

Mi camino para construir Mamás del Río

My pathway to building *Mamás del Río*

Magaly Blas 

Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

magaly.blas.b@upch.pe

DOI: <https://doi.org/10.20453/ah.v66i1.4528>

El primer hito que marcó mi camino para construir Mamás del Río comenzó a los seis años de edad, e inició gracias a mi mamá Carmen, quien fue madre y padre para mi hermano y yo, por lo que en su honor decidí llevar solo su apellido. Ella trabajaba como ingeniera en el Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (Foncodes), en la sede de Huaraz. Desde allí me llevaba a sus viajes en la sierra de Áncash para supervisar las plantaciones de cultivos, los programas de alfabetización y las construcciones de escuelas rurales. Además, se encargaba de enseñar a los agricultores, en español y quechua, qué cultivos priorizar, qué fertilizantes usar, y cómo mejorar su efectividad a la hora de vender sus productos para que no dependieran de los intermediarios. Asimismo, supervisaba los programas de alfabetización para adultos mayores que no sabían leer ni escribir, y velaba por que se construyeran adecuadamente las escuelas en esas zonas rurales. Mi mamá era una caminante. Subía y bajaba cerros con gran facilidad; ella tenía que detenerse para esperarme, pues no podía seguirle el paso, sobre todo en las zonas empinadas. Las zonas que visitábamos en Áncash estaban a 3000 metros de altura. Mamá montaba muy bien caballo o mula. Cuando tenía sed tomaba agua de la acequia y se adaptaba muy fácilmente a las nuevas circunstancias, durmiendo muchas veces en camas hechas mayormente de pellejo de carnero, ofrecidas amablemente por los campesinos. Si bien íbamos a lugares donde las caminatas duraban pocas horas, algunos destinos le requerían dos días seguidos de caminata.

Durante esta etapa pude apreciar cómo su trabajo, en el que aconsejaba y brindaba orientaciones a los campesinos, hacía una gran diferencia en el bienestar de las familias de las comunidades a las que visitaba, las cuales vivían todas en extrema pobreza. Los viajes que hicimos juntas me permitieron conocer el Perú profundo andino. Conocí un Perú que no hablaba español, con muchos habitantes que no sabían leer ni escribir, que desde su nacimiento tenían muchas menos oportunidades que las personas que nacían en las ciudades, en especial de la costa. Quizás en ese tiempo no intuía el impacto profundo que esos viajes iban a tener en mi vida futura.

Esas travesías las continuamos realizando en la época escolar. Durante ese tiempo me gustaron los cursos de ciencias y por ello, después de una deliberación entre estudiar medicina humana o veterinaria, mi mamá logró que la balanza se incline hacia la primera. Terminé el colegio a los 14 años, puesto que mi familia decidió adelantarme un año. A los 15 años postulé e ingresé a la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Tanto en el colegio como en la universidad tuvimos grandes restricciones económicas. Por muchos años vivimos en un espacio de 40 metros cuadrados. Lo bueno es que una vez que ingresé a la UPCH, la universidad empezó a dar becas por orden de mérito, así que gracias a que ocupé el segundo puesto de mi promoción pude terminar la carrera sin mayores contratiempos.



Mamá fue el modelo de mujer que tuve desde muy temprana edad. Me enseñó que una mujer puede salir adelante junto a sus hijos a pesar de vivir circunstancias difíciles. Una de las grandes herramientas que ella me dio fue la natación. Mi vida transcurrió entre el colegio y la piscina, casi no vivía en esos 40 metros cuadrados que era nuestra casa. Ella se aseguró de ello. Hice natación competitiva desde los seis años, fui campeona nacional en mariposa y pecho. La natación me enseñó que la constancia, la disciplina y el empeño que le pones a las cosas pueden producir grandes frutos y que el éxito se consigue a base de esfuerzo. Este deporte me sirve hasta ahora para enfrentar los grandes retos que siempre tenemos en la vida; las horas que nado en la piscina o el mar me sirven para reflexionar, evaluar objetivos, hacer planes, recordar buenos momentos, relajarme y mantenerme saludable. También he hecho grandes amigos entre los miembros de mi equipo de natación, amigos que siempre están en los buenos y malos momentos.

El segundo hito que marcó mi camino para construir Mamás del Río fue mi primera visita a la Amazonía peruana, específicamente a Pamashto, ubicado en la región San Martín, a dos horas de Tarapoto. Realicé este viaje durante el cuarto año de Medicina, como parte de un proyecto de la Facultad de Salud Pública y Administración de la UPCH, llamado Proyecto Hope. Este proyecto, dirigido por el Dr. Luis Benavente, buscaba reducir la desnutrición y la anemia en niños menores de cinco años de la región. En ese viaje conocí los hermosos parajes de la selva peruana, con colinas, ganado, casitas de palma y cataratas, un lugar que para mí sigue siendo mágico. Aquí conocí por primera vez el trabajo del agente comunitario de salud (ACS), en la figura de don Adler Sánchez, líder de su comunidad y quien ahora impulsa el Mishqui Café de su región para el mundo. Adler era un líder en todo sentido, no solo promovía la salud de su comunidad, enlazándola con el puesto de salud, sino que era un buen esposo, padre de familia y siempre estaba presto a ayudar a quien lo necesitara.

A este viaje fuimos alrededor de catorce estudiantes; nos organizamos en cuatro grupos y cada uno estuvo a cargo de un proyecto. El mío fue la evaluación de la anemia y la deficiencia de vitamina A en niños menores de cinco años. Para este proyecto, teníamos que sacar una muestra de sangre a niños pequeños, lo cual fue todo un reto; felizmente tuvimos el apoyo de la enfermera Ana Quijano, colaboradora del Proyecto Hope y que tenía un gran carisma con los niños. Pamashto no tenía

luz eléctrica, así que usamos una centrífuga de mano. Además, la vitamina A se descomponía con la luz y no había un cuarto oscuro en la comunidad, así que cubrimos el interior de un cuarto con papel aluminio. Si bien íbamos a transportar el suero al laboratorio de bioquímica de la UPCH para el análisis de vitamina A, queríamos brindarles a las madres de los niños los resultados de los niveles de hemoglobina; así que llevamos las muestras de sangre para su análisis al hospital más cercano en una moto prestada por el proyecto, con la cual transitábamos en un camino lleno de barro. En el hospital, nos encargábamos de centrifugar las muestras para así obtener los valores de hemoglobina.

En ese viaje, siendo aún estudiante, aprendí que no había barreras para hacer investigación en áreas rurales. Experimenté lo que es hacer el ciclo completo de la investigación, desde el proceso de relacionarse con la comunidad, escribir un protocolo, implementar el estudio, analizar los resultados, hasta presentar los mismos y publicar el estudio en una revista científica. Pude vivir de cerca las grandes necesidades que tenían las comunidades rurales de la selva de nuestro país, y, lo más importante, aprendí sobre la labor de los agentes comunitarios de salud.

Durante ese año llevé el curso de Metodología de la Investigación en la UPCH, uno de los más interesantes que tomé en la universidad. Aquí aprendí sobre el método científico y cómo elaborar y responder preguntas de investigación. Me apasionó descubrir que se puede generar conocimiento; hasta ese entonces, durante mi vida académica, solo lo había usado, es decir, ejecutado lo aprendido, pero no había generado nuevo conocimiento. Descubrir la existencia de este proceso creativo me pareció apasionante. Por ese curso y por el viaje a Pamashto decidí que quería dedicarme a la investigación, pero no sabía dónde ni cómo.

Después de terminar la universidad, empecé a buscar trabajo. Un día, caminando por los pasillos universitarios, vi un anuncio en el que solicitaban dos médicas para un estudio de una vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). Postulé. La entrevista la hizo la Dra. Patricia García, investigadora principal del estudio; había médicas con muchos más años de experiencia, y pensé que no me escogerían. A la semana recibí la llamada: había sido aceptada y mi primer trabajo sería como médica en el ensayo clínico de dicha vacuna. En ese trabajo aprendí de cerca cómo se realizaba un ensayo clínico, cómo se asignaba al azar la vacuna o el placebo,

cómo se recogía la historia clínica y se tomaban muestras ginecológicas con fines de investigación.

En una de las conversaciones que tuve con Patricia, le comenté mi inquietud, que quería investigar y escribir proyectos. Le expliqué que lo que yo quería era trabajar en la comunidad y no en el hospital y ella me dijo: «Lo que quieres hacer se llama salud pública». Tomar la decisión de dedicarme a la salud pública y no seguir una rama clínica no fue fácil. Cuando terminé Medicina, más de la mitad de mis compañeros se estaban preparando para irse a hacer una especialidad clínica en Estados Unidos o España, la mayoría con la intención de no volver. Salud pública no era una rama muy popular; sin embargo, gracias a la guía de mis mentores, el Dr. César Cárcamo y la Dra. Patricia García, obtuve una beca para hacer una maestría y un doctorado en Epidemiología en la Universidad de Washington, en Estados Unidos.

Estudiar en Estados Unidos me abrió muchas puertas. Conocí una red más amplia de colegas, tuve nuevos mentores y la oportunidad de postular a más convocatorias de financiamiento. Es así que, después de terminar mi doctorado, concursé con la guía del Dr. Joe Zunt a un fondo del Centro Internacional Fogarty, perteneciente al Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, y lo gané. Este fue el primer financiamiento que obtuve para contestar mi propia pregunta de investigación, que era si el VPH, que produce cáncer al cuello uterino, y el virus HTLV, que produce leucemia, linfoma y dificultad para caminar, estaban asociados.

Llamé a este proyecto AINBO, que significa ‘mujer’ en shipibo. Realizamos este proyecto en 24 comunidades del pueblo shipibo-konibo, 2 en Lima y 22 en Ucayali. Esta fue la primera vez que trabajé directamente con mujeres indígenas de la selva peruana, con quienes pude conocer más a profundidad este mundo y aprender sobre algo que no me enseñaron en la universidad: la humildad cultural, que implica respetar las creencias y costumbres de las personas, reconocer nuestros propios sesgos y las diferencias de poder que pueden existir, y tener la voluntad de aprender de los demás. Una de las lecciones más grandes llegó cuando intenté explicar, con base en lo que aprendí en la universidad, las causas del vómito de una gestante a su esposo que era el chamán de la comunidad. Después de darle mi explicación y lo que pensaba que podía mejorar la salud de su esposa embarazada, él me dijo: «aquí tú no eres la doctora, yo

soy el médico vegetalista de la comunidad y sé qué le hace bien a mi mujer». En ese momento comprendí que yo, con mis estudios de medicina y mi doctorado, no era necesariamente un referente de salud en la comunidad. Las comunidades tenían su propia cosmovisión, su manera de explicar la vida y la enfermedad, algo que mis estudios de medicina y mi doctorado no me enseñaron.



Después de darle mi explicación y lo que pensaba que podía mejorar la salud de su esposa embarazada, él me dijo: «aquí tú no eres la doctora, yo soy el médico vegetalista de la comunidad y sé qué le hace bien a mi mujer».

El estudio AINBO fue, desde el punto de vista académico, un proyecto exitoso. Encontramos que el VPH y el HTLV estaban asociados. Tuve dos publicaciones en revistas científicas internacionales y presenté los resultados en diversas conferencias. Mi vida académica florecía. Sin embargo, cuando volví a visitar a las comunidades, encontré a las mujeres viviendo en las mismas circunstancias, sin acceso a agua potable ni electricidad, en condiciones de extrema pobreza y con acceso muy limitado a un sistema de salud que era muy precario. Sentí que mi proyecto no ayudó directamente a las mujeres con las que trabajé. ¿De qué les sirvió que yo haya encontrado que dos virus se asociaban? ¿Eso en qué las ayudaba en su día a día? Aun dándoles un diagnóstico de HTLV, ¿qué podían hacer ellas? Este es un virus incurable que se transmite por la leche materna, pero ¿cómo les podíamos aconsejar que dejen de dar de lactar a sus recién nacidos sin que corran el riesgo de morir de diarrea o desnutrición? Al terminar el proyecto no sentí el entusiasmo del inicio. No encontré una conexión entre mis intenciones, el éxito académico y la mejora de la salud en las mujeres de las comunidades. Sentí una gran decepción que contrastaba con el agradecimiento enorme que me expresaron las mujeres de las comunidades que participaron en AINBO, y es que este era el primer proyecto que se interesaba por la salud de comunidades

indígenas que se sentían olvidadas por el Estado. Puedo decir que esa decepción que sentí fue el tercer hito que me llevó a construir Mamás del Río¹. Después de ello, me prometí que el próximo proyecto que hiciera debía tener un impacto directo en la mejora de la salud de las mujeres e implicancias en la generación de políticas de salud que produzcan cambios estructurales.

En 2012, una organización de Escocia llamada Vinetrust me contactó a través de la universidad para hacer una evaluación del impacto de dos barcos médicos de su programa llamado Esperanza Amazónica. Estos barcos viajaban por seis cuencas de la Amazonía peruana en Loreto, brindando atención médica a comunidades en extrema pobreza. Tuve la oportunidad de dirigir ese proyecto y vi que el impacto que tenía el barco en las comunidades era importante. Las comunidades lo esperaban con ansias porque les brindaba acceso a atenciones médicas, dentales, quirúrgicas y les daban medicinas a las que de otra manera no podían acceder. Dichas comunidades, donde llegaba «el barquito», como lo llamaban los pobladores, eran mucho más remotas que las que yo había visitado en Ucayali. Si bien el barco brindaba atención médica, este permanecía solo un día en cada lugar, y cuando se iba la comunidad quedaba nuevamente a su suerte. Después de ver la interacción entre la comunidad y el barco, sentí que faltaba una pieza importante en el trabajo que este hacía, faltaba el trabajo de fortalecimiento comunitario que le permitiera a la comunidad poder hacerse cargo de su salud en la ausencia de la nave. Este fortalecimiento necesitaba un actor clave que yo había visto en mi trabajo en Pamashto, este actor era el agente comunitario de salud.

En cada uno de los proyectos que hice en la selva (el proyecto AINBO en Ucayali y el proyecto del barco Esperanza Amazónica en Loreto), estuve embarazada y di a luz. En el primero nació Silvana; y en el segundo, Ariana. Ambos embarazos cambiaron mi forma de ver la vida y de percibir los retos a los que se enfrentan las mujeres de áreas rurales. Nunca estuve tan sensible en mi vida como en esa etapa. Comprendí que las mujeres de dichas comunidades estaban solas; que si durante el embarazo tenían algún factor que las predisponía a desarrollar una complicación, este no iba a ser detectado; que ellas y sus hijos podían morir; que no iban a tener acceso a controles de salud óptimos ni a un manejo adecuado de emergencias; que solo por nacer en ese contexto, sus hijos iban a tener menos esperanzas de

sobrevivir que mis hijas. Cada embarazo me marcó de diferente manera. Ambos constituyeron el cuarto y más importante hito para desarrollar Mamás del Río. Así, pues, debido a mis embarazos, decidí girar mi línea de investigación para mejorar la salud materno-infantil en áreas rurales.

Después de dar a luz a Ariana, en 2013, y habiendo retornado a mi vida laboral, llegó a mi correo una convocatoria a un concurso de innovaciones en salud, organizado por Grand Challenges Canada, del gobierno de Canadá, y por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología del Perú (Concytec). Dicho concurso se titulaba «Ideas audaces». Fue en ese momento que decidí plasmar lo que yo había identificado que faltaba a lo largo de mis trabajos en áreas rurales de la selva peruana: el fortalecimiento de las comunidades a través de la formación de los agentes comunitarios de salud. El componente innovador que decidí agregar fue darles a estos agentes el poder de la tecnología y empoderarlos a través de ella. Esta vez, el objetivo de mi proyecto era mejorar la salud materna y neonatal. Cuando tuve que escribir el nombre del proyecto, inmediatamente recordé a las gestantes que nos esperaban al borde de la riva de los ríos cuando llegábamos a las comunidades en las embarcaciones de madera pequeñas, y el primer nombre que vino a mi mente fue «Mamás del Río». Después de unos meses de enviar el proyecto, salieron los resultados y ¡ganamos el financiamiento! Así empezó el proyecto más importante que he desarrollado en mi carrera. Esta vez, como me prometí a mí misma años antes, las comunidades debían tener un beneficio directo. En Mamás del Río, el proyecto no respondía a mi pregunta de investigación, sino a las necesidades que identifiqué en las comunidades y que ellas me contaron a lo largo de mis años de trabajo en la selva peruana.



En Mamás del Río, el proyecto no respondía a mi pregunta de investigación, sino a las necesidades que identifiqué en las comunidades y que ellas me contaron a lo largo de mis años de trabajo en la selva peruana.

¹ Conozca más sobre el proyecto en: <https://www.youtube.com/watch?v=Q3VCiCCJ3OE&t=3s>

El corazón de Mamás del Río lo forman los agentes comunitarios de salud, quienes, empoderados con la tecnología, hacen un diagnóstico temprano de la gestación mediante pruebas de embarazo. Es que, en las comunidades, las mujeres no tienen acceso a estas pruebas y no hay forma de saber si están embarazadas. Los centros de salud rurales tampoco cuentan con pruebas y muchas veces las solicitan a nuestros agentes.

Una vez que el agente comunitario de salud identifica a las gestantes, les realizan visitas periódicas, tanto a ellas como a sus recién nacidos, para brindarles mensajes que promuevan su salud y realizarles acciones para prevenir enfermedades. Los agentes realizan las visitas con una tableta con la que muestran material educativo con imágenes y videos que han sido creados con las comunidades. Estos videos relatan lecciones aprendidas durante la gestación y el parto, así como mensajes de salud contados por las mismas mujeres de la comunidad. Durante las visitas, los agentes motivan a las gestantes a

acudir a los establecimientos de salud; elaboran con ellas un plan de parto y emergencia; les explican las señales de peligro durante la gestación y el parto; les brindan un equipo de parto limpio por si la gestante decide dar a luz en su casa; y les enseñan cuáles son las señales de peligro y los cuidados que debe tener un recién nacido inmediatamente después del parto y a lo largo de los primeros meses de vida. A través de la tableta, los agentes ingresan información de salud de las gestantes y recién nacidos. El 70 % de mujeres en las comunidades donde trabajamos da a luz en su casa, así que la información ingresada sobre el nacimiento del recién nacido es nueva para el Ministerio de Salud y puede ser usada por esta institución para responder a las necesidades de salud de dicha gestante y su recién nacido. Además de entrenar a los agentes comunitarios de salud, en Mamás del Río preparamos a las parteras y al personal de salud, y realizamos sensibilización a la comunidad. Todo esto acompañado con una supervisión continua del proyecto.



Figura 1. Visitando a una madre con su recién nacido en la comunidad de Puerto Prado, distrito de Nauta, Loreto.

Las comunidades donde operamos son de la etnia Cocama-Cocamilla y son accesibles solo por río. La población de estas comunidades se moviliza en embarcaciones pequeñas de madera llamadas *peque-peque*, para llegar a los establecimientos de salud que en su mayoría se encuentran lejanos. Para diseñar Mamás del Río, vivimos en las comunidades con el fin de observar

el proceso de la gestación, el parto y los cuidados que recibe el recién nacido; aprendimos de las gestantes y sus familias, e identificamos prácticas en las comunidades que podían mejorar. Por ejemplo, detectamos que un gran porcentaje de mamás botaban el calostro, que es esa leche amarilla rica en nutrientes que sale después de dar a luz; las mamás lo exprimían porque pensaban que

le hacía daño al bebé y empezaban la lactancia cuando la leche se volvía blanca. Por ello, en los materiales educativos del proyecto, incluimos una sección sobre la importancia de dar el calostro.

Conjuntamente con la población y la Gerencia Regional de Salud de Loreto diseñamos el material educativo que iba a estar incluido en la tableta y en los materiales impresos. Inicialmente, en 2015, realizamos un piloto en trece comunidades rurales de los distritos de Nauta y Parinari en Loreto. Con base en este trabajo, diseñamos una versión robusta del programa, la cual implementamos en 2019 en 84 comunidades. Realizamos una evaluación de tres años de la intervención y demostramos que ¡Mamás del Río mejora casi todos los indicadores de cuidado esencial del recién nacido y que además aumenta los partos en los establecimientos de salud! Durante nuestra intervención, las comunidades en las que trabajamos fueron afectadas por la pandemia de la COVID-19, y este evento nos sirvió para demostrar que los agentes comunitarios de salud son vitales para responder a desastres de esta magnitud. A través de nuestra investigación, demostramos que si bien más del 70% de establecimientos de salud cerraron, los agentes continuaron haciendo su labor de visitas en las comunidades promoviendo la salud de las mismas.

Gracias a estos buenos resultados fuimos convocados por las cancillerías de Perú y Colombia y el Banco

Interamericano de Desarrollo, para implementar nuestro proyecto en la frontera colombo-peruana, que es donde operamos ahora. Mamás del Río se adaptó al sistema de salud colombiano con éxito y ahora hay agentes comunitarios de salud en la Amazonía colombiana, que vigilan y promueven la salud de sus comunidades.

Actualmente, venimos luchando para lograr ese cambio estructural que me prometí lograr. Soñamos que Mamás del Río sea parte de la estrategia del Estado para mejorar la salud materna y neonatal en áreas rurales. Para ello, hemos trabajado paralelamente en el fortalecimiento comunitario, y estoy orgullosa de ver que los agentes con quienes hemos trabajado durante los últimos nueve años se han organizado y han formado la primera Asociación de Agentes Comunitarios de Salud Indígenas de Loreto (AACOSIL). Junto con ellos estamos luchando para que en el Perú los agentes comunitarios de salud sean parte del sistema de salud.

Mi sueño es que Mamás del Río sea una intervención sostenible en el tiempo y que pueda adoptarla el Estado para beneficiar a las gestantes y familias de áreas rurales de nuestro país y países vecinos que enfrentan desafíos similares. Así como mi mamá me llevaba de niña a sus viajes de campo en la sierra, llevo a mis hijas desde muy pequeñas a las comunidades de Mamás del Río, con la esperanza de que esta experiencia pueda calar también en ellas y genere un efecto multiplicador.



Figura 2. Llegando con mis hijas a la comunidad de Leoncio Prado, distrito de Parinari, Loreto.