



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

**TENER EL HIJO "AL FRENTE" EN LA TRIPLE
FRONTERA DE BRASIL, COLOMBIA Y PERÚ**

Tesis presentada por

Thales Willian Dos Santos Silva

para obtener el grado de

MAESTRO EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Tijuana, B. C., México
2016

CONSTANCIA DE APROBACION DE LA TESIS

Directora de tesis: _____
Dra. Teresa Elizabeth Cueva Luna

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. _____

2. _____

3. _____

*Me dijo que le hiciera mujer
y la quise*

*Me dijo que le hiciera feliz
y le dibuje literalmente una sonrisa
y se echó a reír*

*Me dijo que la protegiera
y le construí un castillo
con los pedazos de su pasado
y me confeccioné una armadura
con sus miedos*

*Finalmente me dijo:
hazme inmortal,
y la escribí.
(autor desconocido)*

Para las madres que dan a luz “al frente”.

AGRADECIMIENTOS

Traigo en mí un sentimiento de gratitud por haber podido concluir este reto gracias a la gentileza de grandes seres humanos. La vida sucede en el vaivén de los que dejan un poco de sí y se llevan un poco de nosotros. De esta manera, también se pasó con este trabajo.

El entusiasmo de Alma me hizo ver un mundo de posibilidades con la experiencia de estudiar en El Colegio de la Frontera Norte. La preparación recibida en esta institución me permitió ir mucho más allá de mis expectativas personales y académicas. Pude llevar a cabo mis estudios en Tijuana e ir a Amazonia hacer mis prácticas de campo con apoyo económico recibido del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Comparto aquí un agradecimiento lleno de nobleza.

La primera imagen que tuve de mi directora de tesis también es la que quiero eternizar aquí: una persona sublime que con su taza de té siempre me regaló los mejores consejos. Su sabiduría me orientó hasta el último respiro. Dejo aquí un agradecimiento muy especial a la generosidad de la Dra. Tere Cueva.

Algunos maestros fueron esenciales en la construcción de este trabajo. Las orientaciones de la Dra. Ietza Bojórquez y del Dr. Pedro Rapozo contribuyeron de manera especial a dar forma a mis ideas. Fueron guías esenciales durante el proceso. Les digo muchísimas gracias.

Las prácticas de campo en la triple frontera me permitieron ver que la belleza humana también sigue viva en otras partes del mundo. Fueron muchas personas que me recibieron de manera noble. Las pláticas con los maestros Reginaldo y Cristian me aportaron ideas valiosas. Mi experiencia en Amazonia tuvo combustible especial con la mirada insustituible del amigo Jailson. A ustedes tres, les agradezco mucho.

Traigo en mí un sentimiento de nostalgia y gratitud por haber dejado mi querida familia en Brasil para ganar una nueva en Tijuana. Traigo en mí un poco de cada uno de ustedes.

RESUMEN

Este estudio se lleva a cabo en un microcosmo geográfico, social y demográfico en que confluyen las fronteras de Brasil, Colombia y Perú. Su particularidad estriba en que se encuentra alejado de los grandes centros urbanos que obliga a sus pobladores a interactuar en diferentes aspectos prácticos de la vida cotidiana. Esta investigación se encamina a responder cómo y por qué ocurre el uso transfronterizo de los servicios obstétricos al momento del parto por parte de las mujeres que viven en la triple frontera. La metodología empleada fue de tipo cualitativa y responde a estudios de caso, para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas a diez mujeres y a ocho informantes clave con la finalidad de comprender la práctica social de tener el hijo en otro país. Para el análisis se acude al concepto de *habitus* de Pierre Bourdieu. Los resultados revelan la existencia de un patrón del uso transfronterizo construido a partir de la nacionalidad, motivación y destino de la madre al momento de dar a luz. El grupo de peruanas elige Brasil para tener acceso principalmente a los beneficios sociales; en cambio, las brasileñas entrevistadas dan a luz en Colombia porque quieren mejores servicios de salud; y las colombianas de este estudio se dirigen hacia la parte brasileña de la frontera con la intención de lograr sobre todo la doble nacionalidad para su hijo.

Palabras clave: triple frontera, *habitus* transfronterizo, madre, parir

Abstract

This study was conducted in a geographical, social and demographic microcosm where the borders of Brazil, Colombia and Peru converge. Its uniqueness is that it is far from large urban centers that force its residents to interact in different practical aspects of everyday life. This research is aimed to answer how and why it occurs cross-border use of obstetric services at birth by women living in the triple border. The methodology was qualitative type and responds to case studies for this semi-structured interviews with ten women and eight key informants in order to understand the social practice of having the child in another country is carried out. For the analysis it comes to the concept of *habitus* of Pierre Bourdieu. The results reveal the existence of a pattern cross-border use built from nationality, motivation and destination of the mother when giving birth. The Peruvian group mainly choose Brazil to have access to social benefits; however, the Brazilian interviewed give birth in Colombia because they want better health services; and Colombian of this study are directed towards the Brazilian side of the border with the intention of achieving especially dual nationality for their child.

Keywords: triple border, border habitus, mother, giving birth.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
I – DISEÑO METODOLÓGICO Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1 El sitio de estudio y la pregunta de investigación.....	5
1.2 Estrategia metodológica.....	7
1.2.1 Informantes clave.....	10
1.2.2 Las madres	12
1.2.3 Las parejas	16
1.3 Análisis de la información	17
1.4 Consideraciones éticas	18
II - LA TRIPLE FRONTERA: INTERPRETACIONES PRELIMINARES	20
2.1 La triple frontera	20
2.2 Estructura de los sistemas de salud.....	26
2.3 La caracterización de la frontera por las madres	33
2.4 Perfil sociodemográfico de las madres	35
III - EL HABITUS: TEORIA.....	37
3.1 El <i>habitus</i> transfronterizo.....	37
IV – EL USO TRANSFRONTERIZO: RESULTADOS.....	46
5.1 Patrones de utilización	46
5.1.1 Madres peruanas	47
5.1.2 Madres brasileñas	52
5.1.3 Madres colombianas	55
5.2 Madre brasileña con hijo en Perú.....	59
5.3 La decisión de parir al frente	59
5.4 Conclusiones del capítulo	62

CONCLUSIONES.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	69

INDICE DE CUADROS Y MAPAS

Cuadro 1. Informantes clave.....	11
Cuadro 2. Perfil de las peruanas con hijos en Brasil	14
Cuadro 3. Perfil de las brasileñas con hijos en Colombia	15
Cuadro 4. Perfil de las colombianas con hijos en Brasil	15
Cuadro 5. Perfil de la brasileña con hijo en Perú	15
Cuadro 6. Nacionalidad del varón	17
Cuadro 7. Creación de explicación (“explanation building”).....	18
Mapa 1. Área de investigación	23
Mapa 2. Atendimento materno transfronterizo	32
Cuadro 8. Perfil de las madres entrevistadas	36
Cuadro 9. Nacimientos en Brasil.....	49
Mapa 3. Patrones de uso transfronterizos en el universo de las mujeres entrevistadas.....	58

ANEXOS

Anexo 1. Casos del estudio	73
Anexo2. Guía de entrevista (mujeres)	84
Anexo 3. Guía de entrevista (informantes clave)	87

INTRODUCCIÓN

Tener un hijo es un evento humano en el cual, más allá de su mera dimensión biológica se entretejen múltiples dimensiones. La primera de estas dimensiones alude a las condiciones de salud de la madre, lo que en muchas ocasiones supone tener acceso a servicios de salud. La accesibilidad implica, en el estudio de caso en cuestión, por un lado, que la mujer acuda al lugar donde puede obtener ayuda y por otro lado, que sea bien recibida. También, implica la existencia de personas con experiencia y con el instrumental y medicina adecuada para cuidar a la madre y al niño por nacer. Suponiendo que estas condiciones básicas se cumplan, aún se requiere de un ambiente respetuoso y cálido para los seres que ocupan el lugar central de este escenario. Una dimensión a la que no siempre se alude es política, relacionada con las implicaciones derivadas de la nacionalidad de los padres y el lugar geográfico donde aquél hecho transcurre. Así, nos adentramos en el terreno de las relaciones humanas y políticas entre individuos y Estados nación.

En este sentido, esta tesis intenta problematizar uno de los eventos humanos más trascendentes, el de dar a luz, preguntándose por cómo ocurre este hecho en un contexto de frontera territorial. El estudio del fenómeno es relevante dado que en él se comprometen individuos e instituciones con efectos que trascienden las fronteras, y presumiblemente cohesionando las relaciones humanas en un espacio transfronterizo, pero seguramente poniendo a prueba la relación entre individuos particulares y Estados nación, como recién se dijo.

Se elige como lugar de estudio la triple frontera de Brasil, Colombia y Perú, la cual representa un microcosmo geográfico, social y demográfico dentro de la selva amazónica. En este espacio se destacan características peculiares por la presencia de un ecosistema delimitado el cual resulta distante de grandes centros urbanos. Sin embargo, es necesario señalar que la triple frontera ha llegado a constituir “una realidad urbana compuesta por una red de ciudades y asentamientos humanos que ejercen presión sobre los recursos naturales del bosque húmedo tropical” (Vergel, 2009:29).

El escenario se construye en un límite trasfronterizo abierto en donde no existen ni siquiera grandes barreras naturales. La división virtual entre el municipio brasileño de

Tabatinga y la colombiana Leticia se establece por una calle, mientras que el río Solimoes separa la isla peruana de Santa Rosa de los otros dos países. Si se compara esta frontera con la de Estados Unidos-México, el contraste entre ambas fronteras internacionales es abismal, siendo esta última frontera muy cerrada donde la vigilancia se refuerza con patrulleros, con la construcción de muros y bardas a lo largo de la misma con la finalidad de contener a la entrada de los migrantes indocumentados.

Un ambiente de búsqueda por atención médica transfronteriza en la triple frontera se acentúa a partir del desarrollo de distintas políticas de salud. Los países adoptan modelos de atención que mezclan lo público y lo privado en diferente medida. En Brasil, la oferta de servicios médicos se compone de seis puestos de atención básica, una unidad de pronto atendimento con maternidad y un hospital militar. Ellos son servicios públicos y en los dos primeros toda la población tiene acceso a través del Sistema Único de Salud (EL SUS), mientras que en último se prioriza la salud de las familias militares.

La estructura de Colombia en la frontera, por otro lado, se compone de un hospital público y una clínica privada. Finalmente, del lado peruano de la frontera, un centro de salud ofrece servicios públicos.

En este estudio se ha utilizado la expresión “al frente” a partir, exclusivamente, del discurso de las madres peruanas que van a tener el hijo en Brasil. Su uso surgía de manera recurrente durante las entrevistas. Las mujeres apropian de la terminología desde la configuración de una triple frontera que físicamente ocupa un lugar donde también se rompe una continuidad y el sentido del límite se parece menor.

Es importante tener en cuenta el contexto social donde se realiza el estudio. Son mujeres que no están en un contexto de “cacería de brujas” como el que se vive entre México y Estados Unidos. Son tejidos socioculturales muy distintos. Las observaciones del trabajo de campo destacan que las mujeres de la triple frontera de Brasil, Colombia y Perú no censuran su práctica de parir en otro país. Son usos y costumbres donde aprovechan de las oportunidades que les brinda su espacio.

Este trabajo trata de romper con la idea de inexistencia de conflictos entre el Estado y la sociedad estudiada a partir de los servicios de salud disponibles. Se busca en la actual investigación destacar los procesos ocultos durante el parto, por ejemplo, como los médicos de un hospital atienden a una mujer extranjera al momento del parto.

El objetivo principal de esta investigación es describir y analizar cómo y por qué las mujeres brasileñas, colombianas y peruanas hacen uso de los servicios maternos en el espacio transfronterizo estudiado. Pues así, se propone destacar la dinámica de las mujeres embarazadas en la triple frontera a partir del uso transfronterizo de los servicios obstétricos cuando están a punto de tener a su hijo.

Se propone también en este estudio describir y analizar cuáles son los servicios maternos accesibles en el área de estudio. Lo que lleva a cabo desde el segundo capítulo en la descripción de la salud en la triple frontera. Además, se plantea aquí considerar de qué manera el personal de salud describe esta práctica.

Aún como parte de los objetivos se pretende en esta investigación describir y analizar si existen “patrones de uso transfronterizo” de los servicios maternos, bajo qué “lógicas” se ejercen por las mujeres estudiadas. Es decir, verificar si la movilidad con la finalidad de dar a luz en otro país se construye de manera idéntica en ciertos grupos de madres embarazadas.

Finalmente se proyecta explicar cómo se configuran las mujeres como actoras de esta práctica reproductiva transfronteriza, en el entramado de relaciones significantes para ellas y desde situaciones específicas condicionadas por su nacionalidad de origen y por el Estado al que se dirigen para parir al hijo en cuestión.

En el contexto de la madre como actora social se considera el concepto “mujer” desarrollado por Simone Beauvoir (1989) y el de “género” de Judith Butler (2006). Además de la visión sobre la construcción de la imagen femenina alrededor del fenómeno de parto en el extranjero, es importante señalar que la investigación se sostiene a partir de antecedentes sobre la movilidad en la triple frontera y de las características de los sistemas

de salud de dichos países del espacio en estudio. Para entender esta práctica social también se acude al término de *habitus* de Pierre Bourdieu.

Los resultados de la investigación se dirigen hasta las hipótesis planteadas a lo largo de la investigación: 1) En la decisión de buscar atención obstétrica transfronteriza, tiene más peso la decisión de la mujer que de su familia y 2) Esta decisión se toma con el fin de conseguir acceso a derechos, más que la búsqueda de atención médica en sí misma.

Las grandes virtudes de los métodos cualitativos aplicados en este estudio privilegian el análisis “interpretativo” de la subjetividad de los individuos sobre el significado de parir en otro país. Las respuestas sobre el fenómeno son capaces de favorecer el desarrollo de nuevas ideas explicativas sobre prácticas transfronterizas. Por prácticas fronterizas se entienden aquellas que resultan de la interacción social en un espacio dividido por fronteras internacionales, concentrándose en estudiar las que realizan las mujeres en el momento de parir, condicionadas por la naturaleza de la oferta de las instituciones de salud y la historia de fuerte relación de interdependencia entre las comunidades estudiadas.

Finalmente las aportaciones de la investigación, como carácter trascendente, tienden a ir más allá del mero interés de la población por recibir servicios obstétricos en el país colindante. Siendo así los resultados del estudio deben contextualizar la demanda de salud en la triple frontera desde una perspectiva sociológica. En este caso, se busca entender los significados de la práctica de cruzar la frontera al momento del parto a partir de la visión de mujeres que realizan dicha acción.

En el primero capítulo se presentan las estrategias metodológicas. Este apartado abre el estudio con el objetivo de explicar cómo se llevó a cabo el proceso de acercamiento a la triple frontera. En los dos siguientes capítulos contienen elementos que sostienen el estudio a partir del marco teórico-contextual. Los resultados de la investigación están en el último capítulo.

I – DISEÑO METODOLÓGICO Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este primer capítulo se introduce el sitio de estudio. Al aterrizar los datos sobre el fenómeno se establece una secuencia inicial sobre el interés por el tema del trabajo y se presenta la construcción de la pregunta de investigación. En seguida se resalta la estratégica metodológica donde se menciona sobre todo el proceso de entrevista con las madres que dieron la luz en otro país. Por último se incluye los apartados sobre el análisis de las informaciones recaudas y las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta.

1.1 El sitio de estudio y la pregunta de investigación

Las primeras impresiones sobre la triple frontera de Brasil, Colombia y Perú se construyeron en una visita guiada por el ejército brasileño en 2012. En este primer acercamiento fuertemente influido por la percepción de los militares, ellos mencionaban con cierto orgullo la labor social que realizaban al prestar servicios de salud a la población no solo brasileña sino de las demás localidades adyacentes, dado que en la zona aparentemente la oferta de estos servicios era limitada y destacando entre tales servicios a los obstétricos prestados a mujeres peruanas y colombianas. Los comentarios se enfocaban más a las mujeres como agentes que se movilizan para la obtención de servicios maternos en un país distinto al suyo; al mismo tiempo parecía haber una omisión sobre la participación de los varones o de las familias en esta práctica.

Los conocimientos adquiridos acerca del tema han arrojado luz sobre el hecho de que el uso transfronterizo de los servicios obstétricos es llevado a cabo por parturientes brasileñas, colombianas y peruanas que cruzan la frontera hacia un país distinto al que ellas nacieron, lo cual hace más complejo el fenómeno social que se quiere enfocar pues no se trata de un movimiento unidireccional ni realizado por un solo tipo de agente.

Transcurridos tres años desde el primer aterrizaje en el área, la propuesta de dar voz a las madres embarazadas que buscaron tener el hijo en un país diferente al suyo ganó cuerpo entre diciembre de 2015 y marzo de 2016 durante el trabajo de campo en la triple frontera amazónica. El regreso se mezcló con el típico clima caliente y húmedo de la selva amazónica. Gracias a la presencia de una frontera abierta se pudo recorrer el aérea

transfronteriza sin enfrentar grandes obstáculos. La idea de frontera abierta implica trabajar hacia un acceso más expedito de ciudadanos, productos y transportes (Emmerich, 2003).

Este espacio de estudio parece ser un microcosmo social transfronterizo internacional que se constituye a partir de la movilidad de brasileños, colombianos y peruanos yendo de un lugar a otro por motivos diversos ya sea ir a trabajar en un país distinto al propio, ir de compras a otro país donde se consiguen productos más económicos o muchas veces inexistentes en el país de origen, ir a visitar familiares, o simplemente pasear.

El acceso desde Brasil y Colombia hacia la comunidad peruana de Santa Rosa, ubicada en el departamento de Loreto, se logra en un promedio de cinco minutos al cruzar el río Solimoes en una barca que presta el servicio de transporte colectivo por poco menos de un dólar. En este caso, el espacio fluvial representa el único obstáculo para llegar a Perú. Mientras que la línea divisoria entre la brasileña Tabatinga y la colombiana Leticia se construye en la frenética Avenida de la Amistad (siendo llamada de Internacional en territorio colombiano).

La ausencia de una barrera limítrofe natural entre Brasil y Colombia hace que la población cruce esta frontera internacional casi sin darse cuenta del cambio de país que está haciendo; en esta línea imaginaria que divide los territorios existe una tímida vigilancia migratoria debido a la presencia de militares que apenas observan la movilidad sin checar la identificación de los que cruzan.

Pues así se destaca la confluencia de Tabatinga y Leticia. De acuerdo a Vergel (2009: 30) son áreas urbanas que han crecido en un proceso paralelo como ciudades hermanas hasta el punto de conurbarse y de esta forma constituirse en las denominadas por algunos autores “ciudades gemelas”.

Los militares presentes en la frontera entre Brasil y Colombia parecen estar antes que nada más preocupados en verificar si todos los motociclistas disponen del uso de casco al entrar a la parte colombiana que hacer la seguridad del cruce fronterizo internacional. Mientras que Leticia obliga la protección usada en la cabeza con la imposición de multa en

el caso de incumplimiento de la norma, Tabatinga se mantiene abierta a la práctica de seguridad. En este espacio fronterizo las motocicletas representan el principal medio de transporte.

Los estudios desarrollados a lo largo de esta investigación se guían a partir de la configuración de la siguiente pregunta: ¿Cómo y por qué ocurre el uso transfronterizo de los servicios obstétricos al momento del parto por parte de las mujeres que viven en la triple frontera de Brasil, Colombia y Perú? La interrogante se fundamenta en el contexto de una frontera abierta ubicada en el espacio de la selva amazónica donde se observa el libre tránsito de personas y mercancías que cruzan las fronteras internacionales de estos países. Se proyecta en esta investigación comprender cómo se construye la práctica social de dar a luz en otro país y cuál es la causalidad de dicha acción.

Los análisis se construyen con información primaria y secundaria obtenida en el sitio, en particular con otros agentes sociales involucrados en el fenómeno en cuestión. Son aportaciones valiosas debido a la falta de investigaciones sobre el tema.

Ahora bien, para llegar a una tentativa respuesta, se plantearán algunas preguntas particulares con el objetivo de conocer los significados de esta práctica social transfronteriza: (1) ¿Qué tipo de servicios obstétricos son utilizados de forma transfronteriza? ¿Cómo y bajo qué condiciones?; (2) ¿Se puede identificar a las mujeres que realizan esta práctica (por origen y/o por destino)?; (3) ¿Es posible identificar patrones de comportamiento en el uso de los servicios obstétricos por parte de las usuarias?; (4) ¿Hay prácticas transnacionales que facilitan el uso de los servicios obstétricos transnacionales?

1.2 Estrategia metodológica

El uso transfronterizo de los servicios de salud al momento del parto en la triple frontera de Brasil, Colombia y Perú necesita ser entendido desde una doble perspectiva, una, a través de las condiciones generales de la oferta del servicio y dos, desde la perspectiva de las propias usuarias, a partir de su experiencia. Por lo que se considera apropiado recurrir al

uso de la perspectiva cualitativa en donde se busca la reinterpretación de los hechos sociales actuales en contextos determinados.

En cuanto al segundo nivel del análisis, siendo las propias mujeres usuarias de los servicios maternos los agentes claves en este proceso, su experiencia es de especial relevancia. Por lo tanto, los métodos cualitativos privilegian el estudio interpretativo de la subjetividad de los individuos, y de los resultados de su interacción (Castro, 1996). La definición de la población objeto de estudio representa un reto importante pues no se trata de hacer generalizaciones estadísticas, sino “generalizaciones analíticas” (Yin, 2004). Reinterpretando a Yin, en este caso las generalizaciones analíticas refieren a la interpretación de las experiencias referidas a ciertos grupos de mujeres en condiciones identificadas por los “estudio de caso múltiple”. Se trata de grupos de mujeres que han tenido la posibilidad de parir en un país vecino, y que en efecto lo han llevado a cabo. El hecho de que ellas han tenido acceso a un sistema de salud ya sea público o privado refiere a condiciones institucionales específicas y, por supuesto, a que las mujeres que acceden a los servicios privados tengan la capacidad de erogar parte de su gasto en ellos. Entonces, la conjunción de ciertas condiciones como las citadas contribuye a dibujar distintas experiencias para las mujeres que pueden hacer uso de servicios privados en contraposición a quienes utilizan los servicios públicos. La metodología de los “estudios de caso múltiple” propuesto por Yin permite describir “la práctica de parir enfrente” con matices diferentes, luego entonces, se expone y profundiza el análisis sobre distintos tipos de prácticas.

En un periodo inicial del trabajo de campo en los establecimientos de servicios de salud, se observa en entrevistas con el personal la presencia de la población femenina en edad reproductiva de los países de Brasil, Colombia y Perú debido a que lo que busca analizarse es el uso de los servicios obstétricos por parte de este grupo específico de la población en la región geográfica en cuestión. Así entonces, la población se refina de forma que concuerde con la información que desea obtenerse. En este caso, los análisis se llevan a cabo a partir de la experiencia reciente de mujeres residentes en Leticia, que es la capital del departamento de Amazonas en Colombia; Santa Rosa, comunidad ubicada en una isla

en el departamento de Loreto en Perú, y Tabatinga, municipio brasileño localizado en el estado de Amazonas. Se decide que el panel de las entrevistadas sea conformado por quienes tuvieran en los últimos dos años al menos un hijo en un país distinto al de su nacionalidad y residencia habitual. Ellas fueron localizadas utilizando el método de bola de nieve, aprovechando las referencias que algunos de los informantes clave dieron de conocidas suyas, como se explica en la siguiente sección.

Poner el foco en la movilidad internacional al momento del parto resulta en el despliegue de distintas rutas obstétricas por parte de las mujeres que van a parir en otro país. En primer lugar se nota la fuerte presencia de peruanas residiendo en la parte brasileña de la frontera, que, en muchos casos, son mujeres que buscan a menudo atención médica en sus países de origen debido al sentimiento de pertenecer, lo cual les hace sentir comodidad. Este tipo de mujeres no entran en la muestra porque su movimiento internacional ocurre con un modelo de migración familiar siendo todos nacidos en su país de origen. Lo que en esta tesis se quiere destacar es la agencia de mujeres y familias que proactivamente deciden que sus hijos nazcan en otro país distinto al de su pertenencia, lo cual implica un tanto “modificar” lo que aparentemente es “natural”, intervenir para “cambiar” el lugar en donde se esperaría que la mujer tenga a su descendencia.

Pues así, el diseño metodológico responde a estudios de caso, lo que nos proporciona una mejor explicación de las particularidades de un fenómeno complejo que está en curso. Además, con el método se admite observar y entender la configuración de una situación compleja y poco explorada para luego sintetizar las informaciones recaudadas en resultados detallados sobre el caso. Ya lo dice Schramm (1971), el estudio de caso también trata de aclarar la toma de decisiones.

La propuesta de Yin (2004) respecto a que el estudio de caso sea con la metodología de “estudio de caso múltiple” lo que se diferencia de un estudio de caso sencillo es muy apropiada dado que se trata de seguir a mujeres bajo diferentes condiciones. La tipología de estudio de caso múltiple se presenta en la sección 1.2.2.

1.2.1 Informantes clave

Es interesante ahondar en lo que los actores claves del universo externo de las mujeres brasileñas, colombianas y peruanas saben al respecto del uso transfronterizo obstétrico al momento del parto y la propia evaluación que hacen del fenómeno. En este caso, para el desarrollo de las entrevistas se trabaja con las características del muestro intencional. Por lo tanto, se identifican las unidades a entrevistar a partir de criterios establecidos previamente por el investigador de acuerdo con los objetivos de la investigación. Suele manejar la estrategia de bola de nieve, comenzando con un informador clave, y este identifica a otro a quien entrevistar, y así sucesivamente hasta llegar a las madres entrevistadas.

La primera de las informantes (ver cuadro 1) de este estudio se conoció a través de una visita al Centro de Salud de Santa Rosa, en Perú. En este momento se ahondó en la realidad materna de la triple frontera y, principalmente, en el contexto peruano. La entrevista se hizo con una obstetra de la unidad. La profesional fue responsable de ser puente entre el investigador y madres peruanas que dieron la luz al frente. La estrategia de iniciar las entrevistas desde los hospitales también se dio en Brasil y Colombia. Eso facilitó el contacto con posibles entrevistadas que dieron a luz en otro país.

Las madres se dispusieron de manera positiva durante la entrevista dado que en algunos casos los profesionales de salud las habían contactado anteriormente a pedido del investigador. Es importante destacar que todas las mujeres se comportaron inicialmente con desconfianza y una brasileña hizo la revisión de las preguntas antes de la plática.

Es este caso, la entrevista con informantes clave tiene como finalidad recaudar informaciones sobre la experiencia de vida en la comunidad y a la vez datos que faciliten el contacto con las posibles madres que tuvieron la experiencia de dar a luz al otro lado. Siendo que para Yin (2015) una de las fuentes más importantes de información para un estudio de caso son las entrevistas.

Cuadro 1. Informantes clave

Función	Departamento	Local
Médica ginecóloga y obstetra	Hospital de Guarnición y Unidad de Pronto Atendimiento (UPA)/Maternidad	Tabatinga
Secretaria	Casa de la madre gestante	Tabatinga
Obstetra	Centro de salud de Santa Rosa	Santa Rosa
Secretaria en registro de nacimientos	UPA/Maternidad	Tabatinga
Pediatra	UPA/Maternidad y Clínica Leticia	Tabatinga y Leticia
Directora administrativa	Clínica Leticia	Leticia
Referente de salud sexual y reproductiva	Gobierno	Leticia
Escritor/historiador	Educación	Tabatinga

Para la recolección de informaciones en el contexto de los informantes claves se diseña una guía de entrevista semiestructurada abordando las siguientes secciones temáticas:

1. Ocurrencia: en esta sección se recaban datos generales sobre la cuestión de parir en otro país.
2. Definición del fenómeno: se observa si los médicos definen el fenómeno como algo problemático.
3. Sistema de salud: se discute el contraste entre las estructuras de los servicios de salud de los tres países.
4. Parteras: se explora la cuestión de la presencia de parteras en la región en caso de que ellas también formen parte del sistema de servicios obstétricos transfronterizos, revisando

su reconocimiento jurídico y su intervención cuando la madre decide que el hijo tenga nacionalidad extranjera.

5. Indígenas: se discute la presencia de la población indígena en la triple frontera y su peso explicativo en la experiencia compartida de un sector de la población en vivir la triple frontera como un territorio en disputa.

6. Contacto con las mujeres: tiene un doble objetivo. Por una parte se desea obtener informaciones que faciliten el contacto con las madres que tuvieron el hijo en el extranjero. Por otro lado, se explora la percepción de los informantes clave con respecto a los roles de género de las mujeres en las familias de estas tres naciones (quizás de las indígenas como un grupo singular también) para entender qué tanto ellas, las mujeres, mantienen estas prácticas por decisión propia.

1.2.2 Las madres

Las informaciones previamente recabadas señalaban una demanda mayor de parturientas peruanas y colombianas hacia los servicios de atención obstétrica al momento del parto en la zona brasileña de la triple frontera. Posteriormente se sabría que, aunque en menor frecuencia, el fenómeno estudiado también se repetía en los centros de salud de Perú y Colombia, tratándose en ambos casos de madres brasileñas.

Para la aplicación del estudio de caso en el desarrollo de la colecta de informaciones, la determinación del número de casos no necesariamente es determinado al inicio de la investigación. Los estudios de caso se establecen tomando como base algunos factores que el investigador identifica en el primer periodo de trabajo de campo. Gil (2002) señala que el procedimiento más adecuado es el adiconamiento progresivo de nuevos casos, hasta el instante en que se alcance la “saturación teórica”, o sea, cuando el incremento de nuevas observaciones no es resultado del aumento significativo de informaciones. Por otro lado, el autor resalta que:

Aunque no se pueda detallar un número ideal de casos, se instruye trabajar con el uso de cuatro a diez casos. Con menos de diez, es poco probable que se construya una teoría, porque el contexto de búsqueda puede ser inconsistente; con más de diez casos, es muy difícil de tratar con la cantidad y complejidad de la información (Eisenhardt, 1989 en: Gil, 2002: 140).

Inicialmente se estableció el caso central de estudio. Se partió de la discusión sobre el uso transfronterizo obstétrico de los servicios de salud en la triple frontera de Brasil, Colombia y Perú. En este contexto, se definió trabajar con la tipología de estudio de caso múltiple con el objetivo de fortalecer los hallazgos de la investigación. Pues así se estableció entrevistar madres de los tres países.

Las primeras entrevistadas fueron las madres peruanas. Ellas representan la mayoría en el uso de transfronterizo de los servicios maternos. Por lo tanto, se supuso inicialmente que sería un grupo de fácil localización. Se entrevistó cuatro mujeres debido a que en las dos últimas se alcanzó la saturación teórica. Luego se decidió llevar a cabo la investigación con las brasileñas. Las informaciones generales sobre la utilización del espacio al momento de dar a luz se empezaron a repetir en la tercera entrevistada. En el caso de las colombianas al aplicar dos entrevistas se notó la repetición sistemática de información en las respuestas.

Aparte de los grupos señalados anteriormente, se obtuvo la información durante el trabajo de campo que en periodo considerado en la investigación de haber parido en el país adyacente en los últimos dos años se encontraba el parto de una brasileña en el centro de salud peruano. Considerando que resaltaría los hallazgos de la investigación en sentido de presentar un caso raro, se decidió aplicar la entrevista a la madre.

Por lo tanto para este estudio se entrevistan diez mujeres, dividiendo los grupos de acuerdo con los tipos de casos de cruce que se han conformado en la frontera al momento de parir. Se asume que al conformar subgrupos con características internas similares, se podría encontrar una explicación a su comportamiento en relación al uso de servicios maternos en un país distinto al suyo. En otras palabras, se supone que la descripción de la práctica y la causalidad atribuida de cada subgrupo estudiado podrían generalizarse para la población con similares características. La tipología de estudio de caso múltiple sugerida

por Yin (2004) se basa aquí en dos factores: 1) el “el punto de origen” o nacionalidad de la madre, y 2) el país elegido para que nazca su hijo.

En este contexto, son cuatro peruanas y dos colombianas que dieron a luz en Brasil y tres brasileñas que eligieron tener el hijo en Colombia. Por otro lado, se entrevista la única brasileña que dio a luz en territorio peruano. Todavía no hay relatos de peruanas que decidieron parir en territorio colombiano, tampoco de colombianas en Perú.

A estas mujeres que tuvieron al menos un hijo en un país diferente al de su residencia habitual en los últimos dos años se les aplica un formato de entrevista semiestructurada con el objeto de profundizar en la experiencia de cruzar la frontera para tener a su hijo (se utiliza la guía de temas mostrada en la pág. 16).

Cuadro 2. Perfil de las peruanas con hijos en Brasil

Informante	Ocupación	Lugar de nacimiento	Edad
Luz	Ama de casa	San Pablo, Perú	23
Dulce	Comerciante	Iquitos, Perú	32
Kely	Ama de casa	Tabatinga, Brasil	22
Ana Maria	Ama de casa	Santa Rosa, Perú	23

Cuadro 3. Perfil de las brasileñas con hijos en Colombia

Informante	Ocupación	Lugar de nacimiento	Edad
Maria	vendedora	Benjamin Constant, Brasil	32
Marcia	Estudiante	Tabatinga, Brasil	34
Diana	Profesora	Tabatinga, Brasil	27

Cuadro 4. Perfil de las colombianas con hijos en Brasil

Informante	Ocupación	Lugar de nacimiento	Edad
Adela	Diseñadora Gráfica	Leticia, Colombia	27
Nadia	Desempleada	Leticia, Colombia	35

Cuadro 5. Perfil de la brasileña con hijo en Perú

Informante	Ocupación	Lugar de nacimiento	Edad
Patricia	Ama de casa	Benjamin, Brasil	19

Se trata de que ellas expresen el sentido de su práctica social de parir en un territorio distinto al suyo a partir de una guía de entrevista semiestructura con las siguientes secciones temáticas:

1. Perfil actual de la entrevistada: en esta sección se recaban datos sobre el perfil sociodemográfico de la madre.
2. Condiciones anteriores al parto: se explora la opinión e información que tenía la entrevistada sobre el parto en otro país.
3. Servicios de salud: se observa la evaluación de la madre al respecto de los sistemas de salud de los tres países.
4. Momento de dar a luz: en esta sección se le solicitan a la madre datos referentes al día del parto y a la decisión de parir en otro país.
5. Las motivaciones: tiene como finalidad conocer los motivos para dar a luz en el otro lado.
6. Vivencia en la frontera: se busca entender la percepción de la entrevistada al respecto del espacio transfronterizo.
7. Búsqueda de información: en esta sección se trata de conocer de qué manera se obtuvo la información sobre dar a luz en otro país.

1.2.3 Las parejas

Para estudiar la presencia y participación de los varones compañeros o esposos de las mujeres, se diseñó un formato de entrevista semiestructurada. La idea de acercamiento al universo del hombre se construyó como una herramienta estratégica en el caso de encontrar limitantes por ser un investigador hombre tratando de acercarse a niveles tan personales de las mujeres entrevistadas. De hecho, en las primeras entrevistas en Perú se contó con la intermediación de una médica del centro de salud de Santa Rosa. La profesional trató de averiguar la disponibilidad de las madres en participar de la entrevista. Tanto las madres de

Perú como las demás se dispusieron de manera entusiasta a contribuir con el estudio. Por lo tanto, la guía de preguntas para los varones no se llevó a cabo.

Por otro lado, en la guía de entrevista aplicada con las madres se pudo destacar la nacionalidad del padre. La información tiene valor al momento de verificar el destino elegido para el parto. En este caso, si la nacionalidad del padre es diferente a de la mujer y semejante al del lugar donde ocurrió el nacimiento del hijo, resulta que puede haber tenido influencia del varón en la decisión.

Cuadro 6. Nacionalidad del varón

	Madre	Padre
Luz	Peruana	Brasileño
Dulce	Peruana	Peruano
Kely	Peruana	Peruano
Ana Maria	Peruana	Peruano
María	Brasileña	Peruano
Marcia	Brasileña	Brasileño
Diana	Brasileña	Brasileño
Patricia	Brasileña	Peruano
Adela	Colombiana	Colombiano
Nadia	Colombiana	Colombiano

Las madres normalmente fueron localizadas en horarios en que los hombres se encontraban trabajando. Las mujeres no tuvieron reparo en recibir al investigador en sus propias casas en donde siempre había niños u otros miembros de sus familias.

1.3 Análisis de la información

En una investigación cualitativa, lo principal es generar una comprensión del problema de investigación, en lugar de forzar los datos dentro de una lógica deductiva derivada de categorías o suposiciones (Jones, 1985:25 en Martínez Carazo, 2006: 186). Pues ahora, las estrategias analíticas de este trabajo se establecen en virtud del estudio de caso sobre el uso transfronterizo de los servicios maternos en la triple frontera de Brasil, Colombia y Perú al momento del parto.

Yin (1994) sugirió que toda investigación debe tener una estrategia analítica en general, con el fin de guiar la decisión con respecto a lo que va a ser analizado y por qué razón, donde el análisis consiste en examinar, categorizar y tabular los datos obtenidos en el estudio.

En este estudio se consideró la técnica analítica de estudio de caso “creación de explicación” propuesta por Yin (2001) donde se hace hincapié al resultado de análisis de cruce de casos (ver cuadro 7). Este análisis de información tiene características sobresalientes debido a que en esta investigación se lleva a cabo el estudio de caso múltiple establecido a partir de las cuatro diferentes formas de uso obstétrico del espacio transfronterizo.

Cuadro 7. Creación de explicación (“explanation building”)

- 1) Construir la base a los datos obtenidos a partir de declaración inicial de los informantes clave del estudio sobre el comportamiento de las madres embarazadas en la triple frontera.
- 2) Tratar de ver si los datos del primero caso (las peruanas con hijo en Brasil) del análisis múltiple convergen hacia una secuencia lógica de acontecimientos que parece explicar la declaración inicial.
- 3) Revisar nuevamente la explicación original de los informantes clave sobre el fenómeno.
- 4) Identificar una explicación tentativa con los datos procedentes de un segundo caso (las brasileñas con hijo en Colombia). Pues así se podrá confirmar o no la explicación original.
- 5) Comparar la declaración inicial con los datos provenientes del tercero (las colombianas con hijo en Brasil) de los casos en estudio de forma similar, y así en el cuarto caso (la brasileña con hijo en Perú).
- 6) Aplicar el análisis cruzado de los cuatro casos disponibles, siendo necesaria una referencia constante al propósito inicial y la inclusión de explicaciones rivales. Si la naturaleza de la información lo permita, se agrega los hallazgos de otros autores.

Fuente: elaboración propia, basada en Yin (2001), Martínez Carazo (2006) y Larrinaga y Rodríguez (2010)

1.4 Consideraciones éticas

A las participantes en esta investigación también se les comunica los objetivos del estudio. La participación en la entrevista es totalmente voluntaria, así como el registro fotográfico y su disponibilidad para uso en la investigación.

Al momento del contacto con las mujeres se les dijo que se trataba de una actividad académica donde los datos se usarían exclusivamente para este fin y se les ofreció

anonimato. Excepto una, todas las demás accedieron a ser grabadas; ocho se dejaron ser fotografiadas. Las madres estaban conscientes que las imágenes serían publicadas en los resultados de la investigación. Las autorizaciones fueron grabadas en audio por el investigador. El manejo de la información con las madres que cruzaron la frontera al momento de parir se da de manera cautelosa para garantizar el anonimato de la entrevistada. Por lo tanto, el propio investigador se encarga de la transcripción de las entrevistas con la finalidad de resguardar la identidad de la entrevistada. Además son modificados los nombres de las informantes en el uso de citas en este trabajo.

II - LA TRIPLE FRONTERA: INTERPRETACIONES PRELIMINARES

A continuación se presentan las particularidades del marco contextual de la investigación. Se consideran en este capítulo las características de la triple frontera, conforme se menciona en la literatura y también en el discurso local. Son informaciones sobre el espacio y su movilidad, la estructura de los sistemas de salud y el perfil sociodemográfico de las mujeres brasileñas, colombianas y peruanas entrevistadas en este estudio. Además, se suma a los apartados la visión etnográfica del investigador. Las secciones se sostienen en mapas e imágenes.

2.1 La triple frontera

La frontera entre Brasil, Colombia y Perú se encuentra ubicada en la Amazonía, una región suramericana compartida. La triple frontera ha conformado un espacio con características peculiares por pertenecer a un ecosistema delimitado y un tanto alejado de grandes centros urbanos. En este espacio transfronterizo han compartido recursos y una historia que se complementa, más allá de lo que los separa.

De acuerdo a Farret (1997), es este tipo de escenario de aislamiento al que han estado sometidos estas comunidades, de parte de sus respectivos gobiernos nacionales, provoca en sus habitantes comportamientos de intercambio que facilita su vida en variadas maneras (Farret, 1997: 108: en Euzebio, 2011:74). La no pertenencia implica sufrir discriminación, la no integración de ciertos derechos, y a nivel subjetivo, un sentido de extrañeza, de encontrarse desentonando, de experimentar crisis culturales de saber que estás ahí sin pertenecer del todo.

El límite político contenido en las relaciones internacionales cotidianas de los pobladores de estas comunidades separa simbólicamente conjuntos socio-espaciales distintos, separación producida y productora, a su vez, de asimetrías que se concretan en diferencias en el desarrollo económico, legislativo, cultural y de oferta de servicios, incluidos los de salud (House, 1980: 456-477: en Suárez-Mutis, 244: 2010).

Puesto que en la actualidad la frontera se entiende como algo más que el espacio en pugna entre dos estados y su relación con el borde (Motta, 2010: 200), la vida en la triple frontera se construye con el ir y el venir, en la dinámica de pertenecer a distintos lugares, y,

lamentablemente con la dinámica del no-pertenecer, es decir, de lidiar con los Estados o las instituciones que quieren impedir, en ciertos momentos, que se reproduzca la apropiación del espacio transfronterizo por parte de quienes no son ciudadanos.

Como se observa en el mapa 1, en esta triple frontera que conecta las tres naciones se encuentran el municipio de Tabatinga, ubicada en el estado¹ de Amazonas (Brasil), la ciudad de Leticia, en el departamento² de Amazonas (Colombia) y la comunidad de Santa Rosa, en el departamento³ de Loreto (Perú).

Tabatinga y Leticia, esta última fundada en 1867, han logrado mantenerse a lo largo del periodo republicano como los referentes fronterizos más importantes sobre el río Amazonas. Estos dos sitios distanciados inicialmente por varios kilómetros y una quebrada, la de San Antonio, en las dos últimas décadas del siglo XX se han unido físicamente convirtiéndose hoy en la principal conurbación fronteriza de toda la cuenca amazónica, con una población cercana a los cien mil habitantes (Zárate, 2008: 21).

El municipio de Leticia cuenta con alrededor de 43 mil habitantes, se extiende 80 kilómetros a lo largo del Gran Río y alrededor de 100 kilómetros selva adentro a través de varios tipos de bosques tropicales. Cubre 27 comunidades indígenas y 24 barrios en el área urbana (Gobernación de Amazonas, 2010).

El acceso más frecuente entre Tabatinga y Leticia se hace a través de la avenida de la Amistad por la cual los pobladores se desplazan libremente. El límite entre los dos países se representa por un monumento ilustrado con el diseño de un apretón de manos, junto a pequeñas banderas y un reloj analógico circular.

“Las dos ciudades no nacieron juntas: se encontraron en el límite como resultado del crecimiento económico y demográfico de la década de 1980, que aceleró el enlace entre

¹ Son 26 estados brasileños y el Distrito Federal, donde se encuentra la capital federal, Brasilia.

² Los departamentos son las unidades territoriales de primer nivel en Colombia. El país se divide administrativa y políticamente en 32 departamentos.

³ Perú está formado por 24 departamentos.

ellas, configurando hoy un continuo urbano transfronterizo”, enfatiza Motta (2010) al agregar:

Pese a estar desconectadas por vía terrestre con otras en sus respectivos países, las dos poblaciones han sido siempre enclaves geopolíticos en la disputa territorial en la (selva) Amazonia. Leticia fue esencial en la definición de los límites entre Colombia y Perú, mientras Tabatinga estuvo en medio de las disputas de los imperios ibéricos por la definición de sus áreas de influencia en la Amazonia, y fue, al tiempo, esencial para definir los límites en la región de Brasil, Colombia y Perú (Motta, 2010: 203).

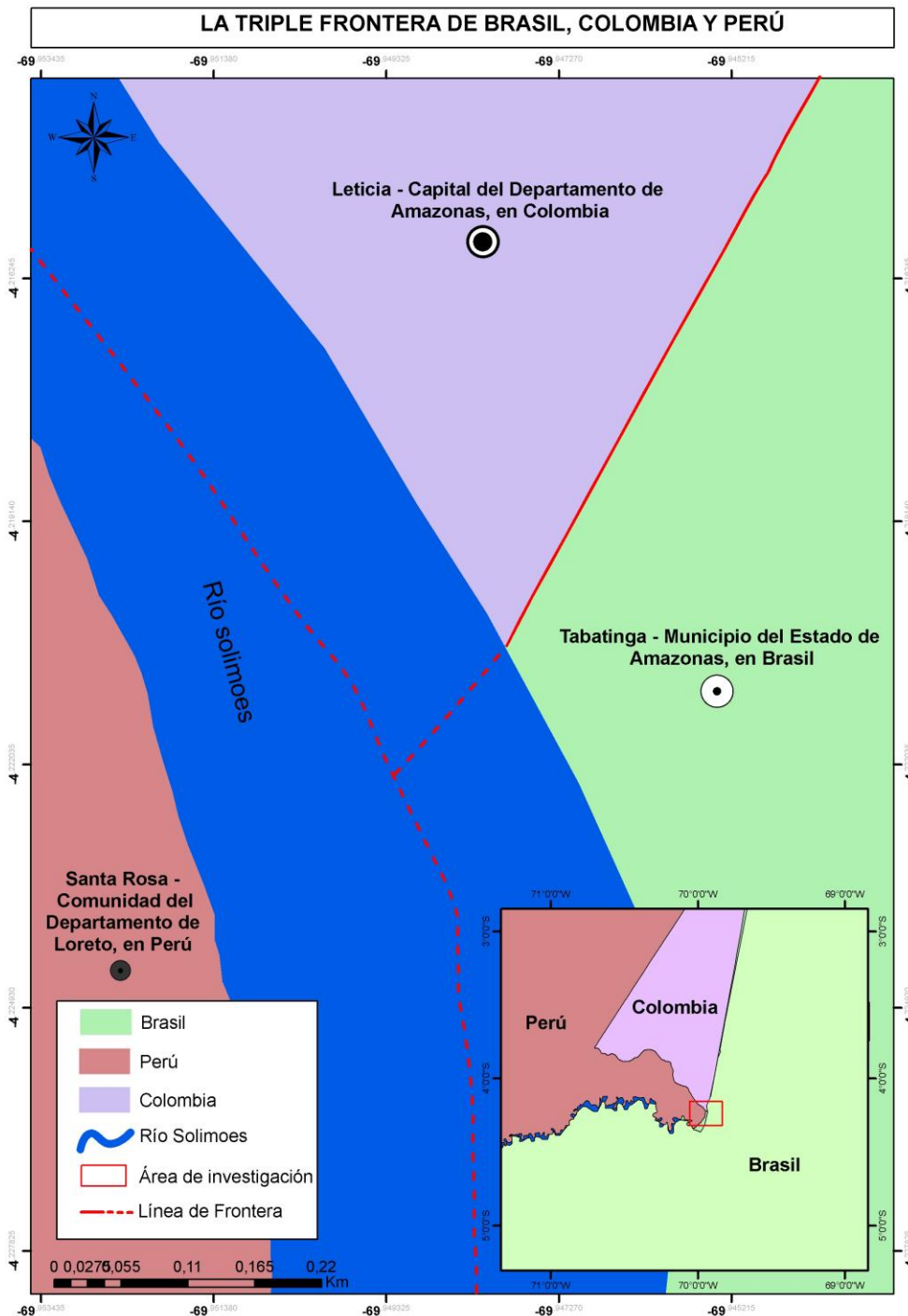
Tabatinga y Leticia están conectadas con Manaus (capital del estado de Amazonas) y Bogotá por vía fluvial y aérea, la primera, y aérea, la segunda. Como se muestra en el mapa 1, Tabatinga se localiza al extremo oeste del estado de Amazonas, en Brasil, a orillas del río Solimoes. Las informaciones del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (EL IBGE, 2016) indican que el municipio posee un área de 3 266 km² con una población estimada en 61 mil residentes y una densidad demográfica de 16.21 hab/Km².

Lo que observa Suárez-Mutis (2010) es que alrededor de Tabatinga y Leticia se encuentra una red de territorios indígenas pequeñas ciudades dependientes de ellas, que en conjunto suman más de cien mil habitantes. Algunas de estas pequeñas ciudades son Benjamin Constant y Atalaia do Norte (Brasil), Santa Rosa e Islandia (Perú) y Puerto Nariño (Colombia).

Santa Rosa está ubicada en el departamento de Loreto, en una isla a pocos metros de la frontera entre Brasil, Colombia y Perú. Los moradores se conectan con la ciudad de Iquitos (capital del departamento de Loreto) y las ciudades extranjeras de Leticia y Tabatinga por vía fluvial. El acceso a las dos localidades se hace en bote en un trayecto de cinco minutos por el río Solimoes. De acuerdo con el Instituto Geográfico Nacional (EL IGN) (2015) la comunidad peruana cuenta con población estimada de casi 2 mil habitantes.

A continuación se presenta el mapa de la triple frontera donde se observa la disposición de los países cuanto a la división administrativa y su entorno.

Mapa 3. Área de investigación



Producción: Aguiar, Jailson – Núcleo de Cartografía Social del Estado de Amazonas/Núcleo de Estudios Socioambientales de la Amazonía (NCSA/NESAM) ambos de la Universidad del Estado de Amazonas (UEA) fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) 2010 Sistema de Coordenadas Geográficas (Sirgas) 2000 Idealización: Dos Santos Silva, Thales Willian – El Colegio de la Frontera Norte (El Colef) Revisión de cartografía: Conceição da Silva, Reginaldo (NCSA/NESAM)

Al llegar a Santa Rosa se nota un escenario diferente al encontrado en las vecinas Leticia y Tabatinga. Los moradores están totalmente orientados hacia la pesca con incipiente crecimiento de agricultura. Algunos curiosos turistas se mezclan con la población local y los inúmeros perros callejeros en los estrechos caminos de tierra que dividen las casas elevadas de madera construidas para resistir a la inundación que castigan anualmente los moradores entre los meses de mayo y abril. Es ese contexto, la movilidad se reduce a las pequeñas embarcaciones.

Mientras que Tabatinga y Leticia están conectadas por la avenida de la Amistad, el río Solimoes separa Santa Rosa de las respectivas ciudades en el espacio transfronterizo. En el período de lluvias, las inundaciones castigan la comunidad peruana. El fenómeno climático es esperado anualmente entre los meses de abril y mayo con recelo por parte de la población.



En la fotografía se observa la entrada de la comunidad de Santa Rosa. La imagen de las casas de madera localizadas en la figura se reproduce por toda la isla

Por lo tanto, como explica Ferrarini (2013) a su vez los moradores tienen sus mecanismos de sobrevivencia con la disposición de movilidad en la frontera. Se observa sobre todo la presencia masiva de comerciantes peruanos en el lado brasileño de la triple frontera, vendiendo su pescado y productos agrícolas. Lo que agrada a los brasileños, dado que tales establecimientos contribuyen sobre manera en la oferta de productos en una zona alejada de los grandes centros urbanos. Este comercio es también bien recibido en Leticia.

Los casos de movilidad en la región de la triple frontera forman parte de una dinámica de interacción ancestral que se ha venido incrementado debido a la proximidad entre los países y posiblemente debido también a la más amplia aceptación de parte de la población de la validez del control médico sobre la etapa reproductiva de las mujeres y sobre los cuidados del parto.



En la imagen se notan los moradores en el cruce desde Tabatinga hacia la comunidad de Santa Rosa por el río Solimoes

Algunos autores señalan como factores expulsivos las crisis económicas particularmente en Perú, y la inestabilidad por la guerrilla en Colombia. Para Oliveira (2006), la cercanía es uno de los principales factores que favorecen la corriente migratoria en la frontera. Sin embargo, “considerando la dimensión de la selva amazónica, es

humanamente imposible mantener el control totalmente eficaz en las condiciones del traslado permanente” (López, 2004, en: Oliveira, 2006: 186).

Pues así, dice Becker (2005) que hoy en día, la Amazonia ya no es mera frontera de expansión de fuerzas exógenas nacionales o internacionales, sino una región en el sistema espacial nacional, con estructura productiva y múltiples proyectos de diferentes actores.

2.2 Estructura de los sistemas de salud

En este espacio se destaca el desarrollo de distintas políticas de salud así como distintos grados de desarrollo de la infraestructura y nivel de cobertura de salud para la población. Los tres países han adoptado modelos que mezclan lo público y lo privado en la prestación de servicios con diferentes niveles de regulación por parte del Estado (Levino y Carvalho, 2011: 499).

Al menos en esta frontera, la inversión en salud pública en Brasil es mayor que la de Perú y Colombia. Por tanto, es hasta cierto punto normal que la población se dirija hacia allá. Autores como Peiter, aquí abajo, hacen notar la demanda del servicio de salud brasileño por parte de usuarios no nacionales.

En estas áreas, la salud es siempre compleja, porque incluso cuando la capacidad instalada permite la recepción de las demandas, la eficacia de las acciones puede ser comprometida por el flujo de usuarios que buscan superar individualmente a las necesidades de su país de origen (Peiter, 2005, en: Levino y Carvalho, 2011: 490).

En el análisis de los servicios médicos en un área geográfica con límites internacionales es necesario considerar las características peculiares de este espacio fronterizo. Puesto que el debate actual se dirige a responder si las fronteras son barreras entre un país y otro en el contexto de la oferta de diferentes sistemas de salud. Como es indicado por algunos autores, la falta de acceso a los servicios de salud y condiciones de vida deficientes de ciertos grupos de la población son problemas de salud comunes “[...] lo que tiene como consecuencia directa una intensificación de las relaciones transfronterizas” Souza, 2009, y Peiter, 2005, en: Levino y Carvalho, 2011:490).

En principio es necesario mencionar que la capacidad de la infraestructura material del sector de salud es mucho mayor en Brasil, en segunda instancia en Colombia y de manera muy limitada en Perú. Al observar el mapa 2 puede apreciarse que, sin entrar en detalle sobre las características de los establecimientos, el número de los que ofrecen servicios en Tabatinga es mucho mayor, son ocho, mientras que en Santa Rosa sólo existe un establecimiento. Por supuesto esto tiene sentido si se recuerda el tamaño de la población de estas dos localidades. Leticia, con una población más cercana a Tabatinga, cuenta con dos establecimientos.

El modelo de atención médica en Brasil está constituido por el Sistema Único de Salud (EL SUS) y su financiamiento proviene de impuestos generales y contribuciones sociales recaudadas por los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal). El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados (Montekio et al., 2011).

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y el sector privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (EL SGSSS) (Ramiro et al., 2011).

La salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. El gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones o a través del Seguro Integral de Salud (EL SIS) (Alcalde-Rabanal et al., 2011).

En Brasil, el sistema público de salud es también predominante. En el caso de Tabatinga se cuenta con el Hospital Militar construido en 1970 con el objetivo de atender a 15 mil familias militares; desde entonces el Hospital abrió sus puertas para atender a los

habitantes del Alto Solimoes⁴. Sin embargo, la oferta de servicios de maternidad a la población civil en el hospital se terminó en cuanto la Unidad de Pronto Atendimento (LA UPA)/Maternidad en Tabatinga inauguró sus funciones en febrero de 2014.

“LA UPA les ofrece a las madres una estructura de maternidad más adecuada. Aquí (hospital militar) infelizmente no era así, pues teníamos un grupo reducido de mano de obra y nuestra estructura física tampoco estaba direccionada al modelo de una maternidad”, explica la ginecóloga del hospital (entrevista, 2016). Esto quiere decir que las instalaciones del hospital de Tabatinga estaban orientadas a necesidades familias de los militares. Aunque resista con la sobrecarga de pacientes provenientes de otros lugares de Brasil, el hospital sigue prestando asistencia a los peruanos y colombianos que cruzan la frontera en búsqueda de servicios de salud. En ese contexto, tales extranjeros también son atendidos en LA UPA y en las Unidades Básicas de Salud (LA UBS)⁵. La constitución brasileña les garante a los foráneos el acceso a los servicios público de salud.

A pocos metros del Hospital Militar, en la Avenida de la Amistad, las madres embarazadas cuentan con el apoyo de la Casa de la Madre Gestante Ivana Monacelli, institución financiada con proyectos locales e índole privada y del municipio. Actualmente el espacio les ofrece únicamente los servicios de acogimiento y abrigo debido que muchas viven a largas distancias. Son mujeres sobre todo brasileñas de ciudades adyacentes y peruanas que buscan parir en Tabatinga, sin embargo, no cuentan con familiares locales que les presten auxilio.

Antes de la inauguración de LA UPA, todos los partos se realizaban en el hospital militar. En 2013, fueron más de 1400 nacimientos, de éstos, poco más del 10% eran peruanos y una pequeña parte colombianos (Centro de Comunicación Social del Ejército

⁴ En la zona están nueve ciudades brasileñas: Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutai, Santo Antonio do Ica, Sao Paulo de Olivenca, Tonantins y Tabatinga.

⁵ Es el equipamiento que corresponde a la Atención Básica en el sistema público de salud y opera en todo país. Están instaladas seis Unidades Básicas de Salud en Tabatinga (ver mapa 2).

Brasileño, entrevista, 2014). Como mencionó un miembro del ejército, la realidad de la salud de Perú en Santa Rosa: “[...] las estructuras sanitarias de Perú en la frontera con Brasil son insuficientes para la prestación de servicios de salud, no pasando de un pequeño puesto de salud”.



En la fotografía se observa la presencia de funcionarios en la parte inferior de la UPA/Maternidad en Tabatinga

Tras salir en barquito del puerto de Tabatinga o Leticia, el trayecto hacia Santa Rosa se hace en poco menos de cinco minutos. Aunque geográficamente la comunidad se establece dentro de una isla, la cercanía con la frontera de Brasil y Colombia les disminuye la sensación de soledad a sus moradores. El frenesí diario de peruanos en transporte fluvial por el río Solimoes da un toque de alegría al ambiente en el trayecto de un lugar a otro.

La esperanza transmitida en las paredes amarillas del nuevo centro de salud se refleja entre los colaboradores que hicieron del espacio su nuevo hogar. Son jóvenes profesionales que limitados por la falta de estructura local adecuada dividen sus intimidades con los pacientes puesto que ellos viven en la unidad médica; algunos colaboradores decidieron residir en Tabatinga. A veces es difícil entender los límites entre la vida pública y la privada en un espacio donde supuestamente se espera encontrar pacientes en los

corredores, no hijos de funcionarios brincando con el perro o entretenido con los juegos de la computadora (nota etnográfica propia, febrero, 2016).



La imagen muestra la entrada del Centro de Salud de Santa Rosa instalado hace seis años

Anteriormente los moradores recibían atención en una casita de madera ubicada a pocos metros del actual. El antiguo local tenía la categoría 1-2, dado que era responsable por una atención médica integral ambulatoria con énfasis en la promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, fomentando la participación ciudadana.

A pesar de todo, proyectado hace seis años en la comunidad en una estructura aparentemente moderna, el centro de salud que debería brindar a los pacientes una mejor asistencia es castigado anualmente con las inundaciones. “Ahora está eso que tampoco nos sirve de mucho porque, por ejemplo, en el mes de abril y mayo, no atendimos ningún sólo parto, porque estuvimos totalmente inundados”, se queja la obstetra (entrevista, 2016).

De acuerdo a la misma entrevistada, para estar apto a la asistencia materna, el centro de salud debería tener la categoría 1-4 de atención médica. Aun así los partos sin

complicaciones son atendidos en la unidad. En el caso de dificultades durante el nacimiento se le sugiere a la madre un viaje hacia Iquitos en avioneta con todo el servicio de traslado pagado por la unidad.

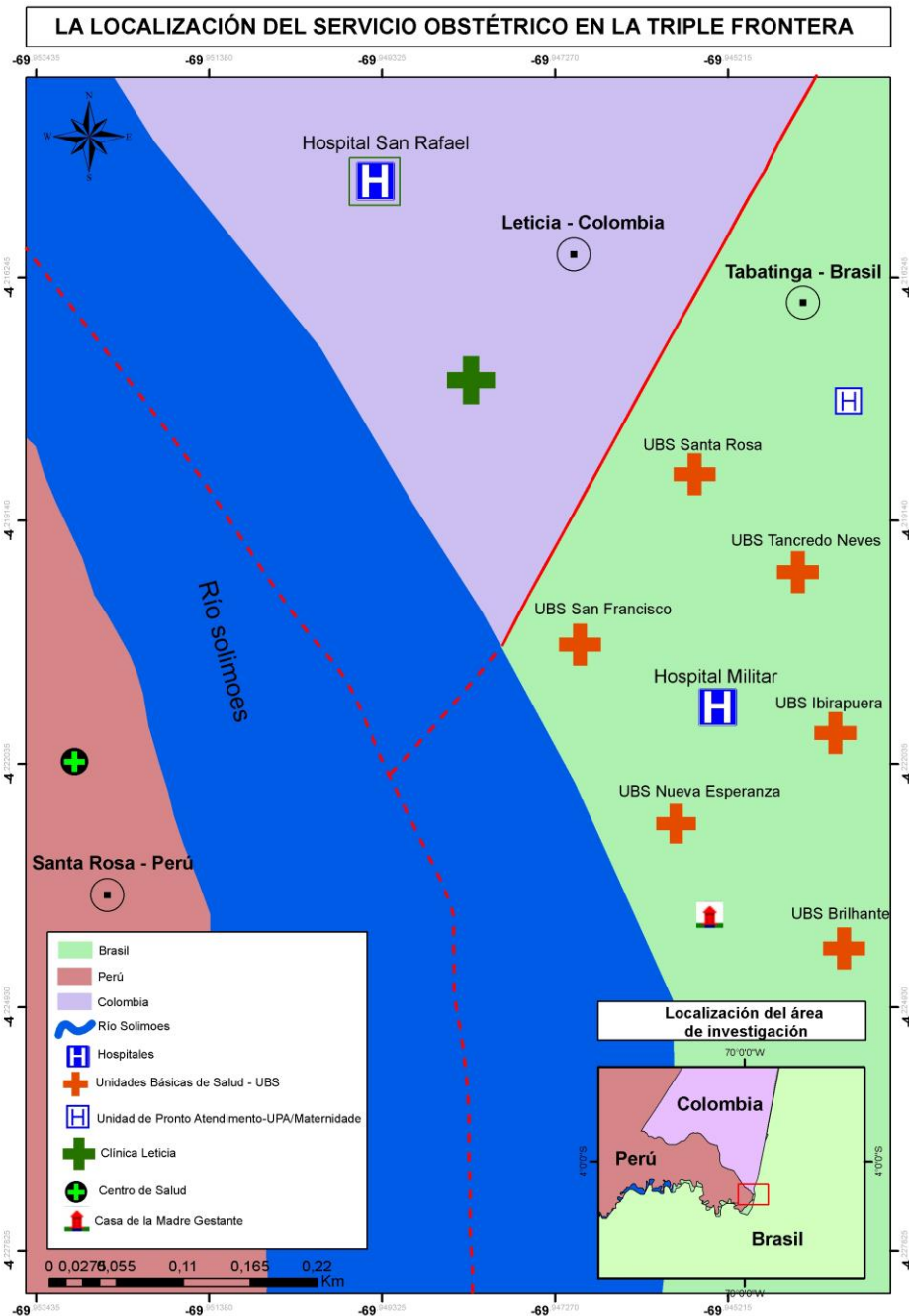
Tras discutir las características de los sistemas de salud de Tabatinga y Santa Rosa con énfasis en la atención al parto, se hace necesario observar la oferta presente en Leticia. De acuerdo a Levino y Carvalho (2011) los sistemas de salud de Colombia y Perú, donde las instituciones privadas tienen más peso.

A pocos metros de la frontera entre Brasil y Colombia por la calle Internacional que conecta los dos países, Leticia ofrece a los moradores locales y también a los que viven en zonas colindantes el atendimento privado en la Clínica Leticia. Mientras que el Hospital San Rafael, también ubicado en el municipio, se encarga de la población más vulnerable, así como explica la directora administrativa de la clínica:

El hospital, como es del Estado, recibe recursos estatales. Por eso está obligado a atender la mayor cantidad de población indígena, población vulnerable. La clínica es una empresa privada, entonces nosotros hacemos contratos con EPS [entidades promotoras *de* salud] privadas, aunque también el gobierno contrata con nosotros por la capacidad instalada o en caso que el hospital no tiene la especialidad que tenemos. El hospital tiene que atender más que todo a la población indígena, la población del SISBEN [Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales] y los vinculados, que son los que no tienen seguro (entrevista, 2016).

Es necesario desarrollar el análisis alrededor de los distintos sistemas médicos en la triple frontera porque representa el marco contextual en que se da la demanda de servicios de salud en el terreno de la atención de parto. Además, se trata de una triple frontera donde confluyen tres países, cada uno de los cuales tiene su propia organización administrativa y sus propias condiciones de oferta, lo cual aumenta la complejidad del análisis. Es interesante como, en voz de los propios actores se habla de relaciones de cooperación internacional en materia de salud. La directora administrativa de la clínica de Leticia ilustra este caso basándose en la experiencia de la relación de su establecimiento con el del hospital de Tabatinga. Las mujeres embarazadas conviven entre la necesidad de los servicios obstétricos y tres diferentes sistemas de salud.

Mapa 2. Atendimento materno transfronterizo



Producción: Aguiar, Jailson – Núcleo de Cartografía Social del Estado de Amazonas/Núcleo de Estudios Socioambientales de la Amazonía (NCSA/NESAM) ambos de la Universidad del Estado de Amazonas (UEA) fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) 2010 Sistema de Coordenadas Geográficas (Sirgas) 2000 Idealización: Dos Santos Silva, Thales Willian – El Colegio de la Frontera Norte (El Colef) Revisión de cartografía: Conceição da Silva, Reginaldo (NCSA/NESAM)

Tras revisar algunos antecedentes históricos y teóricos sobre la movilidad transfronteriza y los sistemas de salud de Brasil, Colombia y Perú, los distintos análisis e interpretaciones van encaminados a hacer una comparación entre las mujeres como actoras sociales que se movilizan en un espacio transfronterizo y con respecto a los servicios obstétricos salud.

2.3 La caracterización de la frontera por las madres

La práctica de parir en otro país en la triple frontera forma parte de una dinámica de interacción transfronteriza que se construye en el día a día desde tiempo atrás. A continuación se destaca la percepción de frontera a partir de la visión de las madres brasileñas, colombianas y peruanas entrevistadas para este estudio.

Son mujeres que, así como menciona Patricia, “siempre cruzan (la frontera) por la facilidad de movilidad. No veo una división entre los países. Me parece que existe una unión en esta frontera”.

La frontera abierta les permite ir y venir de un país a otro en un contexto donde “todos se tratan igual, se respetan, no hay división, es como si fuera una sola”, dice Dulce. Pues así ellas se sienten empoderadas debido que “aquí (triple frontera) podemos vivir distintas culturas”, confiesa Diana. Cuando se trata de la convivencia, Marcia destaca que:

“Los colombianos y los brasileños se relacionan mejor que con los peruanos. No sé si es por el motivo que los peruanos están del otro lado del río. Los peruanos tienen sus establecimientos en Tabatinga que gracias a Dios nos ayuda bastante. Pero los brasileños con los colombianos son más unidos.”

La ubicación geográfica de Tabatinga y Leticia (ver mapa 1, Pág. 23) les permite vivir una relación más cercana. Las dos están conectadas por la Avenida de la Amistad. “Mi relación con las personas de Leticia es como tener un amigo muy cercano”, complementa Marcia.

Por lo tanto, cuando la oferta es limitada en un país, se busca en el otro. “Voy a Leticia cuando necesito comprar algo que no lo encuentro en Tabatinga”, explica María,

mientras que Diana agrega: “Las principales ventajas están relacionadas a la cuestión de la atención médica en Leticia”.

Generalmente vamos a Tabatinga cuando queremos hacer compras muy específicas o a visitar a la familia. Es una zona multicultural de brasileños, colombianos y peruanos. Hay algunos productos que de pronto son más económicos allá o porque no se consigue acá. O porque queremos llevar algún detalle a alguna familia en otras partes de Colombia, comenta Nadia.

Por otro lado, las peruanas señalan el idioma como una desventaja en la relación entre Perú y Brasil. “Es complicado (cruzar a Santa Rosa) por cuenta del español. Me parece muy difícil aprender el idioma”, confiesa Patricia. Al respecto, Dulce dice: “Eso de hablar es uno de los límites, a veces se entiende, a veces no”. Y Ana María resalta que “ya desventaja es que a veces nosotros no tenemos dinero para pasar al frente”.

Las madres describen una frontera abierta conducida sobre todo a partir del ir y venir diario. La libre movilidad les permite visualizar en el país colindante la oportunidad de dar andamio a las demandas diarias. “Aquí vivimos cerca ya estamos acostumbrados. Te vas a cada rato”, resume Kely. A esto se suma: “Me parece súper interesante que se permita (cruce entre los tres países). Aquí es como una isla en el medio de la selva, no hay nada, entonces me parece interesante la confraternidad”, termina Adela.

Aunque las mujeres destaquen la presencia de una frontera armónica, se observa un “conflicto” en la relación de los peruanos con la adyacente Colombia. Al respecto, resalta Luz:

“Aquí vivimos cerca ya estamos acostumbrados. Te vas a cada rato. Es todo igual. Es la misma cosa, pero un río nos divide. En Leticia sí es un poco distinto, es muy diferente. Tú te vas a Leticia, no te acostumbra tanto, ya se voy a Brasil sí. No me acostumbro así de fácil en Leticia.”

En este sentido, Ana María dice que ha sido difícil sociabilizarse al frente, tanto en Brasil como en Leticia. “No me acostumbro para nada. Voy un ratito a pasear luego me regreso. Porque mi lugar es aquí. Me acostumbro más acá, que estar allá.”

2.4 Perfil sociodemográfico de las madres

Los siguientes análisis introducen el lector al universo de las diez mujeres mencionadas en la sección anterior. Véase más sobre las averiguaciones sociodemográficas mezcladas con observaciones acerca del contacto durante las entrevistas en el anexo 1 en la pág. 72.

Tales mujeres actualmente tienen edades entre 19 y 35 años, (ver cuadro 8). La escolaridad con la que cuentan va desde primaria hasta los estudios de postgrado siendo en su mayoría personas con educación básica.

De entre los grupos, las colombianas han tenido una mayor movilidad, ellas han residido en otros lugares en algún momento de sus vidas. Las mujeres colombianas también se sobresalen cuanto al nivel educativo. Las dos entrevistadas concluyeron la licenciatura.

Sobre haber residido en otros lugares, eso también se resalta entre las peruanas, excepto en un caso donde la madre nunca ha cambiado su residencia de Santa Rosa. Mientras que las brasileñas siempre han estado en Tabatinga, por otro lado, la única brasileña que tuvo su bebé en Perú sí vivió en otras ciudades de Brasil.

Es importante destacar la similitud entre la nacionalidad del padre y el país de destino en que la madre dio a luz. Se observa que en el grupo de las peruanas que tuvieron el hijo en Brasil, un padre es brasileño. Eso se repite en el caso de la brasileña que tuvo su bebé en Perú. Como muestra en el siguiente capítulo, la decisión del padre peruano influyó en su decisión.

Ahora bien, se nota que la nacionalidad peruana del padre de una brasileña no se guía al país de destino del parto. En este caso, la madre tuvo su hijo en territorio colombiano.

Como se muestran los casos a continuación la mitad son madres de dos hijos. Seis viven en unión libre, tres están casadas y una se encuentra soltera. Tres de las nueve parejas

son internacionales, esto es, están constituidas por personas de países diferentes y en dos de estos casos el país del padre parece incidir en el lugar del nacimiento de uno de los hijos. En todas las constataciones, al menos un hijo nació en un país extranjero.

Cuadro 8. Perfil de las madres entrevistadas

Madre	Lugar de residencia actual de la madre	Residido en otros lugares	Nacionalidad del padre del hijo nacido en otro país	Estado civil	Escolaridad	Hijos	Hijos nacidos en otro país
Luz	Santa Rosa, Perú	Sí	Brasileño	Casada	Primaria	2	1 en Brasil
Dulce	Santa Rosa, Perú	No	Peruano	Unión libre	Secundaria	4	4 en Brasil
Kely	Santa Rosa, Perú	No	Peruano	Casada	Preparatoria	1	1 en Brasil
Ana Maria	Santa Rosa, Perú	No	Peruano	Soltera	Secundaria	2	1 en Brasil
María	Tabatinga, Brasil	No	Peruano	Unión libre	preparatoria	3	1 en Colombia
Marcia	Tabatinga, Brasil	Sí	Brasileño	Unión Libre	Licenciatura	2	2 en Colombia
Diana	Tabatinga, Brasil	Sí	Brasileño	Unión Libre	Maestría	1	1 en Colombia
Adela	Leticia, Colombia	Sí	Colombiano	Unión libre	Licenciatura	1	1 en Brasil
Nadia	Leticia, Colombia	Sí	Colombiano	Casada	Licenciatura	2	2 en Brasil
Patricia	Santa Rosa, Perú	Sí	Peruano	Unión libre	Primaria	2	1 en Perú

III - EL HABITUS: TEORIA

En esta sección se presenta un marco teórico pertinente para el análisis de la práctica social de “parir al frente” lo que significa, parir en el país adyacente con el que se comparte una frontera internacional. Para ello se ha querido utilizar el concepto central de “*habitus*” de Bourdieu. La discusión se hace fructífera porque trata de explicar la predisposición de sujetos a compartir estilos de vida parecidos a pesar de la existencia de líneas divisorias de Estados nación que en teoría dan forma y establecen límites sobre la interacción entre los pobladores más allá de su línea geopolítica internacional.

3.1 El *habitus* transfronterizo

De acuerdo a Capdevielle (2011), una gran fortaleza de este concepto, el del *habitus*, es que descubre porqué los agentes conformados en un sistema de percepciones y de apreciaciones tienden a actuar de determinadas maneras.

Bourdieu (2007) destaca que lo real es relacional. En este sentido, la existencia del mundo social se construye por las relaciones. Éstas no son sólo las interacciones establecidas por agentes a través de vínculos intersubjetivos⁶, sino también por las relaciones objetivas en que su existencia no depende de la conciencia del individuo. Por lo tanto, se hace necesario construir un sistema de relaciones objetivas de *habitus* a partir de la historia social del mundo vivido para entender ciertas prácticas sociales.

Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen *habitus*, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente "reguladas" y "regulares" sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta (Bourdieu, 2007: 86).

⁶ Que sucede en la comunicación intelectual o afectiva entre dos o más sujetos.

Pues así, el *habitus* se define a partir de la percepción que los sujetos tienen del mundo y de cómo actuar en él, es decir, se construye como siendo “estructuras estructurantes” y al mismo tiempo “estructuradas”. Son estructuradas porque están conectadas a la historia de los agentes y sus relaciones sociales. Se suma a eso la idea de estructurantes porque son estructuras que resultan en percepciones y, consecuentemente, en acciones humanas relativamente predeterminadas por la estructura. Por lo tanto, no se debe entender el *habitus* con lo que se hace de manera automática dada la costumbre. “La teoría del *habitus* está dirigida a fundamentar la posibilidad de una ciencia de las prácticas que escape a la alternativa del finalismo o el mecanicismo” (Bourdieu, 1990: 141).

De acuerdo al análisis de Bourdieu (1999) las acciones se transforman a lo largo del tiempo y dependen del contexto en el que se sitúan sus agentes. Pues son acciones que dan lugar a la integración de nuevas prácticas. Siendo así, los agentes que interactúan producen el *habitus* en el contexto de esquemas que se materializan en la diversidad de los vínculos intersubjetivos del mundo todos los días, o estructuras estructuradas que funcionan como estructuras estructurantes (Bourdieu, 1997).

Teniendo la decisión de tener el hijo al frente en la triple frontera como una acción social, resulta válido analizar cómo se construyen éstas relaciones en las instituciones (hospitales y maternidades) en el momento de recibir a la madre extrajera al momento del parto. En este contexto, también se hace relevante entender lo que se estableció en la familia durante el cruce hacia el país de destino.

Los sujetos tienden a hacer uso efectivo de los recursos con los que cuentan en función de la adaptación de su *habitus* a un “campo” en cuestión. Y, “para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego así como gente dispuesta a jugar, que esté dotada de los *habitus* que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego, de lo que está en juego etcétera” (Bourdieu, 1999:136).

Pues ahora, se comprende que “toda la gente comprometida con un campo tiene una cantidad de intereses fundamentales comunes” (Bourdieu, 1999: 137). Por lo tanto, los

agentes tienen percepciones y representaciones del mundo guiado en estructuras cognitivas preestablecidas en esquemas de acciones que, muchas veces, van a orientar la percepción y los discursos de estos actores.

La reflexión sobre el actor, o el sujeto de investigación, se guía hacia a una interpretación mucho más allá del sentido común. Pues así, se permite destacar cuáles son los intereses de una acción en las relaciones sociales establecidas. Éstas, en muchos casos, son provocados por los actores, tales como las relaciones mantenidas entre las mujeres de Santa Rosa (Perú) y sus familiares que viven en la parte brasileña de la frontera.

Pues ahora, dice Bourdieu (1999: 136) que “un campo puede limitarse a recibir y consagrar cierto tipo de *habitus* que ya está más o menos constituido” donde los individuos interiorizan sus prácticas, actúan involucrados a un nivel subjetivo. La interiorización se corresponde a la idea de “cuerpos socializados” en el contexto del *habitus* en forma de disposiciones permanentes.

La construcción de *habitus* se despliega en lo cotidiano como en el caso de compartir estilos de vida que poseen dinámicas transfronterizas (Valenzuela Arce, 2014) donde “la estructura del campo es un estado de la relación de fuerzas entre los agentes o las instituciones que intervienen [...]” (Bourdieu, 1999:136). Contra más experiencias de colaboración y cooperación transfronteriza, ya sea institucionalizadas o no, mayor potencial existirá para que las personas asimilen esas prácticas como propias y naturales (Fragoso et al., 2011).

Si bien proponemos que existen distintos campos por tratarse de mujeres que viven en un mismo espacio compartido, que es la triple frontera, y que cruzan desde puntos de origen distintos y se dirigen a diversos puntos también, por tanto, entran en relación con distintas instituciones y sistemas de salud. Sin embargo, la experiencia de parir en un país distinto al suyo, las iguala la condición humana de ser madres.

Beauvoir ya había reflexionado sobre la maternidad biológica tratándola más allá del mero acto natural. Por ello la autora señala que desde hace aproximadamente un siglo,

la función reproductora ya no está determinada por el sólo azar biológico, sino que está controlada por la voluntad (Beauvoir, 1989).

Sin embargo, la “madre quiere tener, por fin, su sueño entre las manos, pero teme las nuevas responsabilidades que va a crear esa materialización: puede imponerse uno u otro deseo, pero a menudo ella se siente dividida” (Beauvoir, 1989:279). Por lo tanto, más allá del impacto de otras visiones acerca de su postura, la mujer también tiene el poder de elección, aunque en muchos casos haya limitaciones, como la violencia de género y la falta de oportunidades.

Como resultado se hace importante destacar que en muchos casos la decisión de la mujer en tener el hijo al frente en un país adyacente puede tener más peso que de su familia. En consecuencia se permite ahondar en la libertad femenina sobre decidir o no sobre su propio cuerpo al momento de parir. Esta reflexión se establece como siendo fundamental para entender las motivaciones de cruzar la frontera hacia un país diferente.

La reflexión de Beauvoir se destaca en este modelo teórico del establecimiento de las relaciones sociales que se configura en un espacio social determinado. En el discurso de Bourdieu, en un espacio dotado de poder simbólico.

Sin embargo, en un estado del campo en el que se va el poder por todas partes, como en otros tiempos se rechazaba reconocerlo allí donde salta a los ojos, no es útil recordar –sin hacer jamás, como otra manera de disolverlo, una suerte de “círculo cuyo centro está en todas partes y en ninguna parte”–, que es necesario saber descubrirlo allí donde menos se ofrece a la vista, allí donde está más perfectamente desconocido, por tanto reconocido: el poder simbólico es, en efecto, ese poder invisible que no puede ejercerse sino con la complicidad de los que no quieren saber que lo sufren o que lo ejercen. (Bourdieu, 2000:70)

En el espacio simbólico, el agente se ha establecido históricamente en una sociedad. Siendo así, el individuo llega a ocupar cierto conjunto de posiciones sociales vinculadas a

la relación de similitudes a través de un conjunto de acciones y propiedades definidas por un campo de manera relacional.

Los casos específicos de movilidad femenina en la triple frontera, en la región amazónica, forman parte de una dinámica de interacción ancestral que se interpreta y visibiliza de una manera distinta desde los centros de poder y sus instituciones que apoyan la configuración de Estados Nación (Brasil, Colombia, Perú) pero con el riesgo de poner en entredicho las prácticas de los pueblos originarios de vivir y usar el espacio más allá de las fronteras.

Desde la mirada de las mujeres se considera cómo la función reproductora del cuerpo femenino es utilizado como un recurso para ingresar hacia otra sociedad, distinta a la de su origen (Cueva y Vázquez, 2009). El escenario sugiere efectivamente una lucha femenina por la conquista de nuevos espacios y derechos, además de la búsqueda de atención médica en sí misma. Si bien la acción parece ser afirmativa, es todavía una práctica de alcance limitado dado que se centra en los roles tradicionales asignados a las mujeres y naturalizados de tal manera que no tiene grandes efectos reales en su condición de vida al interior de las familias.

El análisis de la efectividad y los alcances de la acción rebasa los objetivos de este estudio, pero es importante plantear que las mujeres se visibilizan como actoras proponiendo cambios que les beneficiarían a ellas y su familia.

El propósito de los análisis de Bourdieu al respecto del concepto *habitus* se despliega en acciones observables acerca de los individuos. Pues ahora, se tendría que determinar quiénes son las madres que tienen el hijo en un país distinto al suyo y en qué contexto social están insertadas con el propósito de dibujar el uso transfronterizo de los servicios obstétricos en la triple frontera.

El ejercicio de reflexionar sobre cuáles son las prácticas del uso transfronterizo de servicios de salud obstétricos, bajo qué condiciones se ejercen y por quienes, puede determinar matices en cuanto a la intensidad con que dichas prácticas puedan haberse estructurado como parte de un *habitus*. Incluso el hecho de que formen parte de las aspiraciones de mujeres de ciertos grupos sociales que viven la frontera puede entenderse

como una construcción de su feminidad usando el cuerpo de una manera muy específica para alcanzar mayores derechos sociales para su descendencia.

La experiencia transfronteriza por parte de las mujeres pasa por el cuerpo en la búsqueda de la construcción de nuevas posibilidades. Algunos teóricos tratan de definir el ser humano como un sujeto que busca el reconocimiento, mientras construye la propia identidad. Siendo así:

Los proyectos de reconocimiento que se encuentran a nuestra disposición son aquellos que ‘deshacen’ a la persona al conferirle reconocimiento, o que la ‘deshacen’ al negarle reconocimiento, entonces el reconocimiento se convierte en una sede del poder mediante la cual se produce lo humano de forma diferencial. (Butler, 2006:15)

En este orden de ideas, la cuestión del perfil sociodemográfico de las madres que tuvieron al menos un hijo al frente podrá sugerir algún indicativo relacionado a la agencia femenina en los grupos de brasileñas, colombianas y peruanas. El enfoque de género en este caso se hace presente en la construcción del *habitus* transfronterizo ya que en el campo de la maternidad las mujeres suelen tener mayor espacio y poder para tomar decisiones

En la construcción del *habitus* transfronterizo, se alude a las estructuras sociales generadoras de prácticas transfronterizas, “además de las condiciones definidas por la conjunción y disyunción en las fronteras como zonas de contacto, existen intersticios socioculturales como procesos inscritos en intersecciones que definen aspectos específicos de la vida transfronteriza”, como menciona Valenzuela Arce (2014: 27). Pues así, Bourdieu (1988) dice que el *habitus* se produce frente a un escenario determinado.

De esta manera, el incorporar el *habitus* en el análisis del uso transfronterizo de los servicios maternos por parte de las madres provenientes de tres nacionalidades que buscan tener el hijo al frente puede ayudar a diferenciar las iniciativas que llevan a cabo al momento de cruzar y porqué las practican.

De ello resulta necesaria la reflexión de Bourdieu sobre el concepto de distinción. Pues así permitiría guiarse hacia la comprensión sobre lo que distingue a las madres en las

prácticas de cruzar la frontera al momento de parir. Siendo que el estudio se desarrolla a partir de la hipótesis del establecimiento de una relación con el Estado a través de acceso a los derechos sociales del país de destino y del peso de la decisión femenina en el momento de cruzar la frontera. Esta distinción evidentemente está asociada con ciertas condiciones de existencia (Bourdieu, 1991).

Esta distinción se impone con evidencia en todos los casos en los que unos individuos originarios de la misma fracción o de la misma familia, y sometidos en consecuencia a unas inculcaciones morales, religiosas o políticas que pueden suponerse idénticas, se encuentran propensos a unas posturas divergentes en materia de religión o de política a causa de las diferentes relaciones con el mundo social que deben a unas trayectorias individuales divergentes, y según que, por ejemplo, hayan tenido éxito o no lo hayan tenido las estrategias de reconversión necesarias para escapar a la decadencia colectiva de su clase. (Bourdieu, 1991:110)

Las diferencias de gustos tienen una correlación con las condiciones sociales. En el contexto de la triple frontera, la predisposición sobre elegir determinado destino al momento de parir puede estar determinada por el nivel educativo de las madres y su ocupación. En la obra *La Distinción*, Bourdieu analiza el consumo cultural de la Francia de los años 1970 a partir de este tipo de supuestos.

Se desprende que en el estudio realizado por (Cueva y Vázquez, 2009) la relación entre el nivel educativo de la mujer y el factor económico como motivación para dar a luz en Estados Unidos fue estadísticamente significativa. La investigación pudo concluir que las madres con menor educación asignan un valor mayor a los beneficios económicos que se obtendrían del hecho de haber parido en Estados Unidos. Es decir, estas familias tenían un interés muy pragmático y de corto alcance. Sin embargo, las familias que realizaban la misma práctica de parir en Estados Unidos en este estudio no les interesaban los apoyos materiales que les hubieran podido servir para la crianza de los niños sino que, más bien, tenían la expectativa de que a largo plazo sus hijos podrían estudiar o trabajar en Estados Unidos con lo cual tendrían mejores oportunidades de desarrollo personal. El estudio

constató que las familias que realizan la práctica social en análisis han estructurado un estilo de vida basado en una alta interacción con la sociedad estadounidense.

El actual análisis se mueve a la comprensión de las mujeres y sus prácticas hacia un nuevo horizonte. Al salir de interrogantes complejas sobre las barreras impuestas por el Estado, Bourdieu no guía a entender que los *habitus* son parte fundamental en el proceso de tener el hijo al frente. En este caso, son estructuras estructuradas en el contexto de triple frontera por madres de determinadas nacionalidades que buscan otro país como destino al momento del parto.

Pensar las transfronteras desde la perspectiva del *habitus* y el campo requiere considerar la existencia de campos y *habitus* transfronterizos que involucran procesos históricos y estructurantes, y que la capacidad de conocer códigos culturales de ambos lados de las fronteras se encuentra relacionado con sistemas de disposiciones perdurables en los cuales se participa, así como con los capitales que se poseen⁷. (Valenzuela Arce, 2014: 27)

Por lo tanto, destaca Bourdieu (1990) que el *habitus* genera estrategias que pueden estar objetivamente conformes con los intereses objetivos de sus autores sin haber sido concebida expresamente con este fin. El análisis se mueve a la comprensión de la construcción del ser mujer frente a un *habitus* transfronterizo al momento de tener el hijo al frente en la triple frontera de Brasil, Colombia y Perú. Al ahondar en el contexto de una frontera abierta alejado de los grandes centros urbanos, el concepto de *habitus* sirve como guía en el proceso de comprensión de la mujer como actora social.

⁷ El capital es un factor de poder que participa en la producción y reproducción de las diferencias sociales y Bourdieu distingue distintos tipos de capital, como el *capital social*: la suma de recursos actuales o potenciales correspondientes a un individuo o grupo, en virtud de que poseen una red duradera de relaciones, conocimientos y reconocimientos mutuos, más o menos institucionalizados. Es la suma de poderes que semejante red permite movilizar (Bourdieu y Wacquant, 1995: 82). *Capital cultural*: es el capital informacional que existe en tres formas: incorporado, objetivado e institucionalizado (Bourdieu y Wacquant, 1995: 82). El *capital simbólico*: es la modalidad adoptada por una u otra de dichas especies cuando es captada a través de las categorías de percepción que reconocen su lógica específica o que desconocen el carácter arbitrario de su posesión y acumulación (Bourdieu y Wacquant, 1995: 81).

Por lo tanto, la posición ocupada por el agente social en el espacio se entiende como un elemento social de distinción. El elemento conceptual importante en la comprensión teórica de Bourdieu, ya que la distinción se entiende como un agente de diferenciación social frente al otro y la posición ocupada en la sociedad, se caracteriza por la separación, mediante la diferenciación de los rasgos producidos por lo que Bourdieu va a decir acerca de los diferentes tipos de capital que el agente puede desencadenar (capital económico, capital social, capital cultural, capital simbólico)

Finalmente, se invita al debate sobre ir más allá de las visiones que se repiten hasta la náusea acerca del desconocimiento de una triple frontera en el medio de la selva amazónica. Pues así, se presenta una relectura por los *habitus* trasfronterizos de la modernidad de un espacio urbanizado en donde la mujer tiene voz en una realidad tan acostumbrada a cuidar del mundo o destruirlo.

La reflexión encuentra posición de destaque en la teoría de Bourdieu al tratar de entender las relaciones entre las posiciones sociales, las disposiciones y la toma de decisiones en las diversas áreas del mundo práctico. Pues así se permite analizar las relaciones establecidas al tener el hijo al frente en la triple frontera de Brasil, Colombia y Perú partir del *habitus*. En este caso, el conjunto esquematizado de percepciones, apropiaciones y acciones puestas en prácticas por las mujeres.

IV – EL USO TRANSFRONTERIZO: RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación. Los datos a continuación muestran la presencia de cuatro patrones en el uso del espacio transfronterizo de acuerdo a la nacionalidad, la motivación y el destino de madres (mapa 3). Tales patrones dan sentido a la clasificación del universo de las diez madres entrevistadas en 4 subgrupos o estudios de caso múltiples. Son peruanas que tienen los hijos en Brasil, brasileñas que buscan dar a luz en Colombia y colombianas que deciden parir en Brasil. Adicionalmente se considera un caso único de una brasileña que tuvo a su hijo en Perú. Los siguientes resultados se guían a partir de los objetivos y de las hipótesis planteadas en el estudio.

5.1 Patrones de utilización

Las impresiones del trabajo de campo confirman las hipótesis iniciales sobre el uso obstétrico transfronterizo al momento del parto. Las conversaciones con profesionales de salud y población local muestran que en el escenario del estudio se destaca el grupo de peruanas que buscan a menudo dar a luz en Brasil. “Aquí (triple frontera) es muy común que la población tenga dos o tres nacionalidades”, dice la obstetra del Centro de Salud de Santa Rosa (entrevista, 2015). Y más: “Hay muchas (mujeres) que buscan el servicio en otro país justo en el momento del parto”, agrega el pediatra (entrevista, 2016) que labora en ambos lados de la frontera de Brasil y Colombia.

Los hallazgos también señalan la presencia de brasileñas que eligen los servicios obstétricos en Perú y Colombia y, por último, colombianas que prefieren tener la atención al parto en Brasil. En cambio, los casos de madres colombianas dando a luz en Perú, o de peruanas en Colombia fueron, aparentemente, inexistentes. Respecto a este último subgrupo que no fue localizado (el de peruanas en Colombia), algunos agentes clave mencionaron que podría ser debido al desarrollo de una política de salud que favorece la instalación y funcionamiento de servicios privados en territorio colombiano al que las mujeres peruanas no tienen acceso por su bajo nivel adquisitivo.

La triple frontera se revela como un microcosmo geográfico, social y demográfico en que confluyen tres fronteras entre los países de Brasil, Colombia y Perú. Su particularidad estriba en que se encuentra alejado de los grandes centros urbanos, lo cual

obliga a sus pobladores a interactuar en diferentes aspectos prácticos de la vida cotidiana, siendo el de salud uno de ellos. Es relevante caracterizar las diferencias en la estructura de los servicios de salud de cada país porque como propone Suárez-Mutis y colaboradores (2010) existe un esquema de utilización de los servicios de salud donde la población prefiere más algunos servicios que otros, creando una interacción particular y de gran importancia.

Así como fue mencionado en el capítulo introductorio, el estudio se orienta a partir de la siguiente interrogante: ¿Cómo y por qué ocurre el uso transfronterizo de los servicios obstétricos al momento del parto por parte de las mujeres que viven en la triple frontera entre Brasil, Colombia y Perú? Los resultados señalados a continuación se sostienen en los objetivos propuestos a lo largo de la investigación con el auxilio del planteamiento de las siguientes hipótesis: 1) En la decisión de buscar atención obstétrica transfronteriza, tiene más peso la decisión de la mujer que de su familia; 2) Esta decisión se toma con el fin de conseguir acceso a derechos, más que la búsqueda de atención médica en sí misma.

A continuación se presentan los resultados donde la movilidad femenina se establece a partir del origen de la madre y su destino para parir en la triple frontera. Lo que resulta en la conformación de un “patrón de uso transfronterizo” de los servicios maternos al momento del parto (ver mapa 3). Las siguientes narrativas se analizan siguiendo la configuración de los estudios de caso expuestos en la sección metodológica (ver cuadro 7).

5.1.1 Madres peruanas

A pocos metros de la entrada de la comunidad de Santa Rosa, en Perú, viniendo desde Tabatinga, se localiza el único centro de salud de la isla. El espacio se llena de pacientes en las mañanas. Mientras que en las tardes los pasillos están vacíos. A esas horas, lo que se escucha son los pasos apresurados de los niños de médicos que habitan este espacio. Por la falta de estructura habitacional local, muchos colaboradores decidieron vivir en la unidad con sus familias. Lo que supuestamente les garante tener más proximidad con los moradores, sin embargo, eso no se refleja en el caso de las parturientas. “De las 50 mujeres embarazadas que tenemos, 30 van a tener el hijo acá, las otras se van al frente”, explica en entrevista la obstetra del Centro de Salud de Santa Rosa (2015). Por lo tanto, la profesional

se refiere que en el universo de las 50 mujeres embarazadas, se espera que 20 crucen el río para dar a luz en Brasil.

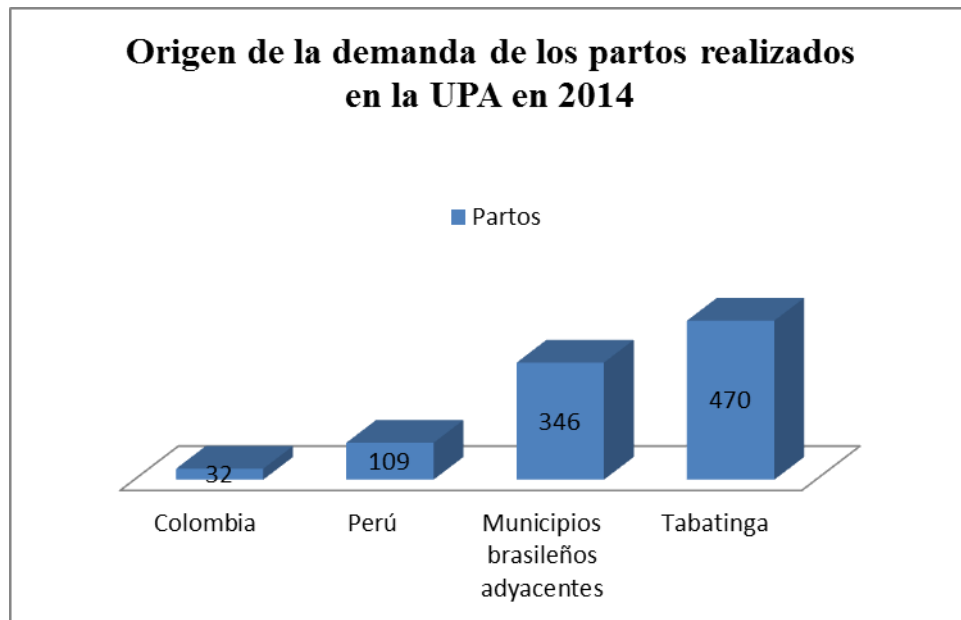
El sistema público brasileño de salud no restringe el acceso a los extranjeros. De acuerdo a la directora de la Unidad de Pronto Atendimento (LA UPA)/Maternidad de Brasil (entrevista, 2016): “Es extremadamente importante construir una política específica de atención a la salud en las regiones de fronteras, principalmente cuando se refiere a la maternidad.” La crítica de la médica se guía más allá de la legislación vigente en el país, pues resalta un malestar frente a los atendimientos a las parturientas extranjeras de Colombia y Perú que buscan la unidad brasileña para tener a sus hijos.

La UPA se instaló en Tabatinga hace dos años. Desde que abrió sus puertas en febrero de 2014, la maternidad ha recibido a madres extranjeras (ver cuadro 9) principalmente de Perú. “Tenemos muchos partos de peruanas porque las condiciones de salud en la isla de Santa Rosa son insuficientes”, comenta la directora de LA UPA (entrevista, 2016). Por otro lado, es importante destacar que el centro de salud peruano deja de dar atención materna a las madres locales entre los meses de abril y mayo cuando la unidad sufre de inundaciones en temporada de fuertes lluvias.

Es de aclararse que aunque en territorio brasileño se presente una mejor estructura en salud materna, con seis Unidades Básicas de Salud (LAS UBS) y LA UPA, ofertando atendimientos prenatales en las primeras y el parto, en la segunda, las parturientas peruanas no lo mencionan durante las entrevistas. Sus respuestas van dirigidas principalmente al acceso a derechos a partir del nacimiento de sus hijos.

El cuadro 7 a continuación destaca el origen de las madres que dieron a luz en LA UPA en 2014. Son datos presentes en el informe más reciente de la unidad médica. Sin embargo, la secretaria de registro de nacimientos garante en entrevista (2016) que la realidad no ha cambiado mucho en los últimos años. Las peruanas siguen siendo el principal público extranjero atendido

Cuadro 9. Nacimientos en Brasil



Producción propia con datos de la UPA/Maternidad

La movilidad de las madres embarazadas que salen de la isla de Santa Rosa para dar a luz en Tabatinga es circular. De acuerdo a la obstetra del centro de salud de Santa Rosa “La gran mayoría regresa buscando la constancia de nacido vivo. La constancia de nacido vivo que nosotros manejamos, ya que quieren que su hijo tenga la nacionalidad brasileña, pero también buscan la nacionalidad peruana”.

Pero la mayoría también viene porque quiere que su hijo siga teniendo el control [de salud] acá. En Brasil hay mucha demanda, acá es más chico y más fácil. A las 11 horas ya no hay nadie acá. Por eso prefieren hacer el control acá. Ahora ya no se les da para nada la constancia de nacido vivo. Hace como un año y medio que ya no se les estamos dando, al menos que nos traiga la declaración jurada. De que vuelven, todas vuelven para hacer el control acá. Dicen que es porque es más rápido, también por la cuestión del idioma. Acá es más fácil de entenderles.” (Obstetra del centro de salud de Santa Rosa, entrevista, 2015)

Conforme señalan los médicos del centro de salud, la “declaración jurada” se representa por un papel firmado por el gobernador o jefe de parto con la presencia de testigos, donde se menciona que los niños nacieron en territorio peruano. Lo que se pudo

observar en la comunidad es que muchas madres hacen lo trámites sosteniendo la idea de haber tenido un parto domiciliario, sin mencionar el nacimiento en territorio brasileño.

Los cambios en la emisión de la declaración de nacido vivo no ha modificado el escenario. Las madres siguen cruzando el río para tener el hijo al frente. Las peruanas entrevistadas para este estudio señalaron que hicieron los exámenes prenatales en Santa Rosa pero cruzaron para tener el hijo en Brasil con la principal finalidad de tener acceso a la educación y a los programas sociales del gobierno brasileño.

“Primero por la escuela. Ahora yo por tener dos hijos, tengo derecho de todo en Brasil. Ahora mis bebés ganan que es la *bolsa familia*⁸, los dos ganan mensualmente un beneficio. Tienen derecho de todo, yo también.” (Luz, entrevista, 2016)

“Para que los cuatro tengan la identidad de Brasil. Eso es uno de los motivos. Si algún día desean estudiar allá, es más práctico que en Perú. Uno de los motivos es la educación. Para que uno se meta a la universidad es más complicado en Perú. Es muy importante porque no tuve esa oportunidad y esa oportunidad quiero dársela a ellos. Para que ellos tengan mejor enseñanza superior que uno.” (Dulce, entrevista, 2016)

“Cuando va creciendo, le voy a decir ‘tú naciste allá, tú tienes los documentos brasileños’. Cuando él tenga oportunidad ya le voy a poner allá, no acá. Ya cuando mi niño entre al colegio, tiene derecho a la *bolsa familia*, bolsa escuela, todo eso. Para mí, tener el hijo allá es una ayuda más, eso fue una ventaja para mí.” (Kelly, entrevista, 2016)

“No sé, de mi parte no sé. Nada más por mi hijo, para que él pueda estudiar ‘al frente’. Yo sé que en Brasil sí hay *bolsa familia*, que los niños ganan. Por eso, nada más, solamente por mi hijo. Solamente por él, por mí no. De mi parte sigo siendo peruana, no necesito tener otro documento. Les paga en Brasil, se ganan como una pensión, no sé.” (Ana María, entrevista, 2016)

⁸ Es un programa de bienestar social brasileño que forma parte de la red de programas de asistencia social del gobierno federal del país. Representa la transferencia de ingresos que proporciona ayuda financiera a familias pobres de Brasil, y a cambio, las familias deben asegurarse de que los niños asistan a la escuela y cumplan los calendarios de vacunación. Cada familia recibe una cantidad variable en función del cumplimiento de los objetivos fijados antes mencionados y para finales de 2015 la cantidad promedio por familia fue de 176 reales (54 dólares) mensuales.

Lo que se concluye con el subgrupo de peruanas es que al menos en Santa Rosa la decisión de dar a luz en Brasil se toma con el fin de acceder a derechos, como el beneficio social *bolsa familia* y el acceso del hijo a la educación brasileña, más que la búsqueda de atención médica en sí misma. Lo que comprueba la hipótesis inicial del estudio donde se menciona que el cruce se establece frente a los derechos concedidos en el otro país a partir del nacimiento, más allá de la atención médica

Es importante destacar que las madres embarazadas peruanas no buscan a los servicios privados de salud en la parte colombiana de la frontera. Todas las que cruzan tienen como destino Tabatinga, únicamente para el parto, regresando luego de éste a la comunidad de Santa Rosa.

De acuerdo a la obstetra del centro peruano de salud, “todas van al frente. ¿Por qué Tabatinga? Porque Tabatinga siempre recibe a los pacientes. Leticia no te recibe. Tú puedes estar ahí en la puerta, si no tienes el seguro, Leticia no te atiende. Solamente te atiende Brasil”. Esta información revela que entre las sincronidades armónicas de un discurso común presentado por los entrevistados, en el contexto de una frontera abierta, también coexisten factores conflictivos y contradictorios que revelan, por ejemplo, una mirada sobre los Estados y el acceso a los derechos sociales, en este caso específico entre Perú y Colombia.

En este sentido, los análisis de Beauvoir (1989) acerca del “actuar femenino” destacan el temor de la mujer frente al deseo del parto debido las limitaciones, como la falta de oportunidades. Mismo en el contexto de libre movilidad en la triple frontera, las condiciones económicas impiden las peruanas de tener acceso a los servicios privados en Colombia.

El patrón del uso transfronterizo de los servicios de salud por parte de las peruanas va encaminado a las mismas conclusiones que encontró Albuquerque (2012) en la frontera de Brasil y Paraguay. Sus averiguaciones ponen de relieve las tácticas de las madres que viven en territorio paraguayo y que van a parir en Brasil con la finalidad de acceder a los derechos y beneficios sociales en el lado brasileño.

En el grupo de madres peruanas prevalece un menor nivel educativo en comparación con las brasileñas y colombianas de este estudio (ver cuadro 8, pág. 36). Por lo tanto, es posible que exista una asociación entre el perfil de bajo nivel escolar de las mujeres entrevistadas en Perú con su motivación de parir en Brasil por el acceso a beneficios sociales.

5.1.2 Madres brasileñas

Mientras que Brasil se establece como punto de destino de madres extranjeras que eligen el país al momento de parir al frente, brasileñas van en dirección opuesta. De las cuatro madres brasileñas que fueron entrevistadas con hijos en el extranjero, tres decidieron tener a sus hijos en Colombia. En el trabajo de campo se supo que en los últimos dos años, apenas una mujer brasileña dio a luz en Perú (el caso se presenta en la sección 5.2 al final de este capítulo).

Las madres brasileñas entrevistadas que van a Colombia renuncian al derecho de parir de manera gratuita en su propio país para ingresar al sistema privado colombiano. Conforme explica la directora de la clínica Leticia (2016), dar a luz en la parte colombiana de la frontera es costoso. Algo alrededor de mil dólares.

“Sale por lo menos en 1, 200,000 pesos colombianos. Pero si tienes tu EPS (seguro) mensualmente pagaron 200 mil pesos colombianos. Los pacientes tienen derecho a todos los servicios de ginecología, pediatría, todo el acompañamiento, durante el embarazo y postparto.” (Directora de la clínica Leticia, entrevista, 2016)

Hoy en día tener el seguro colombiano como siendo brasileño se hace más complicado debido a los nuevos cambios en la reglamentación del servicio. Anteriormente apenas con el pasaporte era posible tener acceso al servicio, mientras que actualmente es necesario comprobar residencia colombiana. La directora de la clínica en Leticia Colombia ahonda en la trayectoria de cambios y continuidades de estos servicios:

“Los centros de control se dieron cuenta que los recursos del gobierno central que venía para la salud se estaba beneficiando muchísimos brasileños y los colombianos no tanto, entonces pusieron esta norma que tenía que ser con cedula de extranjería, todo legal. Entonces ya se han dejado de presentar estos casos, los que siguen (las brasileñas que aún tienen el seguro social de Colombia) son las que lo

hicieron hace mucho tiempo. Tuvieron un plazo para cambiar su pasaporte por cedula de extranjería y poder seguir vinculados al sistema de salud colombiano.” (Directora de la clínica Leticia, entrevista, 2016)

La brasileña Diana sigue teniendo el seguro médico colombiano. Lo que le estimuló a buscar la atención materna en el sistema privado de Colombia. A la vez la madre también destaca la estructura del servicio de salud en Leticia, en comparación al brasileño.

“Ya que vivimos en frontera, no tenemos la dimensión de separar los países. Antes, por ejemplo, sólo teníamos el hospital militar aquí en Tabatinga. Hace poco instalaron LA UPA, lo que ha ayudado mucho en la atención médica. Yo tengo seguro de salud colombiano, por lo tanto, hice todos los procedimientos en Leticia siendo asegurada. Así las facilidades de atención son miles de veces mejor. En el caso que nos pase algo yo puedo buscar atención médica en Leticia de una manera más fácil y rápida. Sin el seguro, el costo sería altísimo.” (Diana, entrevista 2016)

El caso de Diana no ilustra la realidad de la mayoría de las madres brasileñas que dan a luz en Leticia. Actualmente la mayoría de las madres que buscan parir en Colombia son obligadas a desembolsar los valores mencionados por la directora anteriormente.

“El padre me apoyaba. Gracias a Dios pudimos pagar todo. Tuvimos que ahorrar dinero durante todo el periodo de gestación. Los médicos de Tabatinga decían que no entendían la cuestión de pagar por un parto ya que en Tabatinga es gratuito. Pero yo estaba muy interesada en los cuidados en el momento del parto. Me dieron mucha atención. Me quedé en un apartamento, con aire acondicionado, televisión.” (Marcia, entrevista, 2016)

“Tuve que hacer un pago de alto valor en pesos colombianos. Eso porque mi patrón me lo prestó en pesos colombianos. Si fuese a pagar en real⁹ iba a pagar mucho más. En el caso de ser una persona correcta en el trabajo, el patrón siempre echa una mano en el momento que uno necesita de apoyo.” (María, entrevista, 2016).

Las madres brasileñas que decidieron dar a luz en Colombia se quejan de los servicios brasileños. Si bien es importante señalar que Marcia y Diana nunca han parido en territorio brasileño. Sus percepciones al respecto del atendimento al parto en Brasil se construyeron a partir de visiones ajenas.

⁹ Real es la moneda de curso legal en Brasil

Por otro lado, María pudo tener sus dos primeros bebés en el hospital militar de Tabatinga, sin embargo, escogió dar a luz al tercero en Colombia con la siguiente idea: “Lo que me motivó a buscar el servicio privado en Leticia fue por la cuestión que no quería que mi parto fuese normal, quería la cesárea con la ligadura. Entonces pensé que la única manera de exigir sería pagando al servicio privado en Leticia”. Ella también menciona durante la entrevista que la única ventaja que considera en su decisión fue la calidad de los servicios médicos en Leticia.

Las averiguaciones dan cuenta más que nada de un flujo de brasileñas hacia Colombia con el objetivo principal de acceder a mejores servicios de salud durante el parto. En el discurso de las mujeres la posibilidad de obtener la doble nacionalidad para sus hijos parece quedarse en segundo plano. Por lo tanto, al considerar las percepciones y representaciones de la madre como siendo parte de un *habitus*, Bourdieu (1990) señala que la construcción de las acciones pueden estar objetivamente de acuerdo con los intereses sin haber sido concebido expresamente con este fin.

La ventaja es ver que mi hija está bien pues tuvieron una buena atención en el momento del parto. Tan pronto mi hija no tendrá accesos a beneficios en Leticia. La principal ventaja fue el nacimiento. Si la clínica Leticia estuviese instalada en Tabatinga, yo buscaría por Tabatinga. En el hospital público por el número de pacientes, no nos dan la atención debida. (Marcía, entrevista, 2016).

Los casos de las madres brasileñas con hijos en Colombia van en contramano de la hipótesis al rechazar la idea planteada inicialmente en el estudio donde el acceso a los derechos en el país extranjero sería más importante que la búsqueda por mejores condiciones de salud.

Pues así se destaca en el grupo de brasileñas que la motivación para parir en Colombia tiene que ver con la característica del servicio de salud acerca del grado de poder de decisión que permite al paciente.

Además vale mencionar que las brasileñas entrevistadas para este estudio son el grupo más variado en cuanto al nivel escolar alcanzado. Como puede verse en el cuadro 8, pág. 36, ellas tienen desde primaria a maestría. Aunque presenten un rango de

comportamiento muy distinto cuando al acceso a la educación, todas parecen coincidir en buscar los servicios médicos en otro país con críticas hacia el sistema de salud de Brasil. A este respecto, véase más abajo la opinión de la mujer brasileña con nivel primaria que tuvo a su hijo en Perú.

5.1.3 Madres colombianas

A continuación se presenta el caso del subgrupo formado por madres colombianas que, así como las peruanas, cruzan la frontera para tener su hijo en Brasil. En este nuevo contexto, el cruce no se da por el río Solimoes, sino en vía terrestre por la avenida de la Amistad. En este caso son madres con sobresaliente nivel educativo en comparación a la madres de Perú, así como es presentado en el cuadro 5 del capítulo anterior, y que buscan sobre todo la nacionalidad brasileña para sus hijos, consecuentemente dar a ellos acceso a la educación brasileña.

“Aquí es una frontera libre, aquí la economía mueve mucho a los brasileños. Igual que la colombiana allá. Vivimos en paz. Nosotros nunca hemos tenido ningún problema. Hay parcerías¹⁰, hay una relación muy buena en la frontera. Es una frontera muy amigable. Cuando vienen turistas colombianos de otras partes ellos no notan cuando pasan a otro país. No hay nada que se los impida. Permite que se desarrolle las dos regiones. Nos damos las manos, lo que no tiene uno, tiene el otro. El hospital de Tabatinga nos apoya mucho con oxígeno. Cuando necesitamos de algún medicamento, nos apoyamos. Y así hacemos parcerías, así funciona. Nadie es competencia con nadie. Todos unidos sacamos en la región la salud.” (Directora de la clínica Leticia, entrevista, 2016)

Son mujeres de nacionalidad colombiana que abandonan el atendimento en el servicio privado de su país al momento del parto para tener acceso a la atención pública de salud en territorio brasileño.

En el escenario médico materno de Leticia se ubica el Hospital San Rafael y la Clínica Leticia. Son dos unidades de referencia en la región. Las madres entrevistadas en este subgrupo reconocen la disponibilidad de la estructura de salud en el territorio

¹⁰ Parcerías representan trabajos comunitarios realizados muchas veces de manera gratuita; suele tener un origen en las prácticas ancestrales indígenas.

colombiano de la triple frontera, pero aun así deciden cruzar. “Las colombianas que tienen sus hijos en Tabatinga es porque quieren de alguna forma tener los papeles, la legalización de los papeles allá”, adelanta la directora de la clínica Leticia (entrevista, 2016). En palabras de una de las madres entrevistadas:

“Es pensando en el futuro de ellas (sus dos hijas nacidas en Brasil). No sé más adelante lo que puede pasar. Realmente no me interesa en este momento ningún tipo de subsidio, pues nosotros trabajamos, pagamos la salud de nuestras hijas. Pensando en el futuro, hasta para viajar. Pues de pronto si quieren viajar a otro sitio, no sabemos si la situación de Colombia mejore o empeore o lo que pase. Pues de pronto como brasileña es más fácil que se pueda desplazar alrededor del mundo que como colombianas.” (Nadia, entrevista, 2016)

El discurso de la colombiana Nadia se contrasta al de las madres peruanas. Las dos buscan que sus hijos tengan la ciudadanía brasileña, sin embargo, presentan explicaciones completamente distintas. El perfil sociodemográfico exhibido en el capítulo anterior ilustra en este contexto que las realidades socioeconómicas no impactan en la dirección del flujo transfronterizo, sino en el significado de parir en Brasil y en el aprovechamiento o no de los beneficios económicos.

“Hasta el momento no he sacado ninguna ventaja de ningún tipo. Yo considero que más adelante ya cuando estén estudiando o algo así, pueda haber alguna ventaja para ellas. En Colombia es más complicado tener a una beca, el gobierno da digamos a la población que se encuentra en alguna situación de pobreza, desplazamiento... Una persona que tenga un poquito más de ingresos es muy complicado acceder a una beca. Ya en Brasil es un poco diferente. Si tú te la ganas, pues vas y estudias. Ya en Colombia eso es un poco diferente. Entonces de pronto ya cuando estén más grandes y decidan estudiar ir a Brasil. Se los dejo a ellas. Sus papás en algún momento les dieron la oportunidad de la doble nacionalidad.” (Nadia, entrevista, 2016)

Es importante señalar que las madres de Colombia y Perú agregan al sentido de dar a luz en Tabatinga la expectativa de que sus hijos tengan acceso a la educación brasileña. Aparentemente en los casos de las colombianas los beneficios sociales para los niños no son reclamados, como lo hacen la mayoría de las peruanas.

“La principal, la que yo más ha anhelado ha sido tener la doble nacionalidad, para que cuando crezcan tengan las dos opciones. Formarse en Brasil, formarse en Colombia. Tener la oportunidad de vivir allá, vivir acá. Qué tuviera donde escoger. Que pudiera mezclar las dos culturas para su conocimiento. Fue una de las principales razones porque no son todos que tienen esta oportunidad de tener un hijo en un país estando en otro. Yo le imagino estudiando en Brasil su primaria, su bachillerato... porque nosotros le podemos dar la lengua materna que es el español, y allá les pude dar la brasileña. Así va a tener muchas herramientas.” (Adela, entrevista, 2016)

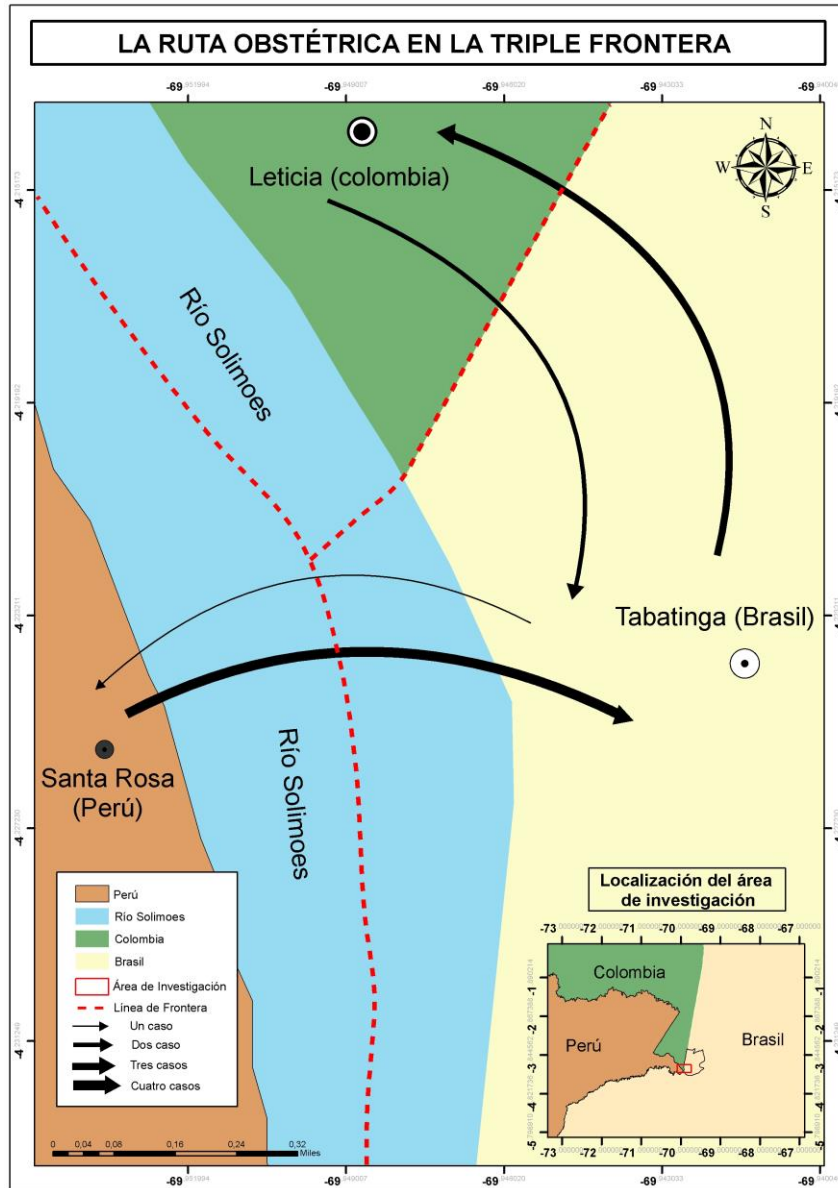
En la triple frontera es común que los padres colombianos mezclen la enseñanza de sus hijos con doble nacionalidad entre escuelas de Brasil y Colombia para que la crianza aprenda portugués y español. Aunque parezca común encontrar personas bilingües en la triple frontera, la realidad es otra. Muchos comprenden, pero pocos hablan de manera fluida los dos idiomas. Por lo tanto, tenerlos en este contexto es algo todavía valioso.

La segunda hipótesis de la investigación donde se trata del uso obstétrico transfronterizo como medio de acceder a derechos, más allá de mejor atendimento de salud también se cumplió en el caso de las madres colombianas. Son mujeres que buscan los servicios prenatales en Colombia y también en Brasil, pero cruzan al momento del parto para dar a luz en la parte brasileña con el objetivo de ofrecer la doble nacionalidad a sus hijos y consecuentemente el acceso a la educación brasileña.

“Yo hacía los controles prenatales en Brasil y acá en Colombia. Iba a las dos partes. Porque queríamos aprovechar el sistema de salud de Brasil y también el sistema de acá. Los controles míos los hicieron en el puesto San Francisco (UBS) en Tabatinga. Ya acá en Leticia en el Hospital San Rafael, ya que en este momento mi hermana trabaja en el hospital.” (Nadia, entrevista, 2016)

Los “patrones de uso transfronterizo” en el universo de las madres entrevistadas que dan a luz en otro país están ilustrados a continuación en el mapa sobre la ruta obstétrica en la triple frontera.

Mapa 3. Patrones de uso transfronterizos en el universo de las mujeres entrevistadas



Producción: Aguiar, Jailson – Núcleo de Cartografía Social del Estado de Amazonas/Núcleo de Estudios Socioambientales de la Amazonía (NCSA/NESAM) ambos de la Universidad del Estado de Amazonas (UEA) fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) 2010 Sistema de Coordenadas Geográficas (Sirgas) 2000 Idealización: Dos Santos Silva, Thales Willian – El Colegio de la Frontera Norte (El Colef) Revisión de cartografía: Conceição da Silva, Reginaldo (NCSA/NESAM)

5.2 Madre brasileña con hijo en Perú

En el subgrupo de las brasileñas se pudo detectar el caso de una brasileña fuera del “patrón de uso transfronterizo” señalado anteriormente donde las madres de Brasil eligen sobre todo dar a luz en Colombia, con la intención de tener acceso a “mejores servicios de salud”. Tras indagar en el centro de salud de Santa Rosa sobre la presencia de extrajeras en la unidad, se descubrió que: “en el mes de noviembre (2015), ella (una madre brasileña) vino acá, hizo el control acá, y nos dijo que quería dar a luz acá. Nos dijo que tuvo el primero hijo en Benjamin Constant (municipio brasileño colindante a Tabatinga), pero que no le gustó”, comenta la obstetra (entrevista, 2015). Este ha sido el único caso de foránea atendido en Perú al momento del parto. Véase la narrativa de esta mujer en la pág. 83.

5.3 La decisión de parir al frente

Los resultados presentados en las secciones anteriores de este capítulo tratan de considerar la hipótesis donde el acceso a los beneficios sociales para la descendencia es más relevante que la atención de los servicios de salud en el momento de tener un hijo en un país adyacente. Por otro lado, este estudio también se guió a partir de la premisa de que la decisión de la mujer tiene más peso que de su familia al instante de buscar atención obstétrica transfronteriza. En esta sección se analizan las narrativas de las mujeres en cuanto a cómo refieren la intervención del varón en el proceso de decidir tener al hijo en el extranjero. En primera instancia parece haber una distinción entre las narrativas de las peruanas, por un lado y el resto de los grupos (brasileñas y colombianas, con excepción de una brasileña).

En el caso de Luz (entrevista, 2016), peruana, aunque haya habido un acuerdo entre los dos, la decisión de parir en Brasil tuvo fuerte influencia del padre de nacionalidad brasileña: “El papá y yo queríamos que el bebé naciera en Brasil. Me decía el papá que era necesario nacer en Brasil para que los dos hijos tuviesen papeles brasileños. Bueno, lo acepté. Gracias a Dios que todo salió bien.” Su discurso demuestra cierto condicionamiento al respecto de la decisión del marido.

En el caso de Dulce (entrevista, 2016), peruana también, la familia decidió que el cuarto hijo también iba a nacer en Brasil. “La decisión fue de los dos. Mi mamá estaba de acuerdo también.”

La influencia del varón en el momento de decidir se vuelve a repetir en la entrevista con Kely (2016), peruana. “Al final también fue una decisión del papá. Él siempre quiso que el bebé naciera allá, en Brasil. Me decía que era un anhelo tener un hijo por acá, que nazca en un hospital brasileño, más que todo brasileño. Yo quiero que mi hijo nazca allá, me decía él.” Entre las peruanas, resulta que Ana María, la última madre entrevistada confesó que parir en Tabatinga fue sobre todo una decisión de su pareja. “Fue una decisión de mi pareja. Ella quería tener el hijo allá para que él tenga más fácil para sacar sus papeles brasileños. La familia de él no la conozco. Mi familia también me apoyaba.” (Ana María, entrevista, 2016). Aquí conviene mencionar que los hombres extranjeros con hijos en Brasil pueden tramitar su permiso de residencia en el país.

Si bien en todos los casos la mujeres se muestran felices de haber tenido a sus hijos en el extranjero, lo cual es un indicativo de que ellas también participaron en la decisión de ser madres en el extranjero, en el grupo de peruanas estudiado se observa cierta presión masculina en el momento de parir al frente. Es importante tener en mente que se trata de un evento importante no solo para la mujer sino para su esposo y la familia más amplia, por tanto es totalmente comprensible que ellos participen en dicha decisión. Sin embargo, analizando las narrativas de las diez mujeres se puede apreciar diferencias de matices en la forma en que se describe la toma de decisión de tener el hijo en el extranjero ya que las mujeres brasileñas y colombianas parecen haber tenido ya sea un papel más activo o una toma de decisión más compartida.

Una posible relación que podría estar participando en este hecho, es la escolaridad de la madre. La idea de comparación con el nivel educativo de las madres y el acto de decidir sobre el destino de nacimiento de su hijo adquiere sentido si se analiza esta relación en el grupo total de mujeres. Enseguida se exponen las narrativas de las mujeres que participan en los grupos de brasileñas con hijo en Colombia y las colombianas con hijo en Brasil. Hay que considerar que algunas de estas madres tuvieron acceso a la licenciatura y

sus narrativas representan imágenes de decisiones compartidas en pareja, con el padre del bebé que nace en otro país.

“La decisión la tomé con el apoyo de esposo. Él me dijo que me apoyaba en mis decisiones.” (María, brasileña)

“Fue una decisión de los dos. Juntos decidimos. Hasta mismo por la cuestión del dinero.” (Marcía, brasileña)

“Fue una decisión de ambos. Aunque no tuviéramos el seguro de salud, íbamos a tener el hijo en Leticia.” (Diana, brasileña)

“Fue una decisión mía con el apoyo del papá. Al papá le pareció interesante que tuviera doble nacionalidad y que pudiese de pronto, a futuro, tener otras posibilidades.” (Adela, colombiana)

“Decidimos los dos que el bebé naciera allá (Brasil).” (Nadia, colombiana)

La narrativa producida por la madre brasileña con hijo en Perú explicita una aparente falta de autonomía femenina en la decisión de parir en otro país. “Fue decisión de mi marido”, confiesa Patricia (entrevista, 2016). Este dato se contrasta a todos los otros encontrados en la investigación dado que las madres mencionadas anteriormente en el grupo de las brasileña y colombianas que sí decidieron en consenso con el marido parir en otro país, pero sigue en el mismo patrón encontrado en el grupo de las peruanas con hijo en Brasil, en lo cual la decisión del varón tiene peso.

En estos casos se destaca el uso del cuerpo femenino siendo puesto a disposición del deseo del padre: “El motivo (dar a luz en Santa Rosa) fue porque mi esposo quería tener un hijo en Perú. Ahora mi esposo, que es peruano, se siente más realizado por eso”, revela la madre (entrevista, 2016) al agregar que el atendimento recibido en Brasil en primer parto también influyó en su decisión:

No me gustó el atendimento que me dieron durante en nacimiento de mi primer hijo en Brasil. Me dolió mucho todo el proceso para tener a mi hijo en Brasil. No fue fácil. Entonces me daba miedo pasar por los mismos dolores en Brasil. En Brasil me apretaron, me cortaron. Yo sufrí para tener a mi hijo en Brasil. No quería pasar nuevamente por los mismos dolores. (Patricia, entrevista, 2016)

El caso de Patricia y los otros señalados en esta sección se guían al revés de la hipótesis en la investigación donde se menciona que en la decisión de buscar atención obstétrica transfronteriza, tiene más peso la decisión de la mujer que de su familia.

5.4 Conclusiones del capítulo

El análisis cruzado de los datos de los cuatro subgrupos de investigación marcados anteriormente por la origen, la motivación y el destino de la mujer al momento del parto destacan diferencias y similitudes acerca del mismo uso transfronterizo de los servicios obstétricos en la triple frontera. Para esta averiguación y la anteriores se consideró la técnica analítica de caso “creación de explicación” propuesta por Yin.

Se desprende en este estudio los significados compartidos por las madres a partir del hecho de haber parido en otro país. Aunque el destino se establezca de manera semejante en caso de los grupos de peruanas y colombianas que cruzan hacia Brasil, la motivación se dio de forma distinta.

Las mujeres peruanas van a Brasil porque quieren por medio de sus hijos tener acceso a los beneficios sociales concedidos en el país a familias económicamente venerables. Por otro lado, las madres colombianas eligen el territorio brasileño porque quieren exclusivamente que sus bebés nazcan con la nacionalidad brasileña.

Si bien es cierto, las mujeres peruanas y colombianas mencionan de manera similar que el hecho de haber dado a luz en Brasil permite que sus hijos tengan derecho a la educación brasileña.

Por consiguiente vale resaltar la percepción de las madres hacia la estructura de salud ofrecida en el país de destino al momento del parto. Apenas las brasileñas destacan una búsqueda por mejor atención materna como siendo la finalidad del cruce transfronterizo. Estas mujeres buscan el servicio privado de salud en Colombia. Por otro

lado, las peruanas y colombianas no mencionan la estructura médica de su país de destino (Brasil). Aunque, como muestra el mapa 2 (pág. 32), la parte brasileña de la frontera ofrezca una amplia oferta de servicios médicos.

Son mujeres peruanas y colombianas que buscan tener acceso a beneficios en Brasil, más allá obtener mejor atención médica. En contramano están las brasileñas que van a Colombia exclusivamente para acceder a la salud privada del país.

CONCLUSIONES

El principal objetivo de esta investigación se encaminó a describir y analizar cómo y por qué las mujeres brasileñas, colombianas y peruanas hacen uso de los servicios maternos al momento del parto en la triple frontera. También se propuso describir y analizar cuáles son los servicios maternos accesibles en el área de estudio y de qué manera el personal de salud describe esta práctica. El estudio además se centró en describir y analizar la existencia de “patrones de uso transfronterizo” de los servicios maternos, bajo qué “lógicas” se ejercen por las mujeres estudiadas. Finalmente se proyectó explicar cómo se configuran las mujeres como actoras de esta práctica reproductiva transfronteriza, en el entramado de relaciones significantes para ellas y desde situaciones específicas condicionadas por su nacionalidad de origen y por el Estado al que se dirigen para parir al hijo en cuestión, especialmente por el hecho de que los Estados intervienen en las condiciones de oferta de los servicios de salud.

Para cumplir estos objetivos se llevó a cabo el diseño metodológico cualitativo de estudios de caso múltiples (Yin, 2004) donde se entrevistó a diez mujeres para conocer su experiencia del uso transfronterizo de los servicios obstétricos en la triple frontera de Brasil, Colombia y Perú. La visión de informantes clave en el contexto de la salud local también sirvió de guía para este estudio.

El atendimento materno en la triple frontera se mezcla entre los servicios públicos ofrecidos en Brasil a través de sus unidades básicas de salud, para los exámenes prenatales, y la unidad de pronto atendimento y maternidad, donde se realiza el parto. El país no restringe el atendimento a extranjeros y todos los servicios son gratuitos. La presencia de un hospital militar también se suma al contexto, pero su atención está direccionada sobre todo a los militares y sus dependientes.

La parte peruana de la frontera cuenta únicamente con un centro de salud en la comunidad de Santa Rosa. El local ofrece atendimento prenatal y asistencia al parto natural. Las condiciones del centro de salud en la comunidad de Santa Rosa parece ser suficiente en lo general, pero son muy vulnerables durante los meses de abril y mayo ante

eventos de fuertes lluvias ya que suele inundarse y deja de prestar sus servicios, incluyéndola atención al nacimiento de bebés.

La parte colombiana tiene servicios maternos con una fuerte presencia de la iniciativa privada, lo que coloca su sistema de salud a una distancia más alejada de acceso para la población en general en la triple frontera. Las extrajeras que acuden a ellos necesitan desembolsar alrededor de mil dólares en el caso de asistencia al parto. Como se menciona en el cap. II Colombia cuenta con un hospital público y una clínica privada.

El personal de salud brasileño escribe con cierto malestar el hecho de parir en otro país cuando se refiera sobre todos a las peruanas y colombianas que buscan Brasil. Aunque la legislación brasileña establezca el atendimento a extrajeras, los médicos parecen reprobar sutilmente la iniciativa y la caracterizan como una práctica desarrollada por las familias que se interesan en los beneficios sociales del país.

Por otro lado, las brasileñas que dan a luz en Colombia son bienvenidas en el servicio privado local. Los médicos colombianos justifican con quejas hacia los servicios maternos de Brasil. Son críticas hacia un sistema médico preparado para el parto, pero que muchas veces desvalorado debido su carácter público.

Los análisis sobre la estructura materna en la triple frontera reflejan la existencia de atención obstétrica en todos los tres países de la frontera. De ello resulta necesario admitir que la cuestión no se construye sobre ser un sistema de salud público o privado, sino la percepción que la madre tiene acerca del atendimento y de los beneficios que obtiene de utilizar uno u otro servicio, sopesándolo con una mirada de corto o mediano alcance y en función de los beneficios para ellas y sus hijos. Se trata de miradas diversas sobre este entramado de servicios y oportunidades.

Se nota principalmente que la utilización de los servicios de salud en la triple frontera de Brasil, Colombia y Perú representa una de las interacciones que la población lleva a cabo en un microcosmos transfronterizo. A partir del recorte que se hizo en la investigación se concluye la existencia de un insistente uso del espacio transfronterizo al momento del parto.

Por lo tanto ha sido posible resaltar “patrones de uso transfronterizo” de los servicios maternos donde las mujeres emergen como actoras de esta práctica reproductiva transfronteriza, en el entramado de relaciones significantes para ellas y desde situaciones específicas condicionadas por su nacionalidad de origen y por el Estado al que se dirigen para parir al hijo en cuestión.

Son mujeres que van a parir en otro país, pero que atribuyen significados diferentes para dicha práctica. Por otro lado, se observa la construcción de un *habitus* dado que se desarrolla mediante un proceso de acciones prácticas donde son desempeñadas de acuerdo las necesidades propias. Además, son “condiciones objetivas históricamente construidas” en la triple frontera.

Pues así, el cruce de las mujeres que se dirigen a otro país al momento del parto se despliega en la construcción un *habitus* dado que se desarrolla mediante un proceso de acciones prácticas donde son desempeñadas a través de los vínculos establecidos por las madres en la triple frontera.

La terminología de Bourdieu explica la predisposición de las madres a compartir estilos de vidas parecidos debido a las “estructuras estructuradas y estructurante”. Por lo tanto, son prácticas construidas a partir de la historia de las madres y sus relaciones en la frontera que resultan en percepciones y acciones acerca del mejor destino al momento del parto establecido entre las mujeres y los espacios de atención materna ofertados por el sistema de salud en la triple frontera.

Pues bien, las madres peruanas estudiadas resultaron buscar los servicios de Brasil al momento del parto. Su objetivo es principalmente lograr sobre todo los beneficios sociales del gobierno. En este caso se puede contrastar con la hipótesis planteada en la investigación donde señala que las mujeres toman la decisión con el fin de conseguir acceso a derechos, más que la búsqueda de atención médica en sí misma.

Los estudios también revelaron que las madres colombianas eligen únicamente el servicio público de salud brasileño al momento de dar a luz. Aunque Brasil ofrezca gratuitamente atención médica a la población, la opción por parte de las mujeres de

Colombia se da con la finalidad de conseguir la doble nacionalidad y el acceso a la educación brasileña para sus hijos. Más una vez se pudo concluir con éxito la hipótesis de que las mujeres toman la decisión con el fin de lograr acceso a derechos, más que la atención médica en sí misma.

A contramano, se observa que en el subgrupo de las madres brasileñas que buscan dar a luz en Colombia no se cumple la hipótesis 2 desarrollada en la investigación. Es decir son mujeres que pagan para tener acceso al sistema privado de salud con el objetivo de obtener mejor servicio médico en el parto. Ellas en ningún momento destacan la cuestión de lograr la nacionalidad colombiana para sus hijos, pero esto es un elemento adicional a sus expresiones en donde dejan clara la importancia de recibir un tipo de servicio de mayor atención personal.

A pesar de todo, vale resaltar que con este estudio no se pudo desarrollar de manera clara la hipótesis 1 planteada sobre el peso la decisión de la mujer al respecto a de la de su familia al momento de buscar atención transfronteriza obstétrica. Para llegar a una respuesta satisfactoria sería necesario ahondar también en entrevistas con los padres para analizar su participación en la toma de decisiones.

La construcción del *habitus* depende del contexto en el que se sitúan sus agentes (Bourdieu, 1999). Pues así, el perfil socioeconómico muestra que las madres peruanas que buscan principalmente tener acceso a beneficios sociales en Brasil coinciden con el grupo de mujeres con menor nivel educativo. Estos hallazgos hacen eco con los resultados presentados por Cueva y Vázquez (2009) en un estudio sobre las madres mexicanas que van a parir en Estados Unidos. Las autoras encontraron que el nivel educativo de la mujer y su estrato socioeconómico tenían un efecto en el tipo de motivación para dar a luz en territorio estadounidense. Por lo tanto, tanto las madres peruanas como las mexicanas que en el estudio tenían menores ingresos asignan un valor mayor a los beneficios económicos inmediatos que obtendrían para sus hijos del hecho de haber parido en otro país.

Siguiendo esta línea de reflexión, en este estudio se encontró que el grupo de brasileñas y colombianas quienes cuentan con mejores niveles educativos que las peruanas tienen más variadas razones subyacentes a esta práctica de parir en el extranjero y ellas son

que asignan como factor determinante los mejores servicios médicos maternos, la doble nacionalidad y el acceso a la educación al momento de elegir el país de destino para parir a su descendencia.

Los destinos elegidos contrastados con el lugar de origen de la madre y el nivel educativo de las mismas se encaminan a lo que Bourdieu definió como “distinción” dado que la predisposición de las madres en elegir destinos distintos tiene correlación con sus condiciones sociales.

Así pues las prácticas de tener el hijo al frente son parte de un *habitus* transfronterizo donde la mujer pone su cuerpo para ingresar a otro territorio. A pesar de todo, el concepto de Bourdieu no ofrece suficientes elementos para explicar porqué las otras mujeres en la triple frontera (las que no cruzan) tienen acciones distintas y eligen su propio país al momento del parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Albuquerque, J. L. C. (2012). Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos "brasiguaios" no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). *Geopolítica (s)*, 3(2), 185-205.
- Alcalde-Rabanal, Jacqueline Elizabeth et al. "Sistema de salud de Perú." *Salud pública de México* 53 (2011): s243-s254.
- Almeida, Eliza P. de. "Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional". Tese de Doutorado. Departamentos de Geografia, FFLCH, USP, 2005.
- Arias, Patricia, 2013, "Una agenda particular: los motivos femeninos de la migración", en *La fuerza de la presencia. En torno a la migración, la pobreza y el género*. Coordinado por Manuela Camus Bergareche. Universidad de Guadalajara, Colección del Centro de Estudios de Género.
- Beauvoir, Simone de. *El segundo sexo*, 1989.
- Becker, B. 2005. "Geopolítica da Amazônia". *Revista Estudos Avançados. Dossiê Amazônia I* 19 (53): 71-86.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.
- Bourdieu, P. (1991). *Estructuras, habitus, prácticas. El sentido práctico*, 91-111.
- Bourdieu, P. (1991). *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*. Taurus Ediciones.
- Bourdieu, P. (1999). "El espacio para los puntos de vista", en Francisco Márquez y Daniela Sharim, eds., *Proposiciones. Historias y relatos de vida: Investigación y práctica en las ciencias sociales*, Santiago, Chile, vol. 29, marzo.
- Bourdieu, P. (2005). *Habitus. Habitus: A sense of place*, 2, 43-49.
- Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico*. Siglo XXI de España Editores.
- Bourdieu, Pierre, and María del Carmen Ruiz de Elvira. *La distinción*. Madrid: Taurus, 1988.
- Buttler, Judith (2006) "Introducción" en *Deshacer el género*, Barcelona, Paidós. (Pp. 13-34)
- Capdevielle, J. (2011). El concepto de habitus: " con Bourdieu y contra Bourdieu". *Anduli: revista andaluza de ciencias sociales*, (10), 31-46.

Carneiro Filho, C. P., “Tríplice Fronteira Brasil-Argentina-Paraguai: Iniciativas de Integração e Cooperação por meio de Infraestrutura, Educação e Saúde,” Unbral Fronteiras, accessed January, 2015, <http://unbral.nuvem.ufrgs.br/base/items/show/10049>

Castro, Roberto, 1996, “En busca del significado: supuesto, alcances y limitaciones del análisis cualitativo”, coords., Ivonne Szasz y Susana Lerner, Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad, México D.F., El Colegio de México, pp. 57-85.

Cueva Luna, Teresa Elizabeth y Belem I. Vásquez Galán, 2009, “Familias y prácticas de apropiación de un espacio. Binacional fronterizo: un estudio de caso”, en El Colef, Dirección General Regional Noroeste, Fenómenos sociales y urbanos transfronterizos entre México y Estados Unidos, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte, pp. 153-183.

Emmerich, G. E. (2003). México-Estados Unidos: Frontera eficiente, pero no abierta. *Frontera norte*, 15(29), 7-34.

Euzebio, Emerson Flavio. “Fronteira e horizontalidade na Amazonia: as cidades gêmeas de Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia)”. Diss. Universidade de São Paulo, 2011.

Ferrarini, S. A. (2013). *Encontro de civilizações: o alto Solimões e as origens de Tabatinga*.

Fragoso, A., Gualda, E., Villegas, E. L., De Martins, V., Gualda, J. M., & González, T. (2011). Desarrollo e identidades en la cooperación transfronteriza: la complejidad de las relaciones España-Portugal. In J. A. Marquez (Ed.), *Congreso Internacional Cooperación Transfronteriza Andalucía-Algarve-Alentejo*. Huelva: Universidad (pp. 397-409).

Frenk J. La salud de la población; Hacia una nueva salud pública. México, SEP/FCE/CONACYT, 2000. En: <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/poblacion.htm>

Gil, A. C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo, 5, 61.

Giménez Béliveau, Verónica. "La triple frontera y sus representaciones: Políticos y funcionarios piensan la frontera." *Frontera norte* 23.46 (2011): 7-34.

Gobernación de Amazonas (2010) Nuestro departamento, 9 de abril de 2010, en <<http://amazonas.gov.co/territorios.shtml?apc=bbxx-3-&x=1364514>>, consultado el 18 de junio 2016.

Grisales, Germán, “¿Amerita la frontera de Colombia, Brasil y Perú una Zona de Integración Trinacional?” *Aldea Mundo*, Táchira, año 10, núm.18, mayo de 2005, pp. 54-61.

Guendelman, Sylvia y Monica Jasis, “Giving Birth across the Border: The San Diego-Tijuana Connection”, en *Social Sciences and Medicine*, Reino Unido, vol. 34, núm. 4, 1992, pp. 419-425.

Guerrero, Ramiro, et al. "Sistema de salud de Colombia." *Salud pública de México* 53 (2011): s144-s155.

Kazez, R. (2009). Los estudios de casos y el problema de la selección de la muestra: Aportes del sistema de matrices de datos. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 13(1), 71-89.

Lambert H, Mckevitt C. Anthropology in health research: from qualitative methods to multidisciplinary. *BMJ* 2002; 325: 210-213. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123726/pdf/210.pdf>

Levino, Antonio e Eduardo Freese de Carvalho. "Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru; Comparative analysis of health systems on the triple border between Brazil, Colombia, and Peru." *Rev. panam. salud pública* 30.5 (2011): 490-500.

Londoño Niño, Edgar Andrés. "A tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru: limites e desafios de cooperação e integração da região fronteiriça, com ênfase nos anos 2006-2011." (2013): 89-f.

Martínez Carazo, Piedad Cristina; (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, julio, 165-193.

Mendes, Eugênio Vilaça. "Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas." *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Escola de saúde Pública do Ceará*, 2002.

Montekio, Víctor Becerril et al. "Sistema de salud de Brasil." *Salud pública de México* 53 (2011): s120-s131.

Motta, J. A. (2011). La frontera en el espacio urbano: expresiones del límite entre Leticia (Colombia) y Tabatinga (Brasil). *Mundo Amazonico*, 2, 199.

Oliveira, Márcia Maria de. "A mobilidade humana na tríplice fronteira: Peru, Brasil e Colômbia." *Estudos Avançados* 20.57 (2006): 183-196.

Schramm, W. (1971, December). Notes on case studies of instructional mediaprojects. Working

Steiman, Rebeca. "A geografia das cidades de fronteira: um estudo de caso de Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia)." Trabajo de Tesis para obtener el título de grado de "MESTRE EM CIENCIAS" Universidad Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)–Instituto de Geociencias–Departamento de Geografia–Rio de Janeiro–Brasil–Mayo de (2002).

Suárez-Mutis, M. C., Cárdenas, C. M. M., Reyes, L. D. P. P., & Peiter, P. C. (2010). Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. *Mundo Amazónico*, 1, 243-266.

Suárez-Mutis, M. C., Cárdenas, C. M. M., Reyes, L. D. P. P., & Peiter, P. C. (2010). Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. *Mundo Amazónico*, 1, 243.

Taylor, S.J. y R. Bogdan. (1987). Introducción. Ir hacia la gente. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp. 15-27). España: Paidós.

Valenzuela Arce, José Manuel, ed. *Transfronteras: fronteras del mundo y procesos culturales*. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte, 2014.

Vergel T., Erik. Arquitectura amazónica y percepciones de frontera: estudio de caso barrios La unión y Guadalupe en las ciudades gemelas de Leticia y Tabatinga. En *Revista M*. vol 6, No. 2, 2009. P. 6 -25

Vergel T., Erik. Ciudades gemelas en fronteras. En: *Cuadernos de Vivienda y Urbanismo*. Vol.1, No. 2, 2008, p. 348-393.

Yin, R. K. (2004). *The case study anthology*. Sage.

Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Bookman editora.

Yin, R.K. (1994). *Case Study Research – Design and Methods*, *Applied Social Research Methods* (Vol. 5, 2nd ed.), Newbury Park, CA, Sage.

Yin, Robert K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed. -Porto Alegre: Bookman, 2001

Zárate, C. G. (2008). *Silvícolas, siringueros y agentes estatales: el surgimiento de una sociedad transfronteriza en la Amazonía de Brasil, Perú y Colombia 1880-1932* (Vol. 1). Univ. Nacional de Colombia.

Anexo 1. Casos del estudio

Luz

Es ama de casa. Estudió hasta la primaria. Trabajó cuidando de niños en la residencia de familias en Tabatinga y Leticia. Ahora se dedica exclusivamente a su bebé. Le gustaba la experiencia de trabajar “al frente”, así se refiere a Brasil. Es una joven de 23 que aparenta tener algunos años más. Sentada en un silla de plástico posicionada dentro de su pequeña casa de madera en Santa Rosa, habla con timidez entre una y otra risa nerviosa. Ella sabe portugués, pero decidió hacer la conversación en su lengua materna. Nació en San Pablo, un pueblo del departamento de Loreto, en Perú. Aun cuando era niña se vio viviendo cerca de la triple frontera. “Aquí me quedé. Me acostumbré. Hice amigos acá.” Actualmente vive con su esposo y sus dos hijos. Uno tiene 7 años y el otro, 8 meses. El último nació en Tabatinga, parte brasileña de la frontera. “Acá es mi casa (Santa Rosa). En Tabatinga, tengo la casa de mi suegra. Cuando me aburró acá, me voy con mi suegra”, confiesa. Pero, por otro lado, agrega que no le gusta estar en Tabatinga: “Me siento aburrída. Me encanta jugar el vóley aquí en Santa Rosa. Sólo me quedo metida en la casa cuando estoy en Tabatinga. No me gusta salir, me da miedo. No tengo amigos en Brasil, sólo parientes.



Luz abraza su hija brasileña

Luz está casada. Eso le llena de orgullo. Su marido es brasileño. “Todos son brasileños en la familia, sólo yo soy peruana”, comenta, mientras mira pensativa a los rayos de luz que entran por la estrecha puerta de su casa.

Dulce

El vestido rosado ajustado anuncia sus últimos meses de embarazo. Con voz suave y mirada atenta a la tiendita improvisada en su casa, Dulce, de 32 años, está a punto de cruzar el río Solimoes con el mismo objetivo dar a luz en territorio brasileño. “Mis tres hijos nacieron en Brasil. La última nació hace siete años. Mi embarazo tengo planeado para ser en Brasil”, confiesa, antes de dar una pausa en el diálogo para ayudar su hijo en la tienda de la familia. Ella creció en Iquitos, capital del departamento de Loreto, en Perú. Hace más de una década llegó a la triple frontera. Primero, vivió en Tabatinga, donde tuvo sus tres hijos. En los últimos años, cruzó con su familia el río para vivir en Santa Rosa. “Era aburrido porque al principio no teníamos energía eléctrica. El otro problema era el agua. Solamente cuando llueve tenemos el agua. Era un problema que teníamos que bajar hasta el río para sacar el agua. Ahora ha mejorado un poco gracias a unas ONGs”, revela, con cierto alivio gracias al trabajo de las organizaciones y además que ahora el peso de la renta ya no pesa en sus bolsillos. “No teníamos un espacio propio en Tabatinga. Pero sí planeamos comprar un terrenito más adelante allá (Tabatinga)”, sueña Dulce. Casar con el papá de sus hijos también está en sus sueños. “Estamos conviviendo solamente. Más adelante nos casaremos. Estamos juntos hace 13 años.” Dulce estudió hasta la secundaria, pero es insistente en la educación de sus hijos. Le infla el tono de voz para decir que “la educación de los hijos depende más que todo de los papás”. Cuando salió de Tabatinga para vivir “al frente”, dejó a muchos familiares. “Tengo una hermana que vive en Tabatinga. También tengo tíos y primos. Son peruanos que viven allá (Tabatinga) hace tiempo. Se registraron allá. Como 20, 30 años que viven allá”, explica. Ser madre por la cuarta vez, le garante encandilar la inminente preocupación de la gestación. “Está todo bien me dijo la obstetra de acá (Santa Rosa). Todos los controles estoy haciendo acá.” Dos meses después, la peruana Dulce dio a luz en Brasil.



La tienda improvisada en la puerta de la casa de Dulce y sus cuatro hijos brasileños

Kely

La sonrisa de Kely ofusca la tristeza del espacio mínimo con piso de barro donde vive con su hijo y marido. Se decidió bajar el tono de la conversación para no despertar el bebé dormido a pocos metros en la cama de la familia. “Estoy acá en mi casa, cuidando del pequeño que tengo y del hogar, de mi esposo”, explica. El hogar de Kelly no se construye de paredes, sino de personas. Eso le estimula a seguir soñando. “Acá estamos nosotros, ya mañana mi hijo crece, yo quiero estar trabajando y sacar adelante mi hijo.” Actualmente su atención se volteó integralmente a los cuidados del pequeño de 7 meses. Anteriormente ella trabajaba como secretaria en la municipalidad cerca de su residencia, en Santa Rosa. Además del sueldo mensual, su antiguo trabajo le regaló su actual marido. “Gracias a Dios, yo digo que me llegué a enamorar de él porque nunca recibí una humillación, de decir: ‘Tú no tuviste estudios, yo sí’. Gracias a Dios con él no hubo eso. Lo conocí así trabajando”, confiesa, aun con la mirada de una recién enamorada. Mientras transcurre la plática, el hijo se despierta. Tras la pausa, Kely se muestra encantada con la maternidad. Lo que también le

hace recordar se su propio nacimiento. “Yo prácticamente nací en el Hospital de Tabatinga (Militar). Porque anteriormente acá no había un hospital. Era una complicación el embarazo aquí. Tuvieron que pasar allá al frente. Yo tengo la nacionalidad peruana y brasileña.” Sus padres le contaron después de muchos años sobre lo que se menciona aquí entre las últimas comillas. “Yo si soy netamente de acá, de la selva, de la frontera. Pero el papá de mi hijo es de la parte de Tarapoto, en Perú.” Ella vivió por tres años en territorio brasileño, en la casa de parientes, pero su vida se dio más que todo en la parte peruana de la frontera. Ante la pregunta sobre la fuerte presencia indígena en el espacio transfronterizo, Kely se enorgullece al decir su opinión: “Cada persona tiene su opinión, cada persona tiene su carácter. Yo mayormente digo que sí, me considero indígena. ¿Por qué? Claro que tenemos una diferencia, pero para mí todos somos seres humanos. Yo, al menos yo, cuando voy a los pueblos indígenas, yo me siento como ellos”. Es bonito ver como una pequeña pregunta le hace viajar a través de centenas de palabras. Su discurso es fluido. Sus palabras están cargadas de sinceridad y esperanza.



Kely y su bebé al lado de la cama de la familia

Ella tiene 22 años y terminó sus estudios en la preparatoria, pero desafortunadamente no logró su anhelo. “Siempre he querido ser del cuerpo militar. Eso era mi anhelo de siempre, ser eso. Como dice mi papá: ‘De pronto, tú como hija tenías este anhelo, ya vienen tus hermanitos, tus sobrinos, más tarde ellos serán el futuro de la familia’. Ese siempre ha sido mi anhelo, ser un militar. Digo a mi hijo, de pronto tú has de ser”. La maternidad le hace ir mucho más allá de su casa sostenida por cuatro paredes en el piso de barro. Su hijo nació en Brasil.

Ana María

De alta estatura, se acerca Ana María. Se improvisa un asiento entre algunos troncos de árboles afuera de su casa. Desde la puerta, algunos parientes lanzan una mirada inicial de curiosidad. Luego se cansan y regresan a ver alguna programación en la televisión. Tal aparato electrónico es la ventana del mundo en la monótona comunidad de Santa Rosa. El acceso a la red de internet es una realidad distante entre los moradores. Es eso que a la vez les ofrece lo que se perdió en los espacios invadidos por las conexiones virtuales: la confianza del contacto real. No se tarda mucho hasta que Ana María responda cada pregunta mezclando palabras y el silencio de su mirada. Al principio se hace difícil. En algún momento deseó explorar otros lugares pero la realidad no le dio la posibilidad de ir más allá de la triple frontera. Con una expresión humilde señala: “Nací en Santa Rosa. Sigo acá todavía viviendo con mi mamá, mis hermanas y mis sobrinos.” También se agregan a la familia sus dos hijos. Uno de 4 años y el otro, de un año. El último nació en Brasil. “Yo pensaba en tener mi hijo acá (Santa Rosa). Después pensé, voy a ver como es tener el hijo en Tabatinga”, dice, antes de las primeras gotas de lluvia. Ana María se retiró por un instante. Luego regresó con una sombrilla. Actualmente está soltera. Su madre le apoya, pues ahora Ana María no está trabajando. Antes se dedicaba a laborar en los restaurantes de Santa Rosa. El tiempo libre le permite divertirse todas las tardes jugando vóley con los amigos. Ella se considera indígena. De repente, se acaba la lluvia, pero sigue el calor húmedo típico en la selva amazónica.



Ana María afuera de su casa con sus hijos

María

Ella acaba de llegar del trabajo. Su edad: 32 años. Está exhausta. Es así todos los días. Sus excusas siempre están mezcladas con la falta de tiempo debido a la larga jornada laboral como vendedora en una tienda de zapatos en Tabatinga. Tiene una mirada cansada. Se nota su falta de paciencia. Se tarda un poco en dar más detalles durante sus respuestas. Su personalidad es fuerte. La vida le hizo una madre racional. El padre de sus dos primeros hijos falleció. Actualmente María vive en unión libre con su esposo peruano. Los dos tuvieron un tercer hijo y decidieron hacer el parto en Leticia, en Colombia. “Cuando tuve mi último bebé del papá que falleció, me dio mucho miedo. Particularmente siempre he tenido mucho miedo de tener un hijo.” Ella confiesa que el parto del hijo que nació en territorio colombiano se dio debido a cierto descuido. “No fue un parto planeado.” Siempre ha vivido en la parte brasileña de la frontera. Algunos amigos suyos de trabajo viven en Leticia. Ella se considera indígena, pero no supo explicar el motivo. La confianza se

termina cuando se le pide una fotografía suya con el hijo colombiano. Ella contesta que no le gusta la foto.

Diana

Ella es desconfiada. Pidió checar las preguntas antes de la entrevista. Diana es profesora de una escuela pública ubicada en la Avenida de la Amistad, en Tabatinga. Siempre ha sido maestra. Hizo un postgrado. La conversación se dio en la mañana de un lunes durante el intervalo de sus clases. No hubo autorización de su parte para grabar la plática, tampoco hacer fotos. Se escribió cada detalle del momento. Ella vive con sus padres, primo, esposo e hija. No está casada. Se define en unión libre. “Estamos juntos hace siete años”. Su casa está cerca de la frontera entre Brasil y Colombia. Tabatinga siempre ha sido su casa. “Siempre he vivido aquí.” Su cuñada reside en Leticia. La hija de Diana también nació en Leticia. Ella dio a luz hace poco. Dice que tiene 27 años, aunque aparente menos. No se considera indígena. Pero le encanta la mezcla de culturas de la triple frontera. Diana es una entre muchas brasileras que tiene el seguro de salud colombiano. Al respecto, lo adquirió hace algunos años a partir de una brecha en el sistema de acceso. Eso le garantizó parir en la parte colombiana de frontera sin tener que desembolsar alrededor de mil dólares. Un alivio para ella. Se acaba el intervalo. La maestra regresa a su clase.

Marcia

¿En dónde está Marcia? Se buscó por ella durante semanas. Las averiguaciones estaban desconectadas. Se decía que ella era profesora, pero su nombre no estaba en la lista de maestros de la secretaría de educación en Tabatinga. Fueron muchas vueltas hasta encontrar a Marcia en la calle, camino de la escuela de su hija. Simpática, abrió las puertas de su humildad casa. Se equivocaron, pues Marcia no es profesora. Pero sí estaban correctos cuando informaron que sus hijas habían nacido en Leticia. “En el caso de la primera hija hubo mucho planeación debido que yo ya iba completar 30 años. Ya la última hija fue una sorpresa. No esperaba. Aun así fue muy tranquilo.” Ella actualmente tiene 34 años, una hija de 5 años y una otra, 1 año. Vive la unión libre. Su pareja no reside en Tabatinga. Marcia no tiene doble nacionalidad, pero en la infancia estudio en Leticia. Desde hace poco, se dio cuenta que tiene ascendentes indígenas en la familia. Actualmente está estudiando

pedagogía. Una única vez dejó la frontera para trabajar en otra parte de Brasil. Para dar a luz en Colombia, fue necesario ahorrar durante los nueve meses de la gestación.



Marcia se despide desde la ventana de su casa con su hija menor nacida en Leticia

Adela

Justo en la frontera entre Brasil y Colombia, se descubre en una casa de cambio sobre el caso de Adela a través de un pariente suyo. Tras cruzar la división virtual entre los dos países y caminar pocos minutos hacia la colombiana Leticia, se llega a su casa. Es posible darse cuenta que la familia es emprendedora. Ellos mantienen en la entrada de la residencia una oficina de servicios gráficos. Adela es diseñadora gráfica. Hizo la universidad en Bogotá. Sostiene en su currículo la experiencia de un intercambio en Alemania y una hija nacida en territorio brasileño. “Estuve en Bogotá por todo el tiempo que duró la carrera. Fueron cinco años, pero me quedé allá nueve. Mientras mis papás tenían acá (Leticia) una microempresa para seguir adelante.” Actualmente vive con su hija y esposo. “Vivimos juntos, pero estamos en unión libre. Hace un año que estamos viviendo juntos”, explica, poco antes que su esposo se involucre en la conversación. Ella indica que se considera indígena. “Todos tenemos raíces indígenas”, enfatiza la recién madre de 27 años. Algunos

amigos y familiares suyos viven en Tabatinga. El hijo de su hermana también nació en Tabatinga.



Adela y su hija en el pasillo entre su casa y la microempresa de la familia

Nadia

Su hermana es médica. Así se buscó por Nadia en las calles de Leticia, en Colombia. Se supo de su caso en una oficina de salud de la gobernación local. El último informante antes de encontrar a Nadia fue un trabajador que hacía la manutención de los jardines cerca de su casa. Sin titubear, apuntó sus dedos hacia la casa de la madre de 35 años que tuvo en Brasil sus dos hijas. Es una residencia grande. Viven varios de la familia. “En este momento viven muchas personas acá. Aquí es la casa de mis papás, aquí vivo con mi hermana menor, con mi otra hermana que se fue a Brasil hace poco a hacer una especialización. Ella vivía con su esposo y con su hijo. En este momento solo se quedaron el esposo y el hijo acá temporalmente. Viven mi papá y mi mamá. Y yo vivo con mi esposo y mis dos hijas.” Ella articula muy bien las palabras y se muestra interesada en el tema durante toda la conversación. A veces la plática era interrumpida debido a frecuente movilidad en la residencia. Sus dos hijas nacieron en territorio brasileño. La primera, en el Hospital Militar,

la otra, en la UPA. Para ella, es difícil ordenar las ideas cuando la pregunta hace referencia a los familiares que viven en Tabatinga. “De parte de mi mamá, viven todos los hermanos de ella en Tabatinga, como cinco o seis tíos. Y de la familia de mi papá, digamos que nosotros no tenemos mucha relación con ellos, pero hay mucha familia de él allá. Mi mamá es totalmente brasileña. Ya de parte mi papá mi abuela era brasileña y mi abuelo era colombiano. Entonces hubo una mezcla, por eso tengo casi todos mis tíos por parte de mi papá viven aquí (Leticia), solo tengo uno que vive en Tabatinga. Mi papá hizo los trámites de la doble nacionalidad, digamos que nació en Colombia pero tiene la nacionalidad brasileña también.” La mezcla de nacionalidades también llegó a Nadia. Ella tiene doble nacionalidad. Hizo los trámites hace tres años. Su deseo ahora es que: “Mi esposo haga los trámites para tener la cédula de extranjería porque él tiene derecho porque sus hijos son brasileños”, confiesa. Su currículo dice que ella estudió finanzas y relaciones internacionales. Vivió en Bucaramanga (Colombia) y Bogotá, pero le encanta la tranquilidad de Leticia para estar con la familia. Actualmente, Nadia busca por trabajo. Su madre se acerca para decir en portugués lo que sabe de la salud en la triple frontera. Son recuerdos llenos de sabiduría. Se acaba la conversación cuando la hija mayor de Nadia llega de la escuela.



Nadia en el interior de su casa con sus dos hijas brasileña

Patricia

Se piensa en la triple frontera que ninguna extranjera cruza o río Solimoes para dar a luz en Santa Rosa. Pues muchos se equivocan. Por influencia del padre peruano, la brasileña Patricia decidió parir su hijo en la parte de Perú. Es su segundo bebé. El primero nació en Brasil. La conversación con la madre de 19 años se dio cerca la casa de su suegra a pocos metros de la margen del río en un día de mucho viento. Se le dificulta hablar en español. Por eso, la plática se desarrolló en portugués. Muy tímida, muchas veces sus palabras se perdían con la fuerte brisa. Se considera ama de casa. Nunca ha tenido una experiencia laboral. Estudió hasta la primaria. Actualmente está en unión libre y vive en Santa Rosa con el esposo, los suegros, los cuñados y los dos hijos. Pero no se siente cómoda, confiesa que desea regresar a vivir en la parte brasileña. “Es complicado vivir aquí por cuenta del español, me parece muy difícil aprender el idioma.” Es difícil comprender su mirada cabizbaja. Tal vez ella se sienta aislada dentro de la propia existencia. Tal vez sea sólo timidez. Su marido trabaja en Tabatinga. Ella se considera indígena. Patricia se levanta para buscar su hijo peruano de tres meses. Se nota en su caminata que sus pies tienen ganas de correr.



Patricia abraza su hijo peruano, mientras que su hija brasileña y el perro le dan sustento enfrente a la casa de su suegra

Anexo2. Guía de entrevista (mujeres)

Objetivo

A estas mujeres que tuvieron al menos un hijo en un país diferente al suyo en los últimos dos años se les aplicará un formato de entrevista semiestructurada con el objeto de profundizar en la experiencia de cruzar la frontera para dar a luz. Se tratará de que ellas expresen el sentido de maternidad en un territorio distinto al suyo.

Presentación

Buenos días/tardes,

Mi nombre es Thales. Vengo de El Colegio de la Frontera Norte, en Tijuana, México, porque estoy haciendo un trabajo sobre tener el hijo en otro país. Mi contacto en Tabatinga es el profesor Pedro Rapozo de la Universidade do Estado do Amazonas. Por favor, ¿sería tan amable de contestar las siguientes preguntas? La información que nos proporciones será utilizada únicamente en mi tesis de maestría. En esta entrevista platicaremos sobre ti y sobre la experiencia de parir en otro país.

1. Perfil actual de la entrevistada (sociodemográfico)

1.1 ¿Cómo te gustaría que te llamara? No es necesario utilizar tu nombre real.

1.2 ¿Qué edad tienes?

1.3 ¿Actualmente a que te dedicas? ¿Has tenido la experiencia de realizar trabajos remunerados? Cuéntame un poco de tu último empleo.

1.4 ¿Hasta qué grado de la escuela estudiaste?

1.5 De acuerdo con su cultura, historia y tradiciones, ¿te consideras indígena?

1.6 ¿Dónde naciste? ¿En qué lugares has vivido?

1.7 ¿Con quién vives ahora?

1.8 ¿Cuántos hijos tienes?

1.8.1 ¿Cuántos nacieron en otro país? ¿En cuál país?

1.8.2 Cuando los datos son discordantes ¿Este hijo/a es el (segundo, tercero, cuarto) en nacer en el extranjero?

1.9 ¿Cuál es tu estado civil actual? ¿Cuánto tiempo tienes (viviendo o casada) con tu pareja? Si no hace referencia de él al momento de mencionar con quién vive hay que preguntar: ¿Dónde vive tu pareja?

1.10 ¿Tienes familia o amistades que vivan en la ciudad donde nació tu hijo o hija?

2. Condiciones anteriores al parto

2.1 ¿Cómo fue la preparación (o ha sido la preparación) para tener tu hijo o hija?

2.2 ¿Qué información tenías sobre la práctica de parir en otro país?

2.3 ¿Habías escuchado comentar sobre parir en otro país entre tus familiares o amigos? (responde sí) ¿Qué se comentaba?

2.4 ¿Comentaste con alguien sobre la inquietud de tener el hijo en otro país? (responde sí) ¿Qué te dijeron?

3. Servicios de salud

3.1 ¿En qué institución médica has sido atendida antes del parto? ¿Por qué?

3.2 ¿Cómo te enteraste de los servicios de salud a los que acudiste en tu país? ¿Qué sabías?

3.3 ¿Cómo te enteraste de los servicios de salud a los que acudiste en el país donde diste a luz? ¿Qué sabías?

3.4 ¿Cuáles son las opciones que tienes/tenías para atender los cuidados al embarazo?

3.5 ¿Cuáles son las opciones que tienes/tenías para atender los cuidados al parto? 3.6 ¿Los servicios de salud que has utilizado son públicos o privados?

3.7 ¿Cuál crees que es la principal diferencia en los servicios médicos de tu país de residencia y en el cual diste a luz a tu hijo?

3.8 ¿Tienes/tenías un seguro de salud?

4. El momento de dar a luz

4.1 Ahora pláticame sobre ti al momento de dar a luz en otro país. ¿Fue una decisión tuya? Como es que fuiste haciéndote a la idea de tener a tu bebe en ese (X) otro país? ¿Quiénes te apoyaban/ó/te convencían en llevar a cabo la idea?

4.2 Cuéntame sobre el día en que saliste de tu casa para llegar al hospital en el otro lado. ¿Llegaste al hospital directamente? (indagar si tiene familiares o amigos con quienes se quedó unos días antes del parto en el país donde tuvo a su hijo)

5. Motivaciones

5.1 ¿Por qué motivo quisiste ir a otro país a dar a luz?

5.1.1 ¿Qué ventaja ve para usted o su familia de haber tenido a su bebé en este (aquel) país?

5.2 ¿Volvería a hacer uso de los servicios médicos obstétricos en el extranjero nuevamente?

6. Búsqueda de información

6.1 ¿De qué manera obtuviste la información de parir en otro país?

6.1.1 ¿Dónde o con quien investigaste?

6.1.2 ¿Por qué recurriste a esta persona o fuente de información?

7. Vivencia de la frontera

7.1 ¿Con que frecuencia vas al otro país? ¿Por qué?

7.2 ¿Cuéntame alguna anécdota sobre tus cruces y cómo te sentiste esa vez?

7.3 ¿Desde cuándo acostumbras cruzar así con esa frecuencia?

7.4 ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de vivir tan cerca a otro país?

7.5 ¿Cómo describirías este espacio entre los tres países?

¿Hay algo más que tú quisieras comentar sobre tu experiencia?

Anexo 3. Guía de entrevista (informantes clave)

Objetivo

La entrevista con informantes clave tiene como finalidad recaudar informaciones generales sobre el fenómeno y a la vez datos que faciliten la búsqueda y contacto con las posibles entrevistadas que realizan dicha práctica. Las preguntas se realizan en función tanto de la experiencia de vida de los informantes clave locales como de su trabajo personal. Además, se espera que estas entrevistas faciliten el camino para localizar a las mujeres y acercarse a ellas. Se aplicará una entrevista abierta a **representantes de los hospitales** (de cada país) y **ONGs de la triple frontera** (preferentemente que tengan que ver con asuntos de salud materna o transfronterizos).

Presentación

Buenos días/tardes,

Mi nombre es Thales. Soy estudiante en El Colegio de la Frontera Norte, en Tijuana, México, y estoy haciendo un trabajo acerca del uso transfronterizo de los servicios obstétricos en la triple frontera entre Brasil, Colombia y Perú. Mi contacto en Tabatinga es el profesor Pedro Rapozo de la Universidade do Estado do Amazonas. Por favor, ¿sería tan amable de contestar las siguientes preguntas? La información que nos proporcionen será utilizada únicamente para fines académicos.

Preguntas

Una breve presentación sobre el proyecto de investigación.

1. La ocurrencia

1.1 ¿Qué sabe al respecto de la práctica de parir en otro país?

1.2 ¿Cómo y por qué ocurre el fenómeno?

1.3 ¿Quiénes lo practican?

1.4 ¿Cuáles condiciones son necesarias para que pueda ocurrir?

1.5 ¿Cree usted que haya habido cambios sociales más amplios que hayan modificado de alguna manera esta práctica de las familias?

2. La definición del fenómeno

2.1 ¿Definiría usted el fenómeno como algo problemático? ¿Por qué?

3. Sistema de salud 3.1 ¿Cómo funciona en su país el servicio a la atención materna y cómo es diferente en los otros dos países?

4. Parteras

4.1 ¿Qué tanto se recurre a parteras tradicionales en (Tabatinga, Leticia, Santa Rosa)?

4.2 ¿Los partos realizados con parteras en un país distinto al de la madre se legalizan acudiendo simplemente al registro civil?

5. Indígenas

5.1 ¿Cuántos y cuáles grupos indígenas habitan en esta región? ¿Cómo se reproducen en la frontera –en relación a la formación de fronteras internacionales que tratan de controlar su libre tránsito?

6. Localizar mujeres

6.1 ¿Cree usted que la decisión de la madre sobre parir en otro país? ¿Por qué?

6.2 ¿Cómo localizar a este tipo de mujeres? ¿Cómo acercárseles apropiadamente? ¿Qué me aconseja al respecto?

¿Hay algo más que usted quisiera comentar sobre su experiencia?