 2018].

UPCH

2006 *Los matsiguenga y el proyecto Camisea. La salud en comunidades de la zona de influencia*. Lima, Perú: UPCH. Facultad de Salud Pública.

VALDIZÁN, Hermilio y Ángel MALDONADO

1985 *La medicina popular peruana (contribución al folclore médico del Perú). Tomo 1.* Lima, Perú: Consejo Indio de Sudamérica.

VARGAS, Rossana y Paola NACCARATO

1995 *Allá, las antiguas eran parteras.* Lima, Perú: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

VELA, Alejandro

2011 *Conocimientos, actitudes y prácticas en salud de la población mashiguenga del Bajo Urubamba, Cuzco Perú.*
<<http://www.monografias.com/trabajos88/conocimientos-actitudes-y-practicas-salud-mashiguenga-urubamba-cuzco-peru/conocimientos-actitudes-y-practicas-salud-mashiguenga-urubamba-cuzco-peru.shtml>>. Revisado: [Consulta: 6 de noviembre de 2016].

VELARDE, Luz

2007 “*Las parteras sí saben, son importantes, sólo que están olvidadas*”. *Situación actual de las parteras en los Andes del Sur del Perú (Ayacucho).* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

VICARIATO APOSTÓLICO PUERTO MALDONADO Y PLUSPETROL

2003 *Diagnóstico Integral del Bajo Urubamba.* Lima, Perú: SocioCultural-Nutricional Agropecuario - Comercial.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo

2004 *Perspectivismo y multinaturalismo en la América Indígena.* En: Surrallés, Alexandre y García, Pedro. Editores. *Tierra Adentro. Territorio indígena y percepción del entorno:* 37- 80. IWGIA. Documento No. 39 – Copenhague.

1996 *Os Pronomes Cosmológicos e o Perspectivismo Amerindio. Mana, 2 (2), 115-144.*

VILLAVICENCIO, Nydia

2002 *Hablan las mujeres de Ucayali. Género y salud reproductiva.* Lima, Perú: Movimiento Manuela Ramos.

WARREN, Hern.

1994 Conocimiento y uso de anticonceptivos herbales en una comunidad shipibo.
Amazonía Peruana. 24: 143-160.

ZEVALLOS, Arely

2010 *Parto y Poder. Los Harakmbut de San Miguel de Shintuya* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

ANEXOS

ANEXO 1. Protocolo de ética para la investigación: “PRÁCTICAS TRADICIONALES EN TORNO AL PARTO EN LA COMUNIDAD NATIVA MATSIGENKA DE CAMISEA”

Estimadas autoridades de la comunidad nativa Camisea, solicito permiso para realizar el proyecto de investigación “PRÁCTICAS TRADICIONALES EN TORNO AL PARTO EN LA COMUNIDAD NATIVA MATSIGENKA DE CAMISEA”.

La investigación tiene la finalidad recopilar información sobre las prácticas en torno al parto y elaborar una herramienta para fortalecer la transmisión de los conocimientos tradicionales en la salud de las mujeres y para comunicar cómo quieren ser atendidas en el centro de salud, en torno al parto.

Durante mi estadía mi intención es llevar a cabo entrevistas a algunas mujeres jóvenes y mayores durante sus actividades cotidianas, teniendo la prudencia de no incomodar en sus labores. Asimismo realizar una actividad grupal para conversar sobre las prácticas culturales en torno a la primera menstruación y el parto.

Con este oficio manifiesto que yo, Brenda Liz Araujo Salas, identificada con el número de DNI 41290433 estudiante de la Maestría en Estudios Amazónicos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, me comprometo formalmente a lo siguiente:

- 1) Realizar una investigación participativa con las mujeres y los sabios de la comunidad.
- 2) Respetar y reconocer la autoría de los saberes recogidos de las personas con las que se han mantenido conversaciones, entrevistas y/o convivencia.
- 3) Guardar y respetar el anonimato de las personas que compartan información, si así lo manifiestan al momento de la entrevista, por lo cual se hará la consulta respectiva.
- 4) Presentar y entregar la información recabada a la comunidad.
- 5) De realizarse una publicación escrita para su divulgación se realizará con conocimiento y consentimiento de la comunidad nativa Camisea.

Dejo en manifiesto mi compromiso en este documento.

Brenda Araujo Salas

DNI 41290433

Martes 23.01.2014

Anexo 2. Obras ejecutadas por el Municipio de Echarate en la Comunidad Nativa de Camisea durante el 2013

OBRAS GESTION 2013					
MANTENIMIENTO	COMUNIDAD	TIPO DE OBRA	INICIO DE OBRA	PLAZO DE EJECUCION (días)	SALDO DEL MONTO TOTAL APROBADO
Mantenimiento del sistema de agua potable en CC. NN. Camisea, Bajo Urubamba sur, distrito de Echarati - La Convención - Cusco.	Camisea	Por Iniciar	15/03/2013	90	377.549,54
Mantenimiento del centro de salud en la comunidad nativa de Camisea, Distrito de Echarati - La Convención-Cusco	Camisea	Infraestructura	01/02/2013	120	971.167,96
Mantenimiento del salón comunal de la comunidad nativa de Camisea, Distrito de Echarati - La Convención – Cusco	Camisea	Infraestructura	01/12/2012	90	200.041,31
Mantenimiento de local del club de madres en la CC. NN. Camisea – Bajo Urubamba sur"	Camisea	Infraestructura	01/08/2013	90	389.196,03
Mantenimiento de caminos de herradura rio Kinkuri - CC.NN. Camisea, Bajo Urubamba sur, Distrito de Echarati - La Convención – Cusco	Camisea-Chocoriari	Caminos		60	995.633,15
Mantenimiento de caminos de herradura de la CC.NN. Camisea tramo rio MAMPOSHIARI - CC.NN. Kirigueti, Bajo Urubamba sur, Distrito de Echarati - La Convención – Cusco	Camisea-Kirigueti	Caminos		60	680.877,20
Mantenimiento de caminos de herradura de la CC.NN. Camisea tramo: rio Sapatochimani - rio Shihuariato, Bajo Urubamba sur, Distrito de Echarati - La	Camisea-Chocoriari	Caminos		60	952.147,77

Convención – Cusco					
INVERSIÓN					
Construcción I.E. Inicial N° 375 CC.NN. Camisea Bajo Urubamba, Distrito de Echarate - La Convención – Cusco	Camisea	Infraestructura	01/10/2012	276	1.195.141,88
Mejoramiento y ampliación de los servicios educativos en la institución educativa secundaria Juan Santos Atahualpa, en el Centro Poblado de Camisea, zonal Bajo Urubamba sur, Distrito de Echarate - La Convención – Cusco	Camisea	Infraestructura	01/12/2012	365	9.759.630,58
Instalación del complejo deportivo en la comunidad nativa de Camisea, zonal Bajo Urubamba sur , Distrito Echarati- La Convención Cusco	Camisea	Infraestructura	01/09/2013	180	4.790.065,89

Anexo 3. Ciclo vital según los Matsigenka

Matsigenka	Castellano
Ananeki	Niño (1 a 12 años)
Ikyanarira metsotankitssi	Niño recién nacido
Kirashitsari	Niño colorado (recién nacido)
Ishintsitanakera	ya está cogiendo fuerza (2 a 3 meses)
Atake ineanake	Ya está mirando (6 a 10 meses)
Ikamaritanake ananeki	Niño que ya está gateando (7 a 12 meses)
Ipirinitanake	Niño que está aprendiendo a sentarse (alrededor de 1 año)
Yaniitanake ananeki	Niño que ya está caminando
Gaenokanacharira	Ya está grande (10 a 11 años)
Ochokoitaka	Mujer tapada (entre los 12 y 15 años), época de primera menstruación
Jevankari	Ya está adulto o casi igual a los adultos (12 a 17 años)
Yogaenokanakara	Ya está creciendo (18 a 20 años)
Antaritanake, Matsigenka antarini (mujer) antaroni (hombre)	ya es joven, ya tiene enamorada (20 a 40 años)
Yagatavagetanara	ya esta mayor de edad (40 a 50 años)
Agatavagetana charira, Matsigenka ivisaritaga (mujer) ovisarotaga (hombre)	El que se ha gastado (tiene como 60 años)
Pisaritanae	Ya no puede andar (a partir de los 60 años)
Iananekitanai	como a un niño se atiende (anciano)

Elaboración propia. La fuente principal es Baer, 1994. Luego se realizó la consulta a los promotores de salud de las comunidades de Camisea y Timpía durante los talleres sobre salud materna y nutrición realizados durante los meses agosto – noviembre en el 2016 por la institución Ayni Desarrollo.

Anexo 4. Plantas empleadas durante la menstruación, parto, embarazo, puerperio y cuidados del niño en la CN Camisea

*Las plantas que se encuentran en la lista de plantas registradas por Izquierdo (2001). Estas han sido revisadas por parteras y promotores de Camisea y Timpía.

**Las plantas que fueron registradas por la colaboradora, Yaquemilsa Matíashi, y que fueron nombradas por parteras o promotores de Camisea y Timpía.

Nombre Matsigenka	Nombre común y nombre científico	Lugar de donde se extrae	Uso / Para qué sirve y cómo se emplea
Ampei*	Algodón	Chacra	Para heridas, dolores en el pecho, hígado, descensos vaginales. En emplasto, tomar la decocción de las hojas. Se emplea el hilo (manvetsa) de algodón para anudar el cordón umbilical y también para cortarlo por estrangulación.
Ana	Huito	Crece cerca de las casas, como planta silvestre, en el bosque. Árbol	Fruto y cortezas. Se consigue la corteza para cortar la menstruación se mezcla con otros componentes. El fruto sirve para sacar la suciedad luego de rayarlo se tiñe en la piel y eso mayormente lo usan las mujeres cuando salen después de la menarquía. Sirve también para cicatrizar heridas.
Ananekivenkiki*		Chacra	Para dar a luz con menos dolor. Tomar el jugo del macerado de la raíz. Tomar en agua caliente las raíces aplastadas.
Arashi Pocharoki			Para que no baje la menstruación.
Aronivenkiki*		Chacra	Previene para proteger a los niños del clima frío y húmedo. Se utiliza en los baños. Se utiliza para el susto. Cuando alguien te está llamando y no hay nadie.
Caballoivenkiki*		Chacra	Para que los niños caminen pronto. Baños usando las raíces aplastadas. Para que esté largo el cabello.
Cacaotaki*		Casa, chacra	Para facilitar el parto. Se utiliza la guía del cacao en te.
Chariro			Para para que el feto se forme adecuadamente, para que en el parto esté delgado se toma el mate, de esta forma es más fácil de que nazca.
Chenkoaivenkiki*		Chacra	Para prevenir, proteger a los niños del clima frío y húmedo. Para la diarrea, se toma una cucharadita del machucado y la corta.
Choropetatava			Se emplea para bañar en la primera semana a los bebés para que no enfermen, de esta manera se puede caminar, se pueda llevar al bebé y estos no se enferman.
Chovaroki**	Huayruro	Es un árbol de 5 metros. Crece en los bosques, no está cerca de las casas	Bien cocido machacarlo bien en piedra para la diarrea con sangre. Agua caliente.
Girinatango*		En todas partes	Para los hongos (atravesar espinas hasta que el sangrado, luego, poner en él achiote), dolor de

Nombre Matsigenka	Nombre común y nombre científico	Lugar de donde se extrae	Uso / Para qué sirve y cómo se emplea
			estómago (emplasto), calambres (tomar su jugo con sal) y retención de placenta.
Imere*		Bosque	Se usa para abortar. Tomar la decocción de las raíces aplastadas.
Inki, inkite			Para para que el feto se forme adecuadamente, para que en el parto esté delgado. Es como un maní, pero es personal, es secreto su uso.
Iraatsipiri, iraatsipirini			Sirve para cicatrizar la matriz, se toma la cocción de la hoja. También sirve para que te baje la regla. La sangre que estaba en la piel se desvanece. Usada por los hombres para volver a cazar.
Iraatsivenkiki*		Chacra	Para las hemorragias, síntomas premenstruales, hemorragias y ayuda en el parto. Se usa en los baños y tomar los bulbos aplastados.
Iraatsivocharoki*		Bosque	Se usa para las hemorragias, incluso las de parto. Comer el tubérculo.
Isavoivenkiki*		Bosque	Partos lentos. Cuando el bebe está envuelto en la placenta. Tomar la decocción de las raíces aplastadas.
Ishanga	Ortiga		Sirve para aguantar el dolor cuando empiezan las primeras contracciones. Se pone en agua caliente si se pasa la planta remojada en parte baja de la espalda. También se frota con la planta fresca.
Jiitsipini*		Bosque	Para las quemaduras, mantener fuerte los dientes. Se usa después de la primera menstruación. Masticar corteza y semillas, siguiendo una dieta escrita, nada de azúcar.
Joto**		Bosque	Es parecido a un árbol, extraer la corteza. Para dolores musculares. Cocinarlo bien como bebida 3 veces al día. Cuando llegas a la menopausia esta sirve para aliviar tus dolores musculares y también como baño caliente, se hierba la corteza y con eso te bañas.
Kaimitoshi*		Casa, chacra	Lavar los senos con la infusión de las hojas de los cogollos. También se toma en té. Para sacar gusano como tornillo, se tapa la herida con la hoja.
Kamparoivenkiki **			Para que pueda dormir, se le baña con el agua tibia en la tarde.
Kavetishi*		Bosque	Para mantener a los niños saludables. Se usan las hojas para el baño. Para que no tengan mucha fiebre.
Kavetivenkiki*		Casa, chacra	Especialmente para los niños que han sido enfermos por las hormigas que han tomado su alma. Cuando las hormigas le pican o se han orinado cerca del nido de las hormigas.
Kemariipini**		Crece en los montes y es difícil de encontrar	Su hojas son rojas. Esta sirve para facilitar la salida de la placenta y menos dolor al dar luz, se consigue las mejores hojas (las tiernas, sin ningún honguito, limpias), luego un poco de agua y se tritura en un recipiente luego se cuele y se toma. También sirve para mejorar las habilidades de los perros para cazar,

Nombre Matsigenka	Nombre común y nombre científico	Lugar de donde se extrae	Uso / Para qué sirve y cómo se emplea
			colocar el jugo del tubérculo en el hocico del perro.
Kiiramaronkashiri	<i>(Iresine herbstii)</i>		Usos: Cortar menstruación, esterilizar Preparación: Para solo cortar la menstruación, cocinar las hojas con raíz de Pochároki, y beber una cucharadita, una sola vez. Si una mujer desea esterilizarse, debe cocinar las hojas en agua de lluvia con Samento, y beber en ayunas por 7 días el agua de cocción (Consortio Constructor Ductos del Sur, 2016).
Kitetegari			Es una planta de flores amarillas de olor fuerte que se emplea para bañar a los bebés luego de haber escuchado que hay fallecido o si lo has llevado a tu bebé donde está un fallecido.
Koerishi*		Bosque	Para que los niños caminen pronto. Bañarlos todos los días usando hojas y cortezas.
Komáshiki	Guayaba		Se emplea para los baños familiares. El agua caliente mezclado con <i>ishanga</i> (ortiga), hojas de guayaba y “hojas del esqueleto del muerto” para que el cuerpo siga manteniéndose fuerte y no se envejezca. Se piensa que de esta manera el nuevo integrante de la familia será fuerte y sano.
Kontonashi*		Bosque	Para ayudar a los niños caminar. Bañarlos usando el macerado de las hojas.
Korempishi*		Bosque	Para lesiones de torceduras o lisiaduras (usar el emplasto de la corteza), para que los niños caminen pronto (usar la corteza y sus hojas en el baño).
Kosámati / Osamati	Sangre de grado (<i>Croton lechleri</i> <i>Croton perspicuosus</i>)	Bosque primario, secundario, purma	Usos: Heridas o hemorragias, malestar interno (riñones, hígado, infección urinaria), gastritis, úlceras, aftas, antidiarreico, parásitos intestinales, cólicos menstruales, inflamación de ovarios, menorragia o quistes de ovario, tos y dolor de pecho, anticonceptivo. Preparación: Para heridas, aftas o dolor de muelas, aplicamos el látex rojizo directamente en el área afectada, el cuál será reaplicado continuamente hasta que la herida cicatrice o el dolor calme. Puede incluso ayudar a curar heridas causadas por mordeduras de serpiente. Para malestares internos, debemos consumir el látex, el cual tiene un sabor muy agrio, por lo que incluso diluyéndolo en agua, nos causará molestias. Se puede consumir de esta manera, pero no sabrá bien. Otra forma de consumo, y la más usual, es la de preparar una infusión cocinando la corteza del árbol y bebiendo el agua de cocción, tres veces al día. Además de calmar dolores internos, inflamaciones o infecciones, también nos ayuda a acelerar el proceso de cicatrización de heridas o hemorragias. Extraer corteza para cicatrizar cualquier herida con su líquido. Para curar la hemorragia. Sirve para las enfermedades de la mujer o para las heridas. Lavado vaginal. Se extrae el látex en un recipiente y luego en la noche te lavas la vagina con eso. La corteza se pone a hervir, sirve para lavados, pero es para tomar y se utiliza para

Nombre Matsigenka	Nombre común y nombre científico	Lugar de donde se extrae	Uso / Para qué sirve y cómo se emplea
			cortar la regla. Se le agrega un poco de jugo de limón. Para que no estés sangrando más, te regula. También las mujeres que han dado a luz pueden tomarlo para dejar de sangrar. Cuando tomas esto no debes comer sal, dulces, carne con mucha sangre y pescado que contenga dientes. Solo puedes comer vegetales, chonta, yuca, plátano verde (no asado), aves. Por lo menos un mes. Lo tomas cuando estás con la regla. Y si quieres dejar de tener la regla la consumes todos los meses hasta que se desaparece. Y cuando tomas esto no puedes tener tus hijos. Es como anticonceptivo. En Timpía lo utilizan para las aftas de los bebés (Consortio Constructor Ductos del Sur, 2016).
Kosetshipini			Se utiliza cuando los niños tienen afta, se tiene que raspar su tronco, ser cocinado o empacado y luego usar un poco de algodón.
Kovariantishi*		Bosque	Para que los niños caminen pronto. Bañarlos con agua caliente usando hojas y cortezas.
Koveni*	Copaiba	Bosque	Para heridas, sangrados después del parto. Se usa como emplasto y también se toma.
Koviriki*		Casa, chacra	Dolor de cabeza, estómago, muela, puntos blancos en la lengua de los niños (para las aftas, poner las flores en la lengua de los niños). Es bueno para la tos, el mate del bulbo.
Küitaegiri** Toturopari totuiropari	Cebolla de isola	Crece bajo las sombras de los árboles. En bosque primario, secundario, en purma, en chacra recién hecha	Para que sea cazador el perro. Esta planta sirve como purgante en las mujeres (no lo usa el varón), en la menarquía, después del parto y en otras ocasiones se saca la raíz que es el fruto y se raspa de su centro luego se mezcla con masato. Y lo tomas.
	Malva	Casa, chacra	Facilitar el parto. Se chapea y luego se toma y también se frota en la barriga. Para la infección urinaria se estruja en agua y se toma al siguiente día.
Mararoivenkiki*		Chacra	Para evitar diarrea flemosa, que es producto de los espíritus contenidos en la niebla. Los niños tienen que ser bañados al lado de la planta mararoivenkiki, en las mañanas.
Maratishi*		Bosque	Lesiones, dolor de cabeza, bebes que lloran demasiado. Se utiliza la corteza para hacer emplasto.
Maviki			Para poder caminar en la noche con el bebé y este no enfermarse.
Mogüto, o Inaropini o Shirimogütoshi	Santa María (<i>Piper peltatum</i>)	Crece en la purma, en bosque secundario. Herbácea	Lavados vaginales, infecciones, dolores abdominales. Empleada durante los baños con agua caliente que se dan durante la madrugada cuando se está en reclusión en la menarquía. Se consigue las hojas más tiernas y se pone a hervir luego se echa a la parte adolorida en lavado vaginal se recomienda entibiárselo sin mezclar

Nombre Matsigenka	Nombre común y nombre científico	Lugar de donde se extrae	Uso / Para qué sirve y cómo se emplea
			<p>agua aparte de lo hervido. También las mujeres después del parto se bañan con agua caliente para que no queden bolas (entuetos) en el útero. Se tiene que hacer hervir las hojas, sirve para cicatrizar adentro de la vagina y no estar hinchada.</p> <p>Se utiliza esta planta para aliviar el dolor en el parto y facilitar la salida de la placenta y también para aliviar la picadura de la raya como remedio. Se utiliza las hojas, el tallo y la raíz.</p> <p>(Consortio Constructor Ductos del Sur, 2016).</p>
Moguítotsapini		Bosque	<p>Son árboles grandes, enredadera, donde hay mucha liana. Cuando dan a luz, cuando se le hincha la barriga se cocina la corteza y luego entibiarlo un poco se le baña a la mujer que está enferma y acaba de dar luz para q le calme el dolor y su vientre se reduzca y se quede como antes. Para que caiga el ombligo, el jugo blanco de las hojas.</p>
Moko mokoshi		Bosques, purma, cerca de las cochas	<p>Crece en los bosques secundarios y primario. Donde hay purma. Cerca de las cochas, donde hay agua. Es un arbusto. Es para baño caliente en las mujeres cuando recién dan luz o cuando tienen infecciones dolores abdominales. Se coge las hojas y se pone a hervir y luego bien hervido se mezcla un poco de agua fría y se baña con eso también se utiliza como baños de asiento hervir las hojas y tallos y en una tina grande dejar q se entibie solito y en la noche hacer el tratamiento. En Timpía para la fiebre de los niños, bañarlos.</p>
Moka* o mocca		Crece en entre los bosques primarios y secundarios es como una liana y da su raíz como un tubérculo.	<p>Se extrae el fruto, que es la raíz, se limpia se lava bien y se parte en la mitad luego se saca lo del centro, se raspa luego se cuele y se mezcla con masato hecho de ayer, dulce. Esto sirve para purgar a la mujer después de la menstruación o después del parto. Se da a las mujeres pubescentes para hacerlas vomitar a fin de que sean mujeres gordas.</p>
Notaretsirianti*		Bosque	<p>Retención de placenta. Comer la fruta. Se cocina el fruto partido y se toma su mate.</p>
Notaretsivenkiki*		Chacra	<p>Para separar al bebe de la placenta. Comer el tubérculo cocido. Tomar en mate el tubérculo.</p>
Oje o potogo			<p>Para que las mujeres sean gordas, buen cuerpo y cuando se casen no sufran insultos por sus maridos.</p> <p>También sirve para bajar la placenta. La resina se hace hervir primero se toma una cucharadita.</p>
Okago shinki	Coronta de maíz	Chacra	<p>Su ceniza se emplea para que el ombligo cicatrice rápido.</p>
Oroatsápini, oroatsapini, samponeropini puonkashiri y o			<p>Algunas mujeres preparan una infusión de las virutas de las raíces del bejuco para cortar la menstruación. Se toma como anticonceptivo.</p>

Nombre Matsigenka	Nombre común y nombre científico	Lugar de donde se extrae	Uso / Para qué sirve y cómo se emplea
Pakitsapari		Bosque	Es una planta que se encuentra en los montes, difícil de encontrar, se utiliza su raíz, tiene que ser cocinada y después se toma, ambas reducen la hemorragia. Este arbusto también se decía que era utilizado para ayudarle a uno tener buena puntería y a los perros a ser buenos cazadores. Se la raspa, se mezclan las virutas con agua y se toma la medida correspondiente; después se toma el masato fresco para provocar el vómito.
Pariantinato			Empleada durante los baños con agua caliente que se dan durante la madrugada cuando se está en reclusión. La planta ya no se usa porque ha desaparecido. (Mencionada por Rita Semperi).
Petaguirishi			Se emplea en los baños a los bebés para que no sean cutipados por hormigas petaguiri.
	Pijuayo		Se toma el mate de la raíz de pijuayo para aumentar la cantidad de leche. Este mate también sirve para sanar las heridas de los pezones.
Pitirishi		En los montes, en partes elevadas. Es difícil de encontrar	Para herida y tinte. También se utiliza para cortar la menstruación y no tener hijos se utiliza las hojas tallo y raíz y se mezcla con otros componentes. Como sangre de grado corteza de huito y otros.
Pochapari*		Bosque	Diarrea en niños. Tomar la infusión de la corteza. Para abrir el apetito
Pocharoienviki			Se emplea para que el niño engorde.
Pocharoki	(<i>Arrabidaea</i> cf. <i>florida</i> <i>Arrabidaea</i> cf. <i>affinis</i>)	Bosque, chacra, casa	Usos: Gastroenterocolitis (antidiarreico), disentería, vómitos, náuseas o mareos, dolor general, detener la menstruación, esterilizar, gripe, bronquitis en bebés Preparación: La raíz puede rasparse y estrujarse en agua caliente, estrujarse directamente en un envase, cocinarse a razón de una papita por dos tazas de agua, comerse directamente o luego de triturarse y cocinarse. Para la diarrea, cualquiera de las formas de preparación es buena, pero las dosis varían según el paciente se adulto o niño, y si el líquido de la raíz ha sido diluido o no. Cuando ha sido diluido, se bebe una taza, cuando no, los adultos deben tomar 1 cucharada y los niños 1 cucharadita. El dolor de pecho se calma bebiendo una taza de la primera preparación, y tomando baños con ella. Para los mareos y vómitos, el líquido diluido o sin diluir ayuda, en la misma dosis que el bebido para la diarrea. La menstruación se corta con una taza pequeña del líquido extraído de la raíz, la cual también puede cocinarse para beber líquido restante a razón de 1 cucharadita al día, por tres días. Para esterilizarse, comer directamente la raíz por 10 días. Los niños con gripe o bronquitis deben masticar la raíz

Nombre Matsigenka	Nombre común y nombre científico	Lugar de donde se extrae	Uso / Para qué sirve y cómo se emplea
			<p>y absorber el jugo que bota. (Consortio Constructor Ductos del Sur, 2016).</p> <p>Para dilatar (se mastica la raíz, y se toma el juguito, también se puede poner el juguito en un vasito y tomarlo) y para que salga la placenta. Se saca la raíz se le hierve un poco se le machaca y luego lo cueles y se toma en un tazón.</p> <p>También se emplea para que el feto se forme adecuadamente durante primeros meses de embarazo y poder comer todo tipo de alimentos. Se chupa el líquido y el resto se bota y es botado o enterrado en un sitio donde nadie lo pueda orinar o pisar. Por respeto a la planta. Botarlo es profanarlo, porque alguien podría pasar por encima de él, perdiéndose su eficacia y no curaría.</p>
Pokasereivenkiki*		Chacra	Deshidrataciones severas en niños. Baños usando los tubérculos estrujados.
Potsotishi Kiraari	Achiote rojo o colorado	Es un arbusto que crece en la chacra, cerca de las casas, en purma. Hojas rojas.	Cocinar la flor, las hojitas verdes, capullito. Para el dolor de cabeza, vejiga. Se sacan las hojas los trituradas se hiere en una olla y se calienta y luego te echas en la cabeza. Y si te duele en tu vejiga te pones en el vientre y debajo. Y también se toma las hojitas, se machaca bien, se cocina bien y cuando queda poca agua lo tomas tibio al medio día. Es como relajante, te alivia el dolor. Cuando te puzanguean lo tomas y te liberas. El hombre que te lo ha dado se va el daño a él.
Puigoro* **		Crece en los bosques secundarios, en purmas y en chacras recién hechas, después de la segunda limpieza.	Para producir leche se consigue la parte del centro y se hiere en una olla luego se toma tres cucharadas y se lava el seno con el agua que se queda. Se utiliza por tres días seguidos.
Puionkashiri*		Bosque	Heridas, cortes, reduce el sangrado menstrual prolongado. Emplasto de las hojas y corteza.
	Sábila		Se emplea mezclado con clara de huevo batido y malva. La consistencia flemosa permite a que el bebé nazca fácilmente.
Samampo*	Ceniza caliente		Dolor de estómago, calambre muscular, retención de placenta. Como emplasto y tomándolo con sal o mezclada con agua tibia y limón. También es empleada para las aftas de los niños.
Samento	Uña de gato (<i>Uncaria tomentosa</i> <i>Uncaria guianensis</i>)	Bosque, montes, entre las plantas enredaderas	Usos: síntomas de la gripe, cólicos menstruales, dolores de cintura y espalda, malestar estomacal, gastritis o úlceras, dolor general, dolor de huesos y reumatismo, sistema inmunológico deficiente, presión baja, hepatitis y colesterol alto, infección renal, antidiarreico, parásitos intestinales o deshidratación, cáncer, infecciones urinarias.

Nombre Matsigenka	Nombre común y nombre científico	Lugar de donde se extrae	Uso / Para qué sirve y cómo se emplea
			Preparación: Para bajar la fiebre, que acompaña al resfriado, se debe macerar la corteza con hojas de Shinti en agua fría y luego colocar paños de la misma en la frente del enfermo. Para tratar las distintas dolencias, se es necesario consumir la savia que brota del tallo, ya sea directamente o cocinándola antes. También podemos cocinar la corteza para luego beber el agua de cocción como infusión. Cualquiera que sea la preparación que elijamos, debemos tomar Uña de gato tres veces al día, hasta sentir que el malestar ha pasado (Consortio Constructor Ductos del Sur, 2016). Por sus múltiples beneficios, se recomienda volverla parte de la dieta habitual. Para infecciones urinarias, dolores abdominales. Se saca el líquido y se toma como bebida diaria también se extrae la corteza se cocina bien hasta quedar poca agua y se toma tres veces al día hasta que te dé resultado máximo cinco días también sirve para el sida, chancro, sífilis y otras enfermedades se prepara en otra forma combinando con otras plantas. Cuando se somete a este tratamiento no se debe comer dulces, salados carnes con mucha sangre, pescados con dientes, ají solo vegetales no tomar masato fuerte. Solo chapo y agua
Samponerotsapini* o Samponerópini	(<i>Styrax cordatus</i>)	Bosque	Usos: fiebre, menorragia, hemorragia del parto, aborto, desintería. Preparación: Para disminuir la fiebre, se debe cortar el tallo y beber un poco del líquido que contiene. Para tratar con menstruaciones abundantes, debemos cocinar la corteza y beber una taza del agua de cocción, tres veces al día. Es de sabor agrio. Para hemorragias durante el parto, también para la bola de la barriga para que baje la hinchazón; Para el aborto; disentería; menstruación abundante, tomar la decocción de la corteza. Siguiendo una dieta estricta. Las hojas y los tallos se raspan y se utilizan para bañarse con agua tibia (Consortio Constructor Ductos del Sur, 2016). La palabra hace referencia a un gallinazo blanco, sampónero.
Saniripini*		Bosque	Para impedir que el niño se enferme con fiebre, especialmente si su padre es cazador y ha matado un saniri (lagarto). Baños con agua caliente usando las hojas y corteza.
Sarioki	Sara-sara	Chacra	Se da cuando la placenta se queda adentro. La raíz se cocina y se da de tomar.
Senkaroshi*		Bosque	Para niños que lloran. Bañar usando las hojas.
Shabamaripini			Se utiliza para cicatrizar para la hemorragia en el parto. No tienes sangrado, no tienes menstruación un año.
Shiarontsivenkiki **			Para la diarrea, se toma con agua tibia.

Nombre Matsigenka	Nombre común y nombre científico	Lugar de donde se extrae	Uso / Para qué sirve y cómo se emplea
Shigovanaivenkiki*		Chacra	Para evitar la diarrea en recién nacidos. En baños y tomar el jugo del tubérculo estrujado.
Shintoritserego*		Bosque	Para facilitar que los niños caminen rápido. Colocar las hojas calientes en las rodillas y pies.
Shintsivenkiki*		Chacra	Para los recién nacidos para que crezcan rápido y sean fuertes. En baños.
Shintsivotsote*		Chacra	Para que los niños caminen pronto. Pintar en las rodillas y pies.
Shinti	Yausa pancho Topa	Crece en la purma. También en bosques arenosos, en bosque elevados, rocosos.	Para facilitar el parto se usa la corteza. Luego se obtiene la parte gelatinosa se la cocina un poco y se toma en tazón también sirve para el cabello se le remoja la corteza y se le echa al cabello. Para la fiebre.
Teretsishi		Vive entre maleza, donde hay espacios abierto, en purma o en las chacras recién hechas. Las hojas en el envés es morado	Para la herida. Hemorragia. Se utiliza las hojas, 50 hojas, en un tazón se chapea con tres tazas de agua se pone a cocinar hasta que empiece a hervir luego se cuele y se deja entibiar y se toma a la media noche o al medio día. Esto se utiliza cuando te baja mucha sangre y después del aborto cuando da la hemorragia. Cuando tienes infecciones urinarias. Puedes hervir más hojas con agua (más agua que el anterior) y lo utilizas para lavado vaginal. Cuando los niños tienen heridas lo utilizas para bañarlo también.
	Toronja		Guía o cogollo de toronja para la para la fiebre del niño. Así lo utilizan en Timpía.
Tsigontivacharoki*		Chacra	Diarrea en niños por la nueva comida a la mezcla inadecuada del alimento. Comer el rayado del tubérculo.
Tsitikanashi*		Chacra	Bebés que lloran. Baños usando las hojas.
Tsomirivenkiki*		Chacra	Destete del bebé. Tomar el jugo crudo de las raíces estrujadas.
Tyemaritharashi o matikoshi	Matico (Piper hispidum)		Usos: fiebre, tos y bronquitis, heridas, hemorragias e infecciones, dolor corporal, cólicos menstruales. Preparación: Para bajar la fiebre se cocinan las hojas y se prepara un baño, el cual se debe repetir tres veces al día por tres días. Como antitusígeno podemos tomarlo después de culminar un tratamiento con Uña de gato, cocinando las hojas y bebiendo el agua de cocción como agua de tiempo. Como remedio principal se cocinan 5 hojas de Matikoshi, 10 de Moco moco (Piper aduncum L.), Kion y 10 limones, y el agua de cocción se bebe a razón de 3 cucharadas por adulto y 2 ½ para niños, hasta por un mes. Para tratar heridas o infecciones se deben cocinar las hojas, hasta que el agua tome color, y luego beber una cucharada tres veces al día, por tres días, y usar el resto para lavar la

Nombre Matsigenka	Nombre común y nombre científico	Lugar de donde se extrae	Uso / Para qué sirve y cómo se emplea
			herida o infección. Las hemorragias, dolores y cólicos se calman con baños en la mañana y en la tarde, hechos con el agua de cocción de hojas (Consortio Constructor Ductos del Sur, 2016).
	Tuna		Apurar el parto. La parte carnosa del medio de la hoja de la tuna se corta y se pone en agua tibia y se toma también, se pasa en el bajo vientre y en la parte baja de la espalda.
Yaerivenkiki* o yairivenkiki		Chacra	Vómito amarillo en niños causado por <i>yaeri</i> una abeja maligna que ha tomado su alma. Bañar con la planta.
Yamposhitoivenkiki*		Chacra	Principalmente para niños pequeños. Vómitos, diarreas, fiebre debido a <i>Yamposhito</i> , una abeja negra maligna. Bañar con la planta.
Yanaivenkiki **			Para que camine rápido a las 3 am, bañar en agua tibia.
Yaviro			Especie similar a la piña, primero se tiene que machucar las hojas y luego hacerlo hervir y tomar una tasa de la preparación. Es una planta que crece en las partes altas por eso no está en Camisea, la consiguen en sus viajes al Alto Urubamba. También se ralla la piña, se la mezcla con un poco de agua, se la calienta y se la toma durante un parto cuando no se cae rápidamente la placenta; al tomarla, debe caerse inmediatamente; algunos la conocen por el término notaretsiriantite piña para la placenta.

Animales empleados durante el parto, embarazo y puerperio en la CN

Camisea

Nombre Matsigenka	Nombre común	Lugar de donde se extrae	Uso / Para qué sirve y cómo se emplea
	Huevo de gallina negra		La clara batida se da de tomar cuando ya va a dar a luz.
	Huevo		Se le hace resbalar el huevo por la espalda
Ségori	Sunka		Se le hace caminar el pescadito por la espalda. Se usa en Timpía y en Savavantiari.
Toteroki	Caracol		Caldo de toteroki para la anemia. Es bueno luego del parto.

Anexo 5. Testimonios de la experiencia de parto en el puesto de salud

Testimonio 1 (Mujer de 45 años)

El quinto y último parto fue en el centro de salud. Los primeros cuatro fueron en su casa. La obstetra le dijo que tenía que atenderse en la posta porque podía tener una complicación por su gastritis. Fue a buscar la opinión de la partera Luzmila, quien le dijo que no iba a tener problemas, decidió por ir al centro de salud. Ahí dio a luz echada, le pusieron suero⁸³. Su parto fue en una camilla, puso encima sus pies y le apretaron la barriga. Le atendieron la obstetra y el médico. Al parto la acompañó Luzmila, pero no la dejaron entrar. Antes de entrar a la sala le hizo tomar malva.

Testimonio 2 (Mujer de 19 años)

“...Me hicieron caminar cuando me daba dolor y cuando no dolía estuve sentada. A las doce mi mamá me dio de tomar malva con huevo, mi tía Marisol se lo dijo. Luzmila vino a las doce y dijo que lo tome para que salga rápido mi bebé, para que nazca. En el parto estuvieron mi abuela, mi mamá, mi tía, la partera y la obstetra. Yo di a luz a la una de la tarde en el centro de salud Camisea. Me atendió la obstetra Gleni Pereyra y la partera Luzmila, ambas son Matsigenka... Usé mi ropa, ellos querían ponerme la ropa de bata pero yo no quería ponerlo. Estuve echada en la camilla, yo quería dar a luz sentada, pero la obstetra me obligó estar en la camilla. Me sentía que no iba a tener a mi hija y tenía miedo, mi mamá me ha dicho que vas a poder tener a tu hija, y mi tía estaba orando por mí”.

⁸³ Esto quiere decir que es muy probable que le agregaron oxitocina para acelerar el parto.

Testimonio 3 (Mujer de 38 años)

Sus tres primeras hijas las tuvo en su casa y los tres siguientes en el puesto de salud. En todos sus partos estuvo una partera. En los primeros cinco estuvo la señora Luzmila y en el último estuvo Elena Silvano. Cuando los partos fueron en su casa su esposo estuvo presente y los que fueron en el centro de salud esperó afuera hasta ella dar a luz. Todas las placentas las enterró su mamá.

Su último hijo iba a nacer por cesárea. El médico le había dicho que estaba de nalgas, no estaba en la posición para nacer por parto natural. Ella no quería la cesárea y dar a luz en Lima. Se fue a una de las parteras jóvenes porque no estaba la partera Luzmila en ese momento. Elena fue quien le acomodó el bebé, lo hizo con las manos, masajeando la barriga. Luego, al ir al puesto para dar a luz, ya estaba en la posición indicada para un parto natural. En el centro de salud la atendió la obstetra, ella ahora es la madrina.

Como una de sus hijas (15 años) dio a luz casi al mismo tiempo que ella, no pudo acompañarla, fue la hermana mayor quien la llevó al establecimiento. Ella también es madre.

Testimonio 4 (Mujer de 19 años)

En marzo del 2015 dio a luz a su segundo hijo en marzo. Su parto estaba programado tres semanas antes del día que finalmente nació. Fue un parto que se iba a dar en Lima, por cesárea, pero finalmente se dio en la unidad médica del Campamento Malvinas. Mientras estaban en el campamento, la obstetra le pedía que no pujara que ya estaban por tomar el avión. El parto se dio antes de que saliera el avión, fue natural. La obstetra estaba molesta con ella porque se perdió un vuelo y la Empresa reclamó que no se coordinaba bien las referencias.

(Conversando con la partera ella me explicó que había visto a la gestante y le había dicho que tenía que esperar su parto, que iba a ser normal, pero la gestante le expresó su miedo de morir y que por eso no quería esperar).

Testimonio 5 (Anotaciones de campo)

Son las 4 y 40 de la tarde, han venido a buscar a la obstetra una señora, su sobrina está con dolores. Es una joven que parece no mayor de 18 años, ya está en proceso de parto. Se ha ido a otra habitación para dar a luz, la han echado en la camilla. Están

alitando los instrumentos. Le preguntan si siente dolor, que aún no pujan que aguante. El parto se ha adelantado, estaba planificado para febrero. Las cinco de la tarde y ha empezado a pujar, el bebe ha nacido a las cinco con siete minutos. Es hombre y pesa 2.800 kg. Es su segundo hijo. Cuando vino estaba masticando piri piri.

Testimonio 6 (Mujer de 28 años)

Los tres partos que ha tenido han sido estando echada. El primero dio a luz en el centro de salud de Camisea. Ella empezó con sus dolores a las diez de la noche, pero no fue a la posta hasta las seis de la mañana. Dice que en la posta te hacen pujar antes de tiempo que eso hace que luego el parto sea difícil. Por eso se fue en la mañana cuando ya no aguantaba el dolor. Lo dio en la camilla de forma horizontal. Hasta ahora le da un poco de vergüenza que le hayan visto sus partes. Me cuenta que no le cortaron (episiotomía).

El segundo fue en Sepahua y le ayudó su mamá partera, estaba en su casa de visita y el parto se adelantó. Cuando le dolía mucho la cabeza fue cuando era el momento de pujar. Se le rompió la fuente, por eso dice que su bebé salió pegajoso. Su mamá le dio piri piri y la bañó con agua caliente en toda su barriga cuando estaba ya por salir. Le habían dicho que posiblemente la tendrían que trasladar a Pucallpa porque su bebé estaba en mala posición. Una *viracocha* (mujer blanca) de Sepahua, acomodó a su hijo en su barriga, por eso pudo dar a luz en la casa de su mamá. También estaba preocupada porque una semana antes de nacer no se movía, ya lo creía muerto. Su mamá le tocó el estómago por el costado izquierdo buscando el latido del bebé. En esa semana ella tenía mucho dolor en la espalda y dolor de cabeza, también tenía mareos y náuseas. El final el bebé nació oscuro, y dejó de estarlo luego de dos semanas. Pensaba que podía haber sufrido algún trauma por no recibir oxígeno porque cuando nació estaba morado.

Su tercer parto fue en Camisea, en el centro de salud. Su cuñada le ha ayudado frotando su espalda para calmar el dolor. Ha tomado mate de coca y cuando ya tenía los dolores continuos ha tomado piri piri con agua tibia. Se fue a la posta acompañada de su cuñada. Ella ya no podía más, la obstetra le pidió que aguantara un poco para ponerse los guantes, pero no hubo tiempo. Dio a luz en la sala de obstetricia.

Recuerda que le pusieron una ampolla. En la sala de partos pudo limpiarse, lavarse y después pasó a la sala de descanso. Cuando le han recibido al bebé, su hermano ya estaba preparado con su tijera. Él quería ser el padrino.

Actualmente ella apoya en los partos de otras mujeres.

Testimonio 7 (Mujer de 28 años)

Su primer parto fue en Ausangate, Cusco, cuando trabajaba cerca de la construcción de la interoceánica. En ese entonces tenía veinte años y se encontraba sola cuando dio a luz en el hospital, echada. Le hicieron una episiotomía. Luego del parto una señora se le acercó y le dio de tomar un mate. No sabía qué era pero lo aceptó. Después conversando con las otras mujeres púerperas le dijeron que esa mujer sabía de plantas y le había dado algo para no tener hijos.

Tuvieron que pasar 6 años para poder concebir su segundo hijo. Le había consultado a la señora Elvira, experta en plantas de la comunidad, algún remedio para recobrar la fertilidad. Al final una tía de otra comunidad le hizo un preparado, era un jugo verde. Lo tenía que tomar de noche. No tuvo relaciones sexuales durante un mes. Luego de la primera menstruación después del tratamiento quedó embarazada.

Su parto fue en el centro de salud por la tarde. La placenta fue enterrada por la abuela. Se quedó un día a descansar en el establecimiento. Esta vez no le practicaron una episiotomía.

Anexo 6. Caso de parto prolongado en adolescente (Entrevista a Obstetra del 2014)

“En el lapso que yo he estado, he visto embarazadas de 15 años. He tenido una paciente de 16 años. La que fue una emergencia, no podía dar a luz. Allá le había dado una vulvitis. Se había edematizado porque no había podido dar a luz allá. Me imagino allá le han dicho que puje antes de tiempo y por eso su vulva estaba hinchada, parecía su vulva como dos testículos ¿Te puedes imaginar? Y ella ya estaba pues en trabajo de parto ya el bebé estaba saliendo y no podía salir y es una niña.

Entonces me avisaron por radio que no podía salir, que su vulva estaba hinchada que estaba así desde las 4 de la mañana y ya eran las 4 de la tarde. Entonces fui a llamar a Malvinas, y ya pues ni modo, el bebito y la mamá se pueden morir, se puede desgarrar y al mínimo rompimiento hinchada, se podía desangrar. Y estando en Montetoni, sola, estando solo Gladys (enfermera técnica de la microred). Entonces uno de los dos podía fallecer. Gladys me dijo eso. Y coordinamos un vuelo. Y me fui a Montetoni y ella no quería venir acá, no quería venir. Que a la señora Inés (otra mujer de Montetoni) se ha ido a Lima y se ha puesto mal, le han cortado. Como que ellos no conocen eso, como que la cesárea es mala para ellos.

A ella no le hicieron cesárea (la joven de 16 años). Cuando yo llego, primero acá me dicen que está mal, entonces yo digo que voy a venir y ha aceptado. También porque obligar no se puede. Entonces he coordinado para ir a recogerla, y según yo pues, la evaluaré y veo que estaba feo y vamos a ir y resulta que estaba atrás de la posta, todo monte. Y la paciente estaba pujando y estaban todos los comuneros y ellos no hablan castellano. Y bueno, yo decía el vuelo está esperándome, el vuelo no es gratis. Y el vuelo cuánto de dinero se moverá ahí. Y ella no quiso venir, “no y no voy”. Y ella decía “tera, tera, tera”, en su idioma. Y yo le decía vamos, vamos, vamos, el vuelo se va a ir y me va a dejar. Pensaba qué voy a hacer ahora, cómo me voy a regresar de acá a Camisea porque yo había ido con mi ropa puesta, mi mochila como si viajaba a Lima si era una emergencia grave. Y ya pues, nos hemos demorado como 5 minutos. -Por favor vamos. -No. El otro venía no sé de dónde y hablaba en su idioma y le habla de Inés que a ella le han cortado y yo no quiero que le hagan eso a Beatriz, así que no va a ir. Y Beatriz estaba con dolor, gritando y gritando. Y yo le decía si quiera

a Camisea, no me puedes hacer eso. El vuelo si no lo utilizamos también se enoja la empresa y luego no se nos da para otras emergencias entonces pues nos perjudicamos nosotros mismos.

Por favor vamos, vamos, ya no va a ser así. Conmigo vas a estar. Ya a extremos, te voy a dar ropa, te voy a dar todo, y ella nada.

Su vía (intravenosa) quería sacarse y escaparse al monte. Yo decía ¡A qué me han mandado! ¿Cómo es posible que me hagan esto? Le decía a Gladys y ella me decía no, en la mañana ella quería, lo que pasa es que ha venido un Matsigenka, creo que de Marankeato (Marankeato está a media hora de Montetoni) y les ha metido esta idea y es por eso que no quiere.

Al momento jalé una frazada. La extendí en el pasto y le dije échate. Porque ni quería, estaba en posición de cuclillas y estaba ahí con toda la gente. Pedí que me ayuden a cargar, o no me entenderán. Gladys también hablaba en su idioma y nada. Así que les pedí a los hombres agarrándoles su mano y dándoles una punta de la frazada para que me ayudaran, “ya Wilson agarra esta” (Wilson, pareja de la joven). Le dije vamos a ir contigo y tu mamá. Para viajar tienen que llevar documentos, aparte es menor de edad y salir a Lima es muy difícil. Al final no llegaron a ir a Lima.

Generalmente acá es normal que viva una mujer de 13 años o con una de 15 años, pero si tú llegas a Lima con un señor de 25 años y una chica que es su esposa con 15 años que es menor de edad, no es muy bien aceptado. Entonces no se iba a ver bien, ella tenía 16 y su esposo 25. Entonces los dos no iban a salir. Tenía que salir esa niña, esa gestante con su mamá. Entonces su mamá no tenía DNI, entonces tenía que salir con la tía con Alicia. A su esposo le digo que contigo no va a viajar, pero no me entiende a mí que eso no es válido. Y la tía dice que tiene DNI pero la mamá igual se cola y se sube al helicóptero. Y al final se subieron las dos y el esposo más. Y de ahí botarlos no se podía, nada, no entendían nada. Les decía bájate y no me hacían caso.

Entonces llegué allá (Campamento Malvinas) y me dediqué a lo que tenía que hacer. La paciente estaba con dolor, estaba con una vulvitis bien edematizada. Su vulva estaba como le tocabas y no se veía, habían 2 bolas ahí. Tenías que ingresar y buscar y ahí estaba la cabecita. Ni modo, llegué a Malvinas y les vieron todos raros porque

estaban con la ropa puesta, todos sucios, descalzos, con sus piercings, chascosos. No es como los has visto ahora, siquiera ahora les he metido al agua y peine, y les he enseñado muchas cosas y algunas han aprendido. Y me enojaron allá. Me gritaron todo ¿Por qué has venido con tanta gente?

Ya pues, y lo que era primordial era la paciente, así que entraron a la paciente. Y ahí el doctor dijo cesárea. Porque era sufrimiento fetal era RPM (ruptura prematura de membranas) aparte tenía esa vulvitis. Así que llamaron a Sepahua, no estaba la Ginecóloga, para Lima no había ya vuelos, el último había ya salido. Entonces se prepararon para una cesárea. Entonces le dijeron a Wilson, que vas a firmar este papel porque le van a ser un corte porque llamaron a otra persona para que traduzcan esta información y las otras personas a Mayra y Alicia (madre y tía) y no querían. No querían y la paciente estaba gritando. Y yo les decía por favor es una cesárea firma este documento. Y no, tera, tera, tera, tera. Se han loqueado, no querían ¿Para eso les traes, no querían venir dicen, para qué les traes? Así me ha dicho el doctor. Pero doctor se va a morir. Y dice él ¿Y si no quiere para qué le traes? Ah ya doctor.

¿Qué voy hacer pues? Bajar tu cabeza. Estar diciéndole, ya doctor qué vamos hacer. Ni modo y ya pues.

Le vamos hacer cesárea. Y entre ellos (los familiares de la joven) decían no. Si no firman yo no puedo tocar a este paciente. Y cuando ya le explicaron y dijo acepto ya le habían hecho la episiotomía pero con riesgo. Le han hecho epi porque como no aceptaban y el producto ya estaba coronando y salió, salió el bebé, pero se desgarró hasta el ano. No ves que estaba totalmente prominente y ya pues salió el bebé, había hecho sufrimiento, flácido, con un apgar 4 y ya después se recuperó, le aspiraron porque también tienen su máquina. Después a la mamá le pusieron a coser pero plano por plano. Porque estaba bien delicado. Acá ha estado tres días y en Malvinas dos días...

Se fue estable. Yo la miré, yo la he estado chequeando. Su herida estaba feo. Allá se loqueaba, peor allá (en Malvinas) son todos varones, allá no se dejó ver sus partes íntimas, ni conmigo. A ella se la tuvo que amarrar, no quería también. Me dijeron ¿Para eso les traes? una y otra vez. Nunca les traigas si no quieren venir. ¡Pero se van

a morir! Les respondía ¿Pero si no quieren qué vas hacer? Entonces esa parte ellos no entienden, por más que les explique no lo entienden...

(Le amarraron) para que al menos nos de campo para hacerle su episiotomía, para proteger al bebé, aspirarlo. Y así terminó lactando al bebé, no tenía leche la mamá, pero si se ha acostumbrado porque en Malvinas hay casi de todo, lo que es comida, todos tuvieron su comida, su habitación. Les regalaron ropa. A ella y a su bebé. Ya les empezamos a bañar. Me dijeron ¡Tienes que bañar a ellos! Así que les enseñé a bañar que tienen que entrar limpios en su cama. Que tienen que poner su ropa limpia. Y así, ya pues yo misma era pues ahí. A Wilson también...

Después se quedó acá (en Camisea) y acá se ha hospitalizado. El doctor (de Malvinas) le dio de alta a los dos días, porque teníamos que ver al bebé por si le daba sepsia y a la mamá pues por su herida, para curarla y ver si había una infección... y salió bien y me la traje para acá. Acá cumplió con el tratamiento porque estaba con tratamiento, como unos cuatro días. Y ya como que se sentía mejor, cumplió su tratamiento, salió y le buscamos una habitación (en Camisea) para que al menos esté. Le dijimos al señor Guillermo (técnico Sanitario).

Ella también ya se quería ir, no quería estar acá (en la casa materna del Centro de Salud). Entonces se fue (a la casa del señor Vicente) y nosotras estábamos coordinando el vuelo y no salió, no salió... Y ya pues, y como en Malvinas como me dijeron que era gente de la Reserva, me dijeron que no podían irse, porque yo me imaginaba venir acá y tal vez enviarlos por río, pero eso era según yo. Pero Malvinas decía que era gente especial, de la Reserva que no podían irse así y que no pueden estar botados acá (Camisea) y que ellos tienen que irse si o si a su comunidad y que tienen que regresar bien...".