

Tener el hijo *al frente*: la búsqueda por servicios obstétricos en la triple frontera amazónica Brasil, Colombia y Perú

Thales Willian dos Santos

Colegio de la Frontera Norte, México
thalesdobrasil@gmail.com

Pedro Rapozo

Universidade do Estado do Amazonas
phrapozo@uea.edu.br

Teresa Elizabeth Cueva Luna

Colegio de la Frontera Norte, México
tecueva@colef.mx

Introducción

Tener un hijo es un evento humano en el cual, más allá de su mera dimensión biológica se entretajan 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.

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 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, p. 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 Le-

ticia se establece por una calle, mientras que el río Solimoes separa la isla peruana de Santa Rosa de los otros dos países.

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.

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.

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.

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.

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 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.

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 distintos de sus países. 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. Además son modificados los nombres de

las informantes en el uso de citas en este trabajo¹. Tales mujeres actualmente tienen edades entre 19 y 35 años, la escolaridad con la que cuentan va desde primaria hasta los estudios de postgrado siendo en su mayoría personas con educación básica.

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. Ellas fueron localizadas utilizando el método de bola de nieve, aprovechando las referencias que algunos de los informantes clave dieron de conocidas suyas.

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.

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.

1. Para las madres peruanas utilizamos los siguientes nombres: Luz, Dulce, Kely y Ana María. Para las madres brasileñas los nombres de María, Marcia, Diana y Patricia. Para las madres colombianas los nombres de Adela y Nadia.

La triple frontera amazónica

La frontera entre Brasil, Colombia y Perú se encuentra ubicada en la Amazonia, 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, p. 108). 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, p. 456-477 Apud SUÁREZ-MUTIS, 2010, p. 244).

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, 2011), 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 esta triple frontera que conecta las tres naciones se encuentran el municipio de Tabatinga, ubicada en el estado de Amazonas² (Brasil), la ciudad de Leticia, en el departamento³ de Amazonas (Colombia) y la comunidad de Santa Rosa, en el departamento⁴ 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, p. 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 dé-

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

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

4. 3 Perú está formado por 24 departamentos.

cada de 1980, que aceleró el enlace entre ellas, configurando hoy un continuo urbano transfronterizo”, enfatiza Motta (2011) 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, 2011, p. 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. La información del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (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 indígena y 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 (IGN, 2015) la comunidad peruana cuenta con población estimada de casi 2 mil habitantes.

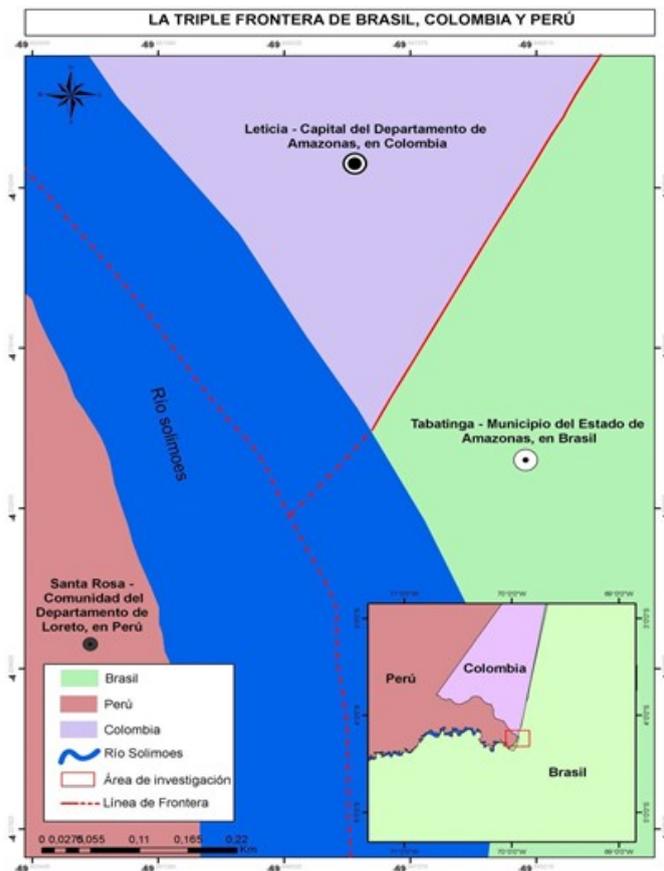


Figura 1: Área de investigación

Fonte: Núcleo de Cartografía Social del Estado de Amazonas/Núcleo de Estudios Socioambientales de la Amazonía (NCSA/NESAM) de la Universidad del Estado de Amazonas (UEA).

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 inú-

meros 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. En 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.

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.

Algunos autores señalan como factores expulsores 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



Figura 2: Los moradores en el cruce desde Tabatinga hacia la comunidad de Santa Rosa por el río Solimoes

Fonte: Thales dos Santos (2016).

humanamente imposible mantener el control totalmente eficaz en las condiciones del traslado permanente” (LÓPEZ, 2004, in OLIVEIRA, 2006, p. 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.

La triple frontera amazónica por las madres: El *habitus transfronterizo* del cruce

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 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”, ya para Nadia:

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.

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 si 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.”

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 intersubjetivos⁵, 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.

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, p. 141).

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 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.

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

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

mujeres de Santa Rosa (Perú) y sus familiares que viven en la parte brasileña de la frontera.

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, p. 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.

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.

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 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.

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, p. 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 trans-

fronterizo 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. En este caso, el conjunto esquematizado de percepciones, apropiaciones y acciones puestas en prácticas por las mujeres.

Patrones transfronterizos de utilización de los servicios obstétricos

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 pe-

ruanas 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.

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.

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 atendimento a los extranjeros. De acuerdo a la directora de la Unidad de Pronto Atendimento (UPA)/Maternidad de Brasil (entrevista, 2016): “Es extremadamente importante construir una política específica de atendimento 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 parturientes 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 madres extranjeras 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 parturientes peruanas no lo mencionan durante las entrevistas. Sus respuestas van direccionadas principalmente al acceso a derechos a partir del nacimiento de sus

hijos.

Em los datos siguientes se 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.

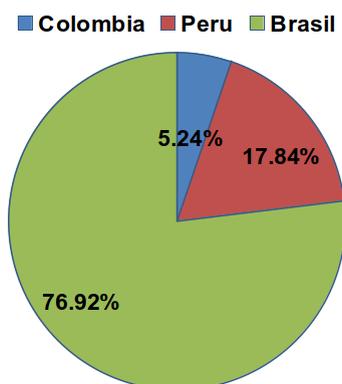


Figura 3: Partos realizados pelo serviço público de saúde em Tabatinga/Brasil

Fonte: Produção propia con datos de la UPA/Maternidad (2014-2016).

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 puede 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 familia⁶, los dos ganan mensualmente un beneficio. Tienen derecho de todo, yo también. (Luz, madre peruana, 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

6. 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.

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, madre peruana, 2016)

“Cuando va creciendo, le voy a decir ‘tu naciste allá, tu 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, madre peruana, 2016)

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.

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.

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. 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).

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, madre brasileña, 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. Tuvi-
mos 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 mu-
cha atención. Me quedé en un apartamento, con aire acondicionado,
televisión. (Marcia, madre brasileña, 2016)

Tuve que hacer un pago de alto valor en pesos colombianos. Eso por-
que mi patrón me lo prestó en pesos colombianos. Si fuese a pagar
en Real iba a pagar mucho más. (María, madre brasileña, 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 percep-
ciones al respecto del atendimiento al parto en Brasil se construyeron
a partir de visiones ajenas.

Por otro lado, María pudo tener sus dos primeros bebés en el hos-
pital militar de Tabatinga, sin embargo, escogió dar a luz al tercero en
Colombia con la siguiente idea: “Lo que me motivó a buscar el servi-
cio 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 brasi-
leñas 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 que-

darse en segundo plano. 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.

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 que buscan sobre todo la nacionalidad brasileña para sus hijos, consecuentemente dar a ellos acceso a la educación brasileña.

Son mujeres de nacionalidad colombiana que abandonan el atendimiento 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 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. Pues de pronto como brasileña es más fácil que se pueda desplazar alrededor del mundo que como colombianas.” (Nadia, madre colombiana, 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. 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. (Adela, madre colombiana, 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.

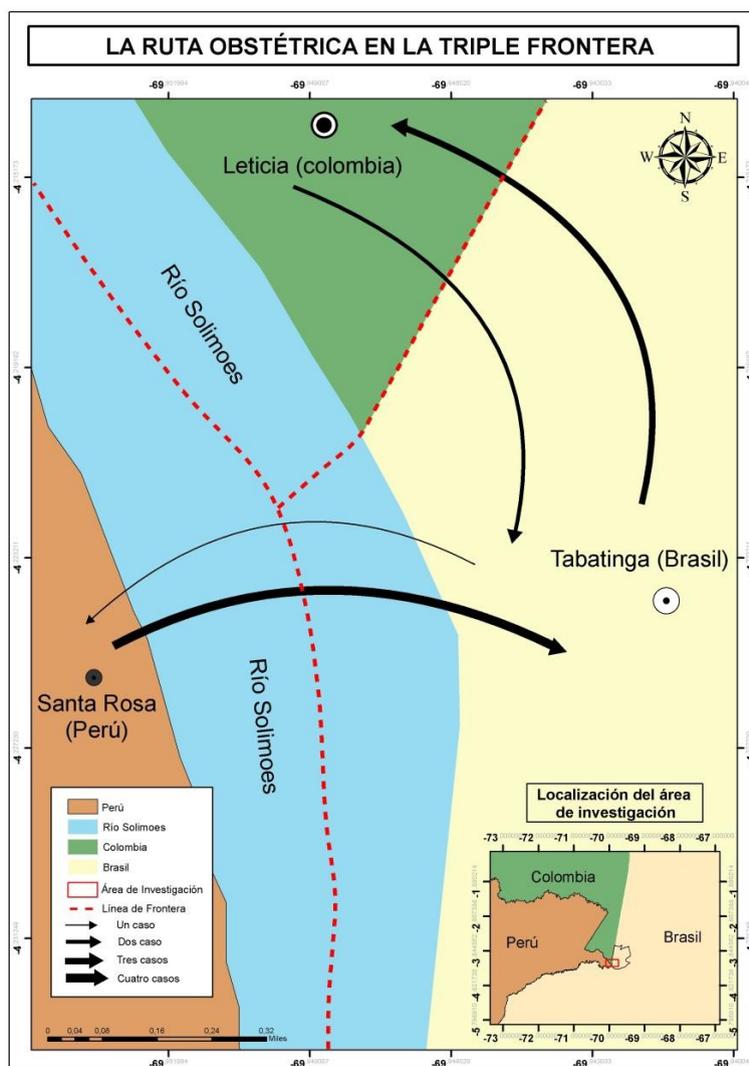


Figura 4: Patrones de uso transfronterizos en el universo de las mujeres entrevistadas

Fonte: Núcleo de Cartografía Social del Estado de Amazonas/Núcleo de Estudios Socioambientales de la Amazonía (NCSA/NESAM) de la Universidad del Estado de Amazonas (UEA).

El análisis cruzado de los datos 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 (2014).

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 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 con-

tramano están las brasileñas que van a Colombia exclusivamente para acceder a la salud privada del país.

Consideraciones finales

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.

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.

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 extranjeras, 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 o otro servicio, sopesándolo con una mi-

rada 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.

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 (1991) 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.

Referências

ALBUQUERQUE, José Lindomar Coelho. 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, 2012.

BECKER, Bertha. “Geopolítica da Amazônia”. *Revista Estudos Avançados. Dossiê Amazônia I* 19 (53): 71-86, 2005.

BOURDIEU, Pierre. *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus, 1988.

_____. *Sociología y cultura*. México: Grijalbo, 1990.

_____. *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*. Taurus Ediciones, 1991.

_____. *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama, 1997.

_____. “El espacio para los puntos de vista”, In: Francisco Márquez y Daniela Sharim, eds., *Proposiciones. Historias y relatos de vida: Investigación y práctica en las ciencias sociales*, Santiago, Chile, vol. 29, marzo, 1999.

_____. *El sentido práctico*. Siglo XXI de España Editores, 2005.

CASTRO, Roberto. “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, p. 57-85, 1996.

CUEVA Luna, Teresa Elizabeth y Belem I. VÁSQUEZ, Galán. “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, p. 153-183, 2009.

FARRET, R. Especificidades das áreas urbanas de fronteira. In: Castello I. et al. (Org.). *Fronteiras na América Latina: espaços em transformação*. Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Fundação de Economia e Estatística. Porto Alegre, 1997, p. 96-103.

FERRARINI, Sebastião. Encontro de civilizações: o alto Solimões e as origens de Tabatinga. Manaus. Ed. Valer, 2013.

FRAGOSO, A.; GUALDA, E.; VILLEGAS, E. L.; DE MARTINS, V.; GUALDA, J. M.; GONZÁLEZ, T. 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 (p. 397-409), 2011.

GOBERNACIÓN DE AMAZONAS. Nuestro departamento, 9 de abril de 2010, em amazonas.gov.co, consultado el 18 de junio 2016.

IGN — Instituto Geográfico Nacional del Perú. 2015. Disponível em www.ign.gob.pe. Acesso em 2015.

IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2016. Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em 2016.

LEVINO, Antonio, CARVALHO, Eduardo Freese de. “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. 2011.

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

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

SANTOS, T. S. *Tener el hijo “al frente” en la triple frontera de Brasil, Colombia y Perú*. Tesis de maestría en Estudios de Población. El Colegio de la Frontera Norte – COLEF, Tijuana:2016.

SCHRAMM, W.; Mayo, J. *Notes on Case Studies of Instructional Media projects*. Washington D.C., 1971.

SUÁREZ-MUTIS, M. C.; CÁRDENAS, C. M. M.; REYES, L. D. P. P.;

PEITER, P. C. Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. *Mundo Amazónico*, 1, 243-266, 2010.

VALENZUELA ARCE, José Manuel. Transfronterizas: fronteras del mundo y procesos culturales. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte, 2014.

VERGEL, 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, 2009.

YIN, Robert K. *The case study anthology*. Sage, 2004.

YIN, Robert, K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Bookman editor, 2014.

ZÁRATE, Carlos Gilberto. Silvícolas, sirringueros 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. 2008.

Resumo:

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 con la finalidad de comprender la práctica social de tener el hijo en otro país. 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.

Palavras-chave: Amazônia, Triple frontera, Madres, Servicios obstétricos

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 the cross-border use of obstetric services at birth by women living in the triple border occurs. The methodology was qualitative and responds to case studies with semi-structured interviews to understand how the social practice of having the child in another country is carried out. The results reveal the existence of a cross-border pattern use built from nationality, motivation and destination of the mother when giving birth.

Keywords: Amazon, Triple border, Mothers, Obstetric services.

Recebido para publicação em 09/05/2018.

Aceito em 27/09/2018.