

Trabajo final de Grado: Humanidades y Estudios Interculturales

**Biopoder y biopolítica:
Crítica desde la bioética al control de la natalidad de las poblaciones
indígenas**

Autora:

Claudilene Saldívar Pereira

Tutor

Patrici Calvo

Fecha de lectura

Septiembre 2022



Resumen:

Este trabajo de investigación sondea el caso sucedido en Perú durante el mandato de Fujimori, en el que el estado urdió un entramado xenofóbico de control de natalidad exhaustivo dirigido a las mujeres indígenas. Violando los principios fundamentales de la bioética, dignidad y autonomía. Ejerciendo a su vez coacción y coerción a través de una violencia institucional planificada.

Se estudia cómo el concepto de población va evolucionando a lo largo de la historia, pasando de significar desde riqueza para las naciones hasta convertirse en una desventaja por resultar ser un mal para el planeta. En el caso que nos atañe, el análisis de los diferentes métodos de poder, como la biopolítica y el biopoder que no se buscaban una conveniencia social y económica, tal como aseguraba la institución pública, sino que era una limpieza étnica, considerado luego como un crimen de Lesa Humanidad.

Esto nos alerta de lo importante que es la educación para formar una sociedad con criterio y capacidad de análisis. Deja claro también la importancia de la bioética y la ética en general dentro de los gobiernos para erradicar el racismo y el genocidio latente que se esconde tras él.

Palabras claves: Control de natalidad, biopolítica, biopoder, mujeres indígenas, bioética.

ÍNDICE

Agradecimientos	7
Introducción	9
Introduction	11
Introducción General	13
Capítulo I	16
1.1. Motivos para diseñar e implementar políticas de control de la natalidad	17
1.2. Aspectos positivos y negativos de las políticas de control de la natalidad de la población indígena	20
1.3. Biopoder en el control de la natalidad de la población indígena	23
Capítulo II	26
2.1. El programa ReproSalud de Perú	27
2.2. ReproSalud y las mujeres indígenas de Huancavelica	29
2.3. El sistema de cuotas de programa Fujimori	31
Capítulo III	35
3.1. Vigilancia y castigo en la biopolítica del cuerpo humano	36
3.2. Instrumentos de violencia y castigo en el nuevo estado	39
3.3. Biopolítica y biopoder desde la bioética: una perspectiva crítica	43
Conclusiones	48
Bibliografía	50

Agradecimientos

A mi madre por recordarme mis raíces y hacerme crecer entre libros, y darnos la costumbre de ir a la biblioteca junto a mis hermanos todos los veranos. A mi familia entera, a los que recién llegan y a mi confidente Álex quien me compartió su visión del mundo, creando conciencia social en mí.

Por ellos, estoy aquí.

Introducción

Este trabajo lo ha motivado principalmente el deseo de indagar el trasfondo político y ético que subyace tras el genocidio ocurrido en ciertas comunidades indígenas. Este deseo ha surgido a causa del interés que ha generado en mí la asignatura de bioética en mi último año de carrera, junto a la materia impartida de filosofía política.

El objetivo es analizar la manipulación que se ha utilizado en casos concretos como el del control de natalidad en el Perú de Fujimori. Para tal motivo echamos mano de los conceptos de biopoder y de biopolítica que definen los mecanismos de coerción ejecutados por el estado. Perfiles que se muestran enfáticamente en el caso mencionado, porque se ha aprovechado la falta de conocimiento de las mujeres indígenas que bajo un supuesto control de natalidad, se las inducía a interrumpir el embarazo, sin estar enteramente informadas de la situación a la que se exponían. Acompañaba esto la sumisión del personal sanitario que se veía obligado a acometer estas irregularidades con el cumplimiento de una cuota diaria de interrupciones. Recibían castigos si no lo lograban y de incentivos económicos si lo alcanzaban. Restringiendo así la libertad de acción en ambos colectivos.

Este trabajo se ha estructurado siguiendo los objetivos de investigación del control de natalidad, para qué sirve, por qué y cómo es utilizado por los estados democráticos contemporáneos, concretamente el latinoamericano. Lo analizamos desde diversas perspectivas como el religioso, médico, sociológico, científica y moral. Centrándonos luego en un caso concreto y verídico, el de las mujeres indígenas en el Perú. Desde allí se efectúa la crítica y el análisis de cómo el biopoder y la biopolítica se encuentran tácitos en las sociedades. Se alude su lado positivo pero también al negativo, como la creación de escenarios para poder controlarlos, adueñándose del ser humano y sus fuerzas productivas, a través del tiempo y del espacio, creando así escenarios para poder controlarlos, como son los hospitales, escuelas e instituciones varias. También empleando otro dominio de poder que es la biopolítica de la población, que controla y regula las masas.

Esta investigación analiza cómo el control de masas, aparentemente necesario, en ocasiones puede resultar nefasto para grupos más vulnerables que supuestamente no tienen un valor dentro de la economía global. Por ello se acudirá y citará sobre estudios de bioética reiteradamente.

Introduction

This work of investigation has been motivated mainly by the desire to investigate the political and ethical background behind the genocide that has occurred in certain indigenous communities. This desire has arisen because of the interest generated in me by the subject of bioethics in my last year of my degree, together with the subject taught in political philosophy.

The aim is to analyse the manipulation that has been used in concrete cases such as birth control in Fujimori's Peru. For this purpose, we use the concepts of biopower and biopolitics, which define the mechanisms of coercion implemented by the State. Profiles that are emphatically shown in the aforementioned case, because the lack of knowledge of the indigenous women who, under a supposed birth control, were induced to interrupt their pregnancies, without being fully informed of the situation to which they were exposing themselves, was taken advantage of. This was accompanied by the submission of the health personnel who were forced to deal with these irregularities by complying with a daily quota of terminations. They received punishments if they did not achieve this and economic incentives if they did, restricting the freedom of action of both groups.

This work has been structured according to the research objectives of birth control, what it is used for, why and how it is used by contemporary democratic states, specifically in Latin America. We analyse it from different perspectives such as religious, medical, sociological, scientific and moral. We then focus on a concrete and true scenario, that of indigenous women in Peru. From there, a critique and analysis is made of how biopower and biopolitics are tacitly present in societies. It alludes to its positive side but also to its negative side, such as the creation of scenarios in order to control them, such as hospitals, schools and various institutions. It also employs another domain of power which is the biopolitics of the population, which controls and regulates the masses.

This research analyses how mass control, apparently necessary, can sometimes be harmful to more vulnerable groups that supposedly have no value in the global economy. For this reason, bioethical studies will be repeatedly referred to and cited.

Introducción General

El control de natalidad es un concepto ligado a una acción; sea personal o de carácter institucional, cuyo objetivo es incidir directamente sobre el nacimiento de un ente ya concebido, es decir, que está en plena etapa de gestación. Sea por modificar ciertos patrones de una conducta reproductiva determinada, o con la intencionalidad de reducir la cantidad de nacimientos en una zona geográfica.

Una vez explicado en qué consiste el concepto, es conveniente comentar dos tipos y dos únicas maneras de control de natalidad existentes, y son las siguientes: La primera, se basa de una decisión que debe provenir de la mujer, voluntariamente, tras un proceso de deliberación. En el cual ella establece el fin de su embarazo, interrumpiendo el desarrollo fetal. Conocido como aborto provocado o inducido. El segundo motivo, sería las medidas que considere un gobierno para llevar un seguimiento del número de nacimientos de una población, y ejerce esa imposición a través del poder político de cara a los ciudadanos.

En el primer ejemplo, este control de la natalidad sucede en un espacio del ámbito privado y familiar, en un hogar. Donde la gestante y la pareja deciden, sobre todo que la decisión recaiga en la embarazada y sea ese realmente su deseo. En este contexto no existen medidas de prevención o algún tipo de regulación de la fecundidad, simplemente es una intervención consensuada que se ejerce después de la fecundación. Respecto al segundo motivo, sí que hay una medida tomada por el gobierno para impedir patrones reproductivos, tuteladas o vigiladas bajo la administración del estado. Y estas políticas pueden actuar de forma pronatalista; en el caso de tener un interés por aumentar los nacimientos y acrecentar prácticas reproductivas. Toman vías como premiar a través del salario familiar, o puede ser todo lo contrario, antinatalistas. Haciendo el efecto inverso, evitando los nacimientos por coerción para no llegar a una familia numerosa (Oddone 1998, 2-8).

El concepto de la natalidad tiene diversos prismas desde los cuales se pueden apreciar diversas disciplinas. Destacan al respecto aquellos puntos de vista vinculados con lo tradicional, religioso, sociológico.

Desde un punto de vista más tradicional o religioso, los teólogos cristianos ligan la cuestión de la natalidad con la procreación del matrimonio, y prefieren evitar vías artificiales para la interrupción del embarazo. Por ello, abogan por los días agénésicos en que la naturaleza misma se encargará de suprimir la ovulación, o por la vía de abstinencia temporal, pues no está bien vista la esterilización. Tomando al pie de la letra las palabras del Génesis; «Creced y multiplicaos y poblad la tierra» (Génesis 1:28), no obstante, es un criterio de un determinado marco histórico desfasado, y que solo incluye a las culturas en que la biblia es una regla de creencia y conducta. Aunque ha de tenerse en cuenta que es una premisa parafraseada en casi todas las religiones ancestrales (Letona 1965, 5-6). Si lo contrastamos con la visión de la medicina vemos su divergencia, pues esta defiende un control de natalidad en los casos en que la vida de la madre corriera peligro, por enfermedades hereditarias, o por situación económica vulnerable. El personal sanitario lo ejerce, eso sí, haciendo hincapié en que no se convierta en una irresponsabilidad colectiva, porque se ha detectado que los hijos suelen ser un enfoque erróneo del fundamento de un matrimonio. Debería darse énfasis a una educación sexual desde la infancia (Del Campo 1965, 28-31).

Desde el punto de vista sociológico, existen argumentos de carácter malthusiano, referido a la falta de espacio vital. Estos alegan que la tierra sufre las consecuencias de una sobrepoblación del espacio; la falta y sobreexplotación de los recursos. Como también el argumento del agotamiento de los alimentos, teoría de Josué de Castro, en la que defiende que la escasez de alimentos no es tanto por la densidad de población o por la insuficiencia del suelo cultivable, sino por falta de cultura. En este aspecto, la incultura funciona como un factor demográfico, pues los pueblos subdesarrollados viven en un contexto de analfabetismo. Los campesinos están empleados solo en tiempo de recolectar, por tanto, el resto del año, aplican sus instintos primarios a la comida y al sexo. Así que, no es un punto de carencia de medios, sino de falta de mentalidad. Por tanto, el estado decide organizar el recorrido vital de los pobres, controlando su natalidad para no aumentar su miseria e ignorancia. Según Castro; no es cuestión de exceso de población sino por falta de ciudadanos preparados y de educación (De Anitua 1973, 1-2,7).

Y por último, para acompañar al resto de perspectivas respecto al tema, desde la filosofía moral o ética aplicada, abordada por Peter Singer en su estudio del *Control de natalidad sobre la relación entre ricos y pobres* (Romero, 1998). Expone que la intencionalidad de reducir la pobreza no es una obligación moral que un país que ayude a otro, a no ser que

tenga posibilidades y estructura económica, mientras le sea favorable y no perjudique su propia estabilidad, primando la visión utilitarista y consecuencialista. También resalta que el control de la natalidad no sería una opción contemplada si es que se puede de alguna manera controlar la cantidad de la población y así evitar futuras generaciones viviendo en plena pobreza. Eso sin olvidar la perspectiva científica, la cual comenta que 400 millones de personas no viven en condiciones saludables, y 14 millones de la población infantil sufre anualmente mala alimentación, sumado a la contaminación que genera el ser humano (Romero 1998, 2-4).

Capítulo I

La función social del control de natalidad derivada del biopoder

0. Introducción

El control de natalidad es una medida que ciertos gobiernos deciden tomar dentro de sus políticas. Una de las razones por las que se aplica es el exceso de población como posible causa de la pobreza, situación que desarrollaremos más adelante. O si ven factible una buena relación de coste-beneficio. De hecho en palabras de Singer, alega que:

«Tal vez la más seria objeción al argumento de que tenemos obligación de ayudar sea a que como la mayor causa de la pobreza es el exceso de población, ayudar a los que hoy viven en situación de pobreza apenas aseguraría que más personas naciesen para vivir en la pobreza del futuro» (Romero 1998, 533).

Este autor cree que si la calidad de vida aumenta, en consecuencia disminuirá la población sin necesidad de un control paternalista por parte del estado para ejercer dicho control. Y si partimos desde una perspectiva ética, se debe prestar auxilio a los pobres, solo que si se lleva a cabo fomentaría más la pobreza, por tanto, es necesario dejar que la mortalidad natural acabe con los más vulnerables, sea por infección o desnutrición mediante un proceso evolutivo de selección natural como, por ejemplo, las dinámicas de replicación¹.

Este escenario parece poco humano, pero, a pesar de ello, el control de la natalidad puede tener una función social y estar enfocado hacia un objetivo positivo. Siempre que se pueda conseguir incentivar a los gobiernos pertinentes para que creen una reforma plena a nivel educativo, el control de natalidad no tiene por qué aplicarse cuando la gestación se ha iniciado. Digamos que este contexto fue habitual en Perú con las mujeres indígenas, no obstante, se debe impedir que la mujer sea un modelo exclusivamente de procreación,

¹ Dinámicas de replicación; concepto acuñado y utilizado por la teoría de juegos evolutivos (Maynard Smith, 1982), se refiere al proceso por el cual el valor de una estrategia o comportamiento para un conjunto de agentes se incrementa según su mayor rentabilidad en relación a la media remunerativa del conjunto de estrategias disponibles (Gintis, 2000:191). Dicho de otro modo, muestra estrategias que ofrecen mayor ventaja competitiva para una sociedad, aumenta su presencia en esta a costa de aquellas estrategias que están por debajo de la media. Se trata, por consiguiente, de un proceso de dominación de las estrategias más ventajosas que acaba por hacer desaparecer a las menos beneficiosas (Zamagni, 2006;34).

aplicando políticas que les hagan sentirse incluidas. Este proceso tuvo aspectos positivos en varios casos, como México, Brasil (Romero 1998, 2-4).

1.1. Motivos para diseñar e implementar políticas de control de la natalidad

El diseño o la aplicación de las políticas de control de natalidad se desarrolla en base a ciertos intereses o motivaciones que puede tener un determinado gobierno frente a los condicionantes que afectan a su país a nivel poblacional. Es posible identificarlos en los siguientes escenarios. A saber:

En el caso de Brasil, las políticas de control de la natalidad lograron disminuir la fecundidad. Eso es un aspecto positivo pero no estuvo ligado expresamente a un esplendor económico, sino por su remarque en ser un país con una desigualdad social enorme. Por tanto, aunque se intente aplicar el control de natalidad como solución para erradicar la pobreza, será en vano, puesto que esta pobreza es generada por el sistema de mercado capitalista imperante.

Aparte de Brasil, uno de los casos de control de la natalidad más conocidos fue el aplicado en México durante los años 70 del siglo XX. Este adoptó una serie de medidas para un control demográfico del país respecto al aumento de natalidad en su población indígena. Entre ellas, el uso de métodos anticonceptivos, inclinándose más por el uso de DIU y la OTB. Uno de los programas de concientización que elaboró el gobierno fue el de impactar en la sociedad a través de los medios de comunicación y las novelas, en las cuales las protagonistas deseaban menos hijos y eso se notaba en los argumentos dados en la trama. Esto influyó mucho como estrategia de planificación familiar por parte del gobierno, pues decidieron optar por otras vías culturales, en concreto en la programación de la televisión y aprovechar este método de difusión para insertar dramas que engloban temas de maternidad y sobre cómo las protagonistas actuaban frente a sus sueños, estudios o profesionalización en el ámbito laboral. Siendo una herramienta más directa hacia la población pertenecientes a grupos étnicos, introduciendo así un modelo de mujer independiente. Aunque no demostró estar completamente exento de paternalismo, el uso de la ficción para compartir preocupaciones de salud pública o temas sociales demostró tener notables resultados de descenso en temas reproductivos (Vázquez y Ortiz 2020, 157-159).

No obstante, cabe destacar que, por un lado, estas estrategias tuvieron una mayor influencia sobre el sector urbano del país, además, se observó que el nivel de estudios, el barrio de residencia o el estado civil habían sido condicionantes del empleo de anticonceptivos por parte de las mujeres. Y que, por otro lado, las mujeres en su primera relación sexual tradicionalmente no suelen emplear métodos anticonceptivos por el desconocimiento. Además, aunque la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2012 señala que la natalidad del mundo indígena (mayoritariamente rural) y el mundo no indígena (mayoritariamente urbana) es tan solo de 0,5 hijos por mujer (de 2,5 a 3), se han contemplado casos de violencia estructural médica entre la población indígena de México (también de Brasil). Estas políticas agresivas y selectivas de natalidad han tratado de reducir la población indígena por un proceso intensivo de esterilización que se aplicaba en todos los hospitales públicos. Se trató de casos muy violentos, puesto que las prácticas eran después de haberse efectuado los nacimientos por cesárea y sin ningún consentimiento previo e informado de las mujeres (Vázquez y Ortiz 2020, 160-161).

Por un lado, la razón por la que los médicos preferían esta opción, era por temas de logística y rentabilidad de las estructuras de los hospitales, las remuneraciones eran mayores y estaba protegido ante posibles denuncias y era una práctica en la que los profesionales sanitarios se sentían cómodos y con mayor control sobre sus actos. Por otro, la razón por la que las mujeres indígenas optaban por la cesárea, según recomendación médica, era para; a) evitar al máximo el dolor físico y las consecuencias derivadas de un parto vaginal, b) para mejorar su autonomía, es decir, para poder programar la fecha del parto según su interés, o c) para afrontar mejor ciertos aspectos vinculados con el parto, como disponer de un seguro médico (hay seguros que solo cubren las cesáreas). Aquí se puede contemplar que las mujeres indígenas están limitadas a poder elegir el método deseado, sumado a que las cesáreas era una indicación directa para el personal sanitario. Siendo un modelo de vida reproductiva impuesto y, aunque haya tenido resultados de una disminución de fecundidad, no es un trato ético hacia las pacientes por falta de información de calidad y consentimiento informado.

Además, el caso muestra el grado de autoritarismo de los hospitales en México, reflejo del famoso *habitus* médico, aquel que adquieren los y las estudiantes de medicina durante sus años de formación, que al recibir esta educación a su vez autoritaria, crean esa actitud sesgada en ellos. Estos hábitos están claramente marcados por una jerarquía profesional, por la soberbia intelectual que promueve y fomenta pautas de descalificación o recriminación

hacia los y las pacientes, especialmente las mujeres indígenas embarazadas, y por la aplicación de castigos como principal recurso en los procesos de resolución de conflictos. Todo ello viola derechos básicos que afectan a todas las personas en temas de salud pública. Pues el personal sanitario tiene intrínseco que su función o rol es la parte racional, intelectual y la más segura. Son quienes prestan o regalan una calidad de servicios determinados (Vázquez y Ortiz 2020, 162-163).

En el caso de México u otros países, iniciaron la concientización sobre el control de natalidad, limitando los nacimientos con el uso de anticonceptivos, sea la píldora, o el aborto. Aunque es cierto que la natalidad también descendió, no solo por la parte de inversión educativa como mejora, sino por consecuencia de la pobreza. Por tener un bajo nivel de vida. Muchas acudieron a la esterilización para poder tener mejores condiciones de vida. Realmente, las mujeres indígenas conscientes del límite de originar una familia numerosa y junto a sus parejas, o por ellas mismas detectan el peligro que tener demasiados hijos, podría ser perjudicial para el resto de la familia. Lo que sí es cierto, es que el control de natalidad ha partido desde un concepto negativo del crecimiento demográfico, aunque podría ser todo lo contrario. El concepto de población se empieza a considerar óptimo para el desarrollo económico en el mercantilismo de Adam Smith, en su obra *La riqueza de las naciones* (1776) puede verse dicha referencia (Romero 1998, 535).

Por otra parte, este tiene una connotación pésima según Malthus, que a su vez Karl Marx posee una visión más afín de pertenecer la población sumergida a una dinámica capitalista. Por tanto, la visión de una acumulación de una población puede significar un progreso económico-técnico, siempre y cuando tenga una organización del sistema productivo y distributivo, formando parte de las acciones institucionales (Romero 1998, 535-536). Un ejemplo de ello sería la perspectiva ecologista. Esta suele denotar que el crecimiento de los habitantes violenta las condiciones naturales de la tierra, cuando realmente es por el comportamiento de la humanidad con la naturaleza, debido al estilo de vida que llevan los países occidentales, por su excesivo consumo y la sobreexplotación de los recursos. De hecho, el continente latinoamericano a pesar de tener mucha más población no es el principal productor de contaminación, en el caso de consumo medio de energía comercial; Estados Unidos tiene un promedio de 12 veces mayor que América Latina. En conclusión a esto, es bastante evidente que el crecimiento de la población de los países no establecidos en el

desarrollo económico, no son culpables del mal estado del medio ambiente (Romero 1998, 536).

Una vez introducido los posibles intereses y/o motivos que hay detrás del control de natalidad, cabe mencionar algunos de los aspectos positivos y negativos de la aplicación e implementación de tales medidas sobre la población indígena.

1.2. Aspectos positivos y negativos de las políticas de control de la natalidad de la población indígena

En este punto analizaremos brevemente la dicotomía de aspectos que surgen como resultado de la puesta en marcha de las políticas del control de natalidad. En relación a los aspectos positivos de los casos de Brasil y México descritos con anterioridad; se practicó una reducción de la demografía, acompañada de una transformación de género, familiar, social, cultural y, sobre todo, la aceptación de métodos anticonceptivos como el de la esterilización. Considerando para bien las estructuras socioeconómicas y permitiendo que los avances de la modernización aportaran a la mujer en el ámbito laboral, y su protección en el campo académico. Consiguiendo un avance en la división del ámbito privado al público de la mujer, adquiriendo así un estatus más independiente.

Este caso concreto sucedió en Brasil justo en unos cambios radicales en el sistema educativo y económico, así como en una serie de estrategias que ayudaron a la mujer a encontrarse en mejores condiciones a partir de los años sesenta. Eso sí, estos cambios no fueron el resultado de un interés porque lo justo acontezca. Más bien fueron fruto de la enorme desigualdad del país. A pesar de que la brecha laboral descendía, la desigualdad dentro del ámbito privado no, debido a que no se hacía una reparto equitativo de las tareas domésticas y de cuidado de los hijos, por lo que las mujeres de clase trabajadora tuvieron que adentrarse en la esfera del trabajo por necesidad y presión económica de sus hogares, forzando su salud y multiplicándose en responsabilidades domésticas sumadas a su nuevo empleo. Imponiendo un modelo a seguir de mujer independiente sin prestarle apoyo psicológico, ni conocimiento de cómo disfrutar la sexualidad y entender la fecundidad (Vázquez y Ortiz 2020, 164).

Respecto a los aspectos negativos del diseño e implementación de políticas de control de natalidad, suele estar basado en la coerción y vulneración de los derechos humanos. Como el caso Perú, en capítulos posteriores se profundizará en ello. El cual destaca por una ausencia de información respecto a programas que atañen a la salud reproductiva. Solo encaminado a métodos hormonales o una esterilización irreversible, ignorando otros componentes previos a este proceso médico, que facilitarían sus condiciones de vida. Incluso, la sanidad pública acudió a controles de natalidad que partían de recursos privados con una finalidad económica o por interés de partidos políticos, lo que ocasiona falta de profesionalidad y cuidado. Debido a que se basaban en cumplir ciertos compromisos a nivel internacional, en este contexto la reducción de la fecundidad se toma como una simple disminución numérica, cuando realmente hablamos de vidas humanas. Además, que somete a la mujer a una encrucijada a la hora de la toma de decisiones que pueden derivar en secuelas psicológicas graves. De hecho, uno de los grandes avances en el control de natalidad, surgió a raíz de la Conferencia de Población en el Cairo de 1994. En ella se habló de derechos reproductivos y salud sexual, planificando métodos de regulación de la fecundidad y medios para llevarlo a cabo de una manera respetable, según como sea la comunidad en la que se entre, y cubrir con suministros de anticonceptivos. Compartir información con libertad y realizar una buena planificación familiar dentro de la sanidad pública. No obstante, a pesar de implantar medidas que se asemejan al ideal de justicia, han destacado más las consecuencias derivadas de un control excesivo y deudor de compromisos políticos (Romero 1998, 536-538).

«Las reacciones antiestatales surgen en primer lugar porque precisamente no se cumplen los derechos humanos, ya que la libertad está condicionada. Por un lado, está condicionada por la propia situación social; los pobres disfrutan de menos “libertad para decidir”, que los ricos y los del campo no disfrutan de ninguna opción. No se contemplan con un mínimo de equilibrio los aspectos económicos, sociales y culturales. Las condiciones de vida continúan siendo tan o más desiguales que hace veinte años. A pesar del crecimiento económico menor no acontece una mejora importante» (Romero 1998, 538).

Los problemas que desencadenó la aplicación de unas políticas tan exhaustivas de control de la natalidad generaron un crecimiento abyecto del imaginario colectivo mediante la recreación de una cultura silenciosa basada en la violencia. Una visión paternalista de querer controlar absolutamente la fecundidad, enfocada precisamente en la demografía de América Latina, África, o incluso la India. Haciéndoles responsables de muchas catástrofes naturales o de contaminación a los migrantes, pobres, y racializados, situación que hemos repasado anteriormente y se ha demostrado que no es así. Por tanto, todo lo argumentado hasta aquí

representa el control de la natalidad como una problemática de la pobreza causada, no por falta de recursos, sino por falta de compromisos políticos. Los países menos desarrollados si gozaran de una buena distribución económica podrían llegar a tener resultados muy favorables. Aritméricamente, puede ser que a menor cantidad de habitantes haya mayor ingreso per-cápita, no obstante, eso no va seguido de un ingreso mayor per-cápita de condiciones de vida mejor para la ciudadanía. Además, ¿Por qué hay un interés desmesurado de las altas clases en disminuir la población? si precisamente los que pertenecen a los países más desarrollados son los responsables de los niveles altos de contaminación, empleando así el argumento neomalthusiano como solución a los problemas. Ignorando los factores que condicionan a la población marginal, la que se encuentra en desempleo o desnutrición (Romero 1998, 539-540). Lo mencionado anteriormente sería desde una perspectiva de productividad y de beneficio del control de natalidad.

Por otro lado, se encuentra la teoría expansionista de carácter positivo. Esta teoría defiende la idea de que una cantidad elevada de ciudadanos determina de gran manera la riqueza de un país, siendo una axioma social, que no se aplica a las comunidades indígenas, ya que estas no eran fuente de riqueza, como sí era la población europea. Como argumenta Jean Bodín, «uno nunca debería temer que haya demasiados súbditos o demasiados ciudadanos, cuya fortaleza de la comunidad está en los hombres» (Federici 2016, 133). Estas ideas chocan con la concepción actual de la natalidad, pues ahora se ciñe a un ámbito de reducción de ella. Podríamos decir que la tasa elevada de nacimientos se consideraba positiva y recomendable para la economía. Si por una parte se valoraba positivamente la capacidad reproductiva de la mujer en favor de la especie humana, por otra la llegada del mercantilismo hizo que esa condición fuera clave de una noción de progreso basada en la creación de riqueza de las naciones mediante la mano de obra y la seguridad.

La concatenación de las ideas que leeremos a continuación, siguiendo la línea de Silvia Federici en su obra *Calibán y la bruja* (2004), describe como la visión de la pronatalidad estuvo su punto álgido durante el siglo XVIII. En aquel momento, las personas eran vistas como un recurso natural con una función social. Por ello, el estado adoptó una figura pro-natalista de políticas reproductivas capitalistas, incentivando leyes a favor del matrimonio y promoviendo la familia como institución relevante para el mercado y la sociedad.

Es necesario partir de la explicación de este contexto histórico para comprender la gran envergadura del sometimiento de las mujeres, a las cuales les impusieron penas severas en temas relacionados con el procreación anticoncepción, aborto, etc. En muchos países fueron juzgadas con penas más severas que las aplicadas por asesinato. Antecedentes importantes a tener en cuenta que han repercutido hasta el día de hoy. En Europa fue conocida la acusación de ser brujas y asesina de niños, cayendo la responsabilidad de la reproducción en ellas, relegando el papel de dadores de vida a los hombres.

En este contexto se acentuó la práctica del paternalismo médico, expulsaban a las parteras de la sala, anulando la cooperación femenina, para que estos tengan el control absoluto del nacimiento. Estas políticas tomarían el rumbo durante dos siglos, un método de esclavización de la mujeres en la procreación.- Durante este tiempo, las mujeres podían acudir a diferentes procesos de anticonceptivos, como hierbas que provocaban el aborto o si ya tenían hijos prolongar la lactancia lo máximo posible, método efectivo en un alto porcentaje. Pero tanto las mujeres europeas como las pertenecientes a las colonias americanas fueron obligadas por sus amos a convertirse en un servicio de acumulación en la creación de nuevos individuos. El concepto de la procreación que está distante de ser un proceso natural ligado a la vida, está ya inmersa desde tiempos pasados a un desarrollo capitalista. Donde el estado y el contexto económico, han asumido un rol regulador y de coerción para expandir las fuerzas de trabajo. Esto fomenta una vida repleta de angustia constante por contemplar el propio cuerpo femenino como atadura y transformado en tu propio enemigo (Federici 2016, 130-141).

1.3. Biopoder en el control de la natalidad de la población indígena

El término «biopoder» se define como la intromisión proveniente de la política en la esfera de la vida privada, sus principales intenciones pueden ser una limpieza o depuración de la sociedad, trata el cuerpo como un organismo saludable cuya pretensión es que no altere el orden público. Posee un miramiento hacia el manejo de la población, considerándola como un cuerpo social, militar y político (Tejeda 2012, 16).

Según esta definición todo lo mencionado el apartado anterior está muy ligado al concepto a lo que hoy se denomina como política de población o biopoder, que consiste en un control

sanitario sobre su sexualidad, y de cómo esto repercute en el ámbito económico, gestándose a la sombra del neoliberalismo. El estado empieza a castigar según su interés del crecimiento poblacional, gestionando la reproducción como asunto del estado, regulando y tomando control hacia las mujeres. Las reglas suelen ir ceñidas a un estado de naturaleza; donde sobreviven los más fuertes y quienes sepan adaptarse mejor a su medio. Por tanto, la biopolítica tiene una misión de renovar los Estados de la demografía a través del control de natalidad, y todo lo relacionado con la distribución de la población, siendo una especie de vigilante y controlador de los habitantes. A priori, sus intereses o motivaciones que se esconden detrás del control natal es la individualización y el querer que el ser humano se desarrolle, no obstante, también puede cobrar forma de intimidación y represión. Es lo que veremos más adelante en los próximos capítulos con ejemplos de control de natalidad en Perú. Porque la vida humana cobra una doble dimensión; debido a que las personas pasan a pertenecer al orden público, bajo el mando de estructuras de poder totalitario (Tejeda 2012, 16-17).

Cabe recalcar que el biopoder del control natal solo llega a su estado o cúspide si la política y el poder administrativo ya controla la vida individual sobre los cuerpos; es decir, primero va la política, después entra en acción el biopoder.

«A través de los cuerpos se exploran las fronteras de lo natural con lo artificial. La fragmentación y la intervención de lo corporal a través de la técnica, destruye y acaba con la naturalidad y se centra en territorios fronterizos donde todo resulta posible. El estado mismo ya era considerado como un “hombre artificial» (Tejeda 2012, 20).

El biopoder tiene la alternativa de intervenir sobre la vida de las personas, en este caso sobre la reproducción femenina, solo que si se aplica de la forma equivocada acorta la vida, por las malas condiciones o forzamientos que pueden padecer las mujeres indígenas cuando toman sus cuerpos sin consentimiento, y modifica la posibilidad de vivir, alterando los dictados de la naturaleza. ¿Hasta qué punto es aconsejable manipular los cuerpos? ¿Es ético si su fin se ciñe en una evolución adecuada para la población? ¿A pesar de que pueda tener consecuencias de un exacerbado control de los sujetos? Incluso puede llegar a rozar la tanatopolítica, por vincular la política con la muerte, debido a que centros de sanidad pública acabaron con las vidas de mujeres indígenas por prácticas abusivas en la detención del feto, solo por querer cumplir cierto compromiso político o depender de las directrices económicas de una empresa, siendo los médicos coercionados forzando procedimientos distantes de la ética de la

medicina. Catalogando los cuerpos por segregación y favoreciendo a aquellos que gozan de privilegios y obedecen el estándar social, denominado fascismo eugenésico; debido a que clasifica y prioriza a ciertas personas, dejando a otras desatendidas, sea por desnutrición, sobre todo en territorios de África, Asia y, en nuestro caso; América Latina, negando el derecho a las mujeres indígenas a su cuidado del cuerpo, y no siendo respetadas en comparación con las mujeres provenientes de la ciudad y con un estilo de vida no amenazante o arriesgado cara a las instituciones. Tal como ocurrió durante el mandato de Fujimori, en Perú. Es un espejo total de la deshumanización, teñido de discriminaciones étnicas, religiosas, y raciales. Por ello, la bioética está relacionada con la política, aquí se puede detectar la ofensiva que sufren los cuerpos, y no solo cuerpos, sino las almas o a la proyección de ciclo vital de cada persona (Tejeda 2012, 15-24).

Capítulo II

Un caso de control de la natalidad indígena en el Perú de Fujimori

0. Introducción

El problema en cuestión de querer controlar la natalidad de las mujeres indígenas en latinoamérica se conforma por varias situaciones, una de ellas, es por parte del estado, de querer elaborar una planificación familiar con tintes paternalistas. Comentaremos los casos de dos países; Perú y México, partiendo de ellos, explicaremos las deficiencias encontradas en su estructura de salud pública.

El primer caso, ocurrido en Perú, se pudo contemplar en las comunidades rurales, casos de mujeres forzadas a esterilizarse, de las cuales muchas murieron por complicaciones al no ser atendidas profesionalmente. Hechos que han sido objeto de investigación desde los derechos humanos por parte de CLADEM, Comité de Latinoamérica y el Caribe en Defensa de los Derechos de la Mujer, en 1999 (Boesten 2007, 1).

A parte de esto, conviene resaltar la aplicación de una política económica malthusiana en los años 90, ligada a los derechos sexuales y reproductivos, en el que se defiende un control de natalidad como mecanismo de organización de una población. Todos estos acuerdos se aprobaron en la Conferencia de Beijing de El Cairo sobre Población y Desarrollo, 1994, como también en la Conferencia de Beijing sobre la mujer, ocurrido en 1995. Es decir, aquí hay un conflicto debido a que crean políticas a nivel internacional y nacional que se han disfrazado o empapado como decisiones recomendables por motivos económicos, salud pública o por temas medioambientales. Cuando realmente hay un motivo clasista y de poder; pues son estrategias basadas en la aporofobia, rechazo o miedo a la pobreza. Consiste en querer eliminar una determinada clase dentro de una población. Hay una intencionalidad de amoldar el estilo de vida occidental a las mujeres indígenas para que estas cumplan el papel esperado por el estado. Hablamos de una meta impuesta a estas comunidades alcancen la modernidad, en el sentido de enfocar un objetivo de relacionar el problema de la natalidad indígena hacia unas políticas eugenésicas, y de esta manera mejorar la calidad de las

poblaciones latinoamericanas, que incumbe una construcción de nación basado en la desigualdad y racista. Realmente se puede ver cómo que las intenciones no consistían en mejorar la educación o calidad de vida de dichas mujeres, pues se han demostrado intervenciones provenientes de EEUU para ejercer programas de control natal en el Tercer Mundo, determinadas por unas políticas imperialistas. Esto derivó en un conflicto de clases, porque las mujeres pertenecientes a una clase media sí estaban arropadas y mejor asesoradas en términos de información, orientación de anticonceptivos y salud reproductiva, mientras que las mujeres pobres indígenas estaban aisladas de los servicios sanitarios. Por otra parte, la intervención de la iglesia como opositor ante los métodos modernos que desechan la fecundidad tuvo un papel importante y durante el mandato de Fujimori (1990-2000) aprovechó para tomar medidas de control social hacia las mujeres indígenas. Detrás de esto había una importante financiación internacional, por lo cual era una relación de intereses, basada en un compromiso político. Perú se vio obligada a realizar una serie de reformas en sus políticas de población por causa de su dependencia económica y de sumisión bajo el mando de ciertas potencias (Boesten 2007, 2-4).

2.1. El programa Reprosalud de Perú

Estamos contemplando casos prácticos que reflejan las deficiencias del control de natalidad en las mujeres indígenas. Estas mismas han compartido públicamente el engaño que han padecido y esa falta de orientación por parte del personal sanitario. Sobre todo, una falta de apoyo por parte del activismo por sus alianzas o conveniencias con el gobierno autoritario del Perú, deslegitimando así el programa Reprosalud del país.

Se empezó a descubrir las intenciones, acuerdos y ambiciones de los objetivos demográficos de Fujimori, del que se confirma la frase de «Umbral mínimo de calidad ofrecida al mayor número de personas en riesgo» (Boesten 2007, 10). Que supuestamente fue creado para promover los derechos de la mujer, situación que desestabilizó a los altos cargos pues se resistía a semejantes cambios. En el 1997 ya empezaron a verse acusaciones consistentes de pruebas, aunque la USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) actuó como si no fuera consciente de lo sucedido, y una vez fueron acusados ya retiraron su financiamiento de todos los programas de Perú. Teniendo en cuenta los presentes hechos comentados y conociendo las verdaderas intenciones del control de natalidad en el caso del

Perú, vemos como las mujeres no han sido empoderadas ni se les ha ofrecido un conocimiento respecto al porqué sería recomendable el empleo de anticonceptivos. Fue una política introducida de forma violenta en sus comunidades, obligando a ser esterilizadas, no contemplando la voluntad de las mujeres indígenas y superponiendo el interés del estado. Como si se diera por hecho que ellas no quisieran reducir el número de hijos, cuando realmente querían hacerlo, pero el estado no supo tratarlo, ni mucho menos comprenderlo con tacto ni sensibilidad (Boesten 2007, 10-11).

La concatenación de las siguientes ideas, estudiadas por Jelke Boesten en su obra *¿Libre opción o alivio a la pobreza? Políticas de población en el Perú de Alberto Fujimori* (2007). Demuestra que la Encuesta Demográfica y de Salud de 1991-1992 ayudó a comprender que las mujeres peruanas consideran óptimo tener 2 hijos como mucho, no obstante, si lo contrastamos con la realidad, la tasa de fecundación nacional consistían en 4 hijos por cada mujer, y si nos adentramos en las zonas rurales; el número aumentaba a un total de 6 hijos por mujer. A causa de que las mujeres no querían tener más hijos, acudían a abortos de manera ilegal, y quienes lo ejercían precisamente no eran profesionales dentro del campo médico, una situación muy peligrosa. La organización Flora Tristán, de carácter feminista, determinó que el 30% de los embarazos al año eran casos de aborto, de los cuales se padeció complicaciones en la ejecución, incluso llegando a una mortalidad materna preocupante. Es alarmante la situación, pues estas mismas mujeres comentaban el dolor físico insoportable y las consecuencias que acarrea tener muchos hijos, sus cuerpos se descomponen enteramente.

Esto mismo describe la necesidad de ellas de poder generar un cambio en la dinámica de la maternidad. Por tanto, no es necesario emplear técnicas de coacción por parte del estado.

Aquí nos encontramos ante un tema cultural y que no solo se ciñe al ámbito de la bioética. Debido a que una parte considerable de estas mujeres estaba a favor de usar métodos anticonceptivos, pero no a favor de las técnicas modernas. Más bien optaban por la vía del uso de hierbas, el tradicional coitus interruptus, lactancia materna prolongada en el tiempo, entre otros recursos. Analizando esta situación de creencias, sí que hubo interés en un aumento de centros de salud. En ellos se invirtió en una planificación familiar en el gobierno de Fujimori, para crear una especie de conciencia en la confianza hacia los métodos anticonceptivos modernos. Todo esto quedó reflejado en los informes auto-etnográficos que hicieron las mujeres, prestando su visión respecto al tema de la salud reproductiva (Boesten 2007, 10-12).

2.2. Repro salud y las mujeres indígenas de Huancavelica

Cabe a volver a hacer hincapié en los casos prácticos sucedidos en el Perú, pues son muy útiles para comprender el estado de la cuestión. Conviene compartir la experiencia que tuvieron las mujeres indígenas de Huancavelica, un departamento de los Andes, una zona poco accesible. Allí operaban trabajadoras comunitarias del Movimiento Manuela Ramos. Su proyecto consistía en ofrecer a las mujeres un asesoramiento e información sobre el embarazo, parto o posibles enfermedades que se pueden contrariar en la reproducción sexual, como a su vez, otros temas sociales-domésticos; violencia familiar, que conozcan sus derechos y leyes, entre otros aspectos para su defensa y protección.

El método consistía en que las mujeres comentaban los problemas que se encontraban a diario dentro de la esfera de su vida sexual, en todo momento eran informadas que serían grabados o escritos dichos testimonios. Muchos de ellos fueron narrados desde el idioma quechua, y eran recuentos bastantes subjetivos que se han ido adaptando a diferentes traducciones. Fue un estudio de campo muy interesante, debido a que servía para entender la cosmovisión de estas mujeres y su posible rechazo a los métodos anticonceptivos. Eso sí, estuvo el procedimiento empapado de malentendidos socioculturales, en él nadaban altos prejuicios racistas y sexistas con respecto a las mujeres rurales. Esta puede ser una de las razones por la que el personal sanitario optó por una vía de coerción al llevar a cabo programas de planificación que atañen a la familia. Obstaculizando completamente el derecho fundamental de las mujeres sobre el control de sus cuerpos (Boesten 2007, 12-13).

Otro de los problemas determinantes para analizar el contexto del control de natalidad en las mujeres indígenas, es el valor cultural que dan ellas mismas al tener una gran cantidad de hijos. Al respecto, su estatus de mujer va directamente relacionado con su calidad de fertilidad, que también afecta a los hombres y su rol en la familia. El hecho de una crianza grande se relaciona con una bendición o mandato divino, aunque poco a poco esto va cambiando en las generaciones más jóvenes, pues muestran escepticismo. Según datos que recoge el Movimiento Manuela Ramos. Se genera una especie de disrupción de concepciones respecto a la reproducción sexual dentro de la comunidad indígena; en el sentido de que hay una parte de las mujeres que en los autodiagnósticos realizados confesaron el deseo de tener

2-3 hijos para reducir su carga económica y doméstica, o incluso para cuidar más la relación conyugal.

Por otra parte, hay un sector que no lo contemplan de esa manera, por ejemplo; los maridos no quieren perder su facultad de control sobre la sexualidad en ellas y relacionan los anticonceptivos modernos en contra de su hombría, incluso con síntomas de infidelidad, por si su pareja lo pueda emplear con otros hombres. Estos hábitos y tradiciones machistas pueden llevar a un comportamiento hostil masculino hacia ellas en los hogares, como los celos o agresiones físicas. Por esto mismo, puede ser uno de los determinantes para que la mujer decida no usarlo, por todas las consecuencias que acarrea (Boesten 2007, 12-14).

Lo único que comparte la comunidad indígena, es la confianza por los métodos naturales; mencionados con anterioridad, solo de esa forma ven viable interrumpir el embarazo, sobre todo porque el hombre cumple su rol del control de la fertilidad. Contemplando este conflicto sociocultural, las mujeres indígenas han comentado que los hombres podrían estar dispuestos a aceptarlo, si son previamente informados al respecto. Se llevaron a cabo programas en las comunidades indígenas de Lima, además de la de Huancavelica, que incluyeron participantes hombres junto a sus parejas que de forma igualitaria asistían a los talleres. De esta manera, no veían como una acción sospechosa por parte de su esposa el querer usar los métodos modernos, sino más bien una tarea de dos, pero esto tenía más o menos éxito en la población joven, aunque no tanto con adultos. Esto sumado, a los mitos convencionales de la comunidad provocan incertidumbre ante los anticonceptivos, por ejemplo; muchas mujeres afirman que al conocer su ciclo menstrual emplean los días menos fértiles para poder tener relaciones sexuales, solo que no siempre tienen éxito y tentar a la suerte en temas de control de natalidad es bastante contraproducente. Además de suponer una contrariedad en términos biomédicos. No es un método efectivo pues muchas mujeres apenas conocen su ciclo menstrual porque nada más les llegó la menstruación quedaron embarazadas (Boesten 2007, 14-15)

Las consecuencias derivadas del control de natalidad ejercido por los estados latinoamericanos como en el Perú, a través de las esterilizaciones, píldoras o inyecciones, no han dado buenos resultados. En los famosos autodiagnósticos realizados por la ONG Movimiento Manuela Ramos junto a Reprosalud (Boesten 2007, 15). Confirman que la esterilización ha creado cambios en la actitud en la mujer. También podría derivar en

enfermedades como pérdida del peso, hemorragias, o cáncer. Hay casos en los que genera una deformación en los futuros nacidos (Boesten 2007, 15). Si a lo mencionado recientemente agregamos los miedos y la difamación que cobran estas historias en las comunidades indígenas, es comprensible su rechazo, eso sí, a pesar de que sean datos reales; a muchas de la historias les falta información complementaria porque podrían ser fruto de supersticiones. Por ello, debe haber un acompañamiento profesional por posibles futuras complicaciones, y sobre todo, que el hombre esté presente también en cada proceso, así se evitará el factor sorpresa, para que no recaiga toda la responsabilidad en la mujer como gestante, sino también en su compañero.

Un estudio de investigación elaborado por Giulia Tamayo, abogada que ha desvelado muchos casos de maltrato por parte del personal sanitario. Una de estas pruebas deriva de las mujeres de Huancavelica, quienes confesaron que una de las enfermeras les recetó pastillas supuestamente para el dolor de cabeza, cuando realmente las intencionalidades eran un aborto, o casos como la introducción del DIU, inmediatamente después que la mujer diera a luz, sin su consentimiento, siendo recién consciente de la operación por sentir el dolor que le ocasionaba. Dando por hecho, por parte de los médicos, de que sería un fracaso informarlas pues ponían en duda el que estén dotadas de racionalidad. Estas acciones por parte de la sanidad pública del Perú y por distintas ONG, según Jelke Boesten (Boesten 2007, 8) estaban teñidas por una relación jerárquica y totalmente paternalista hacia las pacientes. No se ha tenido interés en generar ese debate deliberativo, ni una escucha práctica de las afectadas. Una vez gestado todo este ambiente hostil, uno se pregunta cuál es el motivo de esos comportamientos tan faltos de cuidados por parte del personal sanitario. La respuesta a esto reside en el sistema de cuotas que creó Fujimori en el país (Boesten 2007, 15-16).

2.3. El sistema de cuotas de programa Fujimori

El mismo Comité Latinoamericano y del Caribe dedicado a la Defensa de los Derechos de la mujer, CLADEM, fue una de las primeras voces en compartir los casos escandalosos iniciados por el gobierno del momento. Junto a Giulia Tamayo, este dio a conocer diferentes estrategias de persuasión y acción por parte del personal sanitario hacia sus pacientes. Uno de los factores de seducción de la Campaña de Control de Natalidad en Lima era la promesa de

proporcionar alimentos y ropa, así captaba la atención de las mujeres. Una vez eran conscientes de la prisión en las que se encontraban, si llegaban a protestar eran amenazadas a través de multas, o de no tratar nunca a sus familiares en el hospital, o incluso las atemorizaban con meterlas en las cárceles. El lema en los hospitales de los años 90, era «asegurar que las mujeres que vienen por un parto o aborto, salgan con un método suficiente para prevenir futuros embarzos» (Boesten 2007, 17).

Otros datos reflejan que los medios de comunicación, tanto del propio país como fuera de él, señalaron que entre 1995 y 1999, 200.000 mujeres fueron esterilizadas. Eso sí, dentro de este espectro, muchas de estas mujeres fueron sometidas a coacción y coerción, pues el recurso de soborno estaba presente, ya que la mujer aceptaba porque le ofrecían algo en su lugar, comprando su última decisión, anulando así su voluntad. Las pruebas indican que alrededor de 17 mujeres murieron a causa de malas prácticas, y otras quedaron discapacitadas por las intervenciones mal estructuradas (Boesten 2007, 17). Y esto no es todo, el factor de materiales profesionales en los hospitales destinados a zonas rurales era escaso, tampoco se seguían los procesos de higiene fundamentales en las esterilizaciones. Es decir, no podían llegar a las exigencias de una demanda real de la mujeres, ni mucho menos ser leales al Programa Nacional de Planificación Familiar, pues todos los casos estaban empapados de violencia y abuso a la población peruana.

Volviendo al sistema de cuotas establecido por el gobierno, la creación de esta ley intervino muchísimo en las decisiones de los enfermeros y las enfermeras, porque debían cumplir una serie de demandas impuestas por el estado. Refiriéndonos a un sistema sanitario basado en recompensas y castigos. Si el personal sanitario cumplía las exigencias de los cupos se les premiaba con mejores equipos de ordenadores entre otros recursos. Se les daba si conseguían la cuota de 4 a 6 mujeres esterilizadas al mes, si no lo hacían perdían el puesto de trabajo. El estudio de Tamayo confirmaba unas declaraciones en el ámbito de los trabajadores sanitarios del cual decían «era una situación autoritaria, no podíamos oponernos a ella. Fuimos a buscar a las mujeres que podíamos esterilizar» (Boesten 2007, 18).

Los sanitarios también estaban bajo la coerción del gobierno de turno, y por otra parte, aprovechaban su rol de poder para actuar con grandes márgenes de libertad. Conociendo estas pruebas, nos encontramos ante una situación de poder de gran envergadura. Las mujeres del departamento Huancavelica, como las indígenas de otros lugares confesaron los tratos

humillantes que recibían por parte de los médicos. En el 2000, las mujeres provenientes de Plamplona alta, Lima. Escribieron por medio de una lista todos los tratos que recibieron. Uno de ellos fue las reiteradas acusaciones por su comportamiento sexual descontrolado y todo lo que atañe a su condición de aborigen o situación jurídica. Un médico en La Mar afirmaba por sus propias palabras «esas mujeres son ignorantes. Nosotros solo las sobornamos; consienten a la esterilización si se les da dinero para su necesidades básicas» (Boesten 2007, 18). Estas son las razones de estos comportamientos coercitivos por parte de los enfermeros y enfermeras que se dejaban influenciar por la afirmación del médico, gestando un desprecio clasista ante la población indígena, creyendo que no son capaces de comprender la situación.

El mero hecho de establecer cuotas en un país determina unas políticas sospechosas, pues se debe cumplir determinado número para satisfacer las demandas del gobierno. Porque detrás de ellas se encuentran abusos de discriminación por clase social, género y étnica. Dichas cuotas influían en la distribución de alimentos, en la educación, y todos aquellos programas estatales con tintes sociales, organizaron una jerarquía marcada por el género y la raza. La lucha de Fujimori contra la pobreza estaba basada en la obediencia autoritaria que se aprovechaba de la vulnerabilidad local (Boesten 2007, 19).

Aquí hay un análisis sobre la desigualdad, porque uno de los médicos investigados por Tamayo, admite que aplicaba un trato diferente a las pacientes dependiendo de cuál era su nivel educativo. Teniendo en cuenta que él se consideraba orgulloso de su sangre aymara y que eligió el destino de La Mar para poder atender a las indígenas, sin embargo, tras cuatro años de estancia nunca aprendió el quechua imposibilitando una comunicación fluida con la población local. Creyendo que poseía una verdad absoluta y cumpliendo las peticiones del gobierno central, por tanto, las cuestiones de etnia y género son el enfoque de los problemas que ha englobado las decisiones del control de natalidad en las mujeres. Sumado a que el personal sanitario consideraban promiscuas a las indígenas y aprovechaban esa premisa como justificación del control natal, basándose en la presión de una política urgente para poder paliar la pobreza.

Para ir concluyendo el caso del Perú, se puede analizar una fuerte contradicción en las políticas de población de Fujimori cuyo supuesto objetivo principal era promover los derechos de la mujer a poder elegir, cuando el motivo real era reducir aceleradamente los nacimientos enfocada en la población pobre. En lugar del empoderamiento, a causa del

desprecio con que fueron tratadas, se logró el efecto contrario. El objetivo era eliminar a ese sector problemático del país, impregnado así de constantes prejuicios en sus políticas y leyes creando ansiedades desde el comienzo del siglo XX en la población indígena peruana (Boesten 2007, 20).

Otros de los problemas desencadenantes de las actitudes políticas fue la focalización en la responsabilidad absoluta hacia las gestantes y en la cantidad de hijos que podrían o deberían tener y no incluyendo a los hombres en el proceso, situación que quizás podría haber dado otra perspectiva al asunto. Es decir, relegaba mucha carga a las mujeres pero al mismo tiempo les negaban la facultad de poder decidir por ellas mismas y gestionar su vida sexual y su fecundidad. Añadido a las relaciones de poder abismales que se generan en los centros médicos. A pesar de las malas condiciones, las mujeres indígenas aprovechaban las campañas para impedir futuros nacimientos. Decidían por ellas mismas que el mejor método ofrecido era el DIU o la esterilización, debido a que podía ser ocultado a sus maridos con respecto a los anticonceptivos modernos, como las píldoras, inyecciones o condones que eran mucho más vistosos. Se puede apreciar perfectamente en estos casos los comportamientos ambiguos de las mujeres que, ante las sospechas, intentaban en lo posible que las campañas jugaran a su favor y por medio de la estrategia y la intuición intentaban sobrevivir. Por desgracia, estos acontecimientos provocaron un retraso en la salud sexual y en los derechos reproductivos, y fue un periodo que la comunidad provida aprovechó su oportunidad para criticar las peligrosas prácticas de la liberalización de los derechos sexuales y del cuerpo (Boesten 2007, 21-22).

Capítulo III

Bioética y biopolítica: una crítica al biopoder

0. introducción

El concepto de biopoder es clave en este trabajo de investigación para analizar los mecanismos o herramientas que han envuelto los controles de natalidad sobre los cuerpos de las mujeres indígenas, durante el mandato de Fujimori. Ahora bien, qué significa exactamente biopoder o qué abarca al ejercerlo sobre una población.

Primeramente, biopoder es un término acuñado y desarrollado por Michael Foucault, quien lo define de dos formas diferentes. Por un lado, lo denomina anatomía de la política del cuerpo, refiriéndose a los dispositivos encargados de adueñarse del cuerpo físico del ser humano y lo que pertenece a sus fuerzas productivas por medio de un control específico, el tiempo y el espacio. Desarrollándose en escenarios de todo tipo de instituciones, sea en un colegio, puestos de trabajo, fábricas u hospitales, tal como sucedió con las continuas prácticas de interrupción en los fetos, ocurridos en Perú. Por otro lado, lo expresa como la biopolítica de la población, encargada del control o regulación de las masas a través de asumir el control de natalidad, epidemias, flujos migratorios o en aumentar la calidad de años de vida. Todos estos factores se suman a la estructura económica y política imperante en el mundo actual: el neoliberalismo, una corriente que contagia el mercado y el estado y las relaciones económicas, políticas y sociales que conlleva un peligro de sobreestimar el dinero (Meza 2013, 34-35).

El biopoder, por tanto, suele ligarse a prácticas autoritarias de gestión, segregación o control de los cuerpos. Lo más tradicional a lo largo de la historia ha sido estudiar las relaciones de fuerzas por la lucha de clases o a través de un contrato social, estableciendo a un estado absoluto como foco antagonista ante la sociedad civil. Según el análisis de Foucault, no emana el poder de la cuestión amo y esclavo o, en este caso, el estado patriarcal ante las mujeres indígenas. Las fuerzas no nacen de una sola fuente. Son movibles y viven constantemente transfiguraciones. Viene del mundo microfísico sin tener un centro absoluto. Por tanto, la función del poder recae en regular y gestionar los procesos vitales del ser

humano, estableciendo leyes políticas para llevar un seguimiento de epidemias, organización, económica o transformación del espacio (Furtado y Oliveira 2016, 35-36).

Así, el empleo del biopoder es útil como pautas organizativas para la sociedad. Sin embargo, la presencia del biopoder en el ámbito médico se ha desarrollado como una especie de policía médica, respondiendo expresamente a las necesidades del estado moderno, creando a su vez mecanismos disciplinarios en los pacientes. De hecho, uno de los recursos gestionados por el biopoder en el caso de las mujeres indígenas, es el empleo de sus modos de purificación de la población, queriendo alcanzar la eliminación de determinadas comunidades étnicas, mediante prácticas de eugenesia política. Un poder claramente aceptado y dirigido por la administración del gobierno. Un plan económico llevado a cabo para responder a unos parámetros de prosperidad y exterminio de un racismo de estado (Furtado y Oliveira 2016, 36-37).

Al respecto resulta increíble observar cómo ha llegado a normalizarse la cultura de la muerte en el marco de la democracia. La tanatopolítica justificándose como medida saludable para la población en la natalidad controlada. El biopoder actúa como un adiestramiento de los cuerpos, llevándolos al límite de la docilidad hasta transformarlo en un cuerpo- máquina. Y este cuerpo configurado de forma artificial define la vida de los sujetos (Meza 2013, 42).

3.1. Vigilancia y castigo en la biopolítica del cuerpo humano

En *Vigilar y Castigar* (1975) (Meza 2013, 26-27). Foucault hace un repaso de cómo funcionaba el poder en sus orígenes, cuando era soberano. Y este actuaba frente al súbdito de forma directa y contundente en caso de que hubiera infringido la ley. En la relación de servidumbre, no hay vínculo de igualdad de condiciones para la defensa, el soberano se aprovecha del súbdito como si fuese mera propiedad suya. Este rol se trataba de una función jurídico-político para efectuar venganza y humillación como castigo público. Estas dinámicas de dominación de poder no era rentable debido a que solo generaba incomodidad, rebeliones constantes y una desconfianza atemorizadora. Por tanto, el estado fue reconfigurándose y tomando medidas, siendo permisivo en ciertos ilegalismos. Aceptando robos o delincuencias por parte de la clases más bajas, ya que las más acomodadas se beneficiaban del contrabando.

Dejando así de practicar castigos severos con el fin de abrir paso al funcionamiento del biopoder en la población, simplemente porque el papel de soberano ya no se veía capaz de abordar el control de sus habitantes, pues tampoco aspiraba a una eterna impopularidad, porque a la larga es contraproducente por generar inestabilidad para cualquier tipo de negocio de la burguesía. A partir de ahora es conveniente crear nuevos discursos que sigan legitimando el poder, solo que de una forma indirecta (Meza 2013, 26-27).

Es relevante conocer la génesis histórica del poder y ver su transformación al día de hoy en las instituciones. Una de las primeras reformas realizadas tuvo lugar en el aparato judicial, en él buscaron una forma de economía rentable para poder seguir castigando, que asegure una distribución en el que el poder no se encuentre centrado como en etapas anteriores, ni tampoco perdido en pequeños fragmentos. La clave radica en que el castigo habite en todos los entornos sociales, practicados de forma repetitiva para que se generalice en la sociedad. Según las palabras de Foucault:

«Se producirá un esfuerzo para ajustar los mecanismos de poder que enmarcan la existencia de los individuos, una adaptación y afinamiento de los aparatos que se ocupan de la conducta cotidiana, de su identidad, de su actividad, de sus gestos aparentemente sin importancia» (Meza 2013, 28).

Son unas pautas que necesariamente hace un seguimiento de todas las actividades y acciones de los ciudadanos en la cadena de productividad, y para velar por su no rebelión contra el desarrollo globalizado. Por eso mismo, si extrapolamos estos condicionantes en las mujeres indígenas podemos observar que al ser sujetos con dinámicas diferentes de producción y lejanas al mercado actual, son considerados no rentables e interesa insertarlas en la sociedad por medio de los mecanismos del biopoder. Hacen que los castigos se consideren universalizables porque, gracias al nuevo contrato firmado y estudiado por los estados dirigentes, hacen que cada ciudadano sea un cuerpo social — formando la sociedad civil — y es educado para una convivencia a través del orden. Y quien incumpla el pacto, es enemigo de todos, y como método de justicia se le castiga. El biopoder consigue que el propio “pópulo” determine al antagonista y además, que esté de acuerdo en disciplinarlo, librando así al estado o al soberano de cargar con ello. Creando su propio engranaje de poder, y cada mecanismo se encarga de que perdure en el mundo de la vida. «El derecho de castigar ha sido trasladado de la venganza del soberano a la defensa de la sociedad» (Meza 2013, 29).

Esto hace que viajemos al concepto del chivo expiatorio, explicado por René Girard, en el que explica que las antiguas sociedades se creaban a partir de elegir a un enemigo en común, el diferente. Mientras el resto se volcaba contra él, a través de persecuciones colectivas violentas y homicidas, así mataban al supuesto culpable por haber creado un caos y no obedecer o cumplir los requisitos del grupo. Determinando así un cabeza de turco o chivo expiatorio. En el sentido antropológico se trata de un ritual que alimentaba la culpabilidad hacia una víctima, sea animal o ser humano, y que en él depositaban sus frustraciones. Ahora analizando desde el punto de vista psicosocial, el concepto de culpabilidad sigue vigente en nuestra actualidad, sea en conversaciones banales o en asuntos mayores de carácter delictivo (Moreno 2013, 193).

Todo se centra en un desplazamiento violento hacia un sujeto, producida por un acto mimético e influenciado que retroalimenta en la comunidad. Deciden llegar a la violencia porque compromete un fin de apaciguamiento, una catarsis, debido a que el culpable se lleva consigo toda la tensión acumulada.

La teoría de Girard René hilada al concepto de biopoder en la sociedad actual, viene de nuestras ancestrales prácticas a la hora de relacionarnos, porque no se había formado aún las instituciones, organismos actuales que se encargan del control y organización civil. Cuyas bases anteriores estaban impregnadas de cultura y supervivencia. Nuestros antepasados crearon un mecanismo auto-regulador basado en persecuciones y así resolver sus conflictos personales y grupales. Obviamente, estas acciones fueron transformándose y cobrando hasta llegar a ser una estructura política, sin necesidad de sangre y guerras que no son rentables. Al igual que el concepto de estado soberano se ha ido adaptando a una imagen más democrática y menos invasiva (Moreno 2013, 194-195).

3.2. Instrumentos de violencia y castigo en el nuevo estado

La concatenación de las siguientes ideas expuestas, al hilo de lo que menciona Francisca Meza Gómez en su investigación *Michael Foucault: el biopoder como motor de la sociedad de normalización* (2018) respecto a los reformadores del nuevo estado aún siguen necesitando la presencia del castigo. Solo que ya no requiere que sea excesivo, ni mucho menos que llegue a la muerte como se hacía antiguamente, porque el castigo tiene la finalidad de reinsertar al culpable, para que sea útil, y así reactivar esa fuerza de producción. La finalidad es la de enseñar lo suficientemente el significado de transgredir el contrato pactado. Y la forma de pagar recae en la supresión de la libertad, la entrega del tiempo vital en el encarcelamiento. Creando un dispositivo carcelario que activa la conciencia de haber perdido la libertad y esto determinará su moralidad. La cárcel se transforma en un observatorio de los sujetos.

Si profundizamos en el dispositivo carcelario, vemos que se trata de un configurador de cuerpos que tiene lugar en los dispositivos anatomo-políticos, esto quiere decir, que entran en el cuerpo de los sujetos porque solo son concebidos como máquinas productoras. El concepto de la importancia del cuerpo tiene gran relevancia en el dominio del obrar; en el tiempo comprendido entre los siglos XVII-XVIII se percataron de que si educas al cuerpo por medio de la manipulación seguirán un determinado patrón por haber conseguido sumisión y docilidad en ellos, ahí radica el blanco del poder y el objeto del saber. Porque la población obedece y acata las órdenes sin miramiento alguno, ni emplean el razonamiento para cuestionar sus acciones. Es una técnica disciplinaria basada en la configuración del cuerpo, constituyendo el término anteriormente citado, anatomopolítica. Esto define a los sujetos hábiles para recibir prácticas coercitivas y ser sujetos políticos diseñados. Sus movimientos y comportamientos son controlados para un beneficio económico, ese es el verdadero fin y del porqué el estado obra de esta manera (Meza 2013, 29-31).

Según Foucault, quien examina minuciosamente el proceso de esta transformación, «Gracias a estas políticas el cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone» (Meza 2013, 30). Apenas se percata del malgaste físico y tiempo de sus fuerzas productivas. De hecho, el empleo de estas técnicas anatomopolíticas es vital porque tejen la red microfísica como herramientas para que el cuerpo funcione útilmente.

Cada fuerza es ejercida con una finalidad positiva a la economía. Esa energía tiene que ser bien empleada y ser eficaz en los tiempos estipulados. Se ubica a cada sujeto según sus capacidades y en espacios donde se pueda controlar su conducta. Dichos puestos o roles asumidos son distribuidos circularmente y rotan según el nivel del cargo. No son vitalicios. Así aprenden a ser rápidos y aceptar la posición según la necesidad del momento. Si no producen, sufren consecuencias (Furtado y Oliveira 2016, 40-41).

Los instrumentos o técnicas que emplean son la vigilancia constante y jerarquizada; haciendo un dibujo piramidal, por lo tanto el soberano ya no tiene ojos para todos, sino la misma pirámide, dentro de ella hay puestos de altos mandos, medios y bajos, ellos mismos son la policía vigilante de sus compañeros. Por lo tanto, hay espías, es discreta, y resolutiva. Estamos ante un poder sin rostro, son varios seres los que emplean en el mecanismo de coacción, y se encuentran en cualquier espacio, por ello es importante observar el mundo microfísico del poder. Esto da lugar a una sanción normalizadora; se castiga todo lo no aceptado e integrado en el pacto, incluida las desviaciones o el ruido que se pueda ocasionar al respecto. Tiene un objetivo minuciosamente correctivo. Esto nos hace recordar, a las medidas coercitivas del estado peruano hacia la plantilla médica, referente al caso al que si se negaran a las técnicas empleadas del control de natalidad, se les expulsaba del puesto de trabajo, pero si aceptaban, se les premiaba por su conducta obediente, subiéndoles el suelo. Es decir, son medidas que inducen a creer que se ha hecho lo correcto porque se recibe un beneficio. Estableciendo una relación basada en el dinero (Meza 2013, 32).

Aquí ya entra la estructura económica en la que nos desenvolvemos como personas, el neoliberalismo, debido a que el mercado motiva la contribución productiva del dinero, anulando el compromiso mutuo o el obrar por cuidado del otro, sino por el individualismo y egoísmo del beneficio dirigido hacia uno mismo. El capitalismo aumenta los sentimientos de codicia y temor, siendo propios e inherentes del ser humano, potencializado en todo su auge. Si se gratifica a quien obedece y se sanciona al que se desvía, deriva en jerarquizar al mismo equipo de trabajo en buenos y malos y solo asciende de mando quien se ajusta a los parámetros diseñados por el poder. Porque la norma tiene incluso más validez que las normas jurídicas y de convivencia, ya que están siempre presentes y los individuos siendo examinados, deben pasar pruebas en las que muchas veces suelen ser castigados públicamente. Y el castigo desempeña el papel de garantizador de la lealtad de los cuerpos y

de controlar su distribución en los medios y a clasificarlos según la tarea correspondiente (Meza 2013, 33-34).

La función de la biopolítica, que se le considera una nueva tecnología originaria del biopoder, se enfoca en la población y en la vida de los ciudadanos. Actúa a través de las tasas de nacimientos, mortalidad y de la salud pública, entre otros aspectos. Su misión es crear métodos para una irrupción en la vida de las personas dentro de la esfera económica, por ello, debe ser inteligente y tomar las medidas aptas para regular la demografía, los recursos para una distribución adecuada y estas tecnologías que provienen del biopoder; controlan el cuerpo, el espacio y todas las condiciones que nos envuelven. Es importante resaltar que todos los objetivos pautados no son para una solución a los problemas internos o externos de los sujetos, solo se encarga de regularizarlo, porque los problemas siempre coexistirán, deben vivir con ello y normalizarlo. El enfoque de la biopolítica actúa de forma indirecta en los habitantes, pero si entra eficazmente en las condiciones de vida de estos vistiéndose de seguridad, salud pública y una estabilidad como sociedad, tiene una base democrática por ello no se percibe como opresión sino como instrumento necesario para que exista un orden (Meza 2013, 34-35).

La biopolítica ha tenido su desarrollo gracias a los avances científicos de la medicina. Debido a que esta abrió la puertas a una preocupación o profesionalización a crecer políticas para el cuidado de las personas, y ya a mediados del siglo XIII se medicaliza al pueblo, tratándolo como asunto de carácter público. Estas técnicas de control se han infiltrado tanto que se han normalizado. Su forma de actuar es de manera individual para poder conocer mejor al sujeto y poseer mayor poder sobre él siendo a la vez masiva con toda la población, valiéndose de espacios cerrados para sus acciones como los hospitales o instituciones. «La normación busca generar un continuo de personas homogeneizadas según lo que es permitido» (Meza 2013, 44). Y esa norma pervive gracias a los dispositivos de seguridad ligados a los saberes de las estadísticas poblacionales proporcionadas por la biopolítica .

La disciplina es un recurso importante, no obstante, no debe ser muy radical. Para que sigan creyendo que ellos mismos toman determinadas decisiones por conveniencia propia y no por coacción. Es un engaño estatal. Un ejemplo práctico, es cuando las mujeres indígenas aceptaban los métodos de interrupción del feto, porque no tenían información suficiente para conocer diversas alternativas y se lo ofrecían como solución recomendable, debido a la

relación jerarquía médico- paciente, lo acataban. Anulando su condición de paciente y potenciando al sujeto como concepto de riqueza, asumiendo su identidad como mejor frente a la economía. Todo esto deriva por estar inmersos dentro de una esfera basada en el mercantilismo como arte de gobierno, girando en torno a una circulación con vestigios de soberano, hay un centro que se protege, y es el estado. Este se encarga de acumular riquezas para el bien de sí mismo, no obstante, sigue siendo un sistema muy cerrado y he ahí, en su base las deficiencias (Meza 2013, 45).

El neoliberalismo impregna en gran manera las tácticas del biopoder y con ello el estado. Esto no significa que los procesos económicos que imperan en la superestructura marquen todo, aunque sí es verdad que los principios están marcados por el mercado. Su manera de hacer justicia es de carácter utilitarista. De hecho, hasta el siglo XVII como equilibrio para las grandes potencias, se les permitía invertir fuerzas en su crecimiento interno ilimitadamente, para no entrar en conflicto con los países vecinos. De esta forma, se evitaba el expansionismo político, hasta formar la economía actual, disolviendo así el concepto de estado independiente y abrazando las riquezas de unos con los otros. Creando un mercado libre, que al parecer es la única forma, práctica hasta ahora de mantener en una paz perpetua a las naciones. El neoliberalismo es la nueva racionalidad humana de convivencia, dejando vía libre a la regulación de la economía a través de la competitividad. Estos estímulos siempre serán educados, regulados por leyes, controlados y gobernados para su buen funcionamiento (Meza 2013, 47).

El poder y la vida están estrechamente ligados. Primeramente, el poder totalizante, encargado de gobernar países y poblaciones enteras con su burocratización, complementado por los poderes individualizantes, destinado a la observación de los sujetos de forma detallada. El biopoder también influye en las ciencias biomédicas como en la biotecnología y todo lo relacionado con los saberes especializados en manipulación de la vida; como investigación y perfeccionamiento de los test genéticos, reproducción asistida, tecnologías que intervienen en DNA. Las tecnologías genéticas marcan también nuestra relación con los demás. El uso continuo y normalizado de fármacos para controlar la ansiedad entre otros factores. El adoctrinamiento a naturalizar el cuerpo a base de drogas tricíclicas, medicamentos encargados de estabilizar el humor, son desafíos para la sociedad contemporánea. El empleo de un mejoramiento genético ¿Realmente qué función quiere tener en la sociedad? tan solo alimenta un sistema de discriminación. Todo esto repercute a nivel biológico de los nuevos

seres humanos, como de su comportamiento y psique. Está claro que la ingeniería de las biotecnologías ayudan al mejoramiento de la especie humana, y en el desarrollo de nuestras competencias cognitivas. Solo que ese puente entre biología y política se debe cuidar, para no fomentar y caer en prácticas de exterminio, que su deseo es purificar la población o reproducir una raza totalmente sana, esto sería un control de nuestra vida molecular (Furtado y Oliveira 2016, 41-42).

Esto puede derivar a un comercio de la locura, porque ya no se distinguiría lo normal de lo que es patológico, contemplamos una especie de monitorización de las emociones y en muchas ocasiones incumplimientos de los principios de la bioética, básicos para una sanidad democrática. Por ello, es importante recalcar la perspectiva ética dentro del ámbito clínico (Furtado y Oliveira 2016, 42).

3.3. Biopolítica y biopoder desde la bioética: una perspectiva crítica

Beauchamp y Childress determinan cuatro principios fundamentales del ámbito sanitario: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Como principios universales y apriorísticos cuyo objetivo es orientar y criticar tanto el conocimiento como la acción en el ámbito sanitario. En este último punto del trabajo se realizará una crítica del biopoder y la biopolítica ejercidos sobre la población indígena.

El principio de autonomía, su origen nace del griego cuyo significado es «autogobierno». «El individuo autónomo es el que actúa libremente de acuerdo a un plan autoescogido» (Siurana 2010, 123). Este principio se vulneró con las mujeres indígenas, en el sentido de no poseer una independencia en sus decisiones, debido a una sujeción paternalista. Negándole su capacidad para actuar bajo decisión propia. Este principio, no se centra en seguir o cumplir sus deseos personales sino que albergue un autogobierno en sí misma, junto a sus valores, objetivos y creencias de su mundo. Es cierto que desarrollar este tipo de autonomía es alto y requiere de una salud emocional buena. Pues no debe estar controlado por otros mecanismos que coarten al sujeto. Se dio por hecho la falta de conocimiento en las indígenas y ni siquiera se les preguntó cuáles serían sus preferencias teniendo las suficientes facultades para elegir sobre su cuerpo. Para comprobar que dicha decisión es de carácter autónomo, hay que incidir

en su intencionalidad y si esta tiene comprensión y libertad de todo tipo de coacción o influencias maleables. Las mujeres indígenas ni siquiera tenían un escenario donde sus ideas con propuestas fueran escuchadas, no se les potenciaba una libre participación en la toma de decisiones. De hecho para respetar la autonomía de uno hay que seguir una serie de pautas para su buen uso;

“1. Decir la verdad, 2. Respeta la privacidad de otros. 3. Protege la confidencialidad de la información, 4. Obtén consentimiento de las intervenciones a pacientes, 5. cuando te lo pidan, ayuda, a otros a tomar decisiones importantes” (Siurana 2010, 124).

El principio de no-maleficencia se refiere a la obligación de no hacer daño de forma intencional (Siurana 2010, 124). Cuando nos referimos al concepto de “no dañar” es en el momento que se hiere los intereses del otro, de carácter psicológico, físicos y moral, vinculados con su salud. Algunas mujeres indígenas debido al mal estado en que se encontraban los utensilios médicos, o por las prácticas forzadas sin un cuidado adecuado, quedaron discapacitadas físicamente. Creando secuelas psicológicas, temores que irán tomando más espacio en sus vidas e incluso contagiando esas inseguridades a sus correspondientes hijos y condicionar a su familia, por resultar una carga a nivel de cuidados. Teniendo unas consecuencias desastrosas, pues no acaba con la muerte en sí de la mujer pero va menguando su calidad de vida. Las normativas que acompañan este principio bioético son las siguientes: «1. No mate, 2. No cause dolor o sufrimiento, 3. No incapacite a otros, 4. No ofenda a otros, 5. No prive a otros de aquello aprecian en la vida» (Siurana 2010, 125).

El principio de Beneficencia se refiere a la exigencia de hacer el bien a los/as demás desde un punto de vista sanitario. Para diferenciar de la no-maleficencia, es: ante todo no dañar. Si quieres hacer un bien, pero para ello vas a causar un mal mayor, no lo hagas. La beneficencia es la exigencia de hacer ese bien. Dentro de la beneficencia podemos encontrar la positiva; la cual significa la provisión de beneficios, y la utilidad; centrada enes de la no-maleficiencia. El concepto a tratar engloba cuestiones como la benevolencia y composición con el otro, buena voluntad, ser amable o altruista cuyo fin en sí mismo es hacer el bien. Sin embargo, no debe solo considerarse como actos que emanan de la infinita solidaridad o que dependa de la personalidad del profesional. Debe ser una actitud obligatoria y exigente (Siurana 2010, 125).

Velar por una beneficencia significa:

«1. Si está en peligro la vida o si está expuesta a un daño significativo, 2. Si dicha acción está en unión con otros y es relevante para prevenir este daño, 3. La acción X de modo singular o dependiendo de otros, mantiene una alta posibilidad para prevenir el daño, 4. Si la acción no presenta riesgos, costes o cargas para el paciente, 5» (Siurana 2010, 126).

El beneficio que se pueda esperar que gane Y, y sobrepasa a todos los daños, costes o cargas que puedan afectar a X". Si la práctica de este principio se comete sin escuchar al atendido, es paternalismo. Este principio directamente no tuvo ni cuestionamiento con las futuras madres indígenas, pues desde un principio no hubo una buena intencionalidad en el plan de control de natalidad que había diseñado el estado peruano en ellas. Ellas eran un medio para llegar a un determinado fin; y era un fin económico, con rendición de cuentas a un financiador extranjero. Quien pautaba las normas y financiaba por publicidad y conveniencias políticas el proyecto sanitario (Siurana 2010, 126).

Finalmente, el principio de justicia se refiere a la distribución justa de los recursos escasos en el ámbito sanitario; es decir, de entregar a cada uno aquello que necesita. Es un proceso de reparto justo a cada persona. No se cumpliría dicha justicia si se niega el derecho a recibirlo. «El principio de justicia distributiva debe dotarse de una distribución imparcial, equitativa y apropiada para la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social» (Siurana 2010, 127). Aquí entran en cuestión varios factores, y no sólo son del ámbito clínico. Las instituciones públicas y privadas forman parte de este principio. El papel del gobierno es fundamental en su creación de políticas inclusivas para un buen atendimento. Si se mueve en un contexto de recursos bajos o un interés de mera competitividad.

Para conseguir un buen cumplimiento de la justicia, se debe actuar de la siguiente manera:

« 1. A cada persona una participación igual, 2. A cada persona de acuerdo con sus necesidades individuales, 3. A cada persona de acuerdo a sus esfuerzos individuales, 4. A cada persona de acuerdo a su contribución social, 5. A cada persona de acuerdo con sus méritos» (Siurana 2010, 127).

En este principio, Norman Daniels hace una aportación sustanciosa. Este afirma que existe un conflicto de intereses constante comprendido por los que necesitan los servicios de salud y los que se encargan de mantener el gasto que genera esa inversión, y dependiendo de cómo sea el estado de bienestar en cada país. Aún así, como premisa existente se suele considerar por norma general que los cuidados que atañen a la salud tiene la obligación de distribuirse de forma igualitaria como otros bienes existentes (Siurana 2010, 127). Si no tiene dichas competencias un estado en concreto debe crear mecanismos, o reformas en sus políticas para alcanzarlas y así poder ofrecer una acceso realmente igualitario de atención médica. Según testimonios y huelgas planificadas por los trabajadores de los hospitales de Perú, se mostró la otra cara, en que supuestamente el estado peruano había creado un proyecto de empoderamiento a las mujeres y un control familiar sano. Los centros no disponían de suficientes recursos para las atenciones médicas. Los propios hospitales públicos creaban canastas de alimentos para ellos mismos por sus bajas remuneraciones siendo un práctica habitual en los hospitales, cómo una especie de caja de ahorro en pleno siglo XX (Diez-Canseco 2000, 1-2).

Javier Diaz Canseco hizo público a través del periódico La República (Diez-Canseco 2000, 1), las malas condiciones del hospital Maria Auxiliadora que junto a otros centros padecieron de las mismas carencias. En este caso, de las 7 salas de intervenciones quirúrgicas, tan solo 3 de ellas tenían disponibilidad. Debido a estas situaciones deplorables, el Control de la Inspectoría General del Ministerio de Salud desde 1995 ya recibía reclamaciones por las condiciones en que se hallaban y que eran informadas por el personal médico. Además, años antes, en 1992 empezaron a cobrar las consultas y los servicios, cuando en su origen eran gratuitos. Respecto a los partos, se reflejó que el 50% no eran tratados por personal sanitario profesional, y que en mortalidad materna era de 265 por cada 100,000 partos, entre otras cuestiones (Diez-Canseco 2000, 2-3).

En suma, la salud es un asunto que concierne a la población entera, y a su vez debe haber un reparto equitativo pues atañe al gasto público, un motivo suficientemente de peso como para no ser manipulado políticamente. El apoyo del estado tiene un protagonista esencial en sus políticas justas para conseguir un desarrollo nacional clínico. En conclusión al último capítulo, retomando el caso práctico desarrollado en este trabajo de investigación, las mujeres indígenas entre los años 1996-2000 sufrieron una masacre de esterilizaciones forzosas a cambio de amenazas, alimento, y dominadas por cualquier tipo de incentivo que influyera en

su decisión. La investigación posterior centrada en el periodo de Fujimori relata que se realizaron 215.227 ligaduras de trompas y 16,000 vasectomías, a priori como un marco para evitar y controlar asunto de salud pública, y no era para prevenir epidemias tal como muchos defendían, sino por el mero interés de descender el número de nacimientos pertenecientes a las zonas más pobres de Perú. Según fuentes extraídas del presidente de la comisión investigadora, Juan Succar confirman que estuvieran sujetas a una serie de promesas, las mujeres si se sometían a la operación, se les prometía alimentos gratuitos, en cambio si se negaban, se les privaba de atención médica, anulando así su dignidad y su derecho (Puertas, L. 2002).

Casos que violan los Derechos fundamentales y son de Lesa Humanidad sirven como monitor de la transgresión que sufren los límites éticos, políticos y sanitarios a través del biopoder junto a sus mecanismos a cometer por unos intereses económicos y de clase.

Conclusiones

Dando por finalizada la estructura y el foco de la cuestión de este trabajo de investigación, del que se ha compartido una crítica respecto a cómo se relaciona el estado por medio de sus mecanismos de coerción, aprovechando los recursos creados por el biopoder y la biopolítica, como a su vez el deplorable impacto en la calidad de vida que ocasionó a las mujeres indígenas del Perú. Son herramientas que emplean los estados democráticos actuales como un método de organización de la población, una planificación necesaria para llevar un orden a nivel administrativo, no obstante, su empleo puede derivar a una mera medida utilitarista necesaria y positiva en sí misma, o a una solución impuesta aprovechando su rol jerárquico estatal para someter a un sector determinado de la sociedad, con unas intenciones para nada democráticas. En este caso, llevando a cabo un genocidio bajo la supuesta campaña de empoderamiento de las mujeres que enarbola el control de la natalidad como una herramienta de autonomía sobre su cuerpo y sobre los hijos que quisiera o no tener. Argucia esta que causó mucho daño en las supervivientes y que casi logra su objetivo de exterminio de la población indígena.

Los análisis realizados ponen en evidencia que los métodos de vigilancia y castigo impartidos por el estado daba paso a una obediencia incondicional del ciudadano. Esto es lo que ocurrió en el caso de la interrupción de los embarazos de las mujeres indígenas en el Perú. Por un lado el personal sanitario era castigado por no realizar un número determinado de interrupciones. Y por otro lado a las mujeres indígenas se las coaccionaba y bajo coerción las hacían cambiar de parecer, dando la espalda a sus propias convicciones y creencias.

Se ha tenido en cuenta las dinámicas imperantes del neoliberalismo y su relación con la biopolítica en temas de salud pública y organización poblacional, por tanto, no se vela por una protección auténtica del proyecto de vida del ciudadano, mujer indígena o del gobierno en general, porque estas relaciones personales son teñidas por transacciones económicas del mercado actual, y esto califica y repercute en la toma de decisiones en el mundo contemporáneo.

Para evaluar el escenario y llegar a estas conclusiones en las que influyen muchos condicionantes, se ha acudido a artículos de diferentes índoles, tales como políticas de población, reflexiones de los médicos ante la limitación de la natalidad. Queda también

patente lo afirmado por Silvia Federici en relación a la usurpación del cuerpo femenino analizando el contexto histórico, como también Foucault con su crítica del biopoder y su empleo por parte de los gobiernos. Junto al estudio que desarrolló Jelke Boesten durante el mandato de Fujimori. Sin olvidar los principios de la bioética como barómetro de conocimiento si se ha ejercido bien un relación médico paciente y respetando la dignidad de estas. Aunque a esta conclusión ya han llegado otros investigadores, he podido constatar de primera mano en base a lo antes citado, lo perjudicial que puede llegar a ser para ciertas etnias el mal uso del biopoder. Y, además, el gran perjuicio que representa el hecho de que naciones con riqueza manipulen a otras naciones menos aventajadas.

Bibliografía

- Boesten, J. (2007). *¿Libre opción o alivio a la pobreza? Políticas de población en el Perú de Alberto Fujimori*. Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe, 82.
- De Anitua, S.J., Santiago (1973) *Reflexiones impertinentes sobre la campaña de control de natalidad*. Encuentro: Revista Académica de la Universidad Centroamericana (2). pp. 23-31. ISSN 0424 – 9674
- De Cosío, M. E. Z. (1995). *Dos modelos de transición demográfica en América Latina*. Perfiles latinoamericanos, (6), 29-47.
- Del Campo, S. (1965). *Los médicos ante el problema de la limitación de la natalidad*. Revista española de la opinión pública, (1), 27-38.
- Diez-Canseco, J. (2000). *La Salud en los tiempos de Fujimori*. La República
- Federici, S. (2016). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Editorial Abya-Yala.
- Furtado, R. N., & de Oliveira Camilo, J. A. (2016). *O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault*. Revista Subjetividades, 16(3), 34-44.
- Gintis, Herbert (2000). *Game Theory Evolving: A Problem-Centered Introduction To Modeling Strategic Interaction* (New Jersey: Princeton University Press).
- Honneth, A. (2014). *El derecho de la libertad: esbozo de una eticidad democrática* (Vol. 5006). Katz editores.
- Letona, F. P. (1965). *Nuevos Enfoques Sobre el Control de la Natalidad*. La Universidad, (5).
- Maynard Smith, John (1982). *Evolution and the Theory of Game* (Cambridge: Cambridge University Press).

- Meza Gómez, F. (2018). *Michel Foucault: el biopoder como motor de la sociedad de normalización*. Universidad de Chile.
- Moreno Fernández, A. (2013). *Descripción y fases del chivo expiatorio en la teoría mimética de René Girard*
- Oddone, H. (1998). *Control de la natalidad, control de la fecundidad y planificación familiar*. *Población y Desarrollo*, 9(14), 43-50.
- Puertas, L. (2002). Fujimori ordenó la esterilización forzoso de 200.000 mujeres indígenas en Perú. El País. https://elpais.com/diario/2002/07/25/internacional/1027548004_850215.html
- Romero, D. E. (1998). *La pobreza, el crecimiento demográfico y el control de la natalidad: Una crítica a la perspectiva ética de Peter Singer sobre la relación entre ricos y pobres*. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 531-541.
- Siurana Aparisi, J. C. (2010). *Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural*. *Veritas*, (22), 121-157.
- Tejeda, J. L. (2012). *Biopoder en los cuerpos*. *Educación Física y Ciencia*, 14, 13-25.
- Vázquez-Sandrin, G., & Ortiz-Ávila, E. (2020). *Planificación familiar y fecundidad de la población indígena en el México urbano*. *Papeles de población*, 26(103), 157-184.
- Zamagni, Stefano (2006). *Heterogeneidad Motivacional y Comportamiento Económico. La Perspectiva de la Economía Civil* (Madrid: Unión Editorial).

