

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA



Casa abierta al tiempo

“La vacuna contra el VPH: ¿un ejemplo de mercantilización del cuerpo de las mujeres?”

TESIS

Que para obtener el grado de
Doctor en Ciencias en Salud Colectiva

PRESENTA

Catalina María Muñoz Rondón

Directores:

María de los Ángeles Garduño Andrade
César Ernesto Abadía Barrero

Abril , 2018

Resumen tesis:

Esta tesis está enmarcada en la determinación social de la salud-enfermedad-atención de la corriente latinoamericana de Medicina Social y discute el creciente avance de sectores capitalistas en la salud a través del examen de la implementación de la política de vacunación contra el VPH en Colombia. La pregunta central de investigación es cómo los intereses corporativos se ven expresados en la implementación de la vacuna contra el VPH en Colombia. La metodología empleada fue de corte cualitativo y tuvo un enfoque etnográfico.

Summary:

This thesis is part of the determination of the current health-disease-care in Latin American Social Medicine and discusses the growing progress of the capitalist sector in health care through the examination of the implementation of the policy of vaccination against HPV in primarily Colombia. The central question of the investigation is how corporate interests are expressed in the implementation of the HPV vaccine in Colombia? The methodology used was qualitative and had an ethnographic approach.

Agradecimientos

A mis padres y a mi hermana por su apoyo incondicional y su amor. A mis directores por compartirme su sabiduría. Al doctorado y sus profesores y profesoras, por mostrarme otros puntos de vista. Y a todas las personas que de alguna u otra manera me han brindado su afecto y su cariño, y han hecho parte de este transitar por México.

Tabla de contenido:

Introducción

1. Planteamiento del problema de investigación	6
2. Pregunta de investigación	10
3. Objetivos	10
4. Antecedentes	10
4.1 Postura institucionales: OMS	11
4.2 Posturas académicas/médicas a favor de la vacuna contra el VPH	12
4.3 Posturas académicas/médicas críticas frente a la vacuna del VPH	14
4.4 Posturas académicas/médicas críticas frente a la vacuna del VPH: cuestiones éticas	19
4.5 Posturas críticas académicas frente a influencia de los corporativos en salud	23
5. Marco teórico que sustenta la tesis	24
5.1 Determinación Social en Salud	24
5.2 Políticas públicas en salud	25
5.3 Modelo Médico Hegemónico (MMH)	29
5.4 Perspectiva de género	32
6. Metodología	34
6.1 Trabajo de campo	36

Capítulo 1: “Entre la prevención y el marketing”

1.1 Razones para implementar la medida: prevención CaCu	40
1.1.1 Estrategias desconectadas de lo que significa prevenir el CaCu	42
1.1.2 Programas para control del CaCu	43
1.1.3 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	45
1.2 Razones para implementar la medida: las vacunas gozan de buena imagen	50
1.2.1 Vacuna que entra no se retira	51
1.2.2 Los recursos asignados para las vacunas están blindados	51
1.2.3 La vacunación es masiva	52
1.3 Razones para implementar la medida: costo-efectividad	54
1.3.1 Costo-beneficio hace que las políticas giren alrededor de la lógica mercantil	55
1.3.2 Andamiaje político-económico para la adquisición de la vacuna	55
1.3.3 Buena imagen que tienen las vacunas es utilizada por la industria farmacéutica	57

Capítulo 2: “La vacuna asumida por discursos entre lo científico y las entidades supranacionales”

2.1 ¿Por qué unos discursos toman poder y otros no?	62
2.2 Comité Nacional de Prácticas de Inmunización (CNPI)	63
2.2.1 Ciencia como ente justificador de la vacuna	64

2.2.2	Conocimiento <i>científico</i> como un justificador en la política de vacunación contra el VPH	66
2.3	Rol de las entidades supranacionales: OMS/OPS	66
2.3.1	Influencia de las entidades supranacionales	67
2.3.2	La anteposición que adquieren los criterios de entidades supranacionales	69
2.4	Línea del tiempo de la vacuna	70
2.4.1	Línea del tiempo	71
2.4.2	Línea del tiempo como construcción de los problemas públicos	77
Capítulo 3: “La implementación de la vacuna contra el VPH sobre las mujeres”		
3.1	Vacuna aplicada sobre los cuerpos femeninos	79
3.1.1	Implementación de la vacuna como medida de control sobre las mujeres y su sexualidad	80
3.1.2	Mujeres: sujetos privilegiados del Modelo Médico Hegemónico (MMH)	81
3.1.3	Mujeres como sexualidades continuamente pensadas en <i>riesgo</i>	82
3.1.4	Bajo la categoría del <i>riesgo</i> : medicalización excesiva de la sexualidad de las mujeres	83
3.2	Vacuna aplicada en adolescentes	85
3.2.1	Caso de Carmen de Bolívar	87
3.2.2	<i>Histeria</i> como un calificativo usado durante el proceso de vacunación	88
3.2.3	<i>Histeria</i> como estereotipo hacia <i>lo femenino</i>	89
3.2.4	¿Qué hay detrás de nombrar lo sucedido en Carmen de Bolívar como un caso de <i>histeria colectiva</i> ?	90
3.3.	Pensarse la vacunación como proceso sociocultural e institucional	91
3.3.1	¿ <i>La histeria colectiva</i> fue la explicación adecuada?	93
4.	Reflexiones finales	94
5.	Referencias bibliográficas	98

Introducción

1. Planteamiento del problema de investigación

La vacunación masiva contra el Virus del Papiloma Humano (en adelante VPH) a niñas/adolescentes escolarizadas desde los 9 hasta los 17 años, se implementó en Colombia desde el año 2012 por el Ministerio de Salud y Protección Social (en adelante MSPS), con el argumento de que el VPH era una de las principales causas asociadas al desarrollo del Cáncer de Cuello Uterino (en adelante CaCu), por lo que la vacuna es presentada como un mecanismo de prevención¹.

Sin embargo, la vacuna ha sido cuestionada desde el inicio de su implementación por reacciones adversas registradas en Colombia² y en diversas partes del mundo como España, Estados Unidos, India, Francia, México, entre otros. Esto se ha consignado en denuncias, demandas legales, artículos científicos, testimonios de víctimas y grupos de activistas en Derechos Sexuales y Reproductivos (en adelante DSR) de las mujeres que no están de acuerdo con su aplicación y proponen su suspensión.

El VPH es una de las infecciones de transmisión sexual (en adelante ITS) más comunes³. Esta ITS puede afectar tanto a hombres como a mujeres, sin embargo se considera que el hombre es quien la transmite.⁴ Vale la pena resaltar que en general un gran número de personas infectadas por VPH no manifiestan signos ni

¹ El objetivo que se tenía con la vacunación era la disminución de la incidencia de CaCu. La población a la cual estaba dirigida eran todas las niñas escolarizadas de cuarto grado de básica primaria, de 9 años de edad y más, y la meta era vacunar por lo menos al 80% de la población objeto. La vacuna empleada fue la tetravalente contra los tipos de VPH 6, 11, 16 y 18.

² En el 2014 en el municipio de Carmen de Bolívar, alrededor de 517 menores entre los 13 y los 15 años, después de la aplicación de la segunda dosis de la vacuna contra el VPH presentaron un cuadro clínico de: taquicardia, aguda cefalea, dificultad respiratoria, hiperventilación, parestesias en los miembros superiores e inferiores, síncope, desvanecimiento y mareo (Instituto Nacional de Salud, 2015). Síntomas que fueron relacionados con *supuestos efectos adversos* atribuidos a la vacunación contra el VPH. El caso de Carmen de Bolívar caracteriza el proceso de vacunación, aunque no fue el único presentado en Colombia.

³ Existen múltiples cepas o tipos de VPH (a cada uno se les asigna un número) y se conoce aproximadamente la existencia de 100. Alrededor de 60 cepas causan verrugas en la piel, en zonas como pecho, brazos, manos y pies. Los otros 40 tipos de VPH causan la aparición de condilomas o verrugas en el pene, la vagina, el cuello uterino y el ano.

⁴ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2017). El VPH y los hombres: Hoja informativa". E.E.U.U. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-and-men-s.htm>

síntomas, por lo que puede tardar años en hacerse evidente y en realizarse su diagnóstico.⁵

Este diagnóstico tardío afecta particularmente a las mujeres, pues el CaCu está claramente asociado a la presencia del VPH, aunque se trata de un factor necesario pero no suficiente, ya que cerca del 90% de las infecciones cervicales por VPH se resuelven espontáneamente en el curso de dos años por medios naturales y provoca inmunidad celular, que permite eliminar las células infectadas (Gérvás, 2008).

Se han presentado dos argumentos a favor por parte de los Estados respecto a la implementación de la vacunación contra el VPH. El primero se ha relacionado con un aspecto económico. Aunque las vacunas tienen un alto costo que debe ser asumido con fondos públicos (Gérvás, 2008), esto es visto como un beneficio directo para la población femenina. Pese a ello, no se dice mucho sobre los altos beneficios económicos que reciben los fabricantes con la compra masiva por parte de los gobiernos. El segundo argumento se refiere a la capacidad protectora de la vacuna contra el CaCu, que es una enfermedad que representa altos costos, por lo que la vacuna se asume como una estrategia de prevención en salud (Laurell, 2009).

Sin embargo, y sin desconocer que el CaCu ha sido considerado como un problema de salud pública principalmente en los *países subdesarrollados*, su abordaje en el ámbito mundial se ha hecho desde el modelo biomédico, en el cual no se tiene en cuenta la influencia de las estructuras económicas, políticas, culturales y sociales que determinan la aparición de una enfermedad como ésta. Dicho modelo, por lo demás, ha establecido una manera de controlar, examinar, clasificar y tratar las enfermedades desde una orientación patologista, en la que se define la salud como la ausencia de enfermedad, por lo que el padecimiento queda como eje central de la consulta o de las medidas de control, y el sujeto que las padece termina por desaparecer (Valencia, 2013).

Asimismo, aún no se puede afirmar que la vacuna contra el VPH previene el padecimiento del CaCu, puesto que todavía no se conoce cuánto tiempo dura su

⁵ La infección permanente es lenta, aproximadamente tarda 10 años en producir lesiones precancerosas y otro periodo prolongado de entre 5 a 10 años en generar CaCu. Las lesiones no tratadas que progresan en cáncer suelen ser asintomáticas (OMS, 2009). Sólo algunos tipos de VPH tienen capacidad oncogénica, y provocan mitosis sin control, displasia, carcinoma *in situ* y CaCu. Los tipos 16, 18, 45, 31, 33, 35, 45, 52, 56, 58 y 65 son los involucrados con el CaCu. Y son el VPH-16 y el VPH-18 los que causan cerca del 60% y 70% de todas las lesiones de CaCu (Huertas, Rivillas y Ospina, 2015).

protección y los resultados se conocerán en 20 o 30 años (Laurell, 2009). Paradójicamente, el hecho de presentar a la vacuna como una medida efectiva para prevenir el CaCu podría tener un efecto contrario al buscado, ya que proporcionaría una falsa sensación de seguridad y podría reducir la realización de las tomas regulares de citologías por parte de las mujeres (Espinoza, 2014).

Dado que el CaCu se considera una enfermedad prevenible, las acciones sanitarias suponen que las mujeres estén aseguradas y tengan acceso a una buena atención en los sistemas de salud; sólo así se garantizaría que se les realice el Papanicolaou de una manera oportuna y con una buena calidad técnica (Laurell, 2014). Así pues, al no tener en cuenta la determinación social como la respuesta frente al desarrollo de una enfermedad como el CaCu, la vacuna como *arma todo poderosa* o como la *mejor alternativa* puede ser cuestionada.

En cuanto a las vacunas que comenzaron a circular en el mercado, éstas fueron *Gardasil*, comercializada por *Merck Sharp & Dome*, una vacuna cuadrivalente que protege contra 4 cepas (6, 11, 16, 18) y *Cervarix*, comercializada por *GlaxoSmithKline*, vacuna bivalente que protege contra 2 cepas (16 y 18).

Éstas dos corporaciones farmacéuticas, han sido fuertemente criticadas por la comunidad científica, puesto que los investigadores reportan tener intereses económicos. Se dice además que ha existido presión por parte de los laboratorios para que saliera la vacuna y que los ensayos clínicos referentes a la vacuna no han sido presentados (*Cervarix* no ha publicado su ensayo clínico completo) (Laurell, 2014). En India, además, la Fundación Bill y Melinda Gates (dedicada al suministro de vacunas en países empobrecidos), entró en una investigación a largo plazo por el Comité Permanente para la Salud y el Bienestar de la Familia, por las irregularidades en la administración de la vacuna a niñas de ese país⁶.

Adicionalmente, una de las investigadoras principales en el desarrollo de las vacunas, la Dra. Diane Harper, planteó en 2009 la discusión en torno a la efectividad y seguridad de las mismas durante el contexto en que comenzaron a ser propuestas mundialmente. Después de que se habían reportado varias notificaciones por reacciones adversas, Harper manifestó que los ensayos clínicos sólo se habían realizado en adolescentes mayores de 15 años, y que la vacuna se estaba indicando en varios programas de vacunación a partir de los 9 años (Tealdi, 2015):

⁶*Signs of the Times* (2014). "La Fundación de Bill Gates es investigada en India por la prueba fraudulenta de la vacuna del papiloma". E.E.U.U. Disponible en: <http://es.sott.net/article/33736-La-Fundacion-de-Bill-Gates-es-investigada-en-India-por-la-prueba-fraudulenta-de-la-vacuna-del-papiloma>

“Harper (citado por Rhodes, 2012) afirmó que más de 70 niñas jóvenes y saludables habían muerto por una reacción neurológica ocurrida poco después de haber recibido *Gardasil*, que el Papanicolaou solo, prevenía más el cáncer que las vacunas solas y que, en casos de exposición al VPH-16 y VPH-18 antes de la inyección, *Gardasil* aumentaba un 45% el riesgo de lesiones precancerosas [...] En 2011 y 2012, Tomljenovic y Shaw (2012 y 2013) criticaron las vacunas contra el VPH, al mostrar que su eficacia no había sido demostrada y que hacían falta más datos sobre su seguridad. De acuerdo a esos informes, la inmunización mundial contra el VPH no resultaba justificada en términos de viabilidad económica y beneficios a largo plazo” (Tealdi, 2015, p.89).

Según una declaración de la Red de Género y Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES Chile) del 3 de septiembre de 2014, la forma en la cual se está lanzando la vacuna:

“parece más bien un gran experimento de salud pública que resguarda los intereses de las grandes transnacionales farmacéuticas. En este sentido, existen antecedentes de graves conflictos de intereses, ya que prácticamente todos los investigadores reportan alguna relación, directa o indirecta, remunerada o de financiamiento” (Red de Género y Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 2014, p. 2).

Es claro que para las grandes corporaciones farmacéuticas, la vacuna tiene un significado económico a través de la extensión de su consumo (Préteceille, 1977). De allí que se deba reflexionar sobre la aplicación masiva de la misma y de cómo se pone la rentabilidad de esta industria por encima del beneficio de la población. Por otra parte, esto pone en evidencia los intereses económicos detrás de una decisión en salud pública como ésta, que además es promovida como una buena estrategia de prevención.

De manera que la implementación de esta política de vacunación se entiende al situarla en el Modelo Médico Hegemónico (en adelante MMH), caracterizado por una concepción biologizada y unicausal de los problemas de salud que no toma en cuenta la determinación social que existe a partir de estructuras económicas, políticas, culturales y sociales. Por ello se propone la vacuna como herramienta de la infectología moderna para proteger a las mujeres frente al CaCu. Esta mirada reduccionista posiblemente responda, por otra parte, a compromisos del Estado colombiano con los intereses corporativos que, en busca de una mayor acumulación de ganancias, hacen caso omiso a los daños que pueden producir al bienestar de las mujeres.

Más allá de entrar en la discusión de si la vacuna fue la *verdadera* causante de las reacciones registradas en las niñas/adolescentes, no sólo en Colombia sino en varias partes del mundo, y también sin cuestionar la efectividad de la misma en la prevención del CaCu, el objetivo de la tesis es dar cuenta desde el área de antropología, de la configuración de un complejo político-académico/médico-corporativo en Colombia⁷, que fundamenta esta medida bajo los argumentos de la salud pública en detrimento de la calidad de vida de las mujeres.

2. Pregunta de investigación

¿Cómo los intereses corporativos se ven expresados en la implementación de la vacuna contra el VPH en Colombia?

3. Objetivos

Objetivo general

Analizar los intereses corporativos detrás de la implementación de la vacuna contra el VPH en Colombia.

Objetivos específicos

3.1 Examinar la forma en que Colombia ha implementado la vacunación contra el VPH preferencialmente sobre los cuerpos de las mujeres.

3.2 Explorar los diversos sectores comerciales que tienen interés en la aplicación de la vacuna contra el VPH en Colombia.

3.3 Describir las consecuencias sociales que ha tenido la aplicación de la vacuna contra VPH sobre los cuerpos de las mujeres.

4. Antecedentes

Se llevó a cabo una revisión de tipo descriptiva bajo el objetivo de conocer la literatura científica acerca de la vacuna contra VPH para nutrir la discusión sobre su empleo. La revisión de artículos que se encontraron en bases de datos como

⁷ Esta categoría se basa en la propuesta por Iriart y Merhy (2017) de complejo médico-industrial-financiero y de Tealdi (2015) de complejo político-industrial-académico. Sin embargo, al analizar los datos del trabajo de campo, y al ponerla en el contexto de la implementación de la política de vacunación contra el VPH en Colombia, se define como complejo político-académico/médico-corporativo.

MEDLINE, PROQUEST, Scielo, Google Académico y LILACS, mostró la diversidad de puntos de vista sobre beneficios y afectaciones. Se hizo un particular énfasis en los escritos de América Latina y de Colombia, sin descuidar lo dicho en otras regiones sobre la vacuna. La revisión tuvo como objetivo poner el contexto de la implementación de vacuna contra el VPH.

Es importante señalar que la selección de los textos enfatizó aquellos que no estaban a favor de la vacuna y tenían posiciones críticas sobre la campaña, pero sin descuidar aquellos donde se argumenta a favor de su implementación, evitando caer *a priori* en una descalificación de la misma. En la búsqueda aparecieron especialmente textos que tienen una posición crítica frente a las corporaciones farmacéuticas y argumentan que la vacuna no se debería aplicar por consideraciones éticas, y otros que tomaron en cuenta aspectos que van más allá de la mirada médica.

4.1 Posturas institucionales: Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS)

Dentro de las posturas institucionales, se destaca el artículo de la OMS (2009) “Vacunas contra el virus del papiloma humano-Documento de posición de la OMS”, en el que se da cuenta del diagnóstico producido por el Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas. En él se concluye que la implementación de las dos vacunas es segura.

En diciembre de 2008, dicho Comité examinó los primeros datos de vigilancia después de su comercialización y no halló ningún motivo de preocupación, por lo que recomendó incluir la vacunación sistemática contra el VPH en los programas nacionales de vacunación, siempre que: 1) La prevención del cáncer cervicouterino y/o de otras enfermedades relacionadas con el VPH fueran una prioridad de salud pública. 2) La introducción de la vacuna sea viable en términos programáticos. 3) Sea posible garantizar su financiación sostenible. 4) Se tome en cuenta el costo y la eficacia de las estrategias de vacunación en cada país o región (OMS, 2009).

Una de las recomendaciones de la OMS (2009) es que:

“Una vez que empiecen a aplicarse los programas de vacunación anti-VPH, se deberá determinar la cobertura por individuo, edad y distrito, y guardar los registros para los análisis de largo plazo. Como siempre que se adopta una nueva vacuna, se tomarán medidas para monitorear la seguridad. Los países deben analizar la posibilidad de establecer un sistema de vigilancia centinela para seguir de cerca el

impacto de la vacunación en la prevalencia de los tipos de VPH, la incidencia de anomalías citológicas y lesiones cervico-uterinas precancerosas, la incidencia de cáncer invasivo y la mortalidad asociada, y la incidencia de verrugas anogenitales. Determinar el efecto de la vacunación en las lesiones precancerosas y el cáncer cervico-uterino exigirá décadas de seguimiento ⁸ (OMS, 2009, p. 11).

Estas recomendaciones dejan clara la posibilidad de posibles problemas de seguridad, pero sobre todo se reconoce que los efectos de la vacunación podrán ser evaluados hasta dentro de más de una década.

4.2 Posturas académicas/médicas a favor de la vacuna contra el VPH

Sin lugar a dudas el CaCu tiene una presencia importante en los países considerados con menor *desarrollo*, es por eso que el artículo “Progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la mortalidad por cáncer de cérvix descende en Colombia”, se escogió para poner en contexto el panorama de CaCu en Latinoamérica, y particularmente en Colombia, y mostrar esas diferenciaciones entre regiones con mayor o menor *desarrollo*.

El artículo refiere que el CaCu es una de las enfermedades que causa más muertes alrededor del mundo. En el año 2008, causó cerca de 7,6 millones de defunciones, de las cuales aproximadamente 70% se produjeron en países de bajos y medios ingresos. Es uno de los cánceres más frecuentes tanto en incidencia como en mortalidad, aporta 9,8% de todos los cánceres femeninos que afectan a mujeres relativamente jóvenes, y constituye la principal causa de años de vida potencialmente perdidos por cáncer en los países en *vía de desarrollo* (Huertas, Rivillas y Ospina, 2015).

En ese panorama se destaca que en los primeros años del siglo XXI, la incidencia estandarizada por edad se estimaba en 28,6 casos para Suramérica. Y en países de bajos ingresos como Nicaragua, Honduras, El Salvador y Bolivia, presentan tasas de incidencia superiores a 35 por cada 100.000 mujeres, mientras que en países de mayores ingresos como Puerto Rico presentan una tasa de incidencia de 7,5 por cada 100.000 mujeres (Huertas et al., 2015).

Asimismo, entre los mismos países latinoamericanos se ha evidenciado que el CaCu tiene importantes variaciones de las tasas de mortalidad en términos geográficos. Un ejemplo de esto es que en las regiones extremas del norte y sur de Argentina, la región del sur de Chile, el sur de México y regiones centro-orientales de Colombia, presentan tasas significativamente más altas comparadas

⁸ El texto de la OMS no hace alusión a los ensayos clínicos de *Cevarix*.

con otras regiones al interior del mismo país (Ibid, 2015).

Según estadísticas de *Globocan (Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence)* del año 2008, el CaCu se ubica como el tercer tipo de cáncer más frecuente en Colombia y continúa siendo la primera causa de mortalidad entre mujeres a partir de dicho diagnóstico. Cabe señalar que esta situación muestra avances en la reducción establecida como meta de desarrollo global en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015.

En este artículo se hace alusión a que el CaCu “es una enfermedad estrechamente relacionada con la pobreza en la que se evidencia la existencia del comportamiento de inequidades sociales en salud” (Huertas et al., 2015, p. 288) ya que afecta principalmente a las poblaciones más alejadas y pobres, originando marcadas diferencias geográficas de la mortalidad y mayores riesgos por CaCu para las mujeres de las regiones más alejadas al centro del país, en zonas de frontera y en áreas cercanas a los grandes ríos (Ibid, 2015).

Particularmente, Colombia ha logrado un descenso progresivo en las tasas de incidencia y mortalidad por CaCu durante el decenio 2000-2010, cumpliendo con lo presupuestado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y con el Plan Decenal para el Control del Cáncer (durante este período, la tasa de mortalidad descendió significativamente para las mujeres de todas las edades y aún más para las mujeres entre 55 y 64 años de edad. Pasó de 32,3 muertes por CaCu por cada 100.000 en el año 2000 a 22,4 en 2010). Lo anterior se atribuye a la investigación, el fortalecimiento de las intervenciones de detección temprana en los niveles urbano y rural, la acción política en el mediano y largo plazo, así como al cambio en el conocimiento y el autocuidado de la población, que dio como resultado aumentar la proporción de citologías e incrementar los casos de CaCu *in situ* detectados oportunamente. La contradicción surge cuando además, atribuye esta mejoría a la introducción de la vacuna contra el VPH desde el año 2012 (Ibid, 2015), cuestión que no puede evaluarse como se ha señalado pues los resultados requieren de un seguimiento y de mayor profundidad.

Por otra parte, el artículo “Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del CaCu en América Latina” de la *Revista Salud Pública de México*, se tuvo en cuenta porque no sólo expone los hallazgos de los ensayos clínicos, los cuales fueron desarrollados en más de 40 áreas geográficas a nivel mundial, sino también da cuenta de la *postura oficial* dentro de los marcos de salud pública. Se propone entonces la inclusión de las dos vacunas como una de las medidas de prevención y control del CaCu en América Latina (Almonte, Murillo, Sánchez, Jerónimo, Salmerón, Ferreccio, Lazcano-Ponce y Herrero, 2010).

Por lo demás, los autores de dichos textos son reconocidos médicos, epidemiólogos y oncólogos que trabajan con instituciones estatales y académicas que respaldan dichos discursos *oficiales*. Entre los autores se encuentra Raúl Murillo, que pertenece a Subdirección de Investigaciones y Salud Pública del Instituto Nacional de Cancerología (en adelante INC).

El artículo menciona que las vacunas ofrecen un excelente perfil de eficacia y seguridad, afirmando que la eficacia es cercana a 100% para la prevención de lesiones relacionadas a VPH-16 y VPH-18 en mujeres no expuestas previamente a VPH. Asimismo, refiere que existe buena persistencia de anticuerpos durante siete años, y establecen como aceptable el nivel de seguridad.

Estos autores señalan que en mujeres con infección por VPH-16 o VPH-18, la aplicación de la vacuna no ha evidenciado ningún efecto terapéutico. Sin embargo, en ausencia de infección por VPH (ADN de VPH negativo), las mujeres con seropositividad de VPH-16 y VPH-18 pueden beneficiarse con el uso de la misma. Para lograr el máximo costo-beneficio, se recomienda que los programas de vacunación deban enfocarse en mujeres adolescentes que aún no se hayan expuesto al virus (Almonte, et. al, 2010).

4.3 Posturas académicas/médicas críticas frente a la vacuna del VPH

Aunque en muchas de las publicaciones se argumenta la eficacia y seguridad de la vacuna contra el VPH, existen otras como “Prevención del cáncer cérvico-uterino en Chile. Mucha vacuna y poco Papanicolaou”, la cual le da relieve a la reciente decisión del Ministerio de Salud de Chile, que a través del Programa Nacional de Inmunizaciones, busca universalizar e incorporar la vacuna para el VPH desde el año 2014, como una estrategia en salud pública para la prevención del CaCu, alegando ser una mejor alternativa que la prevención secundaria, la cual se logra por medio del clásico método del Papanicolaou (Fica, 2014). Se le da importancia a este artículo por ser tan reciente, además de mostrar el panorama chileno frente a la vacuna, una realidad parecida a la colombiana en términos de las políticas de privatización de los sistemas de salud que entraron en vigor desde los años noventa.

Particularmente en Chile, el CaCu tiene una mortalidad significativa en los casos que han tenido un diagnóstico tardío, y para el año 2010 moría más de una mujer al día debido a esta causa. Esto significa aproximadamente 580 muertes al año. Desde 1987, Chile incorporó un programa para reducir dicha enfermedad, el cual incluía al menos un examen cada tres años, acceso con cobertura financiera a terapia de las lesiones pre-cancerosas o del cáncer, control de la calidad de la

citología de las muestras cervicales, creación de un laboratorio nacional de referencia de citología cervical, educación al personal de salud y campañas educativas y de sensibilización con la población más susceptible (Fica, 2014).

Este programa no ha tenido el resultado esperado pues la cobertura no superó el 67%, y en los últimos años se observó un grave deterioro pues llegó al 59% en el año 2011, debido a limitaciones financieras desde el inicio de la década. Por otro lado, es fundamental resaltar que las coberturas de los tamizajes son más bajas en las pacientes que hacen parte del sistema público que aquellas que pueden afrontar económicamente el sistema privado. Esto quiere decir que es más probable que las mujeres que se realizan el tamizaje cervical pertenezcan a los quintiles más ricos de la población y sean de zonas urbanas, y no aquellas de las áreas rurales.

Este autor supone que la incorporación de la vacuna contra el VPH podría reducir el riesgo en la infección persistente por subtipos de alto riesgo de VPH y la incidencia de verrugas genitales en la población masculina y femenina. No obstante, también apunta que podría crear dificultades potenciales, en cuanto a que la implementación de la vacunación sería contraproducente⁹ puesto que podría crear una sensación de seguridad, aún cuando no se haya demostrado que la vacuna disminuya el riesgo de contraer CaCu¹⁰. Aunque exista un deterioro en las coberturas del tamizaje mediante el Papanicolaou, éste se debe seguir realizando en forma periódica y sistemática, y no se puede detener por la implementación de la vacuna, ya que podría suceder que el CaCu no se evite sino que se postergue (Fica, 2014). Asimismo, la vacuna parece introducirse en un escenario epidemiológico donde se tiene baja incidencia por CaCu, puesto que en la actualidad en Chile, el CaCu ocupa el sexto lugar de mortalidad en mujeres (Fica, 2014).

Por otra parte, el autor menciona que aún existen deficiencias para lograr una cobertura adecuada en las vacunas primordiales de los primeros años de vida en la población chilena, por lo que la introducción de la vacuna contra el VPH: “impone nuevos retos y demandas a un programa de inmunización que demuestra importantes debilidades en su habilidad para alcanzar las coberturas necesarias de la población” (Fica, 2014, p. 200).

⁹ No previene el desarrollo de lesiones pre-cancerosas o de cáncer en las mujeres ya infectadas por este virus y en la población con potencial oncogénico.

¹⁰ Esto también debido al largo período de latencia entre la infección y la aparición de CaCu, como se mencionaba previamente.

La adquisición de la vacuna entonces es percibida como excesiva, además de que no puede competir con otras necesidades prioritarias en salud. Según él:

“Los estudios de costo-efectividad para la introducción programática de las vacunas de VPH en Chile no son concluyentes debido a varios factores que incluyen la sobreestimación de muertes por esta patología, (así como) a las limitaciones para obtener altas coberturas de vacunación” (Fica, 2014, p. 200).

Y por último, para el autor sería importante tener en cuenta los serios efectos adversos reportados y originados entre una población tan joven. En dichos registros, la mayoría de las veces parecen ser vistos como un acto pasivo y estar subestimados.

Es por ello que Fica (2014) concluye que, más que la vacuna, el tamizaje ha demostrado ser una herramienta muy efectiva para disminuir la morbi-mortalidad por CaCu en un país como Chile. En el pasado, y sin la aplicación de la vacuna, el uso sistemático de un programa de detección precoz ayudó a reducir notoriamente la mortalidad por CaCu, a pesar de no lograr las coberturas en mujeres consideradas de alto riesgo. La consulta además permite abrir un espacio para la educación del paciente en aspectos relativos a educación sexual, planificación familiar, prevención de ITS y/o conocimiento de algunas de ellas, y da lugar a que se transmitan muchos aspectos preventivos en una sola visita.

Los argumentos a favor de un programa de detección temprana frente a la vacunación también son apoyados por Gérvas (2008) en su artículo “La vacuna contra el virus del papiloma humano desde el punto de vista de la atención primaria en España”, en el cual señala que la mortalidad por CaCu en este país ha disminuido 0,7% anual entre 1986 y el 2000. En España hay unos 2000 casos al año y aproximadamente 600 muertes por esta causa. Asimismo, ha aumentado el diagnóstico de CaCu en el grupo de 20 a 39 años; la edad promedio de diagnóstico es de 48 años, la edad media de muerte es de 60 años y la sobrevivencia a los cinco años es de 69% (Gérvas, 2008).

En ese país, la citología es uno de los exámenes más populares entre las mujeres, y se estima que 75% de las mujeres se practica al menos una cada tres años. Si se observan las 600 muertes de mujeres que están asociadas al CaCu, el 80% no se había hecho la citología, es decir que cuatro de cada cinco mujeres muertas por CaCu no se había hecho nunca una citología. Por lo que, en una población de mujeres entre los 30 a los 65 años, y con tres citologías consecutivas normales, la incidencia de CaCu es muy baja y puede ser igual a cero.

En cuanto a la vacuna contra el VPH, el autor refiere aspectos que no demuestran su eficacia, puesto que los resultados han sido intermedios y no finales. Su eficacia está demostrada en grupos seleccionados de ensayos clínicos en mujeres de 16 a 26 años, mientras que se propone vacunar a niñas de 9 a 12 años y no existen estudios en varones. El otro punto que resalta es que la duración demostrada de su eficacia es de seis años, cuando se ha dado por hecho que dura toda la vida, lo que significa una certeza crítica respecto a la duración (Ibid, 2008).

En función de los cálculos matemáticos sobre costo-efectividad hechos en Canadá, el autor concluye que si la inmunidad no es toda la vida sino que sólo propone una inmunidad de treinta años, o de menos, las posibilidades preventivas del CaCu bajan de 61% a 6%. Sería necesario entonces vacunar a 9 mil 88 niñas para evitar un sólo caso, y aunque la efectividad fuera del 70% y la duración de la protección sea de treinta años, el balance costo-efectividad sería prácticamente nulo.

También señala que cabe la posibilidad de que “la inmunidad contra los VPH-16 y VPH-18 dé mayores oportunidades a que otros tipos de virus de VPH con capacidad oncogénica aprovechen el nicho vacante” (Gérvas, 2008, p. 508). Asimismo se desconoce el impacto de la vacuna en la historia natural de la infección. En E.E.U.U, donde el CaCu es frecuente y se comporta similar al de Costa Rica, se ha calculado que la vacuna podría añadir al conjunto de la población de mujeres vacunadas unos cuatro días de vida ajustados por calidad, por ello dice:

“La efectividad de la vacuna y las estrategias de su aplicación dependen de sus objetivos. Se puede pretender: a) evitar la infección en las vacunadas, b) erradicar la infección en la población (exigiría vacunar a los varones), c) evitar las displasias, d) evitar el cáncer invasivo, y/o e) evitar la mortalidad por cáncer de cuello de útero. Es esencial determinar el objetivo con precisión. No bastan las declaraciones vagas tipo ‘queremos hacer desaparecer el cáncer de cuello de útero como causa de muerte’” (Gérvas, 2008, p. 508).

Otro grave problema que plantea Gérvas (2008) es que la introducción de la vacuna se vincula con la conducta sexual de las personas y con la focalización en la sexualidad coital, por lo que sería importante llevar un monitoreo sobre la forma en que afectará la percepción del riesgo en ambos sexos y en las distintas formas de sexualidad humana. Además hay que añadir que dicho autor es muy crítico con la introducción de la vacuna en un país *desarrollado* puesto que la mortalidad en mujeres por CaCu es mucho más baja. Para él, dichas cifras del CaCu se han exagerado como lo había mencionado Fica (2014):

“Resultan científicamente inentendibles las decisiones de los gobiernos de los países desarrollados, con sus prisas para introducir la vacuna en el calendario vacunal. También resultan sorprendentes las declaraciones y ‘consensos’ de asociaciones científicas médicas. Algunas veces son increíbles por su sobresimplificación y banalización (por ejemplo, que siempre hablen de la incidencia mundial, más de medio millón de casos anuales, y de la mortalidad mundial, más de un cuarto de millón de casos anuales, como si nos quisieran asustar pues se refieren a países pobres, donde reside la mayoría de la población mundial, que ni siquiera tiene para comer ni para las vacunas básicas. Aunque allí tendría gran efectividad la vacuna contra el virus del papiloma)” (Gérvas, 2008, p. 508)¹¹.

Es por esta razón que dicho autor comenta que en textos críticos tanto en español como en inglés se está pidiendo una moratoria para la implementación de la vacuna, sin embargo no se ha recibido mucha respuesta de las autoridades públicas. En España particularmente, varias sociedades científicas y profesionales se han sumado a la petición de una moratoria, como la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública y el Equipo CESCA (Gérvas, 2008).

Otro artículo que expone el desacuerdo con la aplicación de la vacuna contra el VPH, es el de Asa Cristina Laurell (2009), “La vacuna contra VPH: el conflicto de interés”, publicado en la *Revista Salud Colectiva*. Según el texto, debido a las reacciones adversas notificadas en varias partes del mundo, sería importante tener en cuenta la exigencia de varios científicos de Canadá, España y Alemania, sobre la prórroga a las autoridades en la vacunación masiva hasta tener más pruebas científicas en cuanto a la seguridad y eficiencia de las dos vacunas que están circulando en el mercado: *Gardasil* y *Cervarix*.

Por su parte, Espinoza (2014) en su texto “En el camino hacia un nuevo modelo de desarrollo, estado y sociedad”, al analizar la promoción indiscriminada de la vacuna contra el VPH en países de Latinoamérica, señala que:

- a. No existe un estudio que demuestre la efectividad de la vacuna, ya que tendría que durar entre 20 y 30 años dada la historia natural de la enfermedad.
- b. Los estudios realizados hasta hoy miden la titulación en sangre de anticuerpos para genotipos de las cepas de VPH 6, 11, 16 y 18, que han tenido una duración

¹¹ Habría que ser cautos con esta afirmación de Gérvas (2008), puesto que da cuenta de cómo en los *países pobres* sí es válido y justificable introducir medicamentos, aunque haya constantes notificaciones de efectos adversos en muchas partes del mundo.

cuando más de tres años. Y en el caso de la vacuna cuadrivalente (*Gardasil*) han demostrado un descenso en la titulación con el tiempo, lo que implica que si se adoptase la vacuna, habría necesidad de establecer refuerzos posteriores con el consiguiente incremento de los costos. Tampoco existen estudios sobre el nivel de titulación de anticuerpos para una protección eficaz.

c. No es conveniente ni recomendable para un *país subdesarrollado y pobre*, promover una medida de largo plazo de dudosa efectividad y con reacciones adversas que se asocian de una manera relevante a su aplicación, incluyendo muertes, pues en el mejor de los casos la incidencia se reducirá en la cohorte de adolescentes vacunadas dentro de 30 años, para resolver un problema que afecta hoy a centenares de mujeres.

d. Existen otras medidas con la relación costo-efectividad demostrada, que superan a la vacuna y que por sí solas representan una disminución comprobada de 70% de la morbi-mortalidad del CaCu, como son una detención temprana por Papanicolaou y tratamiento precoz de lesiones de CaCu *in situ*.

e. En los países con recursos de salud limitados, la implementación de dicha vacuna seguramente restará los recursos disponibles para los programas de prevención secundaria (citología y colposcopia), sin tampoco tener en cuenta las cepas de VPH que circulan en cada país.

f. El problema real es que, una vez generada la demanda por la vacuna, es muy difícil dar marcha atrás y muy difícil también retirarla aunque se demuestren razones valederas de costo, de seguridad o de eficacia (Espinoza, 2014).

Por lo que, estas posturas académicas/médicas críticas, crean al menos la duda de la adquisición por parte de los Estados de la vacuna contra el VPH como una medida preventiva.

4.4 Posturas académicas/médicas críticas frente a la vacuna del VPH: cuestiones éticas

Siguiendo con el texto anterior, Espinoza (2014) expresa su desacuerdo con la implementación de las vacunas, en la medida en que sería más importante la necesidad de tener sistemas de salud públicos que garanticen el acceso de las mujeres a pruebas de tamización a un bajo costo y prevengan contra el 100% de las cepas con potencial carcinógeno. La introducción de las vacunas ha sido polémica y un ejemplo de esto es lo que a continuación se describe:

“El Gobierno de la India, a través del Consejo Indio de Investigaciones Médicas (ICMR), ha ordenado la inmediata paralización del proyecto de programa de vacunación contra el virus del papiloma, tras haber comprobado violación de los protocolos éticos durante los ensayos clínicos con la vacuna, en los que también se reportaron seis muertes asociadas y 120 casos de reacciones adversas relacionados con la vacuna durante los ensayos (Pandey, 2010; citado por Espinoza, 2014). Austria descartó la vacunación masiva porque calculó que en el mejor de los escenarios con 95% de cobertura de vacunación en las niñas menores de 12 años, tendrían que esperar 52 años para reducir 10% la prevalencia de la enfermedad. Incluso en E.E.U.U su aplicación ha sido polémica, en el estado de Texas fue introducida obligatoriamente por un decreto ejecutivo del Gobernador Perry, lo que fue anulado mayoritariamente por la legislatura del Estado, en medio de un escándalo de prácticas anti-éticas que incluían: donativos de las empresas que estudian el factor de necrosis tumoral (TNF), productoras de la vacuna y a la campaña electoral del Gobernador” (Espinoza, 2014, p. 16).

Espinoza (2014) hace referencias a los artículos “*The HPV Vaccine: Science, Ethics and Regulation*” y “*Undeniable Violations and Unidentifiable Violators*”, (2010 y 2011) respecto a las violaciones éticas producidas en los ensayos clínicos de la vacuna contra el VPH efectuados en niñas de varios Estados del territorio indio¹². El 7 de abril del año 2010, el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar puso un alto a los mismos, después de recibir fuertes denuncias por parte de varias organizaciones pertenecientes a la sociedad civil.¹³

Dicho ministerio nombra una comisión para que investigue las irregularidades que se presentaron en la aplicación de la vacuna¹⁴. Algunos de los temas que se mencionan en el reporte entregado por dicha comisión fueron:

¹² A mediados de 2009, PATH, una organización internacional de salud con sede en Estados Unidos y la Fundación Bill y Melinda Gates, a través del ICMR (Consejo Indio de Investigaciones Médicas) y los gobiernos locales de los estados de Khammam y Gujarat, vacunaron a casi 24.000 niñas. Las vacunas utilizadas fueron *Gardasil* de *Merck* y *Cervarix* de *GlaxoSmithKline*.

¹³ Entre las que se encuentran: organizaciones de mujeres, organizaciones que defienden los derechos de los niños/as, organizaciones de defensa a la salud pública y líderes pertenecientes al Partido Comunista de la India (Sarojini, Anjali Shenoi, Srinivasan y Amar Jesani, 2011).

¹⁴ La comisión se enfocó en evaluar la naturaleza de la investigación, si se siguieron los lineamientos éticos para la toma de los consentimientos informados, y si existía la disponibilidad de la infraestructura sanitaria necesaria para apoyar la investigación. El equipo visitó las escuelas residenciales, albergues y centros de salud donde fueron vacunadas las niñas. Se realizaron entrevistas a las niñas vacunadas, guardianes de los albergues, maestros, personal de atención primaria en salud, activistas locales y grupos de mujeres. El equipo también interactuó con los padres de una de las niñas que murió en enero de 2010, después de la tercera dosis de la vacuna (Sarojini, Sandhaya Srinivasan, Madhavi, Srinivasan, Anjali Shenoi, 2010).

1. No existe claridad en la naturaleza de la investigación. PATH, organización internacional de salud que realizó la vacunación, alega a su favor que el estudio no podía ser clasificado como un ensayo clínico. Sin embargo, si se miran los objetivos de la investigación y las medidas de impacto que se tenían, muestran todo lo contrario. La investigación tiene como objetivo: “un estudio de un producto farmacéutico aplicado en seres humanos”. En cuanto a las medidas de impacto “4 o 5 buscaban demostrar la seguridad de la vacuna en la población” (Sarojini, Anjali Sheno, Srinivasan y Amar Jesani, 2011, p. 17).

2. Existe una selección de la población-objeto sin principios éticos. La población vulnerable perteneciente a comunidades tribales y comunidades que habitan en zonas rurales alejadas, debería ser tomada en cuenta sólo si es absolutamente necesario para el estudio o si dichas comunidades van a tener algún beneficio inmediato. En los ensayos clínicos llevados a cabo, dicho principio fue pasado por alto. Las niñas hacían parte de los grupos sociales más desfavorecidos de la zona, pertenecientes a grupos tribales, musulmanas, de castas vulnerables y desplazadas por el conflicto armado (Sarojini, Sandhya Srinivasan, Madhavi, Srinivasan, Anjali Sheno, 2010).

3. Se violaron procedimientos éticos para la obtención del consentimiento informado, pues fue una *operación encubierta y una coerción indirecta*¹⁵. Se tiene evidencia que aproximadamente 2 mil 763 formularios fueron firmados por la misma persona: el capitán encargado de uno de los albergues, y no por el padre/madre o responsable legal de las niñas. En el consentimiento informado se deben señalar los riesgos y las posibles molestias, así como la disponibilidad de un tratamiento médico por lesiones y terapias alternativas. A las niñas sólo se les dio una tarjeta en inglés, lengua desconocida para ellas y sus padres.

4. La notificación de eventos adversos es obligatoria en una investigación de este tipo para productos farmacéuticos con licencia o sin ella, y debe haber una entidad encargada del monitoreo, reporte e investigación de todos los eventos adversos, además se debe tener un seguro médico para las participantes como responsabilidad del investigador, esto no se incluyó. En el reporte se reconocen serios retrasos en la notificación de los eventos adversos, que incluye siete muertes, y solamente en tres de éstas no se encontró una evidencia concluyente.

5. La falta de claridad en las finanzas se demuestra, pues además de tener serias dudas acerca de las contribuciones financieras se observa un alto costo de las

¹⁵ El primero hace referencia al ocultamiento de los procedimientos y de las consecuencias legales que se tenía con la investigación, y el segundo hace alusión a la acción de coartar a una persona para obligarla a que diga o ejecute una acción en particular.

vacunas. Existe también la preocupación de que haya existido presión para que la vacuna fuera adquirida por el sistema sanitario de la India.

6. Ya se señaló la importancia del seguro médico, lo que es más relevante al tratarse de niñas y adolescentes sanas.

7. La asociación público-privada es otro problema pues el reporte menciona la necesidad de ser más cauteloso con las asociaciones privadas, ya que se cometieron faltas frente a los procedimientos éticos en la investigación y éstas deberían ser sancionadas.

8. Además se deben tomar acciones contra los funcionarios y los miembros responsables de estos procesos (Sarojini, et al., 2011).

Se hace alusión a la velocidad con la que la vacuna contra el VPH fue aprobada en la India, a pocas semanas de que se llevarán a cabo los ensayos clínicos. Lo que pone en evidencia las estrategias de marketing agresivas llevadas a cabo por las corporaciones farmacéuticas.

Los autores plantean una preocupación especial respecto a la comunidad científica que tiene la responsabilidad de promover sólo aquellas vacunas que son útiles, y cuya eficacia y seguridad se basan en evidencias científicas. Y hacen énfasis en que las autoridades reguladoras tienen la responsabilidad de garantizar que los nuevos medicamentos pasen por una evaluación científica adecuada antes de ser considerados aptos para su aprobación. Este caso pone en evidencia la necesidad de políticas nacionales en vacunas que se ocupen de los intereses reales que se tienen en salud pública, en lugar de privilegiar intereses del mercado.

Es así como los dos artículos tienen una significativa importancia, no sólo porque dan cuenta del incumplimiento de los lineamientos éticos en la investigación clínica y de la trasgresión de los requisitos legales que deben ser aplicados en las investigaciones llevadas a cabo sobre humanos, sino que también ilustran las prácticas de presión de las corporaciones farmacéuticas, que junto con el apoyo de organizaciones internacionales y el respaldo acrítico de las asociaciones médicas de la India, influyeron de una forma no ética en las prioridades de salud pública de ese país (Sarojini et al., 2010).

4.4 Posturas críticas académicas frente a influencia de los corporativos en salud

En el artículo “*Disease mongering*, el lucrativo negocio de la promoción de las enfermedades”, se argumenta el papel de la industria farmacéutica en la medicalización cada vez mayor de la vida de las personas, por la transformación de algunas situaciones normales en patológicas, y de promover enfermedades a partir de situaciones que pueden ser potencialmente tratables. Por otro lado, hay un afán desmedido en la prevención, desencadenando una cascada de demandas de actividades preventivas de las que no se tienen evidencia de efectividad. Lo que genera una angustia desmedida ante síntomas banales, generando a su vez una mayor percepción de vulnerabilidad frente a la enfermedad (Morell, Martínez, y Quintana, 2009).

Lo anterior puede ser comprendido con el concepto anglosajón *disease mongering* que hace referencia a la *mercantilización de las enfermedades*, que es la idea de obtener beneficios económicos fomentando la conciencia de enfermedad y la necesidad de medicamentos para curar problemas que probablemente no se padecen. Existen muchas vías para transformar un problema de salud en enfermedad y convencer a la población de que para síntomas menores es necesario un tratamiento farmacológico, proceso que promueve nuevos consumidores de medicamentos.

En este marketing de enfermedades, las corporaciones farmacéuticas no son las únicas que intervienen. Existen alianzas informales con grupos de médicos, líderes de opinión y grupos de pacientes, que empleando diversos medios de comunicación dan ideas falsas sobre determinada enfermedad y la necesidad de un tratamiento. Asimismo, dichas corporaciones gastan montos importantes de dinero en educar al personal de la salud, con el fin de obtener mayores ganancias (Morell, et al., 2009).

Dicho lo anterior, la revisión bibliográfica da cuenta de los distintos puntos de vista en cuanto a la implementación de la vacuna. No es la primera vez que una medida en salud pública (y en este caso una vacuna) cause controversia. Es por ello que el objetivo de esta revisión, fue poner en contexto a través de artículos científicos las distintas miradas desde lo institucional, lo medico/académico, las miradas sociales de la salud y las posturas críticas, sobre la aplicación de la misma.

En cuanto a los artículos que muestran una mirada disidente, concuerdan en varios aspectos como: inconsistencias éticas presentadas en los ensayos clínicos, la falta de estudios en cuanto a la seguridad de la misma, promoción de la vacuna como una medida que previene el CaCu, lo cual aún no se podría afirmar; la

influencia de los corporativos farmacéuticos, la realización de la citología como una medida que sigue siendo efectiva para bajar la incidencia del CaCu en mujeres, entre otros. Por ello, dichos artículos plantean la duda acerca de la pertinencia que tuvo esta decisión, además de cuestionar la apresurada aceptación de la vacuna contra el VPH por parte de los Estados.

5. Marco teórico

Este apartado de la tesis dará cuenta de las categorías y los enfoques empleados para su desarrollo.

5.1 Determinación Social en Salud

Los desarrollos de los académicos e investigadores de la Medicina Social Latinoamericana nacen a partir de los años setenta, en contraposición a los modelos hegemónicos y oficiales (como los propuestos por la OMS) que no tenían en cuenta las realidades de las poblaciones en América Latina.

En el enfoque de la determinación social de los procesos de salud-enfermedad-atención se entiende la noción de determinación como un proceso o un modo de devenir, a través del cual los objetos tienen propiedades sociales, es decir, la determinación reconoce y asume la existencia de un carácter social en el proceso salud-enfermedad-atención y éste a su vez está dado por una estructura económica, política y cultural.

Entonces, la determinación social no pretende ignorar los procesos biológicos individuales sino que estos son entendidos como un primer nivel de aproximación parcial, puesto que hay otros niveles estructurales que permiten entender los procesos vitales, como síntesis de las contradicciones de los grupos humanos insertos en sociedades específicas. Así, los procesos biológicos individuales son la expresión de los procesos históricos y sociales (Orozco, 2012).

Dentro de este marco, la salud y la enfermedad son vistas como un *continuum* de la trayectoria vital de las personas, por lo que al ser un proceso, debe haber una comprensión de la salud/enfermedad tanto en el presente como de su historicidad. La salud y la enfermedad al ser pensadas como procesos sociales e históricos, hacen visibles otros factores como el sistema económico predominante, las condiciones laborales, de trabajo y la clase social, además de la apropiación patriarcal del poder y la apropiación por parte de grupos étnicos situados con ventaja estratégica (Breilh, 2013).

Dicha propuesta hace posible la explicación de la relación entre el sistema social, los modos de vida y la salud; la distribución por clases de las formas e intensidades de exposición humana a procesos peligrosos; la vulnerabilidad diferencial de los colectivos situados en inserciones sociales distintas; y la comprensión en profundidad del metabolismo sociedad-naturaleza y su impacto social.

Para la escritura de la tesis se hizo importante tener en cuenta la apropiación del poder como fuente de las inequidades propias de la realidad latinoamericana. Ésta se sustenta en las nuevas formas de desposesión inherentes al sistema capitalista (Breilh, 2013). La aceleración de la reproducción del capital en los últimos años es promovida por la articulación de un andamiaje político-académico/médico-corporativo, que descuida lo que significa la protección de la salud de las mujeres y opera bajo una lógica de extracción, producción y distribución de productos biotecnológicos, como es el caso de la vacuna.

5.2 Políticas públicas en salud

Para analizar los intereses corporativos detrás de la implementación de la vacuna contra el VPH en Colombia, se partirá del concepto foucaultiano de bio-política¹⁶, en la medida en que para el Estado es importante la gestión de todos los procesos biológicos de la población. Foucault identifica como objeto de la bio-política a la población. Dicha población no referida a los sujetos individuales titulares de determinados derechos, ni a un pueblo concebido como sujeto colectivo o nación, sino al único elemento que une a todos los individuos de la especie: la posesión del cuerpo. El cuerpo es ese lugar privilegiado donde se ejerce el poder, donde se constituye la subjetividad, donde se incorpora el orden social y donde están atravesadas estructuras como el sexo, el género y la sexualidad (Granados, Hernández y Olvera, 2017).

Por tanto, la bio-política tiene como objetivo el cuerpo, puesto que intenta protegerlo, potenciarlo, reproducirlo con una finalidad que va más allá de disciplinarlo, porque éste hace parte de la existencia misma del Estado en sus intereses económicos, jurídicos y políticos. Es así como los individuos son parte

¹⁶ Foucault no fue el primero en utilizar el término de bio-política. Se presume que el concepto se remonta al sueco Rudolf Kyellén, quien con la utilización del mismo, hacia 1905, hacía referencia a dos diferentes significados. El primero “a una concepción de la sociedad, del Estado y de la política en términos biológicos y, más precisamente, patológicos: el Estado es una realidad biológica, un organismo, y, puesto que este organismo vive en continuo desorden, la política tiene que basarse en la patología” (Castro, 2007, p. 2). El segundo hace alusión a la manera en que el Estado, la política, y el gobierno se hacen cargo de la vida biológica del hombre (Castro, 2007).

integrante del Estado, y el Estado no existe fuera del cuerpo de los individuos que lo integran. Esos cuerpos, todos y cada uno, son los que deben ser cuidados, estimulados, multiplicados como el bien absoluto del cual el Estado deriva su propia legitimación (Foucault, 2013).

Foucault (1977a) menciona que uno de los espacios clásicos de intervención de la bio-política es la ciencia médica. En este campo particular, la producción científica se incrementa con el desarrollo de la medicina industrializada, y puede otorgar la vida no sólo absteniéndose de aplicar la muerte, sino realmente otorgándola, usando medios científicos y técnicos. Es posible entonces prolongar la vida, instalando prótesis cardiacas, pulmonares, renales, entre otros ejemplos, lo que antes era inimaginable. También se puede otorgar la vida dando vacunas, medicamentos o realizando cirugías (López, Chapela, Hernández, Cerda y Outón, 2011).

Sin embargo, el otorgar vacunas, medicamentos, prótesis, trasplantes, o el asignar recursos, implica también decidir a quién se le otorgará y a quién no. Esta protección y negación simultánea de la vida, Esposito (2005) la denomina *inmunitas*¹⁷. El Estado entonces se convierte en un verdadero dador de vida a ciertos individuos o a un grupo social si se quiere, concediéndola en un momento y en lugar específico, mediante esquemas de asignación que él autónomamente decide (Esposito, 2005).

En la actualidad, en los Estados democráticos, la salud pública por medio del diseño, organización, realización y evaluación de acciones, ha permitido simultáneamente una protección y negación de la vida. Particularmente la salud pública ha sido un campo especializado de saberes y prácticas, que se ha encargado del estudio de las condiciones de salud de la población y la organización de una respuesta médica para mejorar tales condiciones (López, López y Puentes, 2011). En esa respuesta también debe decidir a quién y a quién no mejorar sus condiciones de salud.

¹⁷ *Inmunitas* hace referencia a “la condición de refractariedad del organismo ante el peligro de contraer una enfermedad contagiosa” (Esposito, 2005, p. 16). Este concepto está vinculado a lo que hace el antibiótico en el cuerpo humano, que es inocular cantidades no letales de virus para estimular la formación de anticuerpos. Por lo que se le introduce al organismo el mal que lo afecta, para que éste lo reproduzca en forma controlada y así se pueda proteger. El virus entonces es expulsado cuando éste comienza a ser parte del organismo. De este modo, la vida es conservable mediante la inserción en su interior de algo que la contradice (el opuesto exacto), en este caso la muerte (Esposito, 2005).

Esas decisiones son traducidas en lo cotidiano por medio de la elaboración, realización, ejecución y evaluación de políticas públicas en el área de la salud. Dichas políticas públicas deben ser abordadas desde un enfoque cultural y discursivo, ya que están determinadas y construidas por estos dos factores, al ser una de las expresiones de la complejidad de lo que hoy en día entendemos por Estado.

Hay que tener presente que las políticas públicas en salud que se han impulsado después de los años noventa con la entrada del neoliberalismo, han modificado su objetivo. En el Estado de Bienestar, la lógica se fundamentaba en la idea de una solidaridad abstracta basada en la igualdad de derechos. Sin embargo, después de los años noventa el proceso cada vez más pronunciado es desaparecer las entidades que se hacían cargo de la solidaridad. Esto se expresa claramente en la reducción de la seguridad social y en las decisiones políticas enfocadas a privatizar la solución de los problemas, buscando una redefinición de las responsabilidades donde éstas pasan a ser individuales y no sociales, asumiendo a los ciudadanos como seres autónomos, autogestivos, consumidores y privados. (Herrera, 2009).

Esa definición de ciudadanía es cada vez más aceptada en las sociedades latinoamericanas¹⁸, y específicamente en Colombia las nuevas formas de gobierno se constituyen y se reestructuran de acuerdo al mercado, por lo que las políticas públicas apuntan en mayor medida a un sujeto autorregulado y responsable, donde las lógicas del consumo son las orientadoras y donde el Estado controla a los que no entran en sus lógicas, al considerarlos como *desviados*, o sujetos en *riesgo* (Ibid, 2009).

En consecuencia, el *riesgo* como categoría ha constituido un campo de saber/poder, desde el cual se han articulado políticas públicas y un tipo de gobernabilidad. A la vez se entretajan discursos, instituciones, discursos científicos, proposiciones filosóficas y morales, a través de las cuales se plantea el objetivo central de combatir el mismo (Betancourt, 2017).

Específicamente para el campo de la salud, la conformación de la *sociedad basada en el riesgo* se fortalece desde la segunda mitad del siglo XX, cuando la ciencia médica confía el registro de sus éxitos o fracasos en la estadística, así los bio-marcadores que relacionaban los problemas de salud de las personas eran las guías de acciones (Dumit, 2012). Éstas daban cuenta de quién padecía una

¹⁸ Que fue importada de las sociedades consideradas *desarrolladas*.

enfermedad o moría por ella, pero especialmente cuantificaban a aquellos que estaban en *riesgo* de contraerla.

Con la entrada de las políticas neoliberales y la influencia de los corporativos en la definición y financiación de las mismas, la categoría del *riesgo* cambió el significado básico de la salud y la enfermedad. Antes se asumía que las personas eran saludables y que las enfermedades eran interrupciones temporales en la vida de las personas. Hoy en día estar saludable es sinónimo de tener menor *riesgo* de contraer una enfermedad, y estar enfermo es tener un alto *riesgo* de contraerla. Pero cuando el *riesgo* de una enfermedad es visto como una enfermedad en sí misma, se genera una sobre-demanda de tratamientos médicos, al aceptar que todos/as podemos estar en *riesgo* de contraer la mayoría de enfermedades, aunque no las padezcamos (Dumit, 2012).

Es así como estimular la idea de estar en *riesgo* de contraer una afección, una epidemia o una enfermedad que aún no se tiene, se ha convertido en uno de los mecanismos de las corporaciones farmacéuticas para crear nuevos consumidores. Dichas industrias tienen la capacidad de desestabilizar a los gobiernos promulgando discursos donde se habla del daño a la salud de sus ciudadanos, y una manera de solucionarlo es establecer políticas que promuevan el uso de ciertos medicamentos o bio-tecnologías¹⁹.

En la actualidad, la sociedad basada en el *riesgo* se ha vuelto uno de los ejes del consumo de productos y bio-tecnologías médicas, muchas de ellas innecesarias, lo que ha provocado sociedades enfermas que demandan continuamente su consumo. Ya Foucault (1976) lo advertía al mencionar que no sólo los beneficios de las bio-tecnologías médicas eran mucho menores de lo que se pensaba, sino que tenían consecuencias negativas más graves de lo que se creía:

“La medicina industrializada, además de ser muy costosa y frecuentemente innecesaria, tiene un impacto destructor que es inherente a su ejercicio y termina por crear sociedades enfermas que fomentan la atención de dolencias que no requieren tratamiento y que multiplican exponencialmente la demanda de servicios. Desde esta lógica resulta inevitable considerar al paciente más que un mero cliente de las instituciones médicas. Además, la medicina enmascara las condiciones socioeconómicas que dan origen a las enfermedades y confisca el

¹⁹ Es por eso que Espinoza (2014) refiere que se deberían fortalecer los Sistemas de Salud en los países *subdesarrollados*, lo cual resulta más rentable que inventarse nuevas enfermedades, ya que las únicas ganancias las tienen las corporaciones farmacéuticas cuando los Estados invierten su dinero en vacunas de alto costo (Espinoza, 2014).

poder de las personas para curarse a sí mismas y dar forma humana a su ambiente” (López, Chapela, Hernández, Cerda y Outón, 2011, p. 74).

Es así como las políticas públicas en salud están invadidas y financiadas por corporativos farmacéuticos, que imponen su percepción de la salud-enfermedad-atención, y logran la implementación de políticas como la de vacunación contra el VPH, basándose en el *riesgo* para justificarlas en los ámbitos políticos.

5.3 Modelo Médico Hegemónico (MMH)

Ya en el siglo XVIII se desarrollaban las medidas para abatir la morbi-mortalidad por medio del saneamiento, y esto se relacionaba con buscar una protección clasista y al mismo tiempo con asegurar una mayor productividad entre las clases trabajadoras. Especialmente la productividad de los trabajadores urbanos que buscaban ser atendidos por la medicina *científica*, cuyo avance por medio de la práctica quirúrgica generaba la percepción de que ésta era segura y eficaz debido a que curaba más rápido. Esto convenía a ambas clases sociales pues permitía una pronta reincorporación al trabajo.

De manera que esta medicina *científica* que es exigida especialmente por los trabajadores industriales, efectivamente mejora su nivel de vida y se convierte en un beneficio social que se incluye en las luchas laborales. Pero además lograba el control global de los focos de enfermedades transmisibles con el desarrollo de políticas de higiene pública, y desde luego con el mejoramiento de las condiciones de salubridad colectiva como agua potable, drenajes, sistemas de limpieza urbanos y mejoramiento de las condiciones de alimentación (Menéndez, 1985).

Esa medicina es dominante ya en los siguientes años se configura en un MMH. Esta concepción desarrollada por Eduardo Menéndez (1985), permite comprender cómo esta práctica social contiene un discurso que va de la mano con el predominio de la clase burguesa y se desarrolla en el capitalismo.

La evolución del capitalismo hacia un modelo neoliberal también define al sector actual de la salud. Y al igual que en todos los ámbitos se impone el capital financiero, corporativo, especialmente a través de la industria farmacéutica, el cual determina la manera de administración, apropiación y financiación de los servicios médicos; el suministro de medicamentos y sin lugar a dudas los esquemas de vacunación. Como se señaló, las políticas públicas en salud no sólo responden a la necesidad de controlar la morbi-mortalidad sino que comienzan a responder cada vez más al beneficio privado.

La entrada del capital financiero y de la industria farmacéutica ha creado un complejo político-académico/médico-corporativo que:

“Desde mediados de los noventas, la industria ejerció gran presión para desregular la publicidad directa de medicamentos de venta bajo prescripción u otras modalidades de difusión; presionó para que se aceleren los procesos de aprobación y comercialización de nuevos medicamentos; penetró los cuerpos científicos que asesoran a los organismos de control de medicamentos, ganando influencia en las decisiones sobre los medicamentos que se aprueban y se prohíben; penetró los cuerpos científico-profesionales encargados de definir protocolos clínicos y manuales diagnósticos para influenciar la creación de nuevas enfermedades, redefinición de otras y determinación del tratamiento a seguir; cooptó asociaciones de pacientes y familiares para que actúen como agentes de propaganda de sus productos; y creó nuevas modalidades de negocios” (Iriart y Merhy, 2017, p. 1010).

En el núcleo del MMH, está el enfoque biomédico y estadístico del *riesgo*, pero además un abordaje individualista de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad, cuestión que impide explicar la compleja red de su determinación²⁰ y favorece la concepción funcional de salud, en aras de los intereses del capital y de la industria farmacéutica (Ayres, 2002).

Además debe tenerse en cuenta que el MMH implica una práctica cultural, ya que las acciones en salud pública funcionan a través de un sistema normativo, asociado a una vasta empresa de aculturación de las poblaciones (Viveros y Hernández, 2003). Según Clavreul (1983), la disciplina médica y el MMH son ante todo un orden normativo que se ha establecido mediante su discurso, posiciones de sujeto, rituales, modelos de interacción, jerarquías, deberes, juicios, saberes (Herrera, 2009), así como sistemas de vigilancia de los cuerpos, los comportamientos y el pensamiento (López et al., 2011).

Es a partir de este control cultural que el Modelo se legitima e impone un discurso construido bajo parámetros biologicistas y naturalistas. Desde las Ciencias Sociales y la Filosofía, algunos autores como Goffman (1973), Foucault (2004 y 2001), Canguilhem (1982) y Clavreul (1983), critican lo anterior debido a que crea un orden de *discurso*, que está relacionado con la autoridad que se sustenta en el carácter *científico* de sus argumentos y procedimientos, y le confiere a sí mismo una función casi sagrada. El *discurso* médico pone en evidencia ciertos hechos y

²⁰ Que también ha hecho de sustento a un gran porcentaje de las investigaciones e intervenciones desarrolladas por la epidemiología y la salud pública (Ayres, 2002).

los articula en su propia lógica, impone su mirada y reduce los cuerpos humanos a objetos de su intervención (Herrera, 2009).

Con este modelo, la práctica médica separa a las personas, las parcializa y las comprende como enfermedades o síntomas. Al hacerlo las convierte en objetos que puede comprender y controlar. Es por ello que en el *discurso* médico se vuelven relevantes los elementos que para él son significativos y no los que considera la persona que busca la atención. De esa manera, al hacer la separación de su paciente durante el proceso de atención, lo desvincula de su realidad y lo convierte en la enfermedad misma, la infección, el cáncer o la diabetes (López, et al., 2011).

Por otro lado, al limitar el campo dentro del orden del *discurso* médico, se imponen determinadas perspectivas como la visión cartesiana del cuerpo humano, donde la cabeza y el cuerpo son vistos como dos elementos separados. Lacan (citado por Herrera, 2009) plantea que:

“La ciencia moderna, aplicada a la medicina, ha entrado en el cuerpo humano guiada por la dicotomía cartesiana de la *psique* y el soma. El cuerpo, en su dimensión extensa, somática, es una aportación brillante a la posibilidad de fotografiarlo, radiografiarlo, calibrarlo y condicionarlo, pero a la vez esta manera de considerarlo lo excluye de su relación con la llamada *psique*” (Herrera, 2009, p. 107).

Esta separación subraya la visión de la persona como un síntoma o como una enfermedad, no la ve en toda su integridad pues sólo observa su parte enferma. En resumen, la deshumaniza.

Esto genera un *desprecio* hacia la persona que demanda atención, y desde luego hacia su escucha. Este *desprecio* se acentúa si se trata de mujeres,²¹ ya que el Modelo se afianza en un sistema patriarcal en el que son pensadas como objeto

²¹ Un ejemplo claro de esto se ha visto en especialidades médicas como la cardiología, en donde no se detectaban a tiempo anomalías cardíacas en las mujeres, porque al exponer los síntomas, el médico pensaba que la mujer *se estaba quejando*, por lo que no era considerado como un indicio de alarma de ataque al corazón. Lo que sucedía, además de la visión estereotipada de *lo quejumbrosas que son las mujeres*, y de la no escucha por *ser mujeres*, era que los métodos de detección no eran asumidos de una manera diferencial, sino que se comparaban con los síntomas que se les presentaban a los hombres. Ésta era una de las razones por las cuales no se diagnosticaba a tiempo. Hoy en día, se ha hecho un reconocimiento de la alta prevalencia de esta patología en las mujeres y se han tratado de diferenciar los métodos de detección (Valls- Llobet, 2008).

de control. Las prácticas propias de la medicina han estandarizado medidas autoritarias que responden a una normatividad basada en la inequidad de género.

El énfasis que pone el MMH en las acciones preventivas sobre los cuerpos de las mujeres, sobre todo en lo referente al ejercicio de su sexualidad, es una muestra clara de que hay una correspondencia entre la lógica del mercado, la mirada patriarcal y la orientación de las prácticas en salud (Viveros y Hernández, 2003). Por ello se hace importante contar en la tesis con la perspectiva crítica de género para reflexionar sobre la implementación del programa de vacunación contra el VPH.

5.4 Perspectiva de género

Para comprender los problemas de salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de género, vamos a referirnos primero a las luchas feministas por el derecho de las mujeres sobre sus cuerpos y cómo en éstas se han cuestionado el saber y el *discurso* médico. El punto de partida de esta reflexión es el cuestionamiento de los parámetros biologicistas y naturalistas de la construcción del cuerpo humano, especialmente el de las mujeres y de otros grupos que han sido marginados y oprimidos socialmente por los diversos sistemas de poder desde la dominación heteronormada (Esteban, 2006).

La perspectiva de género como derivación académica del feminismo confluye con el enfoque de la Medicina Social y la Salud Colectiva que cuestionan la mirada biologizada del MMH, y parten de una mirada histórica que explica los límites del modelo clínico y las acciones de prevención. Todo ello desde un cuerpo teórico que enfoca los problemas de salud como fenómenos complejos derivados de la realidad social, el cual reconstruye conceptos y delimita relaciones más allá de lo inmediato, para comprender las determinaciones dentro de la totalidad social. Esta mirada de la complejidad confluye con la perspectiva de género al cuestionar las nociones de salud y enfermedad que se reducen a aspectos biológicos.

Al comprender desde el contexto social los micro procesos que conforman las vivencias relacionadas con la salud-enfermedad-atención, así como desde un cuestionamiento de valoraciones, percepciones y significaciones impuestas por relaciones sociales jerárquicas de género, se explica el funcionamiento de prácticas médicas y políticas públicas en salud que se imponen a hombres y mujeres, basadas en prejuicios sobre sus cuerpos y en sistemas de poder. La perspectiva crítica, teórica y metodológica de los estudios feministas y su perspectiva, también propone un cambio en la forma de construir conocimiento

desde la cultura patriarcal y desde el MMH y su *discurso*, que identifican como patológico el *ser mujer* (Castro y Bronfman, 1993).

Eso quiere decir que las mujeres son vistas como síntoma/enfermedad, y son reducidas a objetos de estudio de la disciplina médica, determinadas *a priori* como un cuerpo pasivo, paciente, enfermo, dependiente, indigno, objeto de saber y de vulnerabilidad. No son vistas como personas en sí, y esto es un reflejo de una cultura patriarcal en la que lo femenino es desvalorizado y deshumanizado. En otras palabras, la definición de mujer-objeto, que también es muy frecuente en la vida cotidiana y en los medios de comunicación, aunque aparece como una definición inocente, banal y pasa inadvertida, hace entender que:

“si la mujer es objeto, no es humana, es otra cosa respecto a la humanidad”
(Romito, 2007, p. 67).

La objetivación de las mujeres permite entonces que sus cuerpos se puedan fragmentar, seccionar, abrir y hasta desechar. Hoy en día, esto puede ser una consideración aún más relevante en la medida en que por las fuerzas económicas e ideológicas propias del capitalismo, las mujeres pueden ser reducidas a un conjunto de fuerzas de producción o reproducción fácilmente sustituibles (Mbembe, 2011).

Asimismo, dicha perspectiva ha desnaturalizado las nociones de salud y enfermedad reducidas a una cuestión de funcionalidad o disfuncionalidad del cuerpo biológico, y ha comenzado a tener en cuenta aspectos mucho más contextuales, incluyendo categorías de análisis como clase, raza, etnia, género, edad, sexualidad, orientación sexual, proveniencia, condiciones de vida, entre otras, que influyen de una manera sustancial en el enfrentamiento de una persona con un padecimiento y malestar. En ese sentido se plantean nuevos marcos analíticos que están basados en la interseccionalidad, por lo que esta categoría de análisis se vuelve clave para entender la relación entre género, salud y otras formas de desigualdad (García, Jiménez y Martínez, 2010).

Aunque la desigualdad de las mujeres en temas de salud se acentúa en condiciones de pobreza, ésta se hace más evidente en los llamados territorios periféricos. Ello ocurre en cualquier estrato socioeconómico, en la medida en que las mujeres trabajan un número de horas mayor a los varones, aunque muchas de sus labores no sean reconocidas socialmente, además de enfrentar una discriminación sistemática donde están incluidos los cuidados familiares, el acceso a la educación, los alimentos y los servicios sanitarios. La salud es uno de los campos donde más se pone de manifiesto estas inequidades, y aunque los

hombres y las mujeres compartan algunos problemas en salud, la vulnerabilidad no es la misma. Es así que:

“cada género, clase social y etnia tienen un perfil de salud característico. Las diferencias y las desventajas de género en el campo de la salud se manifiestan no sólo en la distribución de la enfermedad en una población determinada, sino en la forma como se promueve la salud, se previene y controla la enfermedad, se cuida a los enfermos y en los modelos empleados para estructurar los sistemas de salud y la seguridad social” (Estrada, 2009, p. 110).

Desde estas reflexiones se plantea el caso de la vacunación masiva contra el VPH, con un discurso que relaciona el significado del cuerpo de las mujeres únicamente con la Salud Sexual y Reproductiva (en adelante SSR), es decir, con conceptos contenidos en el MMH. Sus tecnologías médicas específicas son aplicadas a las mujeres de manera preferencial e incluso lesiva, un ejemplo de ello es el uso de métodos para el control de la natalidad, como las pastillas anticonceptivas o la medicalización de procesos naturales como el embarazo, parto, puerperio y menopausia.

6. Metodología

Se partió del marco de los desarrollos propuestos por la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, que tiene un enfoque social en salud y cuyas explicaciones derivan de la determinación social de la salud.

La investigación tuvo una aproximación cualitativa en la medida en que estableció “un modo particular de acercamiento a la indagación: una forma de ver y una manera de conceptualizar una cosmovisión unida a una particular perspectiva teórica para comunicar e interpretar la realidad” (Vasilachis, 2006, p. 3). Dicha aproximación reconoce las múltiples miradas de la realidad que dan ante las formas diversas en que los individuos perciben, interpretan y actúan en el mundo (Magalhães y Mercado, 2007).

Por lo demás, la investigación cualitativa conlleva un acercamiento al mundo social con implicaciones distintas en el ámbito social y político (Magalhães y Mercado, 2007), también coincide en los objetivos del pensamiento emancipador de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva. Se tuvo un diseño flexible, que respondió a la indagación en la que se encontraron datos y

situaciones inesperadas que impactaron en el marco teórico y los datos a recabar, ya que el trabajo de campo fue aportando nuevas reflexiones²².

Además, la investigación se condujo bajo un enfoque etnográfico, ya que desde la disciplina antropológica se buscó nutrir la perspectiva de la Medicina Social Latinoamericana, por lo que al tratar de describir, interpretar y analizar las razones político-económicas detrás de la implementación de la vacunación masiva contra el VPH en Colombia, se hizo importante considerar las técnicas que aporta la etnografía.

Tener entonces un enfoque etnográfico es comenzar a entender el *sentido común* de los pensamientos, acciones y palabras. Guber (2001) describe este entendimiento de la siguiente manera:

“El conocimiento de *sentido común* no sólo pinta a una sociedad real para sus miembros, a la vez que opera como una profecía autocumplida; las características de la sociedad real son producidas por la conformidad motivada de las personas que la han descrito. Es cierto que los miembros no son conscientes del carácter reflexivo de sus acciones pero en la medida que actúan y hablan producen su mundo y la racionalidad de lo que hacen. Describir una situación es, pues, construirla y definirla [...] Las descripciones y afirmaciones sobre la realidad no sólo informan sobre ella, la constituyen. Esto significa que el código no es informativo ni externo a la situación sino que es eminentemente práctico y constitutivo” (Guber, 2001, p. 18).

Tratar de comprender el *sentido común* implicó entender cómo opera y cuáles son los códigos que posee un colectivo social en particular. Es prestarle atención a lo que ese colectivo considera obvio. Y en el presente caso, se buscó determinar por qué un problema de salud como el VPH o el CaCu comienza a ser nombrado como público; por qué comienza a dotarlo social y culturalmente de poder; y por qué y quiénes comienzan a legitimar la masificación y aplicación de la vacuna en las mujeres como mecanismo preventivo.

Ya que la vacuna se aplica preferencialmente sobre los cuerpos de las mujeres, se hizo fundamental contar con la perspectiva crítica y metodológica de los estudios de género durante todo el proceso de investigación. De modo particular, los estudios de género, nacen de la mano del aparato conceptual del feminismo

²² La adherencia a la investigación cualitativa permite establecer procesos de indagación que se emplazan en el presente. Ésta no puede ser vista como algo estático sino todo lo contrario, los métodos y las teorías varían con lo que vaya aflorando el campo, sin que ello afecte una argumentación sólida sobre lo que se va encontrando (Mendizábal, 2006).

teórico; cuestionan la manera en que se crea la racionalidad científica, sesgada y dominada por una perspectiva y un modo de pensar masculino. De ésta manera las categorías, los conceptos y los métodos científicos existentes reflejaban un modo de mirar y entender el mundo desde una perspectiva androcéntrica. Así lo señalaba Fee (1982): “cabe esperar que una sociedad sexista produzca una ciencia sexista” (Castro y Bronfman, 1993, p. 35).

Fue entonces importante contar con dicha perspectiva, ya que se trató de una política pública con una aproximación hegemónica, es decir, desde una mirada masculina. Esta afirmación explica cómo el programa de vacunación contra el VPH fue planteado desde una mirada androcéntrica, que en temas de SSR, considera a las mujeres como un cuerpo-objeto privilegiado de intervención. De manera que en todo el proceso de investigación fue indispensable la perspectiva de género que aporta elementos claves para el análisis.

Específicamente, la perspectiva de género aporta a la investigación una aproximación tanto a aspectos micro como macro de la realidad social, los cuales van a estar enfocados hacia el cuestionamiento de las prácticas promovidas por el MMH; las estrategias económicas y las políticas en la salud; los programas públicos de sanidad dirigidos a los cuerpos de las mujeres; la manera en que estos son percibidos dentro de la ciencia médica y su mirada androcéntrica; el Estado y los determinantes sociales de la salud de las mujeres en Colombia; la forma de actuar de los sistemas de poder al objetivizar los cuerpos de las mujeres para volverlas mercancías; y la manera en que actúa el sistema económico contemporáneo que impulsa el consumo de bio-tecnologías que deterioran la salud de las mujeres promoviendo aún más sus inequidades.

6.1 Trabajo de campo

El trabajo de campo inicial comprendió la identificación de actores y sus contactos, la consecución de textos claves, el análisis documental, y el análisis en conjunto de todas las fuentes, llevo casi 7 meses.

Sin embargo, el trabajo de campo en terreno se llevó a cabo durante los meses de marzo y abril del 2016. En un primer momento, se hizo un sondeo para conocer el panorama de lo que estaba ocurriendo con la aplicación de la vacuna contra el VPH en Colombia, puesto que la medida era aún percibida como *controversial*. Todas las observaciones fueron anotadas en el diario de campo, no sólo en este primer acercamiento sino durante los meses que duró el mismo. Luego se comenzaron a contactar a los actores claves que estuvieron involucrados en el proceso de la toma de la decisión. Estos actores se identificaron por ser los que

oficialmente estaban involucrados con la política de vacunación y para su identificación se empleó la técnica de bola de nieve. El establecer contacto con dichos actores no fue tarea fácil, porque la vacuna en Colombia era aún un tema que provocaba el debate.

Para conocer cómo se había llevado la implementación en el terreno, se escogió Bogotá, ya que fue una de las primeras ciudades en empezar la vacunación, y al ser mi ciudad de origen, donde están concentradas todas las instituciones del gobierno implicadas en la toma de la decisión, se hizo más pertinente la realización de las entrevistas en dicha ciudad.

De igual forma se realizaron entrevistas semi-estructuradas a personas del MSPS, entre ellos el Director de Promoción y Prevención, el Director del Programa Ampliado de Inmunizaciones (en adelante PAI), una funcionaria del PAI, dos funcionarios que hacen parte de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles y a la Encargada del Almacén²³. Dentro del INC, se entrevistó a la Coordinadora de Ginecología Oncológica, que también es miembro de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG)²⁴, y a la Coordinadora General de Prevención Temprana²⁵.

Se quiso también entrevistar a actores claves dentro del Instituto Nacional de Salud, sin embargo, fue muy difícil establecer contacto con las/os funcionarios involucrados, y aunque en algún momento se pudo contactar con alguno/a, no quiso involucrarse en el proceso investigativo.

De la Secretaría Distrital de Salud (en adelante SDS), se entrevistó a una Profesional Especializada en temas de vigilancia epidemiológica y a una funcionaria que trabaja para una de las localidades en el PAI distrital.

Asimismo, se realizaron dos entrevistas a personas involucradas, una ex-funcionaria del Fondo de Población de las Naciones Unidas (en adelante UNFPA), que conoce el tema de los DSR, y a una investigadora en materia de salud pública y salud de las mujeres. En total se realizaron doce entrevistas.

En un primer momento en las entrevistas, se rastreó el surgimiento del VPH y el

²³ Esta entrevista no fue utilizada para el análisis.

²⁴ Federación académica y científica que apoyó la decisión de la vacunación masiva contra el VPH en Colombia.

²⁵ Esta entrevista no fue utilizada para el análisis.

CaCu como un problema de salud pública, por lo que las preguntas estuvieron enfocadas a las razones que llevaron a la construcción de la legitimidad social que le dio sentido. El punto de partida es la desnaturalización del problema, así como el propósito de demostrar que el enfoque de la salud pública no es neutral. Temporalmente se le dio importancia a los acontecimientos previos a la vacunación y al momento de la toma de la decisión en el 2012. Era importante enfocarse en dicho proceso, puesto que se podían conocer cuándo y por qué el VPH y el CaCu comienzan a ser pensados como problemas públicos, y cuáles fueron las razones para la toma de la decisión.

En un segundo momento, se preguntó sobre las razones por las que se considera a la vacunación masiva aplicada a mujeres como una buena estrategia de prevención. Mientras que en un tercero momento, se indagó por la materialidad de la decisión en salud pública, es decir, sobre la traducción en acciones concretas de la implementación. Dicha materialidad se indagó hasta abril de 2016, que finalizó el trabajo de campo. Se hizo fundamental dar cuenta del recorrido, así como de la realización de un mapa de los actores que intervinieron. En este punto fue importante prestarle atención a la manera en que la decisión de salud pública pasa del gobierno central a lo local, y cómo se definió una geopolítica para la aplicación a nivel nacional.

En cuanto al segundo objetivo, que refiere a los intereses corporativos de las farmacéuticas detrás de la implementación de la vacunación contra el VPH, se preguntó por la manera en que se financia el programa, los fondos económicos existentes, los precios de las vacunas, y por el porqué de su adquisición. Aquí se hace significativo tener en cuenta las instancias del Estado colombiano que están involucradas a nivel económico y político. Se partió del supuesto (no es el único) que las corporaciones farmacéuticas hacen *lobby* en organizaciones supranacionales como OMS y la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS), y estos a su vez hacen recomendaciones a los Estados para tomar la decisión de realizar una vacunación masiva contra el VPH en niñas/adolescentes. Aquí se preguntó por la manera en que los Estados se apropian de esta decisión a nivel económico.

También en las entrevistas fue importante conocer por qué la vacunación se aplica sólo a mujeres para así describir la promoción de bio-tecnologías sobre sus cuerpos. Rescatando especialmente las razones por las cuales las niñas/adolescentes son vistas como *sexualidades en riesgo*.

Por último, a través de revisión documental y entrevistas a actores sobre los debates que han existido y siguen existiendo en Colombia²⁶, se indagó sobre el impacto en la salud de las mujeres; si esa decisión estuvo mediada por aspectos económicos; sobre las consecuencias que tuvo la vacunación; sobre la percepción de la misma; sobre la manera en que son asumidos los efectos adversos; sobre el debate acerca del Papanicolaou y otros métodos de prevención *versus* la vacunación. Hay que tener presente que aún continúa su discusión. Fue importante no perder de vista los debates acerca de los efectos nocivos de la vacuna contra el VPH, especialmente en Colombia con el caso de Carmen de Bolívar, por lo que se indagó acerca de la razón por la cual fueron ignorados y obviados por el Estado colombiano.

Las entrevistas también estuvieron acompañadas por una revisión documental de textos oficiales, artículos de prensa, medios audiovisuales, folletos y artículos científicos, que ayudaron a tener un panorama general de lo que estaba ocurriendo en Colombia en cuanto a la aplicación de la vacuna. En estos documentos se hizo una interpretación, identificación y descripción de las razones político-económicas y el discurso científico-médico que soportan y legitiman la toma de la decisión en salud pública. Específicamente en la revisión de los textos institucionales, científicos, y en las narrativas de los funcionarios de las instituciones del gobierno que apoyan la decisión, el *discurso* fue muy parecido por lo que se hizo importante prestarle atención a los elementos repetitivos y a demostrar que su *discurso* no es neutral.

Finalmente, todas las teorizaciones e indagaciones que se pudieron hacer durante el trabajo de campo estuvieron soportadas por ejercicios de reflexividad. Durante el proceso de análisis, las entrevistas y los datos recabados fueron transcritos. Y por medio del ejercicio de la saturación de los datos, emergieron las categorías que fueron útiles para la escritura de la tesis.

²⁶ Y en menor medida en Latinoamérica. No se puede descuidar lo que ha pasado en varios países de este hemisferio.

Capítulo 1

“Entre la prevención y el marketing”

Se va a empezar en este capítulo por exponer las razones que sostuvieron la implementación de la vacuna contra el VPH en Colombia desde el área institucional. Al mirar cada argumento, la política se convierte en un ejemplo más de cómo las acciones de prevención en salud y en sí las vacunas están entrando en lógicas mercantiles.

1.1 Razones para implementar la medida: prevención CaCu

“El corazón del asunto está en prevenir la incidencia y mortalidad por CaCu, ese es digamos el centro [...] usted aplica una vacuna con el propósito de controlar, minar o erradicar un problema: ¿cuál problema? El problema del CaCu” (Director de Prevención y Promoción, MSPS).

La anterior cita de apertura muestra una de las razones más reiteradas por las personas que integran el área institucional para la implementación de la vacunación contra el VPH: la prevención del CaCu. Según manifiesta el Director de Prevención y Promoción del MSPS, la vacuna se convertía en una estrategia complementaria y adicional a la prevención primaria del CaCu ya que las coberturas de las citologías no eran las esperadas. Esto, sin embargo, no significaba la disminución de otras estrategias de prevención para esta patología en particular.

Específicamente en Colombia, el CaCu aún continúa siendo un problema de salud pública. Aunque según la Coordinadora de Ginecología Oncológica del INC, el CaCu pasa a ser la segunda causa de enfermedad y de muerte por enfermedad maligna en mujeres a partir del 2008. A éste lo sobrepasa el cáncer de mama, que queda en el primer lugar. Cuando se mira con detalle cada grupo etario, el CaCu vuelve a ser la primera causa de enfermedad y de muerte por enfermedad maligna en mujeres jóvenes entre los 15 y los 44 años de edad. Claramente, el CaCu sigue siendo un problema a intervenir dentro de los esquemas de la salud pública en el país.

Es así como en el 2012, el MSPS propone la vacuna contra el VPH, como una medida para prevenir el *riesgo* de que las mujeres contraigan una enfermedad como el CaCu. Y éste se convierte en el lema propuesto por el MSPS para lanzar la medida. Debido a los resultados de los estudios de aceptabilidad efectuados por

el INC²⁷, se hace énfasis en la prevención de una enfermedad crónica como el CaCu, en vez de una infección de transmisión sexual como el VPH, ya que ésta última tiene que ver con sexualidad, y como la vacuna era aplicada a niñas/adolescentes, los padres podían rechazarla. Además según los estudios: “colocarla sería una aceptación tácita de las conductas promiscuas por parte de los hijos” (Wiesner, Piñeros, Trujillo, Cortés y Ardila, 2010, p. 971).

Se hizo entonces énfasis en el CaCu por la relación entre VPH y el posible desarrollo ulterior de CaCu (aquí hay que resaltar que es una causa necesaria pero no suficiente), como una estrategia de marketing para que la vacuna pudiera ser promovida como una estrategia preventiva y se pudiera expandir así su consumo. Sin embargo, esto aún no se ha podido comprobar, y como se mencionaba en los antecedentes, habría que esperar unos 20 o 30 años para saber si las mujeres vacunadas no van a contraer dicha enfermedad en un futuro.

El riesgo ha servido para que el Estado colombiano ofrezca una vacuna como servicio de prevención, que está mediado por procesos mercantilistas y de control poblacional que buscan atemorizar a las mujeres ante potenciales *riesgos* de enfermar o morir por una enfermedad crónica como el CaCu.

Según la Coordinadora de Ginecología Oncológica del INC:

“La muerte por CaCu es atroz y [las mujeres mueren] solas. La razón es porque el cuello uterino se llena de tumor, se agranda y rompe vejiga y recto. Se genera una cloaca entre la orina que va saliendo y el recto que suelta toda la materia fecal. Eso genera un olor, que si usted la huele, entonces la gente abandona a la persona. El primero que la abandona es el marido, pero el resto también porque ese olor no se aguanta. Tras de que mueren muy mal, la gran mayoría por falla renal, el tumor va tapando los uréteres. Mueren abandonadas, solas, podridas, literalmente el olor es a podrido. Es una muerte muy cruel” (Coordinadora de Ginecología Oncológica, INC).

²⁷ Para el año 2009, el INC publica tres artículos sobre la aceptabilidad de la vacuna contra el VPH. La importancia de su realización se debe a la percepción de que, al ser aplicada, existiría una buena cobertura en la población objeto. Los tres grupos que participaron fueron: primero, funcionarios y tomadores de decisiones en salud (personas trabajando en el área de la SSR, directores del PAI y encargados/as de la Secretarías de Salud), segundo, padres de familia, y por último, médicos/as que pudieran estar relacionados con su aplicación, como médicos generales, ginecólogos y pediatras (Piñeros, Cortés, Trujillo y Wiesner, 2009).

Asimismo, en sus argumentos para implementar la medida, las personas del área institucional también narran los costos sociales que representa la muerte de una mujer por esta patología, haciendo alusión a que “se va la figura de madre”, “la figura de cuidadora”, “de proveedora también en muchos casos” (Funcionaria del PAI Distrital), “deja huérfanos”, “muchas mujeres [además] mueren en su edad productiva”, y “si es una mujer de 25 o 30 años, pierde la posibilidad de tener un hijo” (Profesional especializado-SDS).

1.1.1 Estrategias desconectadas de lo que significa prevenir el CaCu

Sin negar que el CaCu es una enfermedad que tiene altos costos en la salud pública, y sin dejar de hacer énfasis en lo que representa para una mujer contraerlo y vivir con esta enfermedad, la invasión del complejo político-académico/médico-corporativo a través de la prevención, no busca definir, detectar y tratar procesos que se consideran mórbidos, sino se apela a la necesidad que deben tener los individuos de autocontrol y vigilancia, por lo que deben estar informados y alertas ante potenciales *riesgos* que pudieran originar una posible patología (Iriart y Merhy, 2017). Es así que estar saludable significa ahora tener una responsabilidad individual para poder controlarse de potenciales enfermedades y padecimientos, por medio de la adquisición y consumo de una vacuna.

Los mensajes promovidos sobre la salud y el padecimiento son introducidos como mandatos morales en la medida en que, si las mujeres, y en ese caso, niñas y adolescentes no controlan proactivamente su salud, sexualidad, prácticas sexuales, hábitos y alimentación, además de no realizar prácticas de autocuidado definidas y no aplicarse la vacuna, los resultados de sus conductas crean un peso económico al resto de la sociedad, puesto que una enfermedad como el CaCu tiene altos costos en la salud pública cristalizados en la pérdida de vida de una mujer, como ya se había referido.

La vacuna contra el VPH, cuya efectividad demostrada de seis años no ha sido debidamente informada a las mujeres en los mensajes emitidos para su aplicación o su consumo, podría entonces crear una falsa idea de seguridad y protección de por vida. La medida preventiva, además, no está anclada a ningún programa específico de prevención contra el CaCu, que como se había mencionado, en un país como Colombia representa un verdadero problema de salud pública para las mujeres. La investigadora en materia de salud pública y salud de las mujeres entrevistada para este trabajo investigativo, cuestiona esto de la siguiente manera:

“Si esta vacuna tiene que ver con la sexualidad, ¿por qué no estuvo inserta en un programa integral de salud, en un paquete de salud sexual y reproductiva? ¿Por qué es una disociación completa? Porque la decisión fue vacunar mujeres como vacunar ovejas, sin que a las mujeres les quede ningún conocimiento sobre su cuerpo, de cómo deberían ser sus prácticas sexuales; ningún conocimiento para tener más control de sus vidas, sino sencillamente que aquí viene un padre violento y además te va a dejar libre de una consecuencia del ejercicio de tu sexualidad con todas las implicaciones que hay de cómo es la sexualidad de quienes desarrollan VPH, y las deja aún más desempoderadas que antes” (Investigadora en materia de salud pública/Salud de las mujeres).

Es así como el concepto de *riesgo* se ha modificado por el ingreso de capitales del mundo corporativo y pasó de ser usado para dar cuenta de riesgos poblacionales a ser empleado para caracterizar los riesgos individuales. Además, la vacuna ha sido promovida por un cuerpo *científico-médico* que ha convertido a los pacientes/usuarios en clientes/consumidores. Además, si una enfermedad como el CaCu o el VPH se siguen mirando desde la visión del MMH, la vacuna no va a tener una verdadera cabida aún cuando se tenga una buena intención para su prevención desde el área institucional.

La razón es que al CaCu no se le ha prestado la atención requerida desde varios niveles, no sólo desde el área de la salud, sino también política, económica, social y culturalmente. El CaCu ha sido comprendido desde una concepción biologizada e individualista, promovida desde el enfoque del MMH. Y al dejar atrás la misma, y comprender que el CaCu da cuenta de muchos más aspectos contextuales en cuanto a las inequidades de las mujeres en salud, se podrían dar resultados aún más efectivos en el control de esta patología.

Asimismo, su reducción no debería entonces depender de la aplicación de una vacuna, de sumarle más pruebas o diagnósticos para la detección en mujeres, puesto que todas éstas cumplen con la misma función, que es la prevención. Si el CaCu se sigue mirando desde una visión del MMH, su reducción no va a ser la adecuada.

1.1.2 Programas para control del CaCu

La existencia de un programa como tal, según el ginecólogo-oncólogo de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles del MSPS, ha sido una de las medidas que han utilizado los países *desarrollados* para que el CaCu no sea una de las primeras causas de muerte en las mujeres. Sin embargo, los programas

que hasta ahora se han implementado se han centrado principalmente en la toma de la citología. Aún en Colombia, no se ha podido instaurar un programa organizado que capte y dé seguimiento a los casos de las mujeres que tuvieran una prueba de detección positiva.

Particularmente en Colombia, el único intento que se ha tenido en la instauración de un programa para el control específico del CaCu, fue antes de los años noventa con el Programa de Detección Temprana y Control del CaCu (PDCCCU) montado por el INC en 1988.

Según Valencia (2013), el PDCCCU presentó en los pocos años de funcionamiento varias fortalezas, puesto que fue un programa estructurado con actividades de promoción de la salud y contó con varias actividades de prevención, detección, seguimiento y tratamiento de esta enfermedad.

Asimismo, es de subrayar que se llevaron a cabo distintas acciones para empoderar a la comunidad por medio de la formación de líderes y lideresas comunitarias, para promover mediante distintas formas de educación en salud, un cambio en la percepción y el estigma de la palabra *cáncer* y específicamente una transformación del significado del CaCu, puesto que éste tenía una connotación muy negativa al asociarse con la sexualidad femenina. Por medio de los procesos de formación de este programa se permitió el acercamiento a las mujeres de muchos lugares apartados del país, para que conocieran más acerca de esta patología y de su prevención (Valencia, 2013).

No obstante, con la instauración de la Ley 100 en los años noventa, se aplicaron prácticas administrativas que privatizaron muchos programas en el país, entre ellos los sectores de la salud bajo la idea de eficiencia (Molina, Muñoz y Ramírez, 2011). Y a partir de 1993, el PDCCCU vivencia su declive. Dura sólo 5 años puesto que los intereses planteados inicialmente para el control del CaCu se transformaron de una perspectiva transversal, que estaba basada en acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, a un programa basado en la investigación y en la clínica.

El fomento de las acciones centradas en la investigación y la clínica, fue también motivado por el *boom* que se había creado a nivel internacional de la relación entre VPH y CaCu, lo que hizo que la atención y las acciones se focalizaran en investigar todo lo relacionado con este virus desde la Coordinación del INC, conduciendo así a un deterioro y rompimiento de todos aquellos procesos que se habían llevado a cabo hasta ahora (Valencia, 2013).

Además, con la instauración de la Ley 100, el PDCCCU perdió su carácter vertical y se transformó en un cúmulo de actividades que estaban descentralizadas y que quedaron a cargo de las aseguradoras y de las Instituciones Prestadoras de Salud (en adelante IPS)²⁸. Asimismo, el INC pasó de ser una Institución Nacional a una Empresa Social del Estado (en adelante ESE)²⁹, lo cual tuvo como consecuencia que dicha institución perdiera su capacidad rectora en cuanto al control del cáncer, y quedara como un organismo que brindaba asesoría al Ministerio de Salud en la determinación y evaluación de las políticas, programas, proyectos y actividades de investigación, docencia, prevención y atención del cáncer (Cortés, 2007).

Como también lo manifiesta Valencia (2013), aunque Colombia hubiera instaurado un programa específico para el CaCu, éste sería el reflejo de los que existen en los países considerados *desarrollados*, y crearía dificultades en la medida en que no se tendrían en cuenta aspectos contextuales, que influyen en el desarrollo de una patología, así como el papel que juegan las mujeres dentro del hogar como cuidadoras de las/os hijos, del compañero, o de los adultos mayores. Esto influye de una manera considerable en la postergación de sus necesidades en salud (Valencia, 2013), ya que tampoco se consideran otro tipo de factores como la clase social, el nivel educativo, la capacidad de ingreso, la procedencia, aspectos étnicos, entre otros, que se convierten en elementos determinantes para el acceso a la salud en Colombia.

1.1.3 Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SGSSS)

Por otra parte, según el ginecólogo-oncólogo de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles del MSPS, estos programas han tenido buenos resultados en los países industrializados porque han estado anclados a sistemas de salud que “están muy bien desarrollados” (Ginecólogo-oncólogo Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, MSPS). En Colombia, el SGSSS se convierte en uno de los factores de fuerza mayor para que las mujeres no accedan a un diagnóstico oportuno y a su respectivo tratamiento en los tiempos debidos por la falta de dinero, los largos trayectos, el fraccionamiento de la atención, la centralización de los servicios de salud, el mantenimiento de los médicos especialistas en las ciudades capitales y las burocracias del sistema.

²⁸ La entrega de servicios de salud a sus afiliados en Colombia se hace a través de Instituciones Prestadoras de Salud o IPS (Yepes y Sánchez, 2000).

²⁹ La entrega de servicios en salud también se hace a través de las Empresas Sociales del Estado o ESE, que en sí son los hospitales de la antigua red pública de los servicios de salud.

Reflejo de ello, es la siguiente narrativa de la ginecóloga-oncóloga del INC quien relata el tedioso proceso para que una mujer acceda a un diagnóstico y al tratamiento para el CaCu:

“Las EPS³⁰ juegan a no autorizar y a que la gente se canse. Para que a uno le diagnostiquen un CaCu se necesitan muchos pasos, y la gente se cansa de estar pidiendo autorizaciones [...] Si entra la autorización porque [es una enfermedad] de alto costo, entonces vaya y haga fila. Le toca colposcopia, pero no hay citas ¿para cuándo me da la cita? cuatro meses. Bueno espera los cuatro meses. Usted estuvo tan de buenas que ese día estaba menstruando, no le pueden hacer la colposcopia, vuelve y juega. Finalmente llega a que le hagan la colposcopia, le toman la biopsia, reclama la biopsia. La biopsia no tendría porqué demorarse más de 15 días, pero en muchos sitios se demora tres meses, por ejemplo San Andrés, en Putumayo [sitios alejados de la capital] porque las citologías vienen a Bogotá ¡Listo! tiene un diagnóstico de una enfermedad maligna, y entonces ahora le toca ginecólogo-oncólogo. Pero resulta que ginecólogos-oncólogos somos un número considerable y sólo estamos en las ciudades capitales. Yo soy del Caquetá, entonces digamos que alguien de mi tierra necesita un ginecólogo-oncólogo que no hay en Florencia [capital del departamento de Caquetá]. Usted dice remítame a Neiva que allá sí hay y es cerca. Es más fácil que un caqueteño tenga un familiar en Neiva que en Bogotá. Tenemos contrato con Bogotá, entonces le dan la remisión para Bogotá. Usted cómo va a sacar para ir a Bogotá y cómo hace para quedarse en Bogotá, si es que en Bogotá no tengo a nadie que me reciba ¿sí? [...] ¡y ahora yo cómo hago, tengo tres hijos y cómo voy a irme para Bogotá!. La implementación de nuestro Sistema de Salud es una tragedia, porque dejan que existan demasiados intermediarios que no juegan a atender a la gente, que juegan a disminuir la oportunidad en la atención” (Coordinadora de Ginecología Oncológica, INC).

Se va entonces a hacer una breve descripción del SGSSS puesto en marcha a través de la aprobación de la Ley 100 de 1993, en la medida en que marca de manera sustancial todo lo referente a la salud y a todas las actividades de atención clínica en Colombia, las cuales se comenzaron a orientar hacia la acumulación del capital y no hacia la garantía de los Derechos Humanos.

³⁰ EPS son las Entidades Promotoras en Salud que son las aseguradoras en salud del régimen contributivo.

La transformación hacia el SGSSS, hace parte de una serie de reformas impulsadas en su mayor parte en los años noventa, en la que no sólo se establecieron los principios para privatizar la seguridad social en materia de salud, pensiones y riesgos profesionales, sino también se comenzaron a incluir directrices internacionales promovidas por las entidades supranacionales como: la aplicación de prácticas administrativas del sector privado en el sector público; la idea de eficiencia, es decir “de hacer más con menos recursos o de hacer más con los mismos recursos” (Molina, Muñoz y Ramírez, 2011, p. 19); la privatización de casi todos los sectores de la salud; y por último la descentralización, que con la idea de solucionar el déficit fiscal, hace que la toma de decisiones se vuelque a los niveles locales, con el supuesto de que allí sí conocen los problemas y van a poder resolverlos de una manera más eficiente (Molina et al., 2011).

En esta transformación, las aseguradoras privadas se presentan como la posibilidad para que el Estado no tenga a su cargo la salud como derecho y traslada esa responsabilidad a la población. Aunque la función de dirección y regulación del nuevo sistema está a cargo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), el Ministerio de Salud, las administraciones territoriales de los departamentos y municipios, así como de la Comisión de Regulación en Salud (CRES)³¹, la instauración del SGSSS generó unas entidades intermediarias bajo el argumento de la ineficiencia y corrupción del Estado, que estaban encargadas del aseguramiento y de la conformación de sus redes de servicios en salud.

Las aseguradoras se denominaron Entidades Promotoras de Salud (en adelante EPS) para el régimen contributivo (régimen que comprende a los trabajadores asalariados y a los empleadores, y en sí a todos aquellos que tengan la capacidad para pagar su aseguramiento en salud), y las Administradoras del Régimen Subsidiado (en adelante ARS) (régimen que comprende a la población más pobre que no cuenta con capacidad de pago), y ofrecen un seguro llamado Plan Obligatorio de Salud (POS). El POS³² es el conjunto de servicios para la atención en salud al que cada afiliado tiene derecho.

Tanto las EPS como las ARS reciben los aportes de cada Unidad de Pago por Capitación (UPC), que en sí son cada uno de sus afiliados. Sin embargo, las EPS se apropian de los aportes que les llegan directamente de los trabajadores y

³¹ La CRES administra y concentra los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía.

³² Antes del 2008, existían distintos planes de servicios en salud para cada uno de los dos regímenes. A partir de ese año, la Corte Constitucional ordenó de forma inmediata la igualación de los planes. Dicho proceso se hizo efectivo hasta el 2012 (Abadía et al., 2013).

empleados, mientras que el régimen subsidiado los recibe de un fondo público, el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA). El FOSYGA es financiado con recursos fiscales y parafiscales, es decir, también por contribuciones de las personas afiliadas al régimen contributivo (Abadía, Oviedo, Alzate, Melo y Muñoz, 2013). Hay que tener presente que los recursos captados son del sistema, no de las EPS. Éstas sólo pueden apropiarse de las unidades de capitación que les correspondan según el número de afiliados que documenten ante el FOSYGA. Cada régimen además, contrata con una red de IPS la entrega de servicios de salud para sus afiliados (Yepes y Sánchez, 2000).

La entrega de servicios en salud también se hace a través de las ESE, que son los hospitales de la antigua red pública de servicios de salud, los cuales se transformaron en entes autónomos administrativa y jurídicamente, y no sólo, sino que también hubo una transformación significativa en la manera en que comenzaron a ser financiados, puesto que pasaron “del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda” (Yepes y Sánchez, 2000, p. 37). Es decir, hubo un proceso paulatino por medio del cual los hospitales públicos dejaron de recibir aportes directos por parte del Estado colombiano, y comenzaron a ser contratados por las aseguradoras. En esa medida, la red pública de hospitales comenzó a competir con la red del sector privado en la oferta de servicios. Y aunque las ARS deben contratar un porcentaje de su demanda de servicios con hospitales de la red pública, muchos de estos han cerrado y caído en banca rota, lo que ha significado un gran pérdida para el país.

No sólo los hospitales públicos han sido los únicos afectados por la instauración del nuevo sistema en estos años, también los indicadores de salud pública, como la mortalidad materna y la infantil, las muertes por enfermedades prevenibles y hasta las coberturas de vacunación han mostrado retrocesos significativos.

En su momento, se estableció el SGSSS porque se pretendían solucionar problemas como la inequidad en el acceso a la atención en salud en la medida en que los grupos más vulnerables eran los más afectados, existía una baja cobertura y una baja calidad de los servicios, además de que los recursos que se tenían en el sector de la salud eran limitados. Según Molina, Muñoz y Ramírez (2011), aunque el nuevo Sistema de Salud ha traído beneficios como el incremento de recursos para el sector, acceso de la población más vulnerable a servicios de salud de alto costo y un fortalecimiento de las capacidades administrativas en salud tanto en las instituciones públicas como privadas, también ha causado extendidas disputas en la medida en que han aumentado los recursos a costa de paupérrimos logros en cobertura, acceso, calidad, salud pública y en todo lo que significa proteger la salud de la población (Molina et al., 2011).

Lo paradójico de esta situación está en que nunca antes en la historia de Colombia habían existido tantos recursos económicos para suplir los servicios de la salud, y sin embargo, nunca antes el Sistema de Salud había tenido una situación tan crítica como la que se ha presentado en los últimos años. Por otra parte, las decisiones administrativas han estado por encima de la racionalidad clínica, desplazando a un segundo lugar las necesidades de los pacientes, familias y comunidad, así como los derechos en salud de los ciudadanos y los derechos laborales de los trabajadores (Yepes y Sánchez, 2000).

Es por ello que el CaCu es una de las enfermedades que representan el ejemplo clásico de la inatención en salud, puesto que el Sistema de Salud y la clase social se convierten en uno de los factores sustanciales que intervienen para que aún siga persistiendo. Según la ginecóloga-oncóloga del INC:

“Yo tengo pacientes que vienen a mi consultorio particular para que les haga la citología cada vez que ellas se acuerdan. Y una dice...¿pero para qué más? ¿A qué viene si la vi hace tres meses? Tengo mis pacientes del Cancerológico que una les dice: ¿Usted por qué se perdió todo este tiempo? ‘No tengo plata, me cambiaron de asegurador, no me puedo venir desde Maní, Casanare’. Colombia es bien diversa. A la del estrato 6³³ no le va a dar cáncer, ella puede consultar rápidamente, a ella le van a diagnosticar muy rápidamente, a ellas no les va a pasar, a las pobres sí [...] No es que éstas sean inmunes y las otras no” (Coordinadora de Ginecología Oncológica, INC).

Es por esta razón que uno de los argumentos para su aplicación sea la prevención del CaCu desde la Salud Colectiva, carece de validez pues nutre a las corporaciones farmacéuticas de ganancias por vía del consumo, en detrimento de la salud de las mujeres.

³³ En Colombia existe una estratificación por grupos socioeconómicos establecida para el pago de los servicios públicos. Los que tienen más capacidad económica (es decir, los estratos altos como 6 y 5) pagan más por los servicios públicos y contribuyen para que los estratos bajos (1 y 2) puedan pagar sus facturas. De esta estratificación también depende el aseguramiento y el número de servicios a los que las personas puedan acceder.

1.2 Razones para implementar la medida: las vacunas gozan de buena imagen

“En algún momento se hablaba que, así como el siglo pasado fue el siglo de los antibióticos, el siglo en el que nos encontramos va a ser el siglo de las vacunas”
(Funcionaria, PAI Distrital).

No se puede desconocer que las vacunas han sido uno de los mayores progresos científicos y una de las medidas sanitarias dentro de los parámetros de la salud pública que ha tenido más impacto en la reducción de la mortalidad de varias enfermedades. Las vacunas son percibidas como estrategias ideales en salud pública porque han salvado muchísima gente, y es por ello que, según los funcionarios del MSPS, se volvió uno de los argumentos complementarios para incluirla en el programa.

A lo largo de la historia de la salud pública, las vacunas han gozado de una buena imagen puesto que “todo el mundo añora tener una vacuna para una enfermedad infecciosa” (Director de Prevención y Promoción, MSPS). Y no sólo, sino que se quería romper “el paradigma de que las vacunas que da el gobierno son de mala calidad” (Director de Prevención y Promoción, MSPS).

De igual forma, las vacunas están asociadas a la idea de *desarrollo* de un país. De hecho, de acuerdo a los Lineamientos Técnicos y Operativos para la vacunación contra el VPH del MSPS (2012), la introducción de la vacuna contra el VPH forma parte de la Estrategia Mundial de Salud de la Mujer y los Niños, lanzada durante la cumbre de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en septiembre del 2010³⁴. Dentro de los Objetivos de Desarrollo para Colombia, la meta era lograr una reducción de la mortalidad por CaCu de 6.8 defunciones por cada 100.000 mujeres para el año 2015 (MSPS, 2012).

Según el Director de Promoción y Prevención del MSPS, la vacunación “es catalogada por la OMS como una de las estrategia más efectivas después del agua potable” (Director de Prevención y Promoción, MSPS). Sin embargo, “la cuestión es que las vacunas gozan de una gran confianza entre la gente, y ha habido un abuso de esa confianza” (Investigadora en materia de salud pública/Salud de las mujeres), en la medida en que, con el involucramiento de la industria farmacéutica, las vacunas no pueden ser vistas como tecnologías sanitarias con neutralidad política e ideológica, sino como un producto comercial que puede producir muchas ganancias (Orozco, 2012). Las vacunas por

³⁴ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son propósitos de desarrollo humano fijados para 189 países miembros de las Naciones Unidas.

consiguiente pueden ser un nicho de mercado para las corporaciones farmacéuticas, por tres razones que a continuación se exponen:

1.2.1 Vacuna que entra no se retira

Primero, al estar incluida una vacuna dentro del PAI, ésta no puede ser retirada. Existe un marco normativo que no sólo hace que el PAI pueda sustentarse económicamente, sino también dentro de los lineamientos para su gestión y administración, cada vez que ingresa una vacuna ésta no pueda ser retirada del programa. Según una funcionaria del PAI: “la vacuna que entra, se tiene que seguir” (Funcionaria del PAI, MSPS).

Esto se debe, según los funcionarios del MSPS, a que el PAI no es pensado en el país como un programa de corto alcance para la obtención de soluciones rápidas. Sino que tiene una estructura gerencial con planes quinquenales. En estos últimos, se deja reflejado cuáles son las necesidades del país a 5 años de vacunación. Entonces, para introducir una vacuna, ésta ya ha sido pensada con 5 o más años de anterioridad, y su introducción es una adecuación a una necesidad que se tiene en salud pública:

“De eso depende que los recursos no sean sacados de la noche a la mañana, sino que sean programados para poderlos tener. La palabra clave del PAI, es la sostenibilidad económica” (Funcionaria del PAI, MSPS).

1.2.2 Los recursos asignados para las vacunas están blindados

Segundo, sustentado en éste mismo marco normativo, dentro del PAI los “recursos [económicos] para las vacunas están blindados” (Funcionaria del PAI, MSPS), es decir que el programa tiene recursos propios que han sido asignados con cinco años de anterioridad. Esto hace que las farmacéuticas puedan potenciar el consumo de la misma con recursos estatales. Al ser los recursos del PAI intocables, no dependen del gobierno que llegue para su asignación, puesto que siempre están allí dispuestos. Blindaje quiere decir que siempre existen recursos económicos para el programa:

“No necesitamos recursos de otras entidades para poder comprar las vacunas, o los insumos como las jeringas, o verificar la red de frío, ¡no! Porque hay disponible un monto para poderlos cubrir” (Funcionaria del PAI, MSPS).

Que el PAI tenga un blindaje en sus recursos económicos también ha dependido

de su planeación como un programa prioritario dentro de la salud pública. Dicha prioridad se debe, como se mencionaba, a que las vacunas tienen muy buena imagen, y no sólo eso, sino que el PAI ha sido considerado un programa de alto impacto en la reducción de la mortalidad infantil³⁵, puesto que marcó hitos en la historia de la salud pública de Colombia como la certificación de la erradicación del polio en 1994 y la eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita al vacunar cerca de la mitad de la población colombiana (MSPS, OMS y OPS, 2010).

1.2.3 La vacunación es masiva

Tercero, la eficacia de la vacunación depende de su aplicación masiva. Ésta se convierte en la manera en que se debe realizar la prevención dentro de los parámetros de la salud pública. La vacunación masiva ha erradicado enfermedades como la viruela, y es posible afirmar que con la poliomielitis ha hecho casi lo mismo (Tealdi, 2015). La vacunación contra el VPH, tendría que haber sido masiva para la reducción de los costos del biológico. Según Tealdi (2015), las dos vacunas que se promocionan contra el VPH (*Gardasil* y *Cervarix*), han sido de las más costosas en lo que va de este nuevo siglo³⁶.

Y no sólo, sino que con base en los estudios de aceptabilidad de la vacuna en Colombia, al tomar la decisión de adquirir y proporcionar una de ellas, se deberían promover altas tasas de cobertura de vacunación dentro de la población objeto (80%) para que se cumpliera con el objetivo, que es la prevención del CaCu (Wiesner et al., 2010). Las altas tasas de coberturas de vacunación son una meta que se busca a nivel internacional. Como se explicaba, es uno de los puntos a considerar en cuanto al *desarrollo* del país. El PAI entonces tiene como una de las metas prioritarias el mantenimiento de coberturas de vacunación superiores al 95% en menores de cinco años para todos los biológicos³⁷, y con ésta no iba a ser la excepción.

³⁵ Mediante la aprobación de la ley 812 para el año 2003.

³⁶ Según dicho autor, cada una de ellas genera beneficios para las productoras con ventas anuales mayores a mil dólares. Asimismo, menciona que el costo total del paquete básico de vacunas se ha disparado en la última década, pasando de un euro contra seis enfermedades en 2001, a casi 29 euros para 11 vacunas en 2011 (Tealdi, 2015). Según la investigadora en salud pública y salud de las mujeres, Colombia estaba comprando la vacuna a 18 dólares unidad.

³⁷ En este caso en específico la vacuna no se iba a aplicar en menores de 5 años sino a menores entre los 9 y los 17 años.

Asimismo, la política de vacunación masiva contra el VPH se enmarcó dentro del Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia (2012-2020). Se trata de la ruta que marca el trabajo para el tema del cáncer en ese decenio. En dicho plan se recomienda no sólo la introducción de la vacuna para el año 2012, sino el mantenimiento de coberturas útiles de vacunación contra el VPH. Este plan es un trabajo consensuado entre el INC y el MSPS. Y aunque tiene vigencia desde el 2012, es puesto en marcha a partir del 2013 (MSPS e INC, 2012).

Las lógicas de la salud pública dictan que la vacunación contra el VPH se aplique de manera masiva para que cumpla con su función. Si se mira bajo la lógica mercantil que tendrán las corporaciones farmacéuticas, lo que se pretende es que se masifique el consumo de esta bio-tecnología bajo los supuestos de la salud pública. En consecuencia, las vacunas entonces se vuelven un buen nicho de mercado, porque no sólo tienen un marco normativo que las soporta, sino que también potencian su consumo bajo las lógicas de la salud pública, sin cuestionamiento alguno.

El MSPS aplica la vacuna de modo estratégico en unión con el Ministerio de Educación. Cuando se propuso la vacunación, estaba dirigida a niñas/adolescentes escolarizadas³⁸: “la idea era lograr cohortes, filas, para hacer la implementación” (Funcionaria PAI, MSPS). Por otra parte, las niñas/adolescentes en las instituciones educativas representaban una “población cautiva y concentrada” en la medida en que “hay una mayor facilidad operativa para la administración de la vacuna por estar todas concentradas en un grado escolar y ser grupos con una mayor cohesión” (Funcionaria PAI, MSPS), además de que la escolarización era del 95%, lo cual permitía que se vacunara de una manera masiva y que el consumo de la misma fuera igualmente masivo.

Pese a lo anterior, una funcionaria del PAI distrital comenta lo siguiente en torno al proceso de vacunación:

³⁸ Colombia realiza varias actualizaciones en cuanto a la población objeto y el esquema de aplicación de la vacuna. La vacunación en el 2012 se empezó con la cohorte de niñas escolarizadas, que ya habían cumplido los 9 años de edad y estaban en cuarto grado de primaria, hasta los 17 años. En un principio la vacunación se centró en las instituciones educativas públicas y privadas de los centros urbanos, después se llevaría a las niñas no escolarizadas ubicadas en zonas rurales, centros poblados y zonas rurales dispersas de difícil acceso. Hubo un segundo atraso en cuanto al esquema de vacunación mediante estudios llevados a cabo en Costa Rica, México e India, a través de los cuales se demostró que espaciando las dosis a 0, 6, 60, la respuesta inmunológica iba a ser buena. Colombia adopta ese esquema. Por último, los estudios independientes realizados en Costa Rica, no de la vacuna cuadrivalente sino de la vacuna bivalente, prueban también una protección inmunológica con la aplicación de sólo dos dosis. Colombia también adopta la aplicación de la vacuna con sólo dos dosis.

“es una carrera maratónica. Vaya y aplique las 120,000 dosis y cuando te ponen ese tipo de retos, lo que a ti te interesa es que se vacune” (Funcionaria del PAI distrital).

Con esta narrativa no importa entonces a quién o para qué se vacune, lo importante es aplicar vacunas. Por lo que, bajo el lema de la prevención, la vacunación contra el VPH se sitúa de manera acertada en la clínica individual de un cuerpo sin órganos y en la promoción de una medicina hipercomercializada (Iriart y Merhy, 2017), en la medida en que no centra su atención en el paciente que recibe la vacuna, sino en los aspectos puramente biomédicos y consumistas.

1.3 Razones para implementar la medida: costo-efectividad

Otro de los argumentos complementarios para introducir la vacuna, es que su aplicación se considera una de las estrategias benéficas que existen en los términos de costo-efectividad, por haber erradicado varias enfermedades.

Los estudios de costo-efectividad se convierten así en una base para tomar las decisiones en salud pública. También se vuelven el sustento para que a una medida se le asignen recursos públicos. Según el Director de Promoción y Prevención del MSPS:

“La relación de costo-efectividad siempre es un elemento muy importante en las decisiones de salud pública, pero sobre todo cuando se manejan recursos públicos. Importa dónde usted dirige los recursos para que sean lo más efectivos posibles, para que en esa relación entre el costo invertido, el logro y el efecto encontrado, sea realmente colocado en lo que la población más necesita y lo que más beneficios pudiera generar, desde el punto de vista de la salud y del bienestar poblacional” (Director de Promoción y Prevención, MSPS).

Así pues, la medida tiene que ser costo-efectiva frente a los recursos disponibles. Y la costo-efectividad está en invertir los recursos económicos en lo que la población verdaderamente necesita. Estos deben ser invertidos para el *bienestar poblacional*.

Y ya que “todo el mundo añora lo que es efectivo” (Director de Promoción y Prevención, MSPS), al demostrarlo se convierte en la manera para obtener los recursos económicos por parte del Estado colombiano. Según las narrativas, hay un ahorro en términos económicos puesto que se relaciona con el costo que

representa una enfermedad como el CaCu para el sistema. En esa relación entre el costo invertido, el logro y el efecto encontrado, se llega también a la conclusión de que existe menos costo con la aplicación de la vacuna que con la organización de un programa de citología.

Cabe subrayar que la vacuna contra el VPH debía ser correctamente justificada, ya que los resultados no se iban a verificar en la inmediatez, sino que a largo plazo se comprobaría si ésta era efectiva e iba a tener un impacto positivo para la población femenina en la prevención del CaCu. Según una funcionaria del PAI distrital, “la inversión en vacunas requiere de mucha voluntad política” (Funcionaria del PAI distrital). Por esa razón los estudios de costo-efectividad se vuelven una base que permite que los recursos económicos se justifiquen.

1.3.1 Costo-beneficio hace que las políticas giren alrededor de la lógica mercantil

Si se mira entonces que una de las razones por las cuales se adquirió la vacuna contra el VPH fue el costo-beneficio, se comprende que las políticas de prevención han girado predominantemente en torno al financiamiento, control de costos y costo-efectividad (Iriart y Merhy, 2017). Prestar atención al costo-beneficio y a la efectividad, hace entonces que se entre en la lógica mercantil y que las decisiones de salud pública se tomen para obtener siempre *mayores ganancias*.

Es así que la implementación de la política de vacunación, como otras políticas en el sector de la salud, han estado girando alrededor del financiamiento, del control de los costos y de la costo-efectividad. Si se dirige la atención sólo a eso para la definición de las políticas públicas en salud, en definitiva va a existir una delimitación en la manera en que debe ser pensada la salud y los procesos de salud/enfermedad/cuidado/atención.

1.3.2 Andamiaje político-económico para la adquisición de la vacuna

Bajo los argumentos de la costo-efectividad, la vacuna es adquirida como medida preventiva antes de lo esperado ya que estaba planeada para el periodo quinquenal del 2016 al 2021. El MSPS adelanta todo el proceso. Por otro lado, es la primera vez que se decide una medida en salud pública por ley. En el año 2013, la vacuna es aprobada por la Ley 1626, postulada al Congreso por el Partido político MIRA³⁹, la cual propone su aplicación de forma gratuita. Así lo expone la ley:

³⁹ Partido en Colombia de corte conservador.

“El gobierno Nacional deberá garantizar la vacunación contra el VPH de manera gratuita a todas las niñas entre cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria [...] El gobierno nacional deberá tomar las medidas presupuestales necesarias [...] El MSPS a partir de la vigencia de esta ley deberá actualizar el PAI [...] Se incluirá dentro del PAI la vacuna contra el VPH en el plan básico de vacunación gratuita [...] Para lograr la cobertura universal, en términos del artículo 1 de esta ley, ésta se hará de manera gradual e inicialmente se aplicará en aquellos departamentos donde se identifique que existe mayor riesgo de la aparición del virus, según reglamentación que el gobierno expida, atendiendo la prevalencia de costo-efectividad, así como la concordancia con el marco de gastos de mediano plazo” (Ley 1626 del 2013)⁴⁰.

La investigadora en salud pública que ha trabajado temas relacionados con la salud de las mujeres cuestiona su aprobación:

“De una manera muy especial se lleva un proyecto al Congreso de Colombia donde se hace gratis la vacuna. Me pregunto, ¿por qué tuvo que haber una ley de la república para que se ponga una vacuna en el Plan Ampliado de Inmunización? Yo trabajo en Salud Pública y sé que lo único que eso necesita es una decisión administrativa del Ministro. Alguien del Ministerio lo convence, o algún grupo científico, y pues él hace una resolución y le asigna un presupuesto. Esa es una pregunta para la cual no tengo respuesta sino suposiciones. Porque yo no he ido a entrevistar a la política que es una mujer del movimiento MIRA, para ver en quién se inspiró para llegar a esa decisión. Sé que en ese momento estaba de Ministra la Dra. Beatriz Londoño, y eso se hizo después de un viaje que ella hizo a Ginebra, en una reunión de Ministros de Salud. No sé cuál sería la conexión, si la hubo o no, sólo tengo hipótesis, o si fue un hecho coincidental de Estela Días, pero como la OMS empieza a recomendar la vacuna para todos los países del tercer mundo, el grupo MIRA presenta el proyecto en el 2013” (Investigadora salud pública/Salud de las mujeres).

Es curioso entonces que haya existido una ley para promover la vacunación masiva contra el VPH en Colombia. Esto puede estar relacionado con el fomento de cambios regulatorios en los Estados, que han tenido la capacidad de impactar la aprobación y comercialización de medicamentos y tecnologías médicas siendo ésta una de las maneras en que los corporativos se han reposicionado en el

⁴⁰ Congreso de la República (2013). Bogotá. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201626%20DEL%2030%20DE%20ABRIL%20DE%202013.pdf>

mercado (Iriart y Merhy, 2017). Y ya que la adquisición de vacunas requiere “de voluntad política”, al proponerla por una ley se convierte en otro de los mecanismos empleados por los corporativos farmacéuticos para promover la demanda y el consumo de la misma, a través de este andamiaje político-económico.

Con la influencia de los corporativos, han existido alianzas entre los grupos del sector público y el privado que han promovido tendencias neoliberales. El resultado puede ser el dominio de la empresa privada sobre las instituciones públicas. Es importante mantener independientes los dos sectores, más en la implementación de una política pública puesto que tienden a primar los intereses privados.

Por otra parte, no se puede desconocer que entorno a la investigación y producción de los medicamentos (en este caso de la vacuna contra el VPH), se ha generado y acumulado una gran cantidad de capital. Por lo que, ¿a quién le interesa más que se comercialicen y se distribuyan? Por un lado a quienes, según su discurso, piensan que la salud de las mujeres va a mejorar con la aplicación de la vacuna, es decir a las/os funcionarios oficiales. Por otro, a aquellos que tienen alguna ganancia por estas actividades, es decir, a las corporaciones farmacéuticas.

1.3.3 Buena imagen que tienen las vacunas es utilizada por la industria farmacéutica

Una situación que no puede dejar de mencionarse es el creciente involucramiento de la industria farmacéutica en las investigaciones sobre las vacunas, lo que ha tenido como consecuencia que dichas investigaciones reflejen los intereses económicos del mercado y no los intereses en salud de la población. Para ilustrar esto se va a mencionar lo que ha sucedido con la realización de los ensayos clínicos.

Bajo el mismo lema de la costo-efectividad, las corporaciones farmacéuticas se han involucrado ahora en las investigaciones de las vacunas, por lo que ha existido una discordancia entre los intereses económicos y el bien común, como ocurre con estas bio-tecnologías. Específicamente, los ensayos clínicos efectuados para la introducción de la vacuna contra el VPH han tenido serias críticas y cuestionamientos puesto que no han sido entregados en su totalidad, no se han cumplido las fases dictadas para la experimentación; existe una validez aparentemente tramposa de los estudios; denuncias sobre el conflicto de

intereses ⁴¹ ; y por último, han sido patrocinados por la misma empresa farmacéutica que promueve la vacuna.

De la misma forma, el ensayo clínico fase II de *Cervarix*, ⁴² de *GlaxoSmithKline*, no ha sido publicado. Sus resultados sólo fueron presentados a la Agencia Europea de Medicamentos, la cual lo aprobó. En repetidas ocasiones, los científicos han planteado que dichos ensayos deben ser pagados por las empresas farmacéuticas pero deben ser conducidos por una organización científica que no tenga ninguna relación con la empresa que produce y patrocina el producto. Es fundamental privilegiar el papel de la universidad pública para contrarrestar y reconquistar la ética y la dignidad científica en estos procedimientos (Laurell, 2009).

Asimismo, los ensayos clínicos que se realizaron con la vacuna contra el VPH en Latinoamérica se implementaron a las niñas más pobres, desprotegidas por el Sistema de Salud; provenientes de zonas rurales, con menos derechos, y que además tienen muy pocas o nulas probabilidades de haber accedido a una educación en sexualidad, de tener un ejercicio crítico frente a dicho saber, lo que hace pensar sobre el interés económico que tienen las empresas farmacéuticas (Red de Género y Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 2014).

Siguiendo con la idea anterior, es importante tener presente que en los países de Latinoamérica, la clase media y alta tiene el dinero para pagar los servicios de atención privados y los medicamentos. Sin embargo, la clase baja accede a servicios públicos de salud con deficiente calidad clínica y el acceso a los medicamentos es muy limitado. Es así que los ensayos clínicos realizados en esta región, se han convertido en una de las maneras a través de las cuales la

⁴¹ Trabajar en los ensayos clínicos otorga prestigio a los investigadores e incrementa su estatus profesional.

⁴² “Los ensayos clínicos tienen cuatro niveles: la fase I, es aquella que sirve para testear la seguridad y las características farmacocinéticas (es la rama de la farmacología que estudia los procesos a los que un fármaco es sometido a través del paso por el organismo; trata de dilucidar qué sucede con un fármaco desde el momento que es administrado hasta su total eliminación del cuerpo) del medicamento en un número pequeño de sujetos; en la fase II se inicia el estudio de la eficacia y se verifica la seguridad en un grupo mayor (generalmente entre 100 y 200 sujetos); la fase III confirma la efectividad del medicamento, monitorea efectos secundarios y lo compara con placebo si no hay otro medicamento para la enfermedad, o con otros tratamientos habituales entre grandes grupos de personas; la fase IV no es obligatoria y tiene lugar una vez que el medicamento está comercializado. Se considera como una fase de vigilancia, pero se sabe que las empresas farmacéuticas la emplean con frecuencia como un medio de marketing” (Ugalde y Homedes, 2015, p. 82).

población pobre accede fácilmente a los medicamentos. Los médicos que reciben un pago por paciente reclutado, explican a sus pacientes los beneficios de participar en los ensayos, muchas veces no les dicen que están participando en un experimento que tiene riesgos para su salud, y los pacientes aceptan sin hacer muchas preguntas debido a la confianza que tienen en la figura del médico, por lo que acceden al mismo. Esta entonces es, según la perspectiva del paciente, la forma de recibir gratuitamente la última innovación y acceder a una atención médica (Ugalde y Homedes, 2009).

Por otra parte, Ugalde y Homedes (2015) explican cómo Latinoamérica se ha convertido para las industrias farmacéuticas en una de las regiones para alargar la duración de la patente. La estrategia ha sido acelerar la ejecución de los ensayos clínicos reclutando a pacientes, especialmente para los ensayos clínicos Fase III, para así obtener en el menor tiempo posible el permiso de comercialización e incrementar el tiempo monopólico de ventas y ganancias de los nuevos medicamentos. Lo importante para las corporaciones farmacéuticas es incrementar los días de exclusividad de ventas. Asimismo, los ensayos clínicos realizados en América Latina también han permitido bajar los costos durante la experimentación, ya que el precio es entre 20% y un 30% menor que en E.E.U.U. (Ugalde y Homedes, 2015). Es preciso señalar que Colombia participa en los ensayos clínicos Fase III de la vacuna bivalente y cuadrivalente.

Asimismo, cuando las corporaciones farmacéuticas se convierten en productoras y legitimadoras de los *riesgos* en salud de las poblaciones, encuentran una manera para controlar esos *riesgos* por medio de la realización de los ensayos clínicos.

Según Dumit (2012), los ensayos clínicos se convirtieron en el eje que soporta a las compañías farmacéuticas, y son la fuerza detrás de la realización de los mismos. Esto se debe a que las corporaciones farmacéuticas ganan más dinero mediante la venta de medicamentos, de cuyas patentes son las titulares. En Estados Unidos, por ejemplo, la *Food and Drug Administration* (en adelante FDA), es la encargada de otorgar la patente y de conferir la aprobación para que un medicamento salga al mercado. La FDA aprueba los medicamentos sobre la evidencia científica que arrojan los ensayos clínicos, y permite al titular de la patente vender en exclusiva hasta que ésta se agote. Ello puede durar hasta catorce años, pero por lo general es menos. En esa medida, las corporaciones son las que ganan la venta de todos los ejemplares de ese medicamento patentado, durante ese periodo de tiempo (Dumit, 2012).

Por lo tanto, las compañías farmacéuticas ven los ensayos clínicos como inversiones, ya que la investigación pone a la venta un medicamento que no va a

proporcionar la cura, sino que va a aminorar el *riesgo* de contraer una enfermedad cualquiera. Ese factor de riesgo permite que los medicamentos se puedan vender durante la vigencia de la patente, y ésta es la base para que las compañías farmacéuticas tengan mayores ganancias. Los ensayos clínicos, por consiguiente, pueden aumentar la producción de las recetas y la creación de más medicamentos para más personas por períodos más largos de tiempo (Ibid, 2012).

Esto se ve reflejado en que el gasto global en medicamentos o biológicos ha sido uno de los que más ha crecido, superando otros componentes. Por otro lado, según Ugalde y Homedes (2015) se ha demostrado que la investigación de productos nuevos no se ha dirigido a solucionar los problemas de salud de la población sino a promocionar tratamientos que prometen ser lucrativos para las corporaciones farmacéuticas y para sus inversionistas (Ugalde y Homedes, 2015).

La costo-efectividad también ha sido una relación importante que se ha tenido en cuenta en las investigaciones en vacunas. Sin embargo, el contemplar sólo dicha relación para luego establecer una política pública, no tendría el efecto esperado. Ello ocurre porque el objeto de la investigación y las razones para adquirir un nuevo producto o un biológico, se regirían bajo los aspectos biológicos y aquellos que miden la eficacia. Por lo que se deben privilegiar los aspectos contextuales como se ha mencionado a lo largo del capítulo.

Capítulo 2

“La vacuna asumida por discursos entre lo científico y las entidades supranacionales”

Al revisar las narrativas tanto de las/os funcionarios del MSPS como del INC, es recurrente encontrar una gran similitud entre las expresiones discursivas que refieren a la implementación de la vacuna como medida preventiva. A partir de ello, fue importante responder a dos preguntas: ¿Por qué se emitieron estos enunciados y no otros? Y, ¿por qué la emisión de estos enunciados de corte oficial establecieron de antemano que el proceso *debía ser así*? Ésta última pregunta es relevante ya que remite al ejercicio del poder (Herrera, 2009).

Contar con la acreditación de la ciencia y tener el aval de las entidades supranacionales se volvió una de las formas recurrentes para justificar la medida preventiva. Ejemplo de ello son los enunciados donde se afirma que “existe evidencia científica de que la vacuna es segura” (Director del PAI, MSPS) o bien, que “se inicia la vacunación para el control del CaCu según las recomendaciones internacionales” (Director de Prevención y Promoción, MSPS).

En este capítulo no se intentará prestar atención a los sujetos biográficos que emitieron esos enunciados, sino a la razón por la que se emiten determinados discursos que tienen poder y validación social. Así pues, como bien lo manifiesta Herrera (2009), la vida social es discursiva y esto supone un vínculo entre el lenguaje y el poder.

En sí, el objetivo entonces de este capítulo es dar cuenta del discurso oficial del que se valen las/os funcionarios de dichas entidades (MSPS y INC) para justificar la implementación de esta medida preventiva en salud. Con esto no se pretende afirmar que existan unos *enunciados ocultos* en el discurso oficial que se utiliza, cuya función sea reprimir y manipular, sino que los sujetos reproducen un discurso ante ciertas circunstancias, espacios y determinadas preguntas⁴³. Al producir o reproducir un discurso, los individuos dan cuenta de sus posiciones como sujetos en espacios concretos en el campo social, donde además están en juego múltiples relaciones de poder y diferentes intereses que respaldar.

⁴³ Lo cual no significa que en otras situaciones no puedan reproducir otros muy diferentes, que posiblemente desautorizan al anterior.

Un discurso puede develar jerarquías, definir grupos o a un sujeto en particular, además de reproducir prácticas de exclusión, desigualdad, discriminación, entre otros. Por otro lado, que un discurso esté institucionalizado no implica que sea autorizado ni que sea la *única verdad*. Es en sí un punto de vista sobre un asunto en específico. La reproducción del mismo puede dar cuenta de cómo los funcionarios de estas entidades, bien sean públicas o privadas, justifican discursivamente sus técnicas de gobierno.

Asimismo, hay que tener presente que el discurso utilizado para la implementación de esta política pública en salud, comprende tanto aspectos retóricos como culturales. Dichos aspectos están vinculados con las relaciones y diferencias de poder que tienen los diversos actores sociales que emiten los enunciados. Es así que lo cultural no puede desligarse de lo retórico, puesto que hace parte del mismo proceso constitutivo en la construcción de un discurso en particular (Ibid, 2009).

2.1 ¿Por qué unos discursos tienen poder y otros no?

Según van Dijk (1999), el discurso es uno de los mecanismos mediante los cuales se recrea la dominación y es una de las maneras de reproducción del poder dentro de la estructura social. El discurso está involucrado en la reproducción del poder social en la medida en que puede ser una de las herramientas que ayudan a configurar el poder hegemónico. Por consiguiente, los grupos dominantes querrán mantener cierto tipo de discursos debido a que responden a sus intereses particulares, en contraste con discursos que resultan poco convenientes para los mismos, los cuales serán neutralizados o desaparecidos en su totalidad (van Dijk, 1999). He aquí la razón por la que existen discursos que gozan de un estatuto de poder en contraste con aquellos que carecen de éste.

Hay que tener presente entonces que un discurso en sí no contiene únicamente las representaciones individuales como las experiencias, sino también aquellas colectivas que se comparten por un grupo social en particular. Es por ello que un discurso no sólo se mantiene en el plano de lo micro-social sino también a nivel macro o estructural.

Un discurso en formas específicas como la política y la ciencia, se puede convertir en un recurso de poder. Particularmente, la ciencia fue uno de los recursos de poder empleados para justificar la implementación de la política de vacunación contra el VPH. Según los funcionarios del MSPS, la vacuna tenía el soporte científico por parte de las comunidades académicas colombianas, las cuales aprobaban su aplicación. El PAI soportaba su decisión por el Comité Nacional de

Prácticas de Inmunización (en adelante CNPI). Dicho Comité está constituido por sociedades científicas y académicas⁴⁴ que orientan al país en las decisiones en salud pública. En esa medida, el CNPI se volvió la antesala científica y documental para tomar la decisión de la vacunación contra el VPH.

2.2 Comité Nacional de Prácticas de Inmunización (CNPI)

Hay que tener presente que el CNPI es un Comité asesor u orientador, es decir, muestra su visión de carácter técnico. Sin embargo, carece de capacidad decisoria. Las decisiones políticas y económicas las toma el MSPS, en su calidad de ordenador de la salud pública en Colombia. Es así que, después de la recomendación del CNPI, el MSPS da vía libre a los recursos económicos para que se haga factible una medida⁴⁵.

Además, el CNPI no sólo recomendó vacunación, sino que también valoró el precio, los estudios de costo-efectividad, las incidencias de morbilidad-mortalidad, la población a la cual debería ir dirigida, los rangos de edad, el tipo de vacuna a aplicar, la seguridad de la vacuna, las actualizaciones que se deberían hacer y las acciones a tomar frente a los efectos adversos.

El CNPI es una “comisión para-estatal que permite al MSPS dar mayor transparencia a cada asunto, para así poderlo ver desde las diferentes sociedades científicas” (Funcionaria del PAI; Director de Prevención y Promoción, MSPS). Particularmente, el MSPS no puede tomar una decisión “sin tener una evidencia científica” (Funcionaria del PAI, MSPS), y en esa medida, el CNPI, se convierte en el grupo de los llamados *expertos* que validan y legitiman esta decisión⁴⁶ en salud pública.

Parecería entonces que el CNPI brinda una base científica a la toma de decisiones en materia de salud pública. Sin embargo, esa recomendación desde lo *científico*

⁴⁴ Conformado por miembros de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG), la Sociedad Colombiana de Pediatría (SCP), la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN), el Instituto Nacional de Salud (INS), el INC, miembros de la OMS/OPS y miembros del PAI.

⁴⁵ El PAI, luego de la toma de la decisión, se encarga de hacer los lineamientos que establecen la manera en que la vacunación será implementada y distribuida; revisa su estructura, su funcionamiento. Y si la red de frío del país está preparada para otra vacuna. Hace todo el proceso para bajar la decisión política a territorio.

⁴⁶ Antes de tomar cualquier decisión en el CNPI, los integrantes hacen una declaración de no tener conflicto de intereses con ninguna corporación farmacéutica.

tiene la validez necesaria para que el PAI y el MSPS decidan la implementación de la política preventiva bajo ese discurso. Según el Director del PAI:

“Hay un marco legal que mueve el Programa Ampliado de Inmunización del país. Con la recomendación del CNPI, nosotros sencillamente hicimos la incorporación al programa y ya con eso queda legalmente integrada” (Director del PAI, MSPS).

Hay que tener presente que la toma de esta decisión en salud pública no se encuentra desconectada de los parámetros e intereses que circulan en la salud a nivel continental y global, por lo cual, dicho Comité desde lo *científico* traduce en lo nacional los intereses y las lógicas del gobierno de la salud que operan a nivel internacional. Es así como la política obtiene el aval de las sociedades académicas colombianas e internacionales, es decir, de las sociedades que trabajan y se posicionan desde lo *científico*. Según el Director del PAI:

“Sociedades internacionales de pediatría, ginecología, medicina interna, neurología, y muchas otras, hacen parte de nuestro Comité Interno y se han pronunciado en cuanto a la seguridad de la vacuna, como FIGO, que es la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, además de la Academia Americana de Pediatría” (Director del PAI, MSPS).

Otro aval son los estudios de costo-efectividad en Colombia y a nivel internacional, ya que también se consideran como una evidencia científica que valida y justifica la decisión de implementar la vacuna contra el VPH.

2.2.1 Ciencia como ente justificador de la vacuna

La ciencia y el grupo de sociedades *científicas* que dan un respaldo a las acciones en salud pública, son consideradas como fuentes autorizadas, fidedignas, y lo que es más importante: con credibilidad social. En sí, se aprueba el discurso emitido desde la ciencia o por los miembros que son considerados como académicos o científicos. Ello ocurre porque los receptores tienden a aceptar los conocimientos y las opiniones emitidas por esos profesionales, que además son percibidos con confianza.

La creencia en lo *científico* no sólo implica las experiencias y representaciones que tienen los individuos frente a la ciencia, sino que también exige que las mismas sean compartidas por un grupo social o una cultura. El CNPI demuestra cómo un grupo de científicos y su discurso se convierten en una fuente de poder en la medida en que pueden ejercer un control social. Es así que, según van Dijk

(1999), los grupos que tienen en mayor o menor medida un poder, son igualmente capaces de controlar a los miembros de otros grupos según su propio interés (van Dijk, 1999). Este control se da porque el discurso científico es una de las tantas creencias que tienden a no ser cuestionadas y que son consideradas como válidas para justificar una medida de prevención en salud pública. Esta creencia es además compartida tanto a nivel micro como a nivel macro, de manera unificada.

Es así como la experticia que concede el conocimiento *científico* adquiere un carácter universalmente aceptado. Asimismo, dicho conocimiento se posiciona como *objetivo y neutral*, y esto tiene como consecuencia que no sólo la disciplina médica, sino también todas sus intervenciones, cuenten con un discurso que se posiciona como *éticamente neutro*, lo cual ocurre en el ámbito de las políticas de salud pública (Phillips y Green, 2015).

Para Bourdieu (2001; citado por Herrera, 2009), la estrategia de la neutralidad halla su realización en la retórica de la cientificidad. El conocimiento *científico*, añade Bourdieu, es el lenguaje político no marcado políticamente, el cual se:

“caracteriza por la retórica de la imparcialidad marcada por los efectos de la simetría, el equilibrio y el término medio, y se apoya en un *ethos* de la convivencia y de la decencia, atestiguado por la prevención de las formas más violentas de la polémica, por la discreción, el respeto exhibido hacia el adversario, en suma todo lo que manifiesta el rechazo de la política en tanto que lucha” (Herrera, 2009, p. 41).

Del mismo modo, hay que tener en consideración que la neutralidad del conocimiento *científico* en el área médica deriva del MMH, basado en discursos positivistas que en primer término reflejan el orden natural; y en segundo, acumulan conocimiento progresivamente a través experimentos que permiten la producción de sus concepciones biológicas y médicas. Esta forma de crear conocimiento llamado *científico*, se convierte a su vez en la manera de conferirle autoridad y de adquirir la validez necesaria. Dicha autoridad se refleja en su discurso, el cual no puede ser pensado como un medio que establece proposiciones neutras sino como un medio que devela continuas luchas de poder, relaciones de dominación, y que responde a ciertos intereses políticos y económicos.

De ahí que el discurso planteado por el MMH constituye sistemas de conocimiento y de referencia de muchas personas, y en esa medida puede ser pensado como una forma de control, puesto que al ser influyente tiene el poder de trabajar a favor de los intereses de un grupo dominante.

2.2.2 Conocimiento *científico* como un justificador en la política de vacunación contra el VPH

El establecimiento de un discurso no puede ser pensado sólo como un recurso más entre muchos otros, puesto que el control de un discurso en lo público permite a su vez controlar ampliamente al cuerpo social, así como a la acción pública de manera indirecta, lo cual ocurre con la política en salud pública. Por consiguiente tiene el poder de controlar la estructura social, tanto la que se perciba en oposición como la que está en explícito acuerdo. El discurso puede ser un reproductor del poder al crear discursos hegemónicos como el *científico* médico (van Dijk, 1999).

Hood (2000; citado por Herrera, 2009) menciona que para la toma de una decisión política, como es el caso de una política pública en salud, se discuten objetos que él llama *trans-científicos*, en la medida en que son temas que se encuentran en un punto intermedio entre el discurso científico y el político. Una política se puede argumentar en términos *científicos*, sin embargo contiene un poder retórico. Éste refiere a que la argumentación (incluyendo aquella que se vincula a los asuntos políticos) no precisa de demostraciones lógicas sino de una finalidad persuasiva (Herrera, 2009).

Los discursos por sí mismos no tienen el poder de manipular las mentes de las/os sujetos, sino que ese poder y ese control se ejerce por medio de la persuasión. Desde el valor discursivo de lo *científico* y de las sociedades que hablan desde la *ciencia*, se reprodujo un discurso convertido en medio de persuasión. Bajo éste mismo se justificó la implementación de la medida preventiva de vacunación, eximiéndola de todo cuestionamiento. Así lo expone el Director del PAI:

“El peso para nosotros se encuentra en las sociedades científicas académicas y en la OMS. No en las posturas individuales que quieran atacar la vacunación” (Director del PAI, MSPS).

2.3 Rol de las entidades supranacionales OMS/OPS

Como lo expone la narrativa anterior, la adquisición de la vacuna también se hace porque “la decisión está soportada por la evidencia técnica-científica de la OMS/OPS” (Director del PAI). Dichas entidades supranacionales dieron un respaldo a la implementación de la medida de prevención y aprobaron la dosis, la población objeto, la seguridad y la efectividad.

Por otro lado, la funcionaria de PAI distrital anuncia que la vacuna pasó por cinco revisiones del Comité de Inmunizaciones de la OMS y en todos aprobó la seguridad y la efectividad. Hay que agregar que dicho Comité se posiciona discursivamente desde lo *científico* y que esto también se volvió un medio para justificar e implementar la vacunación, según los funcionarios. También es importante señalar que dentro del CNPI hay miembros de la OMS y OPS, algunos con voz y voto.

Es así como la decisión de implementar esta política de vacunación no sólo tuvo el aval desde lo *científico*, sino también desde el grupo de expertos de las organizaciones supranacionales como la OMS y la OPS, además de otros organismos internacionales que también apoyaron la aplicación de esta política en salud. De este modo, tanto los organismos internacionales como las sociedades académicas son las que le dieron el sustento y soporte teórico a esta política pública para su implementación.

Es por ello que la adquisición de la vacuna y el inicio de la vacunación se hace por tendencia mundial. Hay que decir entonces que dichas entidades supranacionales no hacen recomendaciones, sino como lo anuncia el Director del PAI, dan línea para que se adquiriera en Colombia la medida preventiva. Según el mismo funcionario:

“No fue una decisión de Colombia, fue una decisión internacional” (Director del PAI, MSPS).

2.3.1 Influencia de las entidades supranacionales

Existe entonces una relación entre entidades supranacionales, sociedades académicas científicas y el gobierno nacional para que discursivamente se justifique la medida. Como se mencionaba anteriormente, ese discurso no puede quedar anclado a lo enunciativo. También se traduce en acción pues se trata de un recurso que reproduce hegemonías y relaciones de poder. Además de responder a intereses políticos y económicos de un grupo dominante.

La política se convierte así en la traducción local de las lógicas existentes en la salud a nivel continental y global. La reproducción de ese discurso permite dar cuenta de los intereses que tienen los actores al emitir un tipo de enunciado y excluir simultáneamente otro durante un determinado momento.

Como se anunciaba, la emisión de un enunciado responde a unos intereses específicos, y estos se pueden ver expresados en contextos particulares como el PAI. Desde sus inicios, ha sido influenciado por la OMS y la OPS ⁴⁷, lo cual puede constituir una de las razones del porqué sus funcionarios respaldan y responden de modo discursivo a las lógicas e intereses de las mismas. La política de vacunación se vuelve entonces en un ejemplo que ilustra hacia dónde van dirigidos los intereses de dichas entidades.

Esto se pone en evidencia cuando el PAI inicia sus actividades oficiales en Colombia desde el año 1979. Su creación no sólo se hizo por recomendación de la OMS/OPS, sino que desde un principio el programa estuvo soportado económicamente por los dineros que aportaron el Ministerio de Salud y la OPS⁴⁸.

Otro punto importante a considerar es que no sólo programas como el PAI responden a las lógicas de dichos organismos internacionales, sino que éstas a su vez responden a los intereses del Banco Mundial (en adelante BM). Esto se ha visto reflejado en la instauración del nuevo Sistema de Salud en Colombia en los años noventa, ya que éste respondía a las directrices internacionales promovidas por las entidades supranacionales, y éstas a su vez respondían a los intereses del BM.

Por otro lado, el BM ha tenido gran influencia en el planteamiento de las políticas públicas, en la medida en que su propósito central ha sido el desmantelamiento de lo público bajo la propuesta de que es mejor un servicio regulado que el mantenimiento de un monopolio público (Ugalde y Homedes, 2008). Evidentemente, la influencia del BM aumenta sobre la OMS cuando éste incrementa sus aportes a dicha organización.

El BM, junto con la OPS y la Fundación Bill Gates, también han apoyado económicamente al PAI en Colombia, durante la instalación de la red de frío a lo largo de todo el país hacia inicios del milenio.

⁴⁷ El PAI para el control de las enfermedades inmunoprevenibles comienza a gestarse en Colombia entre los años de 1974 y 1977. En esos años, la OMS y la OPS recomiendan a todos los Estados miembros (particularmente en Latinoamérica) que desarrollen o mantengan programas de salud cuyo eje fundamental de sus servicios sea la inmunización (MSPS, OMS/OPS, 2010).

⁴⁸ El Ministerio de Salud aportó entre 1979 y 1981 un total de \$86 millones de pesos (USD \$1.911.111) y el apoyo económico de la OPS fue de un total de USD \$17.000 (MSPS, OMS/OPS, 2010).

La falta de recursos en la OMS durante los últimos años, así como el poco interés que muestran los países más ricos por esta organización, la han llevado a buscar el apoyo del sector privado y ha estado abierta a los intereses de las empresas multinacionales, con la mediación de los países más poderosos. Según Ugalde y Homedes (2008), dicha organización ha sido criticada por la influencia que el sector privado ejerce sobre ella, así como por la apertura que muestra frente al financiamiento de las corporaciones farmacéuticas (Ugalde y Homedes, 2008).

A pesar de que en el reglamento de dichas entidades se prohíbe recibir recursos económicos por parte del sector privado, pues ello podría crear algún conflicto de intereses, lo anterior no ha evitado que reciban fondos provenientes de la industria farmacéutica, que lejos de mejorar su desempeño a través de estos recursos, ha entorpecido la consecución de sus objetivos. Con el pasar de los años, han empezado a promover la acumulación acelerada de capital en beneficio de la clase capitalista, contrario a la visión para la cual fueron fundadas (Ugalde y Homedes, 2007).

Dichas entidades, que en su momento fueron creadas para lograr una estabilidad política y económica mundial, han logrado el establecimiento exitoso y ascendente de una sociedad global con mayores desigualdades. Asimismo, el mejoramiento de las condiciones de salud de las personas se ha visto sacrificado por el acaparamiento de las ganancias en manos de unos pocos (Ugalde y Homedes, 2007), privatizando los servicios que debería brindar el Estado, como las vacunas, e incorporándolos en lógicas neoliberales que no están pensadas para proteger la salud de las mujeres.

Ante este panorama, se puede advertir cómo los discursos manejados por el CNPI, PAI, y MSPS responden a las lógicas de la OMS/OPS; y cómo éstas últimas a su vez responden a las premisas del BM y las corporaciones farmacéuticas. Es por ello que dichas lógicas en salud a nivel nacional, continental y global no pueden verse de una manera desconectada.

2.3.2 La anteposición que adquieren los criterios de entidades supranacionales

Estas influencias en las entidades del gobierno nacional han puesto en duda la autonomía del Estado colombiano en la toma y ejecución de decisiones relacionadas con la salud pública. Un ejemplo de esto es lo que sucedió en

Carmen de Bolívar⁴⁹ durante la implementación de la política de vacunación contra el VPH, en la medida en que no hubo una discusión interna considerable. Por el contrario, se cuestionó más y estigmatizó más a las niñas/adolescentes que presentaron los síntomas, que a la vacuna como tal.

No se niega que dentro del MSPS sí pudo haber una discusión interna, sin embargo la respuesta discursiva que dieron los funcionarios públicos se encontró sesgada por una postura acrítica frente a la implementación de la vacuna, justificando su continuidad debido a que Colombia se adhiere a la posición de la OMS/OPS y a los estudios *científicos* de seguridad de dichas entidades supranacionales.

Sin embargo, según lo anuncia una ex-funcionaria del UNFPA que ha trabajado en el tema de DSR:

“Nosotros tendríamos que haber investigado un poco más, porque ahí faltan estudios, no podemos negar que han habido casos suficientes que dejan al menos la pregunta [...] Falla, además que le va a costar muchísimo a la salud de las mujeres” (Ex-funcionaria UNFPA/DSR).

Hay que tener en cuenta entonces que el Estado no es un actor monolítico, sino que se trata de un conjunto bastante heterogéneo de entidades, agencias, gobiernos, entre otros, con lógicas y discursos que muchas veces pueden estar en contravía de lo que significa brindar servicios de salud con calidad a sus ciudadanos, en este caso a las mujeres.

Por otra parte, hay que entender una política pública no como una de las derivaciones del Estado, sino como un producto de una red de políticas que responden a fines, intereses y luchas de poder, donde el Estado juega un papel clave al igual que muchos otros actores como agencias internacionales, entidades supranacionales, movimientos sociales, entre otros. Esto sin embargo no quiere decir que el Estado no cumpla una función de extrema importancia, ya que éste conduce, sostiene y ejecuta las políticas (Herrera, 2009).

Se podría entonces cuestionar la autonomía del Estado, puesto que las recomendaciones de la OMS y OPS son asumidas como políticas a ejecutar.

⁴⁹ Como se nombraba en la introducción, los síntomas que fueron relacionados con los *supuestos efectos adversos* atribuidos a la vacunación contra el VPH en el municipio de Carmen de Bolívar durante el año 2014, no fueron atribuidos a la vacunación sino a una *reacción psicógena masiva o histeria colectiva* (Instituto Nacional de Salud, 2015).

Aunque dichas organizaciones tienen una gran importancia a nivel internacional, la influencia del mundo corporativo y de las transnacionales provoca que se cuestione la vía de su conducción y los intereses a los cuales responden. Es así como los fondos del mundo corporativo, apoyados por las posiciones de dichas organizaciones, crean situaciones difíciles para que los Estados definan políticas, especialmente en el área de la salud.

Así pues, bajo la influencia de las mismas, las decisiones que toma el Estado no se basan realmente en las necesidades en salud que tiene un país, sino en la acumulación del capital. Ugalde y Homedes (2007), mencionan que las fronteras y límites de los países se desdibujan cada vez más, puesto que ahora no existe el *sistema colonial* para la acumulación del capital, sino que están las transnacionales, las cuales presionan a los Estados para promover sus propios intereses económicos a través de las políticas de los gobiernos (Ugalde y Homedes, 2007).

Lo que hacen dichas organizaciones es dictar recetas políticas a las burocracias nacionales en los diferentes gobiernos por lo que si se mira la respuesta discursiva del Estado frente a lo sucedido en Carmen de Bolívar, las influencias de dichas entidades supranacionales han creado y desarrollado prácticas vinculadas al capital financiero, y no a la protección íntegra de la salud. Bajo el discurso institucionalizado que emiten los funcionarios del MSPS y el INC, se refleja la configuración del complejo político-académico/médico-corporativo que no sólo justifica la vacuna, sino también su implementación.

2.4 Línea del tiempo de la vacuna

La configuración del complejo político-académico/médico-corporativo también se deja entrever en lo que propongo como línea del tiempo de la vacuna, que son los hechos que dan cuenta de la manera en que el VPH y el CaCu comienzan a ser pensados discursivamente como problemas públicos a intervenir ⁵⁰.

Era importante dar cuenta de la construcción del problema público, porque al ser el CaCu y el VPH problemas a intervenir dentro de los patrones de la salud pública, eso también se convirtió en una de las justificaciones que discursivamente daban los funcionarios del MSPS y el INC para que se adquiriera y se implementara la medida. Lo anterior resulta relevante al interior de la tesis puesto

⁵⁰ Se refiere al cúmulo de datos que fueron recabados durante el trabajo de campo, a los textos complementarios y las narrativas de las personas entrevistadas.

que da un contexto general acerca de todo lo que antecedió a la implementación de la vacuna.

Como se explicó en la metodología, un problema público no puede ser visto como algo neutral. Por ello la línea del tiempo muestra cómo se van entre-tejiendo los eventos, además de explicitar la razón por la que socialmente se les presta mayor atención dentro del espacio público. También se hacen visibles los actores que intervienen para dotar de poder a ciertos hechos, y se van identificando los intereses económicos y políticos detrás de la implementación de una medida preventiva como ésta.

A cada uno de los hechos se les da una importancia social, pues la línea del tiempo no sólo enumera cada uno de ellos, sino que también permite observar la manera en que se van construyendo y relacionando unos con otros en su respuesta a los intereses comerciales.

La línea del tiempo se vuelve entonces en un reflejo de la configuración del complejo político-académico/médico-corporativo. Por un lado, porque bajo el lema de lo *científico* se justifica y se brinda soporte a la intervención del CaCu y VPH como problemas públicos. Y por otro, las organizaciones supranacionales se convierten en actores que ejercen el poder suficiente para que estos sean vistos como problemas públicos a intervenir.

2.4.1 Línea del tiempo





1. Programa de Detección Temprana y Control del Cáncer de Cuello Uterino (PDCCCU)

La instauración del PDCCCU se centró en la necesidad de exponer públicamente que el CaCu debería ser considerado como un asunto de salud pública. Esta afirmación fue además respaldada la OMS y OPS, las cuales consideraban que el CaCu era un padecimiento propio de los países pobres y que afectaba a la población femenina menos favorecida. Razón por la cual, dichas entidades supranacionales hicieron presión no sólo para que se establecieran mecanismos de control, sino también para que se promoviera este programa.

2. Ensayos clínicos- Cohorte Bogotá

Entre 1991 y 1993 se realizaron los ensayos clínicos en Bogotá. Dichos ensayos son realizados en Colombia porque una de las líderes investigativas es Nubia Muñoz, que es originaria del mismo país. Dichos estudios posicionan a Colombia en el mundo como un país poseedor de datos acerca del VPH y de la historia natural del virus.

3. Ley 100 de 1993-Cambio a programa focalizado en investigación y clínica

El PDCCCU experimenta su debilitamiento con la privatización del Sistema de Salud en Colombia. Asimismo, las acciones para el control del CaCu se enfocan en investigar la relación de éste último con el VPH, restando importancia a su prevención (Valencia, 2013).

4. Ensayos clínicos-vacuna cuadrivalente

En el año 2002, Colombia participa en los ensayos clínicos para la vacuna cuadrivalente:

“Arrancamos el proyecto Futuro I en dos sitios a la vez, y en menos de un año arrancaron otros por medio de Futuro II; se trató del mismo grupo etario pero el seguimiento es distinto, ya que en Futuro I ocurría cada 6 meses, mientras que en Futuro II es cada año” (Coordinadora de Ginecología Oncológica, INC).

En el año 2004 comienzan los ensayos clínicos del proyecto Futuro III, pero en mujeres adultas colombianas (entre los 25 y los 45 años de edad).

5. Ensayos clínicos-vacuna bivalente

En el 2006, Colombia participa en los ensayos clínicos de la vacuna bivalente junto con la Fundación Santa Fe⁵¹ a través del proyecto titulado *Vivian*. Colombia aportó datos sobre la eficacia de la vacuna para niños y niñas, y luego para observar la inmunogenisidad de la misma en los/as adolescentes.

6. Vacuna aprobada mundialmente por la FDA

La vacuna cuadrivalente contra el VPH es aprobada a nivel global en el año 2006 por la FDA.

⁵¹ La Fundación Santa Fe de Bogotá es una entidad privada que ha desempeñado su labor en el sector salud.

7. Vacuna aprobada en Colombia por el INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos)

En el año 2007, la vacuna llega a Colombia y el INVIMA la aprueba para niños y niñas de 9 a 17 años. Para ese año, la vacuna se comienza a comercializar en los consultorios privados.

8. Colombia participa en reunión sobre costo-efectividad/OPS

En el año 2008, Colombia participa en una reunión en México. Ésta se integró por representantes de los países latinoamericanos, la OPS y el *Instituto Saving*⁵², que tiene sede en Washington. Allí se presentó un estudio de costo-efectividad de la aplicación de la vacuna para la zona de América Latina. Según menciona la ginecóloga-oncóloga del INC, la vacuna se presenta en dicha reunión como costo-efectiva y costo-ahorrativa para cada uno de los países latinoamericanos.

9. Nominación al Premio Nobel de Medicina/Nubia Muñoz

En ese mismo año, la investigadora colombiana Nubia Muñoz es nominada junto con su grupo de investigadores al Premio Nobel de Medicina por los estudios sobre la asociación entre VPH y CaCu. Esta nominación es considerada como *orgullo nacional*, mientras que este padecimiento comienza a ser concebido como un problema de orden público.

10. Estudios de aceptabilidad de la vacuna/INC

Para el año 2009, el INC publica tres artículos sobre los estudios de la aceptabilidad de la vacuna contra el VPH. Para su realización, se seleccionaron por conveniencia cuatro ciudades de Colombia que tenían distintos contextos poblacionales. Dos ciudades pertenecían a la zona Andina: Bogotá, capital de Colombia, y Manizales que es una ciudad intermedia. Se seleccionó también Arauca, una ciudad cercana a la frontera, en la región de los Llanos Orientales. Por último, se escogió una ciudad ubicada en la costa Atlántica, Cartagena, que está caracterizada por su alto flujo de turistas.

Metodológicamente, se planteó un estudio cualitativo que tomó el grupo focal como técnica de investigación para conocer por vía de la discusión las opiniones culturales y sociales en torno a la vacuna. Todas las sesiones fueron grabadas y transcritas. Luego se elaboró un análisis de contenido siguiendo las etapas de

⁵² Instituto *Saving*: *Institute of International Finance* /Instituto Internacional de Financiamiento.

lectura abierta, codificación, análisis estructural e interpretación crítica (Piñeros, Cortés, Trujillo y Wiesner, 2009).

Para ese entonces los estudios de aceptabilidad de la vacuna se habían llevado a cabo sólo en los países industrializados. En ellos se habían estudiado factores relacionados con la percepción del *riesgo*, la percepción de la gravedad de la enfermedad, la edad pertinente para la aplicación de la vacuna y la fuente de la recomendación. A nivel latinoamericano sólo se habían realizado en México y Brasil. En estos se encontró que el factor más significativo para la aceptabilidad era el conocimiento general que se tuviera acerca de la utilidad de la misma (Wiesner, Piñeros, Trujillo, Cortés y Ardila, 2010).

11. Nubia Muñoz se hace más visible en el país

Después de la nominación al Premio Nobel, Nubia Muñoz adquiere una mayor visibilidad al interior de Colombia. Según la Coordinadora de Ginecología Oncológica del INC, Nubia Muñoz había asesorado los ensayos clínicos de vacuna, realizados por *Merk* y *Glaxo*. En muchos *papers* de *Gardasil* ella figura como una de las autoras.

12. Vacunación piloto en Bogotá- Secretaría Distrital de Salud (SDS)

En 2011, la SDS en Bogotá fue la primera que introdujo la vacuna de forma gratuita para cuatro localidades de la capital (Kennedy, Fontibón, Engativá y San Cristóbal). Esto generó los elementos programáticos y operativos para que después se implementara a nivel nacional.

13. Recomendación mundial de la vacuna/OMS

Desde la *Alianza Gavi*⁵³, la OMS emite en 2012 la recomendación mundial de incluir el biológico en los programas nacionales de vacunación.

14. Presentación estudios de costo-efectividad/Universidad Nacional de Colombia (UNAL)

Aunque en el año 2008 se hizo el estudio de costo-efectividad desarrollado por el Grupo de Epidemiología y Evaluación en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, que argumentaba que la vacuna contra el VPH era costo-efectiva para contrarrestar CaCu, el Dr. Fernando De la Hoz junto con el Dr. Nelson Álvis y

⁵³ *Alianza Gavi* es una alianza para la vacunación. *Gavi: The Vaccine Alliance*.

Dr. Carlos Castañeda presentan los resultados de dicho análisis al MSPS, acomodando el análisis al año 2012.

15. Reunión del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización (CNPI)

Para el año 2012, los estudios de costo-efectividad y toda su *evidencia científica* son sometidos al CNPI, y se da la recomendación de iniciar la vacunación contra VPH como una estrategia para reducir el CaCu por medio de la aplicación de la vacuna cuadrivalente. En julio del 2012, el MSPS publica el documento con los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el VPH en todo el país.

16. Presidente y Ministra lanzan la medida en Sincelejo

En agosto del 2012, el Presidente de la República, Juan Manuel Santos, junto con la Ministra de Salud de la época, Beatriz Londoño, lanzan la medida en Sincelejo y arranca la vacunación para niñas escolarizadas en el esquema clásico 0, 2, 6 meses.

2.4.2 Línea del tiempo como construcción de los problemas públicos

Que el VPH y el CaCu sean presentados en Colombia como un problema en salud pública, no sólo ha dependido de que las/os funcionarios del MSPS los coloquen en la *arena pública* sino que también se les ha presentado así por otros actores como las sociedades científicas; investigadores que comienzan a ser reconocidos en el país como Nubia Muñoz; por las/os funcionarios del MSPS, el INC y el Instituto Nacional de Salud (en adelante INS); las entidades supranacionales OMS/OPS y los corporativos, entre otros. Su influencia ayuda a que éste adquiera cada vez más poder y que países como Colombia deban ser intervenidos.

Desde una visión constructivista de la realidad social, la línea del tiempo nos da a entender lo que Blumer (1971; citado por Schillagi, 2011), sostenía acerca de los problemas públicos, como el resultado de un proceso histórico que se va gestando poco a poco, por lo que tiene una determinación colectiva en la medida en que sólo a determinados hechos y acontecimientos se les presta atención. Estos son definidos por ciertos actores, mas no son el reflejo de condiciones objetivas ya pre-existentes (Schillagi, 2011).

El problema público radica en construir un discurso para ese problema en particular; y que éste se vaya acomodando para responder a los intereses de más de un actor o un grupo social, y que además sea apropiado por diferentes actores,

en diferentes momentos, que incluso pueden ser hasta antagónicos y se empleen para diferentes fines (Herrera, 2009).

Entender el problema público del VPH y el CaCu como una construcción social, también ayuda a traspasar el límite de lo que entendemos por *sentido común* y damos por sentado. Esto es importante puesto que permite problematizar y cuestionar por qué ciertos problemas adquieren importancia socialmente en un determinado momento, y cómo la información que se tiene del mismo se va adecuando según los intereses políticos y económicos de ciertos actores. Considerarlo como una construcción permite discutir si realmente las políticas públicas que se están empleando son realmente las adecuadas para enfrentar dicho problema de salud partiendo de que los problemas públicos no responden a condiciones sociales objetivas ni neutrales.

La institucionalización de un discurso que se ha posicionado desde las/os funcionarios oficiales, las sociedades *científicas* y las entidades supranacionales, e indirectamente los corporativos, han posicionado el VPH y el CaCu como un problema público a intervenir. Se concluye así entonces que la implementación de la vacuna se ha amoldado a los intereses comerciales, puesto que no sólo apoya la idea del producto biológico como la alternativa más científica, sino que también impone una hegemonía biomédica sobre la determinación social del CaCu, para así evitar discusiones estructurales del sistema y de la vida de las mujeres.

Capítulo 3

“La implementación de la vacuna contra el VPH sobre las mujeres”

3.1 Vacuna aplicada sobre los cuerpos femeninos

Según el Director del PAI, aunque la vacuna también está probada en los hombres, se ha privilegiado su papel en la prevención del CaCu, por lo que ésta se convierte en una de las principales razones y el sustento para que la vacuna sea aplicada sólo en las mujeres. Además se convierte en el lema por parte del MSPS, para que la medida sólo sea aplicada sobre sus cuerpos.

Asimismo, según las personas entrevistadas del MSPS, la preocupación para implementar la política de vacunación contra el VPH era la vida y la calidad de vida de las mujeres. Según las narrativas, lo que se quería con la campaña de vacunación era el bienestar de las mujeres colombianas.

Otro de los argumentos fue el costo de la vacunación, ya que su aplicación a los dos sexos implicaba un gasto elevado, por lo que se privilegia su función preventiva contra el CaCu. Asimismo, según la Coordinadora de Ginecología Oncológica del INC, uno de los referentes para su introducción fueron los estudios realizados en Australia en el 2008. En ellos se demuestra que, al vacunar a las mujeres de forma masiva, existe un efecto rebaño en la disminución de la prevalencia del VPH y de las verrugas genitales en los hombres⁵⁴.

Según lo narra la funcionaria del PAI distrital, se *asumió* y se *naturalizó* que la medida sólo fuera aplicada sobre los cuerpos femeninos, en la medida que como lo mencionaban “los infectólogos e inmunólogos, no se le iba a aplicar una vacuna a alguien que no tuviera útero⁵⁵” (Funcionaria del PAI distrital).

La adopción y naturalización de este hecho ha tenido una consecuencia evidente en Colombia, donde la aplicación de la vacuna contra el VPH se hace sólo sobre los cuerpos femeninos a pesar de que el hombre también juegue un papel

⁵⁴ Hay que resaltar que la vacunación en Australia se empezó sólo a niñas (dirigida a mujeres en general) y luego se puso también a los niños (hombres en general). Ese es considerado como un *caso exitoso*.

⁵⁵ Como se mencionaba en el capítulo uno, hay que tener presente que el MSPS lanza la vacuna contra el VPH como una medida de prevención contra el CaCu, a partir de los estudios de aceptabilidad de la vacuna que realizó el INC como una estrategia de marketing, aunque ésta sólo tenga una efectividad probada de 6 años.

importante, pues se considera que es quien transmite el virus. Esto ejemplifica la manera en que las mujeres son modeladas como un *objeto* privilegiado del MMH.

3.1.1 Implementación de la vacuna como medida de control sobre las mujeres y su sexualidad

Dentro de los parámetros del MMH, al ser el VPH y el CaCu afecciones que están relacionadas con el ejercicio de la sexualidad, las mujeres pasan a ser un campo privilegiado de intervención al convertirse en un cuerpo-*objeto*. Esto tiene como consecuencia que las mujeres se transforman en un espacio de intervención que puede ser expropiado de la vida privada y sometido a la sociedad (Granados, Hernández y Olvera, 2017).

Se trata en realidad de un discurso de poder que, teniendo como base la biomedicina, plantea fuertes elementos de control sobre las mujeres, su sexualidad y sus prácticas. Y esto se puede observar en las políticas públicas, estrategias y campañas de prevención, ya que se pretende homogenizar a las mujeres como una manera de controlarlas.

Por consiguiente, las políticas preventivas en salud sexual, como en este caso la política de vacunación contra el VPH, no sólo regulan y tienen como fin el control de la sexualidad femenina, sino que también buscan normativizar la forma en que ejercen su sexualidad, así como la forma de pensar sobre la salud y la enfermedad de las mismas. Además impone un *supuesto* auto-gobierno de las mujeres sobre sus cuerpos.

Se demuestra entonces cómo en el contexto de la sexualidad, la aplicación de discursos provenientes del MMH en la generación de diagnósticos sobre las mujeres y sus cuerpos, tiene profundas implicaciones sobre la construcción de sus identidades. Lo anterior ha conllevado a que determinados grupos hayan sido estigmatizados desde los parámetros biomédicos del MMH por el libre ejercicio de su sexualidad.

Particularmente, el desarrollo del VPH y el CaCu ha significado una carga moral y un estigma para las mujeres. En salud sexual, se ha tendido a reforzar la idea de que existen grupos y personas que están en *peligro*, en la medida en que son percibidos como grupos más *vulnerables* que otros desde diferentes perspectivas. Por consiguiente se han planteado políticas especialmente dirigidas hacia ellos⁵⁶,

⁵⁶ Entre los que se encuentran: las mujeres, niñas/os, minorías sexuales, trabajadoras sexuales y personas que viven en situación de calle y pobreza.

lo que ha traído como consecuencia que se hayan movilizado dispositivos de regulación y control social, pues se piensa por construcciones históricas, sociales y culturales, que hay que intervenirlos más. Ello tiene reflejo en la política de salud para prevenir el VPH, dirigida a niñas, adolescentes y a las mujeres en general.

3.1.2 Mujeres: *objeto* privilegiado del Modelo Médico Hegemónico (MMH)

“El factor de riesgo para contraer el VPH lo tenemos todos, la única condición es que haya existido alguna relación sexual, [sin embargo] quien va a sufrir las consecuencias de la infección es la mujer. En el hombre se comporta completamente diferente” (Ginecólogo-oncólogo de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, MSPS).

Como la narrativa lo expone, el *riesgo* como categoría ha constituido un campo de saber/poder desde el cual las mujeres y su sexualidad se han convertido en un foco privilegiado del MMH, y por consiguiente, un foco mediante el cual se han desarrollado distintas estrategias que han tenido como finalidad mayor control y regulación de las mismas.

Estar en *peligro* dentro de los parámetros de la salud pública es estar en *riesgo de*, lo cual ha atribuido la presencia de enfermedad a un grupo particular o a un tipo de sujeto, como ya se mencionaba. La política de vacunación masiva contra el VPH se implementa en Colombia para contrarrestar el *riesgo* del CaCu, por lo que la medida preventiva se dirige especialmente a las mujeres.

Asimismo, que el MMH tenga a las mujeres como uno de los *objetos* privilegiados para su intervención, también ha restringido la visión en otras de las afecciones que las mismas pudieran tener, resumiendo sus vidas enteras a su sexualidad y a su capacidad reproductiva.

Bajo la categoría del *riesgo*, la sexualidad y la complejidad de las conductas sexuales han sido reducidas a normas racionales impuestas desde contextos de poder como la epidemiología y la biomedicina, que no han sido suficientes para comprender todo lo que abarca su ejercicio.

No obstante, si bien es fundamental trabajar con los grupos que se consideran en *riesgo*, también es indispensable tener en cuenta que el desarrollo de políticas necesita de la visibilización de los contextos emocionales, sociales, culturales, políticos y económicos relacionados con el aumento del *riesgo* de contraer una ITS para ciertos sujetos, o una enfermedad crónica como CaCu para las mujeres (Betancourt, 2017).

Es por esa razón que, bajo la categoría del *riesgo*, la sexualidad femenina pasa por alto que las mujeres se encuentran atravesadas y constituidas por complejos contextos sociales y relaciones de poder, los cuales inciden en que éstas quieran y puedan llevar a cabo ejercicios para su prevención (Betancourt, 2017).

3.1.3 Mujeres como sexualidades continuamente pensadas en *riesgo*

Desde la mirada del MMH, las mujeres han sido vistas como continuamente en *riesgo*, y en consecuencia, son advertidas en el campo de la salud sexual, como *sexualidades en riesgo*. Bajo el discurso médico y la práctica médica, se reflejan complejas jerarquías de poder sobre el cuerpo femenino.

Por otra parte, percibir a las mujeres como continuamente en *riesgo*, ha provocado que sean pensadas como una fuente de enfermedad y bajo categorías médicas como: anomalías orgánicas, patológicas, enfermas, que no sólo hacen de fundamento para la construcción de una cultura, y especialmente una ciencia médica sustentada desde una mirada androcéntrica que ve a las mujeres como *objeto* y también como patología (García, 2015).

Asimismo, la sexualidad femenina no sólo se ha abordado desde el biologicismo⁵⁷, sino también desde una visión psiquiatrizante. Que la sexualidad esté definida de modo preponderante por la *psiquis*⁵⁸, reduce su comprensión, perpetúa estereotipos e influye de manera determinante en la forma en la cual las mismas mujeres perciben sus afecciones corporales, puesto que muchas veces no piensan en éstas como problemas reales sino como fantasías de sus mentes, descartan así un posible problema orgánico. Esto, asimismo, refleja la tendencia implícita de que las mujeres no son capaces de entender y tomar decisiones sobre sus propios cuerpos.

⁵⁷ Dentro del MMH, o por lo menos a nivel ideológico/técnico, el biologicismo constituye un rasgo estructural para su propia fundamentación científica y para otorgar diagnósticos y el posible tratamiento a una afección corporal cualquiera que sea. Dicha dimensión biológica no es solamente lo que identifica y lo que dicta la diferenciación profesional, sino que además es el núcleo de la formación profesional del médico. Los aprendizajes que se tienen nacen a partir de los contenidos biológicos, por eso los procesos sociales, culturales, políticos, económicos y emocionales son tenidos en cuenta como anecdóticos.

⁵⁸ La sexualidad vista como *patología* física y también como afección mental (Salinas y Jarillo, 2013).

3.1.4 Bajo la categoría del *riesgo*: medicalización excesiva de la sexualidad de las mujeres

Sin duda los medicamentos han servido para modificar el curso biomédico de algunas condiciones de salud/enfermedad. No sólo se encargan de fortalecer y legitimar el poder médico, contribuyendo a que se mantenga y se alimente una concepción biomédica de los procesos de salud-enfermedad-atención, sino que también generan y acumulan una gran cantidad de capital en torno a ellos. Una de las consecuencias de este fenómeno es la excesiva medicalización que ha quitado a las mujeres el saber, entendimiento y conocimiento ancestral y vivencial acerca de su cuerpo y sus síntomas, así como las posibles soluciones que pudieran tener desde sí mismas, al dejar que sus afecciones sean curadas por otra persona o por un producto en particular.

En este caso específico, las vacunas han servido como una herramienta de control social; de control de los cuerpos y la sexualidad de las mujeres, en la medida en que son el medio a través del cual se reproducen los procesos de medicalización de la salud y la vida en las mujeres.

Esto se debe a que a partir del siglo XIX, la medicina asume la sexualidad femenina basada en rasgos hetero-normativos que responden a la moral burguesa de la construcción de las sociedades modernas, y que definen una sexualidad *saludable e idónea* como aquella que posibilita la reproducción, medicalizando así el cuerpo y la conducta sexual de las mujeres.

Dentro de dichas sociedades, las conductas no reproductivas en el ejercicio de la sexualidad fueron pensadas en mujeres y hombres como comportamientos *desviados* y hasta *patológicos*, por lo que se tuvo que construir una ideología que bajo el discurso *científico*, hizo que la ciencia médica interviniera para el control, erradicación o reparación de esos cuerpos considerados como *defectuosos* (Granados, Hernández y Olvera, 2017).

Es así como en la medicalización, los cuerpos calificados como *patológicos* son espacios merecedores de las intervenciones terapéuticas de la medicina para la reinscripción de ese sujeto *transgresor* al orden social establecido. Esta vacuna respondía a la condición de que fueran reproductivas y se adhirieran a las prácticas heterosexuales, ya que según las narrativas oficiales, una enfermedad crónica como el CaCu “les quitaba la posibilidad de ser madres”⁵⁹ (Funcionaria del

⁵⁹ Muchas veces se asocia la sexualidad femenina a un evento reproductivo (Salinas y Jarillo, 2013).

PAI distrital). La medicalización de la sexualidad y la consecuente patologización de las expresiones no heterosexuales, incluyen que la ciencia médica sea conferida con el poder de ejercer los procedimientos y prácticas terapéuticas para re-establecer los daños o disminuir los *riesgos* en la salud de las conductas y comportamientos no reproductivos (Ibid, 2017).

Aunque para en el siglo XX se haya dado una separación entre la sexualidad y la reproducción en las intervenciones ejercidas sobre las mujeres, esta separación paradójicamente ha provocado una mayor influencia del MMH en la vida sexual de las mismas (Viveros, 2006). La influencia de dicho modelo (y por añadidura su medicalización, como ocurre con la vacuna contra el VPH) ha empezado a aplicarse en las mujeres de una manera excesiva y desde edades cada vez más tempranas, con presencia a lo largo de su curso vital. También ha incluido el seguimiento a prácticas que son propuestas desde la disciplina ginecológica como acciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS; uso y control de métodos anticonceptivos; supervisión de embarazos y eventuales abortos; sustitución hormonal durante la menopausia, entre otros (Viveros y Hernández, 2003).

Hay que hacer hincapié en que, para este caso en particular, la medicalización ha traído consigo la tendencia a generar comunidades de consumidores de una vacuna, bajo el propósito de prevenir una ITS y el CaCu. Al fin y al cabo, la medicalización es la creciente y fuerte tendencia de colonizar la vida de las personas, particularmente la vida de mujeres cada vez más jóvenes. Ello tiene lugar mediante el consumo de un biológico para prevenir una ITS que posiblemente las niñas/adolescentes no tienen. La vacuna es preventiva y no terapéutica para tratar una enfermedad crónica como el CaCu. Puede que ellas no sepan qué es ni si se les dará, además en una etapa del curso vital en la cual aún están construyendo su sexualidad, su identidad sexual y su identidad de género.

En su intención de modelar a las mujeres como *objeto* privilegiado del MMH, la vacunación masiva contra el VPH crea una tensión importante entre *proteger* la salud y controlar el cuerpo de las mujeres, al asumir negativamente su sexualidad fuera de la monogamia y las concepciones *marianas* de femineidad⁶⁰. Lo anterior refleja así una disputa entre religiosidad cristiana y las lógicas del mercado.

⁶⁰ Las concepciones *marianas* refieren al personaje religioso de María, como un modelo cultural impulsado para dictar el comportamiento social que deberían asumir las mujeres.

3.2 Vacuna aplicada en adolescentes

“Era la primera vez que introducíamos una vacuna en una población específica de pre-adolescentes⁶¹, además con una connotación particular, que era la de tratar de prevenir un cáncer, pero sabiendo que era una infección que se transmitía por vía sexual, entonces esa connotación generaba, digamos...[silencio]” (Director de Prevención y Promoción, MSPS).

Desde el punto de vista de la salud pública, que la vacuna contra el VPH tuviera como una de sus poblaciones objetivo a las adolescentes, implicaba que fuera un grupo de difícil acceso para los servicios de salud, por la baja frecuencia con que las menores van a las consultas en salud y por las bajas coberturas que se tienen en las prácticas de vacunación para ese grupo en particular. Si se piensa en la salud de un/a adolescente, según una funcionaria del PAI, a lo único a lo acceden en esas edades es a los servicios odontológicos, más que todo a la ortodoncia.

De acuerdo a una funcionaria de la SDS, las adolescentes muestran una mayor preocupación frente al embarazo que respecto a una enfermedad crónica como el CaCu. Sin embargo, hay que tener presente que la mayoría de los programas en salud dirigidos hacia esa población también se enfocan en ese tema, y no a las ITS.

Por otro lado, “no se había tocado [es decir no se había aplicado una vacuna] a las adolescentes masivamente” (Ginecólogo-oncólogo Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, MSPS) además según la Coordinadora de Ginecología Oncológica del INC, el MSPS:

“no tenía ningún tipo de experiencia con una vacunación enfocada hacia este grupo en específico...[además] es un grupo etario al que no se le ponen vacunas” (Coordinadora de Ginecología Oncológica, INC).

⁶¹ El MSPS decide que la población objeto a vacunar serían a niñas desde los 9, según la recomendación que habían dado no sólo las entidades supranacionales, sino también la revisión de las propuestas de vacunación en otros países y hasta los laboratorios farmacéuticos. Esta decisión se toma porque se considera que entre más temprano se vacune a las menores, mayor protección van a tener, es decir, entre menos contacto hayan tenido con el virus, van a tener un mejor reporte inmunológico. Así pues, mientras menos exposición ante el virus existía más efectividad de la vacuna, y a más exposición, la efectividad iba disminuyendo.

Con la política de vacunación contra el VPH, se percibe un *despertar hormonal* en los cuerpos de las adolescentes, además de un *despertar sexual* a un placer que no está reconocido y que es socialmente cuestionado (Salinas y Jarillo, 2013). En esa medida, van a ser comprendidos como cuerpos *hiper-sexualizados*, o como cuerpos que en algún momento van a ser *sexualizados*, a los cuales hay que ponerles una vacuna contra una infección que se transmite sexualmente, como una medida que busca protegerlas de una enfermedad crónica.

Vale la pena resaltar que según los estudios de aceptabilidad de la vacuna, el VPH fue denominado como el *virus de la promiscuidad*, y la vacuna era una forma de dar vía libre a las relaciones sexuales y bajar la guardia frente a las prácticas de auto-cuidado de las/os adolescentes. Es por ello que la vacuna puede ser vista con más énfasis como una forma de control sobre sus cuerpos, su sexualidad y sobre ese *despertar sexual*.

Bajo ésta lógica, la vacuna aplicada a niñas (es decir a cuerpos que son vistos como *no-sexuados* pero que después lo serán al convertirse en adultas) da cuenta por un lado, de que existe una lógica de sexualización de los cuerpos femeninos cada vez más jóvenes, y por otro, que la vacuna como medida preventiva se vuelve una manera de controlar no sólo los cuerpos *no-sexuados*, sino también la sexualidad femenina que además continuamente es pensada como en *riesgo*.

Siguiendo el apartado anterior, vale la pena recordar a Foucault (1977b) cuando afirma que el primer personaje que fue *sexualizado*⁶² y que fue invadido por los dispositivos de control y disciplinamiento fueron, además de las mujeres, la sexualidad de las/os niños y las/os adolescentes:

“la sexualidad de los niños y adolescentes; donde se medicalizó la sexualidad femenina; y donde se alertó sobre la posible patología del sexo, la urgente necesidad de vigilarlo y de inventar una tecnología racional de corrección. Fue allí el primer lugar de la psiquiatrización del sexo. Fue la primera vez que entró en eretismo sexual, provocándose miedos, inventando recetas, apelando al socorro de técnicas científicas, suscitando innumerables discursos para repetírselos a sí misma” (Foucault, 1977b, p. 72).

⁶² Hay que tener presente que ese control y el disciplinamiento, fue más que todo orientado hacia aquellas mujeres consideradas *ociosas*, es decir hacia aquellas mujeres que se oponían a los valores de la familia, y a las asignaciones tanto conyugales como maternas. Las mujeres *ociosas*, eran aquellas que estaban en los límites de lo que se consideraba *mundano*, eran las mujeres valoradas como *nerviosas*, que sufrían de *vapores*, eran mujeres que al y fin y al cabo, eran consideradas como *histéricas* (Foucault, 1977b).

Es así que la medicalización de la sexualidad, que empezó a darse con mayor énfasis desde la niñez y la adolescencia femenina, se inscribe en un proceso más general que consistió en atribuir una naturaleza médica a representaciones, prácticas y problemas que hasta entonces no habían sido abordados en estos términos. Dentro del mismo proceso de la medicalización, se resalta una fuerte carga de estereotipos culturales sobre lo que significa el *ser mujer* para los discursos científicos (Viveros, 2006), y para el MMH, y cómo ella debería ejercer su sexualidad desde un cuerpo cada vez más joven.

3.2.1 Caso de Carmen de Bolívar

El caso de Carmen de Bolívar se convierte en el ejemplo que refleja la manera en que se psico-patologiza cualquier comportamiento que se considere *desviado*⁶³ de las mujeres, especialmente en el caso de las adolescentes, a las cuales iba dirigida la vacunación. No es casualidad que la vacuna esté dirigida para proteger la salud sexual de las mujeres. Y al dar el calificativo de *histeria*, se vuelve un estereotipo que da cuenta que la sexualidad de las mujeres está definida por su *psiquis*.

El director del PAI refiere lo sucedido en dicho municipio de la siguiente manera:

“INS hizo un estudio serio que está disponible para cualquier persona que quiera revisarlo, donde en el municipio de Carmen de Bolívar, dadas las condiciones y características que tenía esta población [...] no había una relación con la vacunación contra VPH, pero sí había una clara asociación del cuadro clínico de las menores con una reacción psicógena en masa que está descrita en la literatura médica internacional, no solamente con ésta sino con otras vacunas” (Director de PAI, MSPS).

La referencia a los síntomas de las menores como un hecho de *enfermedad psicógena masiva o histeria*⁶⁴ colectiva, debe comprenderse desde los prejuicios

⁶³ Poner el calificativo de *histérica*, ha sido una forma de legitimación de las mujeres como aquellas sujetas *desviadas* y *que no se controlan*. Y funciona como una táctica eficaz contra personas que van en contra del orden establecido, que no respetan las normas, que pasan el límite de lo que se considera socio-culturalmente como *normal*; es decir, que no se comportan apropiadamente, en cuanto a lo que se espera según su género.

⁶⁴ Útero viene del latín *histerus*, en griego *hustera*, de donde proviene, a la misma vez, la palabra *histeria*. En tiempos pasados, los problemas de salud de las mujeres estaban asociados a sus ciclos menstruales y a sus órganos reproductivos, puesto que se pensaba que el útero migraba a muchas partes del cuerpo y hacía que las mujeres actuaran *locamente*. Existía entonces una asociación entre la fisiología reproductiva femenina y algunos trastornos psiquiátricos.

en que se piensa lo femenino como patología, en el sentido religioso y de la ciencia médica más tradicional. Ello es relevante, ya que se trata de una representación que es reproducida por los documentos oficiales; en el informe presentado por el INS, entidad encargada de la vigilancia en salud en el país; así como en los medios de comunicación.

El haber referido y nominado este comportamiento como *histeria*, se transforma en un estereotipo recurrente y misógino para hacer alusión a las adolescentes y de las mujeres en general. Además, hace de sustento para la validación de discursos científicos-médicos.

3.2.2 *Histeria* como un calificativo también usado durante el proceso de vacunación

Durante el proceso de vacunación, también se comenzó a dar el calificativo de *histéricas* a las niñas/adolescentes que no quisieran ser vacunadas:

“Se empieza a implementar en los colegios. Vacunar a la población adolescente no es fácil. Ahí está el primer criterio de análisis fuerte, no es lo mismo cuando tú vacunas un niño de 2 meses, de 4 meses, de 6 meses, que cuando ya lo vacunas cuando tiene 5 años, que tiene mucho más poder sobre sus papás, mucho más poder de decisión, y pues imagínate lo que es vacunar a una adolescente, y vacunar a una adolescente con todos sus pares alrededor. Hay eventos masivos bien interesantes, niñas que se desmayan en grupo [...] Hay niñas que definitivamente deciden, ni siquiera es por aprobación de los papás, sino que deciden no dejarse vacunar después de hacer bastantes *shows*, porque hiperventilan, se botan, lloran, gritan” (Funcionaria del PAI distrital).

De ahí que la *histeria colectiva* no sólo le dio nombre a lo ocurrido en Carmen de Bolívar, sino también caracterizó todos los fenómenos sociales considerados *no deseados* y *desviados* presentados con la aplicación de la vacuna contra el VPH.

Hacer *shows*, además, es dar cuenta que la adolescente está teniendo un comportamiento que se considera sin *la capacidad de contención emocional*⁶⁵

⁶⁵ Hay que tener presente que, socioculturalmente, a las mujeres se les ha asignado el poder de los afectos y los cuidados; a los hombres, por su parte el poder racional y aquel económico. Bajo esta distinción, a las mujeres se las ha identificado con el rol maternal, el cual requiere amor incondicional, altruismo y además subraya, la capacidad *de contención emocional* que deben tener las mismas. Es así que a las mujeres les ha correspondido el espacio privado, ser amas de casa, con una disposición sumisa para servir, ser receptivas y expresar sus puntos de vista de una

frente a la implementación de la medida para prevenir una infección de transmisión sexual. Y no sólo, sino que al poner la etiqueta de *histéricas* o *locas*, “porque hiperventilan, se botan, lloran, gritan”, esto puede convertirse en una manera eficiente para que las menores no sean tenidas en cuenta, porque sus síntomas son pensados como no reales.

Al poner énfasis en la *psiquis* y las reacciones psicológicas de las menores, se convierte también en una manera de no prestarles atención, que no tengan voz. Al final, es una manera de anularlas y deslegitimar a quien no entra en juego. Estas etiquetas han tenido siempre un trasfondo denigratorio, en la medida en que no sólo se está desvalorizando a la persona, sino también se desvaloriza e inferioriza *lo femenino*, y al desvalorizarlo pierde credibilidad (Ryan, 1976; citado por Romito, 2007).

Por lo tanto, pierden credibilidad los síntomas de las menores y se le quita el valor al fenómeno social que se presentó. Asimismo, la falta de conocimiento sobre los procesos contextuales, impiden comprender de manera amplia determinados fenómenos sobre la salud y la enfermedad de las menores, donde inciden factores socioculturales, políticos, económicos, psicológicos, etarios, de género, de las concepciones identitarias y subjetivas, significaciones corporales, entre otros. Por otro lado, se enuncian diagnósticos que están más enfocados a patologizar, y que son reproducidos y legitimados por la ciencia médica (Granados, Hernández y Olvera, 2017).

3.2.3 *Histeria* como estereotipo hacia *lo femenino*

La *histeria* no sólo fue un calificativo recurrente para referirse a las menores sino que también se transforma en una forma de *naturalización* que representa las mujeres y las significaciones de lo femenino bajo los parámetros patriarcales.

En efecto, según una funcionaria de la SDS:

“Una de las cosas que también creó controversia es que estamos vacunando sólo a niñas [...] mira países como México, no reporta nada, o E.E.U.U que está haciendo vacunación para hombres. Cuando se empieza a ver el componente psiquiátrico, resulta tan poco específico que no se tiene una manera de confirmarlo [...] y de hecho fue una de las ginecólogas que nos apoyaban quien me decía: el problema con esto es que vacunamos

manera inhibida, controlada y con una agresividad aceptable. Además se les exige tener un comportamiento dócil, comprensivo y generoso para poder así ser capaces de dirigir la vida doméstica, o ser lo que se concibe *una buena esposa y madre* (Tovar, 2006).

mujeres. Los hombres son más despegados de algunas cosas y las mujeres somatizamos más vainas. Cuando yo veo que los hombres y las mujeres se van a vacunar, yo le pongo mucha atención al evento adverso que uno encuentra en el hombre porque efectivamente tuvo un evento adverso, sea de cualquier tipo [...] (Profesional especializado, SDS).

Conforme a la cita, observamos que la *histeria colectiva* no se hubiera presentado si también se hubieran vacunado hombres. La narración además pone en evidencia la falta de atención que se presta a los síntomas de las mujeres al considerar que son enunciaciones provenientes del mundo de las fantasías, de lo no real, mientras que los síntomas de los hombres si son reales, son verídicos.

El hecho de que las mujeres sean *invisibles* dentro de la ciencia médica, en cuanto a la atención, diagnóstico y el tratamiento de sus afecciones; que además sus síntomas sean minimizados o no sean bien diagnosticados, y que sus *quejas* no sean tenidas en cuenta y frecuentemente sean atribuidas a la etiología psicológica o psicosomática, hace que se comience a re-pensar y a re-plantear las bases en las que la ciencia médica *oficial* y el MMH se han instaurado para conocer los problemas de la salud de mujeres. Al no considerar de una manera adecuada los síntomas de las mismas, hace pasar por ciencia lo que no es otra cosa que las reglas de patriarcado aplicadas de una mala manera al cuerpo de las mujeres (Valls-Llobet, 2008).

3.2.4 ¿Qué hay detrás de nombrar lo sucedido en Carmen de Bolívar como un caso de *histeria colectiva*?

El hecho de nombrar a lo ocurrido en Carmen de Bolívar como un caso de *histeria colectiva* o *enfermedad psicógena masiva*, haciendo alusión con ello a la psicología de las mujeres, significa dar una explicación psicológica a un fenómeno social presentado por un proceso de vacunación. Darle una explicación psicológica a este fenómeno más que una explicación política, económica o cultural, es hacer una interpretación de un problema desde una mirada individualista, y es responder al fenómeno social presentado en esos mismos términos. Se simplifica la realidad y es un mecanismo social muy efectivo que neutraliza. Además de convertirse en una forma cómoda para dar una explicación (Romito, 2007).

Así pues, la explicación psicológica se convierte en una táctica de despolitización que tiene como fin último la defensa de las relaciones de poder dominantes y de la conservación del *status quo*. Además da la ilusión de que se está haciendo algo para combatir este problema, sin embargo, encarna una fácil y casi *instintiva*

modalidad de interpretación de un fenómeno, que no cuestiona o pone en discusión asuntos económicos, relaciones de poder, o discute conflictos sociales o políticos. Es proponer una interpretación simplista de un fenómeno social.

El dar una explicación psicológica a un hecho social, interpretándolo de una manera individualista, es también una manera de culpar a la persona de un comportamiento que se considera *no deseado* y *desviado*. Se pone en función un estereotipo recurrente y misógino para atribuir a las menores la responsabilidad de una condición de *enfermedad psicógena masiva* o *histeria colectiva*. Es un proceso que permite no sentirse incómodos a quienes fueron responsables de dar esta explicación y les evita asumir la capacidad de cuestionar el modelo social, económico, político, cultural, o las medidas preventivas empleadas, porque ese comportamiento es atribuido al *otro*, es decir, a la *mujer-adolescente*⁶⁶.

La culpabilización de las víctimas o el llamado *blaming the victim*⁶⁷, ha servido como una estrategia muy efectiva para no prestarle atención y cuestionar aspectos contextuales. Como lo comenta la investigadora en materia en salud pública y salud de las mujeres:

“Una comunidad como la de Carmen de Bolívar, que ha sido súper martirizada por muchas razones⁶⁸, ahora también es victimizada en razón de una política de salud que es una cosa muy cuestionable” (Investigadora en materia en salud pública/Salud de las mujeres).

3.3. Pensar la vacunación como proceso sociocultural e institucional

“Es preciso concebir la vacuna como proceso biológico y la vacunación

⁶⁶ Comportamientos de ese *otro* que no entendemos.

⁶⁷ La idea de *blaming the victim* ha servido para justificar y legitimar la exclusión social, por ejemplo: *la cultura de la pobreza*. En Norteamérica y en muchas partes del mundo, se piensa que las poblaciones afrodescendientes continúan siendo *pobres* por atribuirles circunstancias como la estructura matriarcal de la cultura negra o por sus comportamientos sexuales, más que por hacer visibles condiciones estructurales como el racismo y la opresión que han vivido históricamente. Bajo esta idea, también las mujeres que han sufrido violencia masculina son pensadas como *las culpables* porque son aquellas que provocan los golpes, por ser desobedientes, desordenadas, no saber cocinar bien, o ser aquellas que rechazan el sexo (Romito, 2007).

⁶⁸ Carmen de Bolívar es un municipio ubicado en el norte del país cerca al Mar Caribe. Ha sido una de las zonas afectadas por muchos años por el conflicto armado colombiano, más que todo por el paramilitarismo. Es además un municipio con población afrodescendiente considerable. Esto es importante tenerlo en cuenta, ya que la discriminación racial ha sido uno de los factores para perpetuar la pobreza y la exclusión en Colombia. Asimismo, debido a las diferencias raciales vivencian su corporalidad y sexualidad distintamente.

como proceso social, institucional, cultural, con unas características determinadas” (Investigadora salud pública/Salud de las mujeres).

Más allá de determinar si se trata o no de la verdadera causa biológica de los efectos adversos observados en niñas y adolescentes, no se puede desconocer que la aplicación de la vacuna contra el VPH ha sido la causa social del fenómeno ocurrido en Carmen de Bolívar, así como del desencadenamiento de reacciones negativas tras su implementación. Esto se debe a que la vacunación constituye “un proceso social, institucional, cultural”. Si la aplicación de la vacuna sólo se restringe a una visión de lo biológico, se ignora entonces el conjunto de aspectos sociales relacionados con su uso y consumo, en la medida en que puede ser vista al mismo tiempo como la enfermedad y la cura.

La vacuna también se vincula con las personas que la pensaron, investigaron, produjeron, registraron, comercializaron, publicitaron, vendieron, prescribieron, administraron y consumieron. Además está inserta en una dinámica social en donde las personas entienden, enfrentan e interpretan sus condiciones de vida y de salud. La vacuna no sólo tiene un reconocimiento y un poder simbólico, sino que se produce, se distribuye y se intercambia de manera que responde a un poder económico, a normas y formas mediante las cuales se toman decisiones en los Estados (Orozco, 2012). Un biológico entonces está envuelto en una dinámica sociocultural y se adhiere a un sistema socioeconómico predominante.

En cuanto a cómo son pensados los *supuestos* efectos adversos, no hay que desconocer que han sido motivo de una importante preocupación para la salud pública desde finales de los años cincuenta y comienzos de los sesenta del siglo pasado. Según la OMS, “más del 50% de todos los medicamentos en el mundo se recetan, se dispersan o se venden de forma inadecuada” (Orozco, 2012, p. 26). En la actualidad, no se le da importancia para tratar de identificar y caracterizar los efectos adversos de medicamentos/biológicos que ya han sido introducidos en el mercado. Ello también se observa en el caso de la vacuna contra el VPH, ya que no hay claridad en cuanto a los beneficios biomédicos que produce o a la definición de su utilidad terapéutica, la cual debería ser contrarrestar el CaCu.

En Colombia se ha vuelto sencillo otorgar el registro sanitario a un biológico. Esto crea preocupación ya que con sólo demostrar que un medicamento es *mejor* que otro, se obtiene el registro. Esto también se debe a que el abordaje tradicional que se le ha dado a los *supuestos* efectos adversos originados por los medicamentos/biológicos, se ha basado en un enfoque técnico-administrativo-biomédico. Dicho enfoque ha demostrado ser insuficiente, como en el caso de Carmen de Bolívar, para comprenderlos e intentar dar una solución apropiada.

Habría que tener en cuenta además que existen diferencias en la manera en que actúan y responden los cuerpos de hombres y mujeres a los medicamentos/biológicos, así como a los *supuestos* efectos adversos. Y esas diferencias no son tenidas en cuenta.

Por otro lado, entender los problemas de calidad, eficacia y seguridad, permite dar cuenta de que se trata de una limitante surgida desde el MMH, puesto que sólo lo presenta como un asunto técnico y biomédico, sin ver que detrás de estos se disputan capitales económicos, políticos, sociales y culturales (Orozco, 2012).

3.3.1 ¿La *histeria colectiva* fue la explicación adecuada?

“Yo creo que, en este momento, a nivel del país hay una deuda. Se debe una explicación sobre qué pasó con esos casos, porque me parece que la posición que presentó el gobierno desde el MSPS fue atrevida, dolorosa, ligera al menos, diciendo que correspondía a un caso de *histeria colectiva*, o de *psicosis colectiva*, o de *miedo colectivo*, cualquier cosa colectiva que le quieran poner en nombre de la salud mental es lo mismo, eso no se puede decir así” (Ex-funcionaria UNPFA/DSR).

Como lo anuncia la cita habría que pensar si esa fue la respuesta adecuada ante el problema. Al dar una explicación prejuiciosa y al no darle importancia a los *supuestos* efectos adversos, se demuestra la forma en que la *ciencia* y el *conocimiento científico* se asumen como única verdad y como bases del planteamiento de las políticas en salud. No dar una explicación y una respuesta coherente, significa prestarle más atención a los intereses económicos de la industria farmacéutica y a sus ganancias. Es otorgarle predominio a las necesidades de la industria farmacéutica (comercialización y aplicación masiva) por encima de la salud pública. Es darle mayor relevancia a la viabilidad financiera del negocio farmacéutico que a la tarea de conocer, prevenir y controlar los posibles efectos adversos, presentados en cuerpos de mujeres cada vez más jóvenes y que antes de la aplicación de la vacuna eran cuerpos sanos.

Desde una ciencia construida sobre una base androcéntrica, se deslegitiman las palabras y *las quejas* de las mujeres en cuanto a su salud, especialmente en menores y adolescentes por no ser sujetas con voz y autoridad propia; por no responder a los códigos de un mundo construido por hombres, heterosexuales, blancos, sin discapacidades visibles, de tradición religiosa judeo-cristiana, que responden a la tradición moral y económica burguesa, entre otros aspectos. Se ha aceptado entonces una explicación simplista y prejuiciosa que responde más a los intereses de los corporativos farmacéuticos que a los síntomas de las mujeres.

4. Reflexiones finales

Una de las categorías que emerge a lo largo de la escritura y que atraviesa la tesis es aquella del *riesgo*. Según Navarro (1998) la salud se define de manera breve como todas aquellas actividades que están encaminadas a mejorar la salud de la población. Por lo que, dentro de los parámetros de la misma, las intervenciones no sólo están dirigidas hacia las acciones curativas de las personas que tienen una afección, sino también hacía los eventos probables. Es decir, hacia las personas que aun estando sanas se perciben como más *vulnerables*, o están en *riesgo* de contraer una enfermedad (Navarro, 1998)⁶⁹.

El *riesgo* es una categoría base para la implementación de las medidas preventivas y las acciones de salud pública. En el discurso oficial empleado por el MSPS, la vacuna contra el VPH en Colombia fue adquirida y promovida para prevenir el *riesgo* de contraer una enfermedad crónica como el CaCu. En realidad, ese lema respondía al marketing más que a la promoción de la salud.

Al implementar una medida preventiva para una enfermedad crónica como el CaCu, afección que sólo padecen las mujeres, se originan bio-políticas que se aplican específicamente a los cuerpos femeninos mediante la categoría de *riesgo* y a partir del cálculo de la probabilidad y la anticipación.

Bajo la idea de prevención se emplea un *discurso* médico que busca la regulación de los comportamientos y las prácticas sexuales de las poblaciones. Sin embargo, al ser las mujeres los primeros personajes representados de forma *sexualizada*, se convierten en un cuerpo-*objeto* de intervención dentro del MMH. En esa medida, emergen dispositivos de seguridad, control y disciplinamiento específicamente para las mujeres.

En consecuencia, se justifica que exista una medicalización extrema de los procesos del ciclo vital de las mujeres mediante el *riesgo*, y más aún en el ejercicio de su sexualidad. La medicalización excesiva de la sexualidad femenina también se vincula a una visión psicologizante, que ha provocado que las mujeres sean vistas como *patología* y sus conductas de tipo disonantes se piensen como *enfermedades o anomalías*.

Se regulan entonces sus comportamientos *desviados*, es decir cualquiera que se salga de los parámetros de la *normalidad* o de todas aquellas conductas que no

⁶⁹Navarro, V. (1998). "Concepto actual de la salud pública". En Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., Salud Pública (pp. 49-54). Ciudad de México: Mc Graw-Hill. Disponible en: <https://ifdcsluis-slu.infed.edu.ar/sitio/upload/navarro.pdf>

estén dentro de lo que socioculturalmente se concibe como *ser mujer*. Ejemplo de ello es que su sexualidad no esté unida a la reproducción.

Aunque la vacuna sea una medida preventiva contra el VPH, o el llamado *virus de la promiscuidad*, la medida se lanza para regular e intervenir la sexualidad femenina y no el ejercicio de la sexualidad masculina, aplicando la vacuna a cuerpos sanos y cada vez más jóvenes.

Lo anterior permitiría concluir que la vacunación aplicada sólo a las mujeres constituye un problema que afecta la calidad de vida de la población femenina. Sin embargo, al tener el aval de las entidades supranacionales y al estar concedida dentro de los parámetros de la salud pública, ésta se justifica y ese establece contra todo cuestionamiento por ser una intervención que responde a la categoría del *riesgo*, al MMH y las lógicas mercantiles.

Al implementar una medida bajo el conocimiento estadístico del *riesgo*, no hay una relación con la complejidad existente en el ejercicio de la sexualidad de las mujeres y se tienden a poner en un segundo plano los aspectos cualitativos, socioculturales y psicológicos (Almeida, Castiel y Ayres, 2009). Hay que tener presente que la sexualidad femenina y la sexualidad humana en su complejidad, son una esfera específica pero no está desconectada del comportamiento humano en general, el cual involucra prácticas, relaciones y significados cuyas definiciones varían histórica, cultural y socialmente.

En esa medida, hay que comprender que los contactos sexuales están transitados por relaciones entre actores culturalmente distintos y socialmente desiguales, como situaciones de pobreza y marginación (Salinas y Jarillo, 2013). Estos aspectos deberían ser tenidos en cuenta para la realización e implementación de las políticas en salud sexual (Viveros y Hernández, 2003). En consecuencia, la expansión de una idea de salud que ha estado vinculada al desarrollo del sistema capitalista, no sólo ha modificado las ideas sobre salud y enfermedad, sino también las ideas sobre el placer y de cómo se debería ejercer la sexualidad bajo hábitos *saludables*.

Teniendo en cuenta lo anterior, no sólo existe una mirada biologizante, individualista y unicausal para entender el CaCu, sino también el VPH. Y en esa medida, se requiere poner atención a los aspectos contextuales, donde haya un cambio en las estructuras sociales, políticas y económicas para así poder brindar salud a las mujeres.

Asimismo, el caso de Carmen de Bolívar se convierte en el reflejo y el resumen de todas esas concepciones estereotipadas acerca de las mujeres, ya que cualquier comportamiento que no se entiende, se patologiza. Y no sólo eso, sino que dichas conductas comienzan ser explicadas e intervenidas a través de técnicas y concepciones que provienen del discurso y la racionalidad *científica*.

El discurso *científico* entonces no responde a la *neutralidad* y a lo que se considera como *objetivo*, pues en este caso se empleó para justificar un hecho alejado del propósito de brindar salud y bienestar a las mujeres.

Por otro lado, el PAI fue concebido como un programa *universal y equitativo*, que según los funcionarios del MSPS, no se rige por diferencias de *clase, étnicas o territoriales*. Sin embargo, en la política promovida por el PAI se priorizaron los cuerpos de las mujeres. Y en el caso de Carmen de Bolívar, existe una asociación particular entre clase, etnia y territorio, en la medida en que la explicación dada por los funcionarios oficiales da cuenta de una triple inequidad, que devela condiciones de desigualdad y opresión histórica en ese municipio, a diferencia de otros sectores más ricos y blancos del país. Por lo que la política de vacunación también responde a un proceso de *inmunitas*.

Para las corporaciones farmacéuticas, las políticas preventivas son un nuevo nicho de mercado, lo cual ejerce intervenciones sobre estrategias propuestas por programas como el PAI. Éste se encuentra respaldado por un marco normativo y se considera prioritario para la salud de los niños/as, razón por la que continuamente tiene recursos económicos propios y puede masificar el consumo de las vacunas con dineros estatales. De este modo, la industria farmacéutica utiliza la buena imagen que goza dentro de los parámetros de la salud pública para conducir el proceso de vacunación siguiendo las pautas del mercado

Bajo las lógicas mercantiles, el objetivo dentro de los parámetros de la salud pública y del *riesgo* no es la población en términos políticos, sino con base en una visión técnico-*científica*, puesto que el Estado delega cada vez más los procesos de salud/enfermedad a los individuos.

Además, la implementación de la política de vacunación estuvo caracterizada por no tener una buena campaña de comunicación y no dar mensajes y explicaciones claras a las mujeres. Es así que la decisión de adquirir la vacuna careció de la información suficiente sobre su efectividad, la duración de la protección y la continuidad que debían tener las mujeres en la realización de las pruebas citológicas.

Sin desconocer que la vacuna pudiera tener un efecto real, es imprescindible que se le informe a las mujeres sobre las limitaciones de este biológico. Y aunque la educación es importante, también es fundamental tener presente las necesidades contextuales de la población, definidas por brechas económicas, sociales y políticas. A ello se suma que Colombia no tiene recursos para llevar a cabo procesos educativos, debido a la promoción de políticas para privatizar la salud que responden a directrices internacionales que no conciben los procesos educativos como prioritarios.

En conclusión, la política de vacunación contra el VPH en Colombia es un ejemplo de cómo el Estado obliga a las mujeres a someterse a una tecnología lucrativa con resultados cuestionables, que además produce un aumento en la medicalización de sus procesos vitales, una menor autonomía de las mujeres y la consolidación de una concepción de salud cada vez más biologizada y consumista de una tecnología sanitaria.

5. Referencias bibliográficas:

Abadía, C., Oviedo, D., Alzate, D., Melo, M. y Muñoz, C. (2013). *Acumulación capitalista en salud y resistencias en Colombia*. Buenos Aires: CLACSO. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Almeida, N., Castiel, L. D. Y Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3), 323-344.

Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G. I., Jerónimo, J., Salmerón, J., Ferreccio, C., Lazcano-Ponce, E. Y Herrero, R. (2010). Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Revista Salud Pública de México*, 52 (6), 544-559.

Ayres, J. R. (2002). Conceptos y prácticas en Salud Pública: Algunas reflexiones. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(2), 67-82.

Betancourt, F. (2017). *Bareback, prácticas sexuales de resistencia entre hombres. Aportes desde la genealogía a la prevención del VIH*. Tesis de Maestría en Investigación Social Interdisciplinar. Universidad Francisco José de Caldas. Bogotá, Colombia.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 3 (1),13-27.

Castro, R. y Bronfman, M. (1993). Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una Discusión. *Cadernos de Saude Publica*. 9(3), 375-394.

Castro, E.. (2007). Biopolítica y gubernamentalidad. *Temas & Matizes*. 11 (1). Consultado el 14 de noviembre de 2014. Disponible en: www.unioeste.br/saber

Cortés, C. M., (2007). *Programas para el control del cáncer de cuello uterino. análisis sociopolítico 1975-1995*. Tesis de Tesis de Maestría en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia.

Dumit, J. (2012). Introduction. *Drugs For Life. How Pharmaceutical Companies Define Our Life* (pp. 1-25). London: Duke University Press.

Esteban, M. L. (2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*. 2(1), 9-20.

Espinoza, E. (2014). En el camino hacia un nuevo modelo de desarrollo, estado y sociedad. *Revista Salud y Problema*. 8(16): 10-26.

Esposito, R. (2005). *Immunitas: protección y negación de la vida*. Primera edición. Buenos Aires: Amorrortu. Serie Mutaciones.

Estrada, J. H. (2009). La articulación de las categorías de género y salud: un desafío inaplazable. *Revista Gerencia y Políticas en Salud*. 8 (17),106-122.

Fica, A. (2014). Prevención del cáncer cérvico-uterino en Chile. mucha vacuna y poco Papanicolaou. *Revista Chilena Infecol*, 31(2),196-203.

Foucault, M. (1976). *Defender la sociedad*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1977a). Historia de la medicalización. Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.

Foucault, M. (1977b). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (2013). La inquietud por la verdad: Escritos sobre la sexualidad y el sujeto. *Tecnología política de los individuos*. (pp.240- 256). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

García, M. del M, Jiménez, M. L., Y Martínez, E. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación de la salud*. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Serie monográfica.

García, F. M. (2015). *Análisis biopolítico de la morbimortalidad materna en los servicios de salud*. Informe Académico por servicio social. Facultad de Filosofía y Letras Universidad Nacional Autónoma de México.

Gérvas, J. (2008). La vacuna contra el virus del papiloma humano desde el punto de vista de la atención primaria en España. *Revista brasilera de epidemiología*. 11(3), 555-525.

Granados J. A., Hernández P. A., Olvera, O. A. (2017). Performatividad del género, medicalización y salud en mujeres transexuales en Ciudad de México. *Salud Colectiva*. 13(4), 633-646.

Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.

Herrera, C. (2009). *Invisible al ojo clínico. Violencia de pareja y políticas de salud en México*. México: FLACSO, UNAM IIS, Instituto Nacional de Salud Pública.

Huertas, J., Rivillas, J. y Ospina, M. (2015). Progreso en el logro de los objetivos

de desarrollo del milenio: la mortalidad por cáncer de cérvix desciende en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 33(2), 286-290.

Instituto Nacional de Salud. (2015). Brote de evento de etiología desconocida en el municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, 2014. *Informe de investigación de brote*. Informe ejecutivo. Proceso de Vigilancia y Control en Salud Pública.

Iriart, C. y Merhy, E. E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface*. 21 (63) 1005-1016.

Laurell, A. C. (2009). La vacuna contra VPH: El conflicto de interés. *Salud Colectiva*. 5(1), 127-128.

Laurell, A. C. (2014). La vacuna VPH, tercera llamada. *La Jornada*. Consultado el 12 de noviembre de 2014. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2014/08/20/opinion/a03a1cie>

López, S., Chapela, C., Hernández, G., Cerda, A. Y Outón M. (2011). Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX. Contreras M.E. y Chapela C. (coordinadores) *La salud en México. Pensar el futuro de México*. (pp. 51-90). Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

López, S., López, O., Puentes, E. (2011). Conceptos de Salud Pública. *Observatorio de la salud pública en México, 2010*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.

Magalhães, M. L. y Mercado, F. J. (2007). *Investigación cualitativa en los servicios de salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial. Colección Salud Colectiva.

Mbembe, A. (2011). *Necropolítica: seguido de Sobre el gobierno privado indirecto*. Madrid: Melusina.

Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible de la investigación. Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) *Las estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Menéndez, E. (1985). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médico Sociales*. Consultado el 23 de octubre de 2015. Disponible en: gba.gov.ar

Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Mundial de la Salud Y Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Cruzada Interminable por la niñez de colombiana. Historia del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en Colombia 1979-2009*. Alberto Mayor Mora (et al.). Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología. (2012). *Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia. 2012-2020*. Bogotá Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Circular Conjunta Externa. Introducción de la Vacuna contra el Virus de Papiloma Humano-VPH, en el Esquema Nacional de Vacunación*. Consultado el 15 de noviembre de 2014. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Circular%20Conjunta%20Externa%200041%20de%202012.pdf>

Molina, G., Muñoz, I. F. y Ramírez, A. (2011). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Medellín: La carrera editores.

Morell, M. E., Martínez G., C. y Quintana, J.L. (2009). Disease Mongering, el lucrativo negocio de la promoción de las enfermedades. *Revista de Pediatría en atención primaria*. 11, 491-512.

OMS. (2009). Vacunas contra el virus del papiloma humano. *Documento de posición de la OMS*. 15 (84), 117–132. Consultado el 15 de julio de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/wer>

Orozco, J. G. (2012). De la farmacovigilancia al monitoreo crítico de los medicamentos. El proceso de registro de los medicamentos en Colombia, 2006. Tesis Doctorado en Salud Pública. Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Phillips, G. y Green, J. (2015). Working for the public health: politics, localism and epistemologies of practice. *Sociology of Health & Illness*. 37 (4), 491-505.

Piñeros, M., Cortés, C., Trujillo L. M., Y Wiesner, C. (2009). Conocimientos, aceptabilidad y actitudes sobre la vacuna contra el VPH en médicos generales, ginecólogos y pediatras en Colombia. *Revista Colombia de Cancerología*. 13(9), 88–98.

Préteceille, E. (1977). Necesidades sociales y socialización del consumo. *Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual*. Terrail JP, et al. México: Ed. Grijalbo.

Red de Género y Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (2014). Campaña no a la vacuna VPH. Vacunación contra el Virus Papiloma Humano en el Programa Nacional de Inmunizaciones ¿prevención o perpetuación de inequidades?. ALAMES. Chile.

Rhodes M. (2012). The HPV Vaccine: risks vs rewards. *Women's Health*. Consultado el 12 agosto de 2015. Disponible en: <http://www.women->

shealthmag.com/health/hpv-vaccine-facts.

Romito, P. (2007). *Un silencio ensordecedor. La violencia ocultada contra las mujeres y los niños*. España: Ediciones de Intervención Cultural,.

Salinas, A. y Jarillo, E. (2013). La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los pasantes de medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 733-742.

Sarojini N.B., Sandhaya Srinivasan, Madhavi Y., Srinivasan S., Anjali Shenoi. (2010). The HPV Vaccine: Science, Ethics and Regulation. *Economic & Political Weekly*. 45 (48), 27-34.

Sarojini N., Anjali Shenoi, Srinivasan S. y Amar Jesani. (2011). Undeniable Violations and Unidentifiable Violators. *Economic & Political Weekly*. 46(24), 17-19.

Schillagi, C. (2011). Problemas públicos, casos resonantes y escándalos. *Polis* [En línea]. Consultado el 07 febrero de 2018. Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/2277>

Tealdi, J. C. (2015). Problemas bioéticos en la investigación de nuevas vacunas: ¿Obedecen a razones de salud pública? *Salud Colectiva*, 11(1), 87-97.

Tomljenovic L. y Shaw C.A. (2012). Who profits from un- critical acceptance of biased estimates of vaccine efficacy and safety? *American Journal of Public Health*. 102(9), 13-14.

Tomljenovic I. y Shaw C. A. (2013). Human papilloma- virus (HPV) vaccine policy and evidence-based medicine: are they at odds? *Annals Medicine*. 45(2), 182-193.

Tovar, P. (2006). De historias, histerias e hysterectomías: la construcción de los discursos médicos y los imaginarios sobre la reproducción femenina. *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*. Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos. Centro de Estudios Sociales. Universidad Nacional de Colombia.

Ugalde, A. y Homedes, N. (2007). América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud Colectiva* 3(1), 33-48.

Ugalde, A. y Homedes, N. (2008). La transformación de las estructuras globales de poder y su impacto en la salud. *Palimpsestvs* (6), 15-24.

Ugalde, A. y Homedes, N. (2009). Medicamentos para lucrar. La transformación de la industria farmacéutica. *Salud Colectiva*. 5 (3), 305-322.

Ugalde, A. y Homedes, N. (2015). El impacto de los investigadores fieles a la

industria farmacéutica en la ética y la calidad de los ensayos clínicos realizados en Latinoamérica. *Salud Colectiva*. 11(1), 67-86.

Valencia, M. (2013). *La otra cara del cáncer cervicouterino. Un análisis desde la descripción articulada*. Tesis de Doctorado en Salud Pública. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia.

Valls-Llobet, C. (2008). La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. Texto presentado para el Congreso Innovar para la igualdad. Instituto Vasco de la Mujer.

van Dijk, T. A. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos* 186, septiembre-octubre, 23-36.

Vasilachis, I. (2006). La investigación cualitativa. Vasilachis de Gialdino, Irene (Coord.) *Las estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Viveros, M. y Hernández, F. (2003). De las desigualdades sociales a las diferencias culturales. Género, “raza” y etnicidad en la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. *Evaluación Cualitativa de Programas de SSR en poblaciones jóvenes de Bogotá (una lectura de género, clase, color de piel y orientación sexual)*. Fundación Ford. División de Investigaciones de la Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia.

Viveros, M. (2006). *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.

Wiesner, C., Piñeros, M., Trujillo, L. M., Cortés, C. y Ardila, J. (2010). Aceptabilidad de la vacuna contra el Virus Papiloma Humano en padres de adolescentes, en Colombia. *Revista de Salud Pública*. 12(6), 961–973.

Yepes, F. J. y Sánchez, L. H. (2000). La reforma del sector de la salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada?. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 8 (1-2), 34-35.

Fuentes electrónicas:

Consultado el 27 de enero de 2018: <https://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-and-men-s.htm>

Consultado el 23 de marzo de 2015: <http://es.sott.net/article/33736-La-Fundacion-de-Bill-Gates-es-investigada-en-India-por-la-prueba-fraudulenta-de-la-vacuna-del-papiloma>

Consultado el 23 de mayo de 2016:
<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201626%20DEL%2030%20DE%20ABRIL%20DE%202013.pdf>

Consultado el 17 de septiembre de 2017: <https://ifdcsanluis-slu.infod.edu.ar/sitio/upload/navarro.pdf>