

Género y vacunación contra el VPH en Colombia: cuando la política pública hace daño

Gender and HPV vaccination in Colombia: when public policy hurts

Adolfo Baltar-Moreno

 <https://orcid.org/0000-0002-1084-5045>

Universidad Tecnológica de Bolívar, Colombia
abaltar@utb.edu.co

Cielo Patricia Puello-Sarabia

 <https://orcid.org/0000-0003-4889-0498>

Universidad Tecnológica de Bolívar, Colombia
cpuellos@utb.edu.co

Recibido: 13-02-2022
Aceptado: 17-03-2022



Resumen

Desde el año 2014, centenares de niñas y mujeres adolescentes de un municipio rural de Colombia desarrollaron una enfermedad de etiología desconocida que atribuyeron a una campaña de vacunación escolar contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). Las autoridades sanitarias, tras descartar una relación de causalidad entre la vacuna y los síntomas, trataron el caso como una sugestión colectiva, pero esta respuesta fue rechazada por las afectadas y sus familiares. El caso saltó a los medios de comunicación, se desencadenó una controversia médica y legal, y la cobertura de vacunación con este fármaco descendió drásticamente en todo el país. Este artículo presenta los resultados parciales de una investigación narrativa producida a partir de una etnografía audiovisual llevada a cabo sobre terreno con la comunidad afectada entre 2015 y 2021. Los datos recogidos han sido objeto de un análisis cualitativo-inductivo basado en el procedimiento de la teoría fundamentada. Se concluye que estamos ante un problema de salud pública singular vinculado a la aplicación de una vacuna que evidencia cómo una intervención de salud pública dirigida a las mujeres se convirtió, paradójicamente, en un ejemplo de violencia institucional y de género.

Palabras clave: vacuna contra el VPH, género y salud, comunicación en salud, salud pública, violencia institucional.

Abstract

Since 2014, hundreds of adolescent girls and young women in a rural municipality in Colombia have developed a disease of unknown etiology that they attribute to a school vaccination campaign against the Human Papilloma Virus (HPV). The health authorities, after ruling out a causal relationship between the vaccine and the symptoms, treated the case as a collective suggestion, but this response was rejected by those affected and their families. The case jumped to the media, triggered a medical and legal controversy, and vaccination coverage with this drug fell drastically throughout the country. This article presents the partial results of a narrative research produced from an audiovisual ethnography carried out on the ground with the affected community between 2015 and 2021. The data collected has been the subject of a qualitative-inductive analysis based on the procedure of the Grounded Theory. It is concluded that we are facing a unique public health problem linked to the application of a vaccine that shows how a public health intervention directed at women became, paradoxically, an example of institutional and gender violence.

Keywords: HPV vaccine, gender and health, health communication, public health, institutional violence.

Sumario

1. Introducción | 1.1. La vacunación contra el VPH en Colombia | 1.2. El Carmen de Bolívar y la respuesta estatal | 1.3. ¿Cómo se ha explicado el problema de salud? | 2. Metodología | 2.1. Criterio de selección de los actores y trabajo de campo | 2.2. Tipo de análisis y categorías de observación | 3. Resultados | 3.1. Asociación vacuna/síntomas | 3.2. Síntomas de las afectadas | 3.3. Obligatoriedad de la vacunación | 3.4. Respuesta de las autoridades | 3.5. Impacto del fenómeno sobre la comunidad | 4. Discusión | 5. Conclusiones | Referencias bibliográficas.

Cómo citar este artículo

Baltar-Moreno, A. y Puello-Sarabia, C.P. (2022): "Género y vacunación contra el VPH en Colombia: Cuando la política pública hace daño", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 10 (1): 58-73. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.545>

1. Introducción

Si bien el Virus del Papiloma Humano puede transmitirse por contacto sexual tanto a hombres como a mujeres, los principales mecanismos para su prevención, diagnóstico y tratamiento —recomendados por organismos multilaterales como la Organización Mundial para la Salud (OMS) y asumidos por distintos estados nacionales— están enfocados en la intervención de los cuerpos femeninos. Son las mujeres quienes se realizan cribados periódicos para detectar el virus, aparecen como población diana (especialmente, en la niñez y la adolescencia) de los programas de inmunización implementados por los gobiernos de algunos países, como es el caso de Colombia, y asumen con más frecuencia los tratamientos clínicos (medicación o cauterizaciones). Entonces, abordar críticamente una reflexión sobre el VPH requiere considerar el debate de género.

En principio, se puede esperar que los procesos de prevención y tratamiento del VPH se asocien fundamentalmente a los cuerpos femeninos, dado que existe una correlación entre la infección por cepas de alto riesgo oncogénico y el desarrollo de cáncer cérvico uterino (CaCu) (Walboomers *et al.*, 1999). Este es, además, el segundo tipo de cáncer más común entre mujeres a nivel mundial y el 87% de las muertes que ocasiona se dan en los llamados países en vías de desarrollo (Fernández, 2017). Ahora bien, una infección persistente por VPH también puede ocasionar cáncer de pene, anal u orofaríngeo en hombres; sin embargo, se pone el lente sobre las mujeres porque se considera a la mucosa del cérvix más susceptible a la infección por el virus.

En un contexto como el colombiano, comprender las causas y consecuencias de esta ‘engenerización’ (Pulgarín-Suárez, 2020) requiere atender a aspectos sociales, económicos y culturales. Entre ellos, la pervivencia de roles de género altamente diferenciados e inequitativos y de imaginarios sociales sexistas sobre la sexualidad; las tensiones centro/periferia, evidenciadas en la desigualdad entre zonas urbanas y rurales; la precarización del sistema de salud e, incluso, la incidencia de organismos multilaterales —como la OMS— en la agenda sanitaria estatal. Esto configura un conjunto de factores socioculturales que influyen tanto en la forma en que la infección por VPH se transmite y propaga (Fernández, 2017), como en las políticas públicas de salud asumidas para controlarla.

Este artículo procura analizar el problema de salud pública desencadenado tras una campaña de vacunación escolar contra el VPH, adelantada entre 2013 y 2014 en el municipio rural El Carmen de Bolívar, en Colombia. El caso ha sido señalado como causante del drástico descenso que ha experimentado la cobertura de esta vacuna en el país (Benavides y Salazar, 2017). A partir de un trabajo de campo realizado entre 2015 y 2021, se aborda este fenómeno desde la mirada de la comunidad afectada, evidenciando cómo está atravesado por variables de género y clase, tanto en la implementación del plan de vacunación como en la respuesta dada por el Estado a los efectos adversos experimentados por centenares de mujeres jóvenes en el municipio.

1.1. La vacunación contra el VPH en Colombia

La vacuna contra el VPH fue incluida en el Plan Ampliado de Inmunización (PAI) colombiano por medio de la ley 1626 del 30 de abril de 2013, siendo la primera vez que una vacuna ingresó al PAI respaldado por una ley. Vale señalar que, aunque en el debate de la ley no se hizo una alusión explícita a la OMS, la medida coincidía con las recomendaciones de este organismo sobre la necesidad de incluir obligatoriamente la vacuna en los planes de inmunización de los países en vías de desarrollo (Pulgarín-Suárez, 2020).

Si bien desde 2006 el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) había autorizado la comercialización del fármaco en el país, hasta 2012 el acceso fue posible solamente para quienes podían costearlo. Fue en ese año que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) lanzó la campaña “Que vivan las mujeres, que viva yo”, para promover la vacunación contra el VPH y empezó a inmunizar a niñas y adolescentes entre los 9 y los 17 años (Pulgarín-Suárez, 2020). El Estado colombiano invirtió una suma cercana a los 26 millones de dólares para garantizar esta vacunación.

De acuerdo con Pulgarín-Suárez (2020), aunque la defensa del programa de vacunación se enmarcó en la protección de los derechos de la niñez en general, en la práctica se intervendría de forma exclusiva a niñas y mujeres adolescentes. Además, en los debates sobre la ley se señaló la necesidad de priorizar a las mujeres que habitan las zonas rurales del país, especialmente, las más alejadas de los centros económicos.

Esto porque, de acuerdo con el Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020, estaban en mayor riesgo de morbilidad y mortalidad a causa del CaCu. Así, entender el programa de vacunación contra el VPH en Colombia implica atender a una interseccionalidad entre género y clase. En primer lugar, porque al tratarse de un virus de transmisión sexual, se asume que vacunar a las mujeres permitirá la inmunidad de rebaño, entendiendo a los cuerpos femeninos como 'intervenibles' y a los masculinos como beneficiarios de esta intervención (siempre que sean heterosexuales). En segundo lugar, porque se prioriza vacunar a niñas y adolescentes escolarizadas que residen en zonas rurales históricamente abandonadas por el Estado y que, por tanto, tienen menos garantías para acceder a los mínimos vitales, incluyendo un sistema de salud que les garantice la vida.

1.2. El Carmen de Bolívar y la respuesta estatal

La campaña estatal de inmunización realizada en El Carmen de Bolívar entre 2013 y 2014 se llevó a cabo con la vacuna tetravalente Gardasil (producida por los laboratorios Merck, Sharp & Dhome), cubriendo —tal como señala la ley— a niñas y adolescentes escolarizadas. Un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2014) ayuda a contextualizar el territorio: el municipio tenía una población de 73.457 habitantes, distribuidos en 49 barrios en su área urbana, 19 corregimientos y 156 veredas en su área rural. El 86,7% estaba en situación de pobreza y el 93,5% declaraba tener al menos una necesidad básica insatisfecha. En aquel entonces, El Carmen contaba con un hospital de complejidad media, una entidad promotora de salud (EPS), dos centros de salud en el casco urbano y 17 puestos de salud en la zona rural que, en su mayoría, no cumplían con las condiciones mínimas para prestar atención médica adecuada.

A finales de mayo de 2014, quince niñas ingresaron en las urgencias del hospital local con un cuadro de síntomas similares: cefaleas, dificultad respiratoria, hiperventilación, parestesias en miembros superiores e inferiores y desmayos. Todas habían recibido la segunda dosis de Gardasil. Después de ser dadas de alta, ocho de ellas recayeron y fueron derivadas a centros de salud en otras ciudades. En el mes de junio los casos fueron aumentando e hicieron colapsar la unidad de urgencias del hospital; a finales de agosto, superados los 200 casos, el fenómeno saltó de los medios de comunicación locales y regionales a los nacionales. El presidente de la República, Juan Manuel Santos, tuvo entonces que pronunciarse para reafirmar la seguridad de la vacuna, explicando que se estaba probablemente frente a un estado de sugestión colectiva agravado por el tratamiento que algunos medios daban al tema, a su juicio amarillista y sensacionalista. No obstante, ordenó un acompañamiento oficial a las afectadas, por lo que el Instituto Nacional de Salud (INS) inició una investigación epidemiológica sobre terreno para determinar el origen del fenómeno.

El informe del INS fue presentado en enero de 2015. En él se descartaba una relación de causalidad entre la aplicación de la vacuna y los síntomas —calificados como 'bizarros'— de las 629 niñas estudiadas. Pero no se encontró una causa concreta que pudiera explicarlos y se consideró el caso como un brote de etiología desconocida, proponiendo como hipótesis más probable la existencia de una 'enfermedad psicógena masiva'. Entre sus posibles causas se sugerían, además de factores de riesgo ambiental, algunas características sociológicas de la población, de forma específica "situaciones de orden social y económico que pueden afectar la dinámica poblacional entre las cuales se destacan: víctimas de violencia, desplazamiento, gran porcentaje de familias SISBEN (Beneficiarios para Programas Sociales), bajos ingresos familiares, informalidad laboral y trabajo infantil" (Instituto Nacional de Salud, 2015, p. 37).

Esta conclusión generó malestar entre las familias afectadas, pues se entendió como un diagnóstico de histeria colectiva que negaba cualquier tipo de relación biológica con la vacuna y responsabilizaba a las menores y a las particularidades de su contexto de los síntomas. Además, estas familias señalan que, precisamente a partir de la asunción de esta hipótesis, el trato dispensado en muchas ocasiones por parte del personal de salud a las afectadas fue irrespetuoso y poco sensible con su situación de enfermedad. Un hecho que fue reconocido posteriormente por el propio ministro de salud (Gaviria, 2016).

1.3. ¿Cómo se ha explicado el problema de salud?

El informe del INS es el principal referente de la postura predominante de la literatura médica, que explica el fenómeno como una reacción psicógena masiva asociada a la cobertura de los medios de comunicación

y a la influencia de las redes sociales (Biggaard y Franceschi, 2020; Hviid *et al.*, 2020; Shapiro *et al.*, 2017; Simas *et al.*, 2019; Vorsters *et al.*, 2020). Esta hipótesis es también asumida por la OMS en los informes que hace sobre la seguridad de la vacuna (World Health Organisation-WHO, 2016, 2019).

Paralelamente, han surgido trabajos que no descartan que pudiese haber alguna posible reacción adversa de carácter biológico (Anaya, 2014; Chandler, 2017; Gamboa, 2019; Téllez-Pedroza, 2018). Algunos cuestionan la respuesta de las autoridades sanitarias por no considerar las características de la comunidad (Henríquez-Mendoza, 2020; Vélez-Fernández, 2015). Y otros estiman que la mirada excesivamente positivista de la medicina convencional no ha servido para ofrecer una respuesta de salud satisfactoria a las afectadas (Idrovo *et al.*, 2019; Maldonado Castañeda, 2015; Mezza, 2019; Mezza y Blume, 2021; Pulgarín Suárez, 2020; Téllez-Pedroza, 2018).

Ante la persistencia del fenómeno, y a demanda de las familias de las afectadas, las autoridades regionales encargaron a la Universidad de Cartagena una nueva investigación sobre terreno en 2017. Los nuevos resultados de este estudio, realizado por un equipo de toxicología, fueron socializados a la comunidad en un acto público en mayo de 2018.

En esa socialización el director del estudio afirmó que, tras revisar a 283 afectadas, no se podía establecer una relación causa-efecto entre la vacuna y los síntomas, pero que el proceso de vacunación había desarrollado una serie de manifestaciones clínicas que aún perduraban tres años después (Olivero, 2018). Para este investigador, debido a una enfermedad médica existía un cuadro clínico que debía ser atendido con urgencia. Entre los hallazgos citó una dolencia común en el 91% de las examinadas: dolor torácico, problemas respiratorios y trastornos depresivos generalizados. Asimismo, describió por primera vez uno de los síntomas más particulares del fenómeno, las llamadas crisis 'de las niñas':

Un desmayo repentino seguido de convulsiones tónico-clónicas con contracciones severas de las extremidades, ojos hacia atrás, y en algunos casos conductas en las cuales intentan infligirse daño. Este estado puede durar entre 5 a 25 minutos, entrando luego en una fase de relajación con letargo por 10 minutos adicionales, tiempo después del cual recobran la normalidad relativa (Olivero, 2018).

En su momento, la gobernación no entregó los resultados de este informe a las familias, aduciendo reservas legales. Entonces, estas familias interpusieron una acción de tutela que, finalmente, obligó a la autoridad regional a entregarlos. El estudio no se ha publicado hasta la fecha, y no ha vuelto a realizarse ninguna otra investigación oficial sobre el caso.

A partir de este contexto, el presente trabajo ha tenido como objetivo principal explorar el problema de salud ligado a la aplicación de la vacuna contra el VPH en El Carmen de Bolívar (Colombia) desde la perspectiva de la comunidad afectada, observando su evolución a lo largo de un periodo de tiempo determinado (2015-2021).

2. Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación narrativa basada en una etnografía audiovisual realizada sobre el territorio con las afectadas y sus familiares, combinándose diversas técnicas cualitativas de recogida de información: la observación participante, los grupos focales, las entrevistas en profundidad con los actores y el análisis documental. La elección de este método investigativo, que parte de una perspectiva cualitativa interpretativa basada en los relatos y vivencias que producen los sujetos (Silva-Batatina, 2017), reside en su capacidad para generar conocimientos a partir de la comprensión de la experiencia humana (Blanco, 2011). Su combinación con el uso de la cámara se fundamenta en los postulados de Martínez-Pérez (2008), quien justifica su aplicación cuando las 'técnicas tradicionales' resultan claramente insuficientes para comprender determinadas manifestaciones sociales, debido a su poder catalizador de producción de sentidos.

Los datos recogidos durante el trabajo etnográfico se han triangulado con una revisión narrativa de la literatura científica publicada sobre el caso, y con un análisis de contenido de diversos artículos de prensa y notas audiovisuales disponibles en YouTube.

2.1. Criterio de selección de los actores y trabajo de campo

El grupo de informantes clave se ha seleccionado de forma intencional entre el conjunto de afectadas y sus familiares, a partir de una selección que ha combinado el muestreo teórico, el de oportunidad o emergente y el de bola de nieve. El tamaño final de la muestra ha estado determinado por el desarrollo y saturación de las categorías identificadas. A lo largo del trabajo de campo se pudo establecer contacto estrecho con múltiples afectadas del municipio por el problema de salud y sus familiares más allegadas (básicamente madres). A ellas se les añadieron otros actores, tales como docentes, periodistas, investigadores que estuvieron en el territorio (médicos/as, antropólogos/as, expertos en salud pública o comunicación en salud) o representantes institucionales.

El interés de realizar el proyecto de investigación ha coincidido con un firme deseo del sujeto-objeto investigado (las afectadas y sus familiares) de mostrar su estado de sufrimiento y su percepción de vulneración de sus derechos. Este deseo facilitó la entrada en campo y el acceso de la cámara a los espacios cotidianos de las afectadas. Como defiende Martínez-Pérez (2008): "nadie mejor que los sujetos puede definir cuanto les ocurre" (p. 12). La observación audiovisual pasaba así a convertirse en conocimiento producido junto con la comunidad, asumiendo lo que algunos autores denominan un uso participativo de la cámara (García, 2011). La información final empleada en este artículo se ha recogido a partir de una selección de 25 entrevistas distribuidas tal como muestra la Tabla 1:

Tabla 1. Muestra de informantes de la investigación

Tipo de informantes	Número de entrevistas
Madres, padres, afectadas, y otras familiares de las afectadas	8 madres, 4 padres, 1 afectada
Docentes	4 profesoras, 2 profesores, 1 director de instituto
Representantes institucionales	1 Defensora del Pueblo, 1 Secretario de Salud local
Otros actores	2 periodistas, 1 experto en Comunicación en Salud

Fuente: Elaboración propia.

El equipo investigador entró en campo en febrero de 2015, cuando el INS socializaba los resultados de su investigación ante la comunidad en un polideportivo en El Carmen. La primera fase de recogida de información culminó en agosto de 2016, cuando se consideró alcanzada la saturación de la información. El cierre fue en ese mismo polideportivo, con el encuentro realizado entre la comunidad y el ministro de salud. Se recogió información durante periodos vacacionales y fines de semana disponibles del equipo investigador. Posteriormente, se visitó El Carmen en marzo de 2019 para conocer la evolución del fenómeno, y también se llevaron a cabo algunas entrevistas virtuales durante el confinamiento domiciliario establecido por la pandemia de la COVID-19 del año 2020. Una última visita al territorio realizada sin cámaras en junio de 2021 sirvió para actualizar el estado del fenómeno. Las entrevistas y los registros audiovisuales se hicieron empleando el consentimiento informado y aclarando las dudas sobre el uso final del material.

2.2. Tipo de análisis y categorías de observación

El trabajo de campo se organizó a partir de unas categorías de observación predefinidas por el equipo investigador; durante el trabajo de campo emergieron unas nuevas. Cada categoría se fue muestreando hasta alcanzar su saturación. Mediante el procedimiento inductivo-deductivo se ha analizado e interpretado la información, combinando dos lógicas de análisis, una individual y una transversal (Comejo *et al.*, 2008). El análisis de los datos se ha organizado en las categorías siguiendo los procedimientos metodológicos de la teoría fundamentada a partir del método comparativo constante, dando lugar a un relato narrativo elaborado desde los discursos producidos por los sujetos informantes. La Tabla 2 muestra estas categorías centrales y su definición:

Tabla 2. Categorías de observación

Categorías	Definición
I. Asociación vacuna/síntomas	Justificación de la relación entre la vacuna y los síntomas de las afectadas establecida desde la perspectiva de los sujetos informantes y su relación con la hipótesis de la sugestión colectiva.
II. Síntomas de las afectadas	Percepciones acerca de la sintomatología física y psicológica asociada por las afectadas y sus familiares a la aplicación de la vacuna contra el VPH.
III. Obligatoriedad de la vacunación	Percepción sobre la forma de administrar la vacuna en las jornadas de vacunación escolar en el municipio en el año 2014 a partir de la versión de las autoridades sanitarias y su contraste con las afirmaciones de las afectadas y sus familiares.
IV. Respuesta de las autoridades sanitarias	Percepción sobre el tratamiento del problema de salud ofrecido por las autoridades sanitarias a las afectadas desde que se inicia el fenómeno y a lo largo de su desarrollo.
V. Impacto del fenómeno sobre la comunidad	Relato de los principales efectos (de salud, sociales y económicos) que el fenómeno ha producido en la vida de las protagonistas y su entorno familiar, educativo y social.

Fuente: Elaboración propia.

3. Resultados

3.1. Asociación vacuna/síntomas

La primera asociación entre la vacuna y los síntomas de las afectadas la realizaron sus familiares y no las autoridades, tras descartar otras hipótesis iniciales tales como intoxicación alimentaria, contaminación medioambiental o consumo de drogas.

El estudio de brote del INS (2015) explicó el fenómeno como una probable sugestión colectiva originada por el miedo a la vacunación. Para uno de los expertos en comunicación en salud que asesoró al MSPS, la desinformación previa de la comunidad sobre el proceso de vacunación jugó un papel decisivo, seguida por el clima de inquietud que supuso un manejo inadecuado de la percepción de riesgo, y la dinámica de trabajo de los medios de comunicación masivos. Para él, las capacidades comunicacionales de los profesionales en salud no fueron las adecuadas, e incrementaron la incertidumbre.

El gobierno sí admite que el caso tiene que ver con la vacuna, pero no por una relación biológica sino psicológica, debido a unos elementos contextuales. Pero es un problema de salud evidentemente, y las niñas tienen un problema de salud. El Estado tiene una responsabilidad sobre el problema frente al seguimiento al fenómeno (Experto en Comunicación en Salud, enero 2015).

Posteriormente, el estudio toxicológico adelantado por la Universidad de Cartagena afirmará tres años más tarde que la aplicación de la vacuna desencadenó el fenómeno (Olivero, 2018) pero que con la evidencia disponible no se podía establecer de qué manera influyó en el problema de salud, si solo psicológicamente o también biológicamente. Desde esta óptica, una consecuencia directa de esta asociación entre la vacuna y la enfermedad fue el rechazo generalizado en el municipio a la continuación del esquema de vacunación.

3.2. Síntomas de las afectadas

En el informe del INS se califica a los síntomas de la enfermedad como 'bizarros', y en el de la Universidad de Cartagena se identificó, además de un cuadro generalizado de depresión por enfermedad médica en la mayoría de las examinadas, unas dolencias físicas comunes: dolor torácico en el 91% y dificultad para respirar en el 41%. También se destaca a las 'crisis' como un síntoma singular del problema de salud.

A lo largo del trabajo de campo este equipo investigador evidenció que estas "crisis" hacen parte de la cotidianidad de la enfermedad, manifestándose en diversos espacios y momentos: el hogar familiar, la

institución educativa, el gimnasio, la plaza del pueblo, el lugar de culto. Muchas de estas fueron registradas con la cámara. Algunas madres relatan el caso de sus hijas:

La crisis le daba por momentos, diez, quince minutos, media hora... y después veías a las niñas otra vez corriendo, jugando, normal, como si no tuviesen nada. Eso ha influido mucho porque ahí es donde la gente piensa que las niñas están fingiendo. Les da la convulsión, se recuperan y listo, siguen su vida normal (Madre de afectada, noviembre de 2015).

El ministro de salud reafirmó en 2016, en un encuentro realizado en Cartagena de Indias con las familiares de las afectadas, que toda la evidencia científica disponible hasta el momento y el consenso científico global señalaban la seguridad de la vacuna, lo que no significa que neguemos que haya un problema de salud (Gaviria, 2016). En aquella ocasión, al ser preguntado por el número exacto de afectadas, habló de una 'aritmética compleja', con cerca de 800 jóvenes que habían consultado por este problema a las autoridades de salud desde el inicio del caso, y de 300 que habían presentado síntomas en las últimas semanas antes de su llegada a Cartagena.

Durante esta investigación se han identificado dos casos de afectadas que desarrollaron lupus dos años después de la vacunación. Una de ellas falleció en diciembre de 2016 y, mientras las autoridades descartaron que la enfermedad y defunción tuvieran que ver con el fármaco (Caracol Cartagena, 2017), la madre sostiene que su hija —diagnosticada en agosto de 2016— gozaba de una salud normal hasta que le fue aplicada la vacuna en 2014.

Mi hija empezó a desarrollar síntomas extraños, pero no los relacioné con la vacuna hasta que no salieron los casos de las otras niñas. Se le hicieron exámenes y nunca se le encontró nada. Nunca había tenido síntomas de nada, era una niña muy tranquila, casi no era ni de llevarla al médico. De pronto una gripe. Nunca estuvo hospitalizada [...] No tenía las crisis, pero sí sentía dolor en el pecho y se desmayaba, perdiendo la conciencia. Duraba media hora [...] A mis otras dos hijas sí les daban las crisis [...] Los médicos siempre decían que no podían relacionarlo con la vacuna porque no tenían certeza de eso. Después de un ingreso en Barranquilla en 2016 dijeron que tenía un riñón muy complicado y que tendrían que hacer diálisis y un trasplante [...] Ella misma investigando vio en Internet que el lupus siempre comenzaba así, y nos pedía que se lo dijéramos a los médicos. Los exámenes donde finalmente le detectaron el lupus se los hicieron en agosto. Y en diciembre murió. No supimos nada de la palabra lupus hasta ese mes de agosto [...] Para mí es una cosa injusta que el gobierno diga que no tiene que ver con la vacuna. Hay varios casos aquí de niñas vacunadas que tienen lupus. Si fuera mi hija sólo...pero si ya hay siete, ocho, diez...no creo que tantos casos de lupus vayan a desarrollarse en tantas niñas a la vez (Madre de afectada, marzo de 2019).

La otra afectada por lupus (en la actualidad una adulta joven recién egresada de la universidad), afirma que nunca tuvo problemas significativos de salud hasta la aplicación de la vacuna en 2014. Ella y su madre siguen atribuyendo al fármaco el desarrollo de su enfermedad, diagnosticada también en el año 2016.

Me vacunaron en El Carmen pero desarrollé los mismos síntomas de las otras niñas en Cartagena, donde me había ido a vivir [...] Siempre me he preguntado hasta hoy por qué nunca nos prestaron ayuda para llevarnos a otra parte. Una indolencia muy grande. No como una burla, sino como un "vamos a dejar que se pase esto y se olvide"... Muchas niñas siguen igual que antes, pero como ya no es la noticia tan fresca, entonces ya... [...] No me hallaban nada y los médicos decían que mi dolor de articulaciones era por hacer deporte. Me trataban igual de mal que a las demás. Hasta que me diagnosticaron lupus en 2016, y ahí me empezaron a tratar de manera diferente, mucho mejor que a las demás. Hasta tenía trato directo con la Secretaría de Salud Departamental. Muy extraño (Afectada diagnosticada de lupus, mayo de 2020).

Por último, desde que comenzó el fenómeno ha habido más de veinte intentos de suicidio entre las afectadas. Una de estas menores falleció en junio de 2015 tras varios días de agonía, al ingerir intencionalmente un pesticida. Sus padres, con otra hija afectada, afirman que su decisión respondió al estado de desesperación que le producían los síntomas experimentados tras recibir la vacuna.

Hubo un momento que empezó a sufrir las crisis de forma recurrente: una tras otra, tras otra... Y decía: "mami, así no quiero vivir". Pero no pensamos que fuera a pasar esto [...] Nos hemos sentido muy abandonados por el Estado (Madre de afectadas, noviembre de 2015).

Los intentos de suicidio no habían dejado de darse en 2017, según reportó el estudio toxicológico de la Universidad de Cartagena.

3.3. Obligatoriedad de la vacunación

La obligatoriedad en la aplicación de la vacuna contra el VPH en El Carmen ha sido uno de los temas de mayor controversia. La ya referida Ley 1626 de 2013 rezaba en su título lo siguiente:

Se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones.

Si bien el MSPS afirmó tras el caso que la vacuna no era obligatoria, la redacción de ese título puede dar lugar a equívocos, como el que mostraba el Secretario de salud local en 2015:

El esquema de vacunación es obligatorio para todos los niños y niñas en el periodo que les corresponde. Pero de igual manera se solicitaba una autorización de los padres. Como [las menores] están en el colegio, [las vacunadoras] no van a la casa... Van a la institución pública que es la manera más fácil de ubicarlas a todas. Entonces, sí se necesitaba autorización de los padres... Pero el esquema de vacunación sí es obligatorio, y la vacuna contra el VPH hace parte de este esquema (Secretario de salud local, noviembre 2015).

Sin embargo, las progenitoras interrogadas afirman que ni fueron informadas de la vacunación, ni se les hizo saber que existía la posibilidad de autorizarla o denegarla. La percepción generalizada, corroborada por las docentes entrevistadas es que, si la aplicación de la vacuna era voluntaria, en las jornadas escolares llevadas a cabo en la mayor parte de los colegios de El Carmen en 2014 fue obligatoria *de facto*, incluso mediante coacción:

Algunas niñas no querían vacunarse y salieron corriendo, y los profesores hicieron que sus compañeros fueran a buscarles y las trajeran. Más bien les colocaron la vacuna a la fuerza, porque en realidad ellas no querían (Afectada del área rural, noviembre 2015).

Yo me enteré cuando mi hija llegó a casa y me dijo: "mamá, hoy me han vacunado contra el papiloma". Y eso fue todo (Madre de afectada, marzo de 2015).

Entonces llegaron a los colegios y decían: "Hoy toca ciclo de vacunación y arrancamos por el curso tal"... y listo. Ese fue el protocolo de vacunación, conocido e investigado por nosotros. "Hoy tocan estas niñas: entren que las vamos a vacunar". Eso era todo el protocolo (Periodista local, marzo de 2015).

De acuerdo con las entrevistas, hubo una clara falta de información en la campaña de vacunación en el municipio y, en la mayoría de los colegios, las directivas se limitaron a facilitar el ingreso de los equipos de vacunación a las instalaciones cuando tocaron sus puertas.

La Secretaría de Educación mandó un documento a los rectores de los colegios sobre que se iba a hacer una jornada de vacunación. Cada rector lo que debe hacer es ceder el espacio. Esto es común: el cuento aquí es que no era una vacuna como, por ejemplo, para la tuberculosis o el polio, que están dentro del plan obligatorio de vacunación, sino que es una vacuna que está todavía dentro del periodo, digamos, de prueba. Yo todavía hoy no sé si era obligatorio informar sobre la vacuna (Docente de educación secundaria, marzo de 2015) [sic].

En 2016, el Ministro de salud fue preguntado en rueda de prensa sobre la obligatoriedad de la vacuna y respondió lo siguiente:

Si uno necesitara obtener en cada caso un consentimiento informado, sería muy difícil llevar a cabo la vacunación, no solamente en este caso. Hay un debate nacional sobre la pertinencia de aplicar el principio de precaución en este caso. Como hay dudas, como hay incertidumbre, como la comunidad está preocupada...uno podría decir "ante la duda, abstente". Nosotros, como Ministerio, decimos que el

principio de precaución no aplica en este caso porque tenemos que proteger la salud pública, un bien general. Y no se nos puede olvidar que en esta discusión estamos tratando de prevenir una enfermedad que causa 3.000 casos de cáncer cada año en el país. Pero, más allá de eso, quien va a determinar si se aplica el principio de precaución en este caso no es el Ministerio, es la Corte Constitucional. Ya veremos qué dice la Corte al respecto (Gaviria, 2016).

En 2017 la Corte Constitucional de Colombia estableció —en la sentencia T365/17— que la vacuna contra el VPH no podría aplicarse sin el consentimiento informado de las personas. El coordinador del PAI lamentó la decisión y afirmó que la vacuna nunca había sido obligatoria y que los progenitores siempre habían tenido la posibilidad de solicitar un disentimiento informado (García, 2017). Pero esto no sucedió así en El Carmen en 2014.

3.4. Respuesta de las autoridades sanitarias

La respuesta que las autoridades sanitarias ofrecieron a las primeras menores que ingresaron con síntomas en urgencias fue considerada como inadecuada por ellas y sus familias. Esto les motivó a acudir a la Defensora del Pueblo departamental. La Defensora constató cómo los casos aumentaban rápidamente, y solicitó primeramente la intervención de las autoridades departamentales de salud, y después de las nacionales.

El 31 de mayo de 2014 recibí una llamada telefónica de unos padres de familia de El Carmen que me informaban de que tenían una deficiente atención en salud en el hospital local, eran aproximadamente siete. Nos comunicamos con los médicos y enfermeras para solicitarles una atención oportuna, especialmente tratándose de niños y niñas. [...] Durante el mes de junio vimos que había que seguir mejorando las condiciones de la atención en salud, y nos preocupó que por otro lado el hospital no estaba dando abasto ante el aumento del número de pacientes (Defensora del Pueblo de Bolívar, 2016).

El INS, a instancias de la Defensoría del Pueblo, se instaló en el verano de 2014 en el municipio. En ese momento el caso empezó a aparecer en los principales medios de comunicación nacionales. Algunas de las afectadas viajaron a Bogotá y fueron atendidas en el Hospital San José Infantil, en donde varias fueron sometidas a una terapia de quelación tras detectar la presencia de metales pesados en sangre. Este procedimiento será calificado como inadecuado en el estudio toxicológico de 2018.

El trato dispensado a las afectadas que acudían a las urgencias del hospital del municipio durante los dos primeros años del fenómeno ha sido señalado frecuentemente por ellas y sus familiares como 'inadecuado', 'irrespetuoso' y 'ofensivo'.

Lo primero que le dijo el médico a mi sobrina es que ella estaba loca. "Tú no tienes nada". Decían que lo que estaban haciendo era para llamar la atención, y en sí no las estaban tratando como personas enfermas. Tuvieron un trato inhumano con las niñas. (Familiar de afectada, junio de 2016).

Alguna enfermera le llegó a decir a algunas niñas que estaban "arrechas", y que lo que necesitaban era "un varón". A otras las cachetearon. (Madre de afectada, noviembre de 2015) [sic].

Recientemente he recibido una queja formal de unas siete u ocho madres cuyas hijas habían estado atendidas durante quince días. Al parecer uno de los auxiliares de enfermería les dijo: "ya llegaron las locas" (Secretario de salud local, 2015).

En julio de 2016 el propio ministro de salud se comprometió a mejorar la dotación sanitaria y a trabajar por la mejoría de la atención de las entidades prestadoras de salud, admitiendo que no se estaban cumpliendo algunas obligaciones.

Tal vez la primera actitud nuestra fue la de defensa irrestricta de la vacuna tratando de preservar la confianza en nuestros programas de vacunación. Pero ahora tenemos que tener otra actitud: aquí hay una comunidad que tiene un problema, que está sufriendo y que requiere nuestra atención (del sistema de salud en general), y no solamente por un ratito, sino por todo el tiempo [...] hay un tema fundamental, el tema de humanización de la salud, y el trato que se les estaba dando en algunos de los centros de salud a las niñas no era el mejor. Ese es un tema que volvimos a reiterar hoy: necesidad de humanización de los

profesionales de la salud (y necesidad de respeto también irrestricto a la misión médica por parte de la comunidad) (Gaviria, 2016).

El carácter masivo del fenómeno ha puesto a prueba constantemente la capacidad de atención en salud del municipio, cuya oferta sanitaria no estaba en absoluto preparada para atender un problema de salud de esa magnitud: falta de personal, espacios y equipamientos. Sin embargo, es la hipótesis de sugestión colectiva planteada en el informe del INS (2015) la que ha determinado la respuesta médica de las autoridades sanitarias, focalizada en la salud mental que no ha permitido controlar los síntomas que aún no tienen un diagnóstico etiológico:

El protocolo seguido por las autoridades ha sido básicamente el restablecimiento de la salud mental a través de un equipo de psicólogos de la secretaría y del departamento. (Secretario de salud local, noviembre 2015).

Nunca nos dieron un veredicto. La primera psiquiatra que vio a mi hija me dijo: "tu hija no tiene nada, no entiendo por qué la mandan a un psiquiatra, si la niña no presenta nada, es una niña normal". Todavía es la hora y no se encuentra un antídoto o cualquier solución al problema (Madre de afectada, marzo de 2019) [sic].

Ante la falta de eficacia de la respuesta médica, y debido a que los constantes ingresos en urgencias no acababan con los síntomas, las familiares han optado progresivamente por no acudir al hospital, "salvo casos de crisis desesperadas". Han recurrido al auto-cuidado en el hogar, a la medicina alternativa y a pseudo-terapias naturales:

¿Para qué voy a llevar a mi hija al hospital? Allí solamente la tumban en una camilla, la ponen una dextrosa, y esperan a que se le pase. Además, nos tratan mal. Para eso, mejor la tengo en casa y la cuido yo (Madre de afectada, marzo de 2019).

3.5. Impacto del fenómeno sobre la comunidad

La situación de enfermedad ha tenido un impacto claro en El Carmen, afectando la vida de cientos de afectadas, la economía familiar, la experiencia académica en casi veinte colegios, y la atención médica del municipio, puesto que las urgencias han colapsado en múltiples ocasiones. Para las afectadas, ha habido un antes y un después en sus vidas, pues han pasado de un estado de salud óptimo a otro de enfermedad permanente que les dificulta realizar con normalidad actividades cotidianas de su edad: estudiar, hacer deporte o bailar. Pero también ha afectado a sus madres, padres y docentes, que conviven con la cotidianeidad de la enfermedad.

Mi hija nunca fue una niña enferma, nunca tuve problemas de salud con ella y, sin embargo, cuando esta situación se da, comienza a cambiarnos todo: nos cambió la vida psicológicamente, socialmente. Ya yo no tenía una vida tranquila, pensaba más en que me iba a sonar el teléfono para decirme desde el colegio que mi hija estaba mal. No podía ni concentrarme en mi trabajo (Madre de afectada, marzo de 2019) [sic].

Cuando yo estoy enferma, y soy yo la que siente el dolor, y tú estás allí y me dices: "yo no te veo nada porque te veo ahí, riéndote", pues de pronto tú no estás creyendo en lo que yo te estoy diciendo, y eso me puede afectar psicológicamente. Y este problema se volvió psicológico no solamente para las niñas, sino para las familias, para las instituciones, para los docentes (Profesora de educación secundaria, marzo de 2015) [sic].

El coste económico de las pruebas y tratamientos propuestos por profesionales o ensayados por las madres para intentar restablecer la salud de sus hijas, así como los relativos al transporte para llevarlas al hospital durante sus crisis, o a visitar a especialistas en ciudades como Cartagena de Indias, Barranquilla o Bogotá, han sido muy elevados para la mayoría de las familias afectadas, en gran parte campesinas con bajos ingresos económicos.

Ese tratamiento lo asumí yo, con costos míos directamente, porque no había otra. Y eso porque yo lo puedo hacer, porque tengo un sueldo mensual. Pero cuánto me duele el que no lo puede hacer, y hay muchos padres en esa situación, padres con dos, tres y hasta cuatro niñas afectadas (Docente y madre de afectada, marzo de 2015) [sic].

El impacto en los centros educativos también ha sido dramático y ha afectado durante varios semestres la normalidad de las actividades académicas, no solamente de las menores (varias tuvieron que repetir curso o retirarse temporalmente), también del personal docente y del resto del estudiantado. Cada vez que una estudiante experimenta la crisis se interrumpen las clases, y si caen varias se hace imposible para el profesorado atenderlas al mismo tiempo, por lo que el resto del estudiantado debe apoyar.

Nos hemos tenido que volver indolentes ante la situación de las niñas. Las niñas se desmayan en el salón de clase y las tenemos que llevar a enfermería y volver a clase como si nada hubiera pasado. Y cuando no es así, la situación está latente, hace parte del diario vivir (Docente de educación secundaria, junio de 2016) [sic].

Aquí se nos suicidó una niña, y varias intentaron quitarse la vida. ¿Se imagina lo que es eso para una niña, para una adolescente? ¿Dónde quedó su infancia, su juventud? ¿Qué pasa con sus padres, con sus profesores, con sus compañeros de clase? A veces nos caen a la vez con las crisis hasta veinte niñas, y solamente tenemos una persona para atenderlas, que ni siquiera es auxiliar de enfermería. (Docente de educación secundaria, noviembre de 2015) [sic].

Ante la situación, las madres se han visto obligadas a organizarse con el objetivo de hacer valer el derecho a la salud de sus hijas y visibilizar su situación. De esta manera han creado asociaciones de afectadas (algunas como la 'Asociación de madres de niñas montemarianas afectadas por la vacuna del VPH', todavía existen) o se han agrupado en otras de carácter nacional (como la 'Asociación Reconstruyendo Esperanza'). El proceso asociativo ha permitido a las madres conocerse y construir relaciones entre ellas. Aunque también ha conducido a conflictos personales por discrepancias respecto a los objetivos y la forma de alcanzarlos.

La falta de una respuesta efectiva de las autoridades sanitarias ha atraído la llegada de diversos actores que, prometiendo soluciones, han ejercido influencia considerable entre las afectadas y sus familiares: políticos, pastores religiosos, defensores de pseudoterapias alternativas, y antivacunas. Pero también ha hecho que en ocasiones se haya sugerido una posición antivacunas en médicos/as e investigadores/as del país, de reconocida trayectoria académica y profesional, por el hecho de criticar tanto la forma de implementar la vacuna contra el VPH en Colombia como la respuesta dada al fenómeno de El Carmen por parte de las autoridades (Roldán, 2018).

El caso ha sido señalado como el principal causante del enorme descenso de la cobertura de vacunación contra el VPH en Colombia desde 2015: en 2020 solamente se alcanzó al 8,9% de la población objetivo para la segunda dosis (Silva, 2021) y las autoridades de salud han culpabilizado a la cobertura mediática, calificándola como amarillista.

Sin embargo, las familiares de las afectadas consideran que, sin la atención prestada por los medios de comunicación locales y regionales, el problema de salud nunca se habría conocido fuera del territorio. En cambio, se quejan de que la mayoría de estos medios les abandonaron tras unas semanas de mucha exposición en el verano de 2014. Además, defienden que gracias a las redes sociales han conocido más sobre su problema y establecido contacto con afectadas en otras partes del mundo. Por su parte, los periodistas locales y regionales defienden el deber de seguir informando a la opinión pública sobre un caso que, en agosto de 2018, todavía afectaba a centenares de jóvenes.

Hubo un momento en que en mi medio el editor web no quería seguir publicando nada sobre las niñas porque decía que el tema ya estaba muy trillado. Tuve que hablar con el redactor jefe para hacerles ver que el tema seguía, y que teníamos que seguir informando de lo que sucedía. (Periodista regional, marzo de 2015).

4. Discusión

La percepción de maltrato y abandono que emerge de forma sistemática en los discursos analizados hace que el fenómeno de El Carmen pueda considerarse un caso de violencia institucional en el sistema de salud articulado a violencia de género, pues las afectadas son mujeres intervenidas por una política de salud estatal.

La violencia institucional puede entenderse como “todo tipo de violencia ejercida en instituciones, especialmente en los servicios públicos, caracterizada por la acción u omisión de condiciones tanto materiales como simbólicas, responsables por la falta de acceso y la mala calidad de los servicios. (...)” (Fleury *et al.*, 2013, p. 14). Siguiendo a Bellamy y Castro (2019), se relaciona además con la exclusión social que se naturaliza en contextos sociales de desigualdad estructural. Por ello, su “producción no siempre es reductible a la deliberada “mala fe” de los actores”, sino que más bien “se origina en la organización que estructura las conductas de estos, y tiene efectos negativos sobre los individuos” (p. 121). Como se verá a continuación, si se hace seguimiento a las particularidades del fenómeno de El Carmen, se evidencian algunas de las características de la violencia institucional.

Si bien la política pública de vacunación contra el VPH se creó para garantizar el acceso universal a la salud, el trato dispensado a las menores de El Carmen, independientemente de la naturaleza de su enfermedad, ha limitado su acceso efectivo al derecho a la salud. Confluyen aquí prácticas como el maltrato médico, el uso de estereotipos discriminantes, la atención revictimizante a las afectadas, la espera prolongada en la asignación de un diagnóstico y la alienación del derecho a la salud, todas características de la violencia institucional (Bellamy y Castro, 2019; Bodelón, 2015).

La literatura médica parece haber asumido el problema de salud como un evento psicógeno masivo —amplificado por los medios de comunicación y las redes sociales— (Simas *et al.*, 2018), que en 2020 ya estaba calmado (Vorsters *et al.*, 2020). No obstante, existen otras lecturas que difieren de esta explicación, que estaría producida desde lo que Menéndez (2020) denomina el modelo médico hegemónico.

Como sostienen Mezza y Blume (2021), al imponerse la hipótesis de la sugestión colectiva el foco del problema se orienta hacia las propias menores y sus familiares (familias campesinas de bajos recursos económicos, en un área periférica marcada por la violencia), evadiendo la responsabilidad de las autoridades sanitarias encargadas de velar por la correcta implementación de una política pública por y para la salud de sus ciudadanas. Con esta explicación dominante también se quita el foco sobre el papel de la propia vacuna en el problema de salud, mientras las pacientes aparecen como responsables de su enfermedad y del fracaso de los tratamientos médicos implementados. Otra estrategia recurrente del modelo médico hegemónico (Menéndez (2020).

Precisamente por ello, algunas autoras (Mezza y Blume, 2021; Téllez-Pedroza, 2018) cuestionan qué se entiende por efecto adverso, dado que desde la posición oficial se ha desconocido la experiencia subjetiva de dolor de las menores y se ha considerado el caso exclusivamente como un problema de salud mental y social (Mezza (2019).

El trabajo en campo, por su parte, evidencia que la situación de enfermedad derivada de la intervención en salud (y reconocida por las autoridades sanitarias) se ha convertido en un problema crónico para un número indeterminado de afectadas. Mientras que entre sus familiares prevalece una postura de oposición permanente frente a la explicación oficial.

Si se revisa el caso desde la perspectiva de la violencia sistémica, cabe cuestionarse por la influencia de los prejuicios, los estereotipos y las propias estructuras socioeconómicas en la construcción de la explicación hegemónica. En este sentido, se concuerda con Mezza (2019) cuando resalta que la explicación oficial del fenómeno ha sido realizada esencialmente por médicos varones procedentes del centro del país, desde una posición de autoridad, hacia unas mujeres jóvenes de familias de bajos recursos de la periferia rural.

En efecto, las razones esgrimidas por el Estado colombiano para vacunar a niñas y adolescentes en El Carmen han resultado ser las mismas con las que ha justificado oficialmente la emergencia del problema de salud abordado en este artículo. Así, se las vacunó por ser mujeres (en edades tempranas) y vivir en una zona rural donde la población no tiene garantizado el acceso pleno a sus derechos ciudadanos (en especial a la salud); pero luego se explica el problema de salud como un evento psicógeno masivo causado precisamente porque las intervenidas son mujeres rurales jóvenes que habitan en una zona históricamente empobrecida.

Así, a partir de una explicación circular que busca encubrir todas las formas de violencia experimentadas por las afectadas, estas son señaladas como causantes de su situación. Siguiendo a Bordieu (2006), esto lleva a naturalizar las posiciones de inferioridad atribuidas a las mujeres en la estructura jerárquica androcéntrica. No es gratuito que, al comienzo del fenómeno, las afectadas hayan sido nombradas como 'locas', 'histéricas' o 'necesitadas de un varón'.

Por otro lado, se puede decir que en la propia implementación del plan de vacunación subyace una mirada heteronormativa de la sexualidad, en la que los cuerpos de las mujeres se consideran intervenibles desde edades tempranas, asumiendo que ello garantizará la protección de la población masculina, por la inmunidad de rebaño.

Este caso plantea también la discusión sobre la obligatoriedad de las vacunas, especialmente cuando se trata de directrices pensadas solamente para el sur global, como ocurre con las de la OMS respecto a la vacuna contra el VPH. De acuerdo a Pulgarín-Suárez (2020), lo ocurrido hace necesario cuestionarse críticamente de dónde proviene la financiación de la propia OMS más allá de los países miembros, con qué aliados configura su agenda y qué influencia tienen estos en las recomendaciones sobre la aplicación universal de determinados fármacos.

Asimismo, puede aportar argumentos a las tendencias que abogan por un mayor reconocimiento del sentir y la capacidad de decisión de los/as pacientes en relación con los/as médicos/as, a través de un proceso dialógico, consensuado y menos asimétrico o paternalista (Menéndez, 2020). Al aplicarse la vacuna sin informar previamente sobre los beneficios y los riesgos esperados ni sobre la posibilidad de hacer uso de un disentimiento informado —y en muchos casos coaccionando a las menores—, no se tuvo en cuenta su libertad de decisión y autonomía. Entonces, un abordaje del fenómeno desde perspectivas alternativas al modelo hegemónico —como por ejemplo la medicina social crítica (Laurell, 1986)—, hubiera podido tener trascendencia más allá de las fronteras del país.

En Colombia aún no se ha implementado un programa de educación sexual integral que dé herramientas a la población y permita prevenir el contagio de enfermedades como el VPH, contribuyendo además a desmontar estereotipos de género que dificultan a las mujeres el acceso a sus derechos sexuales y reproductivos plenamente. Tampoco se ha asumido una reforma al sistema de salud encaminada a garantizar el derecho universal a la salud de la ciudadanía frente a los intereses privados. Todas estas medidas, que pasan por incluir también el enfoque de género en las políticas de salud, pueden contribuir a que, a largo plazo, y de forma sostenida, se vayan cerrando las brechas que condenan a las mujeres que habitan en "las zonas rurales más alejadas" a tener mayores probabilidades de desarrollar CaCu y que pueden conllevar a que casos como el abordado se repitan.

5. Conclusiones

Hasta la fecha no se ha podido establecer un diagnóstico etiológico, basado en evidencia científica, que explique los síntomas que desde 2014 han afectado a un número significativo de ciudadanas tras ser vacunadas contra el VPH en El Carmen de Bolívar. Esto ha impedido un tratamiento efectivo de la situación de enfermedad que ha impactado en distintos niveles la experiencia de vida en este municipio rural colombiano.

Según el significado que las afectadas y sus familiares atribuyen al caso, se puede afirmar que las menores vacunadas en 2014 en el municipio experimentaron violencia institucional en distintos momentos: 1°) al ser intervenidas con un fármaco sin su consentimiento o sin la información suficiente para decidir; 2°) al recibir un trato inadecuado por parte de los/as profesionales en salud cuando acudieron a los hospitales en busca de ayuda; 3°) al ser responsabilizadas de su condición de enfermedad por el propio Estado, el cual realizó la intervención cuando ellas estaban sanas, y 4°) al ser estigmatizadas en razón de su origen rural y su clase socioeconómica. Esta violencia institucional se articula a la violencia basada en género, manifiesta en un contexto como el colombiano donde persisten estereotipos sexistas y clasistas. Estos se reproducen debido a las marcadas desigualdades sociales y económicas que dificultan el acceso pleno de las mujeres a sus derechos, especialmente, si habitan zonas rurales o históricamente empobrecidas.

La hipótesis expresada por las autoridades sanitarias de que el caso responde a sugestión colectiva —acrecentada por los medios de comunicación masivos y las redes sociales— se apoya en los estudios de seguridad de la vacuna y en la existencia de otros casos de reacciones psicológicas producidas entre

adolescentes tras la aplicación de vacunas en distintas partes del mundo. Sin embargo, ninguno de ellos ha tenido la magnitud del ocurrido en El Carmen en cuanto al número de afectadas y a la prolongación en el tiempo de sus extraños síntomas.

Las explicaciones sobre el fenómeno halladas en la literatura científica muestran que el problema de salud, además de presentar múltiples factores complejos que dificultan su comprensión, se lee de forma diferente según la disciplina desde la que se observe, lo que indica la necesidad de seguir abordándolo desde una mayor interdisciplinariedad científica. El caso plantea interesantes cuestionamientos en diferentes aspectos tales como la obligatoriedad de las vacunas, el poder de influencia de la industria químico-farmacéutica sobre los tomadores de decisiones de las políticas públicas y los organismos internacionales de salud, la prevalencia del positivismo científico en la comprensión de fenómenos de salud pública o la necesidad de incluir la perspectiva de género en las políticas de salud, entre otros.

Referencias bibliográficas

- Anaya, J. M. (2014). Vacunación contra el virus del papiloma humano y autoinmunidad. *Revista Medicina*, 36(3). <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/106-8>
- Bellamy, C., y Castro, R. (2019). Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. *Revista Ciencias de La Salud*, 17(1), 120-137. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7621>
- Benavides, M., y Salazar, L. (2017). Razones que pueden explicar la reducción en la cobertura de vacunación contra VPH en Colombia. *CES Salud Pública*, 8(1). <https://doi.org/doi.org/10.21615/4423>
- Bigard, J., y Franceschi, S. (2020). Vaccination against HPV: boosting coverage and tackling misinformation. *Molecular Oncology*, 15. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.12808>
- Blanco, M. (2011). Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Argumentos*, 24(67). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952011000300007
- Bodelón, E. (2015). Violencia institucional y violencia de género. *Anales de La Cátedra Francisco Suárez*, 48(0), 131-155. <https://doi.org/10.30827/acfs.v48i0.2783>
- Bordieu, P. (2006). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Caracol Cartagena. (3 de enero de 2017). Minsalud desmiente que muerte de menor de El Carmen de Bolívar se deba a la vacuna contra el VPH. *caracol.com.co*. <https://bit.ly/3qPfrhP>
- Chandler, R. (2017). Safety Concerns with HPV Vaccines Continue to Linger: Are Current Vaccine Pharmacovigilance Practices Sufficient? *Drug Safety*, 40(12). <https://doi.org/10.1007/s40264-017-0593-3>
- Cornejo, M., Mendoza, F., y Rojas, R. (2008). La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhé*, 17(1), 29-39.
- Fernández, L. (2017). Implementación de la vacunación contra el virus papiloma humano en Chile: una mirada desde los determinantes sociales de la salud "ingreso" y "género". *Revista Médica de Chile*, 145(12), 1605-1609. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017001201605>
- Fleury, S., Bicudo, V., y Rangel, G. (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 9(1), 11-25. <https://doi.org/10.1590/s1851-82652013000100002>
- Gamboa, R. A. (2019). Discusión en torno a la vacunación profiláctica contra el virus del papiloma humano. *Revista de Bioética y Derecho*, 45, 111-125. <https://doi.org/doi.org/10.1344/rbd2019.0.25048>
- García, D. (2017). *Rueda de prensa sobre sentencia de la Corte Constitucional acerca de la vacuna contra el VPH*. MinSaludCol. https://www.youtube.com/watch?v=T9_yNGiC618
- García, M. (2011). El vídeo como herramienta de investigación. Una propuesta metodológica para la formación de profesionales en Comunicación. *Revista Enlaces*, 13.
- Gaviria, A. (2016). *Rueda de prensa sobre reunión de Minsalud con madres de Carmen de Bolívar*. MinSaludCol. <https://www.youtube.com/watch?v=VYOy0mbllcE>
- Henríquez-Mendoza, G. M. (2020). El "evento de El Carmen de Bolívar" en la vacunación contra VPH en Colombia. ¿Causa o desenlace? *Revista de Salud Pública*, 22(4). <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.84173>
- Hviid, A., Thorsen, N., Valentine-Branth, P., Frisch, M., y Mølbak, K. (2020). Association between quadrivalent human papillomavirus vaccination and selected syndromes with autonomic dysfunction in Danish females: population based, self-controlled, case series analysis. *BMJ*, 370. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2930>
- Idrovo, Á., Pinilla-Monsalve, G., y Manrique-Hernández, E. (2019). Mass psychogenic illness following HPV

- immunization in Carmen de Bolívar, Colombia (2014): more uncertainty is required. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15(5). <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1577676>
- Instituto Nacional de Salud. (2015). *Brote de evento de etiología desconocida en el municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, 2014. Informe Ejecutivo (Ene 16 2015)*. <https://bit.ly/3JUvbYg>
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 3–18. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n37a138.pdf>
- Maldonado-Castañeda, O. J. (2015). *Making evidence, making legitimacy: The introduction of HPV (Human Papillomavirus) vaccines in Colombia*. University of Lancaster.
- Martínez-Pérez, A. (2008). *La antropología visual*. Síntesis.
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, 1-25. <https://doi.org/10.18294/SC.2020.2615>
- Mezza, M. (2019). *What do epidemiologists do? Investigating a controversial symptomatology in Colombia* [University of Amsterdam]. <https://bit.ly/3Dr4Y16>
- y Blume, S. (2021). Turning suffering into side effects: Responses to HPV vaccination in Colombia. *Social Science & Medicine*, 282. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114135>
- Olivero, J. (2018). *Informe VPH mayo 3 2018*. ODDC Org. https://www.youtube.com/watch?v=ZRg_v6eZLsk&t=2809s
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2014). *Perfil productivo municipio El Carmen de Bolívar. Insumo para el diseño de estrategias de inclusión sociolaboral de la población víctima del conflicto*. https://issuu.com/pnudcol/docs/perfil_productivo_municipal_de_el_c
- Pulgarín-Suárez, S. M. (2020). *La vacunación contra el virus del papiloma humano en Colombia: prácticas y discursos de una tecnología de género*. <https://doi.org/doi.org/10.11144/javeriana.9789587815771>
- Roldán, D. (26 de agosto de 2018). Nubia Muñoz: «Es una gran tragedia que haya médicos antivacunas». *burgosconecta.es*. <https://bit.ly/3iR63Wz>
- Shapiro, G., Surian, D., Dunn, A., Perry, R., y Kelaher, M. (2017). Comparing Human Papillomavirus Vaccine concerns on Twitter: a cross-sectional study of users in Australia, Canada and the UK. *BMJ Open*, 7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016869>
- Silva-Batatina, M. (2017). El transitar en la investigación narrativa y su empleo en la construcción de teoría. *Revista de Investigación*, 91(41), 124–142. <https://www.redalyc.org/pdf/3761/376156277008.pdf>
- Silva, S. (15 de diciembre de 2021). ¿Quién salvará la vacunación contra el VPH en Colombia? *elespectador.com*. <https://bit.ly/3wTtBm0>
- Simas, C., Muñoz, N., Arregoces, L., y Larson, H. J. (2019). HPV vaccine confidence and cases of mass psychogenic illness following immunization in Carmen de Bolívar, Colombia. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15(2019). <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1511667>
- Téllez-Pedroza, M. (2018). *The controversy over the use of HPV vaccine in Colombia, centered on the “adverse vaccine reactions/mass hysteria” event in El Carmen de Bolívar, 2014* [Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/63740>
- Vélez-Fernández, A. (2015). *El lugar de la vacunación en la memoria de los Montes de María: el caso del Carmen de Bolívar* [Universidad de los Andes]. <http://hdl.handle.net/1992/13460>
- Vorstes, A., Bosch, F. X., Bonanni, P., Franco, E. L., Baay, M., Simas, C., Waheed, D., Castro, C., Murillo, R., Trujillo, L., Wiesner, C., y Muñoz, N. (2020). Prevention and control of HPV infection and HPV-related cancers in Colombia- a meeting report. *BMS Proceedings*, 14(8). <https://doi.org/10.1186/s12919-020-00192-2>
- Walboomers, J. M. M., Jacobs, M. V., Manos, M., Bosch, F. X., Kummer, J. A., Shah, K. V., Snijders, P. J. F., Peto, J., Meijer, C. J. L. M., y Muñoz, N. (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *The Journal of Pathology*, 189(1), 12-19. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9896\(199909\)189:1<12::AID-PATH431>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-9896(199909)189:1<12::AID-PATH431>3.0.CO;2-F)
- World Health Organisation-WHO. (2019). *Immunization stress-related response. A manual for program managers and health professionals to prevent, identify and respond to stressrelated responses following immunization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330277>
- (2016). *HPV Vaccine Communication. Special considerations for a unique vaccine 2016 update*. <https://www.who.int/publications/i/item/10665250279>

Breve CV de los autores/as

Adolfo Baltar-Moreno es Doctor en Ciencias de la Información por la Universidad Complutense de Madrid. En la actualidad es profesor asociado del Programa de Comunicación Social y director del Grupo de Investigación en Estudios Sociales y Humanísticos-GESH de la Universidad Tecnológica de Bolívar (Cartagena de Indias, Colombia). Sus líneas de investigación están centradas en la comunicación institucional, la comunicación política, y la investigación audiovisual.

Cielo Patricia Puello-Sarabia es magíster en Estudios de la Cultura por la Universidad Andina Simón Bolívar-sede Ecuador y profesora asistente de la Coordinación de Humanidades e investigadora adscrita al Grupo de Estudios Sociales y Humanísticos-GESH de la Universidad Tecnológica de Bolívar (Cartagena de Indias, Colombia). Sus líneas de investigación atienten al lenguaje, representaciones e identidad, a la literatura del Caribe colombiano, y al análisis crítico del discurso.

Declaración de autoría CRediT

Conceptualización: A.B.M., C.P.P.S.; Metodología: A.B.M., C.P.P.S.; Investigación: A.B.M.; Redacción (borrador original): A.B.M., C.P.P.S.; Redacción (revisión y edición): A.B.M., C.P.P.S.